

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛОВДИВ
МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ**

КАТЕДРА УРОЛОГИЯ И ОБЩА МЕДИЦИНА

Д-Р ЗОРНИЦА НОНЧЕВА АМБАРЕВА

**СЪВРЕМЕННИ ПРОБЛЕМИ НА ГЕРИАТРИЧНИТЕ
ПАЦИЕНТИ В ОБЩАТА ПРАКТИКА**

**АВТОРЕФЕРАТ
НА ДИСЕРТАЦИЯ ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА
И НАУЧНА СТЕПЕН «ДОКТОР»**

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

ДОЦ. Д-Р РАДОСТ АСЕНОВА, Д.М.

ПЛОВДИВ, 2017 г.

Дисертационният труд съдържа 201 страници и е онагледен с 31 таблици, 21 фигури и 9 приложения.

Библиографската справка съдържа 275 литературни източника, от които 47 на кирилица и 228 на латиница.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	6
I ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МЕТОДИКА И МАТЕРИАЛ	7
1. Цел, задачи и научна хипотеза	7
2. Методика на проучването	8
2.1. Обект на наблюдение	8
2.2. Единици на наблюдението	8
2.3. Признаци на единиците на наблюдение	10
2.4. Органи на наблюдението	10
2.5. Методи и техники за събиране на информация	10
2.5.1. Анкетен метод	10
2.5.2. СТЕП тест	10
2.5.3. Документален метод	13
2.5.4. Статистически методи	14
2.6. Схематично представяне на цялостното изследване	15
II РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	16
1. Епидемиологична характеристика на гериатричните пациенти в Пловдивска област за периода 2011-2013г.	16
2. Анализ на консумацията на здравни услуги сред гериатричните пациенти в общата медицинска практика за едногодишен период	23
3. Проучване мнението на ОПЛ за основните проблеми при обслужването на гериатрични пациенти в общата медицинска практика	30
4. Комплексна гериатрична оценка в общата медицинска практика	40
4.1 Провеждане на комплексна гериатрична оценка в общата медицинска практика чрез прилагане на адаптиран инструментариум - STEP assessment тест	40
4.2 Проучване мнението на участниците ОПЛ за практичната приложимост на теста	59
5. Изготвяне на алгоритъм за поведение на общопрактикуващите лекари при обслужване на гериатрични пациенти	63
III ОСНОВНИ ИЗВОДИ	70
IV ПРЕПОРЪКИ	71
V НАУЧНИ ПРИНОСИ	73
VI ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	74
VII НАУЧНИ СЪОБЩЕНИЯ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	75

ЧЕСТО ИЗПОЛЗВАНИ СИМВОЛИ И СЪКРАЩЕНИЯ

АН	Артериално налягане
АПМП	Амбулатория за първична медицинска помощ
АХ	Артериална хипертония
БЛС	Български лекарски съюз
ГП	Гериатричен пациент
ГППМП	Групова практика за първична медицинска помощ
ДС	Дихателна система
ЕС	Европейски съюз
ЖДА	Желязо-дефицитна анемия
ИППМП	Индивидуална практика за първична медицинска помощ
ИТМ	Индекс на телесна маса
КГО	Комплексна гериатрична оценка
МДД	Медико-диагностична дейност
МЗ	Министерство на здравеопазването
МКБ	Международна класификация на болестите
МН	Медицинско направление
МСБ	Мозъчно-съдова болест
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НИЗЗД	Неинсулинозависим захарен диабет
НЛР	Нежелани лекарствени реакции
НРД	Национален рамков договор
НС	Нервна система
НСИ	Национален статистически институт
НСОПЛБ	Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България
ОДА	Опорно-двигателен апарат
ОМ	Обща медицина
ОМП	Обща медицинска практика
ООН	Организация на обединените нации
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ПКК	Периферна кръвна картина
ПМП	Първична медицинска помощ
ППМП	Практика за първична медицинска помощ
ПЦП	Пациен-центриран подход
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
СЗО	Световна здравна организация
СИМП	Специализирана индивидуална медицинска помощ
СОИБОМ	Сдружение на учителите и изследователите в България по Обща медицина
СППЖ	Средна продължителност на предстоящ живот
ССЗ	Сърдечно-съдови заболявания
ССС	Сърдечно-съдова система

ТЕЛК	Трудово експертна лекарска комисия
ТСХ	Тиреостимулиращ хормон
ФВК	Форсиран витален капацитет
ФЕО	Форсиран експираторен обем
ХДР	Хигиено-диетичен режим
ХОББ	Хронична обструктивна белодробна болест

MCH	Mean corpuscular hemoglobin
MCHC	Mean corpuscular hemoglobin concentration
MCV	Mean corpuscular volume
PSA	Prostate specific antigen
STEP	Standardized assessment of elderly people

ВЪВЕДЕНИЕ

Развитието на технологиите, подобряването на стандарта на живота и повишаването на качеството на здравните услуги дава възможност на все повече хора да доживеят до напреднала и преклонна възраст и същевременно с това да запазят своята възможност да водят активен, здравословен, динамичен и продуктивен начин на живот.

Стареенето и старостта са биологично детерминирани в историческото развитие на вида *Homo sapiens* и върху тях поляризира взаимодействието на многостранни социални, културни и екологични фактори. Стареенето е генетично програмиран процес, а старостта е последователен етап на индивидуалното развитие на човешкия вид.

Демографските промени в идните години ще доведат до увеличаване на броя на възрастните хора. Удълженият живот на човешката популация е голям медицински и социален успех, но същевременно е и голямо предизвикателство, изискващо огромни усилия, отдаденост и съпричастност от лекари и други медицински и немедицински специалисти при работа с възрастните пациенти.

Гериатричните пациенти са специфична група поради уязвимостта си към физиологични, психологични, социални и здравословни проблеми. Разкриване на съвременната характеристика на гериатричния пациент, особеностите на стареенето в био-психо-социален аспект, допълнителна лекарска квалификация и добиване на компетенции, подобряващи обгрижването на тези пациенти, е наложителна предвид запазващата се тенденция на демографско стареене.

Общопрактикуващият лекар е основна фигура при удовлетворяване на здравните потребности на старите хора. Наличие на полиморбидитет и ко-морбидитет сред гериатричните пациенти е широко разпространено, което ги прави най-честите пациенти в практиките на общопрактикуващите лекари. Въвеждането на алгоритъм за работа в общата медицинска практика, базиран на доказан опит в други страни, мултидисциплинарност, приоритизиране, последователност и устойчивост във времето на индивидуално определени медицински и социални дейности, ще допринесе за оптимизиране на предоставяните медицински грижи за възрастните хора.

I ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

НАУЧНА ИДЕЯ ИЛИ РАБОТНА ХИПОТЕЗА:

Гериатричните пациенти в общата практика са преобладаваща група пациенти, със специфични физиологични, психологични, социални, здравословни проблеми и висока консумация на здравни грижи в първичната медицинска помощ. Съществува необходимост от въвеждането на алгоритъм за гериатрична оценка в работата на общопрактикуващите лекари.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО:

Целта на дисертационния труд е да се изведе характеристика на гериатричния пациент в общата медицинска практика, като основа за оптимизиране на здравните услуги предоставяни на възрастните хора.

Задачи

За да се постигне тази цел е необходимо да се изпълнят поставените задачи:

1. Епидемиологична характеристика на гериатричните пациенти в Пловдивска област за периода 2011-2013г.
2. Анализ на консумацията на здравни услуги сред гериатричните пациенти в общата медицинска практика за едногодишен период.
3. Проучване мнението на ОПЛ за основните проблеми при обслужването на гериатрични пациенти в общата медицинска практика.
4. Провеждане на комплексна гериатрична оценка в общата медицинска практика чрез прилагане на адаптиран инструментариум - STEP assessment тест и проучване мнението на участвалите ОПЛ за практичната приложимост на теста.
5. Изготвяне на алгоритъм за поведение на общопрактикуващите лекари при обслужване на гериатрични пациенти.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕ:

Предмет на проучването – изследване на гериатрични пациенти в общата медицинска практика

Обект на проучването – гериатрични пациенти (хора на 65 и повече години) в практиките за първична медицинска помощ, ОПЛ

Единици на наблюдение

Логически единици на наблюдение са:

Гериатрични пациенти, отговарящи на критерии за включване, съгласили се да участват в проучването;

Всеки ОПЛ /практика за ПМП/, сключил договор с РЗОК Пловдив, съгласил се да участва в проучването;

Технически единици на наблюдение са:

Амбулатории за индивидуални или групови практики за първична медицинска помощ, към РЗОК гр. Пловдив;

Методи на проучването

Методика за определяне на извадката - определяне броя на извадката, метод за подбор

Проучване мнението на ОПЛ относно гериатричните пациенти

Изборът на общопрактикуващите лекари бе осъществен на базата на списъците на регистрираните практики, към РЗОК – Пловдив, които към момента на изследването са 403. Чрез прост случаен подбор бяха анкетирани 145 ОПЛ, което представлява 36% от генералната съвкупност за Пловдив.

Определянето на необходимия **брой единици на наблюдение** се извърши чрез двуетапния метод на Щейн. В първия етап се проведе микропроучване на извадка от 30 ОПЛ, като признак за изчисляване на необходимото стандартно отклонение (S_x) се прие възрастта на анкетираните. Във втория етап чрез формулата за изчисляване на необходимия брой единици на наблюдение при вариационни признаци се определиха 112 единици на наблюдение, като за максимално допустима грешка се прие $\Delta=2$ г., $S_x=10.6$ и $P(u)=0.95$.

Анализ база данни от ППМП

С цел анализиране на консумацията на здравните услуги сред гериатричните пациенти в общата медицинска практика бе събрана и обработена информацията от 20 практики за първична медицинска помощ, което съставлява 5% от практиките на територията на Пловдив. Общият брой на анализирани амбулаторни прегледи е 111931, от които 39369 са прегледите сред ГП.

Провеждане на СТЕР тест

За определяне броя на извадката са използвани утвърдените критерии при апробиране на инструментариум и съотношение на участниците към броя на въпросите 1:5.

От списъците на договорните партньори на РЗОК Пловдив, чрез случаен подбор бяха избрани 44 практики, титулярите на които имат специалност Обща медицина.

За да бъде представителна извадката, 50% от ППМП <100 хил. и 50% от ППМП>100 хил.

Определянето на необходимия **брой единици на наблюдение** при пациентите се извърши отново чрез двуетапния метод на Щейн. Определиха се 384 единици на наблюдение, като за максимално допустима грешка се прие $\Delta=1$ г. , $S_x=9.8$ и $P(u)=0.95$.

Чрез прост случаен подбор от пациентските листи на всяка практика бяха избрани по 10 пациента (общо 440). След проверката и кодирането на анкетните карти окончателния брой на изследваните пациенти е 422. Отпаднаха 18 души, които не отговаряха на заложените критерии (поради наличие на инвалидизиращи сетивни нарушения, ограничена мобилност, терминален стадий на заболяване и др.)

Изследване удовлетвореността на ОПЛ след прилагане на СТЕП тест.

Лекарите титуляри на избраните 44 ППМП, чиито пациенти са изследвани бяха анкетирани относно приложимостта в практиката на специфичния тест.

Критерии за включване при избора на логическите единици:

Всеки ОПЛ с /съответно практика за ПМП/, сключил договор с РЗОК Пловдив, съгласил се да участва в проучването;

Всеки пациент, съгласил се да участва в проучването, подвижен, без тежки сетивни и дементни нарушения. За определяне на гериатричен пациент се приема възраст ≥ 65 г.

Набирането на пациенти включва пациенти посетили практиката на ОПЛ и отговарящи на критериите за включване.

Признаци на единиците на наблюдение

За общопрактикуващите лекари:

Факториални: пол; възраст; трудов стаж; придобита специалност и др.

Резултативни: познаване на гериатричния пациент, особености на гериатричната консултация, трудности в обслужването, предизвикателства в профилактичната дейност, удовлетвореност от прилагане на СТЕП тест.

За практиките за първична медицинска помощ:

Факториални: вид на практиката; обем на практиката; вид и численост на екипа; населено място на практиката и др.

Резултативни: дейности, свързани с обслужване на ГП, извършвани в практиките.

За гериатричните пациенти:

Факториални: възраст, пол, социален статус, параметри от здравните досиета и от СТЕП тест

Резултативни: характеристика на био-психо-социален статус, функционални и двигателни възможности, данни от медицински преглед

Органи на наблюдението

Първичната информация е събирана от авторите на проучването.

Методи и техники за събиране на информация. Време на провеждане и организация на проучването.

За получаване на необходимата първична информация за единиците на наблюдение, съответно по посочените признаци са използвани следните основни методи:

Анкетен метод

Пряка анонимна индивидуална анкета с ОПЛ за извеждане на основните проблеми при обслужване на гериатрични пациенти, структурирана в следните направления: социо-демографски данни; възрастово разпределение на пациентите в листата им, характеристика на работата им с гериатричните пациенти, общуване и трудности, които срещат в работата си с тях, предложения за промени с цел оптимизиране на здравните услуги.

Срезово проучване, провеждане на изследването в периода **юли 2014г – юли 2015г.**

СТЕП тест

Стандартизираният въпросник за стари хора СТЕП (STEP Assessment) е създаден специално за приложение в ПМП в Европа (Sandholzer et al. 2002). Авторският колектив включва: общопрактикуващи лекари, социални работници и специалисти по гериатрия. Прилагането на въпросника има за цел преждевременно да открие (установи) значими здравни проблеми при стари хора, които не са в старчески дом (Sandholzer et al. 2004). Оригиналният вариант на теста е на немски език и включва батерия от няколко отделни модула, насочени към изследване на пациенти и общопрактикуващи лекари през определен интервал от време.

СТЕП е тест за изследване на гериатричен пациент, в следните основни направления: демографски данни, общо здравословно състояние, функционално състояние, социална среда, физически оплаквания, настроение, стил и начин на живот, ваксинация, употреба на лекарства, медицински преглед с клинични изследвания, тест за ориентация, тест за подвижност (мобилност) и други притеснения или оплаквания.

Срезово проучване - провеждане на изследването в периода **юли 2014г – февруари 2015г.**

Характеристика на адаптиран СТЕП

За комплексна характеристика на гериатричния пациент в дисертационния труд е използвана модифицирана и адаптирана за страната версия на изработения модел за комплексна гериатрична оценка.

Метода е разработен, за да открива неразкрити до момента различни преодолими/лечими здравословни и социални проблеми на възрастните и стари хора. Взети са под внимание само здравословни проблеми, с отчетени положителни лечебни ефекти в областта на подвижността и осъществяване на ежедневни дейности, соматични и психични симптоми и/или заболявания, социални проблеми, рисково поведение, както и приема на лекарства. За идентифициране на тези здравословни проблеми е създаден един напълно структуриран, мултипанелен инструмент – т. нар. СТЕП инструментариум.

Въпросникът се състои от 42 панела с общо 111 въпроса разпределени в 10 области и 3 медицински теста/изследвания. Въпросите включват демографски данни, общо здравословно състояние, функционално състояние, социална среда, физически оплаквания, настроение, стил и начин на живот, ваксинации, употреба на лекарства, други оплаквания на пациента. Медицинският преглед е част от комплексната оценка и

се състои в мониторинг на сърдечно-съдовия статус: артериално налягане, честота и характер на пулс, лабораторни данни за общ холестерол, кръвна захар на гладно и ТСХ от предходни изследвания; тест за ориентация и когнитивни нарушения, тест за мобилност с преглед/оглед на ходила. Всяка област съдържа скали за оценка.

Детайлно въпросите включват: подробни демографски данни – възраст, пол, гражданство, местоживееене, семейно положения, здравноосигурителен статус, инвалидност. Допълват се от информация за образование, професионална реализация и години трудов стаж, финансова обезпеченост. Въпросите събират информация за двигателните способности, мобилността и справянето с ежедневни дейности на изследвания, социална среда на пациента (жилище, социални контакти, финанси). Комплексната оценка се допълва от въпроси свързани с физически оплаквания, болки, задух, падания, инконтиненция, обеззъбяване, нарушено зрение, слух; промени в настроение; злоупотреба с вещества и прием на лекарства, хранителни навици; физическа издръжливост и имунизационен статус. Теста за ориентация е своеобразен скрининг за когнитивни нарушения, при който в предварително очертана окръжност, пациентът трябва да нарисува циферблат на часовник със стрелки показващи час 11:10. Изследва се подвижността и преглед/оглед на ходилата на пациента. Оставена е възможност пациента свободно да сподели и други оплаквания, които може да не са обхванати в теста.

Методът е доказано ефективен за откриване на нови, неизвестни за лекаря и пациента проблеми. В настоящето мащабно изследване ние го използваме, за да дадем съвременна характеристика на възрастните и стари пациенти в България, използваме го при изготвяне на алгоритъм за периодично наблюдение на активно стареещите гериатрични пациенти.

Процедурата по валидизиране на СТЕП теста включва следните етапи:

1. Получаване на съгласие от автора Dr. Junius-Walker
2. Извършване на преводи от двама независими квалифицирани преводачи на СТЕП теста – от немска в българска версия (един филолог и един специалист от областта на обща медицина). Разработена е етапна версия след постигане на окончателен консенсус между двата превода.
3. Обратен превод на оригиналния език е извършен от трети квалифициран преводач и специалист по обща медицина, владеещ двата езика, с матерен език немски.

4. Обсъждане на двете версии на български и немски език за съответствие и приемане на окончателна версия и на български език (след допълнителни корекции).
5. Провеждане на когнитивен дебрифинг с участието на 5 от респондентите и психолог за установяване на неясноти, неточности или нееднозначност в интерпретацията на теста. След направени всички необходими корекции, бе изготвен окончателен адаптиран за българската популация вариант на превод.
6. С цел апробиране и валидиране на STEP теста е направена микроизвадка от гериатрични пациенти, подбрани на случаен принцип. Пилотното проучване на валидността на българската версия на STEP теста включва 30 пациента над 65г. от 5 ППМП.
7. Проверена е надеждността на теста, стабилността на резултатите във времето. Проведен е тест-ретест с въпросника при участниците от пилотното проучване през период от 2 седмици. Установяваме много висока корелация между резултатите от първия и втория тест, движеща се в границите от 0,7 до 1 $P < 0,001$.

Пряка индивидуална анкета с ОПЛ, в чийто практики е проведен STEP тест за изследване на приложимостта на STEP теста в практиката.

Срезово проучване, **в рамките на месец след провеждане на STEP тестове на гериатричните пациенти** анкета състояща се от 10 затворени въпроса, оценявана чрез 5 степенна Ликертова скала.

Документален метод

Ретроспективно проучване на база данни свързана с охарактеризиране на гериатричните пациенти към **РЗОК Пловдив за периода 2011-2013г.** За целта бе отправено официално запитване до НЗОК.

Ретроспективно проучване на бази данни в ОМП, в които се провежда изследване на гериатрични пациенти посредством STEP теста, **за периода януари 2014 – декември 2014г.,** включващо всички регистрирани амбулаторни прегледи за охарактеризиране консумацията на медицински услуги при гериатричните пациенти.

Информацията се извлече от HML отчетите на личните лекари към РЗОК Пловдив за

2014 година.

Статистически методи

Събраната първична информация е проверена, кодирана и въведена в компютърна база данни за по-нататъшна статистическа групировка, прекодиране и анализ. При обработка на данните се използва софтуерен продукт за статистическа обработка SPSS 17.0 за Windows XP, а за графичен анализ MS Office Excel 2007. Използвани са целесъобразни статистически анализи, спрямо получените данни.

- Приложихме **дескриптивна статистика** за описание на резултатите. Резултатите са представени чрез средна аритметична стойност и стандартна грешка (mean и Std. Error).

- Оценката на относителен дял и честотните разпределения при качествени (неметрирани) и групирани данни извършихме чрез **алтернативен анализ**.

- За съпоставка на резултатите при двумерни разпределения приложихме **критерия χ^2** .

За онагледяване на явленията са използвани възможностите на **графичния анализ**

За ниво на значимост на нулевата хипотеза бе прието **$P < 0.05$** .

Данните са обработени чрез статистически програмен пакет SPSS ver.16.0

Проучването има получена положителна оценка от Етична комисия към Медицински университет Пловдив.

Дизайн на проучването:

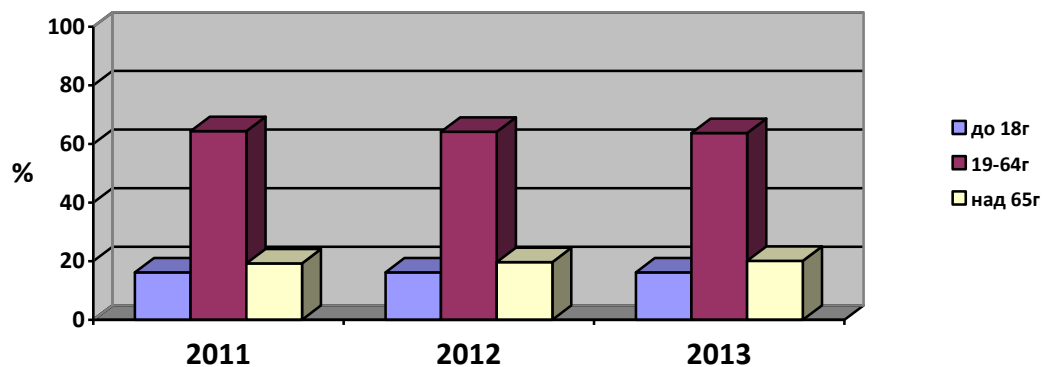
Схематично представяне на цялостното изследване



II РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1. Епидемиологична характеристика на гериатричните пациенти в Пловдивска област за периода 2011-2013г.

Анализ на получената от НЗОК база данни потвърждава възрастовото ранжиране на населението в Пловдивски район. Делът на хората на 65 и повече години избрали свой семеен лекар за трите години е около 20%. През 2013г. се наблюдава слаба тенденция на нарастване дела на застаряващите, което потвърждава, че Пловдивска област е сред районите в България с изразен процес на демографско стареене. (Фигура 7, Таблица 1)



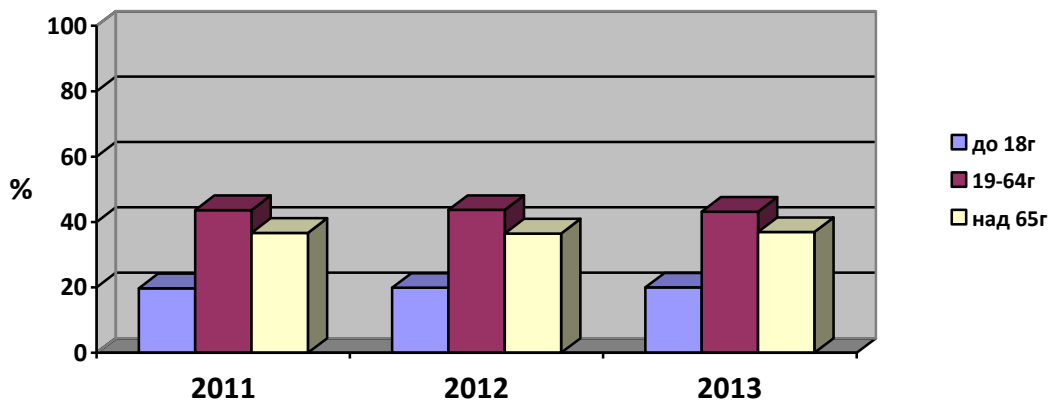
Фиг.7 Разпределение на лицата с избор на ОПЛ в Пловдивска област по възраст

За трите изследвани години ясно се очертава тенденцията за доминиране дела на жените спрямо мъжете в трите подвъзрастови групи: 65-74г, 75-89г. и над 90 години. През 2011г. не се наблюдава съществен ръст в броя на жените в подгрупите, докато през 2013г. отчетливо делът на жените нараства като цяло, удвоява се съотношението жени-мъже след 75 годишна възраст, което потвърждава по-дългата продължителност на живот при жените.

Табл 1. Брой лица с избор на ОПЛ по пол и възраст

		2011г.		2012г.		2013г.	
		Брой	%	Брой	%	Брой	%
65-74 г	Мъже	34 178	24.56	34 432	24.59	34 846	24.54
	Жени	46 437	33.36	46 933	33.53	47 826	33.67
	Общо	80 615	57.92	81 365	58.12	82 672	58.21
75-89 г	Мъже	20 945	15.05	20 756	14.83	20 869	14.69
	Жени	35 451	25.47	35 491	25.36	35 864	25.25
	Общо	56 396	40.52	56 247	40.19	56 733	39.94
Над 90 г	Мъже	684	0.49	726	0.51	812	0.57
	Жени	1 482	1.067	1 644	1.17	1 821	1.28
	Общо	2 166	1.56	2 370	1.69	2 633	1.85
Общо над 65 г		139 177	100	139 982	100	142 038	100

Повече от една трета от извършените при ОПЛ прегледи са на пациенти на 65 и повече години. При детайлно обработване на данните като най-чести посетители се очертават лицата във възрастовата група 65-74 годишни, малък е дела на прегледите при най-старите хора. Това може да се обясни с факта, че групата на младите старци е най-многочислена, а ниската посещаемост на най-старите лица, освен с нисък относителен дял от общата популация, може да е свързан и с функционални нарушения следствие на старостта. (Фигура 8, Таблица 2)



Фиг.8 Разпределение на извършените прегледи при ОПЛ

Табл.2 Брой прегледи при ОПЛ с процентно разпределение във възрастовите подгрупи над 65 години

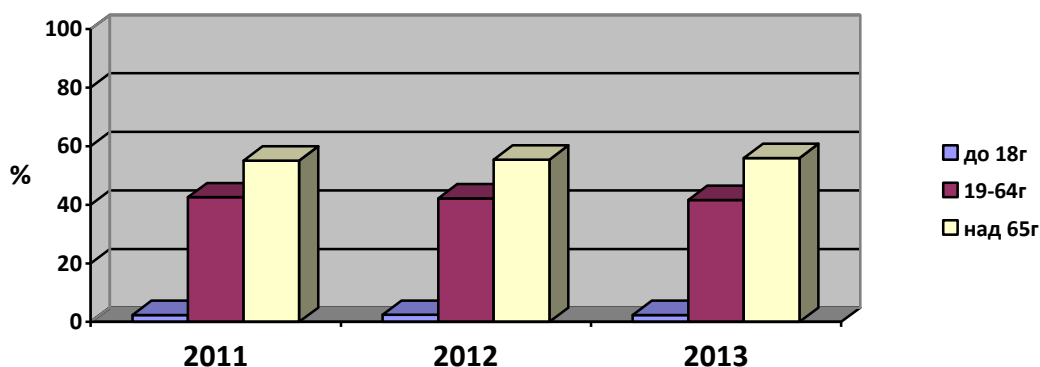
Възраст	2011г.			2012г.			2013г.		
	Брой	%	Sp%	Брой	%	Sp%	Брой	%	Sp%
65-74 г	497 399	52,11	0.05	491 756	51,72	0.05	491 502	51,51	0.05
75-89 г	443 665	46,47	0.05	443 620	46,64	0.05	443 703	46,52	0.05
Над 90 г	13 598	1,42	0.01	15 603	1,64	0.01	18 818	1,97	0.01
Общо над 65 г	954 662	100		950 979	100		954 023	100	

Сред възрастните хора е висока заболяемостта от социалнозначими заболявания, което пряко се отразява в значителния им дял сред диспансеризирани пациенти с хронични заболявания.

Повече от половината от всички диспансерни пациенти са на 65 и повече години. Този факт обяснява високата консумация на медицински услуги от изследваната възрастова група. Във възрастовите подгрупи ранжирането на диспансерацията следва броя на пациентите. (Фигура 9, Таблица 3)

Отново делът на най-възрастните хора е най-нисък. Потвърждава се твърдението, че хората на 90 и повече години не са големи консуматори на здравни услуги.

Динамиката в броя на лицата с диспансерни заболявания през трите изследвани години е незначителна, запазва се броя и дела на пациенти с дългосрочно мониториране.



Фиг.9 Разпределение на лицата с диспансерни заболявания

Табл. 3 Брой лица с диспансерни заболявания с процентно разпределение във възрастовите подгрупи над 65 години

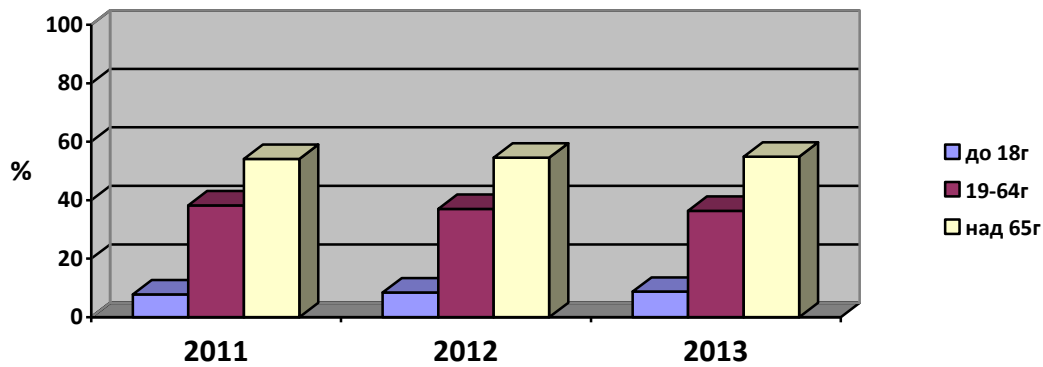
Възраст	2011г.			2012г.			2013г.		
	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp	Брой	%	Sp
65-74 г	4 4763	56.97	0.18	46 443	56.46	0.17	48 588	56.04	0.17
75-89 г	3 3094	42.11	0.18	34 906	42.45	0.17	36 991	42.68	0.17
Над 90 г	727	0.92	0.03	898	1.09	0.04	1 108	1.28	0.04
Общо над 65 г	78 584	100		82 247	100		86 687	100	

Според действащите разпоредби диспансеризацията на основните социалнозначими заболявания (мозъчно- и сърдечно-съдови болести, НИЗЗД, хипотиреоидизъм) се извършва основно от ОПЛ, с насочване към тесни специалисти за планови консултации.

Диспансеризацията на хронични заболявания регламентирани в НРД, е основна дейност на ОПЛ, имаща за цел качествен контрол на заболяванията и поддържане на дълготрайна ремисия т.е. вторична профилактика на хронични, инвалидизиращи заболявания. Диспансеризацията на пациенти от тесни специалисти е по-рядко срещана и често нежелана от самите лекари, поради трудности породени както от нормативно определени разпоредби, така и от взаимоотношенията лекар–пациент. Диспансеризацията сама по себе си изисква дългосрочност, взаимност и отдаденост както от лекаря, така и от пациента, затова ППМП е подходящо място за контрол на хроничните заболявания, в тясна връзка с лекари от други специалности.

Отново данните ясно показват връзката между високостепенната заболеваемост, основно от хронични заболявания, изискващи постоянни медицински грижи, и възрастта. На Фигура 10 е показан относителния дял на диспансерните прегледи при тесни специалисти, чийто дял е най-голям именно във възрастта над 65 години.

За трите изследвани години данните за диспансерните пациенти при тесен специалист не показват съществена разлика в разпределението между възрастните пациенти от трите подвъзрастови групи. (Таблица 4)



Фиг.10 Разпределение на диспансерните прегледи при тесни специалисти

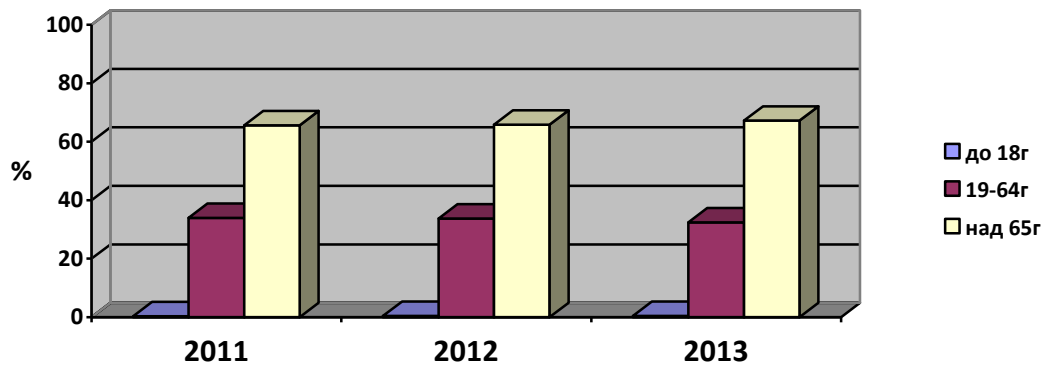
Табл. 4 Брой диспансерни прегледи при специалист процентно разпределение във възрастовите подгрупи над 65 години

Възраст	2011г.			2012г.			2013г.		
	Брой	%	Sp%	Брой	%	Sp%	Брой	%	Sp%
65-74 г	20 245	49.42	0.25	20 399	49.04	0.25	20 955	49.17	0.24
75-89 г	20 215	49.33	0.25	20 584	49.49	0.25	21 008	49.29	0.24
Над 90 г	512	1.25	0.05	609	1.47	0.05	656	1.54	0.06
Общо над 65 г	40 972	100		41 592	100		42 619	100	

Друг важен аспект, свързан с консумацията на здравни услуги от гериатричните пациенти е високата честота на хронични заболявания, често повече от едно, изискващи продължителни грижи. Едновременното справяне с няколко здравословни проблема при един ГП е част от ежедневието в работата на ОПЛ.

Проблемът с полиморбидността при гериатричните пациенти е свързан с натрупването на неблагоприятни ефекти на хроничните болести, усложненията, инвалидизацията и полифармацията, което прави възрастните хора специфична и трудна за обгрижване група.

С напредване на възрастта двукратно нараства броя на възрастните хора с повече от едно заболяване спрямо общия брой на пациенти с повече от едно заболявания, диспансерни при ОПЛ. Отново възрастовата група на лицата от 65 до 74 години доминира над останалите, без динамика през трите години. (Фигура 11, Таблица 5)



Фиг.11 Разпределение на лицата с повече от едно диспансерно заболяване

Табл. 5 Брой лица с повече от едно диспансерно заболяване и процентно разпределение във възрастовите подгрупи над 65 години

Възраст	2011г.			2012г.			2013г.		
	Брой	%	Sp%	Брой	%	Sp%	Брой	%	Sp%
65-74 г	23 166	53.87	0.24	24 697	52.84	0.23	29 514	53.57	0.21
75-89 г	19 286	45.26	0.24	21 528	46.08	0.23	24 884	45.19	0.21
Над 90 г	382	0.87	0.04	508	1.08	0.05	686	1.24	0.05
Общо над 65 г	43 834	100		46 733	100		55 084	100	

Данните от НЗОК за 10-те най-чести диспансерни диагнози при ОПЛ подкрепят изцяло правените до момента изследвания по темата. За периода от трите години водещи позиции заемат сърдечно- и мозъчно-съдовите заболявания.

Табл. 6 10-те най-чести диспансерни диагнози за 2011г.

МКБ	Брой	0-18 г	19-64 г	65-74 г	75-89 г	над 90 г
I11	91 823	0	34 725	32 346	24 277	475
I20	28 335	0	9 547	10 524	8 107	157
I10	25 491	11	13 952	7 611	3 843	74
I69	18 184	0	3 449	6 588	7 949	198
E11.9	15 049	0	6 431	5 364	3 205	49
E11.4G63.2	9 075	0	3 537	3 323	2 187	28
H40	5 428	0	1 102	1 901	2 340	85
E10.4G63.2	4 186	0	2 136	1 245	785	20
I50.0	3 603	0	696	1 246	1 620	41
J44.8	2 983	0	946	1 187	839	11
Общо	204 157	11	7 6521	71 335	5 5152	1 138

Табл. 7 10-те най-чести диспансерни диагнози за 2012г.

МКБ	Брой	0-18 г	19-64 г	65-74 г	75-89 г	над 90 г
I11	96 688	0	35 669	34 074	26 333	612
I20	32 429	0	10 703	12 022	9 503	201
I10	27 621	11	15 036	8 230	4 246	98
I69	19 974	0	3 633	7 121	8 945	275
E11.9	15 938	0	6 698	5 793	3 399	48
E11.4G63.2	9 582	0	3 668	3 563	2 314	37
H40	5 432	0	1 098	1 879	2 339	116
I50.0	4 893	0	928	1 655	2 231	79
E10.4G63.2	3 791	0	1 938	1 120	711	22
E03.8	3 522	0	2 052	1 023	440	7
Общо	219 870	11	81 423	76 480	60 461	1 495

Табл. 8 10-те най-чести диспансерни диагнози за 2013г.

МКБ	Брой	0-18 г	19-64 г	65-74 г	75-89 г	над 90 г
I10	30 189	19	16 198	9 089	4 766	117
E11.9	19 029	0	7 766	7 013	4 187	63
I11	16 375	0	6 762	4 850	4 569	194
E11.4G63.2	10 611	0	3 927	4 032	2 601	51
I50.0	7 301	0	1 365	2 425	3 380	131
I20	9 282	0	3 084	3 154	2 953	91
E03.8	5 485	5	2 971	1 738	763	8
I69	4 183	0	799	1 398	1 906	80
J44.8	3 800	0	1 113	1 516	1 152	19
J45.0	5 323	1 760	2 531	663	365	4
Общо	111 578	1 784	46 516	35 878	26 642	758

Установи се, че и в трите изследвани години 10-те най-чести диспансерни диагнози съставляват над 80% от всички регистрирани диспансерни диагнози. Данните сочат, че общият брой диспансерни диагнози според регистриран МКБ код са както следва: за 2011г. и 2012г. - 185 различни МКБ кода; за 2013г. – 178 МКБ кода.

При водещата диагноза – хипертонична болест на сърцето (I11) делът сред пациентите над 65 години е 62,18% за 2011 и 63,10% за 2012 г; през 2013 г. диагнозата е трета по честота, но високият дял на възрастните хора с нея се запазва – 58,70%. При втората по честота диагноза през 2011 и 2012 година – исхемична болест на сърцето (I20), дяловете на гериатричните пациенти са съответно - 66,30% и 66,96%; през 2013 г. заболяването е шесто по честота, но без промяна на относителния дял сред възрастните от 66,97%.

Лицата от 65 до 74 годишна възраст са с най-висока заболяемост от групите гериатрични пациенти. Групата на по-младите лица от 19 до 64 години е с най-висока честота на хипертонична болест – абсолютен брой. При детайлно изчисление на заболяемостта спрямо общия брой лица в групите – относителен дял, се вижда по-високото ниво на заболяемост от хипертонична болест в групата на 65-74 годишните.

2. Анализ на консумацията на здравни услуги сред гериатричните пациенти в общата медицинска практика за едногодишен период.

Приоритет в настоящето проучване представлява изследване консумацията на здравни грижи от възрастните и стари хора. За целта подробно са анализирани амбулаторните досиета на всички гериатрични пациенти обслужвани в 20 от ППМП участвали в комплексната гериатрична оценка. За изграждане на цялостната картина за нуждата и консумацията на медицински грижи от гериатричните пациенти се избра периода от една година, даващ възможност за проследяване на разнообразните нужди на пациентите, както от първична медицинска помощ, така и от специализирана и болнична.

Анализът на данните от двайсетте ППМП показва средния брой пациенти в листата на практиката - 1236.4 ± 147.7 (493-3003). Наблюдава се голяма девиация в числеността на пациентите в отделните практики, породена от липсата на нормативни ограничения за минимален и максимален брой пациенти в ОМП.

Потвърждава се доминирането на женския пол в общата популация: средният брой на жените е 696.2 ± 82.6 (272-1603), а мъжете са средно 540.2 ± 66.1 (221-1400) за една ОМП. Една четвърт от пациентите, фигуриращи в пациентските листи на ОПЛ, са на 65 и повече години. Средният брой ГП за практика е 296.9 ± 45.7 (27-677). Това потвърждава ключовата роля на семейния лекар, обслужващ ежедневно значителна част от възрастната популация. Данните обосновават избора на ОМП като подходяща среда за охарактеризиране на гериатричния пациент.

Табл. 9 Среден брой на гериатрично население в трите подгрупи.

ГП		Минимум	Максимум	Mean± Std. Error		SD
Възраст	65-74г.	21,00	327,00	157,10	23,31	104,23
	75-84г.	6,00	337,00	133,50	22,32	99,81
	Над 90г.	0,00	20,00	6,25	1,21	5,41
Пол	Мъже	12,00	253,00	114,75	17,28	77,29
	Жени	15,00	424,00	182,10	28,86	129,09

Основен показател на здравната консумация е честотата на амбулаторните прегледи в ППМП. Средният брой на извършени амбулаторни прегледи от личните лекари е изключително висок както за общата популация, така и в частност само за гериатричните пациенти. Средният брой прегледи за една амбулатория е 5596.5 ± 819.8 (1960-16361), от които почти една трета са само гериатричните консултации: 1968.3 ± 315.8 (186-4685).

ГП са една четвърт от пациентите на ОПЛ, а прегледите които ОПЛ извършва при тях заемат повече от една трета от работата му, което доказва че старите хора са основни потребители на здравни грижи. Средният брой на извършени консултации сред жените е по-висок от тези при мъжете, което се обвързва с факта, че жените представляват доминиращ дял от гериатричната популация.

Табл. 10 Амбулаторни прегледи при ГП по пол и възраст

Амбулаторни прегледи при ГП		Минимум	Максимум	Mean± Std. Error		SD
Възраст	65-74г.	138,00	2663,00	1034,85	164,04	733,62
	75-84г.	41,00	2073,00	909,45	151,09	675,70
	Над 90г.	,00	115,00	38,80	7,78	34,79
Пол	Мъже	84,00	2064,00	770,05	124,19	555,41
	Жени	102,00	2811,00	1198,20	195,37	873,70

Честотата на консултативни прегледи на старите хора разкрива консумацията на здравни грижи предоставяни от семейните лекари. Детайлно изследване на гериатричните досиета разкрива потреблението на здравни ресурси: честота на медико-диагностични дейности, брой и вид изписвана терапия (реимбурсирана от НЗОК), брой и вид консултации със тесни специалисти, честота и причини за

хоспитализации.

Средният брой на медико-диагностични дейности извършени сред гериатричната популация заема 36.7% от изследванията назначени за общата популация, от които за жените средно са изразходени 341 ± 55.6 (25–803) диагностични процедури, а за мъжете 211.2 ± 39.4 (12 – 688). (Таблица 11).

Табл. 11 Медико-диагностични изследвания при ГП по пол и възраст

МДД при ГП		Минимум	Максимум	Mean± Std. Error		SD
Възраст	65-74г.	45,00	924,00	321,05	53,68	240,05
	75-84г.	4,00	555,00	231,30	39,53	176,79
	Над 90г.	,00	19,00	6,35	1,31	5,84
Пол	Мъже	12,00	688,00	211,25	39,36	176,04
	Жени	25,00	803,00	341,90	55,61	248,72

Важна информация за здравна консумация са данните за предписаната медикаментозна терапия на старите хора за периода от една година. Консултациите свързани с лекарствена терапия представляват значима част от работата на ОПЛ с ГП. Терапията изписвана на гериатрични пациенти е приблизително 2/3 от общия дял на предписваните медикаменти в една ППМП.

По данни от анализираният досиета, средният брой лекарства, които един гериатричен пациент годишно приема е 32.5 ± 1.46 (15.6–43.4) или средно 2.7 медикамента месечно, което е едно оптимално лечение.

Табл. 12 Брой изписани медикаменти при ГП по пол и възраст

Брой изписани медикаменти при ГП		Минимум	Максимум	Mean± Std. Error		SD
Възраст	65-74г.	332,00	9431,00	3637,35	621,13	2777,76
	75-84г.	128,00	10730,00	3847,95	734,79	3286,09
	Над 90г.	,00	643,00	198,55	46,52	208,03
Пол	Мъже	171,00	8705,00	2977,95	539,29	2411,78
	Жени	289,00	12086,00	4705,90	841,79	3764,59

Зачестяват изследванията свързани с това дали определен лекарствен препарат е подходящ за изписване на гериатрични пациенти. Изследва се кои са най-често изписаните медикаменти на ГП. (Таблица 13)

Табл. 13 Най-често изписвани медикаменти при ГП по код

Лекарствен препарат	Код
Пирацетам	NF329
Винпоцетин	NF240
Бизопролол	CF458
Триметазидин дихидрохлорид	CF276
Дигоксин	CF502
Амлодипин	CF540
Метопролол	CF742
Бизопролол	CG142
Аценокумарол	NF329
Хидрохлортиазид	CF894
Изосорбид динитрат	CF021

Най-често изписваните групи лекарствени препарати напълно съответстват на най-често лекуваните амбулаторно заболявания в ПМП. Сред най-честите заболявания са предимно тези дължащи се на атеросклеротичните изменения по съдовите стени – сърдечно и мозъчно-съдови заболявания, характерни за старите хора. Най-висока е честотата на изписваните вазодилататори – периферни и коронарни; препаратите регулиращи сърдечната дейност – бета-блокери, Са антагонисти, сърдечни гликозиди; последвани от антикоагуланти, предотвратяващи рецидиви на съдови инциденти и не на последно място диуретици, отбременяващи сърдечната натовареност. Балансът между заболяемост и адекватна съвременна терапия е предпоставка за удължена преживяемост на пациентите в добро здравословно състояние.

Съществено перо от ресурсите, с които боравят ОПЛ, са направленията за консултациите с тесни специалисти. Така наречените „направления“ са се превърнали в нарицателно както за лекарите, така и за пациентите. Често възможността за консултиране с тесен специалист е крайгълният камък отговорен за проблемите възникващи между лекар и пациент. Изследването на честотата им е неизбежна част от пълното анализиране на голямото количествено информация извлечена от гериатричните досиета. Средният брой на консултации със специалисти варира в широк диапазон, което се дължи на голямата разлика в числеността на пациентските листи. За по-точен анализ разглеждаме общия среден брой консултации на ГП, който е

30.7% от общия дял на консултациите за всички пациенти. Ако се сравни значителния дял, който гериатричните консултации и изписаните лекарства заемат в работата на ОПЛ, делът на консултациите с тесни специалисти остава относително нисък. Това още веднъж потвърждава, че основната фигура обгрижваща гериатричните пациенти в първичната медицинска помощ е ОПЛ.

Табл. 14 Консултации с тесни специалисти при ГП по пол и възраст

Консултации с тесни специалисти при ГП		Минимум	Максимум	Mean± Std. Error		SD
Възраст	65-74г.	34,00	660,00	234,50	37,21	166,39
	75-84г.	7,00	516,00	185,55	32,18	143,91
	Над 90г.	-	-	-	-	-
Пол	Мъже	20,00	570,00	162,15	29,78	133,19
	Жени	25,00	620,00	262,50	40,84	182,66

Жените доминират над мъжете с по-висока честота на консултации със специалисти $p < 0.05$, което се дължи на по-високата им численост и по-високото ниво на заболяемост сред тях. В групата на дълголетниците консултации с тесни специалисти липсват. Това може да се обясни с ниският дял, който представляват от гериатричната популация, също и с трудности в придвижването и липсата на добре организирани домашни прегледи от специализираната извънболнична помощ. Дълголетниците са нисък относителен дял от обслужваните възрастни хора, грижите за които се поемат основно от ОПЛ.

Честотата на хоспитализациите сред гериатричните пациенти съотнесена към общия среден брой на хоспитализации запазва същия дял като този на консултациите със тесни специалисти - 30.5%. По данни от анализираният досиета, средният брой хоспитализации при ГП годишно е $115,35 \pm 85,01$ (8,00– 273,00). (Таблица 15,16)

Табл. 15 Хоспитализации при ГП по пол и възраст

Хоспитализации при ГП		Минимум	Максимум	Mean± Std. Error		SD
Възраст	65-74г.	6,00	173,00	64,15	11,07	49,52
	75-84г.	,00	133,00	49,70	8,44	37,74
	Над 90г.	-	-	-	-	-
Пол	Мъже	4,00	127,00	46,90	7,21	32,23
	Жени	3,00	190,00	68,60	12,37	55,30

Табл. 16 Най-чести диагнози, с които ОПЛ насочват ГП за хоспитализации.

Диагноза	Код
Злокачествено новообразование на простатата	C61
Увреждане на междупрешленни дискове с радикулопатия	M51.1
НИЗЗД с неврологични усложнения	E11.4
Ентензопатия на гръбначен стълб	M46.0
Други видове стенокардия	I20.8

От изследването на най-честите диагнози довели до хоспитализация на пациентите се потвърждава тезата на редица автори, че мъжете живеят по-кратко, поради по тежките болести от които боледуват - карциноми, които бързо ги водят към летален край, а жените по-често боледуват от хронични, инвалидизиращи заболявания, живеят по-дълго, но с влошено качество на живот. При полово сравняване на честота на амбулаторни прегледи; издадени МДД и МН за консултации с тесен специалист; изписани лекарства, се доказва, че жените са по-големи консуматори на здравни ресурси.

Определиха се най-честите заболявания (по МКБ), които са водещи диагнози за насочване на гериатричните пациенти за хоспитализация от личните лекари. Установи се разлика между най-честите диагнози регистрирани в ежедневната амбулаторна работа на ОПЛ с ГП и заболяванията, налагащи хоспитализация. При обединяване на заболяванията по системи се разкриват заболяванията, с които най-често ОПЛ насочват ГП за хоспитализация. Злокачествените новообразования заемат челна позиция, последвани от костно-мускулните заболявания. ССЗ са доминиращи в амбулаторните прегледи на ОПЛ, без полови различия.

От получените резултати може да се заключи, че ОПЛ активно лекуват и контролират основните социалнозначими заболявания, характерните за ГП, стремейки се да извършват тези лечебни процедури в амбулаторни условия, а насочват за болнично лечение само заболяванията, които или не могат да се лекуват амбулаторно – онкологични, или са декомпенсирани състояния с развили се усложнения. Тези данни са практически изключително полезни, защото при промяна в държавната политика, придържайки се към разпоредбите заложи в националната здравна стратегия за стимулиране на ПМП, в частност ОПЛ, могат да се постигнат клинично ефективни и финансово ефикасни резултати за кратък период от време.

Профилактиката на заболяванията е друг вид консултативна дейност осъществявана от семейните лекари, предопределяща понататъшният ход на заболяването и качеството на живот на пациентите. Това, че ОПЛ извършват толкова често профилактични прегледи сред възрастните пациенти, показва тяхното сериозно отношение към превенцията на заболяванията. Готовността им да работят активно в тази насока личи от изразходването на регулативни стандарти с висока финансова стойност, за да търсят активно животозастрашаващи заболявания като карцином на простатата и млечната жлеза.

Табл. 17 Сравняване на най-чести диагнози

Най-честите диагнози в амбулатории за първична медицинска помощ сред ГП	Най-честите диагнози, водещи до хоспитализация на ГП
Хипертонична болест без сърдечна недостатъчност	Злокачествено новообразование на простатата
Профилактичен преглед	Увреждане на междупрешленни дискове с радикулопатия
Последици от други и неуточнени МСБ	НИЗЗД с неврологични усложнения
НИЗЗД без усложнения	Ентензопатия на гръбначен стълб
Други видове стенокардия	Други видове стенокардия

Данните доказват, че ГП са специфична група пациенти, изразходващи големи здравни ресурси в ПМП. За това се съди от високата честота на амбулаторни консултации, които семейните лекари осъществяват ежедневно с ГП. Поради разнообразието на клинични проблеми пациентите от „третата възраст“ изразходват значителен дял от предоставяните здравни грижи и генерират значителен разход за здравната система, както в България, така и в чужбина. Освен медицинските дейности, които ОПЛ осъществява в компетенциите му влизат и други немедицински (социални, обществени) дейности, допълнително натоварващи работата с тази специфична група пациенти.

Получените резултати от детайлното анализиране на данните от ПМП изцяло потвърждава получените резултати от анкетното изследване мнението на ОПЛ относно повода за посещения на пациентите им. Изписването на регулярна месечна терапия е водеща причина за визита на ОПЛ, обясняваща високата честота на консултации сред гериатричната популация.

Възрастните хора са основният контингент пациенти получаващи реимбурсирана от НЗОК лекарствена терапия. Това потвърждава голямата консумация на финансови

ресурси, отпускани за доплащане на изписаните лекарства, от гериатричните пациенти. Тази висока честота на приемани от старите хора доплащани лекарства се обяснява и с факта, че по-младите пациенти закупуват свободно лекарствата си, поради трудности ежемесечно да се срещат със семейния си лекар - липса на свободно време, разминаване в работен график.

Дори когато една среща с лекаря е иницирана от пациент с цел преизписване на регулярна лекарствена терапия, тя запазва основната си характеристика на медицинска консултация, отчитат се постигнатите лечебни резултати, при нужда се нанасят дозови корекции, задълбочава се връзката лекар-пациент.

Основните здравни грижи, които гериатричните пациенти получават са от извънболничната първична медицинска помощ. Това е свързано с нежеланието им да се откъсват от познатата среда и да попадат на чуждо, непознато за тях място, каквото е болничното лечебно заведение. Не е случайна световната тенденция за лечение на старите хора в домашна среда, в която се чувстват спокойни и обичани. Резултатите получени от нас показват, че ситуацията в Пловдивски регион е подобна. Това изисква усилията на здравните политици да се насочат към ПМП, в частност ОПЛ, които да получат съвременни знания и умения за посрещане на комплексните нужди на бързо нарастващата старееща популация.

3. Проучване мнението на ОПЛ за основните проблеми при обслужването на гериатрични пациенти в общата медицинска практика.

Характеристика на ОПЛ участвали в анонимното анкетно изследване

Обхванати са 145 общопрактикуващи лекари, дали съгласието си да се включат в изследването, които представляват 36% от ОПЛ сключили договор с РЗОК Пловдив. Относителният дял на жените работещи като семейни лекари е значително по-голям от този на мъжете, дължащо се на различни причини, в това число характерните за специалността психо-социални особености. Данните показват, че 100 (68.97±3.84%) от работещите ОПЛ са жени, а мъже са само 45 (31,03±3.84%).

На изискванията, предвидени от Закона за лечебните заведения за придобита специалност Обща медицина към момента на проучването отговарят 51 (35.17±3.97%) от изследваните лекари. Тревожен е факта, че висок процент от ОПЛ титulary на практика все още нямат придобита специалност. От друга страна, високият дял на специализанти 62 (42.8±4.11%) е обнадеждаващ, което означава че в бъдеще всички

лекари ще са специалисти по Обща медицина. Сред най-често посочваните други придобити специалности са вътрешни болести 29 ($20 \pm 3.32\%$) и педиатрия 13 ($8.9 \pm 2.36\%$).

Средната възраст на анкетираните лекари е 49.7 ± 9.4 (26г -75г). Според класификацията на СЗО за възрастово разпределение, анкетираните лекари са във всички възрастови категории: в млада възраст са 32 ($33.1 \pm 3.91\%$), в зряла – 97 ($66.9 \pm 3.91\%$) и възрастни - 16 ($11 \pm 2.60\%$). Демографското застаряване не е пощадило групата на фамилните лекари, което е голям обществен проблем.

Важно за качеството на предоставяните медицински грижи от семейните лекари, освен наличието на специалност, е трудовия стаж. Повече от половината практикуващи лекари в област Пловдив са с 30 и повече години трудов стаж, лекари с богат клиничен опит. Средният трудов стаж на лекарите е 23.7 ± 9.1 г.

Представени са и двата типа практики за първична медицинска помощ - индивидуална и група. И в настоящето проучване се запазва тенденцията за доминиране на индивидуални практики 130 ($89.7 \pm 2.52\%$) със слабо представяне на груповите 15 ($10.3 \pm 2.52\%$).

Свободният избор на личен лекар, както и ключовата му характеристика - обгрижване на пациенти от всички възрастови групи, определя наличието на предимно смесени по възрастова характеристика практики 98 ($67.6 \pm 3.89\%$). Строго профилирани с предимно гериатрични пациенти са $\frac{1}{4}$ от практиките. Очакван резултат е ниският дял на предимно педиатрични практики, определящ се и от показателите за ниска раждаемост в България.

Стандарта за добра обща медицинска практика определя броя на обслужваното население да не надвишава 1500 лица. Най-голям относителен дял са практиките с регистриран брой пациенти от 1001 до 1500 лица - 61 (67.6%, Sp%). (Таблица 18)

Табл. 18 Демографска характеристика на ОПЛ, изследвани за мнение и работа с гериатрични пациенти в Пловдивски регион.

Показатели	Брой	%	Sp%
Възраст			
Млади	32	22.1	
Зрели	97	66.9	
Възрастни	16	11	
Пол			
Жени	100	69	
Мъже	45	31	
Години трудов стаж			
до 10г	10	6.9	2.10
от 11-20г.	40	27.6	3.71
от 21-30г.	66	45.5	4.13
над 31г.	29	20.0	3.32
Специалност			
Обща медицина	33	22.8	3.48
Обща медицина и друга	18	12.4	2.73
Друга специалност	4	2.8	-
Специализант по Обща медицина	62	42.8	4.11
Вид обща практика			
Индивидуална	130	89.7	2.52
Групова	15	10.3	2.52
Контингент на практиката			
Предимно гериатричен	35	24.1	3.55
Предимно педиатричен	12	8.3	2.29
Смесен	98	67.6	3.89
Общ брой обслужвани лица			
до 1000	26	17.9	3.18
1001-1500	61	42.1	4.10
1501-2000	28	19.3	3.28
2001-2500	17	11.7	2.67
над 2501	13	9.0	2.38

Понятието гериатричен пациент е масово познато и преди всичко се свързва с възрастните и стари пациенти. Точна дефиниция са дали 113 (77.9±3.45%) от анкетираните. Малка част от лекарите свързват напредналата възраст и наличието на заболявания в един общ термин, може би защото старостта и болестта вървят ръка за ръка.

Предвид разнообразната патология, която се среща в старческа възраст и необходимостта от голям обем действия, предприемани от лекарите, бе важно да се разбере има ли регистрирани здрави възрастни хора. Повече от половината (64.1±3.99) включили се семейни лекари в проучването определят като «зdrави» до 10% от гериатричните пациенти в практиката си. Само в 4 (2.8%) практики процента на

здравите възрастни хора надхвърля 30%. От друга страна 29 (20±3.32%) от респондентите твърдят, че всички обслужвани от тях пациенти над 65 годишна възраст са със заболявания, което би могло да се свърже с тезата, че старите хора имат по-големи здравни нужди.

Процесите на световното демографско застаряване не са пощадили и нашата страна, дела на хората на 65 и повече години нараства, с все по-бързи темпове. Добавената към това множествена патология при този контингент пациенти ги прави чести посетители при ОПЛ. Това изисква създаване на добри контакти и доверие между лекаря и пациента. Особеностите в общуването с възрастните хора по време на медицинските консултации посочени от изследваните лекари са удълженото времетраене и необходимостта от повече обяснения. Тези особености са породени от специфичното протичане на заболяванията на фона на нормалните процеси на стареене, намалената сетивност и забавената възможност за възприемане и анализиране на нова информация. Нашите данни подкрепят установеното в научната литература характеристика на общуването с ГП.

Според 111 (76.6±3.52%) ОПЛ консултацията с ГП изисква повече време, а според 107 (73.8±3.64%) и повече обяснения. Повечето от изследваните ОПЛ смятат, че ГП се нуждаят от специално отношение - 98 (67.6±3.87%); оценка на психологичното състояние - 99 (68.3±3.87%) или специфични комуникативни умения - 82 (56.6±4.11%). Тези данни биха могли да се тълкуват като показател за дългосрочно установена връзка лекар-пациент с ефективно общуване.

Особеностите на гериатричните пациенти не са свързани само с множествената патология, която се среща при тях. Предимство в работата на ОПЛ с ГП е дисциплинираността им, отговорността с която приемат здравословните си проблеми, готовността да сътрудничат в лечебно-диагностичните процеси.

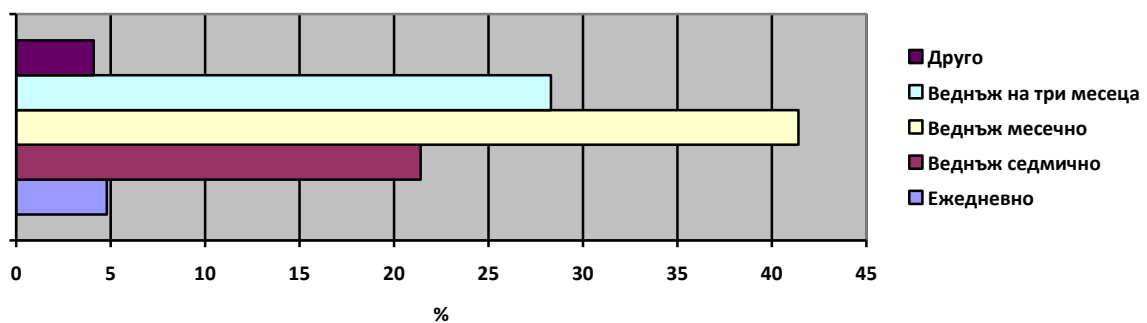
Гериатричните пациенти, в практиките на изследваните ОПЛ, с готовност участват в грижата и контрола на хроничните си заболяванията 119 (82.1±3.19%). В голяма степен 142 (97.9±1.16%) от редовно посещаващите практиките пациенти сътрудничат при взимане на решения относно здравословен проблем.

Доброто общуване и близките отношения лекар-пациент са от първостепенно значение за постигане на добри клинични резултати при възрастните и стари хора. Данните от проучването ни сочат, че повечето лекари имат информация за това каква част от пациентите над 65 годишна възраст живеят сами. Несигурност по отношение на моментното социално положение са показали една пета от лекарите, което ни насочва

към необходимостта от въвеждане на инструмент за събиране на социална анамнеза и изграждане на социална характеристика на пациента.

Социалната среда оказва огромно влияние на променения стареещ организъм. ОПЛ разчитат на близките контакти и топли взаимоотношения в семейството, допълващи работата му със специфичната група пациенти, изискващи комплексни грижи. Близко 114 (78.7±3.38%) от лекарите включени в анкетата смятат, че семействата участват активно и по-често сътрудничат за справяне с нуждите на гериатричните пациенти.

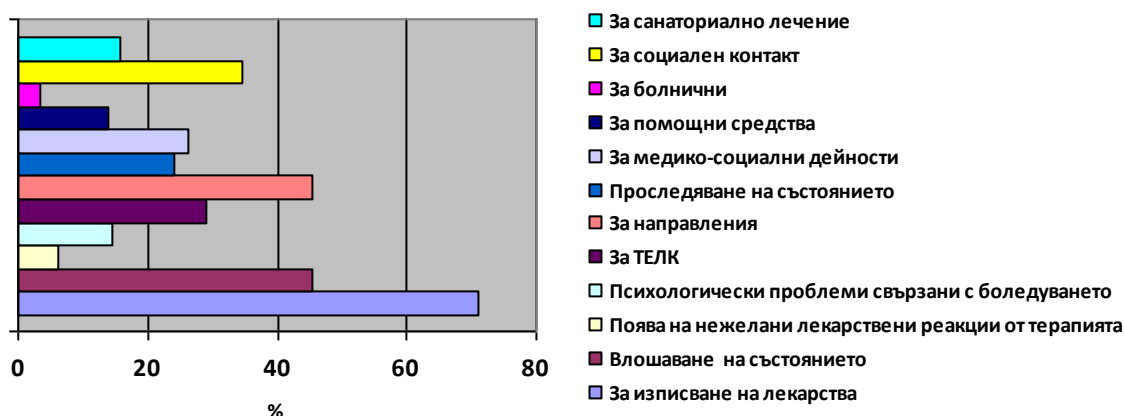
Полиморбидността нарежда възрастните и стари хора сред най-честите посетители на ОМП. Близко половината от гериатричните пациенти посещават семейните си лекари поне веднъж месечно, което може да се обвърже с изписването на месечната им лекарствена терапия, отреждайки на лекарствената терапия първо място като причина за посещения при ОПЛ. Възможността дадена от регулативния орган месечна терапия да се изписва за три поредни месеца обяснява и високата честота на визити на гериатричните пациенти веднъж на три месеца.



Фиг. 12 Честота на посещения на ГП в ОМП

Прави впечатление, че една пета от възрастните и стари хора посещават фамилените си лекари веднъж седмично, което се свързва с високата честота на обостряне на хроничните заболявания при старите хора, посочени от ОПЛ на второ място като причина за посещения.

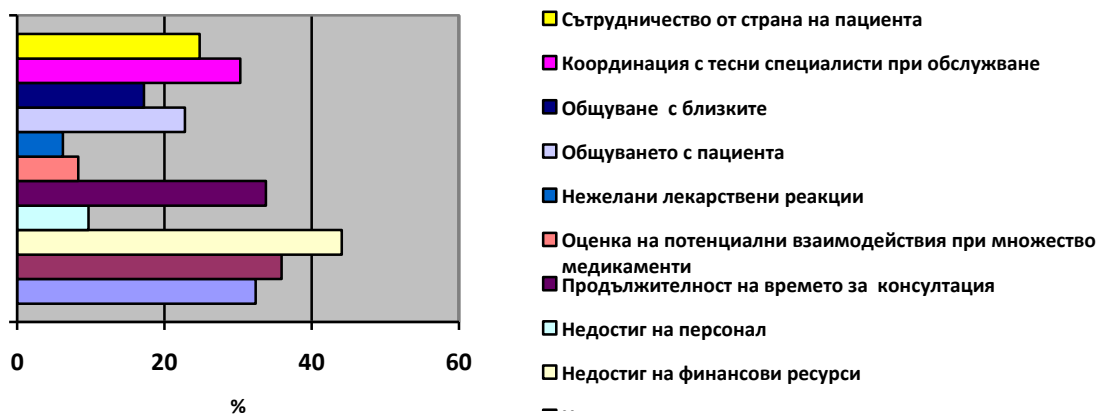
Почти половината от посещенията им при ОПЛ са свързани с насочване за допълнителни консултации с тесни специалисти или консултации свързани с определяне на степен инвалидност.



Фиг. 13 Причини за посещение в амбулаторията по инициатива на пациента

Обгрижването на възрастните и стари хора е огромно предизвикателство. Сред изследваните лекари изненадващо голям е дела на ОПЛ, които не се чувстват затруднени при изпълнение на ежедневните си консултации с гериатрични пациенти.

Лекарите, споделящи затруднения по време на консултациите си с пациентите на повече от 65 годишна възраст са 33 ($22.8 \pm 3.49\%$). Общопрактикуващите лекари в България работят със строго определени ресурси, включително финансови и времеви, регламентирани от НЗОК и МЗ.



Фиг. 14 Най-чести трудности при консултиране на ГП

Изясняването на най-честите причини за посещения на старите хора при ОПЛ се припокрива с трудностите посочвани от лекарите в обгрижването им.

Лекарите в настоящето изследване изпитват затруднения в обгрижването на ГП поради липсата на достатъчни финансови ресурси, нормативни ограничения, които ги лишават от възможност да разгърнат медико-диагностичния си потенциал и да предприемат навременни и адекватни мерки.

Необходимостта от по-продължителни консултации също е сред приоритетните трудности сред анкетираните лекари, допълнена от административни затруднения и „бюрократията”, с които паралелно трябва да се справят по време на медицинската консултация.

Макар и в малък процент ОПЛ обръщат внимание на нежеланите лекарствени реакции като трудност при консултиране на ГП. Разпределението на наблюдаваните от семейните лекари НЛР е представено на Таблица 19.

Табл. 19 Честота на наблюдавани НЛР

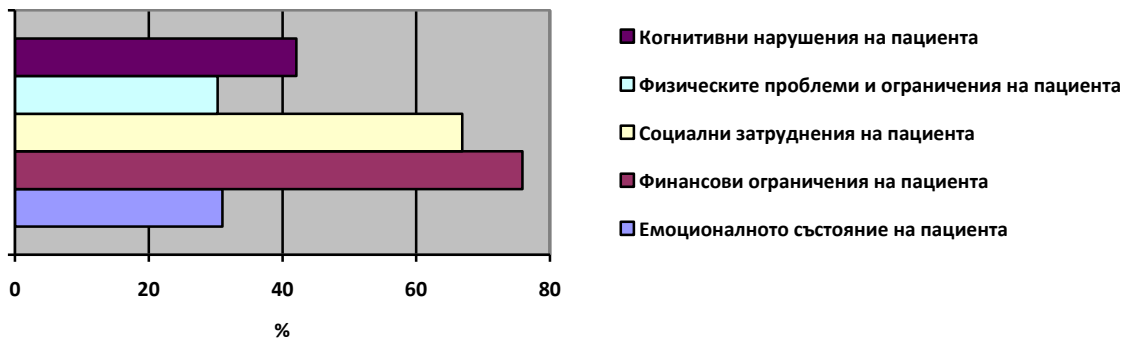
Честота	Брой	%	Sp%
Много голяма	3	2.1	-
Голяма	6	4.1	1.62
Средна	53	36.6	4.00
Ниска	65	44.8	4.13
Много ниска	18	12.4	2.74
Общо	145	100	-

Насоченото внимание за НЛР има отношение и към факта, че пациентите могат да прилагат самолечение. Таблица 20

Табл. 20 Мнение на ОПЛ относно дела на ГП, които се самолекуват

Честота	Брой	%	Sp%
Много голям	16	11.0	2.60
Голям	23	15.9	3.04
Среден	39	26.9	3.68
Малък	52	35.9	3.98
Много малък	15	10.3	2.49
Общо	145	100	-

В настоящето изследване бе важно да се изучи кои от затрудненията на пациентите, като био-психо-социални същества, създават най-големи затруднения на семейния лекар. Прилагането на пациент-центриран подход изисква от ОПЛ да се съобразява с индивидуалните нужди, възможности и разбирания на пациента. В този смисъл познаване на финансовите възможности на пациента определя понататъшните дейности и лечебни подходи.



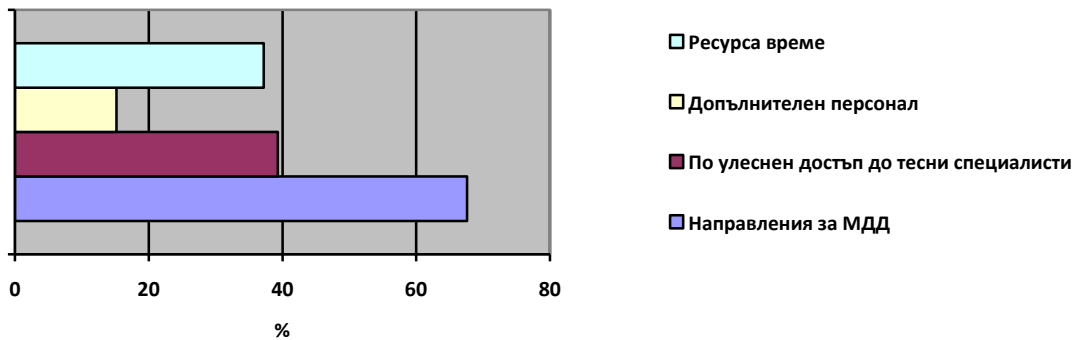
Фиг. 15 Трудности при консултиране на ГП във връзка с холистичен подход

На фона на световната икономическа криза, в България, безспорно челна позиция, с най-голям ефект върху лекаря, заемат финансовите и социални ограничения на пациента. Те рефлектират най-силно върху възможността на пациента да закупува необходимите му медикаменти, подходяща храна, качествена стоматологична помощ. Липсата на добри битови условия е основен рисков фактор за тежки травми, изолация, загуба на автономност и влошено качество на живот.

Физическите ограничения на пациентите имат най-малко влияние върху работата на ОПЛ, което се отдава на увереността на лекарите, че могат да се справят с физическите оплаквания на пациентите, което не се потвърждава за емоционалните и когнитивни ограничения на старите хора. Лекарите са несигурни в предприемане на действия за решаване на тези проблеми. Необходими са мерки за добиване на допълнителни умения на лекарите при справяне с тези специфични нужди на пациентите си.

Без контраст от изведените до момента резултати са предложенията дадени от включилите се в проучването ОПЛ. За подобряване на работата им с този контингент пациенти от най-съществено значение ще е увеличаване стойността на медико-диагностични изследвания, последвани от улесняване достъпа до тесни специалисти и удължено времетраене на консултациите.

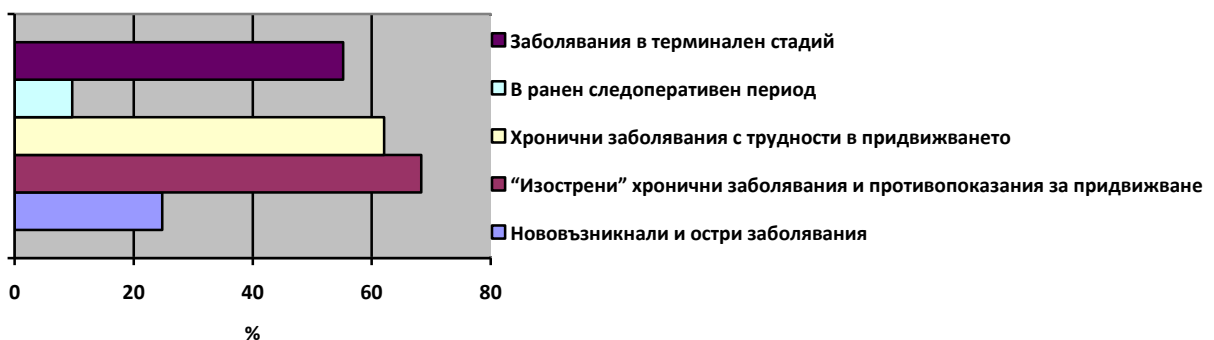
Малък дял от ОПЛ смятат, че разширеният персонал в ПМП ще оптимизира работата им.



Фиг. 16 Ресурси необходими за оптимизиране на обслужването на ГП

ОПЛ заема централна роля при обгрижването на пациентите в „третата възраст“. За подробна характеристика на работата му с възрастните и стари хора, от съществен интерес за нас, бе изследване честотата на домашните посещения. Преобладаващ процент от лекарите отчитат по-висока честота на домашните прегледи, извършени при възрастни пациенти в сравнение с по-младите пациенти с хронични заболявания 104 (71.7±3.74%).

Причини за по-чести домашни визити предимно са изостряне на хронично заболяване и затруднена подвижност на пациента, както и терминално болни.

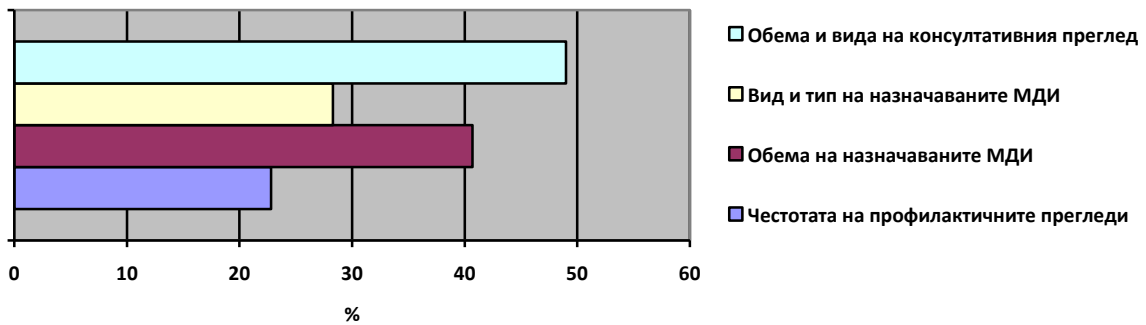


Фиг. 17 Най-честите причини за домашни посещения на тези групи пациенти

В България липсват достатъчно достъпни, специализирани лечебни заведения за продължителни лечебни, рехабилитационни, терминални грижи. В тези ситуации ОПЛ остава единствена възможност на пациентите за помощ, което допълнително натоварва лекаря и увеличава поетата отговорност.

В контекста на световните тенденции за здраве в старостта, се сондира мнението на единствените лекари в нашата система на здравеопазване, занимаващи се с профилактика и превенция на заболявания. Повечето общопрактикуващи лекари не намират настоящия модел на профилактика на заболявания в старческа възраст за оптимален 90 (62.1%), само 1/4 приемат модела за подходящ.

Основните предложения за трансформация са насочени изцяло в посока на промяна в обема и вида на профилактичния преглед, даващ възможност за индивидуален подход към нуждите на пациента, както и разширяване обема на назначаваните медико-диагностични изследвания. Лекарите приемат едногодишното провеждане на профилактични прегледи за достатъчно, но при разширен обем дейности.



Фиг. 18 Предложения за оптимизиране на обгрижването на ГП

Базирайки се на богатия международен опит и био-психо-социалната същност на пациентите за нас е важно насочено да разберем дали и как ОПЛ определят когнитивното и психично състояние на пациентите си по време на годишния профилактичен преглед, оценяват ли качеството им на живот - основен показател за баланс между физическото и психическо състояние на пациента и заобикалящата среда. По време на годишния профилактичен преглед лекарите, участвали в изследването, оценяват когнитивното, психичното състояние и качеството на живот почти при всеки пациент под формата на неформален разговор, съответно 137 (94.5±1.80%) за когнитивни функции, 138 (95.2±1.78%) определят психичното състояние и 127 (87.6±2.74%) оценяват качеството на живот. Лекарите използват субективната си преценка за оценка на специфични характеристики на гериатричните пациенти, което е предпоставка за грешки и пропуски. Необходим е утвърден модел за определяне на паметта и психичното състояние на силно уязвимите пациенти. Важно е да се оценява качеството на живот на пациентите като част от общата им удовлетвореност от живота и получените медицински грижи.

В анкетата лекарите имаха възможност свободно да изразят мнение относно промените в цялостния модел от медицински дейности предлагани на гериатричните пациенти. Активна позиция изразиха 49 (33.8±3.93%) от респондентите. Предложенията са концентрирани изцяло в нормативни и регулативни промени, разширяващи възможностите им за индивидуален подход към нуждите на всеки пациент, с повече

навременни консултативни и диагностични възможности, а не отсрочени във времето поради липса на ресурси.

4. Комплексна гериатрична оценка в общата медицинска практика

4.1 Провеждане на комплексна гериатрична оценка в общата медицинска практика чрез прилане на адаптиран инструментариум - STEP assessment тест

Характеристика на ПМП, в които се проведе комплексната гериатрична оценка

От включените 44 практики за ПМП 22 са в гр. Пловдив (население над 100 хил. жители) и 22 са в по-малки градове (под 100 хил. жители).

Качественото, ефективно и своевременно оказване на първична медицинска помощ е трудно осъществимо без екипно обслужване на населението. Средният брой на екипа в практиките е 4.36 ± 3.6 (1-11). Преобладават екипите съставени от лекар и медицинска сестра при численост на практиката в границите от 1501 до 2500 пациенти. Сравнително висок е дела на екипите с трима наети служители, като най-често в екипа на ОМП са включени медицинска сестра, помощен персонал/администратор и акушерка. (Таблица 21)

Табл. 21 Характеристики на практиките за първична медицинска помощ, в които е проведен СТЕП теста

Показатели	Брой	%	Sp%
Численост на персонал			
Един	4	9.1	-
До двама	17	38.6	7.34
Повече от двама	23	52.3	7.53
Допълнителен персонал			
Медицинска сестра	23	52.3	7.53
Помощен персонал/администратор	14	31.8	7.02
Акушерка	5	11.4	4.79
Вид обща практика			
Индивидуална	33	75	6.53
Групова	11	25	6.53

Сред включилите се 44 лекари, титуляри на практики, отново доминират представителите на женския пол – 33 (75%).

Възрастовият диапазон на ОПЛ, участвали в провеждане на КГО, е в широки интервал: от 28 до 68 годишни, средно 45 ± 9.7 г., предвид широките възрастови граници се определя и голямата разлика в годините трудов стаж: от 2 до 43 години. Средният брой пациенти в една обща медицинска практика е 1840 ± 885.7 (600-4100), от които средно 400 ± 235 (34-1100) са гериатрични пациенти. Пациенти на 65 и повече години са приблизително 21.7% за всяка ОМП, потвърждаващо данните на НСИ за Пловдивски регион, относно възрастовото ранжиране на популацията.

Системното обучение на ОПЛ е представено с посещение на средно три обучителни семинара или конференции в рамките на една календарна година. Областите на интерес са свързани с теми от Общата медицина при повече от половината - 23 ($51.8 \pm 7.53\%$) посетените от семейни лекари конференции. Обяснима е високата посещаемост от ОПЛ на семинари по медицински теми извън границите на ОМ, поради необходимостта от широкообхватни знания и умения в ежедневноста им практика.

Посещаваните курсове основно са свързани с обогатяване на знания относно най-честата патология в ОМП - АХ и захарен диабет. Интерес предизвиква семинар, посетен от 4 (9.2%) от изследваните 44 ОПЛ, на тема свързана с нов комуникативен подход (пациент-центриран подход) за работа със специфични групи пациенти, каквито са гериатричните, показващ желанието на ОПЛ да усвояват нови модели за работа с трудни пациенти, препоръчвани от наши и чужди автори, с цел оптимизиране на предоставяните здравните грижи. (Таблица 22)

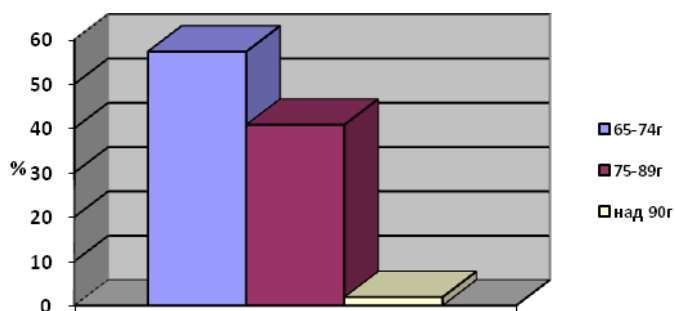
Табл. 22 Характеристика на ОПЛ включили се в провеждане на СТЕП

Показатели	Брой	%	Sp%
Пол			
Жени	33	75	6.53
Мъже	11	25	6.53
Област на посетени семинари/обучения			
ОМ	13	29.5	6.88
ОМ и вътрешни болести	6	13.2	5.10
ОМ и детски болести	4	9.1	-
Друго	21	48,3	7.53
Тематика на посетените семинари			
Артериална хипертония	7	16.1	5.52
Захарен диабет	4	9.2	-
Пациент-центриран подход	4	9.2	-
Друго	29	66.7	7.10
Участия в конгреси			
Един	13	29.5	6.88
Два	10	22.7	6.31
Повече от два	11	25.1	6.53
Нямат участия	10	22.7	6.32
Научна област на конгресите			
ОМ	24	54.5	7.51
ОМ и друго	7	15.9	5.53
Друго без ОМ	13	29.9	6.91

Характеристика на гериатричния пациент

От обхванатите 440 пациента, в окончателната обработка бяха включени 422 респондента. Причините за отпадане от проучването бяха комуникативни трудности при изследването и/или нежелание за финализиране в хода на проучването.

Средната възраст на участниците в КГО е 74 ± 7.13 (65-96) години. В разпределението по възрастови подгрупи доминират пациентите от 65-74 години – 242 (57.3%) поради високия относителен дял, който младите старци заемат в гериатричната популация, последвани са от 75-89 годишните, които наброяват 172 (40.8%) от участниците, и очаквано най-нисък е броя на най-старите на повече от 90 години - 8 (1.9%). Фигура 19



Фиг. 19 Разпределение на ГП по възрастови подгрупи в % (n=422)

Социо-демографски данни на изследвана група са представени на Таблица 23

Табл. 23 Социо-демографски данни на гериатричните пациенти включени в изследването със СТЕП тест

Признак	Брой	Процент %	Sp%
Пол			
Мъж	149	35.3	2.28
Жена	273	64.7	2.28
Гражданство			
Българско	422	100	
Майчин език			
Български	406	96.2	0.91
Български и друг	3	0.7	-
Друг	13	3.1	0.83
Местоживеене			
В собствен дом	409	96.9	0.91
В комплекс за стари хора	3	0.7	-
Друго	10	2.4	0.73
Образование			-
Без образование	16	3.8	0.91
Основно	135	32.0	2.22
Средно	190	45.0	2.37
Висше	81	19.2	1.88
Семейно положение			
Несемеен/а	24	5.7	1.11
Семеен/а	206	48.8	2.38
Вдовец /а	164	38.9	2.32
Разведен /а; разделен /а	24	5.7	1.11
Съжителство без брак	4	0.9	-

Половото разпределение на изследвания контингент потвърждава доминирането на женския пол, потвърждавайки, че продължителността на живот при жените е по-висока от тази при мъжете.

Всички участвали са български граждани, техния майчин език изразява етническата им принадлежност – само 3% имат майчин език различен от българският – арменски, турски, ромски.

Сами живеят 1/3 от анкетираните стари хора, по-голяма част от мъжете във възрастовата група до 70 години живеят с партньорките си, а при жените разпределението на живеещи сами, при деца или с партньор, е равностойно. Местоживеенето на децата, честотата на контактите, удовлетвореността от тях, наличието на доверено лице, на което разчитат в ежедневието си, изолацията и самотата са важни за социалното благополучие и могат да се разглеждат като рискови

фактори за възникване на депресивни състояния. Вдовиците са най-голямата група самотни хора, особено тези над 81 години. Тенденцията за нашата страна, повечето хора да живеят в собствени домове, се запазва в групата на старите хора, незначителен е дела на хората живеещи в институции.

Сред участниците преобладават хората със средно образование. Делът на мъжете е по-висок във всички степени на образованост след начално образование. С начално и основно образование най-много са лицата над 81 години.

В качеството на пенсионери, задължително здравно осигурени са 419 (99.3%) от изследваните. Едва трима съобщават за частно здравно застраховане. В нашата страна възрастното население е здравно осигурено, което е изходна предпоставка за достъп до медицинска помощ.

Изследваният контингент се разпределя сред всички професионални сфери според приетия в България класификатор по икономическа дейност.

Само 16 (4.5%) от изследваните възрастни хора съобщават за чист месечен доход над 400лв.

Една трета от участниците имат решение на ТЕЛК, в най-голяма степен - 68 лица (52.3%) със степен на намалена работоспособност между 71 и 90%. Допълнително 22 (5.2%) към момента на изследването са подали документи за телково решение.

От проведеното проучване се очертава характеристиката на обслужваните гериатрични пациенти в практиката. Основно са във възрастта между 65 и 75 години, преобладават жените; семейни или овдовели; с основно и средно образование. Данните от проучването потвърждават, че старите жени са сред най-рисковите за влошено качество на живот поради загубата на психо-емоционална подкрепа, самотата и ниската си степен на образованост.

Данните от проведената комплексна гериатрична оценка базирана на адаптиран за целите на проучването СТЕП тест се разпределят в следните категории:

Общо здравословно състояние на базата на самооценка

Част от старите хора са с добро здраве, но не е малка групата на лицата, страдащи от множествена хронична патология. Тези лица са голямо предизвикателство за лекаря със сложните и комплексни грижи от които се нуждаят, с нетипично или скрито протичане на заболяванията си, с висок риск от повтарящи се хоспитализации.

В настоящето проучване преобладават гериатрични пациенти, които оценяват здравословното си състояние позитивно „добро” и „много добро”.

С нарастване на възрастта се променя оценката на здравословното състояние, сред необразованите и пациентите с ниско образование (начално и основно) в посока към не толкова добро и лошо $P < 0,05$ ($\chi^2 = 13,06$). Хората в партньорски отношения по-често дават „добра” и „много добра” оценка на здравословното си състояние 112 (57.1%), $P < 0,01$ ($\chi^2 = 17,01$), доказващо протективният ефект на близките социални контакти и образоваността върху здравето.

Много по-голям процент от хората живеещи в партньорски отношения оценяват здравословното си състояние като „добро” и „много добро” $P < 0.001$ ($\chi^2 = 16.18$), което доказва благоприятният ефект на семейството върху здравето. Психичното здраве при семейните хора също е по-добро, те по-рядко се чувстват потиснати $P < 0.001$ ($\chi^2 = 16.80$) и депресирани $P < 0.001$ ($\chi^2 = 6.03$).

Финансовата обезпеченост е предпоставка за добър жизнен стандарт и спокойно посрещане на ежедневните нужди. В проведеното от нас изследване, почти половината респонденти отговорят, че се справят с наличните финансови средства.

Липсата на достатъчно финанси се свързва с ниската оценка, която изследваните от нас ГП дават на здравословното си състояние $P < 0.001$ ($\chi^2 = 84.78$) и на притеснението за здравето си. Това е причината повечето от тях да се чувстват притеснени, депресирани и отчаяни $P < 0.001$ ($\chi^2 = 27,26$). Семейните пациенти се справят по-добре с икономическото си състояние от самотните стари хора $P < 0.001$ ($\chi^2 = 13.95$).

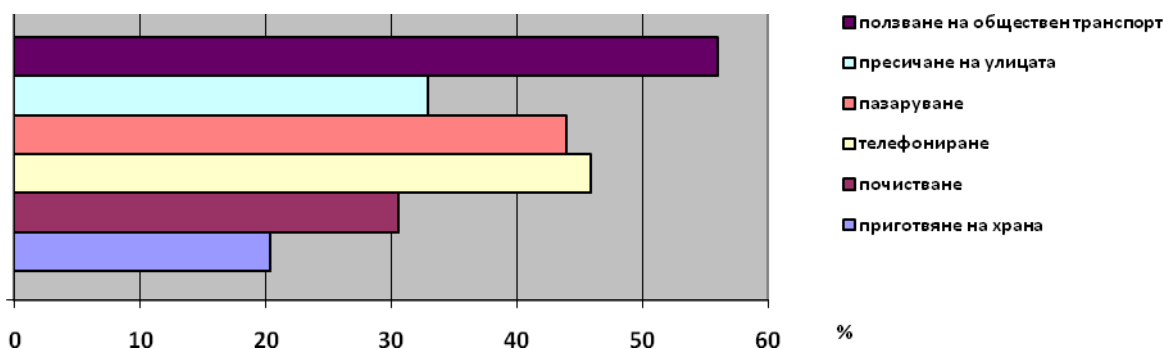
В този смисъл, това че преобладават хората с решение от ТЕЛК, може да се тълкува в контекста на социалните фактори. От друга страна, характерния за страната висок дял на възрастни хора със собствени жилища е потвърден от изследването.

Оптимистичната настройка сред гериатричните пациенти се отразява в тяхната позитивна оценка за общото им здравно състояние, но съчетана с тревожност и опасения за здравето сред почти всички анкетиранни.

Функционално състояние

За двигателни затруднения в ежедневието са съобщили 311 (73.7%). При конкретизиране най-значителни проблеми има при активности като – клякане, навеждане, качване и слизане по стълби, които са регистрирани в над 50% от всички изследвани.

И в нашето изследване, подобно на други комплексни характеристики, се разкриват по-голям процент на много затруднения при справяне с ежедневните дейности сред жените, докато при мъжете се разкрива по-висок дял на хората без никакви затруднения. $P < 0,01$ ($\chi^2 = 14,08$).



Фиг. 20 Затруднения при извършване на ежедневни дейности

С нарастване на възрастта постепенно настъпва когнитивен дефицит, намалява възможността за бърза преценка и взимане на адекватни решения. Това ясно се вижда в характеристиката на изследваните ГП. Групата на пациентите над 81 години изпитват затруднения при справяне с инструменталните дейности от ежедневието: приготвяне на храна $P < 0,001$ ($\chi^2 = 37,57$), телефониране $P < 0,001$ ($\chi^2 = 40,51$), пресичане на улица $P < 0,001$ ($\chi^2 = 28,37$), пазаруване $P < 0,001$ ($\chi^2 = 32,17$). Затруднения изпитват и участвалите в комплексната оценка хора с ниско образование (основно и начално): срещат проблеми при пресичане на улицата $P < 0,001$ ($\chi^2 = 19,61$), при приготвянето на храна $P < 0,001$ ($\chi^2 = 37,59$), домакинска работа $P < 0,001$ ($\chi^2 = 19,23$), телефониране $P < 0,001$ ($\chi^2 = 64,17$) и пазаруване $P < 0,001$ ($\chi^2 = 17,95$).

В една трета от случаите възрастните с основно и начално образование, споделят за потребност от чужда помощ при по - тежка домакинска работа, като миене на пода или социални ситуации – пресичане на улица, ползване на обществен транспорт.

Доказан е независимия отрицателен ефект на функционалните затруднения и затрудненията в справяне с ежедневните дейности върху оценката на пациентите за здравето. С нарастване дела на стари хора, несправящи се с ежедневните дейности, се увеличават и лицата, извършващи само лека физическа работа (разходка, чистене, събиране на прах) $P < 0,001$ ($\chi^2 = 110,68$) без да се справят с тежко физическо натоварване (джогинг, копаене в градина) през нито един ден от седмицата.

При участвалите в подробната характеристика ГП, трудностите в справяне с ежедневните дейности са свързани с чувството на неудовлетвореност, потиснатост, депресия $P < 0,001$ ($\chi^2 = 24,73$). Силна е връзката между функционалните нарушения и усещането за психологично благополучие сред участниците. Те придават голямо значение на своята независимост и автономност, а несправянето им с ежедневните дейности ги прави зависими от близките им.

Затрудненията при справяне с инструменталните ежедневни дейности имат силна корелационна връзка с когнитивни нарушения при старите хора $P < 0.001 (F = 5.42)$

Социална среда

Домашните условия, които създават проблеми са свързани както с архитектурата - високи стъпала, липса на парапет 167 ($39.6 \pm 2.33\%$), така и с възможността за отопление на жилището при 76 ($18 \pm 1.83\%$) от изследваните пациенти.

В по-голям процент от случаите участвалите в изследването имат близък на който разчитат в случай на спешност или в болест 382 ($90.5 \pm 1.40\%$), а при 1/3 от респондентите самите те се грижат за нуждаещ се член на сеейството.

Незначителна е подкрепата на социалните служби. За специализирани грижи съобщават 7 (1.7%) пациенти, за доставка на храна 31 ($7.3 \pm 1.24\%$) от изследваните, за помощ в домакинството 12 ($2.8 \pm 0.79\%$).

С наличните си финансови средства се справят 206 ($61.6 \pm 2.31\%$) от изследваните лица. Най-големи затруднения срещат старите, ниско образовани жени, живеещи сами.

Информацията за битовите условия дава актуална представа на оценяващия относно нуждата на стария човек от допълнителна помощ в дома, възможността му да живее сам, необходимост от социално подпомагане. Сред изследваните пациенти, съобщили за опасни стълби в бита си, честотата на паданията е значително по-висока $P < 0.001 (\chi^2 = 13.91)$.

Сред изследваната популация ясно се очертава тенденцията социална подкрепа да се оказва основно от близки и роднини, по-малко от 10% са получили някакъв вид организирана социална услуга в общността. Липсата на близък, доверен човек пациентите свързват с големи здравни притеснения $P < 0.001 (\chi^2 = 30.55)$. Грижата за близък, нуждаещ се човек, не се възприема като затруднение от хората $P > 0.05$, може би защото това ги кара да се чувстват полезни.

Физически оплаквания

За задух при разходка съобщават 164 ($38.9 \pm 2.32\%$), а за задух в покой 41 ($9.7 \pm 1.41\%$). Нощен задух е регистриран при 72 ($17.1 \pm 1.79\%$) от случаите. 183 ($43.4 \pm 2.36\%$) съобщават за световъртеж, а 173 ($41.0 \pm 2.34\%$) страдат от безсъние. Жените по-често страдат от задух при минимално натоварване (разходка, чистене) $P < 0,01 (\chi^2 = 7,27)$ и световъртеж $P < 0,001 (\chi^2 = 11,66)$.

Болки в краката при ходене, които налагат спиране имат 182 ($43.1 \pm 2.36\%$) от възрастните лица. С нарастване на възрастта зачестяват болките, от които страдат

жените, по-често умерени до силни, причина за големи затруднения в изпълнението на ежедневните им дейности.

През последните четири седмици преди изследването по данни на лицата само 123 (29.1±2.16%) не съобщават за болка. При останалите болките са затруднявали ежедневните им действия в 261 (61.8±2.31%) от случаите. Най-чести са болките свързани с опорно-двигателния апарат - 191 (96.4±0.89%).

Безсънието е чест и съществен проблем за старите хора, с голямо значение върху цялостното им здравословно състояние. Пациентите с лошо качество на съня оценяват здравословното си състояние като лошо $P<0.001(\chi^2=34.62)$ и се чувстват силно разтревожени за здравето си $P<0.001(\chi^2=30.54)$. Освен на физиологичните промени в съня, настъпващи с процеса на стареене, нарушенията в съня, които разкрихме се дължат на задух през нощта $P<0.001(\chi^2=29.05)$, умерени и силни болки $P<0.001(\chi^2=22.91)$, притеснения поради липса на достатъчни финансови средства $P<0.001(\chi^2=23.35)$, високо АН $P<0.001(\chi^2=14.67)$. Нашите резултати не разкриват статистическа зависимост между приема на алкохол и безсънието $P>0,05$.

Доказва се протективният ефект на брачните взаимоотношения върху добрия сън, старите хора в брачен съюз по-рядко страдат от безсъние $P<0.001(\chi^2=19.12)$ и по-рядко употребява седативи $P<0.001(\chi^2=6.46)$.

От безсъние по-често страдат депресираните, самотни хора $P<0.001(\chi^2=49.77)$, те приемат по-често седативи $P<0.001(\chi^2=96.85)$, както и много други лекарствени препарати $P<0.001(\chi^2=24.34)$.

Данните, за здравословното състояние на респондентите през последните 6 месеца, показват следните по значими отклонения: падане - 347 (82.8±1.80%); инфаркт на миокарда - 39 (9.2±1.38%), мозъчен инсулт - 67 (13.9±1.65%); проблеми с отхапване и дъвчене на твърди храни - 198 (46.9±2.38%); инконтиненция – 226 (53.6±2.38%); проблеми с дефекацията – 143 (33.9±2.57%); нарушено зрение – 128 (30.3±2.19%); намален слух 119 (28.2±2.14%).

Табл. 24 Ранжиране на основните/характерни физически проблеми за ГП n=422

Физически проблем	Брой	%
Задух	164	38.86
Световъртеж	183	43.47
Безсъние	173	41.15
Болки	299	70.92
Падания	75	17.79
Съдови инциденти (инфаркт,инсулт)	106	25.12
Счупвания	65	15.40
Проблеми, свързани с дъвченето	198	46.94
Загуба на тегло	55	13.03
Инконтиненция	226	53.76
Проблеми с дефекацията	143	33.89
Намелено зрение	128	30.39
Намален слух	119	28.24

Сред притесненията, които най-силно тревожат изследваните са болестните физически нарушения, последвани от социалните.

Данните от проучването сочат прогресивно нарастване на затруднена мобилност с напредване на възрастта. Възрастните над 81 години имат повече проблеми със независимостта си поради намалена подвижност, нарушено зрение и слух $P<0,001$, те по-често се уморяват при първо ниво на физическо натоварване (разходка, колоездене) $P<0,001$. По-рядко възрастните хора не изпитват болки, болестите им обикновено са умерени по сила $P<0,01$ ($\chi^2=19,18$), мобилно са силно ограничени поради по-големите им трудности с качване и слизане по стълби $P<0,01$ ($\chi^2=11,16$), клякане $P<0,001$ ($\chi^2=15,78$).

Получените резултати показват сравнително висока честота на паданията сред приблизително 1/5 от участвалите пациенти - 75 (18.8%), с нарастване на възрастта зачестяват и паданията $P<0,01$.

Сред изследваната популация като основни етиологични фактори за по-чести падания се отличават болките в ходилата $P<0.001$ ($\chi^2=10.9$), намаленото зрение $P<0.001$, опасните стълби $P<0.001$ ($\chi^2=13.91$). Не се намери зависимост между употребата на алкохол и честота на падания $P>0.05$.

Настроение

С депресивно настроение през последните четири седмици са 201 (47.6±2.38%), а 260 (61.6±2.32%) са се почувствали самотни. Самотата е чувство, което често се среща сред старите, живеещи сами жени, които по-трудно изпитват чувство на радост и често се чувстват депресирани.

Стил и начин на живот

Дела на възрастните, които пушат и редовно употребяват алкохол е нисък, значително доминират представителите от мъжки пол $P<0,001$ ($\chi^2=17,79$). От всички оценявани ГП активни пушачи са 63 (14.9±1.70%), а за редовна употреба на алкохолни напитки съобщават 71 (17.8±1.82%), не се хранят здравословно 203 (48.1±2.38%), предимно ниско образовани и мъже; 115 (27.3±2.12%) пият дневно по-малко от 3 чаени чаши течности. От физическите дейности преобладават тези, които изискват леко физическо натоварване, изпълнявани 1-2 пъти седмично, с продължителност до 30 мин. Старите жени по-често изпитват затруднения, дори при леки физически натоварвания $P<0,05$ ($\chi^2=7,22$).

Ваксинации

През последната една година, по-голямата част от гериатричните пациенти не са имунизирани против грип 380 (90.0±1.43%). Почти няма проведена имунизация за пневмония през последните шест години 409 (96.9±0.83%).

По отношение на задължителната имунизация според Националния календар обхващане има при 341 (80.8±1.88%) от участвалите в изследването пациенти.

Употреба на лекарства

Ежедневно между един и пет медикамента заявяват, че употребяват 305 (72.3±2.13%) пациента. Само 65 (15.4±1.72%) споделят, че вземат лекарства, за които техният семеен лекар евентуално не знае.

Медикаментите за лечение на световъртеж са сред най-често употребяваните - 170 (40.3%) от възрастните хора. Изследваните от нас групи медикаменти - за лечение на световъртеж 126 (46.2%), безсъние 97 (35.5%), депресия 72 (26.4%), се приемат по-често от жените, което корелира с по-високата заболяемост при тях от безсъние $P<0,001$ ($\chi^2=14,02$), световъртеж $P<0,001$ ($\chi^2=11,66$), по-често се чувстват потиснати и депресирани $P<0,01$ ($\chi^2=10,61$). Жените по-често се чувстват самотни $P<0,001$ ($\chi^2=32,19$).

Самотните стари хора приемат по 6 и повече лекарства, което крие риск от изява на нежелани лекарствени реакции и токсичност $P<0,05$ ($\chi^2=10,16$).

Медицински преглед

Артериалното налягане е установено в границите на нормата (до 129 систолно и до 84 mmHg диастолно) при 63,90% от всички изследвани гериатрични пациенти, включително и такива на постоянна антихипертензивна терапия; пулсвова честота от 60 до 80 е регистрирана при 83,18%; ритмичен пулс при 355 (84.1%).

От параклиничните изследвания през последната 1 година кръвна захар в референтни стойности (3.5 ммол/л - 5.6 ммол/л) имат 41,67% ; за ниво на общ холестерол (< 5,2 ммол/л) с нормални стойности са 29,28%, а 45,31% са с гранични стойности (от 5,2 до 6 ммол/л).

Хормони, свързани с функцията на щитовидната жлеза, през последната година са изследвани при 60 (14.2%), като 35 (8.3%) съобщават за нарушения във функцията на жлезата.

Тест за ориентация

Без отклонения са изпълнили теста с часовника 171 (40.5%) от изследваните лица. Тежка степен на дезорганизация се отчита при 15 (3.6%). Отказват да изпълнят задачата 35 (8.3%) поради силно намалено зрение, изразен тремор на ръцете, неграмотност. По-възрастните по-често отказват да изпълнят теста с часовника или го правят с повече грешки $P < 0,001$ ($\chi^2 = 39,46$).

С нарастване на образоваността (от средно до висше образование) зачестява перфектното изпълнение на теста, оценяващ когнитивността на пациентите $P < 0,001$ ($r = 0,40$).

Тест за подвижност

По-голяма част от пациентите се справят в различна степен с поставената задача, с изключение на 2.1%, които самостоятелно не могат да се движат.

По-възрастните по-често не могат да станат или го правят за повече време $P < 0,001$ ($\chi^2 = 27,86$).

Обстойният преглед на стъпалата установи: болка в ходилата при 181 (42.9±2.36%); деформации на ходилата имат 245 (58.1±2.35%); враснали нокти с възпаление - 81 (19.2±1.87%); неудобни обувки носят 52 (12.3±1.57%) и скованост изпитват 173 (41.0±2.34%). Жените по-често имат оплаквания свързани с болки, скованост, деформации на ходилата, по-често носят неудобни обувки.

При завършване на изследването за други притеснения и оплаквания, които не са включени в многопанелния тест, са споделили 19 (4.5±0.99%) от респондентите.

Притесненията им са свързани със страх от неизвестното бъдеще, както и липсата на постоянна медицинска помощ и аптека в близост до местоживееето им.

Събраната от нас подробна здравна информация показва сходни резултати с комплексни изследвания на гериатрична популация в Германия. Сред първите пет проблема, разкрити с комплексната оценка, се припокриват четири от тях. Липсата на ваксини срещу грип заема първо място по честота в резултатите ни за Пловдивска област 380 (90.0±1.43%). Артериалната хипертония отстъпва челното си място 336 (79.6±1.92%), за да заеме второто място сред най-честите проблеми разкрити в България. Болката 229 (70.9±2.16%) и полипрагмазията 305 (72.3±2.13%) също са сред първите пет най-често срещани проблеми. Прави впечатление също, че сред десетте най-чести открити проблеми има припокриване на шест от тях: АХ, болка, трудности в ежедневието и инконтиненция, липса на противогрипна ваксина, болки в ходилата, полипрагмазия.

Табл. 26 10-те най-чести проблема разкрити, чрез СТЕП инструмент в България (n=422)

№	Проблеми разкрити със СТЕП	Брой	%
1	Противогрипна ваксина	380	90.0
2	Хипертония	336	79.6
3	Общо ежедневни дейности	311	73.7
4	Прием на повече от един медикамент	305	72.3
5	Болка	299	70.9
6	Самота	260	61.7
7	Деменция нисък резултат на часовник	251	59.5
8	Проблеми с ходилата (деформации)	245	58.1
9	Инконтиненция	226	53.5
10	Нездравословно хранене	203	48.1

Табл. 27 10-те най-чести проблема разкрити, чрез СТЕП инструмент в Германия (n=826)

№	Проблеми разкрити със СТЕП	Брой	%
1	Хипертония	668	81.0
2	Противогрипна ваксина	662	80.2
3	Болка	651	78.9
4	Прием на повече от един медикамент	539	65.3
5	Висок холестерол	525	63.6
6	Проблеми с ходилата (деформации)	470	57.0
7	Ограничена физическа дейност	379	45.9
8	Проблеми със съня	317	38.4
9	Задух (при разходка/общо)	266	32.2
10	Общо ежедневни дейности	263	31.9

Резултатите от проучването на Piccoliori разкриват голям брой здравни проблеми сред гериатричните пациенти, открити са средно по 2 нови проблема на пациент. След провеждане на КГО сред 58% от изследваната популация се откриват поне по един нов проблем, който в 17% от тези случаи се оказва нов и непознат за лекаря

СТЕП разкрива проблеми, които са решими. Успешно се разкриват голям брой био-психо-социални проблеми.

В нашето изследване се откриха общо 8946 проблема, средно по 21 на пациент.

Сериозни медицински проблеми, като инфаркт на миокарда или мозъка, са преживени от 15% от участвалите възрастни хора в Пловдивска област. Оплаквания, които се възприемат като по-малко значими - проблемите със зъбите/протезите, трудностите при хранене, инконтиненцията, задуха, болките, проблемите с дефекацията, намаления слух и зрение, са значително по-разпространени сред 1/3 от изследваните.

Проблемите с инконтиненцията са силно тревожни за мъжете в групата 65-74 години, както и за най-старите хора над 85 години $P > 0,05$. Наблюдават се полови различия, жените много по-често се изпускат по-малка нужда $P < 0,001$.

В настоящето изследване болките в устата и проблемите с венците се срещат сред значителна част от популацията 118 (28.0%), повтарящо данните на чужди изследователи.

Табл. 28 Сравнение на основни здравни проблеми на база проведена КГО в България и Германия

Здравни проблеми разкрити чрез СТЕП	България		Германия	
	Брой	%	Брой	%
Функционален статус				
Общо ежедневни дейности	311	73.7	263	31.9
Тест за мобилност	190	45.0	46	5.6
Социален статус				
Липса на помощ при болест	40	9.6	108	13.1
Липса на помощ при спешност	52	12.3	95	11.5
Грижи се за някой	122	28.9	62	7.5
Финансови трудности	162	38.4	58	7.0
Няма на кого да разчита	28	6.6	37	4.5
Соматичен статус				
Болка	299	70.9	651	78.9
Проблеми със съня	173	41.0	317	38.4
Задух	164	38.9	266	32.2
Инконтиненция	226	53.5	259	31.4
Световъртеж	183	43.4	227	27.5
Болки в устата	118	28	201	24.4
Намален слух	119	28.2	196	23.8

Констипация	143	33.9	189	22.9
Гръдна болка	147	34.8	169	20.5
Намалена зрителна острота	128	30.3	139	16.8
Болка в пръсците	182	43.1	98	11.9
Медицински преглед/статус				
Хипертония	336	79.6	668	81.0
Висок холестерол	69*	37.7	525	63.6
Проблеми с ходилата (деформации)	245	58.1	470	57.0
Висока кръвна захар	58**	36.5	239	29.0
Нарушени стойности на ТСХ	35***	8.3	220	26.7
Прекаран мозъчен инфаркт	67	15.9	83	10.1
Загуба на тегло	55	13	52	6.3
Падания	75	18.8	34	4.1
Настроение				
Депресиран	201	47.6	90	10.9
Самотен	260	61.7	41	5.0
Тревожност (изпитвате ли радост)	165	39.1	39	4.7
Превантивни дейности				
Противогрипна ваксина	380	90.0	662	80.2
Прием на повече от един медикамент	305	72.3	539	65.3
Ограничена физическа дейност	170	40.3	379	45.9
Нездравословно хранене	203	48.1	226	27.4
Пушене	63	14.9	38	4.6
Злоупотреба с алкохол	71	16.8	24	2.9
Деменция нисък резултат на часовник	251	59.5	259	31.4

*183 от всички пациенти знаят стойностите си на холестерола, за останалите няма информация, от тях 130 са с висок холестерол (над 5.2) и затова % се изчислява от 183 пациента, а не от 422

** 159 знаят кръвната си захар, от тях 92 са с високи стойности (над 5.6)

*** 60 пациента са изследвали ТСХ, 35 знаят че имат нарушени стойности ТСХ

От получените данни е видно в кои насоки би следвало да се отдели целенасочено внимание при обгрижване на гериатрични пациенти.

Проблемите с подвижността (трудности при ходене, изкачване на стълби, излизане, падане) са сред най-важните за пациентите, без полови и възрастови различия $P > 0,05$.

Пациентите страдащи от силни болки и тежест в гърдите са силно разтревожени за здравето си $P < 0,001$. Задухът в покой, по време на разходка и нощно време е съществен здравословен проблем за възрастните и стари хора $P < 0,001$.

По отношение на стила на живот се очертава констелация от нездравословно хранене с ограничен прием на вода и незначително физическо натоварване. Зависимостите, от които най-често страдат възрастните хора, са редовната употреба на алкохол и злоупотребата със седативи, често редовно изписвани им за проблеми със съня. Малък е дела на възрастните хора, които пушат и редовно употребяват алкохол в изследванията от 2015 година. Ниският дял на злоупотреба с алкохол в съвременните изследвания е обнадеждаващ, променя се стила на живот сред старите хора.

Данните от проучването ни сочат, че пациентите, които приемат по-малко от 3 водни чаши вода на ден, по-често страдат от световъртеж. Не се разкрива статистическа зависимост между приема на вода и високото АН, което развенчава един от страховете на старите хора да не пият достатъчно вода – приема на повече вода не води до повишаване на кръвното налягане.

Сред участвалите в изследването лицата, които успяват да изпълняват само леки физически натоварвания и не са се натоварвали с по-тежка работа през последните години, умствените затруднения, които изпитват са по-големи $P < 0,001$ ($\chi^2=52,96$). За сравнение хората, които редовно се натоварват физически, по-често се справят перфектно с теста оценяващ когнитивността. Тези, които са упражнявали уморителни дейности 6-7 дни в седмицата имат най-често патологични стойности на холестерола $P < 0,01$ ($\chi^2=19,58$).

В допълнение лицата, чието ниво на физическа издръжливост се свежда до разходка, бавно колоездене, чистене, бърсане на прах (дейности извършвани от лицата без това да води до повишен сърдечен ритъм или дълбоко дишане) показват статистически значимо по-висока вероятност от поява на световъртеж $P < 0,001$ ($\chi^2=19,87$); потиснатост $P < 0,01$ ($\chi^2=9,41$); затруднение в ежедневието $P < 0,001$ ($\chi^2=111,10$); притеснения за здравето $P < 0,001$ ($\chi^2=36,86$); болки $P < 0,001$ ($\chi^2=40,01$); деформации $P < 0,001$ ($\chi^2=29,14$); прекаран инфаркт $P < 0,05$ ($\chi^2=6,35$); болки в гърдите $P < 0,001$ ($\chi^2=30,86$); падания $P < 0,01$ ($\chi^2=11,06$); затруднения и болки в ежедневната дейност $P < 0,001$ ($\chi^2=71,69$)

много силни болки $P < 0,001$ ($\chi^2 = 44,76$), а по отношение на локализация - болки в прасците $P < 0,001$ ($\chi^2 = 28,71$).

Установи се, че ГП с ниво на физическа издръжливост отговаряща на **Ниво 2** (гимнастика, спокойно плуване, разходка в планината, чистене с прахосмукачка, събиране на листа, танци) имат регистрирано по-високо ниво на артериално налягане $P < 0,01$ ($\chi^2 = 13,87$).

От резултатите ни е видно, че незадължителните ваксинации, като противогрипната, пневмококовата, не са придобили масовост у нас, но задължителните за страната - се изпълняват стриктно.

Съществен резултат, който се коментира в научната литература, касаещ гериатричните пациенти, потвърден и в нашето изследване, е високият процент на възрастни хора с психо-емоционални и когнитивни проблеми. Резултатите ни показват изключително висока честота на стари хора с когнитивни трудности 251 (59.5%), с депресивно настроение са 201 (47.6%), тревожни са 165 (39.1%). Това са проблеми, които пациентите отбягват да споделят от неудобство, срам, рядко се обръща внимание на подобни проблеми по време на консултацията. СТЕП теста е подходящ инструмент, разкриващ подобни „неудобни“ проблеми.

Тестът с часовника, приет като предиктор на деменция, показва нуждата от по-задълбочени изследвания в тази насока сред пациентите с тежки нарушения при изпълнението му. Намира се силна корелационна връзка между висока степен на образованост и перфектно справяне с поставената задача в нашето изследване.

Проучвания доказват, че съществува голям брой неразкрити проблеми сред възрастните хора, подчертавайки нуждата от системен подход за разкриване на гериатричните проблеми в общата медицинска практика.

КГО е подходяща за използване при възрастни хора с леко и умерено ниво на физическа недееспособност, с лека и умерена когнитивна дисфункция .

В проведеното от нас проучване регистрираната средна продължителност за провеждане на оценката е била $24.82 \pm 0,41$ мин. Получените от нас резултати демонстрират нарастване на времетраенето с нарастване на възрастта $P < 0,001$ ($F = 35,11$). (Таблица 29).

Табл. 29 Времетраене за провеждане на СТЕП тест според възрастова категория

Години	Брой	Mean	Std. Deviation	Std. Error
До 70	157	21.0	6.0	0.5
71-75	94	23.2	8.1	0.8
76-80	80	26.2	7.5	0.8
81-85	53	30.2	7.9	1.1
Над 86	38	34.1	9.1	1.5
Общо	422	24.8	8.4	0.4

Данни от други проучвания също показват как времетраенето за провеждане на СТЕП при гериатрични пациенти, нараства с напредване на възрастта - от 65 до 69 годишни отговарят за 17 минути; от 70 до 74г. - за 19 минути; от 75 до 79г. - за 22 минути; от 80 до 84 г.- за 25минути; над 85г. за 24 минути.

Подробната оценка на общото състояние на пациента е отнемаща време, но подобно начинание има огромен положителен ефект, едновременно за пациента и лекаря, подобрявайки взаимната удовлетвореност. В дългосрочен план намалява заболяемостта и преждевременната смъртност сред гериатричните пациенти. Ефективността на подхода се изразява в намаления брой на хоспитализации, намалени финансови разходи и подобряване ефикасността на здравните грижи. Ефективността от КГО се доказва със значителното намаляване нуждите на старите хора от социални помощ в ежедневието, редуцира се престоя им в заведения за грижи (nursing home).

Гериатричната оценка в първичната медицинска помощ е недостатъчна ако след себе си не води до изграждане на холистичен план на лечение и поставяне на приоритети за лечение.

4.2 Проучване мнението на ОПЛ, участвали в провеждане на СТЕП, за практичната му приложимост.

След провеждане на СТЕП оценка на ГП се изследва мнението на лекарите, в чиито практики се извърши комплексната гериатрична оценка, относно приложимостта му, комплексността и информативността, която дава.

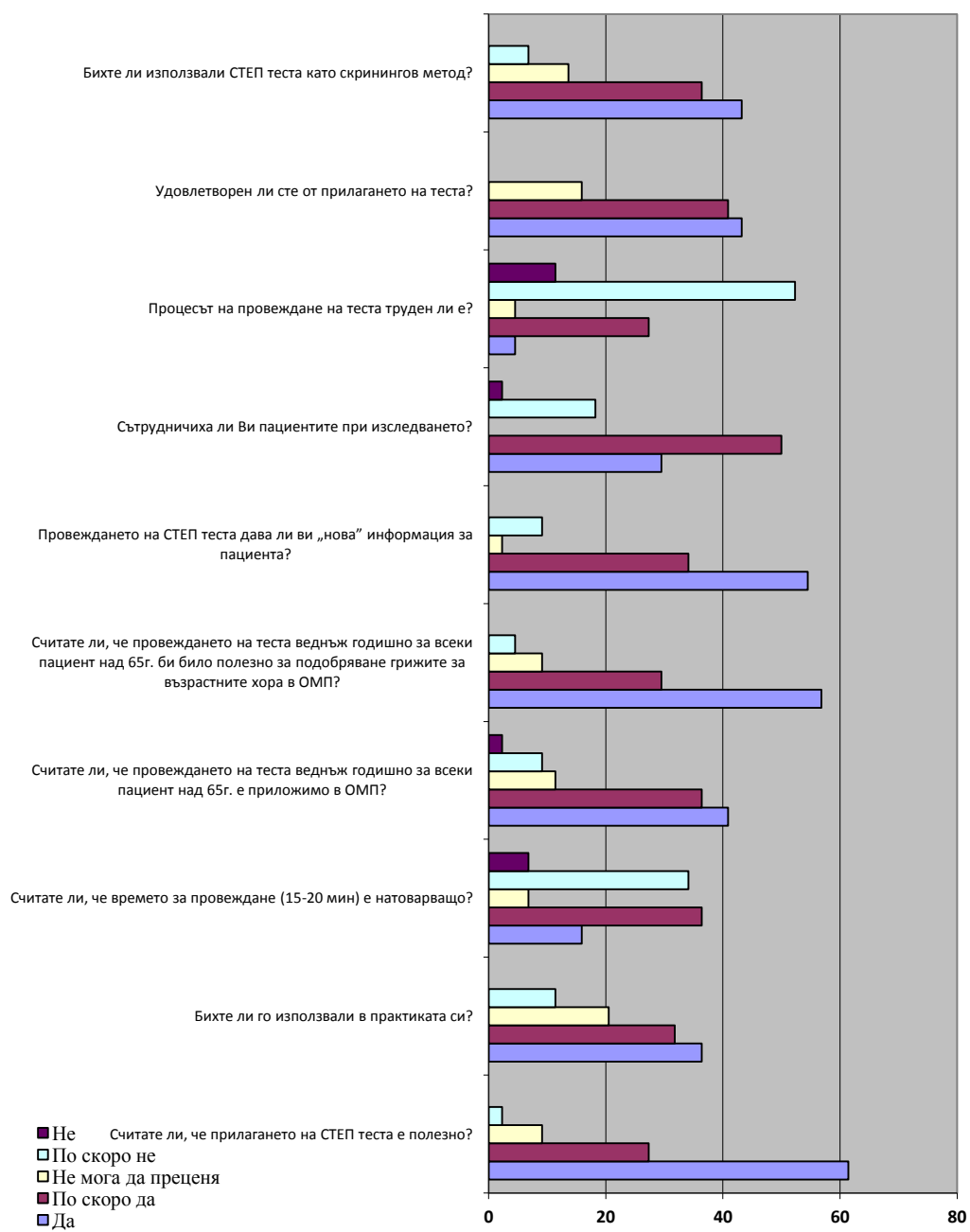
Данните от участвалите лекари в нашето изследване потвърждават получените резултати на чужди автори - 39 (88.7%) от ОПЛ биха го използвали в практиката си конкретно при работа с ГП. Повечето участници го намират за полезен при обслужването на възрастните и стари пациенти с неразкрити здравословни проблеми, биха го прилагали поне веднъж годишно за пациентите на 65 и повече години.

Приложимостта на инструмента се потвърждава чрез детайлно анализиране на получената информация от мнението на участвалите лекари. СТЕП се намира за изключително полезен и практически приложим в практиките с висок брой пациенти – над 1501, състоящи се от двама и повече от двама обслужващ персонал.

Една трета от ОПЛ са изразили нагласи да използват СТЕП теста, $15.4 \pm 5.44\%$ биха го използвали само при конкретни пациенти. СТЕП е с голяма приложимост при нови за практиката пациенти, пациенти познавани от скоро, или пациенти посещаващи практиката нередовно.

СТЕП разкрива нови проблеми, непознати до сега на ОПЛ. В нашата извадка участват 44 ОПЛ. Преобладаващата част от тях – 39 ($88.6 \pm 4.79\%$), след запознаване с получените данни от комплексната гериатрична оценка, споделят, че са намерили нови за тях здравословни проблеми сред дългогодишни, добре познати им пациенти.

Удовлетвореността от прилагането на този иновативен метод сред участвалите лекари в изследването е много висока - 37 ($81.1 \pm 5.90\%$), най-висока е в практиките с голям брой пациенти, доказваща ефективността на инструмента като метод за масов и ефикасен диагностичен и скринингов процес.



Фиг. 21 Мнение на ОПЛ относно прилагане на СТЕП тест в практиката

Всички участвали лекари, потвърждават, че СТЕП е полезен за откриване на нови неподозирани проблеми и е приложим в ежедневната работа на ОПЛ с ГП.

Превантивна гериатрична помощ в общата медицинска практиката се извършва чрез скрининг. Резултатите от него трябва да са оптимални т.е. разкриване на неизвестен или наскоро изявен здравословен проблем. Възрастните хора често съобщават късно за здравните си проблеми.

Постиженията на създадения СТЕП инструментариум въвеждат нов общ медицински стандарт, което уеднаквява качеството на предлаганите медицинските грижи.

След запознаване с възможностите на стандартизираната оценка и разкриване на здравословни проблеми от различен характер сред ГП, 35 (79,5%) ОПЛ в нашето изследване също споделят желание да използват инструмента като ефективен скринингов метод. От получените данни се наблюдава тенденция за масовото му използване като скринингов метод, особено в практиките с по-висок брой пациенти (от 1501 до 2500).

Част от българските лекари - 23 (52.3%) критикуват продължителността на СТЕП, приемащи времето за провеждането му, средно 25 минути, за обременяващо, дори в практиките с персонал повече от двама. Тенденцията се запазва в практиките с по-висок от 1501 пациента, което може да се обясни с по-високата посещаемост на пациенти в амбулаторията и нормативно определеното времетраене на консултациите.

Използването на СТЕП не създава трудности при 20 (46.2%±7.5) от участвалите общи практики, малко трудности срещат 24 (53.8%±7.5) от лекарите, изразяващи се в необходимост от допълнителни обяснения относно характера на изследването. Сред проучените от нас лекари трудности в изпълнението му биха срещнали 14 (31.8%±2.22%), предимно практики с брой обслужвани пациенти над 1501, което отново се обвързва с времетраенето на оценката.

Данните от международни проучвания показват разбиране на въпросника от пациентите, приемащи прилагането му като част от стандартното обслужване /обгрижване.

В нашето проучване, съдейки по високата степен на сътрудничество на пациентите, което 35 (79.5±1.92%) от лекарите определят, може да се заключи, че пациентите с готовност се включват в подобна цялостна здравна характеристика, откриваща скрити здравни проблеми, осъзнават нуждата от подобен инструмент, подобряващ ранната диагностика и предпазващ от тежки последици.

5. Изготвяне на алгоритъм за поведение на общопрактикуващите лекари при работа с гериатрични пациенти.

За първичната медицинска помощ е изключително важно да разполага с научно доказан инструмент, за своевременно взимане на решения и изграждане на акуратно поведение, при работа с възрастни пациенти. Демографските промени, превенцията и все по-успешното лечение на социалнозначимите заболявания, изисква от ОПЛ преосмисляне и преценка на грижите, които предоставя на гериатричните пациенти. Разнообразието от дейности и умения на ОПЛ увеличава възможността им да запознават пациентите с правилата за здравословен стил и начин на живот, да извършват ранен скрининг на заболявания, да лекуват заболявания в ранен етап, постигайки отлични клинични резултати.

Международният опит свързан с прилагането на КГО показва, че разработеният метод оптимизира работата на ОПЛ при предоставяне на качествени здравни услуги сред гериатричните пациенти.

Крайните резултати от КГО разкриват перспективите важни както за лекарите, така и за пациентите.

След крайното обработване на събраните данни е необходимо изграждане на задълбочен поглед върху проблемите на пациента и изграждане на план за справяне.

Използването на метод за цялостна здравна характеристика позволява да се определят приоритетните проблеми на пациента и своевременно да се разрешават. Ефективността на подхода се изразява в намален брой на хоспитализации сред пациентите, намалени финансови разходи и подобряване ефикасността на здравните грижи.

Въвеждането на нов модел в работата на ОПЛ, насочен към разкриване на неподозирани проблеми сред ГП е с доказана ефективност, единствено когато води до предприемане на конкретни последствия.

До момента действащата Наредба № 39 от 16.11.2004 г. за профилактичните прегледи и диспансерна дейност, включва основни дейности, които по нищо не се различават от стандартна медицинска консултация – анамнеза, без конкретна насоченост, общ физикален преглед на ССС, ДС, НС, ОДА, отделителна система; оценка на зрителна острота, изследване на урина с тест лента и оценка на общо психично състояние, без конкретна възрастова насоченост.

Липсата на масова противогрипна ваксинация е най-честият проблем, който се разкрива с помощта на СТЕП теста. На пръв поглед нещо незначително, но с голяма лична и обществена полза, намаляваща честотата на тежки грипни инфекции, често

причина за смърт сред ГП, както и продължителността и тежестта при евентуално заболяване от стар човек с изчерпан имунен отговор.

Ограниченията, които изпитват възрастните хора в изпълнение на ежедневните си дейности, се оказва важен за тях проблем, който по никакъв начин не се търси в стандартния профилактичен преглед, а значимостта на проблема за пациентите разкрива нуждата от подобен интерес към тези проблеми.

Самотата и деменцията са сред водещите проблеми разкрити чрез СТЕП теста. Самотата е предпоставка за загуба на автономност сред възрастните пациенти, развитие на депресия, тревожност, които допълнително влошават общото здравословно състояние на възрастния пациент, което показва колко ценна би била тази информация за лекарите, стига да се търси.

Деменцията е тежко, инвалидизиращо заболяване, с тежки последици както за стардащия от болестта, така и за цялото семейство. Макар и да няма все още лечение на заболяването е доказано, че ранното откриване на болестта и своевременно лечение забавя проявата и тежестта на заболяването. Теста с часовника е доказал ефективността си, а лекотата на провеждането му го прави приложим в профилактиката на деменцията в ПМП.

Нездравословното хранене е доказан поведенчески рисков фактор за развитие на много от заболяванията сред ГП. Активната позиция на ОПЛ свързана с целенасочено здравното обучение може да предотврати възникването на заболявания (хиперхолестеролемия, подагра, нарушен глюкозен толеранс, затлъстяване/недохранване) или усложнения на вече проявили се болести.

На базата на проведената литературна справка, международния опит и данните от нашето проучване предлагаме алгоритъм за поведение на общопрактикуващите лекари при обслужване на гериатрични пациенти, който включва от една страна допълнения към нормативната уредба регламентираща провеждане на дейности с превантивна насоченост, свързана с честота и вида на изследвания и консултации, както и с инкорпориране и използване на СТЕП инструмент в ежедневната практика от ОПЛ (адаптиран според потребностите на различни категории възрастни и стари хора).

Табл. 30 Вид и честота на профилактичните прегледи и изследвания при лица над 18 години.

Наредба 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията ДВ. Бр. 106/16.11.2004г.
Наредба 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК ДВ. бр. 112/2004г

Вид на профилактичния преглед и изследванията при лица над 65 години	Честота
Изчисляване на индекс на телесна маса Оценка на психичен статус Изследване острота на зрение Измерване на АН, ЕКГ Изследване на урина за протеин, глюкоза, уробилиноген/билирубин, кетонни тела и рН (с тестлента)	Ежегодно
Изследване на ПКК (хемоглобин, хематокрит, еритроцити, левкоцити, МСН, МСV, МСНС, тромбоцити)	Ежегодно
Кръвна захар на гладно	в лаборатория само при пациенти с повишено артериално налягане, дислипидемия, затлъстяване, фамилна обремененост.
Холестерол и триглицериди	1 x 5
Мамография при жени до 69 годишна възраст	1 x 2
При мъже PSA	1 x 2
Предложения за допълнения на база резултати от проведена КГО и изведени основни проблеми при лица над 65 години	
Оценка на хранителни навици и двигателен режим	1 x годишно при 65-74г. 2 x годишно 75-89г. 2 x годишно Над 90г.
Ваксиниране с противогрипна ваксина на лицата над 65 години	1 x годишно при 65-74г. 1 x годишно 75-89г. 1 x годишно Над 90г.
Оценка на социална ангажираност/семейна среда	1 x годишно при 65-74г. 1 x годишно 75-89г. 2 x годишно Над 90г.
Оценка на справяне с ежедневни дейности: лични и инструментални	1 x годишно при 65-74г. 1 x годишно 75-89г. 2 x годишно Над 90г.
Оценка на когнитивност	1 x годишно при 65-74г. 1 x годишно 75-89г. 2 x годишно Над 90г.

Табл. 31 Препоръчителни възрастово-специфични периодични оценки на здравето

Вид преглед и изследване	За профилактика	Над 50 години
Имунизации	Инфекциозни заболявания	Съгласно имунизационен календар
Преглед на зъби и устна Кухина	Парадонтоза Кариеси Пулпити	На всеки 6 месеца
Измерване на артериалното Налягане	Хипертонична болест	2 x годишно При фамилен риск 3 x годишно
Липиден профил	Атеросклероза на съдовете	1 x годишно При фамилен риск 2 x годишно
Електрокардиограма	Сърдечни заболявания	1 x годишно
Индекс на телесна маса	Заболявания на обмяната	2 x годишно
Гинекологичен преглед и Цитонамазка (жени)	Рак на шийката и тялото на матката	1 x годишно
Лекарски преглед на гърдите (жени)	Рак на млечната жлеза	1 x годишно
Мамография (жени)	Рак на млечната жлеза	1 x годишно
СУЕ, Хемоглобин, Левкоцити	Разл. заболявания	1 x годишно
Белтък, захар и седимент в урината	Разл. заболявания	1 x годишно
Кръвна захар	Захарен диабет	1 x годишно При фамилен риск 2 x годишно
Преглед на простатната жлеза (мъже)	Рак на простатна жлеза Доброкачествено увеличение на простатна жлеза	1 x годишно
Простатно специфичен антиген в кръвта (PSA) (мъже)	Рак на простатна жлеза	При диагностицирано увеличение на простатна жлеза и фамилен риск 1 x годишно
Предложения за допълнения на база резултати от проведена КГО и изведени основни проблеми при лица над 65 години		
Остеодензометрия (жени)	Остеопороза	1 x 2 години след 65 годишна възраст
Колоноскопия	Заболявания на дебело черво, в.т. рак	1 x 2 години след 65 годишна възраст 1 x годишно при фамилно обременени
Фиброгастроскопия	Язва и Рак на горните отдели на хран. с-ма	1 x 2 години след 65 годишна възраст 1 x годишно при фамилно обременени
Клок тест	Деменция	1 x годишно при 65- 74г. 1 x годишно 75-89г. 2 x годишно Над 90г.

Алгоритъм за провеждане на КГО

Стъпка I

Консултация с пациент след навършени 65 години / вкл. новозаписан гериатричен пациент

1. Запознаване и разясняване същността на СТЕП инструмента
2. Организиране на профилактични МДД регламентирани от НЗОК в допълнение ТСХ, кръвна захар на гладно за всички, В12.
3. Записване на час за следваща консултация след седмица/месец с направени от пациента изследвания и попълнени в дома въпроси от инструмента.

Стъпка II

Консултация за провеждане на профилактичен преглед и СТЕП оценка

1. Извършване на стандартен профилактичен преглед регламентиран от НЗОК (ЕКГ, АН, пулс, ИТМ, зрителна острота, урина с тест ленти, психичен статус);
2. Нанасяне на резултатите от назначените МДД;
3. Провеждане на изследване за подвижност на пациента, оглед на ходила;
4. Провеждане на тест за изследване на когнитивни функции;
5. Запознаване с био-психо-социално състояние на пациента;
6. Дефиниране на разкритите нови за пациента проблеми;
7. Обсъждане на резултатите с пациента;
8. Приоритезиране на проблемите и обсъждане на последващи дейности;
9. Предприемане се конкретни мерки.



Данните от проведеното проучване показва, че средната продължителност на провеждането на КГО е било 25 мин., което кореспондира с регламентираното време за стандартен профилактичен преглед, според НЗОК - не по-малко от 15 минути.

Препоръки за провеждане на СТЕП:

Провеждане на пълна версия на СТЕП тест при навършване на 65г. и на всеки новозаписан ГП

Провеждане на кратка версия на СТЕП тест

След навършване на 65 години веднъж годишно с профилактичния преглед

След 75 години / при нужда на ОПЛ - два пъти годишно

Провеждане на специфични изследвания при „раними групи ГП” – (най-чести заболявания по данни от ПМП, НЗОК и уязвими групи от проведен СТЕП тест)

Диабетици - цялостно веднъж годишно, частично - преглед на ходила, скрининг за депресия, начин на хранене – два пъти годишно.

Хипертоници - цялостно веднъж годишно, 2 пъти- липиден профил, АН, хранене.

МСБ - цялостно веднъж годишно, 2 пъти – ежедневни дейности, деменция, депресия, подвижност.

При самотни гериатрични пациенти - цялостно веднъж годишно, 2 пъти - оценка на ежедневни дейности и жилище, вредни навици и злоупотреба с лекарства.

III ОСНОВНИ ИЗВОДИ

1. Хората на 65 и повече години са сред основният контингент пациенти в ОМП - 20%, обхващайки една трета от извършените от ОПЛ прегледи. Възрастовата подгрупа на 65-74 годишните, е най-често нуждаеща се от здравни грижи - 51.78%, средно за трите изследвани години.
2. ГП са сред основните потребители на здравни ресурси: обхващат повече от половината от всички диспансерни прегледи, 36.7% от общият дял медико-диагностични дейности, 30.7% от общият дял на консултациите с тесни специалисти, 30.5% от общият брой хоспитализации, основни потребители на реимбурсирани от НЗОК лекарствени продукти.
3. Полиморбидността при ГП достига до 2/3 от изследваната популация. Най-често регистрирана диспансерна диагноза при ГП е хипертонична сърдечна болест (I11).
4. ОПЛ имат положителната нагласа за работа с ГП, въпреки недостига на финансови ресурси и нормативните ограничения, предизвикващи най-големите затруднения в консултирането на ГП. Лекарите заявяват необходимост от промени в обема и вида на годишния профилактичен преглед, даващи възможност за индивидуален подход към нуждите на пациента.
5. Лекарите, участвали в настоящето изследване, до момента не са използвали специфични инструменти за оценка на когнитивно и психично състояние на ГП, липсват им познания относно семейната среда и социума на пациентите. Приложеният за първи път специфичен комплексен подход за цялостна гериатрична оценка охарактеризира детайлно ГП в ОМП.
6. Резултатите от проведената КГО чрез СТЕП инструмента потвърждават получените резултати от други международни изследвания по отношение на най-честите проблеми регистрирани при ГП. Най-възрастните, финансово затруднени, необразовани, самотни жени са най-уязвимият контингент стари хора.
7. ОПЛ намират за приложимо и практически полезно внедряването в ежедневната си работа на подобен доказан и изпитан инструмент, разкриващ нова за тях информация дори сред дългогодишни техни пациенти, използвайки СТЕП теста като скринингов метод веднъж годишно сред гериатрични пациенти, въпреки времевите ограничения.

IV ПРЕПОРЪКИ

Към Министерство на здравеопазването

- внедряване на алгоритъм за работа с гериатрични пациенти.
- въвеждане на концепцията за активно стареене с увеличени възможности за здравна промоция и превенция на дегенеративни заболявания.
- да се въведат препоръчителни противогрипни ваксини за лицата на 65 и повече години.

Към Министерство на образованието и медицинските университети

- да се въведе възможност за специализация по гериатрия във всички медицински университети в България.
- да се въведе модул гериатрия в обучението по специалността Обща медицина, за да се предоставят достатъчно по обем теоретични и практични знания и умения на лекарите, които ежедневно се грижат за гериатрични пациенти в практиката си.
- да се въведе обучение по предмет гериатрия към основното медицинско обучение на студенти по медицина, дентална медицина и фармакология.
- да се организират курсове за следдипломно обучение на лекари по гериатрия с различна насоченост – ендокринология, неврология и психиатрия, ортопедия и ревматология, фармакология.

Към НЗОК

- регулативните стандарти отпускани за гериатрични пациенти да са отдиференцирани от стандартите за останалите възрастови групи.
- да се преразгледа времетраенето на медицинската консултация не само спрямо вида на дейността при консултацията, но и според възрастта на пациента.
- да се стимулират финансово домашните посещения при ГП с цел запознаване със социалната и битова среда на пациента.

Към лекарски сдружения (БЛС, НСОПЛБ, СОИБОМ)

- да се стимулират ОПЛ да обогатяват знанията и уменията си в прилагане на комплексен подход в работата си с възрастните и стари хора.
- да насърчават ОПЛ да обучават ГП в същността на активното стареене – здравословно хранене, оптимален физически режим, ваксинопрофилактика, профилактика на възрастовообусловени заболявания – остеопороза, деменция.

- провеждане на политика за подобро сътрудничество между ОПЛ и лекарите от извънболничната и болнична помощ при обгрижване на ГП.

Към социални грижи и общини

- да се изградят доверени отношения между ОПЛ и социални работници в един и същ район, за да се уведомяват своевременно лекарите за възможно социално подпомагане на нуждаещите се пациенти, вид на услугите – финансови, асистент, храна, помощни средства.
- периодични посещения на социален работник в местните пенсионерски клубове, водене на неформални разговори, при нужда - психологична подкрепа.
- разнообразяване на социалните дейности и използване капацитета, възможностите и опита на старите хора за поддържане връзката между поколенията – дневни центрове за деца, които се отглеждат от „баби” получаващи положителната емоция от контакта с децата; организиране на семинари, за предаване на традиции и умения от старите на младите и запазване на българщината – тъкане, месене на хляб, плетене, бродирание....
- развиване на пенсионерските клубове като места за социални контакти, творчество, спорт – създаване на самодейни театрални трупи, хорове, спортни състезания към общините.

Към църквата

- религиозно напътствие и обучение на старите хора.
- разговори по екзистенциални, тревожещи ги теми – страха от смъртта, обвинения за пропилян живот, чувство на безнадежност и отчаяние.
- духовна подкрепа за преминаване през старостта.

Към обществото

- Отдаване на полагащото се внимание и грижи към възрастните и стари хора, носители на интелектуален и житейски потенциал, от който ежедневно черпим сили и мъдрост.
- Честване на световния ден на възрастните хора – 1-ви октомври.

V НАУЧНИ ПРИНОСИ

Приноси с оригинален характер

Извършена е първата цялостна био-психо-социална характеристика на съвременните проблеми на гериатричните пациенти в ОМП.

Изготвен е алгоритъм за работа с гериатричните пациенти.

Изследвана се удовлетвореността на лекарите след прилагане на нов метод за комплексна гериатрична оценка.

Приноси обогатяващи съществуващите знания

Получена е подробна аналитична информация за консумацията на здравни ресурси на ГП потвърждаваща световните тенденции.

Приноси с приложен характер

Прилага се комплексен, валидиран и адаптиран за българската популация, инструмент за комплексна гериатрична оценка.

Предлага се алгоритъм за работа с гериатричните пациенти подобряващ качеството на предоставяните им медицински грижи за периодичен скрининг на неразкрити био-психо-социални проблеми, повишаващ взаимната удовлетвореност на лекар и пациент.

VI ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Амбарева З. Холистичен подход при гериатрични пациенти в общата практика. СУБ - Пловдив, 2013, том XIII: 177-122.

Амбарева З, Форева Г, Асенова Р. Фактори, повлияващи общуването между общо-практикуващия лекар и гериатрични пациенти. Обща медицина, 2014, Год. XVI, бр 1:3-6.

Ambareva Z, Semerdzhieva M, Foreva G, Asenova R. Application of STEP assessment test for complex geriatric evaluation in general medical practice. International Journal Knowledge. 2016;V.12.1:289-293

VII НАУЧНИ СЪОБЩЕНИЯ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Ambareva Z, Mileva D, Semerdjieva M, Foreva G, Asenova R. Health care management of geriatric patients in general practice. EGPRN meeting. Theme: “ Economic Crisis and Research in Primary Care”, 23-26.10.2014, Heraklion, Crete-Greece

Ambareva Z, Mileva D, Kireva L, Foreva G, Asenova R. Comprehensive geriatric assessment in general practice.. III AGPFMSEE Congress, Bosnia and Herzegovina, Sarajevo, September 18 – 21, 2014

Asenova R, Mileva D, Ambareva Z, Kireva L, Foreva G, Semerdjieva M. Geriatric multimorbid patients in general practice. III AGPFMSEE Congress, Bosnia and Herzegovina, Sarajevo, September 18 – 21, 2014

УЧАСТИЕ В ПРОЕКТ

“Полиморбидност и полипрагмазия при гериатрични пациенти в общата медицинска практика – внедряване и приложение на пациент - центриран подход”, Вътреуниверситетски проект, № НО – 15/2014г.

БЛАГОГАРНОСТ

Реализирането на този дисертационен труд не беше възможен без подкрепата, напътствията, търпението, доверието и всеотдайността на:

- научния ми ръководител доц. д-р Радост Асенова, дм - напътстваща и подкрепяща ме през цялото време
- проф. д-р Иван Дечев, дм – за приемствеността и съдействието, което ми оказва за обогатяване на дисертационния труд
- д-р Гергана Форева, дм - запалила любовта ми към общата медицина още като студент по медицина
- проф д-р Мария Семерджиева, дм за помощта при статистическата обработка на резултатите от проучването
- д-р Даниела Милева-Николова и д-р Йорданка Тодорова, обгрижващи пациентите ми в моментите на пълно отдаване на проучването
- семейството ми за безкрайната любов, търпение, подкрепа и разбиране.