



**Медицински университет - Варна
„Проф. Д-р Параскев Стоянов”**

**Факултет „Обществено здравеопазване”
Катедра “Инфекциозни болести, епидемиология,
тропическа медицина, паразитология”**

Д-р Диана Миленова Радкова

**ПСИХОЛОГИЧЕН БАЛАНС НА
ХОСПИТАЛИЗИРАНИЯ ПАЦИЕНТ
С ИНФЕКЦИОЗНА БОЛЕСТ**

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
„ДОКТОР”

Научни ръководители:
Проф. Иванка Бончева, д. пс.
Доц. д-р Маргарита Господинова, д.м.

Официални рецензенти:
Проф. д-р Риналдо Шишков, д.м.н
Доц. д-р Лилия Пекова, д.м.

Варна, 2014

Дисертационният труд съдържа 191 страници, включващи 25 таблици и 77 фигури и 2 приложения. Цитирани са 168 литературни източници, от които 10 на кирилица и 158 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита на катедрен съвет на Катедрата по Инфекциозни болести, епидемиология, тропическа медицина, паразитология при МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов” – Варна на 24.10.2014

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на от часа в, на открито заседание на Научното жури.

СЪДЪРЖАНИЕ

1. Увод.....	5
2. Цел и задачи.....	7
3. Методика и организация на изследването.....	8
4. Резултати и обсъждане.....	11
5. Заключение.....	90
6. Изводи.....	92
7. Приноси.....	93
8. Публикации, свързани с дисертационния труд.....	94

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ВБИ	вътреболнична инфекция
ВКБ	вътрешна картина на болестта
ЖЗС	жизнено значими събития
ИБС	исхемична болест на сърцето
МСБ	мозъчно-съдова болест
ОВХ	остър вирусен хепатит
ОЗБ	остри заразни болести
ПТСР	посттравматично стресово разстройство
ХБ	хипертонична болест
APIC	Професионална Асоциация за епидемиологичен контрол на инф.болести
СИ	контактна изолация
CDC	Център за контрол на инф.болести
CFC	синдром на хронична умора
СМІ	клетъчно-медиран имунитет
GBDS	Център за изследване на глобална тежест на заболяванията
НСV	хепатит С
HSV	херпес-симплекс вирус
ECDC	Европейски център за превенция и контрол на заболяванията
EASL	Европейска Асоциация по хепатология
EBV	Ебщайн-вирус
IM	инфекциозна мононуклеоза
IPCC	Международен експертен съвет по климатични промени
PNI	психоневроимунология
NTDS	пренебрегнати тропически болести
MRSA	метицилин-резистентни стафилококи
STD	сексуално трансмисивни болести
VZV	варицела-зостер вирус
WHO	Световна Здравна Организация

Увод

В исторически аспект инфекциозните заболявания са били и остават най-важният фактор за човешката заболеваемост и смъртност. Актуалността и значимостта им е обусловена от тяхната специфика и от негативите на глобализацията в съвременни условия, с проблемите на урбанизация, международна мобилност/миграция, с екологичните промени, които създават условия за поддържане и разпространение в световен мащаб на инфекциозните заболявания, както и от влошаващата се обществена здравна инфраструктура (т.н. third worldisation), рефлектираща върху усилията за контрола им. (Globalization and infectious diseases, WHO, 2004). Според David Satcher, Директор CDC, Atlanta, "единствено уместна е международната концепция за инфекциозни болести в една епоха, в която гореописаните проблеми се преплитат в един наистина глобален мащаб".

Публикуваните данни от годишните анализи на СЗО потвърждават актуалността на инфекциозните заболявания. През последните три десетилетия природните бедствия "осигуряват" епидемии от респираторни, чревни и трансмисивни инфекциозни заболявания, а според GBDS/WHO смъртните случаи от тях достигат до 50% в някои африкански страни. Експертна група на ООН (IPCC) прогнозира, че средните глобални температури ще се повишат с 1,4 до 5,8С до 2100г., а градското население в света ще се увеличи до 6,3 билиона през 2050, най-вече в развиващите се среди, което прави актуални и значими инфекциозни заболявания като капковите (грип, вкл. пандемичен, морбили, инф. мононуклеоза), трансмисивните (малария, лаймска болест), сексуално предаваните (хепатити В и С, СПИН), чревните. От всички болести, свързани с пътуване, инфекциозните заболявания са най-голямата заплаха за глобалното здраве, предвид тяхната контагиозност, кратък инкубационен период с потенциал за бързо географско разпространение, доказвано с епидемиите от грип, чревни инфекции, между които хепатити А и Е. По данни на WHO 2012 ежегодно в света се регистрират над 1,4 млн случая на ОВХ А, над 3 млн ОВХ Е, над 360 млн случая на хепатит В-инфекция, над 150 млн случая на хепатит С, а по данни на ECDC сезонният грип е отговорен за средно повече от 20000 смъртни случая годишно. Нарастващите данни за емергентни и реемергентни инфекциозни заболявания подчертават актуалността им, а гореизложените данни потвърждават клиничната им значимост.

В различни направления на медицината - при кардиоваскуларни заболявания, при хронични белодробни болести, неоплазми, хематологични проблеми, ендокринни заболявания (захарен диабет), артрозни заболявания, кожни заболявания и др., са документирани много и подробни разработки на поведение на боледуване /преживяване на съответните заболявания, създадени са психопрофили, изградени са подходи/ модели на поведение, както и стратегии за справяне.

В инфектологията за инф.болест има конкретно определение, но пациентът независимо от позиция, личностови, културални и социални особености, се подчинява на типичното поведение за преодоляване на установен конкретен проблем-преживяване на заболяване в болнични условия. Ролята на психиката в протичането на инфекциозните заболявания е установена от времето на Пастър:

"Колко често се случва кондицията на пациента- неговата слабост, неговото душевно състояние-да представлява недостатъчна бариера срещу инвазията на безкрайните малки!"- поставил за дискусия преди повече от 100 години ролята и значението на психиката и психологичните фактори в протичането им.

В научната медицинска литература се дискутира наличието на инфекциозна болест като предпоставка за отклонения в психическото функциониране на пациента като психическо състояние или като психическо разстройство.

В България този проблем е особено актуален, предвид данните за заболеваемост от инфекциозни заболявания за страната (за 2009- 2013г.-ОВХ 273,4‰; трансмисивни - марсилска треска 30,9‰, Лаймска болест 33,0‰; капкови - варицела 1867,7‰, грип и ОРЗ- 50,9 ‰).

Проучената за 5-годишен период 2009- 2013 г.във Варненска област инфекциозна заболеваемост по определени социо-демографски и клинични показатели подкрепя актуалността на проблема.

В научната литература у нас в областта на инфектологията няма разработен акцент върху психологичната проблематика на инфекциозно болния. Не е проучено преживяването на инфекциозна болест: спецификата във възприемането на болестта, поведението на пациента в психологически аспект, както и в условия на изолация. Достъпна е една публикация (Н.Вълканова и сътр.от 2005) върху психосоматика на инфекциозно болни, която анализира промените в психиката им в стационарни условия и дава препоръки за осигуряване на психологическа помощ/подход при лечението им, изтъквайки необходимост от участие и на психолог в лечебния екип.

Холистичният подход в медицината и интердисциплинарната актуалност на психосоматичната медицина подчертават сериозността на проблема и изискват разработването му.

В областта на инфектологията би се предложил нов подход към пациента, с бърза ориентация в психическата кондиция на пациента, успоредно с физическата преценка и възможност за гъвкав терапевтичен подход в аспекта на трифокалната терапия, включващ отношение към тяло, психически особености и социално функциониране.

Гореописаните групи инфекциозни заболявания - капкови, трансмисивни и остри вирусни хепатити - са обект на настоящата разработка, с проучване параметрите на преживяванията им, предвид тяхната актуалност, клинична и социална значимост. Не са включени невроинфекциите с проявите на психоорганичен синдром, HIV/СПИН-състояние и заболяване с интердисциплинарна позиция и обект на задълбочено психологическо проследяване, както и заболяванията с диарийен синдром, предвид значителното преобладаване на кърмаческа и ранна детска възраст, неподходяща за психологическо изследване.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

А. Цел на изследването:

- Проучване на параметрите в преживяването на инфекциозно болния от три групи заболявания - капкови, остри вирусни хепатити (ОВХ) и трансмисивни, като предпоставка за обективен поглед върху трифокалния подход към болните от посочените групи заболявания.

Б. Задачи

За постигането на посочената цел си поставихме следните задачи:

- Установяване на демографските и клинични показатели на хоспитализираните пациенти с подобрите диагнози.
- Създаване и апробиране на въпросник за изследване на преживяването.
- Регистриране на параметрите на преживяването на изследваните инфекциозно болни посредством балансовия модел на Н. Песешкиан.
- Извеждане на психологични параметри, значими за терапията в аспекта на трифокалния подход.

МЕТОДИКА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

А.1. Предмет на изследване е психологичният баланс на хоспитализираните пациенти с капкови, трансмисивни и остри вирусни хепатити (ОВХ).

А.2. Обекта на изследване са общо 180 пациента с капкови, трансмисивни и остри вирусни хепатити, които са преминали през Клиниката по инфекциозни болести към МБАЛ „Св. Марина” за периода 2013-2014 година.

Пациентите са разпределени в три групи:

А/ Пациенти с капкови инфекции – 65

Б/ Пациенти с трансмисивни инфекции – 50

В/ Пациенти с остри вирусни хепатити – 65

Критерии за включване:

- Поставена клинично-лабораторна диагноза;
- Възраст 19 – 60 г.

Критерии за изключване:

- Пациенти с други инфекциозни заболявания;
- Амбулаторни пациенти;
- Пациенти извън възрастовата група.

А.3.Методика на проучването

Пациентите са изследвани с помощта на 2 психологични методики: въпросник за оценка на психологичния баланс (разработка на автора) и скала за оценка на жизнено-значимите събития ЖЗС (Т.Holmes и R.Rahe,1967).

А.3.1. Въпросникът за оценка на психологичния баланс включва общо 25 въпроса, 7 от които са насочени към оценка на психологичния баланс на инфекциозно болния в ситуация на изолация. Въпросникът е самостоятелно разработен в хода на контакта с пациентите за целите на изследването.

Надеждността на въпросника беше измерена с коефициента за надеждност на Cronbach – Cronbach's α . Коефициентът за надеждност на авторския въпросник е 0,440, което показва, че имаме основание да се доверим на резултатите, които сме получили.

А.3.2. Скала за оценка на жизнено-значимите събития

За целта на изследването беше използвана скалата ЖЗС, адаптиран вариант от автора. Изследваните лица попълват ЖЗС в рамките на преминалата година и дават

лична прогноза за ЖЗС през предстоящите 12 месеца. В допълнение те отразяват интензивността на преживяване на съответното ЖЗС (3 – силно, 2 – умерено и 1 – слабо), както и дали то е актуално в момента на провеждане на изследването.

Общият коефициент за надеждност на скалата за оценка на ЖЗС е 0,295.

Алфата на Cronbach за ЖЗС в трите подскали е:

- В подскала „Семейство“ – 0,553;
- В подскала „Личен живот“ – 0,106;
- В подскала „Работа“ – 0,346.

При инфекциозно болните пациенти се открояват ЖЗС, които имат ясно изразен принос към формирането на крайната оценка.

- Подскала „Семейство“:
 - Най – голям принос имат ЖЗС: 7, 26, 14, 1,9
 - Най – малък принос има ЖЗС 16
- Подскала „Личен живот“:
 - Най – голям принос имат ЖЗС: 4, 22, 15, 29, 25, 19
 - Най – малък принос има ЖЗС 27
- Подскала „Работа“:
 - Най – голям принос имат ЖЗС: 13, 23, 24, 10
 - Най – малък принос има ЖЗС 17

Капкови инфекции:

- Подскала „Семейство“:
 - Най – голям принос имат ЖЗС: 26, 7
 - Най – малък принос има ЖЗС 16
- Подскала „Личен живот“:
 - Най – голям принос имат ЖЗС: 4,3, 22, 19, 29
 - Най – малък принос има ЖЗС 27
- Подскала „Работа“:
 - Най – голям принос имат ЖЗС: 13, 10, 23, 24
 - Най – малък принос има ЖЗС 17

Трансмисивни инфекции:

- Подскала „Семейство“:
 - Най – голям принос имат ЖЗС: 9, 7, 26, 14, 1

- Най – малък принос има ЖЗС 16
- Подскала „Личен живот“:
 - Най – голям принос има ЖЗС: 12
 - Най – малък принос има ЖЗС 8
- Подскала „Работа“:
 - Най – голям принос имат ЖЗС: 24, 13, 23
 - Най – малък принос имат ЖЗС: 6, 17

Остри вирусни хепатити:

- Подскала „Семейство“:
 - Най – голям принос имат ЖЗС: 7, 14, 1
 - Най – малък принос имат ЖЗС: 5, 18
- Подскала „Личен живот“:
 - Най – голям принос имат ЖЗС: 20, 15
- Подскала „Работа“:
 - Най – голям принос имат ЖЗС: 23, 13
 - Най – малък принос има ЖЗС 17

А.4. Провеждане и организация на проучването

- Период на проучването 2013 – 2014 г.;
- Проучването се реализира в Клиниката по инфекциозни болести към МБАЛ „Св. Марина” - Варна.
- След обработка на резултатите и определяне на акцентите е проведено същинското изследване чрез обработката на данните с пакет за математическо-статистическа обработка SPSS v.20 for Windows в периода август – септември 2014 г.

А.5. Методи, приложени за реализирането на целта и задачите на изследването.

Използвани са следните статистически методи, позволяващи преценка на психологическия баланс на инфекциозно болните пациенти:

- Дисперсионен анализ (ANOVA) за проверка на хипотези за равенство между повече от две средни;
- Вариационен анализ за представяне на статистическото разсейване между случаите в изследваната съвкупност по разновидности на даден признак;

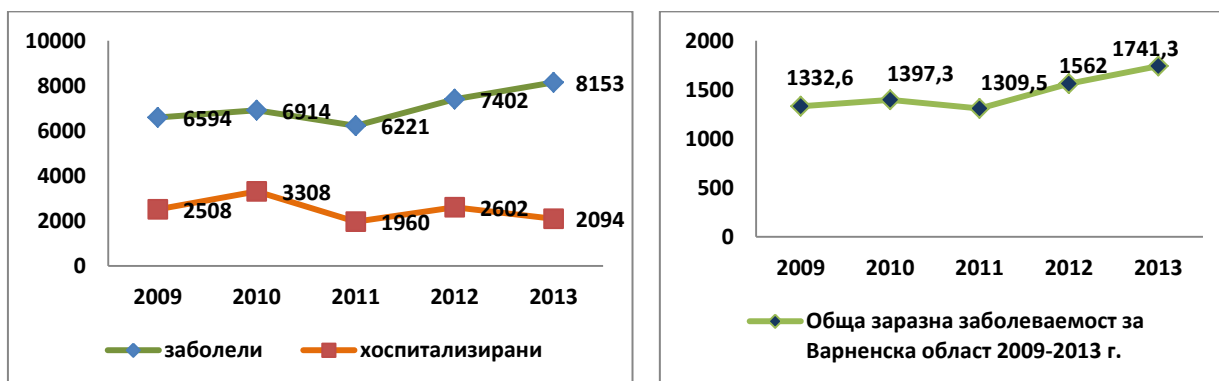
- Корелационен анализ за изучаване на коефициенти (корелации) между променливи;
- Сравнителен анализ (оценка на хипотези) – статистическо сравнение на резултатите, за да се представи разликата между изследваните групи от признаци;
- Cronbach's Alpha – коефициент за вътрешна консистентност на скалите. Оценка на надеждността на използваните въпросници.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1. Заболеваемост на пациентите с инфекциозни болести за периода 2009 – 2013 г. според установени демографски и клинични показатели

1.1. Обща заболеваемост

Данните от фиг. 1. показват, че през последните три години от 2011г. до момента има нарастваща тенденция на броя на заболелите от остри заразни болести (ОЗБ). При хоспитализираните болни имаме редуване на пикове и спадове на броя на хоспитализациите. Между двете групи пациенти наблюдаваме съществена разлика ($p < 0,05$), която показва, че не всички регистрирани заболели от заразни заболявания се хоспитализират. Дори може да се каже, че през последната година въпреки големия брой на заболели наблюдаваме приблизително 4 пъти по-малък брой на хоспитализираните.



Фиг. 1. ОЗБ регистрирани във Варненска област

От изследваните групи наблюдаваме съществена разлика между броя на заболелите от капкови, трансмисивни и остри вирусни хепатити. Най-голяма е

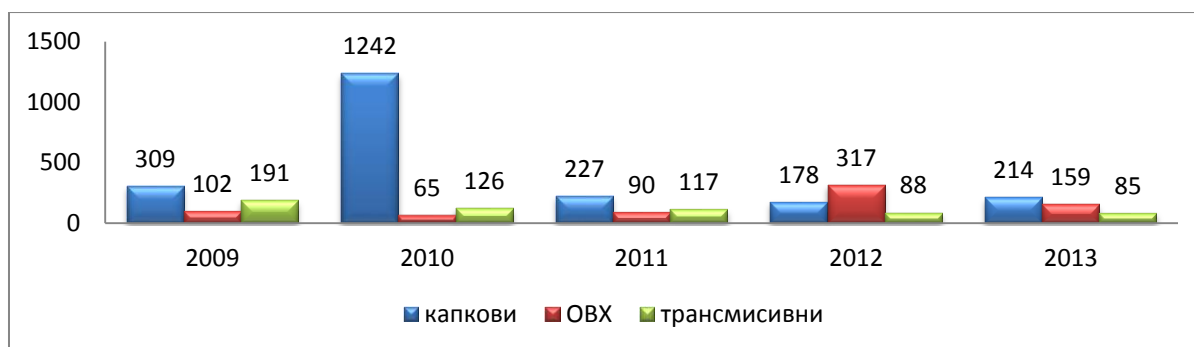
заболеваемостта от капкови инфекции, а трансмисивните инфекции и острите вирусни хепатити показват променлива честота през различните години ($p < 0,05$); (фиг. 2). Въпреки това трансмисивните инфекции се характеризират с намаляваща тенденция.



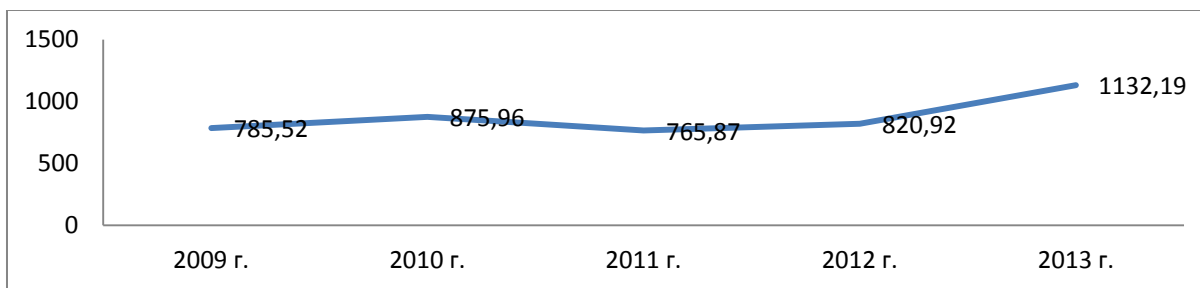
Фиг. 2. Заболели от капкови, трансмисивни и остри вирусни хепатити за периода 2009 – 2013 г. във Варненска област

Прави впечатление, че през последната година има значително нарастване на броя на заболелите от капкови инфекции в сравнение с предходните години, а острите вирусни хепатити показват пореден цикъл на спад след 2010 г. Трансмисивните инфекции от друга страна бележат приблизително 2,1 пъти по-нисък брой на заболели от началото на периода (2009 г.).

Броят на хоспитализираните пациенти от своя страна показва колебание в резултатите. Най-голям е броят на хоспитализираните пациенти от капкови инфекции през 2010г. - 1 242, докато при острите вирусни хепатити и трансмисивните инфекции може да се каже, че има еднозначност на заболели и хоспитализирани пациенти. (фиг. 3)

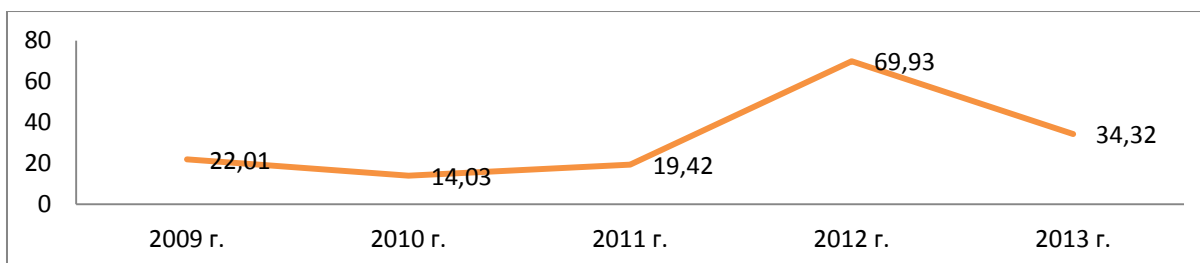


Фиг. 3. Хоспитализирани с капкови, трансмисивни и остри вирусни хепатити за периода 2009 – 2013 г. във Варненска област



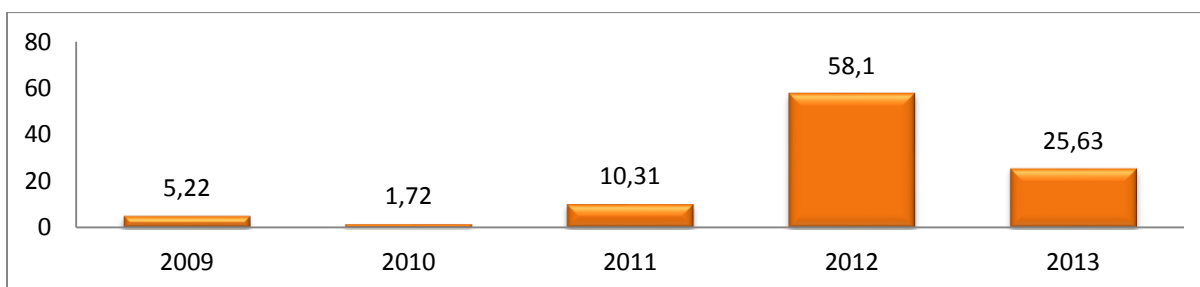
Фиг. 4. Заболеваемост от капкови инфекции във Варненска област за периода 2009 – 2013 г.

Забележителността от капкови инфекции бележи тенденция към нарастване през последните две години, което се дължи основно на повишената заболеваемост от грип. (фиг. 4)



Фиг. 5. Заболеваемост от ОВХ във Варненска област за периода 2009 – 2013 г.

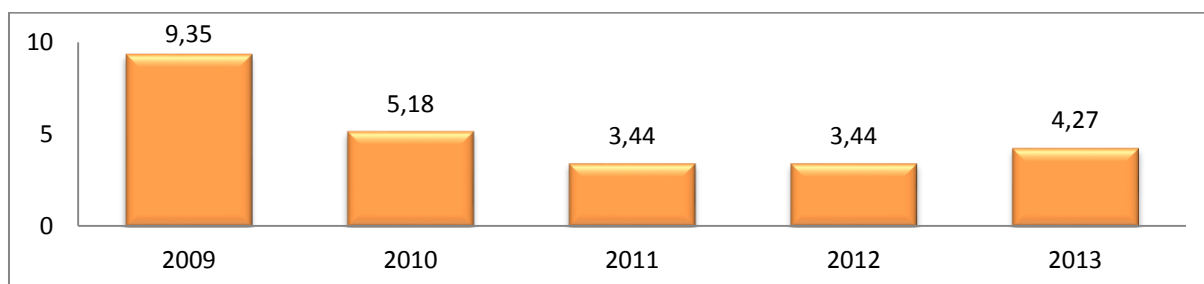
Резултатите от фиг. 5 показват, че през последната година заболеваемостта от ОВХ значително е намаляла в сравнение с предходната 2012 г.



Фиг. 6. Заболеваемост от хепатит А във Варненска област за периода 2009 – 2013 г.

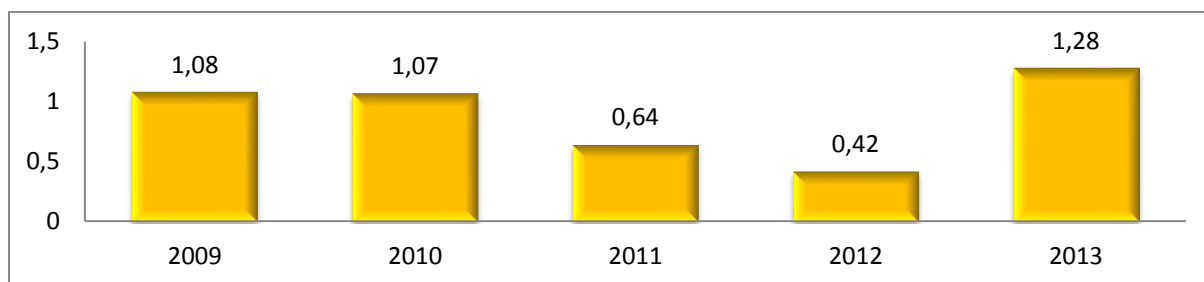
След нарастването на заболеваемостта от хепатит А през 2012 г. през 2013 г. наблюдаваме значително снижаване, като прави впечатление, че въпреки снижаването

има нараснала заболяемост през последните две години в сравнение с периода 2009 – 2010 г. (фиг. 6)



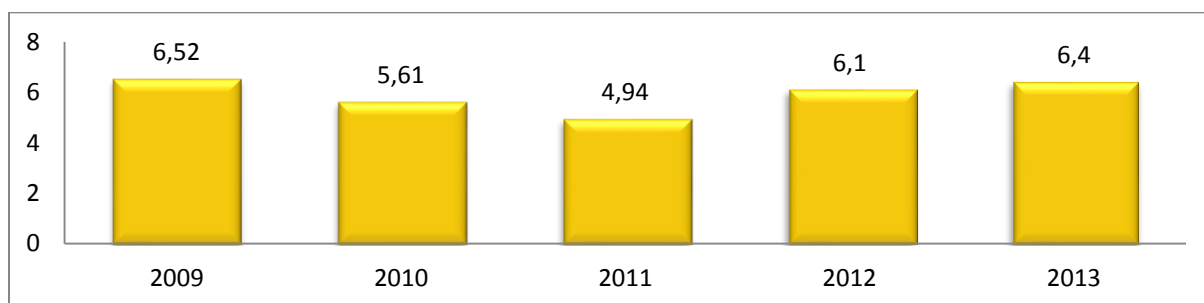
Фиг. 7. Заболеваемост от остър хепатит В във Варненска област за периода 2009 – 2013 г.

При пациентите с хепатит В се наблюдава снижаване на заболяемостта през последните години в сравнение с първите две години от изследвания период. Също така през 2011 и 2012 г. имаме период на задържане, след което през 2013 г. се наблюдава леко завишаване на заболяемостта от хепатит В. (фиг. 7)



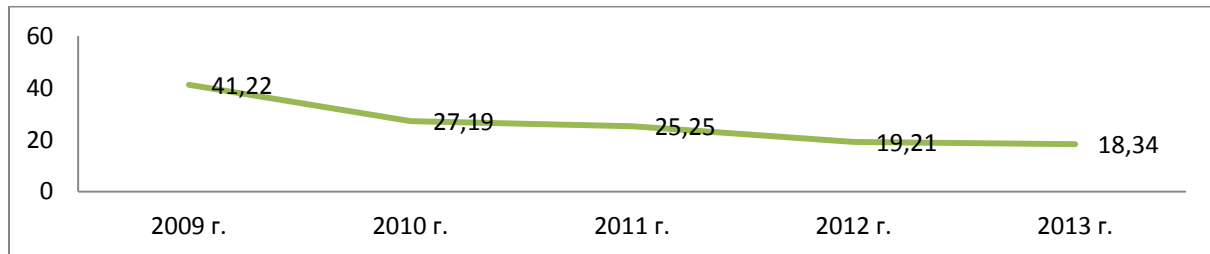
Фиг. 8. Заболеваемост от хепатит С във Варненска област за периода 2009 – 2013 г.

Пациентите с хепатит С регистрират най-ниска заболяемост от групата на ОВХ, като има леко завишаване през 2013 г. (фиг. 8)



Фиг. 9. Заболеваемост от неуточнен хепатит във Варненска област за периода 2009 – 2013 г.

Пациентите с неуточнен хепатит са вторите по честота на заболяемост сред болелите с ОВХ. Резултатите показват една относително постоянна тенденция на заболяемостта. (фиг. 9)



Фиг. 10. Заболеваемост от трансмисивни инфекции във Варненска област за периода 2009 – 2013 г.

Заболеваемостта от трансмисивни инфекции през изследвания период бележи постоянно намаляваща тенденция (фиг. 10).

1.2. Характеристика на хоспитализираните пациенти

През Клиниката по инфекциозни болести към МБАЛ „Св. Марина” за периода 2009 – 2013 г. са преминали общо 619 пациента с капкови инфекции, 442 пациента с ОВХ и 300 пациента с трансмисивни инфекции.

Социо-демографската характеристика на изследваните групи пациенти е представена на табл. 1, 2 и 3.

Наблюдаваме съществена разлика във възрастовите групи при отделните видове капкови инфекции ($p < 0,05$), като при всички преобладават пациентите във възрастовата група до 29 г., изключение прави само херпес зостер, където преобладават пациентите от възрастовата група над 45 г. (76,20 %). Също така можем, да кажем, че херпес зостер в нашата извадка няма представителство на пациенти до 29 г., а епидемичен паротит не се среща при пациенти над 45 г. (табл. 1)

От гледна точка на половия признак, можем да кажем, че епидемичен паротит е по-често срещан при мъжете (80,00 %), докато херпес зостер- при жените (61,90 %). При останалите видове капкови инфекции имаме приблизително еднакво разпределение на мъжете и жените.

По местоживееене и образование от табл. 1 се вижда, че преобладават основно пациенти от градовете и със средно образование.

Разпределението на пациентите с капкови инфекции показва някои различия по отношение на семейното положение, като може да се каже, че някои видове заболявания са по-изразени при семейните пациенти (херпес зостер, грип), докато други при несемейните (варицела, морбили, инфекциозна мононуклеоза, епидемичен паротит) ($p < 0,05$).

Табл. 1. Социо-демографска характеристика на пациенти с капкови инфекции (в %)

	КАПКОВИ ИНФЕКЦИИ						
	Варицела	Морбили	Херпес зостер	Грип	Инф.моно-нуклеоза	Епид. паротит	Мозъчен оток
	ВЪЗРАСТ						
19-29	56,90	66,80		36	67,80	80	52,40
30-44	39,50	26,20	23,80	32	28,60	20	27,80
45-60	3,60	7	76,20	32	3,60		19,80
	ПОЛ						
МЪЖ	55,80	48,30	38,10	41,30	48,20	80	42,60
ЖЕНА	44,20	51,70	61,90	58,70	51,80	20	57,40
	МЕСТОЖИВЕЕНЕ						
ГРАД	87,20	73,80	80,90	91,10	94,60	96	85,20
СЕЛЮ	12,80	26,20	19,10	8,90	5,40	4	14,80
	ОБРАЗОВАНИЕ						
ОСНОВНО	10,50	36,50	23,80	12,80	12,50	28	22,90
СРЕДНО	47,70	40,70	66,60	56,80	60,70	60	57,30
ВИСШЕ	41,80	22,80	9,60	30,40	26,80	12	19,80
	СЕМЕЙНО ПОЛОЖЕНИЕ						
ЖЕНЕН	44	33,80	52,40	47,50	23,20	28	42,60
НЕЖЕНЕН	50	55,80	23,80	43,10	73,20	72	44,30
РАЗВЕДЕН	6	10,40	14,30	6,20			9,80
ВДОВЕЦ			9,50	3,20	3,60		3,30

На табл. 2 са представени социо-демографските данни на пациентите с ОВХ.

Резултатите относно възрастовото разпределение на пациентите с ОВХ показват, че хепатити В, С, D и други уточнени хепатити са по – често срещани при пациенти във възрастовата група до 29 г., пациентите с хепатит А са преобладаващи във възрастовата група 30 – 44 г. (40,50 %), а при пациентите с неуточнен хепатит преобладават тези във възрастовата група над 45 г. (43,60 %).

При всички видове остри вирусни хепатити преобладават пациентите от градовете и от мъжки пол.

Табл. 2. Социо – демографска характеристика на пациенти с ОВХ (в %)

	ОВХ					
	А	В	С	Д	НЕУТ.	Др. уточн.
ВЪЗРАСТ						
19-29	26,40	59,50	66,60	100	21,80	68,80
30-44	40,50	21,40	11,10		34,60	18,80
45-60	33,10	19,10	22,30		43,60	12,40
ПОЛ						
МЪЖ	54,20	59,50	94,40	100	65,40	68,80
ЖЕНА	45,80	40,50	5,60		34,60	31,20
МЕСТОЖИВЕЕНЕ						
ГРАД	90,30	77,40	100	100	84,60	84,80
СЕЛО	9,70	22,60			15,40	15,20
ОБРАЗОВАНИЕ						
ОСНОВНО	12,30	23,50	38,90	33,30	23,10	
СРЕДНО	49,60	55,30	55,50	66,70	52,60	68,80
ВИСШЕ	38,10	21,20	5,60		24,30	31,20
СЕМЕЙНО ПОЛОЖЕНИЕ						
ЖЕНЕН	49,70	22,60	22,20		61	25
НЕЖЕНЕН	41,40	63,10	66,60		28,60	59,40
РАЗВЕДЕН	6,60	13,10	11,20	100	7,80	12,50
ВДОВЕЦ	2,30	1,20			2,60	3,10

Разлика в образователната степен не беше намерена поради преобладаващият процент на пациентите със средно образование, но може да се каже, че при пациентите с висше образование се среща по-често хепатит А, неуточнените и други уточнени хепатити, докато хепатит В, С и Д се среща по-скоро при пациенти с основно образование.

От гледна точка на семейното положение разпределението на пациентите е свързано с начина на живот и начина на разпространение на хепатита. От тази гледна точка пациентите с хепатит А и неуточнен хепатит са по-скоро семейни, докато пациентите с хепатити В, С и други уточнени са предимно несемейни.

На табл. 3 е представена социо-демографската характеристика на пациентите с трансмисивни инфекции.

От гледна точка на възрастовия признак беше намерена съществена разлика при видовете трансмисивни инфекции, като при пациентите над 45 г. се срещат предимно марсилска треска и лаймска болест, докато при пациентите във възрастовата група 30-44 г. е представена маларията и Q-треска.

По отношение на половия признак наблюдаваме съществена разлика ($p < 0,05$) в честотата на отделните видове трансмисивни инфекции. Марсилската треска и

маларията се срещат по-често при мъжете, докато лаймската болест е по-често срещана при жените, а Q-треската е представена поравно между двата пола.

Табл. 3. Социо-демографска характеристика на пациенти с трансмисивни инфекции (в %)

	ТРАНСМИСИВНИ ИНФЕКЦИИ			
	Марс. Треска	Лаймска болест	Малария	Q-треска
ВЪЗРАСТ				
19-29	6,40	12,50		
30-44	17,60	25,60	100	75
45-60	76	61,90		25
ПОЛ				
МЪЖ	54,40	39,30	100	50
ЖЕНА	45,6	60,70		50
МЕСТОЖИВЕЕНЕ				
ГРАД	80,80	80,40	100	75
СЕЛО	19,20	19,60		25
ОБРАЗОВАНИЕ				
ОСНОВНО	25,60	14,80		
СРЕДНО	48,80	49,40	33,30	75
ВИСШЕ	25,60	35,80	66,70	25
СЕМЕЙНО ПОЛОЖЕНИЕ				
ЖЕНЕН	64	58,40	66,70	75
НЕЖЕНЕН	16	22,40	33,30	25
РАЗВЕДЕН	8,80	9,60		
ВДОВЕЦ	11,20	9,60		

Значителната част от пациентите са основно от градовете, като в нашата извадка нямаме пациенти от селата с малария.

Преобладаващата част от пациентите с трансмисивни инфекции са семейни, като пациентите с марсилска треска, Q-треска и лаймска болест са предимно със средно образование, а тези с малария имат предимно висше образование.

В най-нисък процент токсинфекциозният синдром се проявява при пациентите с херпес зостер (76,20 %), при всички останали пациенти се наблюдава над 90 % прояви на тази група симптоми. (табл. 4)

Диарийният синдром се проявява основно при пациентите с морбили (73,10 %), като се среща и при пациенти с грип, епидемичен паротит и мозъчен оток.

Респираторният синдром се проявява в най-висока степен при пациентите с грип (67,50 %), като се наблюдават прояви и при пациентите с мозъчен оток, морбили и варицела.

Хепато/спленомегалията е характерен синдром за инфекциозната мононуклеоза (66,10 %).

Световъртеж, главоболие, светобоязън са прояви основно при мозъчен оток (95,10 %), следван от херпес зостер (76,20 %) и грип (66,60 %).

Екзантемен синдром се наблюдава при пациенти с херпес зостер, морбили и варицела, което е основна проява на заболяването.

Табл. 4. Клинични показатели на пациентите с капкови инфекции (в %)

	КАПКОВИ ИНФЕКЦИИ						
	Варицела	Морбили	Херпес зостер	Грип	Инф.моно-нуклеоза	Епид. паротит	Мозъчен оток
Токсинфекциозен /фебрилитет, втрисане, ставно-мускулни болки/	100	100	76,20	100	98,20	92	95,10
Диариеен		73,10		16,80		32	13,10
Респираторен	1,20	22,70		67,50			31,10
Хепато/спленомегалия	2,40	1,40		0,40	66,10		
Световъртеж, главоболие, светобоязън		60	76,20	66,60	39,30		95,10
Екзантем	93	98,60	100	2,20	30,40		3,20
Лимфаденопатия	4,70	10,30		14,20	87,50		31,10
Ангинозен	4,70	10,30		23,50	87,50		34,40
ХБ	3,50	8,30	57,10	12,40			13,10
ИБС		1,40		3,50			4,90
МСБ				5,70			8,20
Пневмония/ ХОББ	2,30			0,40			4,90
ЗД	5,80	5,50	38,10	7,10	3,60	8	
ХХ	2,30	3,40	9,50	3,50	5,40	4	8,20
Нефролитиаза	3,50	3,40	4,70	4		8	1,60

Лимфаденопатията е най-често срещана при пациентите с инфекциозна мононуклеоза (87,50%). При същите пациенти е най – изразен и ангинозният синдром (87,50 %).

Хипертоничната болест е най-често срещаното придружаващо заболяване при пациентите с херпес зостер (57,10 %). При същите пациенти с висока честота се характеризира и захарният диабет (38,10 %).

По-рядко срещани като придружаващи заболявания при пациентите с капкови инфекции са ИБС, МСБ, хроничен хепатит, нефролитиаза и пневмония/ респ. ХОББ.

Данните на табл. 5 представят клиничните показатели на пациентите с ОВХ.

Токсиинфекциозният синдром е характерен в най-висока степен за пациентите с други уточнени хепатити (87,50 %), следвани от пациентите с хепатит А (51,10 %).

Хепато/спленомегалията, диспептичният, астено-динамичният и иктерен синдроми са характерни за всички пациенти с ОВХ, а лимфаденопатията и ангинозният синдром са изявиени основно при пациенти с други уточнени хепатити (съответно 53,10 % и 56,30 %).

Табл. 5. Клинични показатели на пациентите с ОВХ (в %)

	ОВХ					
	А	В	С	Д	НЕУТ.	Др. уточ.
Токсиинфекциозен /фебрилитет, втрисане, ставно- мускулни болки/	51,10	33,30	22,20		33,30	87,50
Хепато/ спленомегалия	89,40	89,30	100	100	87,20	93,70
Лимфаденопатия					1,30	53,10
Ангинозен					1,30	56,30
Диспептичен	81,50	86,90	100	66,60	93,60	68,80
Астено динамичен	81,90	88,10	100	66,60	94,80	84,40
Артралгичен	2,20	60,70	44,40	33,30	20,50	6,30
Иктерен	88,90	100	83,30	100	87,20	59,40
ХБ	8,40	15,50	16,60		8,90	3,10
ИБС	1,70	1,20			2,50	
ЗД	6,20	11,90			5,20	3,10
ХХ	6,20	16,60		66,60	7,70	3,10
Нефролитиаза	1,70	3,60	11,10			
Холелитиаза	13,20	8,30	16,60		15,40	
Са	0,40					
Гастрит	0,80	9,50	5,50		2,50	

Артралгичният синдром е характерен като изява предимно при пациенти с хепатит В (60,70 %).

От придружаващите заболявания най-често срещан е хроничният хепатит, което е проява предимно при пациенти с хепатит D (66,60 %).

Данните на табл. 6 показват, че токсинфекциозният синдром е изявен при пациентите с марсилска треска и Q-треска, като при пациентите с лаймска болест се среща при единични случаи.

Хепато/спленомегалията и краниофарингеалният синдром са най-изявени при пациентите с марсилска треска.

Обривният синдром се среща при всички пациенти с изключение на пациентите с малария.

Табл. 6. Клинични показатели на пациентите с трансмисивни инфекции (в %)

	ТРАНСМИСИВНИ ИНФЕКЦИИ			
	Марс. треска	Лаймска болест	Малария	Q-треска
Токсинфекциозен /фебрилитет, ставно- мускулни болки/ втрисане,	100	10,70	66,60	100
Хепато/ спленомегалия	47,20	6,50		
Лимфаденопатия		35,70		25
Артралгичен	3,20	26,20		
Краниофарингеален	95,20		33,30	25
Обривен	87,20	79,20		100
ХБ	28	24,40		25
ИБС	7,20	10,70		
Пневмония/ ХОББ		1,20		
ЗД	12,80	11,30		
ХХ	7,20	5,40	33,30	
Холелитиаза	4,80	3,50		25
Пиелонефрит	2,40	5,90		25

От придружаващите заболявания най-изявени са хипертоничната болест /ХБ/ при пациентите с марсилска треска (28,00 %) и хроничният хепатит (33,30 %) при пациенти с малария.

Холелитиазата и пиелонефритът са характерни като придружаващи заболявания за пациентите с Q-треска.

1.3. Балансов модел на преживяване на хоспитализирания инфекциозно болен

1.3.1. Влияние на социо-демографските характеристики

На табл. 7 са представени данните от социо-демографската характеристика на пациентите преминали през Инфекциозна клиника и попълнили въпросник за оценка на психологичния баланс.

Табл. 7. Социо – демографска характеристика

Показател	Разпределение
Пол	Мъже 80/ 44,40 %
	Жени 100/ 55,60 %
Възраст	Ср. възраст (\pm SD) 38,9 г. \pm 12,4 г. (19 – 60)
	19 – 29 г. 52/ 28,90 %
	30 – 44 г. 59/ 32,80 %
	45 – 60 г. 69/ 38,30 %
Местоживеене	Град 164/ 91,10 %
	Село 16/ 8,90 %
Образование	Основно 15/ 8,30 %
	Средно /средно специално 117/ 65,00 %
	Висше 48/ 26,70 %
Семейно съжителство	Несемеен/а 55/ 30,60 %
	Семеен/а 111/ 61,70 %
	Вдовец/а 8/ 4,40 %
	Разведен/а 6/ 3,30 %

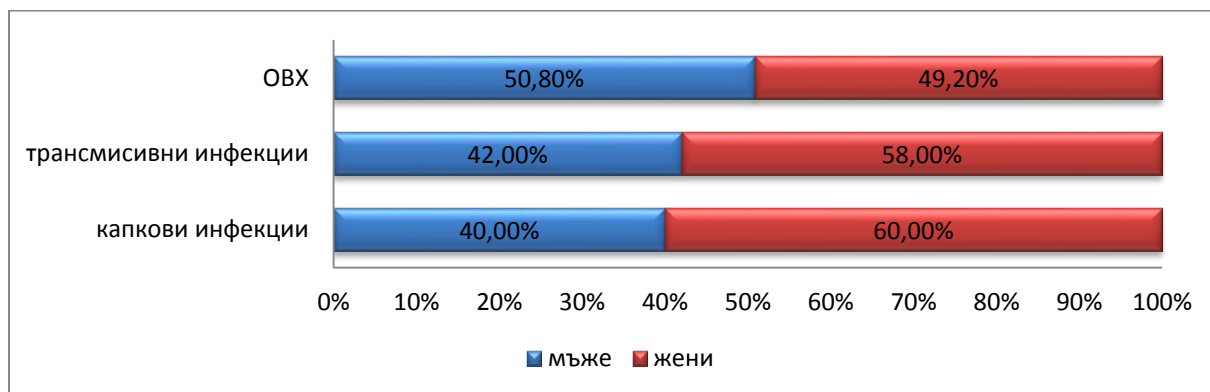
Резултатите от табл. 7 показват, че според половия признак преобладават жените (55,60 %), като средната възраст е 38,9 г. и преобладават пациентите от градовете (91,10 %). Според възрастовите групи имаме приблизително равномерно разпределение на пациентите с лека тенденция към нарастване на броя на пациентите в по-горните възрастови групи.

Според образователната степен можем да кажем, че преобладават пациентите със средно и средно-специално образование (65,00 %). Най-малък дял имат пациентите с основно образование (8,30 %).

Значителната част от анкетираните пациенти са семейни или живеят на семейни начала (61,70 %). Вдовците и разведените формират една незначителна част от извадката (7,70 %).

Разпределението на пациентите според вида на инфекцията показва, еднакво представителство на пациентите с капкови инфекции и ОВХ (по 36,10 %), а пациентите с трансмисивни инфекции са 27,80 %.

Не намерихме съществена разлика във вида на инфекцията и разпределението по пол, но можем да кажем, че капковите и трансмисивните инфекции преобладават при жените, докато ОВХ са приблизително еднакво представени за двата пола (фиг. 11).



Фиг. 11. Разпределение по пол и вид инфекция

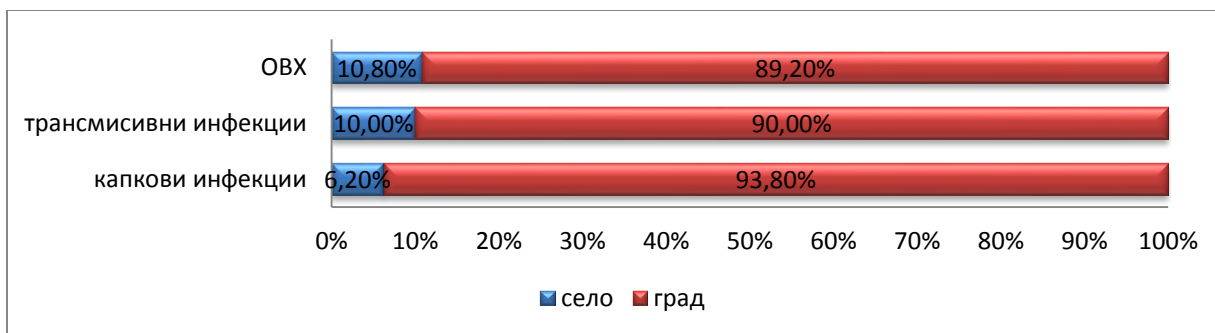
По отношение на възрастовия показател намерихме съществена разлика в средната възраст на пациентите с трите групи заболявания ($p < 0,001$); (фиг. 12).



Фиг. 12. Средна възраст на пациентите при трите вида инфекции

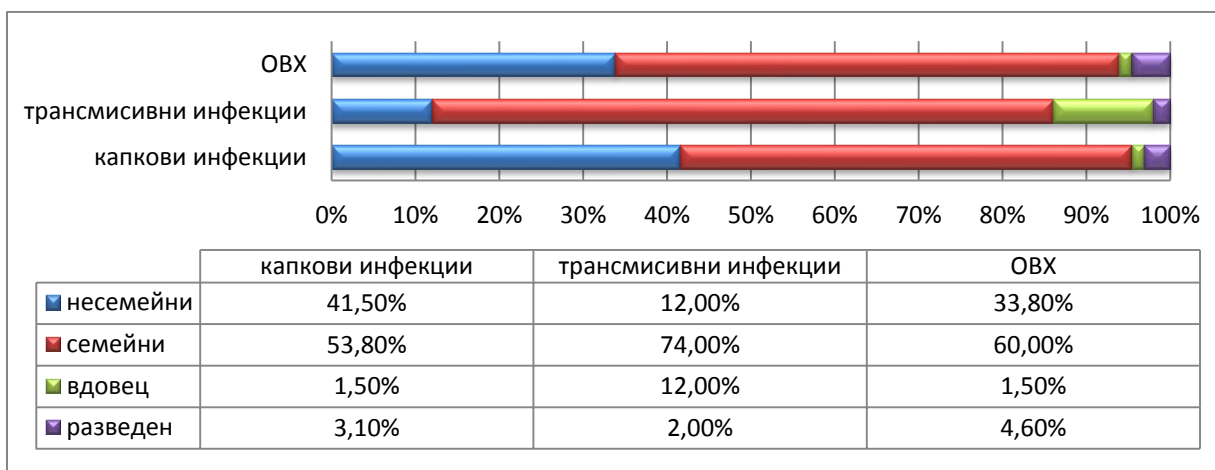
Резултатите от фиг. 12 показват, че трансмисивните инфекции са по-характерни предимно за пациенти във възрастовата група над 45 г., докато капковите инфекции и ОВХ са характерни основно за 30 годишните.

Въпреки, че няма съществена разлика по местоживеене и вида на инфекцията, можем да кажем, че ОВХ се повишават като процент в селата, за сметка на намаляване на процента в градовете, докато капковите инфекции са в най-висок процент в градовете (фиг. 13).



Фиг. 13. Разпределение по местоживеене и вид на инфекцията

Образованието на пациентите не показва съществена разлика по отношение на разпределението според вида на инфекцията, като и при трите вида инфекции преобладават пациентите със средно образование.



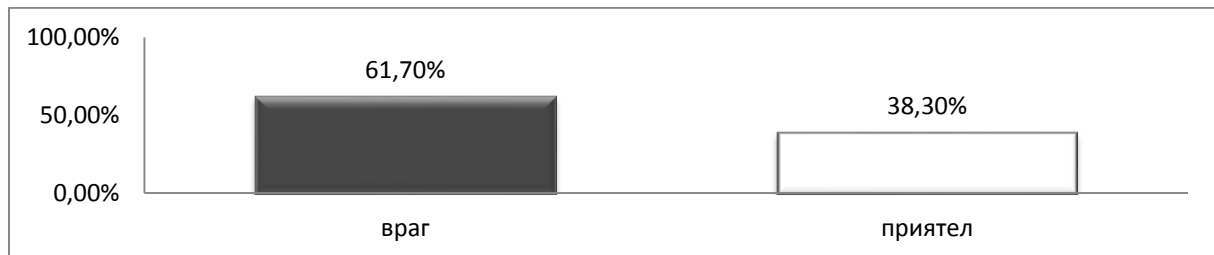
Фиг. 14. Разпределение според семейното положение и вид на инфекцията

Според семейното положение беше намерена съществена разлика при трите вида инфекции ($p < 0,01$). Семейните пациенти преобладават при всички видове инфекции, с тази разлика, че при капковите наблюдаваме значителен дял и на несемейните пациенти (41,50 %), а при пациентите с ОВХ несемейните формират около 1/3 от извадката (фиг. 14).

1.3.2. Балансов модел на преживяването на хоспитализирания инфекциозно болен за всички изследвани пациенти

Област Тяло

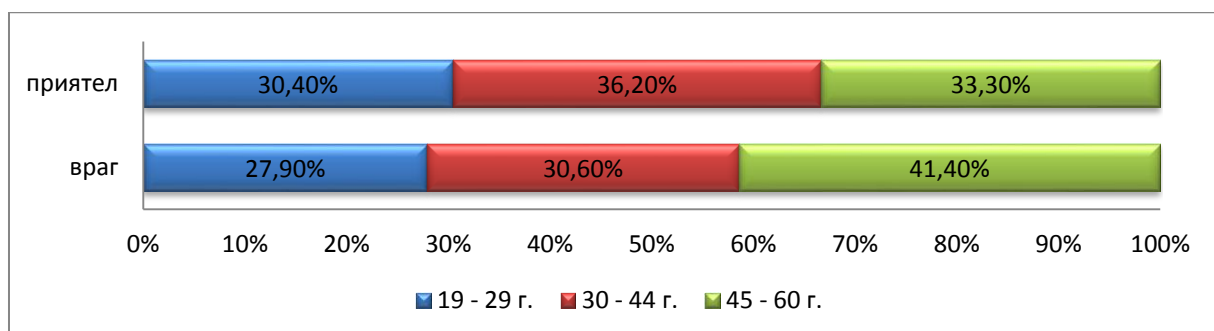
Значителната част от пациентите със съответната инфекциозна болест, възприемат тялото си като враг (61,70 %) (фиг. 15).



Фиг. 15. „Възприемам тялото си с тази болест като: ...”

Въпреки, че няма съществена разлика от гледна точка на пола от пациентите, които възприемат тялото си като враг по-голямата част са жени (56,80 %), докато при тези, които възприемат тялото си като приятел въпреки болестта вече се наблюдава процес на изравняване между мъжете и жените.

По отношение на възрастта на пациентите и възприятията за тялото по време на болестта също не беше намерена съществена разлика. Пациентите, които възприемат тялото си като враг в по-голямата си част са във възрастовата група 45 – 60 г. (41,40 %), докато пациентите които възприемат тялото си като приятел имат приблизително равномерно разпределение с лек превес на пациентите във възрастовата група 30 – 44 г. (36,20 %) (фиг. 16).



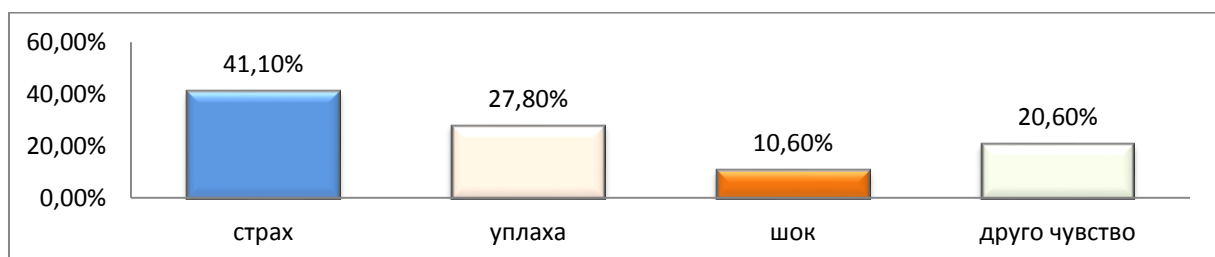
Фиг. 16. Възприемане на тялото според възрастовата група

Въпреки, че преобладаващата част от пациентите са от градовете, можем да кажем, че наблюдаваме разлика между възприятията за тялото по време на болестта при пациентите от градовете и селата. Пациентите от селата са по-склонни да възприемат тялото си като враг (11,70 %), отколкото като приятел (4,30 %).

Пациентите не показват разлика във възприятията си за тялото от гледна точка на образователната степен. И при двата вида възприятия преобладава процентът на пациентите със средно образование, следвани от висшистите и на последно място са пациентите с основно образование.

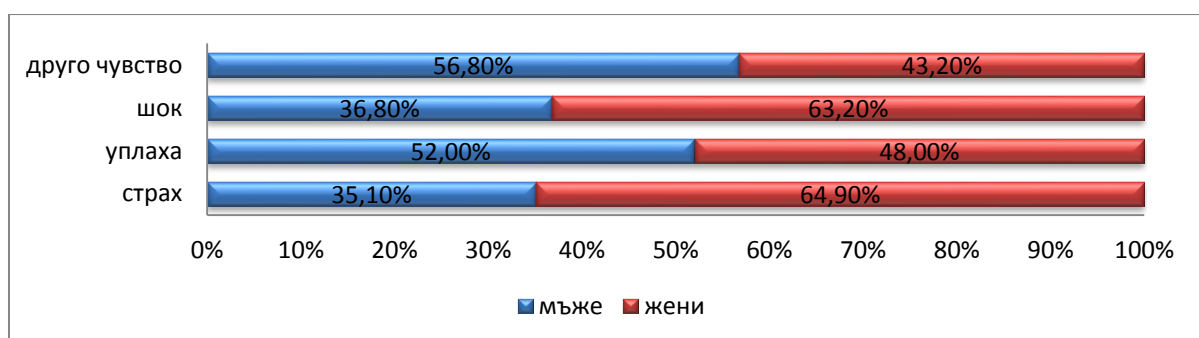
От гледна точка на семейното съжителство също не се наблюдават съществени разлики. Преобладава процентът на семейните пациенти и за двата вида възприятия, следван от процента на несемейните.

По-голямата част от пациентите реагират със страх при поставянето на диагнозата (41,10 %), като най-малка част се шокират (10,60 %) (фиг. 17).



Фиг. 17. „Поставянето на диагнозата предизвиква у мен ...”

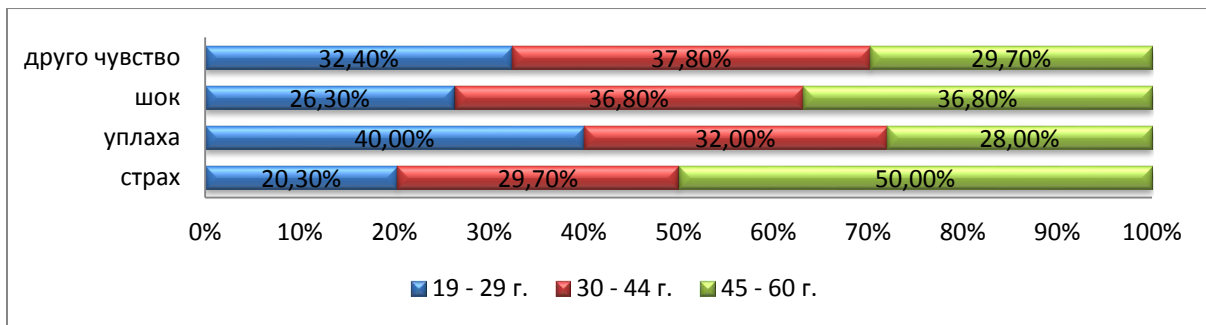
От гледна точка на пола намерихме съществена разлика ($p < 0,05$), която показва, че мъжете и жените реагират по различен начин когато чуят окончателната диагноза (фиг. 18). Мъжете реагират предимно с уплаха и други чувства, докато жените със страх и шок.



Фиг. 18. Реакция на мъжете и жените при поставянето на диагнозата

Възрастта на пациентите също показва съществена разлика по отношение на реакцията на пациентите при поставянето на диагнозата ($p < 0,05$). По-възрастните пациенти реагират предимно със страх (50,00 %), най-младите пациенти (19-29г.)

реагират с уплаха (40,00 %), а пациентите във възрастовата група 30-44 г. изпитват предимно други чувства (37,80 %). (фиг. 19)

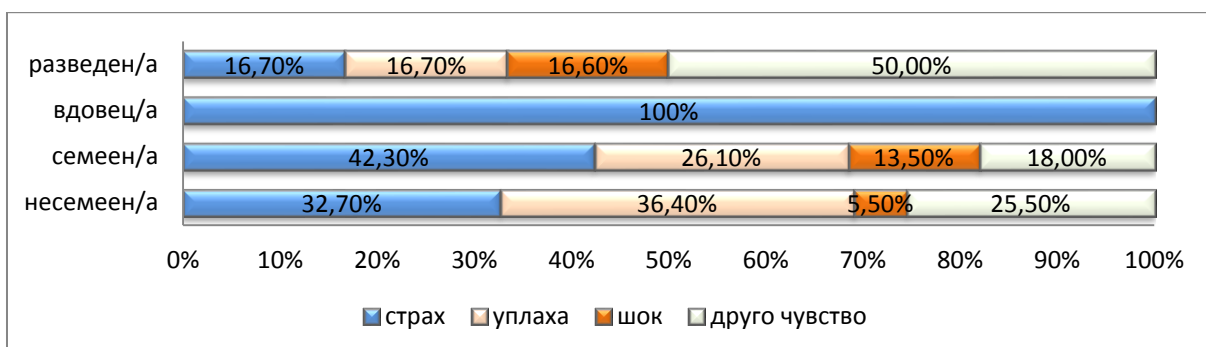


Фиг. 19. Реакция на пациентите от различните възрастови групи при поставянето на диагнозата

Местоживеенето на пациентите не показва съществена разлика по отношение на реакцията по време на поставяне на диагнозата. Това вероятно се дължи на преобладаващия брой пациенти от градовете. Видимо е обаче, че пациентите от селата изпитват в по-висок процент страх при поставянето на диагнозата (13,50 %).

Образователната степен на пациентите също не показва съществена разлика от гледна точка на реакциите при поставянето на диагнозата. Пациентите със средно образование в най-голям процент изпитват целия букет от чувства. Пациентите с висше образование реагират по-скоро шокиращо, докато пациентите с основно образование изпитват предимно страх.

Семейното съжителство на пациентите оказва влияние върху тяхната реакция при поставянето на диагнозата ($p < 0,01$). Несемейните пациенти реагират предимно с уплаха (36,40 %), семейните пациенти и вдовците със страх (съответно 42,30 % и 100 %), а разведените проявяват други чувства (50,00 %) (фиг. 20).



Фиг. 20. Реакция на пациентите според семейното съжителство при поставянето на диагнозата

ОБЛАСТ ДЕЙНОСТ

Не беше намерена съществена разлика по пол по отношение на мнението на пациентите относно резултата от болничното лечение. Мъжете и жените в над 96 % са на мнение, че ще бъдат напълно работоспособни след приключване на лечението.

Подобен е и резултатът от гледна точка на възрастта на пациентите. Независимо от възрастовата група отново наблюдаваме единодушие по отношение на пълното възстановяване на работоспособността след провеждането на болничното лечение (над 95 % и за трите възрастови групи).

Местоживеенето, образованието и семейното съжителство също не оказват влияние върху мнението на пациентите относно пълното възстановяване на работоспособността им след приключване на лечението.

От гледна точка на смяната на местоработата поради заболяването също не беше намерена съществена разлика по отношение на социо – демографските характеристики. Над 60 % от пациентите са на мнение, че не биха предприели стъпки за смяна на местоработата, като повечето от останалите пациенти са посочили, че не са мислили по въпроса.

Абсолютно всички пациенти са на мнение, че няма да загубят работата си поради болничния си престой. Няма разлика при нито една социо-демографска характеристика.

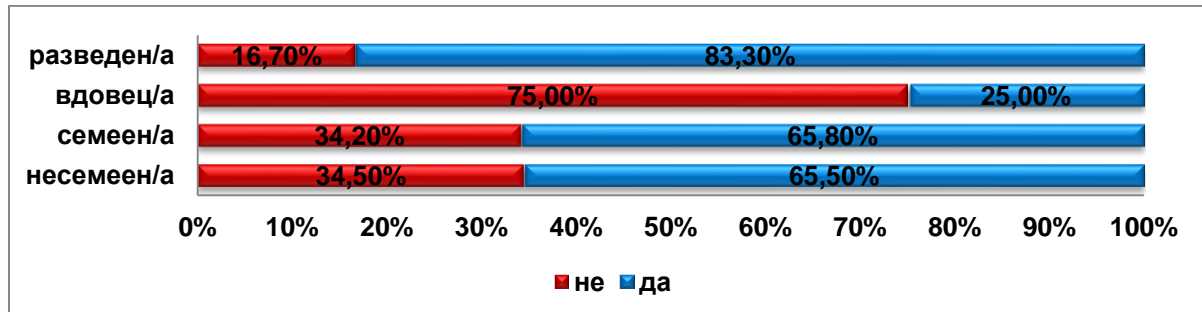
Разлика не беше намерена и от гледна точка на възможността за почивка по време на болничния престой. Мнозинството от пациентите са на мнение, че не възприемат престоя си в лечебното заведение като възможност да си отдъхнат малко от служебните и семейни ангажименти.

Като цяло в област Дейност можем да кажем, че няма съществена разлика в мнението на пациентите според социо-демографската им характеристика.

ОБЛАСТ КОНТАКТИ

Разлика по отношение на ограничаването на желаните контакти наблюдаваме само от гледна точка на семейното положение. Единствено вдовците са посочили, че не се чувстват ограничени от страна на осъществяването на контактите (75,00 %). Всички останали пациенти в различна степен са посочили, че се чувстват ограничени по отношение на осъществяването на контактите. (фиг. 21)

Независимо от социо-демографската характеристика повече от половината пациенти са посочили, че ограничаването на желаните контакти поражда ядосване към болестта (над 55 %), следвано от чувството на вина.

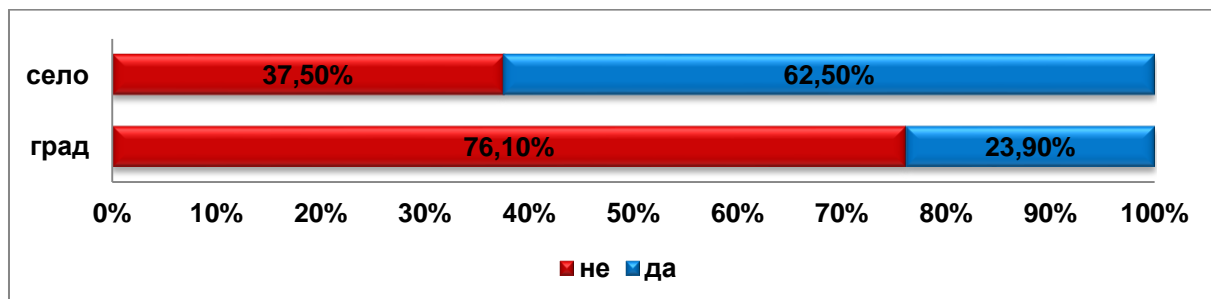


Фиг. 21. Чувство за ограничаване на желаните контакти от гледна точка на семейното положение

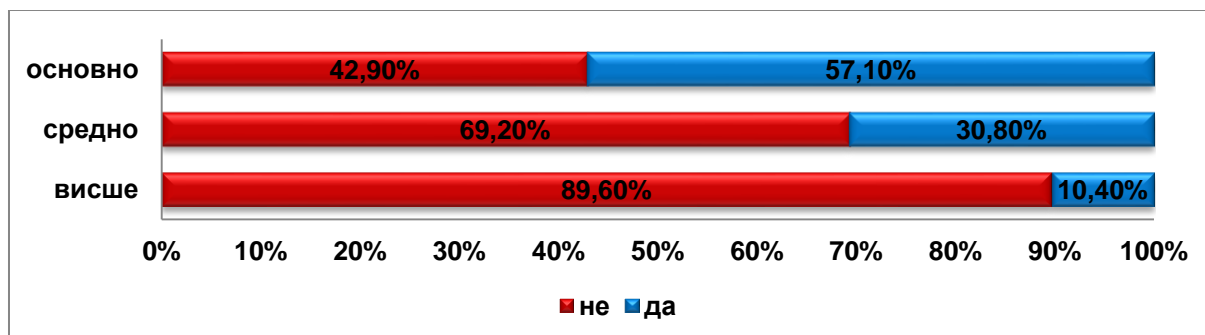
Полът, възрастта и семейното положение не оказват съществено влияние върху страховете на пациентите, че могат да бъдат отбягвани поради заболяването си. Над 70 % от тях са посочили, че не изпитват подобни страхове.

Не така стои въпросът по отношение на местоживеенето и образованието, където беше намерена съществена разлика по отношение на страховете на пациентите за възможността да бъдат отбягвани заради заболяването им ($p < 0,01$).

Резултатите на фиг. 22 показват, че пациентите от селата в по-голяма степен се страхуват (62,50 %), че могат да бъдат избягвани от хората поради тяхното заболяване в сравнение с пациентите от градовете (23,90 %). Беше намерена и слаба зависимост между местоживеенето и страха от отбягване ($r = 0,25$ $p < 0,01$).



Фиг. 22. Разпределение по местоживеене на пациентите, които мислят че хората се страхуват от тяхната болест и ги отбягват

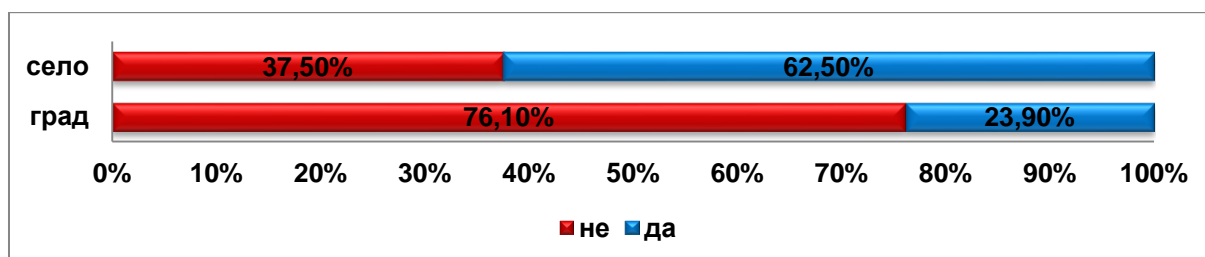


Фиг. 23. Разпределение според образованието на пациентите, които мислят че хората се страхуват от тяхната болест и ги отбягват

Резултатите от фиг. 23 показват, че пациентите с по-ниско образование се страхуват повече, че ще бъдат отбягвани (57,10 %), отколкото пациентите с висше образование (10,40 %). Също така беше намерена и слаба зависимост между образованието и страха от отбягване поради заболяването ($r = 0,27$ $p < 0,01$).

Полът, възрастта и семейното положение не влияят върху чувството на пациентите, че са неразбрани от околните поради тяхното заболяване. Над 72 % от тях посочват, че не изпитват подобни чувства.

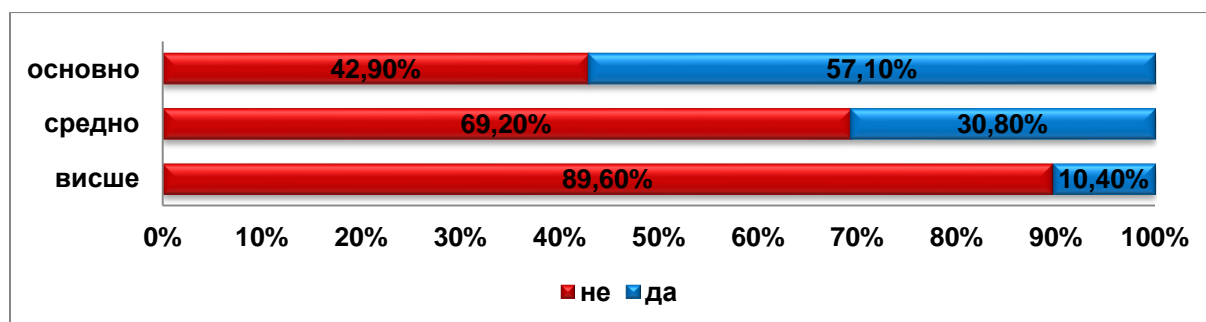
Разлика наблюдаваме от гледна точка на местоживееене. Въпреки преобладаващият процент на отрицателните отговори се наблюдава нарастване на броя на пациентите от селата, които са посочили, че изпитват опасения, че могат да бъдат неразбрани от околните (37,50 %) ($p < 0,05$). Намерена беше също така и слаба зависимост ($r = 0,14$ $p < 0,05$). (фиг. 24)



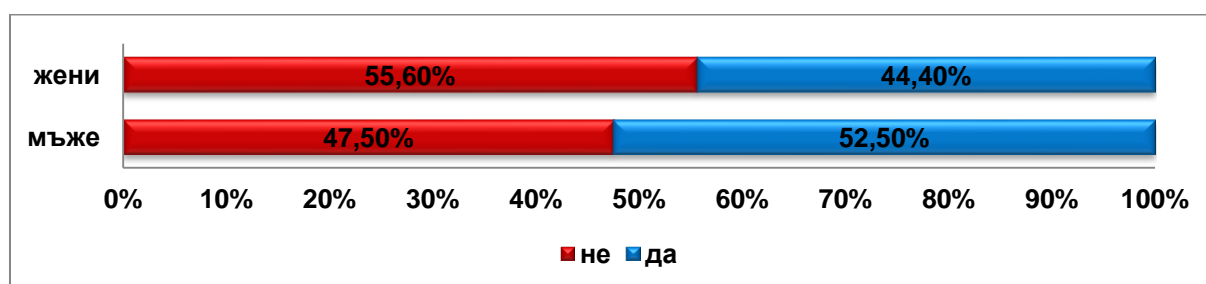
Фиг. 24. Разпределение по местоживееене на пациентите, които чувстват че са неразбрани от околните заради болестта им

Образованието оказва влияние върху чувството на пациентите, че са неразбрани по отношение на тяхното заболяване. Най-малки притеснения изпитват пациентите с висше образование (8,30 %), а в най-голяма степен подобни чувства изпитват пациентите с основно образование (40,00 %) ($p < 0,05$), като между двата фактора

беше намерена и слаба зависимост ($r = 0,20$ $p < 0,01$). (фиг. 25) Въпреки че има минимална разлика по отношение на пола, можем да кажем, че мъжете се притеснени за това какво ще се случи с техните близки поради контакта им с тяхната болест (фиг. 26).

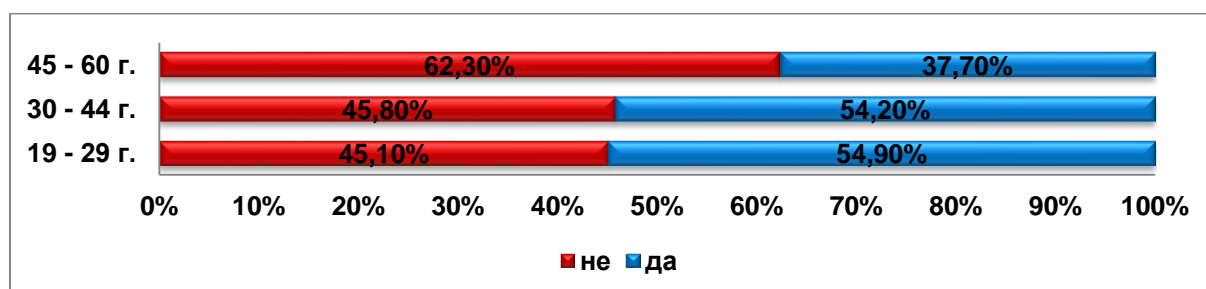


Фиг. 25. Разпределение според образованието на пациентите, които чувстват че са неразбрани от околните заради болестта им



Фиг. 26. Разпределение по пол и чувство на притеснение за близките при контакт с болестта

Също така минимална разлика се наблюдава и от гледна точка на възрастта на пациентите, при които пациентите над 45 г. в най-малка степен се притесняват от контактите с близките си по време на заболяването (фиг. 27).



Фиг. 27. Разпределение по възраст и чувство на притеснение за близките при контакт с болестта

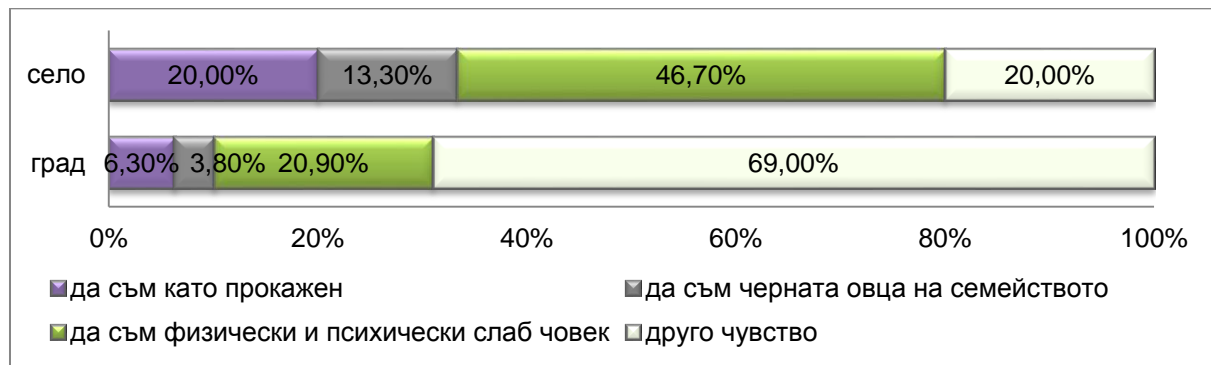
Местоживеенето на пациентите не показва съществена разлика по отношение на притеснението на пациентите от контакта с болестта на техните близки. Значителната част от тях са посочили, че изпитват подобни притеснения.

Образованието и семейното положение също не оказват съществено влияние върху притеснението на пациентите за техните близки при контакта им с тяхното заболяване. В двата случая анкетираните са еднакво притеснени от осъществяването на контакти с близките си по време на болестта.

ОБЛАСТ ФАНТАЗИЯ/ БЪДЕЩЕ

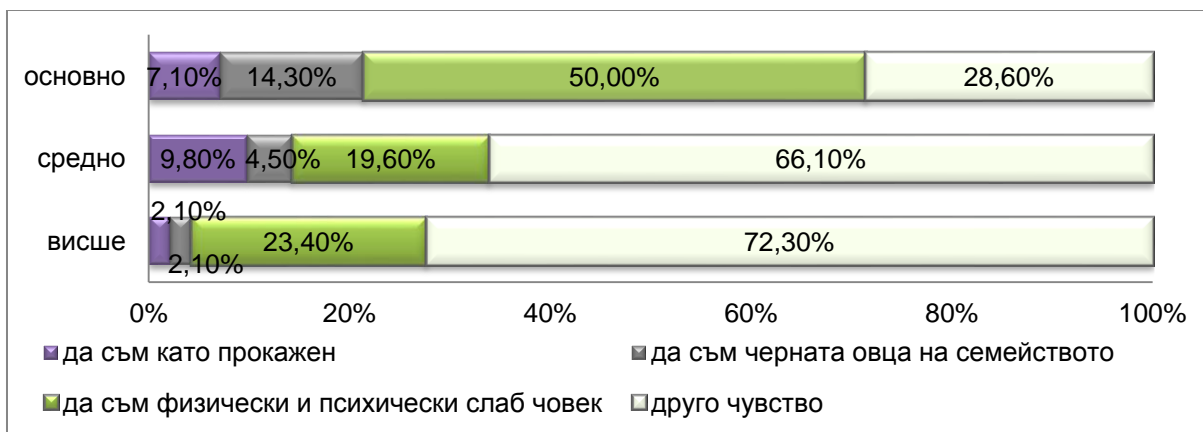
Полът, възрастта и семейното положение не оказват влияние върху начина, по който пациентите се възприемат като инфекциозно болни. Чувствата, съпровождащи представата за инфекциозно болен са в богат спектър. Значителна част от тях се преживяват като „физически и психически слаб човек”.

Местоживеенето оказва съществено влияние върху спектъра на емоциите ($p < 0,01$). Пациентите от градовете изпитват предимно по-богат спектър емоции (69,00 %), а пациентите от селата се чувстват основно като физически и психически слаби хора (46,70 %). Между двата фактора беше намерена и умерена зависимост ($r = 0,30$ $p < 0,01$); (фиг. 28).



Фиг. 28. Разпределение на пациентите по местоживеене и възприятията им като инфекциозно болни хора

Образованието на пациентите е също значим фактор за начина, по който инфекциозно болните се преживяват като такива ($p < 0,05$). Пациентите с висше и средно образование са посочили широк спектър чувства, а тези с основно в 50 % от случаите се фиксират главно върху преживяването за „физически и психически слаб човек” (фиг. 29).

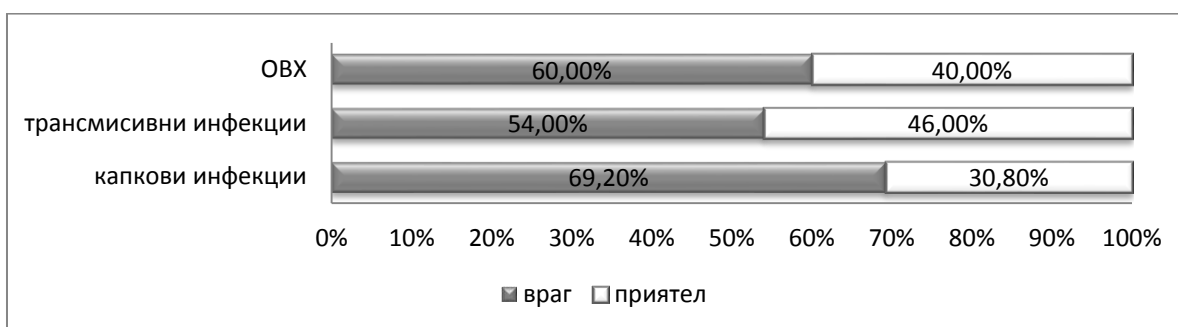


Фиг.29. Разпределение на пациентите според образователната степен и възприятията им като инфекциозно болни хора

1.3.3. Балансов модел на преживяването на хоспитализирания инфекциозно болен – междугрупово сравнение

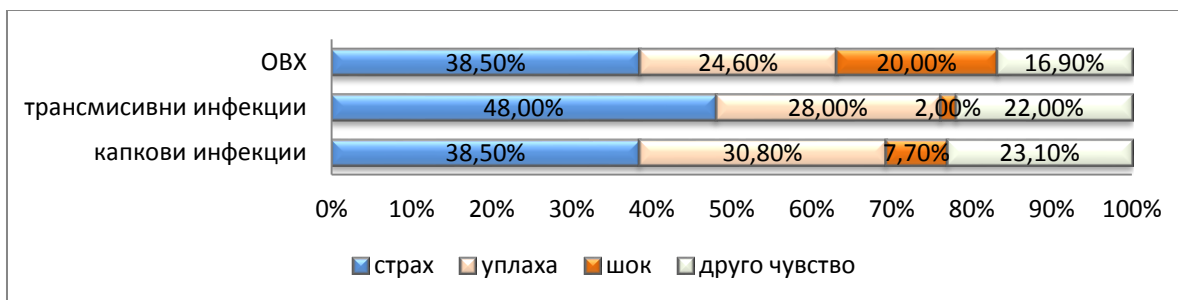
ОБЛАСТ ТЯЛО

По отношение на възприятията на пациентите от трите разглеждани групи заболявания за тяхното тяло не беше намерена съществена разлика, но можем да кажем, че пациентите с трансмисивни заболявания в по-голяма степен възприемат тялото си като приятел отколкото пациентите с ОВХ и капкови инфекции (фиг. 30).



Фиг. 30. “Възприемам тялото си с болестта като: ... “

Съществена разлика беше намерена по отношение на чувствата, които предизвиква диагнозата у пациентите ($p < 0,05$). Всички пациенти реагират основно със страх в началото, докато при пациентите с капкови и трансмисивни инфекции има висок процент на уплаха, а при пациентите с ОВХ освен страх се наблюдава уплаха и шок (фиг. 31).



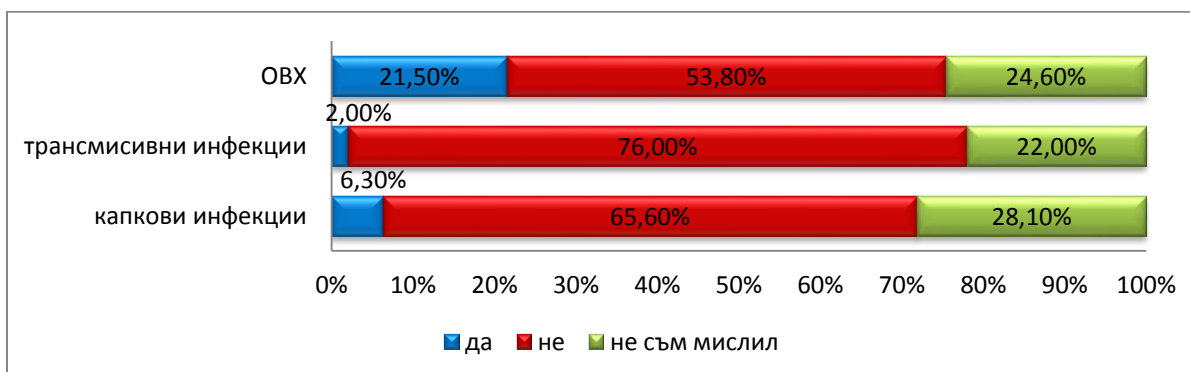
Фиг. 31. Чувството, което диагнозата предизвиква у пациентите

Значителната част от пациентите (над 95 %) са на мнение, че тялото им ще се справи с болестта, независимо от поставената диагноза.

Цялостният анализ на област Тяло показва, че над 95 % от пациентите независимо от вида инфекциозно заболяване гледат позитивно на своето излекуване. Пациентите с трансмисивни инфекции са по-склонни да приемат тялото си заедно с болестта като приятел, докато другите пациенти в по-голямата част (над 60 %) го възприемат като враг. Съществена разлика наблюдаваме по отношение на чувствата, които поражда узнаването на диагнозата у изследваните пациенти. Пациентите с ОВХ изпитват цялата палитра от отрицателни емоции, докато при пациентите с капкови инфекции наблюдаваме смесица от страх и уплаха, а при трансмисивните инфекции пациентите реагират предимно със страх ($p < 0,05$).

ОБЛАСТ ДЕЙНОСТ

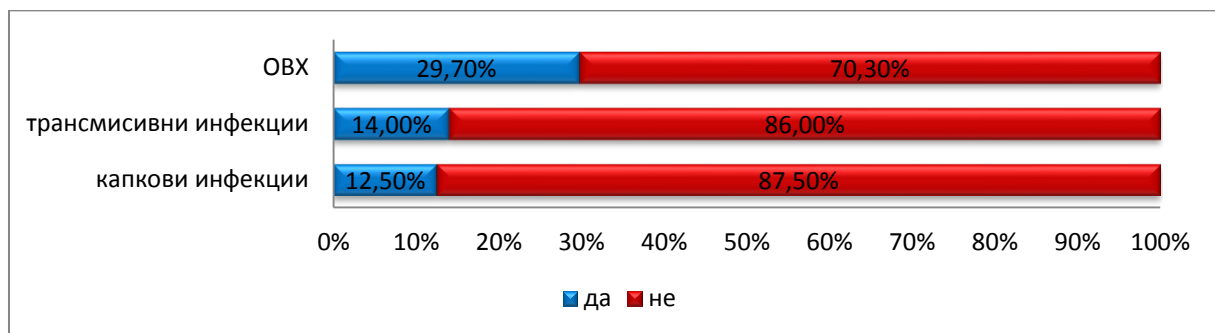
Над 95 % от пациентите са оптимистично настроени по отношение на работоспособността си независимо от вида на инфекциозното заболяване.



Фиг. 32. Склонност към смяна на местоработата, поради заболяването

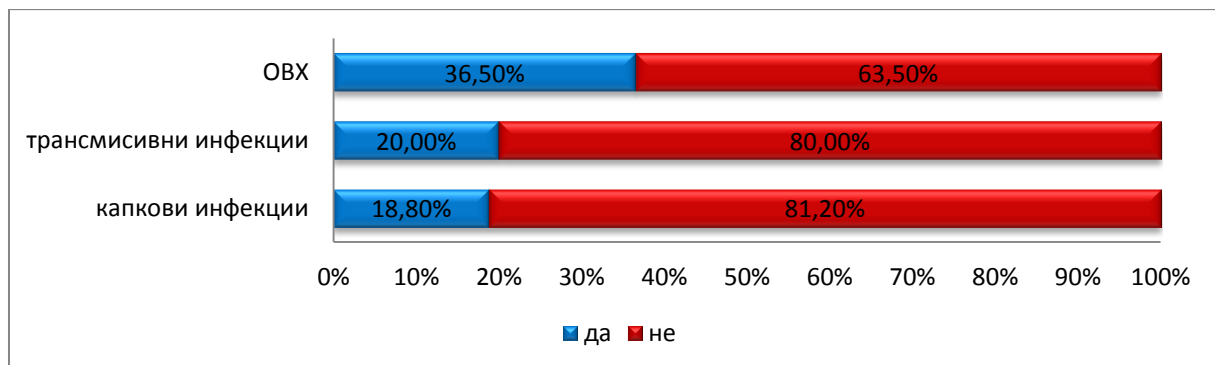
Съществена разлика наблюдаваме по отношение на готовността на пациентите да сменят местоработата си поради заболяването, което имат ($p < 0,01$). Приблизително половината от пациентите с ОВХ са посочили, че не са мислили по въпроса или са склонни да сменят своята месторабота. В най-малка степен склонност към смяна на местоработата проявяват пациентите с трансмисивни инфекции (2,00 %) (фиг. 32).

Въпреки, че повечето пациенти са отговорили, че не се страхуват, че поради болничния престой могат да загубят работата си, наблюдаваме разлика от гледна точка на процента на тези, които са посочили, че изпитват страх от евентуална загуба на работата заради хоспитализацията ($p < 0,05$). (фиг. 33)



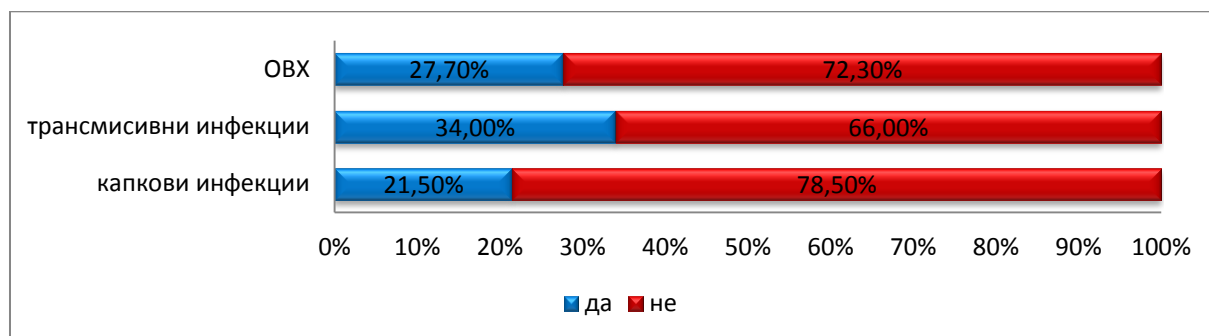
Фиг. 33. Страх за евентуална загуба на работата поради болничен престой

Подобна ситуация наблюдаваме и по отношение на яда, който пациентите изпитват при възможността да загубят работата си заради заболяването, което имат. Отново се наблюдава позитивно отношение и преобладаваща липса на яд, но имаме тенденция, която показва, че пациентите с ОВХ в по-голяма степен се ядосват при евентуална загуба на работата си (36,50 %), отколкото пациентите с капкови инфекции (18,80 %) ($p < 0,05$). (фиг. 34)



Фиг. 34. Яд от евентуална загуба на работата поради наличието на заболяване

По-голямата част от пациентите в трите групи заболявания са на мнение, че за тях престоят в болницата не е начин за почивка, а по-скоро ги натоварва. Най-висок е процентът при пациентите с капкови инфекции и ОВХ (над 72 %) ($p < 0,05$). При пациентите с трансмисивни инфекции наблюдаваме най-висок процент на тези, които смятат престоят в лечебното заведение като възможност за почивка (34,00 %). (фиг. 35)



Фиг. 35. Възможност за почивка при престоя в болницата

Общите резултати от анализа на област Дейност показват, че има съществено разминаване в мнението на пациентите от трите групи заболявания по отношение на отделните измерения на областта ($p < 0,05$). Пациентите с ОВХ възприемат болестта си и ограниченията, които поражда от гледна точка на тяхната работоспособност по-тежко, отколкото пациентите с капкови и трансмисивни инфекции.

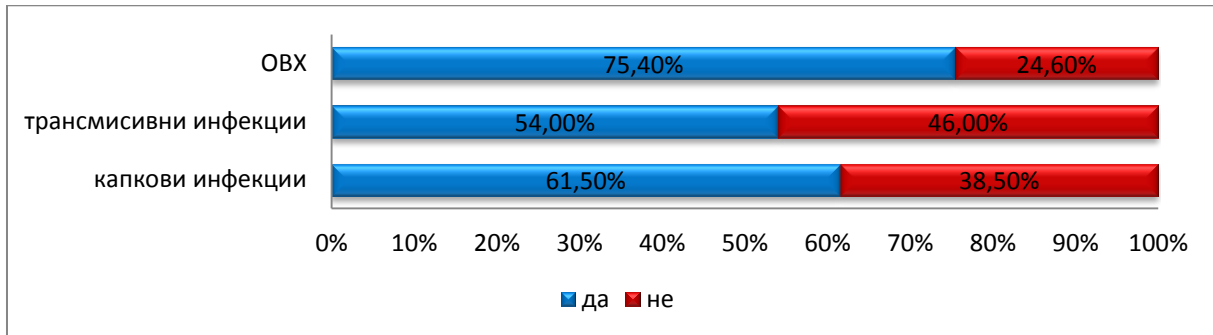
ОБЛАСТ КОНТАКТИ

Съществена разлика наблюдаваме в мнението на пациентите от трите групи заболявания по отношение на ограничаването на желаните от тях контакти ($p < 0,05$). При пациентите с капкови инфекции и ОВХ наблюдаваме по-висок процент на пациентите, които се смятат за ограничени в контактите, докато пациентите с трансмисивни инфекции са разпределени приблизително наполовина (фиг. 36).

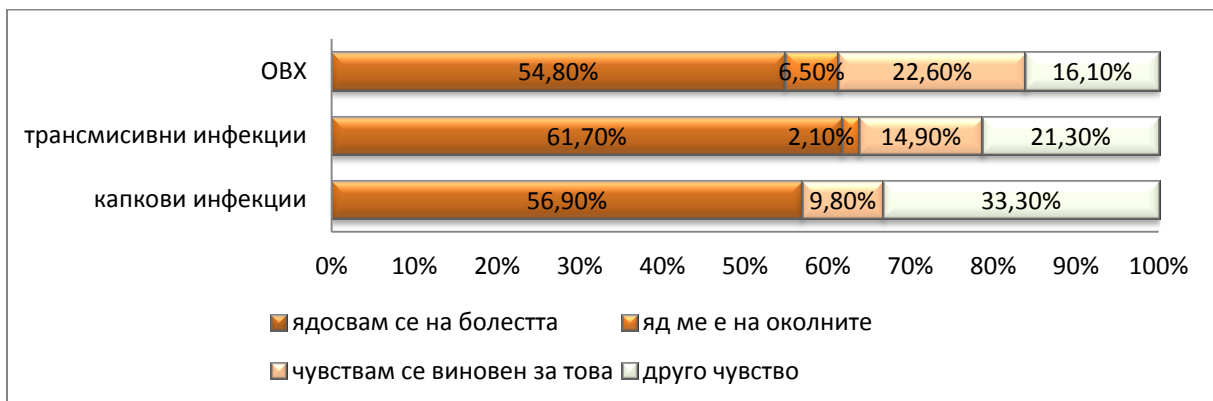
Разлика се наблюдава и по отношение на чувствата, които поражда у пациентите ограничаването на контактите ($p < 0,05$). Пациентите с капкови и трансмисивни инфекции изпитват предимно яд към болестта и други чувства с негативни оттенъци, докато пациентите с ОВХ освен яд към болестта изпитват и вина, че са се разболели (фиг. 37).

Пациентите от трите групи заболявания посочват в различна степен усещането им за страх у околните, който те изпитват поради тяхното заболяване и възможността

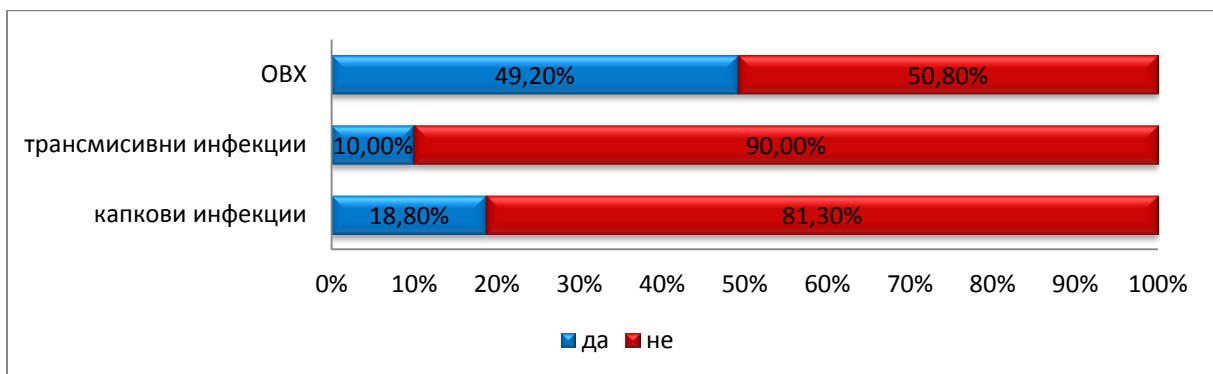
заради това да бъдат отбягвани ($p < 0,001$). Пациентите с капкови и трансмисивни инфекции са по-спокойни относно отношението на околните и не чувстват, че са отбягвани, докато половината от пациентите с ОВХ (49,20 %) са посочили, че усещат страх и отбягване у околните (фиг. 38).



Фиг. 36. „Болестта ми ограничава желаните контакти...”

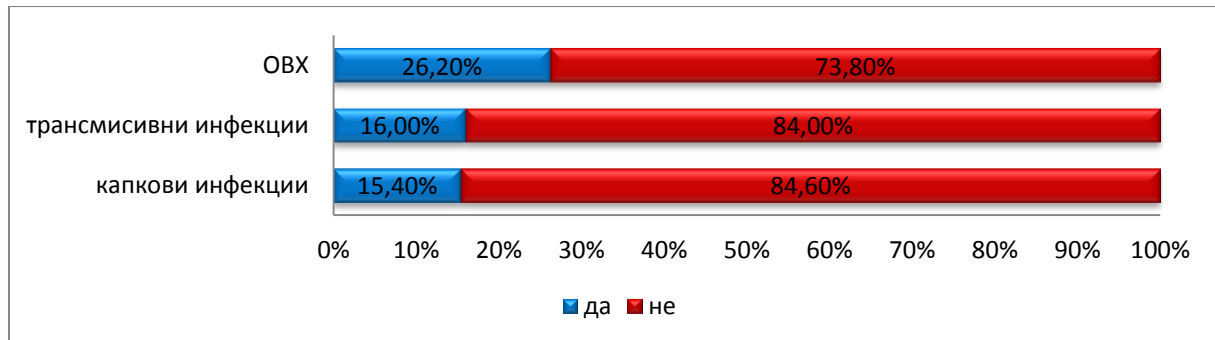


Фиг. 37. Чувства, които поражда ограничаването на контактите у пациентите с инфекциозни заболявания



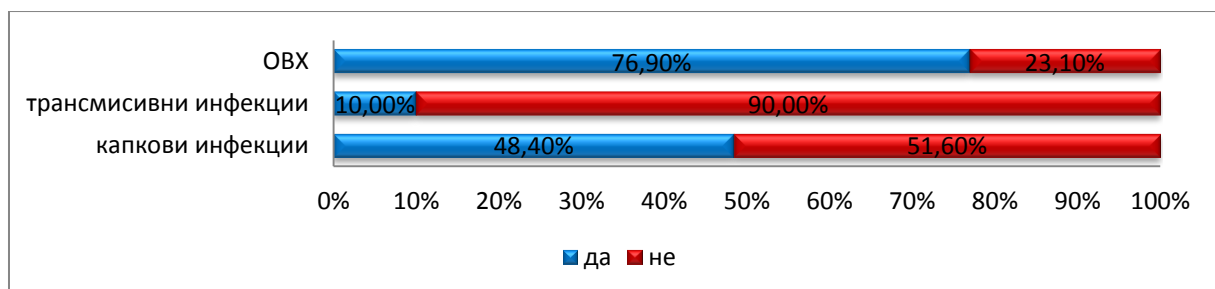
Фиг. 38. „Мисля, че хората се страхуват от моята болест и ме отбягват”

Въпреки, че има разлика в усещането на пациентите относно поведението на околните към тях, всички са на мнение, че не се чувстват неразбрани от околните заради тяхното заболяване (над 73 %) (фиг. 39).



Фиг. 39. „Чувствам се неразбран от околните заради болестта ми”

Съществена разлика се наблюдава по отношение на притеснението на пациентите от трите групи заболявания относно това, какво ще се случи с техните близки при контакта им с болестта ($p < 0,001$). Най-притеснени за това са пациентите с ОВХ (76,90 %), следвани от пациентите с капкови инфекции (48,40 %). При пациентите с трансмисивни инфекции не се наблюдава подобно притеснение (90,00 %). Също така намерихме и слаба зависимост между притеснението от контакта с болестта и вида на инфекциозното заболяване ($r = 0,25$ при $p < 0,001$) (фиг. 40)



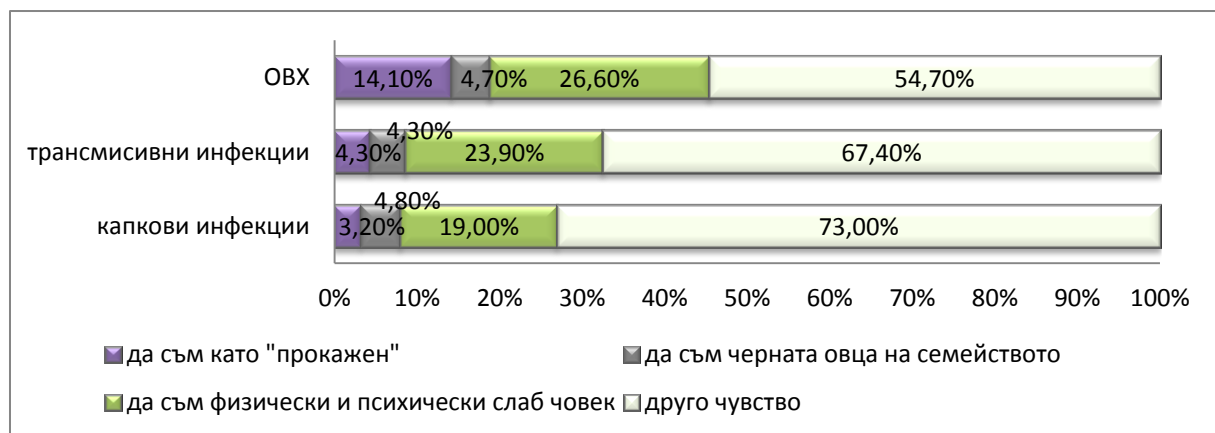
Фиг. 40. „Имам притеснение, какво ще се случи с моите близки поради контакта им с моята болест”

Анализът на резултатите от област Контакти показва, че пациентите от трите групи заболявания възприемат по различен начин ограничаването на контактите с близките и отношението на околните към тях ($p < 0,05$). Най-тежко ограничаването в контактите и отношението на околните преживяват пациентите с ОВХ, докато пациентите с трансмисивни инфекции не изпитват подобни притеснения, както от

гледна точка на контактите си с близките, така и от гледна точка на отношението на околните към тях.

ОБЛАСТ ФАНТАЗИЯ/БЪДЕЩЕ

В област Фантазия/Бъдеще не бяха намерени съществени разлики във възприятията при пациентите от трите групи заболявания. Можем да кажем, че пациентите с капкови инфекции в най-висок процент са посочили, че изпитват неопределени чувства към възприятието за инфекциозно болен (73,00 % - други чувства), докато пациентите с трансмисивни инфекции и ОВХ освен голямата палитра от чувства, изпитват и усещането на физически и психически слаби хора (над 23 %). (фиг. 41)



Фиг. 41. „За мен да съм инфекциозно болен означава ...”

Всички пациенти в хода на лечението си се крепят на семейството и приятелите си, които поддържат тяхната вяра и надежда за пълно оздравяване.

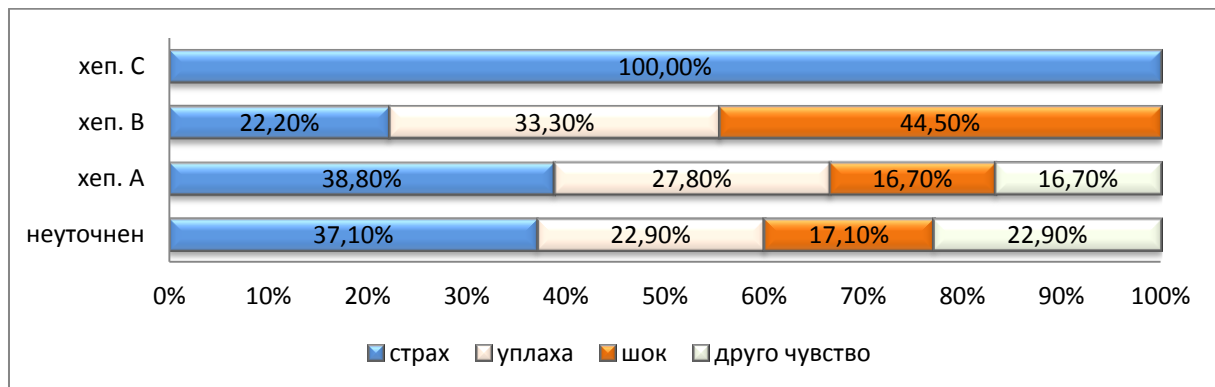
1.3.4. Параметри на преживяването на пациентите с остри вирусни хепатити посредством балансовия модел на Песешкиан

Извеждането на резултатите на пациентите с ОВХ се оказва необходимо поради демографската значимост на заболяванията, характерната клинична симптоматика, ход и последици, както и поради специфичната картина на преживяване, с богат и противоречив спектър на емоционално отреагиране при отделните видове хепатит.

Пациентите с остри вирусни хепатити в нашата извадка са 65 човека, от които 53,80 % са неуточнени, с хепатит А са 27,70 %, с хепатит В са 13,80 %, а с хепатит С са 4,80 %.

ОБЛАСТ ТЯЛО

Приблизително 2/3 от пациентите с ОВХ независимо от вида хепатит възприемат тялото си като враг.



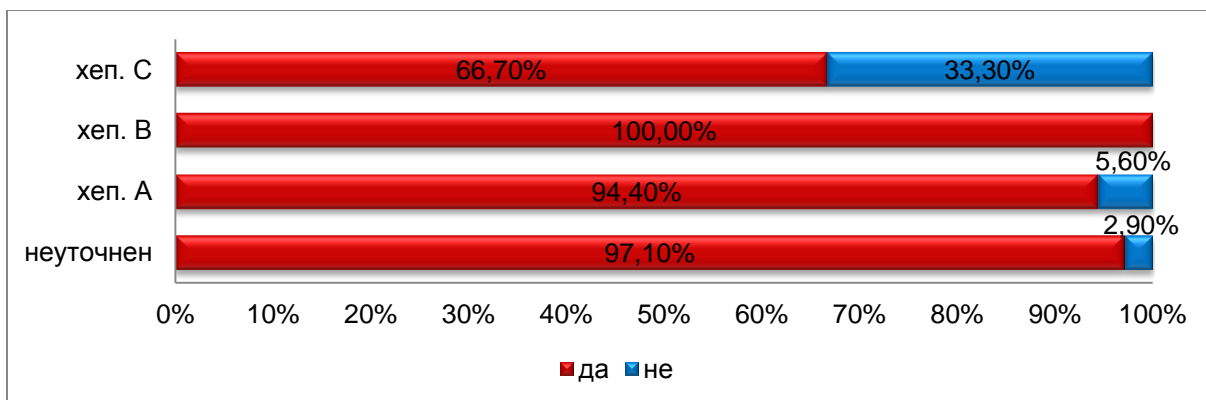
Фиг. 42. Чувства, които изпитва пациентът при узнаване на диагнозата

Съществена разлика наблюдаваме в чувствата, които диагнозата предизвиква у пациентите ($p < 0,05$). Всички пациенти с хепатит С са посочили, че изпитват страх, по-голямата част от пациентите с хепатит В са изпаднали в шок, когато са чули своята диагноза, а пациентите с неуточнен хепатит и хепатит А реагират със страх и уплаха (фиг. 42).

Независимо от вида на острия вирусен хепатит над 95 % от пациентите са на мнение, че тялото им ще се справи с болестта.

ОБЛАСТ ДЕЙНОСТ

Налице е известна разлика при мнението на пациентите относно пълноценното възстановяване на работоспособността след проведеното болнично лечение. Пациентите с неуточнен хепатит и хепатит А са над 95% убедени, че след лечението напълно ще възвърнат своята работоспособност. Пациентите с хепатит В са напълно убедени във възстановяването на своята работоспособност, а при пациентите с хепатит С само 2/3 от тях са убедени във възстановяването на работоспособността си. (фиг. 43).

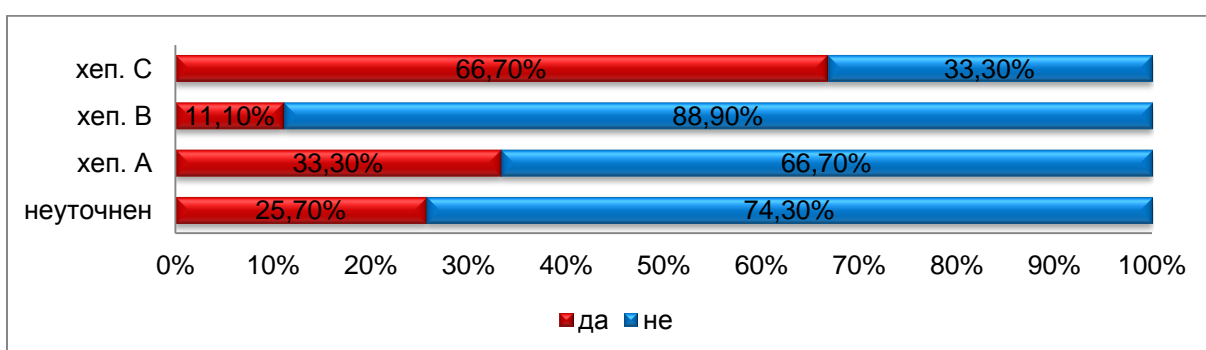


Фиг. 43. „Считам, че след болничното лечение ще бъде пълноценно работоспособен”

Независимо от вида на острия вирусен хепатит значителната част от пациентите са посочили, че не са склонни да сменят местоработата си. Интерес представлява резултатът, който са дали пациентите с хепатит В, които разпределят равномерно отговорите си между трите отговора – да, не и не съм мислил.

Същата увереност се наблюдава и от гледна точка на страха от загубата на работата, поради болничния престой, където над 2/3 от анкетираните са на мнение, че за тях подобен страх не съществува.

Поради факта, че пациентите са сигурни в своето работно място, значителната част от тях (над 56 %) са посочили, че не изпитват яд за евентуална загуба на работата им.



Фиг. 44. „Понякога си мисля, че е добре, че съм в болница за да си отдъхна малко”

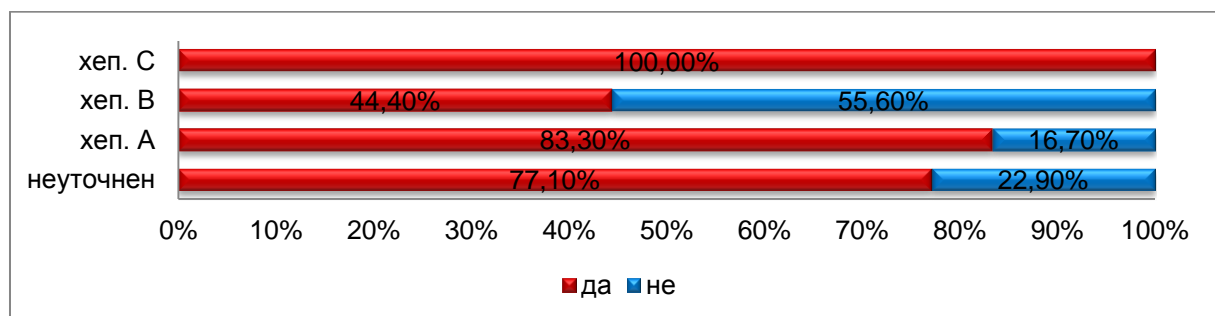
По отношение на болничния престой като почивка можем да кажем, че има известно разминаване в отговорите на пациентите с различните диагнози на ОВХ. Пациентите с хепатит С са по-склонни да възприемат престоя си в болницата като

почивка (66,70 %), докато 1/3 от пациентите с хепатит А и 1/4 от пациентите с неуточнен хепатит са привърженици на това мнение. Най-неспокойни от престоя си в болницата са пациентите с хепатит В, където 88,90 % са на мнение, че престоят им не може да бъде свързан с почивка. (фиг. 44).

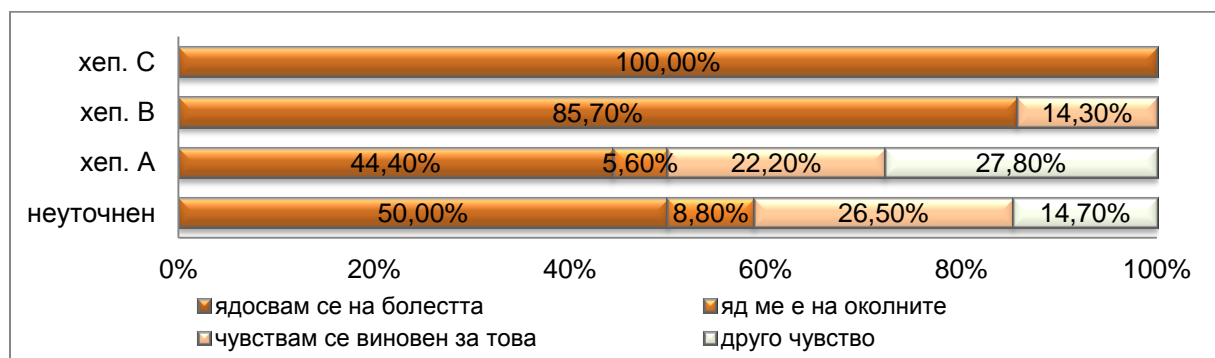
ОБЛАСТ КОНТАКТИ

Наблюдаваме известна разлика в мнението на пациентите относно ограничаването на контактите ($p < 0,05$). Единствено пациентите с хепатит В са посочили, че болестта не е пречка за тях да осъществяват своите контакти (55,60 %). При всички останали пациенти имаме висок процент на тези, които са посочили че болестта им ограничава възможностите им за контакт. (фиг. 45)

Основното чувство, което ограничаването на контактите поражда у пациентите с остри вирусни хепатити е яд към болестта, докато при пациентите с неуточнена диагноза и хепатит А освен яд към болестта има и чувство на вина за това, че са болни. (фиг. 46)



Фиг. 45. „Болестта ограничава желаните ми контакти”

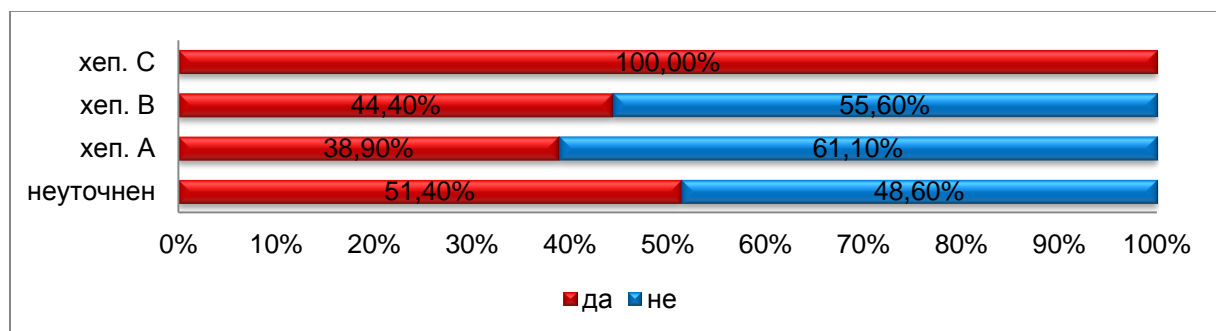


Фиг. 46. Чувства, които ограничаването на контактите поражда у пациентите с остри вирусни хепатити

Пациентите с различните диагнози на ОВХ усещат по различен начин отношението на околните към тях ($p < 0,05$). Пациентите с неуточнен хепатит и хепатит С са убедени, че хората се страхуват от тях и ги отбягват, докато пациентите с хепатит А и В са на обратното мнение (фиг. 47).

Над 75 % от пациентите с остри вирусни хепатити са на мнение, че не чувстват неразбиране от страна на околните относно заболяването им.

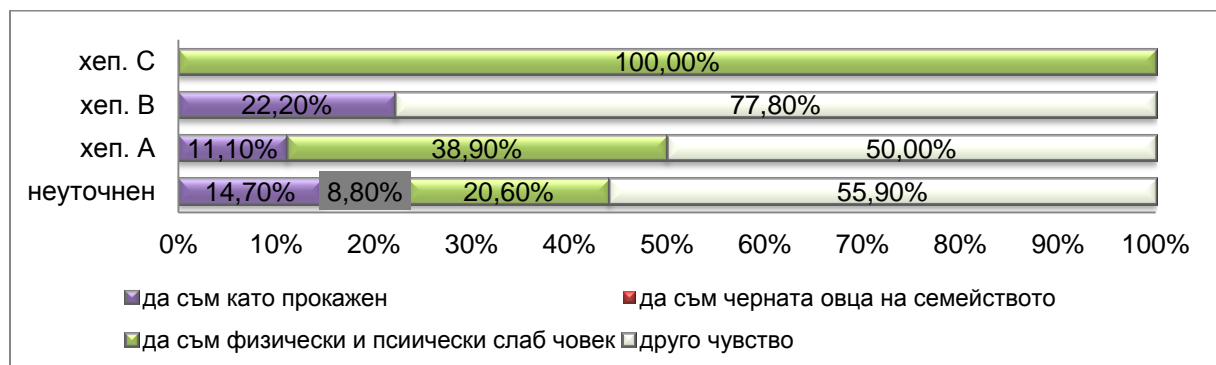
Но също така над 75 % чувстват притеснение, какво ще се случи с техните близки при контакта им с болестта.



Фиг. 47. „Мисля си, че хората се страхуват от моята болест и ме отбягват”

ОБЛАСТ ФАНТАЗИЯ/БЪДЕЩЕ

Пациентите с остър вирусен хепатит носят в себе си различна представа за това, да си инфекциозно болен ($p < 0,05$). Пациентите с остър хепатит С се чувстват изцяло като психически и физически слаб човек, докато останалите пациенти изпитват цялата палитра от отрицателни емоции, като не липсват и високи проценти на тези, които са посочили, че се чувстват като прокажени (фиг. 48).



Фиг. 48. „За мен да съм инфекциозно болен означава: ...”

Много от пациентите отдават заболяването си на случайността или лошия късмет, като незначителна част от тях са посочили, че изпитват и вина.

В хода на лечението основната подкрепа пациентите получават в лицето на своето семейство и приятелския кръг, като са регистрирани и отговори на пациенти, които са посочили, че се крепят на доверието към обслужващия ги персонал в лечебното заведение.

1.4. Данни от изследване на хоспитализираните инфекциозно болни с методиката „ЖЗС”

Пациентите дават най-голяма честота на жизнено значими събития (ЖЗС) в подскала „Личен живот” (налични при 52,3% от всички), следват събития в подскала „Работа” (налични при 38,6% от всички) и в подскала „Семейство” (налични при 26,5% от всички). (табл.8)

Табл. 8. Честота на преживените жизнено-значими събития

		Жизнено събитие „Семейство”	Жизнено събитие „Личен живот”	Жизнено събитие „Работа”	
Капкови	Жени	19 – 29 г.	21,30 %	54,80%	12,50 %
		30 – 44 г.	10,00 %	55,70%	37,50 %
		45 – 60 г.	43,70 %	49,90 %	24,90 %
	Мъже	19 – 29 г.	12,00 %	61,50 %	33,30 %
		30 – 44 г.	17,50 %	55,75 %	45,80 %
		45 – 60 г.	60,00 %	46,20 %	50,00 %
Трансмисивни	Жени	19 – 29 г.	-	-	-
		30 – 44 г.	27,10 %	53,80 %	52,30 %
		45 – 60 г.	51,40 %	54,90 %	28,50 %
	Мъже	19 – 29 г.	6,60 %	56,40 %	27,70 %
		30 – 44 г.	20,00 %	66,60 %	38,80 %
		45 – 60 г.	36,00 %	50,70 %	33,30 %
ОВХ	Жени	19 – 29 г.	20,00 %	53,80 %	16,60 %
		30 – 44 г.	23,30 %	48,73 %	38,86 %
		45 – 60 г.	36,60 %	33,30 %	33,30 %
	Мъже	19 – 29 г.	17,10 %	50,50 %	23,70 %
		30 – 44 г.	15,00 %	49,40 %	36,10 %
		45 – 60 г.	33,30 %	48,70 %	33,30 %

* $p < 0,05$

Данните относно честотата на преживените жизнено значими събития от гледна точка на възрастовия показател показва съществена разлика при мъжете и жените с

капкови инфекции при ЖЗС „Семейство” ($p < 0,05$). При мъжете и при жените най-голяма честота на това жизнено събитие се наблюдава във възрастовата група над 45 г. При пациентите с капкови инфекции не беше намерена съществена разлика във възрастовите групи при мъжете и жените по отношение на честотата на жизнените събития „Личен живот” и „Работа”.

Разлика беше намерена при сравняването на честотата на ЖЗС „Личен живот” по отношение на пола ($p < 0,05$). При мъжете честотата на това събитие е най-висока във възрастовата група до 29 г. (61,50 %). При жените най-висока е честотата във възрастовата група 30-44 г. (55,70 %). Интерес представлява тенденцията за намаляване на честотата на ЖЗС „Личен живот” при мъжете с нарастване на възрастта, докато при жените се наблюдава пик във възрастовата група 30-44 г., след което отново започва намаляване.

При ЖЗС „Работа” съществена разлика по полов признак беше намерена при честотата на възрастовата група над 45 г. при мъжете (50,00 %) и 30-44 г. при жените (37,50 %). Тук наблюдаваме същата тенденция, както при ЖЗС „Личен живот” по отношение на жените, докато при мъжете имаме тенденция към нарастване на честотата на ЖЗС „Работа”. Това може да се обясни с факта, че мъжете са по-склонни да са трудово ангажирани дори и с напредването на възрастта.

При пациентите с трансмисивни инфекции се наблюдава съществена разлика по отношение на възрастовия показател ($p < 0,05$) и при двата пола спрямо подскала „Семейство”. При жените имаме липса на представители във възрастовата група 19-29 г. Тук може да се каже, че се наблюдава нарастване на честотата на ЖЗС „Семейство” с нарастването на възрастта, като най-високи са процентите в третата възрастова група, над 45 г. (51,40 % за жените и 36,00 % за мъжете).

При ЖЗС „Личен живот” не се наблюдава съществена разлика както по отношение на възрастовия показател, така и по отношение на пола. Можем да кажем, че с леки колебания честотата на проявите е еднаква.

За честотата на ЖЗС „Работа” също не се открива съществена разлика при мъжете и жените. Наблюдава се еднаква тенденция, която показва пик на честотата във възрастовата група 30-44 г. и след това следва спад.

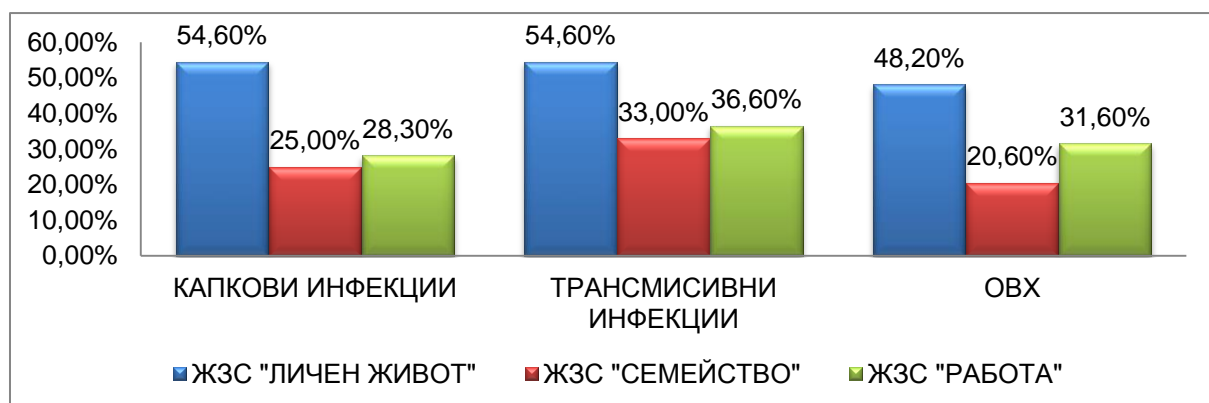
Пациентите с ОВХ не показват съществена разлика по възраст и пол от гледна точка на ЖЗС „Семейство”. Налице е тенденция към нарастване на честотата на проявите с нарастване на възрастта на жените, докато при мъжете наблюдаваме спад

във възрастовата група 30-44 г., след което отново има нарастване на честотата на проявите на ЖЗС „Семейство”.

От гледна точка на ЖЗС „Личен живот” съществена разлика се наблюдава в честотата на проявите на събитието в различните възрастови групи на жените ($p < 0,05$), докато при мъжете имаме приблизително еднаква честота.

В честотата на ЖЗС „Работа” не се наблюдава разлика както по пол, така и по възраст. Очертава се една и съща тенденция и при двата пола, а именно, пикове в честотата във възрастовата група 30-44 г., след това следва спад.

Анализът на честотата на трите вида ЖЗС според групата инфекциозни заболявания показва (фиг. 49), че има съществена разлика по отношение на проявите на ЖЗС „Семейство” ($p < 0,05$). Пациентите с ОВХ имат най-нисък процент на прояви (20,60 %), а пациентите с трансмисивни инфекции най-висок (33,00%). Също така съществена разлика се наблюдава и по отношение на ЖЗС „Личен живот” ($p < 0,05$).



Фиг. 49. Честота на ЖЗС според видовете инфекциозни заболявания

Пациентите с ОВХ имат най-ниски прояви (48,20%) в сравнение с пациентите с капкови и трансмисивни инфекции (по 54,60 %). От гледна точка на ЖЗС „Работа” въпреки колебанията не се доказва съществена разлика в честотата на проявите, но можем да кажем, че в този случай с най- ниска честота са пациентите с капкови инфекции.

В групата на ЖЗС „Семейство” влизат 10 събития, които показват както еднаква значимост, така и различия при пациентите с отделните групи инфекциозни заболявания. (табл. 9)

При пациентите с капкови инфекции съществени различия в значимостта на конкретното събитие между мъжете и жените се наблюдава при „Смърт на родител,

брачен партньор или дете”, „Промяна на честотата на разправиите със съпруга, свързани с децата, вещите, определени навици и други” и „Начало или край на професионалната дейност на съпруга” ($p < 0,05$). При тези събития с изключение на първото събитие се наблюдава по-голяма значимост за жените, отколкото за мъжете.

Също така се наблюдават и жизнени събития, при които няма представителство от страна на мъжете, което е показател, че тези събития не са значими за тях. Това са: сключването на брак, раждането на дете, опит за самоубийство и напускане на дома от децата.

Табл. 9. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция, пол и ЖЗС в подскала „Семейство” – значимост на преживяването (в %)

ЖЗС	Капкови		Трансмисивни		ОВХ	
	Мъже	Жени	Мъже	Жени	Мъже	Жени
Смърт на родител/и, брачен партньор или дете (внуче)	100	80	100	100	86	100
Развод или продължителна раздяла без развод със съпруг/а	100	100	67	80	40	100
Сключване на брак (лично или на децата)	-	100	-	100	100	-
Болест или отклонение в поведението на член от семейството	80	100	100	100	73	75
Раждане на дете или внуче, осиновяване, приемане на майка, баща, свекър/ва в личния дом	-	85,70	71	100	100	66
Промяна в честотата на разправиите със съпруга/та-повече или по-малко разправии за деца, вещи, навици....	50	75	50	43	43	66
Опит за самоубийство /вкл. на член от семейството/	-	100	-	100	-	-
Напускане на дома от децата поради женитба, учене или друга причина(каква.....)	-	57	80	50	100	100
Начало или край на професионалната дейност на съпруга/та	50	100	100	66	-	50
Неприятности с роднините на съпруга/та	67	61	50	75	66	66

* $p < 0,05$

При пациентите с трансмисивни инфекции липсват отговори единствено по отношение на сключването на брак и опитите за самоубийство при мъжете. Съществена разлика наблюдаваме почти при всички жизнени събития от тази група ($p < 0,05$), с изключение на „Смърт на родител/и, брачен партньор или дете (внуче)” и „Болест или отклонение в поведението на член от семейството”, където значимостта на събитията е 100% и за двата пола и „Промяна в честотата на разправиите със съпруга/та-повече или

по-малко разправии за деца, вещи, навици....”, където значимостта на събитието се среща приблизително при половината от изследваните лица в тази група заболявания.

Интерес представлява, че в тази група пациенти значимостта на „Напускане на дома от децата поради женитба, учене или друга причина” и „Начало или край на професионалната дейност на съпруга/та” е изразена в по-висока степен при мъжете, отколкото при жените. При останалите събития значимостта е по-изразена при жените.

Интересното при пациентите с ОВХ, е че нито един от тях не е посочил опита за самоубийство като значимо събитие за тях. Освен това липсват отговори на жените по отношение на събитието „Сключване на брак” и „Начало или край на професионалната дейност на съпруга/та”, където липсват отговори на мъжете.

При две от жизнените събития се наблюдава съвпадение на резултатите (Неприятности с роднините на съпруга/та, Напускане на дома от децата поради женитба, учене или друга причина), а при едно - приблизително еднакви резултати (Болест или отклонение в поведението на член от семейството). Останалите събития показват съществена разлика в значимостта при мъжете и жените ($p < 0,05$), с изключение на раждането на дете, където процентът е по-висок при мъжете, при останалите преобладават жените.

При пациентите с капкови инфекции, групата на жизнените събития „Личен живот” е представена на сто процента, като се очертават две групи събития, едната е на събитията, които са еднакви или приблизително еднакво значими както за мъжете, така и за жените и втората група са събития, които имат съществени различия в значимостта за двата пола ($p < 0,05$). Разлика в значимостта в полза на жените наблюдаваме при „Неприятности, свързани с институции”, „Вземане на заем/кредит за къща, кола или друга скъпа вещ”, „Промяна в стандарта на живот” и „Отпуск, Нова година или друг празник, свързан със значително повече или по-малко приятни или неприятни преживявания от обикновено”, докато при мъжете преобладава значимостта за „Смърт на близък приятел”, „Начало на учебна (ВУЗ) или професионална дейност”, „Смяна на жилище или местоживееене” и „Значително повече или по-малко сън от обикновено; Промяна на ритъма сън-бодърстване”. (табл. 10)

При пациентите с трансмисивни инфекции в ЖЗС „Начало на учебна (ВУЗ) или професионална дейност” нямаме представителство от страна на мъжете, което показва, че това събитие не е значимо за тях. При пет от жизнените събития в тази група имаме еднакви или приблизително еднакви резултати от гледна точка на значимостта и за двата пола, а при останалите се наблюдават съществени различия ($p < 0,05$), които се

разделят в две групи: такива събития които са по-значими за мъжете (Промяна в доходите, Вземане на заем/кредит за къща, кола или друга скъпа вещ, Повече или по-малко обществени ангажименти от обикновено) и такива, които са характерни предимно за жените (Лична болест или лично нараняване от трудова, битова или др. злополука, Значително повече или по-малко сън от обикновено; Промяна на ритъма сън-бодърстване, Промяна на навиците за хранене, Отпуск, Нова година или друг празник, свързан със значително повече или по-малко приятни или неприятни преживявания от обикновено).

Табл. 10. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция, пол и ЖЗС в подскала „Личен живот” – значимост на преживяването (в %)

ЖЗС	Капкови		Трансмисивни		ОВХ	
	Мъже	Жени	Мъже	Жени	Мъже	Жени
Неприятности, свързани с институции (НАП, Пенсионни служби, Съд., Енерго, ВиК и др)	57	82	66	64	53	50
Лична болест или лично нараняване от трудова, битова или др. злополука	84	87,50	64	86	89	40
Бременност или аборт	100	100	100	100	-	50
Промяна в доходите (съществено повече или по-малко от обикновено)	100	93	86	66	94	100
Смърт на близък приятел	100	67	100	100	100	100
Вземане на заем/кредит за къща, кола или друга скъпа вещ	67	93	100	86	82	100
Повече или по-малко обществени ангажименти от обикновено	43	41	50	37,50	35	20
Начало на учебна (ВУЗ) или професионална дейност	100	75	-	50	-	-
Промяна в стандарта на живот-строеж или събаряне на къща, обзавеждане, имуществено засягане	60	100	78	86	82	100
Смяна на жилище или местоживеене	100	60	71	83	75	100
Значително повече или по-малко сън от обикновено; Промяна на ритъма сън-бодърстване	70	56,25	62	85	90	86
Промяна на навиците за хранене (време, обстановка, количество)	60	56,25	55	75	84	86
Отпуск, Нова година или друг празник, свързан със значително повече или по-малко приятни или неприятни преживявания от обикновено	34	61,50	38	62	100	100

*p<0,05

При пациентите с ОВХ имаме пълно пренебрегване и от двата пола на ЖЗС „Начало на учебна (ВУЗ) или професионална дейност” и частично пренебрегване от страна на мъжете на ЖЗС „Бременност или аборт”. В тази група на инфекциозните заболявания съществена разлика се наблюдава само при четири от жизнените събития

($p < 0,05$), като само в едно преобладава значимостта за мъжете (Лична болест или лично нараняване от трудова, битова или др. злополука), а при останалите три (Вземане на заем/кредит за къща, кола или друга скъпа вещ, Промяна в стандарта на живот, Смяна на жилище или местоживееене) преобладава значимостта за жените. При всички останали жизнени събития от тази група имаме еднозначни или доближаващи се значимости от гледна точка на пола.

При ЖЗС „Работа” пациентите с капкови инфекции показват идентична значимост за двата пола при две жизнени събития (Уволнение, съкращение или пенсиониране, Продължаване на професионалната ангажираност след пенсионна възраст). При останалите жизнени събития от тази група се наблюдава съществена разлика при двата пола ($p < 0,05$), като значимостта при мъжете е по-висока в сравнение с жените (Промяна в службата, Смяна на професия или месторабота, Неприятности с началник, Нежелана промяна на работното време или условията на работа). (табл. 11)

Табл. 11. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция, пол и ЖЗС в подскала „Работа” – значимост на преживяването (в %)

ЖЗС	Капкови		Трансмисивни		ОВХ	
	Мъже	Жени	Мъже	Жени	Мъже	Жени
Уволнение, съкращение или пенсиониране (лично)	100	100	-	83	100	50
Промяна в службата (сливане, реорганизация, конкурс); повишение или понижение	83	50	50	33	55	100
Смяна на професия или месторабота	83	50	100	75	91	100
Продължаване на професионалната ангажираност след пенсионна възраст	100	100	100	100	50	100
Неприятности с началник	100	75	33	-	45	75
Нежелана промяна на работното време или условията на работа	100	83	71	29	37,50	100

* $p < 0,05$

При пациентите с трансмисивни инфекции имаме значимост само за единия пол при две от събитията („Уволнение, съкращение или пенсиониране” за жените и „Неприятности с началник” за мъжете). При ЖЗС „Продължаване на професионалната ангажираност след пенсионна възраст” имаме идентична значимост и за двата пола. При останалите събития наблюдаваме съществена разлика в значимостта ($p < 0,05$), като

отново има по-голяма значимост за мъжете, отколкото за жените (Промяна в службата, смяна на професия или месторабота, нежелана промяна на работното време или условията на работа).

Интерес представлява, че при пациентите с ОВХ имаме съществени различия в значимостта на събитията в тази група при всички ($p < 0,05$) с изключение на ЖЗС „Смяна на професия или месторабота”, където имаме приблизително еднаква значимост с лек превес при жените. Разликата в значимостта на събитията е с превес при жените, като само при ЖЗС „Уволнение, съкращение или пенсиониране” се наблюдава превес при мъжете.

В сравнение с пациентите с капкови и трансмисивни инфекции при пациентите с ОВХ събитията от тази група са по значими за жените, отколкото за мъжете, както в първите две групи пациенти.

В отразяване на актуалните жизнени събития от трите групи – Личен живот, Семейство и Работа не намерихме съществена разлика при пациентите и при двата пола от разглежданите групи инфекциозни заболявания. (табл. 12, 13 и 14).

Табл. 12. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция, пол и ЖЗС в подскала „Семейство” – актуални ЖЗС (в %)

ЖЗС	Капкови		Трансмисивни		ОВХ	
	Мъже	Жени	Мъже	Жени	Мъже	Жени
Смърт на родител/и, брачен партньор или дете (внуче)	30	15	25	28,5	36,4	25
Развод или продължителна раздяла без развод със съпруг/а	20	10	12,5	14,3	18,2	12,5
Сключване на брак (лично или на децата)	-	10	-	-	4,5	-
Болест или отклонение в поведението на член от семейството	30	55	31,3	42,8	27,3	25
Раждане на дете или внуче, осиновяване, приемане на майка, баща, свекър/ва в личния дом	-	35	43,7	35,7	9,1	25
Промяна в честотата на разправии със съпруга/та-повече или по-малко разправии за деца, вещи, навици....	-	15	18,7	28,6	27,3	62,5
Опит за самоубийство /вкл. на член от семейството/	-	5	-	7,1	-	-
Напускане на дома от децата поради женитба, учене или друга причина	-	15	18,7	14,3	4,5	12,5
Начало или край на професионалната дейност на съпруга/та	10	10	6,25	7,14	4,5	25
Неприятности с роднините на съпруга/та	20	35	18,7	35,7	4,5	37,5

Табл. 13. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция, пол и ЖЗС в подскала „Личен живот” – актуални ЖЗС (в %)

ЖЗС	Капкови		Трансмисивни		ОВХ	
	Мъже	Жени	Мъже	Жени	Мъже	Жени
Неприятности, свързани с институции (НАП, Пенсионни служби, Съд., Енерго, ВиК и др)	50	50	50	71,4	50	50
Лична болест или лично нараняване от трудова, битова или др. злополука	40	40	31,3	35,7	36,4	25
Бременност или аборт	10	40	-	-	-	25
Промяна в доходите (съществено повече или по-малко от обикновено)	80	65	68,7	64,3	63,6	62,5
Смърт на близък приятел	10	-	18,7	21,4	22,7	12,5
Вземане на заем/кредит за къща, кола или друга скъпа вещ	50	60	50	42,8	36,4	12,5
Повече или по-малко обществени ангажименти от обикновено	40	40	37,5	14,3	36,4	12,5
Начало на учебна (ВУЗ) или професионална дейност	20	20	-	-	4,5	12,5
Промяна в стандарта на живот-строеж или събаряне на къща, обзавеждане, имуществено засягане	50	60	31,3	42,8	36,4	12,5
Смяна на жилище или местоживеене	30	15	18,7	28,6	22,7	12,5
Значително повече или по-малко сън от обикновено; Промяна на ритъма сън-бодърстване	90	60	56,3	64,3	81,2	62,5
Промяна на навиците за хранене (време, обстановка, количество)	90	65	37,5	35,7	72,7	62,5
Отпуск, Нова година или друг празник, свързан със значително повече или по-малко приятни или неприятни преживявания от обикновено	30	25	12,5	7,1	13,6	12,5

Табл. 14. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция, пол и ЖЗС в подскала „Работа” – актуални ЖЗС (в %)

ЖЗС	Капкови		Трансмисивни		ОВХ	
	Мъже	Жени	Мъже	Жени	Мъже	Жени
Уволнение, съкращение или пенсиониране (лично)	20	5	6,25	14,3	-	50
Промяна в службата (сливане, реорганизация, конкуре); повишение или понижение	40	30	18,7	-	22,7	12,5
Смяна на професия или месторабота	50	25	31,3	28,6	40,9	37,5
Продължаване на професионалната ангажираност след пенсионна възраст	10	5	-	28,6	4,5	12,5
Неприятности с началник	50	10	12,5	-	40,9	37,5
Нежелана промяна на работното време или условията на работа	20	25	25	28,6	22,7	12,5

В подскала „Семейство” с по-голяма честота са събитията „Болест или отклонение в поведението на член от семейството” - при 33% от всички и „Смърт на родител/и, брачен партньор или дете (внуче)” – при 26%. Първото събитие присъства с по-голяма честота при жените с трансмисивни и капкови инфекции. Второто – при мъжете с ОВХ.

В подскала „Личен живот” актуалните събития са с по-голяма честота по отношение на „Значително повече или по-малко сън от обикновено; Промяна на ритъма сън-бодърстване” – при 69.05% от всички; „Промяна в доходите (съществено повече или по-малко от обикновено)” – 67,35% и „Промяна на навиците за хранене (време, обстановка, количество)” – 60,87% от всички.

Най-висок е процентът на първото събитие при мъжете с капкови инфекции и тези с ОВХ. Стойностите на процентите при жените са стабилни в трите групи (около 63% от всички). Второто събитие има най-голяма честота на проявление при пациентите с капкови и трансмисивни инфекции, а последното – при тези с капкови инфекции и ОВХ.

Табл. 15. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция и ЖЗС в подскала „Семейство” – актуални ЖЗС за изследваните лица (в %)

ЖЗС	Капкови	Трансмисивни	ОВХ
Смърт на родител/и, брачен партньор или дете (внуче)	88,9	100	90
Развод или продължителна раздяла без развод със съпруг/а	100	75	50
Сключване на брак (лично или на децата)	100	100	100
Болест или отклонение в поведението на член от семейството	93,8	100	73,3
Раждане на дете или внуче, осиновяване, приемане на майка, баща, свекър/ва в личния дом	85,7	86,7	80,0
Промяна в честотата на разправите със съпруга/та-повече или по-малко разправии за деца, вещи, навици....	66,7	46,7	53,8
Опит за самоубийство /вкл. на член от семейството/	100	100	100
Напускане на дома от децата поради женитба, учене или друга причина(каква.....)	50	70	100
Начало или край на професионалната дейност на съпруга/та	80,0	75,0	33,3
Неприятности с роднините на съпруга/та	62,5	62,5	66,7

* $p < 0,05$

При резултатите от сравнителния анализ на значимостта на събитията от ЖЗС „Семейство” за пациентите от трите групи инфекциозни заболявания беше намерена съществена разлика при четири от тях ($p < 0,05$). (табл. 15)

Първото жизнено събитие при което констатирахме съществени различия е „Развод или продължителна раздяла без развод със съпруг/а”. Пациентите с капкови инфекции чувстват това събитие като много важно за тях, докато при пациентите с ОВХ събитието придобива чувствително по-малка значимост. Също така беше намерена и слаба зависимост между групата на инфекциозните заболявания и

значимостта на ЖЗС 2 „Развод или продължителна раздяла без развод със съпруг/а” ($r = -0,26$ $p < 0,05$).

При ЖЗС „Болест или отклонение в поведението на член от семейството” също намерихме съществена разлика в значимостта между пациентите от трите групи заболявания ($p < 0,05$). Най-голяма значимост това събитие има за пациентите с трансмисивни инфекции, а най-малка за пациентите с ОВХ. При това ЖЗС беше намерена и умерена зависимост между жизненото събитие и групата на инфекциозното заболяване ($r = 0,33$ $p < 0,05$).

Третото жизнено събитие, при което беше намерена съществена разлика е „Напускане на дома от децата поради женитба, учене или друга причина” ($p < 0,05$). Най-голяма значимост на събитието е налице при пациентите с ОВХ, докато пациентите с капкови инфекции му придават най-малко значение. Между жизненото събитие и групата на пациентите с различни инфекциозни заболявания беше намерена и умерена зависимост ($r = -0,39$, $p < 0,05$).

Последното жизнено събитие от тази група, при която беше намерена съществена разлика в значимостта е „Начало или край на професионалната дейност на съпруга/та” ($p < 0,05$). При пациентите с капкови инфекции това събитие е най-значимо, докато пациентите с ОВХ му придават най-малка важност. Между ЖЗС „Начало или край на професионалната дейност на съпруга/та” и пациентите с различни групи заболявания беше намерена умерена зависимост ($r = -0,37$, $p < 0,05$).

В групата на ЖЗС „Личен съвет” намерихме съществени различия в значимостта за пациентите от разглежданите групи заболявания при четири от жизнените събития. (табл. 16)

Първото събитие, при което намерихме съществена разлика е “Промяна в доходите” ($p < 0,05$). Пациентите с капкови инфекции и ОВХ показват еднакво висока значимост за тях, в сравнение с пациентите с трансмисивни инфекции. Между това жизнено събитие и важността му за пациентите от различните групи инфекциозни заболявания беше намерена значителна зависимост ($r = -0,57$, $p < 0,05$).

Второто жизнено събитие, при което констатирахме съществена разлика е “Начало на учебна (ВУЗ) или професионална дейност” ($p < 0,05$). Това събитие е най-важно за пациентите с капкови инфекции, докато при пациентите с ОВХ няма никакво значение за тях. Между двата фактора, беше намерена и силна зависимост ($r = -0,72$, $p < 0,01$), която показва, че жизненото събитие придобива различна важност за пациентите от трите групи заболявания.

Табл. 16. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция и ЖЗС в подскала „Личен живот” – актуални ЖЗС за изследваните лица (в %)

ЖЗС	Капкови	Трансмисивни	ОВХ
Неприятности, свързани с институции (НАП, Пенсионни служби, Съд., Енерго, ВиК и др)	72,2	65,4	52,0
Лична болест или лично нараняване от трудова, битова или др. злополука	85,7	72,2	71,4
Бременност или аборт	100	100	50
Промяна в доходите (съществено повече или по-малко от обикновено)	95,8	76,9	95,8
Смърт на близък приятел	80,0	100	100
Вземане на заем/кредит за къща, кола или друга скъпа вещ	85,0	94,1	83,3
Повече или по-малко обществени ангажменти от обикновено	42,1	45,0	31,8
Начало на учебна (ВУЗ) или професионална дейност	85,7	50,0	0
Промяна в стандарта на живот-строеж или събаряне на къща, обзавеждане, имуществено засягане	88,9	82,4	83,3
Смяна на жилище или местоживее	75,0	76,9	77,8
Значително повече или по-малко сън от обикновено; Промяна на ритъма сън-бодърстване)	61,5	73,1	88,9
Промяна на навиците за хранене (време, обстановка, количество)	57,7	63,2	84,6
Отпуск, Нова година или друг празник, свързан със значително повече или по-малко приятни или неприятни преживявания от обикновено	52,6	50,0	100

* $p < 0,05$

Последните две жизнено събития, при които беше намерена съществена разлика се характеризират с идентични тенденции в нивата на важност за пациентите от разглежданите групи заболявания. При двете беше намерена слаба зависимост ($r = 0,26$, $p < 0,05$ за “Значително повече или по-малко сън от обикновено”; “Промяна на ритъма сън-бодърстване”) и $r = 0,25$, $p < 0,05$ за “Промяна на навиците за хранене”). Пациентите с ОВХ придават най-голяма важност на тези две събития в сравнение с пациентите от другите две групи ($p < 0,05$).

При третата група жизнено събития „Работа” съществена разлика беше намерена само при три от събитията ($p < 0,05$). (табл. 17)

Първото събитие, при което беше намерена съществена разлика е “Уволнение, съкращение или пенсиониране (лично)”. Пациентите с капкови инфекции придават най-голяма важност на това събитие в сравнение с пациентите с ОВХ, които показват най-ниски резултати. Между ЖЗС „Уволнение, съкращение или пенсиониране (лично)” и значимостта му за трите групи пациенти беше намерена умерена зависимост ($r = -0,34$, $p < 0,05$).

Табл. 17. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция и ЖЗС в подскала „Работа” – актуални ЖЗС за изследваните лица (в %)

ЖЗС	Капкови	Трансмисивни	ОВХ
Уволнение, съкращение или пенсиониране (лично)	100	71,4	60,0
Промяна в службата (сливане, реорганизация, конкурс); повишение или понижение	66,7	44,4	60,0
Смяна на професия или месторабота	64,3	88,9	92,9
Продължаване на професионалната ангажираност след пенсионна възраст	100	100	66,7
Неприятности с началник	88,9	18,2	53,3
Нежелана промяна на работното време или условията на работа	88,9	50,0	50,0

* $p < 0,05$

Второто събитие от тази група е “Смяна на професия или месторабота”. Налице са резултати, които показват най-голяма значимост на събитието да пациентите с ОВХ, докато при пациентите с капкови инфекции значимостта намалява. Също така беше намерена и слаба зависимост между двата фактора ($r = 0,29$, $p < 0,05$).

Последното събитие показващо съществена разлика в значимостта на жизненото събитие е „Нежелана промяна на работното време или условията на работа”, където пациентите с капкови инфекции показват по-високи стойности на значимостта, в сравнение с пациентите с трансмисивни инфекции и ОВХ, които са с еднакви стойности на значимостта. Между двата фактора намерихме умерена зависимост ($r = - 0,44$, $p < 0,05$).

1.5. ЖЗС при пациенти с ОВХ

В анализа на жизнените събития на пациентите с остри вирусни хепатити взеха участие общо 30 пациента, като няма нито един представител с хепатит С, при което тази група хепатити ще отпадне от следващите анализи. (табл. 18)

Впечатление прави, че пациентите с хепатит В от женски пол са представени единствено от пациенти до 29 г. възраст, а при мъжете липсват представители от възрастовата група над 45 г.

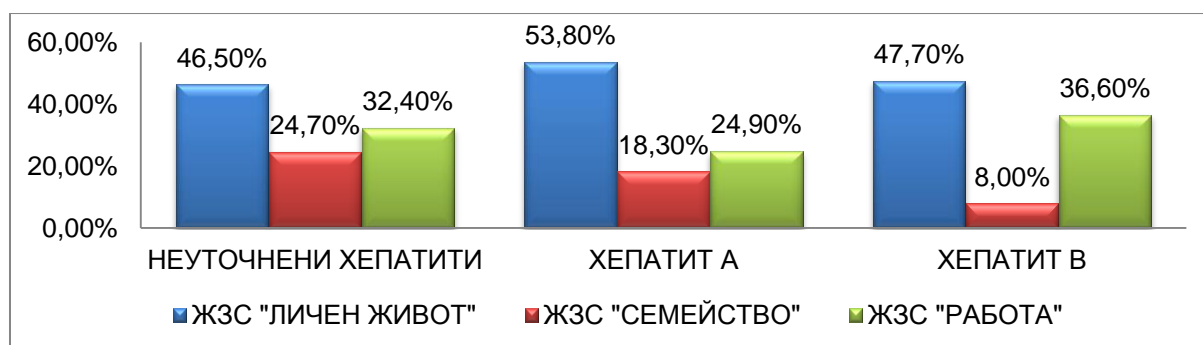
При неуточнените хепатити съществена разлика в честотата се наблюдава по отношение на ЖЗС „Личен живот”. В най-висок процент събитията от тази група са характерни за жените във възрастовата група до 29 г. (53,80%). При мъжете разлика се наблюдава по отношение на честотата на събитията от групата на ЖЗС „Семейство”, като най-често тези събития се срещат във възрастовата група над 45 г. (40,00 %).

Табл. 18. Честота на преживените жизнено-значими събития

			Жизнено събитие „Семейство”	Жизнено събитие „Личен живот”	Жизнено събитие „Работа”
Неуточнени	Жени	19 – 29 г.	20,00 %	53,80 %	16,60 %
		30 – 44 г.	25,00 %	50,00 %	41,60 %
		45 – 60 г.	36,60 %	33,30 %	33,30 %
	Мъже	19 – 29 г.	26,60 %	46,20 %	22,20 %
		30 – 44 г.	16,25 %	50,90 %	33,30 %
		45 – 60 г.	40,00 %	42,40 %	41,60 %
Хепатит А	Жени	19 – 29 г.	20,00 %	53,80 %	16,60 %
		30 – 44 г.	25,00 %	50,00 %	41,60 %
		45 – 60 г.	36,60 %	33,30 %	33,30 %
	Мъже	19 – 29 г.	26,60 %	46,20 %	22,20 %
		30 – 44 г.	16,30 %	50,90 %	33,30 %
		45 – 60 г.	40,00 %	42,40 %	41,60 %
Хепатит В	Жени	19 – 29 г.	20,00 %	53,80 %	16,60 %
		30 – 44 г.	-	-	-
		45 – 60 г.	-	-	-
	Мъже	19 – 29 г.	5,00%	53,40 %	24,90 %
		30 – 44 г.	5,00%	38,50 %	58,30 %
		45 – 60 г.	-	-	-
Хеп. С	Жени	19 – 29 г.	-	-	-
		30 – 44 г.	-	-	-
		45 – 60 г.	-	-	-
	Мъже	19 – 29 г.	-	-	-
		30 – 44 г.	-	-	-
		45 – 60 г.	-	-	-

* $p < 0,05$

Пациентите с хепатит А показват същата тенденция като при неуточнените хепатити.



Фиг. 50. Честота на ЖЗС според видовете хепатити

При сравнителния анализ на честотата на жизнените събития при отделните видове хепатити, беше намерена съществена разлика само по отношение на ЖЗС „Семейство” ($p < 0,05$), като най-често това събитие се среща при пациентите с неуточнен хепатит (24,70 %). (фиг. 50)

Табл. 19. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция, пол и ЖЗС в подскала „Семейство” – актуални ЖЗС (в %)

ЖЗС	Неуточнени хепатити		Хепатит А		Хепатит В	
	Мъже	Жени	Мъже	Жени	Мъже	Жени
Смърт на родител/и, брачен партньор или дете (внуче)	25	13,3	33,3	-	-	-
Развод или продължителна раздяла без развод със съпруг/а	15	6,6	11,1	-	-	-
Сключване на брак (лично или на децата)	5	-	-	-	-	-
Болест или отклонение в поведението на член от семейството	10	-	-	-	-	-
Раждане на дете или внуче, осиновяване, приемане на майка, баща, свекър/ва в личния дом	15	13,3	33,3	-	-	-
Промяна в честотата на разправията със съпруга/та-повече или по-малко разправии за деца, вещи, навици....	10	13,3	-	-	-	-
Опит за самоубийство /вкл. на член от семейството/	25	33,3	11,1	11,1	-	20
Напускане на дома от децата поради женитба, учене или друга причина	5	6,6	-	-	-	-
Начало или край на професионалната дейност на съпруга/та	5	6,6	-	11,1	-	-
Неприятности с роднините на съпруга/та	5	13,3	-	-	-	20

Представянето на актуалните жизнени събития не показва съществена разлика по отношение на видовете хепатити. (табл. 19, 20 и 21)

Набелязва се тенденция мъжете да са ангажирани повече с актуалните ЖЗС в подгрупа „Семейство”, като най-голяма честота има при мъжете и жените с неуточнени хепатити. При пациентите с хепатит В имаме случайни прояви и то само при жените. (табл. 19)

При жизнените събития от групата на ЖЗС „Личен живот” имаме значително повече актуални събития, които се откриват и при двата пола от трите вида хепатити. (табл. 20)

В групата на ЖЗС „Работа” липсват актуални събития само при жените с хепатит В. (табл. 21)

При жените с хепатит А се срещат еднозначни прояви само при „уволнение или пенсиониране” и „смяна на професия и/или месторабота”.

Жените с неуточнени хепатити от своя страна показват наличие на актуални прояви във всички жизнени събития от тази група.

Табл. 20. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция, пол и ЖЗС в подскала „Личен живот” – актуални ЖЗС (в %)

ЖЗС	Неуточнени хепатити		Хепатит А		Хепатит В	
	Мъже	Жени	Мъже	Жени	Мъже	Жени
Неприятности, свързани с институции (НАП, Пенсионни служби, Съд., Енерго, ВиК и др)	25	20	44,4	11,1	50	-
Лична болест или лично нараняване от трудова, битова или др. злополука	30	6,6	11,1	-	25	20
Бременност или аборт	-	13,3	-	-	-	-
Промяна в доходите (съществено повече или по-малко от обикновено)	40	26,6	33,3	11,1	75	-
Смърт на близък приятел	20	6,6	-	-	25	-
Вземане на заем/кредит за къща, кола или друга скъпа вещ	15	-	44,4	-	25	20
Повече или по-малко обществени ангажименти от обикновено	25	6,6	22,2	-	25	-
Начало на учебна (ВУЗ) или професионална дейност	5	6,6	-	-	-	-
Промяна в стандарта на живот-строеж или събаряне на къща, обзавеждане, имуществено засягане	20	6,6	33,3	-	25	-
Смяна на жилище или местоживееене	5	6,6	22,2	-	50	-
Значително повече или по-малко сън от обикновено; Промяна на ритъма сън-бодърстване	55	20	44,4	11,1	75	20
Промяна на навиците за хранене (време, обстановка, количество)	50	20	44,4	11,1	50	20
Отпуск, Нова година или друг празник, свързан със значително повече или по-малко приятни или неприятни преживявания от обикновено	10	-	11,1	-	-	20

Табл. 21. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция, пол и ЖЗС в подскала „Работа” – актуални ЖЗС (в %)

ЖЗС	Неуточнени хепатити		Хепатит А		Хепатит В	
	Мъже	Жени	Мъже	Жени	Мъже	Жени
Уволнение, съкращение или пенсиониране (лично)	-	20	-	11,1	-	-
Промяна в службата (сливане, реорганизация, конкурс); повишение или понижение	5	6,6	11,1	-	75	-
Смяна на професия или месторабота	20	13,3	22,2	11,1	75	-
Продължаване на професионалната ангажираност след пенсионна възраст	5	6,6	-	-	-	-
Неприятности с началник	25	20	22,2	-	50	-
Нежелана промяна на работното време или условията на работа	20	6,6	-	-	11,1	-

Резултатите от табл. 22 показват, че съществена разлика се наблюдава само по отношение на ЖЗС „Болест или отклонение в поведението на член от семейството” ($p < 0,05$), като най-значимо това събитие е за пациентите с неуточнен хепатит (28,60).

Налице е умерена зависимост между ЖЗС „Болест или отклонение в поведението на член от семейството” и пациентите с различни видове хепатити ($r = 0,33, p < 0,05$).

При всички останали жизнени събития не беше намерена съществена разлика в значимостта на събитията при пациентите с трите вида хепатити.

Табл. 22. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция и ЖЗС в подскала „Семейство” – значимост на актуалните ЖЗС (в %)

ЖЗС	Неуточнени хепатити	Хепатит А	Хепатит В
Смърт на родител/и, брачен партньор или дете (внуче)	20	16,6	-
Развод или продължителна раздяла без развод със съпруг/а	11,4	5,5	-
Сключване на брак (лично или на децата)	5,7	-	-
Болест или отклонение в поведението на член от семейството	28,6	16,6	22,2
Раждане на дете или внуче, осиновяване, приемане на майка, баща, свекър/ва в личния дом	14,3	-	-
Промяна в честотата на разправии със съпруга/та-повече или по-малко разправии за деца, вещи, навици....	22,8	11,1	11,1
Опит за самоубийство /вкл. на член от семейството/	-	-	-
Напускане на дома от децата поради женитба, учене или друга причина(каква.....)	5,7	-	-
Начало или край на професионалната дейност на съпруга/та	5,7	5,5	-
Неприятности с роднините на съпруга/та	8,5	5,5	11,1

* $p < 0,05$

Резултатите представени на табл. 23 и 24 не показват съществени разлики или зависимости между жизнените събития и пациентите с отделните видове хепатити.

Табл. 23. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция и ЖЗС в подскала „Личен живот” – значимост на актуални ЖЗС (в %)

ЖЗС	Неуточнени хепатити	Хепатит А	Хепатит В
Неприятности, свързани с институции (НАП, Пенсионни служби, Съд., Енерго, ВиК и др)	34,3	33,3	44,4
Лична болест или лично нараняване от трудова, битова или др. злополука	31,4	5,5	22,2
Бременност или аборт	5,7	-	-
Промяна в доходите (съществено повече или по-малко от обикновено)	42,8	33,3	33,3
Смърт на близък приятел	17,1	-	11,1
Вземане на заем/кредит за къща, кола или друга скъпа вещ	14,3	22,2	33,3
Повече или по-малко обществени ангажименти от обикновено	34,3	16,6	44,4
Начало на учебна (ВУЗ) или професионална дейност	5,7	-	11,1
Промяна в стандарта на живот-строеж или събаряне на къща, обзавеждане, имуществено засягане	14,3	22,2	22,2
Смяна на жилище или местоживееене	11,4	11,1	22,2
Значително повече или по-малко сън от обикновено; Промяна на ритъма сън-бодърстване)	48,6	33,3	44,4

Промяна на навиците за хранене (време, обстановка, количество)	48,6	33,3	33,3
Отпуск, Нова година или друг празник, свързан със значително повече или по-малко приятни или неприятни преживявания от обикновено	5,7	11,1	11,1

Табл. 24. Разпределение на изследваните лица по вид инфекция и ЖЗС в подскала „Работа” – значимост на актуални ЖЗС (в %)

ЖЗС	Неуточнени хепатити	Хепатит А	Хепатит В
Уволнение, съкращение или пенсиониране (лично)	11,4	5,5	-
Промяна в службата (сливане, реорганизация, конкурс); повишение или понижение	11,4	11,1	33,3
Смяна на професия или месторабота	20	22,2	33,3
Продължаване на професионалната ангажираност след пенсионна възраст	8,6	-	-
Неприятности с началник	25,7	11,1	33,3
Нежелана промяна на работното време или условията на работа	22,8	-	5,5

1.6. Преживявания на инфекциозна болест в условията на изолация

Разпределението по пол показва, че имаме приблизително равномерно разпределение между мъже и жени с лек превес на мъжете (53,30 %). (табл. 25)

Табл. 25. Социо-демографска характеристика

Показател		Разпределение
Пол	Мъже	48/ 53,30 %
	Жени	42/ 46,70 %
Възраст	Ср. възраст (\pm SD)	39,2 г. \pm 12,2 г. (19 – 60)
	19 – 29 г.	25/ 27,80 %
	30 – 44 г.	33/ 36,70 %
	45 – 60 г.	32/ 35,60 %
Местоживеене	Град	85/ 94,40 %
	Село	5/ 5,60 %
Образование	Основно	5/ 5,60 %
	Средно /средно специално	62/ 68,90 %
	Висше	23/ 25,60 %
Семейно съжителство	Несемеен/а	32/ 35,60 %
	Семеен/а	48/ 53,30 %
	Вдовец/а	6/ 6,70 %
	Разведен/а	4/ 4,40 %

Средната възраст на пациентите включени в извадката е 39,2 г. Възрастовата граница варира от 19 г. до 60 г. Възрастовото разпределение по групи също показва

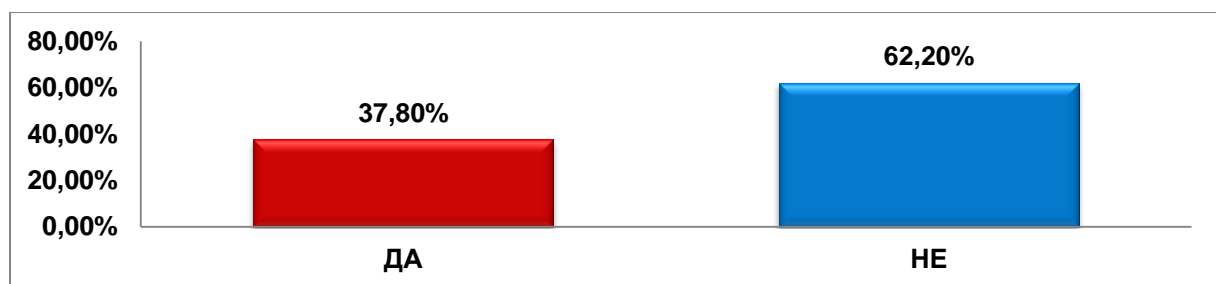
приблизително равномерно разпределение. Младите хора до 29 г. имат малко по-малко представители в сравнение с другите две групи.

Според местоживеенето имаме значителен превес на болните от градовете, което в бъдеще ще отстрани този показател при извършването на допълнителните анализи.

Разпределението на пациентите според образователната степен показва, че най-малко са представителите на пациентите с основно образование (5,60%), а най-много са представителите със средно образование (68,90 %).

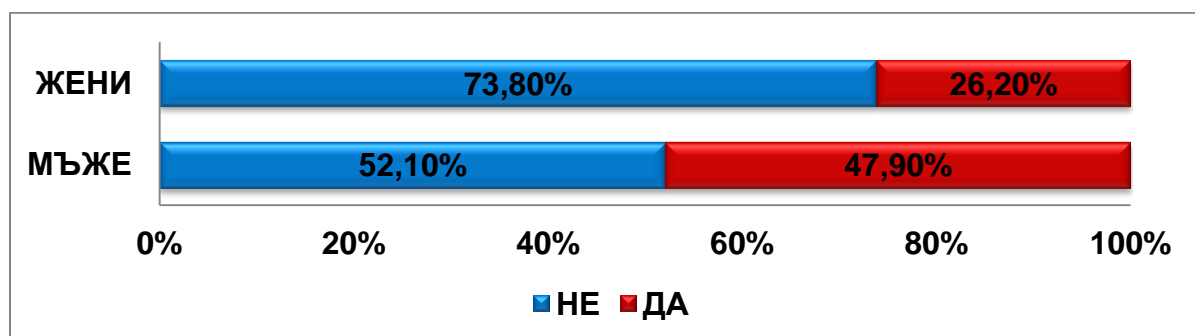
От гледна точка на семейното съжителство, можем да кажем, че повечето от анкетираните пациенти са семейни или живеят на семейни начала (53,30 %), следвани от несемейните пациенти (35,60 %).

Близо 1/3 (37,80 %) от пациентите страдат от невъзможността за физически контакт по време на заболяването. (фиг. 51)



Фиг. 51. „Страдам от невъзможността за физически контакт по време на заболяването” – област „ТЯЛО”

Наблюдаваме съществена разлика в невъзможността за физически контакт по време на заболяването по полов признак ($p < 0,05$). Мъжете изпитват в по-голям процент подобни проблеми в сравнение с жените. (фиг. 52)



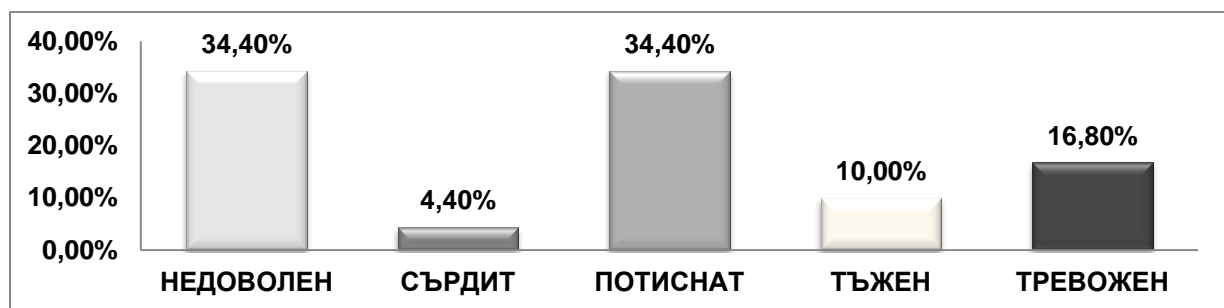
Фиг. 52. Сравнителен анализ по пол в област „ТЯЛО”

По отношение на възрастовия показател можем да кажем, че пациентите на средна възраст 35 г. са тези, които са посочили, че изпитват невъзможност за физически контакт по време на заболяването. Пациентите, които нямат подобни проблеми са над 40 г. ($p < 0,05$).

От гледна точка на възрастовите групи не намерихме съществена разлика в това направление. Пациентите над 45 г. в най-малък процент имат затруднения при физическия контакт (25,00 %).

Образователната степен на пациентите също не оказва съществено влияние върху страданието от невъзможността за физически контакт по време на заболяването. В най-нисък процент подобни проблеми имат 20 % от пациентите с основно образование, тези със средно изпитват подобни проблеми в 40 % от случаите, а висшистите в 34,80 %.

При семейното съжителство също не намерихме съществено влияние върху направлението „ТЯЛО”. Вдовците имат най-малко проблеми в тази област (16,70%), а несемейните и разведените са с равен резултат и представляват 50% от своята група. При семейните пациенти подобни проблеми изпитват 31,30% от анкетираните.



Фиг.53. „Фактът, че обичайните ми дейности са забранени, ме карат да съм” – област „ДЕЙНОСТ”

От фиг. 53 се вижда, че най-висок процент имат две групи емоции „недоволен” и „потиснат” (по 34,40 %), а най-малко са пациентите, които посочват, че са сърдити (4,40 %).

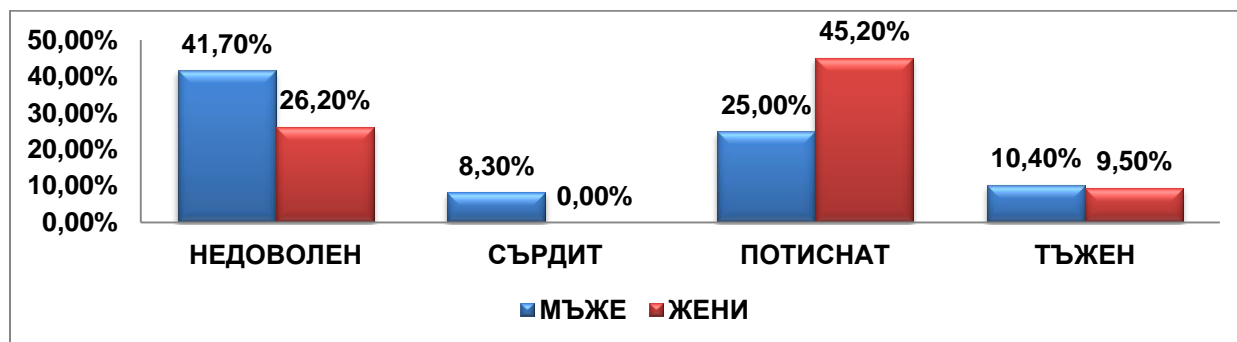
По отношение на пола не се доказва съществена разлика в изявата на емоциите. При мъжете преобладава недоволството (41,70 %), а при жените потиснатостта (45,20 %) (фиг. 54).

По отношение на възрастта не беше намерена съществена разлика в отделните емоционални прояви. Налице е леко вариране в средната възраст на пациентите при

проявата на отделните състояния – тревожен (36 г.); потиснат (37 г.); недоволен (40 г.); сърдит (41 г.) и тъжен (46 г.).

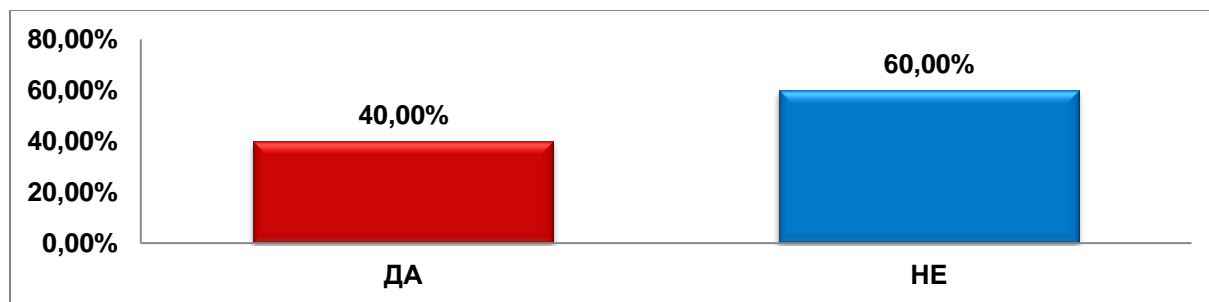
Образованието също не оказва влияние върху този въпрос от област „ДЕЙНОСТ”. Разпределението следва тенденцията на общата картина на изявата.

Семейното съжителство е другият показател, който показва изявата на общата картина по този въпрос.



Фиг. 54. Сравнителен анализ по пол в област „ДЕЙНОСТ”

Временното блокиране на възможността за обичайни дейности и хобита след изписване тревожи 40 % от анкетираните пациенти. (фиг. 55)



Фиг. 55. „Временното блокиране на възможността за обичайни дейности и хобита след изписване ме тревожи” – област „ДЕЙНОСТ”

Въпреки, че няма съществена разлика по отношение на пола можем да кажем, че жените в по-малка степен изпитват подобни тревоги (45,70 %), докато при мъжете този проблем се среща при близо половината от представителите на мъжкия пол (43,80 %).

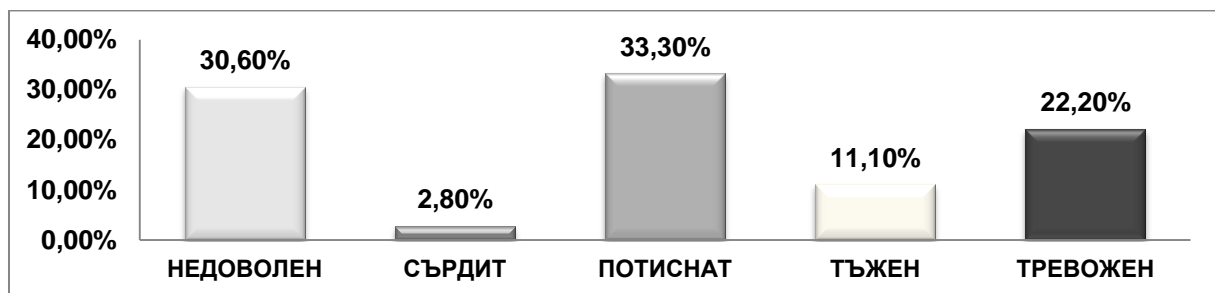
Възрастта оказва своето влияние върху чувството на тревожност при блокирането на възможността за изпълнение на обичайни дейности ($p < 0,05$). Пациентите, които изпитват подобно чувство са по-млади (35 г.) в сравнение с тези,

които нямат проблеми (41г.). От гледна точка на възрастовите групи пациентите над 45 г. в най-малка степен са посочили, че имат подобно затруднение (28,10%), а представителите на най-младата група са най-засегнати от това обстоятелство (56,00 %).

При образованието по отношение на този показател не намерихме съществена разлика. Можем да кажем, че пациентите с основно образование, изпитват в 40 % тревожност, пациентите със средно в 33,90 % от случаите, а тези с висше образование имат най-голяма честота - 56,50 %.

При семейното съжителство имаме равномерно разпределение в трите групи по честота на проявата - несемеен, семеен и вдовец, като разведените не изпитват подобна тревожност.

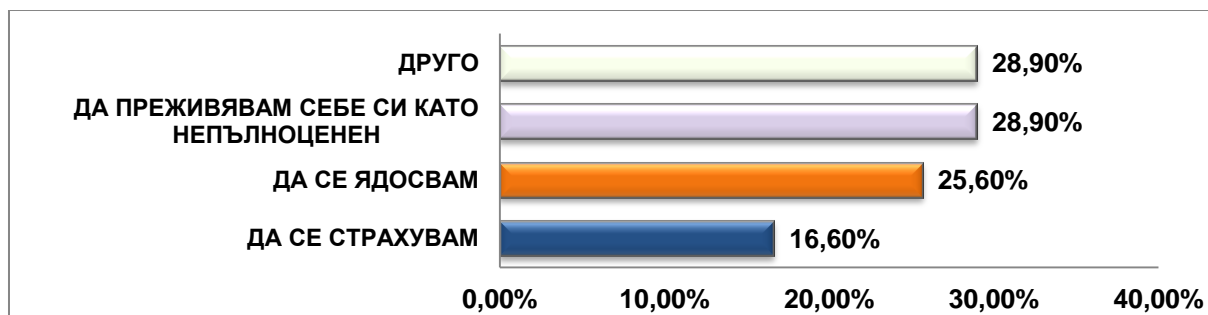
От пациентите, които са посочили, че изпитват тревожност от временното блокиране на възможността за изпълнение на обичайните дейности 33,30 % се чувстват потиснати от това, а 2,80 % посочват, че са сърдити (фиг. 56).



Фиг. 56. Разпределение на пациентите, които са отговорили положително на тревожността от временното блокиране на възможността за изпълнение на обичайните дейности и проява на чувства от това блокиране

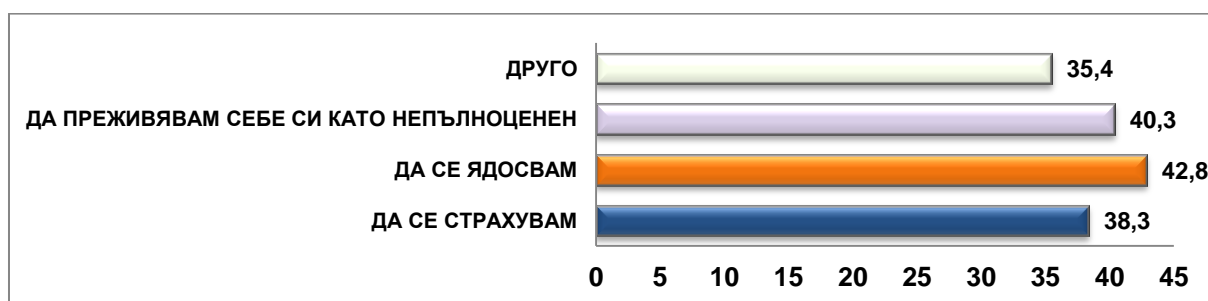
Пациентите в по-голямата си част се чувстват непълноценни по време на изолация (28,90 %). Същият процент са посочили, че се чувстват и по друг начин. (фиг. 57)

По полов признак не намерихме съществена разлика при мъжете и жените, които повтарят резултатите с леки колебания от общата картина на ситуацията.



**Фиг. 57. „Това, че съм изолиран от близки и познати, ме кара: ...”
- Област „КОНТАКТИ”**

По отношение на възрастта също можем да кажем, че няма влияние, въпреки колебанията в средната възраст по отделните твърдения. (фиг. 58)



**Фиг. 58. „Това, че съм изолиран от близки и познати, ме кара”:
- област „КОНТАКТИ” според средната възраст**

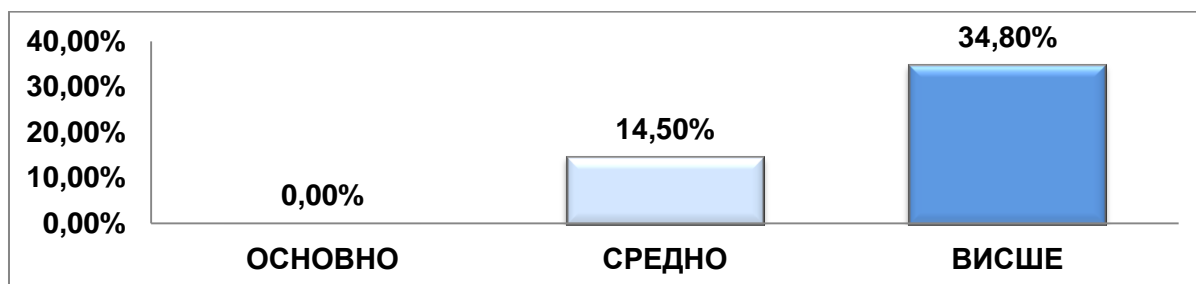
Образованието също не показва съществено влияние върху чувствата, които пациентите изпитват при изолация. Можем да кажем, че пациентите с основно образование в най-голяма степен се чувстват непълноценни (40,00 %). Пациентите със средно образование посочват, че се чувстват по същия начин (30,60 %), а тези с висше образование в най-висок процент са посочили, че се чувстват по начин различен от посочените (39,10 %).

При семейното съжителство във всички групи преобладава процентът на другите изяви.

Въпреки ограниченията, които пациентите изпитват по време на изолация, малка част от тях биха нарушили болничния режим (18,90 %).

Мъжете и жените нарушават болничния режим в еднаква степен – 19,00 %.

По отношение на възрастта можем да кажем, че по-младите пациенти са по-склонни да нарушават болничния режим, когато са в процес на изолация ($p < 0,05$). „Нарушителите” са на средна възраст 35 г., а другите пациенти са на средна възраст около 40 г.

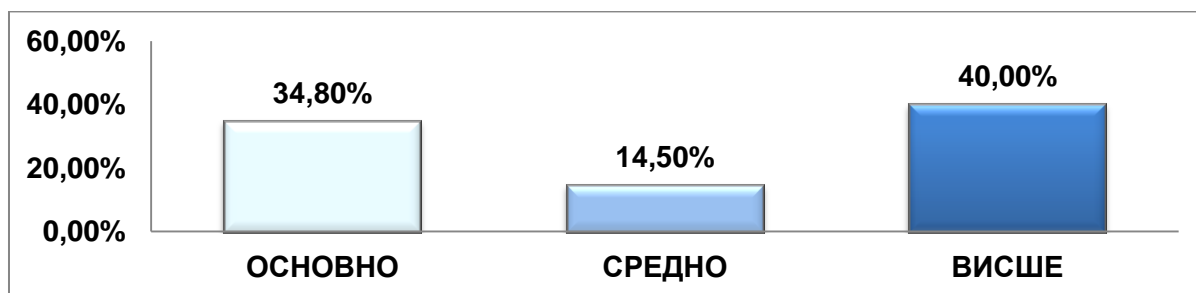


Фиг. 59. Склонност за нарушаване на болничния режим при изолация

Съществена разлика се наблюдава по отношение на образователната степен ($p < 0,05$). Пациентите с основно образование не нарушават болничния режим, докато пациентите с висше образование са в най-висока степен склонни да извършат подобно нарушение (34,80 %) (фиг. 59).

Семейното положение не оказва влияние върху нагласите за нарушаване на болничния режим при изолация. Разведените пациенти показват в 50% от случаите нагласа за нарушаване на режима, докато при останалите групи процентът варира до 18 %.

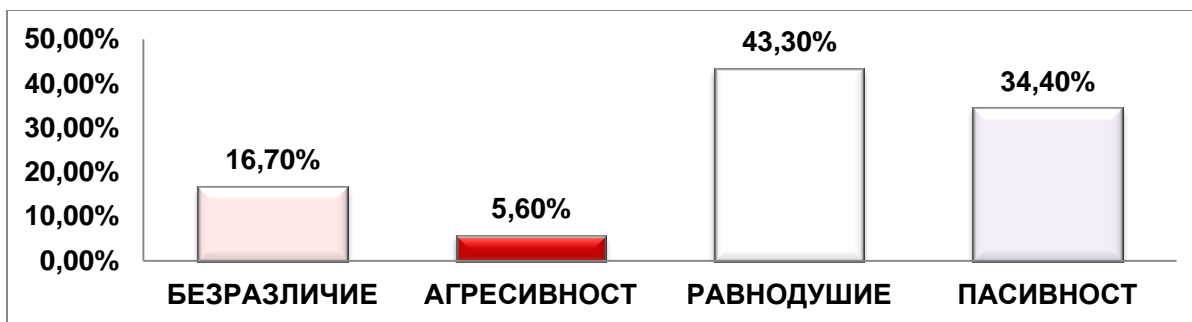
Според 21,10% от анкетираните лица болничната изолация ги обезличава. Подобно чувство изпитват 23,80% от жените и 18,80% от мъжете, като няма съществена разлика в средната възраст на пациентите (средно 36 г.).



Фиг. 60. Разпределение на пациентите, които се чувстват обезличени по време на болничната изолация според образователната степен

Съществена разлика в чувството на обезличаване по време на болнична изолация беше намерена по отношение на образователната степен ($p < 0,05$). (фиг. 60)

Семейното съжителство не показва съществена разлика по отношение на чувството за обезличаване по време на болничната изолация. Несемейните и разведените в най-висока степен изпитват подобно чувство (по 25,00 %).



Фиг.61. „За да се справя с болничната изолация, реагирам с ...”

По-голямата част от пациентите се справят с болничната изолация като реагират с равнодушие (43,30 %), малка част от тях проявяват агресивност (5,60 %). (фиг. 61).

Полът не показва връзка с реакциите при справянето с болничната изолация. 52,10% от мъжете проявяват равнодушие, а 45,20% от жените пасивност.

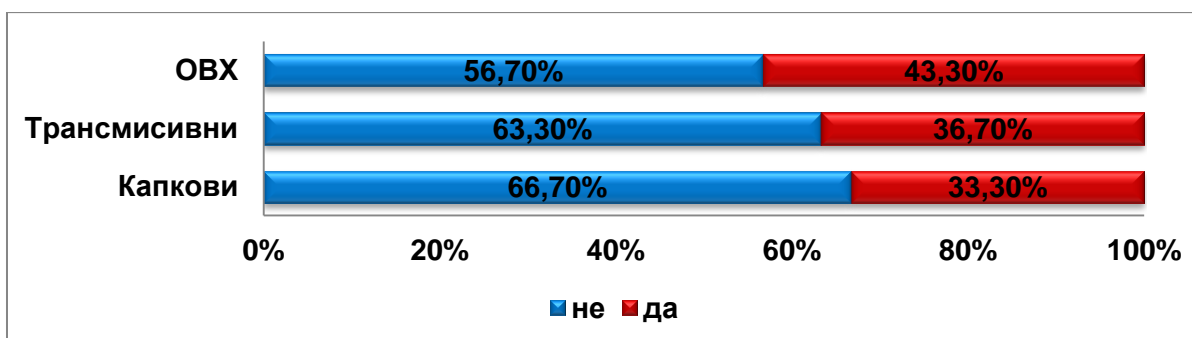
Възрастовият показател също не показва връзка с изявите при болнична изолация. По-младите пациенти реагират с равнодушие (37 г.), а най-възрастните с агресивност (44 г.).

От гледна точка на образователната степен независимо от групата всички в най-висок процент реагират с равнодушие.

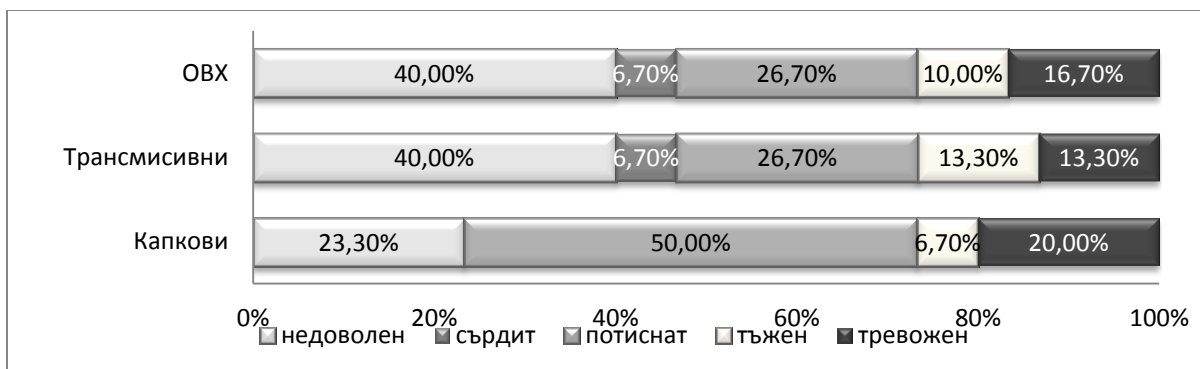
Семейното съжителство не показва влияние върху изявата на реакцията за справяне с болничната изолация поради разпръснатостта на отговорите.

1.7. Преживяване на изолацията от трите групи заболявания според Балансовия модел на Н.Песешкиан

В област „ТЯЛЮ” не беше намерена съществена разлика в разпределението на пациентите, които са посочили, че изпитват страдание от невъзможността за физически контакт при отделните групи заболявания (фиг. 62).

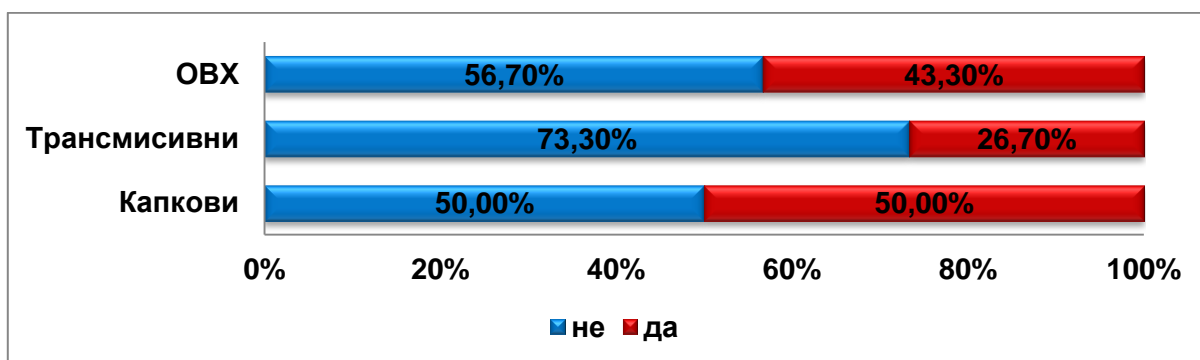


Фиг. 62. Област „ТЯЛЮ” при трите видове заболявания

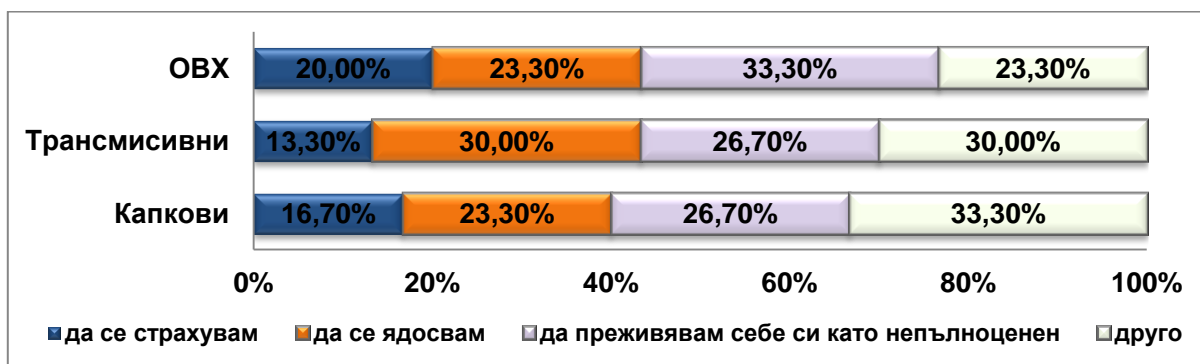


Фиг. 63. Област „ДЕЙНОСТ” и изява при забрана на обичайните дейности

В област „ДЕЙНОСТ” също не се намери съществена разлика при трите вида заболявания (фиг. 63 и 64).

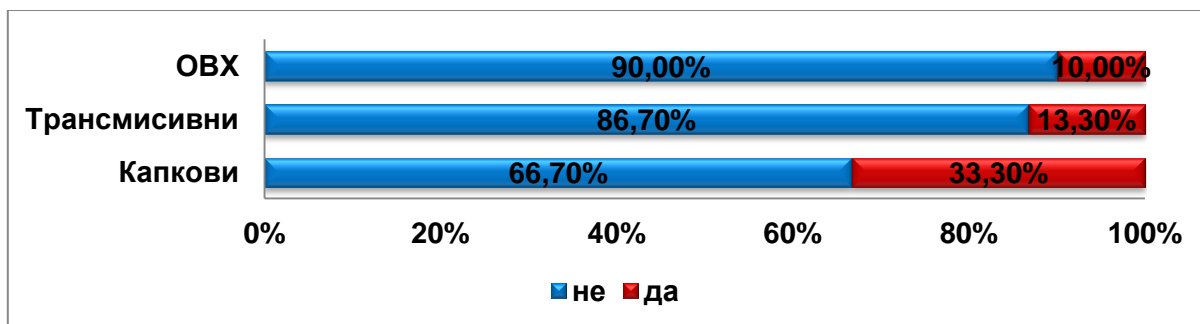


Фиг. 64. Област „ДЕЙНОСТ” и тревожност при временно блокиране на обичайните дейности



Фиг. 65. Област „КОНТАКТИ” и изява при изолация

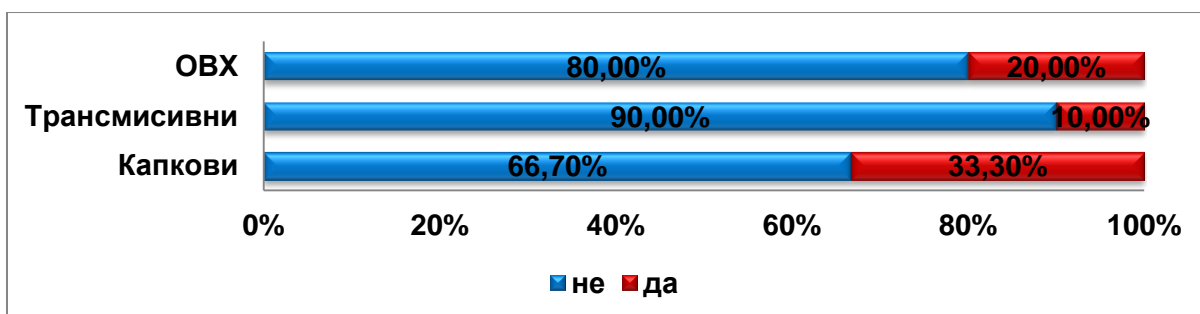
В област „КОНТАКТИ” не беше намерена разлика по отношение на изявите при изолация при трите групи заболявания, но такава беше намерена по отношение на желанието за нарушаване на болничния режим при болнична изолация ($p < 0,05$) (фиг. 65 и 66).



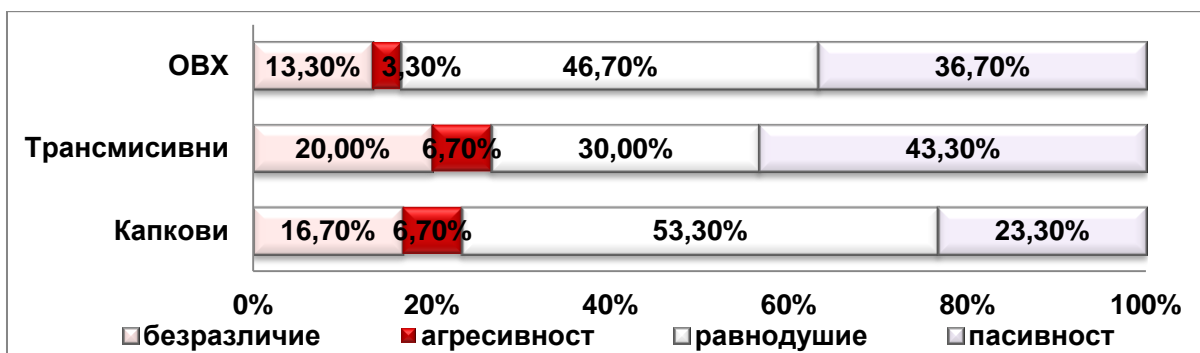
Фиг. 66. Област „КОНТАКТИ” и желание за нарушаване на болничния режим при изолация

Резултатите от фиг. 66. показват, че най-малко склонни да нарушават болничния режим по време на изолация са пациентите с ОВХ (10,00%), а в най-голям процент подобни нарушения са склонни да правят пациентите с капкови инфекции (33,30%).

В област „ФАНТАЗИЯ/БЪДЕЩЕ” съществена разлика беше намерена по отношение на чувството за обезличаване по време на болнична изолация ($p < 0,05$), но подобна не беше констатирана при изявите за справяне с болничната изолация. (фиг. 67 и 68)



Фиг. 67. Област „ФАНТАЗИЯ/БЪДЕЩЕ” и чувството на обезличаване при болнична изолация



Фиг. 68. Област „ФАНТАЗИЯ/БЪДЕЩЕ” и изява при справяне с болничната изолация

От данните представени на фиг. 68 се вижда, че пациентите с капкови инфекции се чувстват в най-голяма степен обезличени от болничната изолация (33,30%), докато тези с трансмисивни инфекции изпитват в най-ниска степен подобно чувство (10,00%).

АНАЛИЗ

Анализът на социо-демографските данни за заболяемост във Варненски окръг, на хоспитализираните в Университетската клиника по инфекциозни болести и включените в психологическото изследване пациенти сочи недвусмислено влиянието на някои социални параметри като психологическа и психосоциална предпоставка за разгръщане на преживяването при поява на една соматична (инфекциозна) болест.

На първо място трябва да се коментират условията на живот. По едни или други причини, чието детайлизиране не касае нашето проучване, е видно, че броят на хоспитализираните болни е 4 пъти по-малък от този на заболелите от ОЗБ. Болшинството боледуващи и хоспитализирани пациенти идват от града. По изключение биват хоспитализирани хора от селата; вероятно при значителна тежест на състоянието на болния. Преобладават количествено хоспитализираните със средно и средно-специално образование и тези в млада възраст (средно 29 г.).

Специфично за изследваните от нас три групи инфекциозно болни се оказва възрастовият показател и семейната обвързаност. При пациентите с капкови инфекции някои видове заболявания са по-изразени при семейните пациенти (херпес зостер, грип); други - при несемейните (варицела, морбили, мононуклеоза, епидемичен паротит); ($p < 0,05$). От херпес зостер са хоспитализирани главно жени и във възраст над 45г., а от епидемичен паротит – главно мъже, което съответства на клиничната картина. В над 90% от хоспитализираните е открита съпътстваща болест от кръга на психосоматичните болести (хипертония и захарен диабет).

При пациентите с ОВХ се оказва значим фактор за наличие на уточнени хепатити това, че са в млада възраст и несемейни, докато семейните развиват по-скоро неуточнени хепатити. Хоспитализирани са предимно пациенти от мъжки пол.

Както при капковите, така и при трансмисивните инфекции има съпътстваща болест; отново от кръга на психосоматиката (хипертонична болест). Възрастовият фактор има своето относително представителство при боледуване от малария и Q-треска (30-44-годишните) и при марсилска треска и лаймска болест.

Разгледаната социо-демографска характеристика на изследваните болни навежда на разсъждения относно значимостта на социо-психологичните фактори (себеоценка на „градски”/„селски” човек, социална принадлежност към семейство и работна среда; „самочувствие” на млад човек и такъв в активна трудова възраст и др.) за преживяването на факта на боледуване, а вероятно и за личната мотивация на индивида, да бъде или да не бъде хоспитализиран. Откритата коморбидност, главно с болести от кръга на психосоматиката, е друг значим психологичен фактор, както поради естеството на психосоматичната болест, така и поради вероятно по-големия брой хоспитализации на тези болни в други соматични клиники.

Картина на преживяването в балансовия модел на Н. Песешкиан при всички хоспитализирани болни

Проследяването на резултатите при всички изследвани пациенти затвърди мнението за влияние на 2 основни социо-демографски фактора в изграждане на преживяването на инфекциозно болния – микро и макро-социалната среда и образованието.

Отразена в балансовия модел на Н. Песешкиан картината на преживяването е следната:

Област Тяло

Най-болезнено преживяване относно функциониране на тялото имат болните от селата. При узнаване на диагнозата те реагират със страх (41%) и възприемат в този момент тялото като свой враг (над 61%). Силата на емоционалната експресия се оказва очаквано полово и възрастово специфична, както и в пряка умерена зависимост от семейния статус и образованието на пациентите. Най-възрастните пациенти (над 44г.) и жените реагират спрямо възприемането на телесното състояние и диагнозата със страх; по-младите – с широка гама от стенични емоции, а най-младите (19-29г.) предимно с уплаха. Висшистите се шокират, а хората с основно образование преживяват страх. Страхът е водещо преживяване, свързано с телесното състояние и при болшинството семейни.

Тази картина на преживяване на състоянието на тялото и узнатата диагноза подсказва, че пациентите преживяват болестта на тялото не само като чисто соматична болест, а като такава, имаща отражение в социалното им функциониране.

Тази хипотеза би могла да обясни получените резултати в другите две области – Контакт и Дейност.

В областта на Контактите най-засегнати от болестта са отново живеещите в село и ниско образованите. Те живеят със страх, че ще бъдат отхвърлени от социалното им обкръжение заради болестта; живеят с притеснение, че заради болестното състояние могат да навредят по някакъв начин на близките си.

Подобни размисли и наложеното в повечето случаи ограничение на контактите се преживява от болшинството пациенти, независимо от пол, възраст, образование и социална среда (над 55%) с яд и с включване на психологична защита. Над 70% заявяват на рационално ниво, че не считат, че могат да бъдат отхвърлени от социума поради болестта си. Подобно рационално поведение носи характеристиките на психологичната защита „изтласкване” и е в противоречие с показаните стенични емоции.

Област Дейност

Психологически себезащитно е също преживяването на болните на статуса им като работещи хора. Над 96% декларират твърдата убеденост, че болестта не нарушава работоспособността им и не застрашава работното място, т.е. че няма да се стигне до смяна на месторабота и професия. В същото време престоят в болница не се възприема като възможност за отдых и почивка. Пациентите имат по-скоро чувството на принудително блокиране на трудовата им дейност. Този факт обяснява тяхното преживяване, че в болестта тялото им е по-скоро враг.

Област Фантазия/ Бъдеще

Наличната вътрешна картина на болестта при изследваните пациенти от трите болестни групи носи в себе си по-скоро ангажираност със социалната и индивидуално-психологическа преценка на състоянието, отколкото с наличните физически/физиологически параметри на болестта. Болшинството пациенти страдат не толкова от симптоматиката, колкото от преценката, че са станали физически и психически слаби хора. Това преживяване е подчертано мъчително за болните от селото. Тези пациенти дори не са в състояние да назоват чувствата, които съпътстват тази им преценка. За разлика от тях пациентите от града и тези с висше образование (над 69% от всички) точно назовават съпътстващите чувства, в един широк спектър от стенични емоции.

Анализ на сравнителните междугрупови резултати

Данните от самооценъчния въпросник, анализирани с помощта на балансовия модел на Н. Песешкиан внасят общата представа, че в преживяването на своята инфекциозна болест, независимо от спецификата на болестната картина, пациентите се ангажират повече с психологичната и психо-социална компонента, в много малка

степен - със соматичната страна на своята болест. Този акцент вероятно идва от представата, че инфекциозната болест е лечима (до пълно възстановяване на здравето), но носеща неприятни преживявания в хода на лечението поради необходимостта от болнична изолация. Над 95% от пациентите са твърдо убедени, че тялото им ще се справи успешно с болестта и че изходът от нея е с благоприятна прогноза.

В този контекст болните с **трансмисивни инфекции** възприемат тялото си като приятел, а престоя в болница – като възможност за почивка. Те са твърдо убедени, че болестта им не заплашва нито трудоспособността, нито местоработата. Поради тази причина съдържанията на област Дейност не са акцент в техните преживявания, въпреки че узнаването на диагнозата им поражда първоначално страх.

Болшинството негативни емоции от стеничния агресивен спектър (недоволство до яд) са насочени в областта Контакти, главно поради факта на изолиране. Пациентите възприемат себе си като „физически и психически слаб човек”, вероятно с разбирането, че те самите са допринесли за попадане в тази болест и тези болнични обстоятелства.

Сравнително близка е картината на преживяване на болестта от страна на пациентите с **капкови инфекции**.

Те реагират при узнаване на диагнозата с уплаха (по-леко емоционално състояние от страх), макар че възприемат (над 60%) тялото си като враг. В преживяването на болестта надделяват стеничните чувства от агресивния спектър (яд към болестта, недоволство, че са ограничени контактите им) и притеснение за влиянието на тяхната болест върху близките им (при 48,4%). Наличието на широк емоционален спектър в представата на пациента за собствения статус на инфекциозно болен са доминантни при 73% от пациентите. Добре назованите конкретни емоции очертават картината по-скоро на психично страдащ, а не на соматично болен човек.

Много по-специфична се оказва картината на преживяване на пациентите с ОВХ.

Те са не само уплашени, но в значителна степен шокирани, че имат такова заболяване и при 60,00 % от всички властва преживяването, че тялото им е враг. Съществува разлика в емоционалното отреагиране при узнаване на диагнозата. Докато пациентите с хепатит С са уплашени; тези с хепатит А и с неуточнен хепатит варират между уплаха и страх, то пациентите с хепатит В са в емоционален шок. Отношението към изхода от болестта е в значителна степен амбивалентно. На рационално ниво всички (95% до 100%) приемат, че тялото им ще се справи с болестта (с най-малък процент увереност са пациентите с хепатит С – само 2/3) и ще запазят работоспособност и месторабота. На емоционално ниво пациентите ангажират себе си с

притеснения за загубено време. За тях престоят в клиника не носи спокойствие, а ги товари с нова доза негативни емоции (при над 72%). Те страдат от ограниченията, наложени в болничната изолация и в същото време се ангажират със сериозни притеснения относно вероятността да заразят близките си (76,9% от пациентите) или живеят със страха, че околните ще ги отбягват (наличен при близо половината от пациентите).

Подгрупите преживяват престоя в болница и наложената изолация различно. За пациентите с хепатит С (66,7%) и тези с хепатит А (1/3 от тях) и неуточнен хепатит (1/4 от тях) престоят в болница е като почивка. Най-нежелан е престоят в болницата за пациентите с хепатит В (в 88,9% от всички), макар че имат преживяването, че болестта им не е пречка в контактите (при 55,6%). За сметка на това доста амбивалентно е отношението им към темата работоспособност/ вероятност от загуба на работно място. 1/3 от тях изтласкват мисли в тази посока (психологична защита), а друга 1/3 определено живеят със страх, че това може да се случи.

Представата за своя статус на инфекциозно болен пациентите гледат с отрицателна оценка за физическото си, но и за психическото си състояние. От една страна се опитват да „убедят“ себе си (психологична защита), че болестта им е „плод на случайността“. Така правят почти всички без болните с хепатит С. От друга - обличат картината за своето болестно състояние в емоционални картини от рода „физически и психически слаб човек“ (при хепатит С до 100 % от всички) и дори „прокажени“ (при 22,2 % за хепатит В). Подобни езикови картини, внесени спонтанно от пациентите, илюстрират преживяването на инфекциозната болест не само като болест на тялото, но и на душата.

ЖЗС като предпоставка за формиране на преживяването на болестта

Според **честотата на ЖЗС** през последната година преди хоспитализацията болшинството болни посочват по-голям процент събития в подскала „Личен живот“.

Специфична е честотата на събитията във всички скали за отделните групи инфекциозно болни, проследени според пол и възраст.

При пациентите с **капкови инфекции** по-често срещани ЖЗС в подскала „Семейство“ се откриват във възрастта над 45г. и преобладаващо при жените. В подскала „Личен живот“ мъжете до 29г. имат най-голяма честота на ЖЗС (61,5% от тях), като показват тенденция към намаляване на честотата с увеличаване на възрастта. При жените това се случва с особена честота само във възрастта 30-44г. (при 55, 5%), след което има спад на честотата. По данни от тази подскала пациентите от капкови

инфекции, сравнени с останалите две групи са с най-голяма честота. Само мъжете над 45г. показват висока честота (при 50% от тях) на ЖЗС в подскала „Работа”. За всички останали пациенти с капкови инфекции процентът на честотата в тази подскала е изключително ниска.

В групата на **трансмисивните инфекции** се констатира, че по-чести са ЖЗС в подскала „Семейство” с нарастване на възрастта. Над 45-годишна възраст те са налице при 51,4% от жените и при 36% при мъжете. В това представителство те водят първенството, сравнени с другите две групи пациенти. Събития в подскала „Семейство” не са отразили жените във възрастта 19-29г., вероятно поради факта, че са се оказали в тази възраст във от родното семейство и без наличие на собствено.

В 54,6% от пациентите в тази група се констатира и най-висока честота в подскала „Личен живот”, както е и при пациентите с капкови инфекции.

Честотата на ЖЗС в подскала „Работа” бележи своя пик при всички пациенти във възрастта 30-44г.

Пациентите с ОВХ показват най-ниска честота на ЖЗС и в трите подскали, сравнени с останалите групи. Набелязва се специфична тенденция на повишаване честотата на ЖЗС според възрастта, а в някои субскали и според пола.

Нарастването на възрастта при жените води до намаляване на събитията в подскала „Личен живот”, но увеличаване по честота на събитията в подскала „Семейство”. При мъжете се разкрива наличие на натрупване на ЖЗС в подскала „Семейство” и „Работа” с пик във възрастта 30-44г. ЖЗС в подскала „Личен живот” е със стабилни възрастови проявления.

За всички мъже и жени с ОВХ подскала „Личен живот” се оказва с най-ниска честота на проявление спрямо данните в другите две групи пациенти.

Значимостта на всичките 10 ЖЗС, отразени с подскала „Семейство” е с висока степен на изразеност за пациентите и от трите групи (средно 66% до 100% от пациентите). Налице е полова специфика, изводима от преобладаващата при жените по-богата емоционалност, респ. отразяване на преживяното събитие с по-висока степен на значимост, отколкото мъжете.

В групата на пациентите с **капкови инфекции** жените дават акцент на значимост на събития, касаещи останалите членове. За тях е значимо не личното психично състояние в едно събитие, колкото това на приближените. Преживяването за значимост на едно ЖЗС при мъжете е в другата крайност. Те се оказват по-

чувствителни към пряко касаещи ги ЖЗС като индивид, а не като единица в семейната констелация.

Пациентите с **трансмисивни инфекции** преживяват като по-значими събития, имащи смисъла на макротравми за цялото семейство. В този смисъл преживяването на значимост на едно събитие не е съотнесено към индивида, а се третира в интерактивен групов смисъл.

В групата на пациентите с **ОВХ** като че ли не се преживяват с висока степен на значимост жизнените събития, нито в микро-, нито в макро-травматичен вариант. Може да се предположи (като се има предвид и най-малкия брой отразени събития в тази подскала), че тези пациенти носят характеристиките на индивиди („самостоятелен атом“), а не на социална единица в семейството. Вероятно функционират загрижени по-скоро за физическото си състояние като изтласкват (психологична защита) индивидуал-психологичното и психо-социалното ядро в себе си.

Значимостта на събитията в подскала „**Личен живот**“ е отразена от в 13-те събития в диапазона средно 82% до 100% от пациентите на трите групи. Прави впечатление, че пациентите с **капкови инфекции** запазват същата тенденция на значимост, както и в подскала „Семейство“. Жените са по-чувствителни спрямо чуждите реакции в едно събитие (преценяват значимостта на макротравмено ниво), Мъжете отразяват значимостта на събитията в контекста на запазване на своето био-психично равновесие; по-егоцентрично отразяване на събитията.

Мъжете с **трансмисивни инфекции** преживяват като по-значими събития, които касаят техния социален престиж. Жените от същата група преживяват като по-значими събития, в които се налага в името на общото благо да издържат физически и психически.

Пациентите с **ОВХ** са с повишена болезненост в преживяване на събития, които биха блокирали възможността им да изведат за себе си социална печалба. Може да се допусне, че егоцентрично те са с нагласата да получават от социума повече, отколкото да дават.

Значимостта в подскала „Работа“ варира за отделните групи в по-широк процентов диапазон (средно 50% до 100%). Оказва се, че за всички пациенти темата „смяна на професия и месторабота; уволнение, съкращение, пенсиониране“. т.е. ниво и качество на трудова ангажираност е с много висока степен на значимост. Този резултат противоречи на показаната във въпросника твърда убеденост на болшинството пациенти, че болестта не застрашава професионалната им реализация. Вероятно

обяснение на това противоречие би могло да се търси в две посоки: на индивидуално-психологично ниво като включване на психологична защита (рационализиране), каквато въпроникът лесно позволява; на концептуално ниво – разминаване между реалната фактология (пациентите имат работа) и социалната несигурност по принцип, занимаваща всеки на фона на актуална икономическа криза.

Лесно обясним е фактът, че за мъжете темата „работа” е по-значима, отколкото за жените. Откритите различия в трите групи пациенти повтарят тенденцията на специфично преживяване за групата, описана за предходните две подскали.

В краткосрочен план, непосредствено преди хоспитализацията, пациентите за преживели следните **актуални събития** в трите подскали, както следва:

В подскала „Семейство”

„Болест на член от семейството” и „Смърт на член от семейството” са актуални събития с висока честота при жените с трансмисивни и капкови инфекции и при мъжете с ОВХ.

За всички пациенти актуалните ЖЗС в подскала „Семейство” притежават висока степен на значимост при 80% до 100% от всички. Това показва наличието на предхождаща влизането в клиника психологическа натовареност на пациентите с психотравмени изживявания, имащи смисъла на семейни макротравми.

В подскала „Личен живот” честотата на ЖЗС е с по-малка представителност в общата група (около 65%-70%), сравнена с подскала „Семейство”, но достатъчно по-голяма от подскала „Работа”. Набелязват се актуални ЖЗС, имащи характер на микротравми. В различните подгрупи те се проявяват с различна честота. „Промяна в доходите” (67,4% от всички) е събитие с най-голяма честота при пациентите-мъже с капкови и трансмисивни инфекции. „Промяна на ритъма на сън/бодърстване” (69,05%) ангажира отново мъжете с капкови инфекции и ОВХ. „Промяна на навиците ...” (60,9%) е отново с най-висока честота при мъжете с капкови инфекции и ОВХ, а най-ниска - при пациентите с трансмисивни инфекции. Жените показват стабилна честота на проявление на цитираните по-горе ЖЗС (около 63% от всички).

Микротравмите в подскала „Личен живот” пациентите определят като такива с по-малка значимост, отколкото събитията в подскала „Семейство” и „Работа”. Това показва, че за болшинството хоспитализирани пациенти преживяването на личното им състояние (въпреки високата честота на събитията) се оказва по-маловажно, отколкото ЖЗС, които отразяват тяхната социална стойност. В контекста на този факт може да се разбере, защо парична проблема като „промяна на доходите” (за пациентите с капкови

инфекции и ОВХ) и „вземане на кредит” (за пациентите с трансмисивни инфекции) са с толкова висока степен на значимост.

Подскала „Работа” е с висока събитийност най-вече при пациентите-мъже над 45 години с капкови инфекции и ОВХ. Последните преживяват с висока значимост опасността от „смяна на професия, респ. месторабота”, а първите – предпоставките за „конфликт с началник”, вероятно поради високата честота на актуални такива събития.

Актуалната събитийност в групата на пациентите с ОВХ

Актуалната събитийност, в рамките на 1 месец преди отключване на инфекциозната болест, е по-често явление при пациентите с неуточнен хепатит, следвани от пациентите с хепатит А; в подгрупа „Семейство” – висок процент и значимост на преживяването на „болест на член от семейството”. Единични актуални събития в подгрупа „Семейство” се констатира при жените до 29г. с хепатит В и при мъжете до 45г възраст, също с хепатит В.

В наличието на актуални ЖЗС в подгрупа „Личен живот” картината при всички разновидности на ОВХ е приблизително еднаква. С висок процент са „лична болест...”; „промяна в доходите...”; „теглене/изплащане на кредит”; „промяна в личния ритъм сън-бодърстване” и промяна в навиците на хранене”. Преживяването на тези ЖЗС са с висока степен на значимост.

Тези факти безспорно показват нестабилното самочувствие и социална самооценка на пациентите с ОВХ. Т.е, те преживяват в актуалната ситуация и други, освен наличната болест, микротравмени събития.

В подгрупа „Работа” актуални събития липсват само при жените с хепатит В. При всички останали (с количествен превес при мъжете с хепатит В) актуалната събитийност касае микротравми („промяна/смяна на професия/месторабота” и „неприятности с началник”).

Фактите в трите подскали на скалата за ЖЗС внасят яснота относно демонстрираната във въпросника амбивалентност относно лична преценка в областите „Тяло”, „Дейност”, „Контакти” и „Фантазия/Бъдеще” и относно показаното високо ниво на включена психологична защита спрямо психологичната и психосоциална страна на болестта.

ПРЕЖИВЯВАНЕ НА ИЗОЛАЦИЯТА

Наличието на инфекциозна болест налага според естеството на болестта и нейната заразност попадане в ситуация на изолация.

В общата група на изследваните болни се оказа, че статистически по-болезнено преживяват болничната изолация мъжете. Възрастта на пациентите и образователното ниво са също статистически значим фактор, вероятно поради факта, че довеждат пациентите в депривация на различни нива на потребности. По-младите (**до 35годишна възраст**) и **по-високо образованите** (висшистите и тези със средно-специално образование) преживяват пространствената изолация като загуба на възможност за удовлетворяване на социално-значими потребности. Пациентите **над 45г. и тези с основно образование** – хора, които по правило притежават по-силни базови потребности, страдат поради липсата на физически контакт с най-тесното си обкръжение.

Първата група реагира с богат емоционален спектър, а висшистите преработват болезненото преживяване много по-определено от останалите в мотивация за нарушаване на болничния режим (34,8% от всичките висшисти, за сметка на само 18,9% при останалите). Втората група реагира с „тихо“ недоволство и потиснатост (в 34,4%), с чувство за непълноценност и ниска значимост (28,9%). Най-младите повишават нивото на тревожност (56%) поради преживяването, че са незаслужено засегнати от обстоятелствата.

Образователното ниво, като израз на социален статус, внася и различна когнитивна преработка на изолацията. Хората с основно образование (при 34,8% от тях) и тези с висше (над 40% от тях) имат еднаквото разбиране, че изолацията ги обезличава. В тази преценка едната и другата група внася най-вероятно различни мотиви, имайки предвид констатираните по-горе различни нива на депривирани потребности.

Пак във връзка с личната депривация на значими нива на потребност може да се обяснят резултатите при несемейните и разведените пациенти. Те страдат от изолация в болницата значимо повече от семейните, вероятно поради наличието на проблематика, свързана с партньорството още в рамките на тяхното здраве.

Всички болни се опитват да преодоляват болезнеността на изолацията най-често като внасят своята психологична защита под формата на изтласкване и преобразуване на реакцията. Болшинството реагира (копинг-стратегия) с равнодушие (43,5%) и пасивност (34,4%).

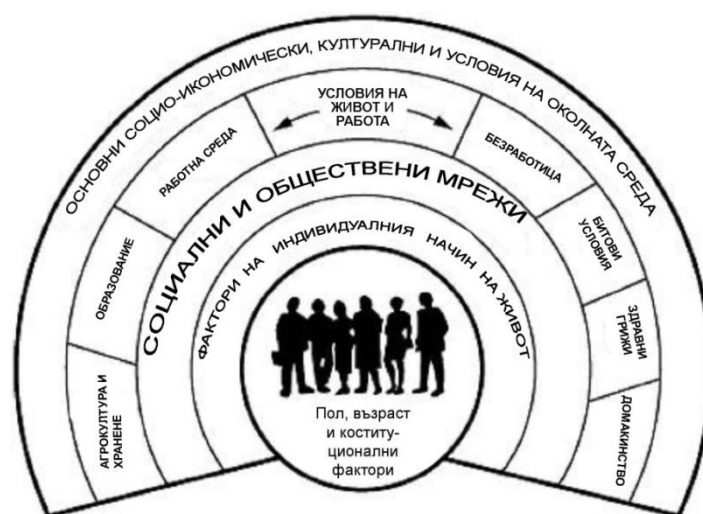
Преживяването на изолацията от пациентите в различните изследвани групи потвърждава общата тенденция. Прави впечатление най-вече начинът, по който пациентите с ОВХ преживяват изолацията. Съществува противоречие между поднесеното на рационално ниво и на емоционално ниво. То личи най-вече в областите „Тяло” и „Фантазия/бъдеще”. Поведението им на рационално ниво в стил „няма проблем за тялото, контактите и дейностите ми” контрастира на внесената информация за преживяваните емоции. Те са главно в стеничния (агресивен) спектър – висока доза недоволство, че поради изолацията са нарушени контактите и е заплашена дейността им. В същото време въпреки неприятното чувство за изолираност/ограниченост те са най-малко склонни (в сравнение с другите две групи) да провокират нарушаване на режим. Може да се допусне наличие и на друга гама чувства (например страх), но и наличие на психологична защита (преобразуване на реакцията – пасивност).

Изоляцията кара пациентите от другите две групи да са с болезненото преживяване на обезличени (най-вече тези с капкови инфекции); но пасивни – търпеливо приемат факта на изолация.

ОБСЪЖДАНЕ

Социо-демографски и клинични показатели на хоспитализираните пациенти с подобрите диагнози

В поредица от научни разработки в периода 1991г. – 2010г. авторите Margret Whitehead и Göran Dahlgren документират за СЗО 4-те нива на фактори, изграждащи връзката между соматично здраве и психично благосъстояние. В базовото ниво те поставят „условията и начина на живот и изградените поведенчески модели поради наличните социални условия”.



Фиг. 69. Детерминанти на здравето, съгласно M.Whitehead и G. Dahlgren

В нашето проучване констатирахме факти, които покриват съдържанието на базовото ниво, съгласно цитираните автори и се оказаха значими в изграждането на преживяването от пациентите на инфекциозната им болест.

Хоспитализираните пациенти се оказаха едва $\frac{1}{4}$ от заболели от ОЗБ във Варненска област, а между тях броят на лица от село, както и на тези с основно образование – незначително малък, неподлежащ на статистическа обработка. Без да обсъждаме социалните и здравно-организационни причини за поява на този факт, той има своето значение за обсъждане на получените резултати.

Между хоспитализираните „градски“ пациенти преобладаваха тези с видимо по-висок социален статус (лица със средно, средно-специално и висше образование; семейни или живеещи на семейни начала, в активна трудоспособна възраст). При тях статистически значими социо-демографски фактори, влияещи върху формирането на преживяването на болестта се оказаха **полът, възрастта и семейната обвързаност**.

При пациентите с капкови инфекции някои видове заболявания са по-изразени при семейните пациенти (херпес зостер, грип); други - при несемейните (варицела, морбили, мононуклеоза, епидемичен паротит); ($p < 0,05$). От херпес зостер са хоспитализирани главно жени и във възраст над 45г., а от епидемичен паротит – главно мъже, което съответства на клиничната картина. При пациентите с ОВХ се оказа значим фактор за наличие на уточнени хепатити това, че са в млада възраст и несемейни, докато семейните развиват по-скоро неуточнени хепатити. Хоспитализирани от трите групи са предимно пациенти от мъжки пол.

В клиничната картина на хоспитализираните се откри друг значим фактор, определящ както качеството им на живот, така и съдържанието на актуалното преживяване на инфекциозната болест. В над 90% от тях беше открита **съпътстваща болест от кръга на психосоматичните болести** (предимно хипертония и захарен диабет).

Себеоценката, която всеки индивид гради в годините и носи при влизане във всяко ново събитие (в нашия случай тази на „градски“ човек, със социален статус в семейство и работна среда; със „самочувствие“ на млад човек или на такъв в активна трудова възраст) се оказа със статистическа значимост за качеството на преживяване на болестта, а вероятно и за личната мотивация на индивида, да бъде или да не бъде хоспитализиран. Може да се допусне, че откритата коморбидност, главно с болести от кръга на психосоматиката, „оцветяват“ актуалното преживяване, защото го надграждат

върху натрупани в годините преживявания на вероятно по-голям брой хоспитализации в други соматични клиники. Не без значение е и фактът, че в естеството на самата психосоматична болест съществен принос има психичният фактор (личностови особености, стил на преживяване и поведение на справяне с житейски ситуации). Това съответства на разбирането на G.A.Fava, N.Sonino,2010).

Разглеждайки данните, свързани с преживяването на пациентите на наложената по необходимост **изолация** в болничните условия, не може да не се спомене констатираният от детската психология факт (Melanie Klein-1961).

Психологически изолираността на човек от контакт с друг се преживява на фона на натрупания детски психологичен опит. В рамките още на първите 3 месеца от живота бебето усеща присъствието, респ. липсата на възрастен около себе си. В този период на несамостоятелност всяко бебе преживява изолирането от довереното лице като депривация – липсва възможността за удовлетворяване на базовите потребности от обич, внимание, топлина, свързаност.

Изолацията в болничното заведение е толкова по-мъчителна, колкото по-травмиращи са били ранно детските преживявания на индивида. Актуалното се свързва асоциативно на несъзнавано ниво с детските преживявания.

Статистически значими фактори във формирането на преживяването на изолация се оказаха отново възрастта, пола и образованието на пациентите. Очерта се тенденцията негативното преживяване на изолацията да кореспондира с неудовлетворени лични потребности; базови – при пациентите с по-ниско образование и тези от селата и екзистенциални и социални – при хората с висше образование и висок социален статус. Много по-болезнено е преживяването при мъжете, отколкото при жените - факт, който може да се обясни с по-определеното самочувствие на мъжете за социално значима личност в микро- или макросоциалното обкръжение. Поради тези психологически особености статистически по-често се появява желанието на мъжете и на висшистите да нарушават режима на изолация.

Емоционалната страна в преживяването на изолацията също показва статистическата значимост на факторите възраст, образование, семейна принадлежност. С по-потиснати емоции („тихо” недоволство и потиснатост) и в смисъла на психологична защита (рационализиране - „Необходимо е” или изтласкване - „Няма значение”) реагират пациентите от село, с по-ниско образователно ниво и социален статус. Висшистите дават най-определен израз на недоволството си като назовават цяла гама от стенични негативни емоции, вероятно от една страна поради

добрите способности за саморефлексия, от друга – поради притежаваната по-висока себеоценка и чувство за социална значимост.

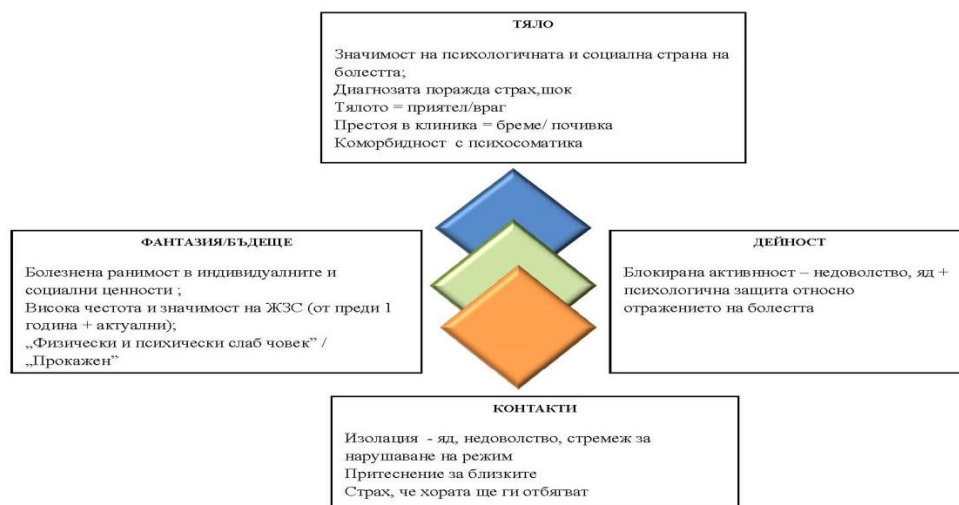
Още един факт, който доказва значението на наличните преди болестта лични психологични проблеми на пациента във формирането на актуалното преживяване е следният: статистически по-значимо преживяват изолацията младите на възраст до 29г., несемейните, разведените и работещите, преживяващи трудовата си активност като високо престижна.

Може да се заключи, че е налице тенденция болезненото преживяване на изолацията и нагласата за бързо излизане от нея (до нарушаване на режим) да е правопрпорционална на личното преживяване на депривация, т.е. на невъзможност на пациента да удовлетвори в режима на изолация свои значими в йерархията на ценностите му потребности.

Параметри на преживяването на изследваните инфекциозно болни -балансов модел на Н. Песешкиан

ОБЩО

Онагледеното актуално преживяване на самата болест, посредством балансовия модел на Н. Песешкиан, изведе на преден план, неочаквано за нас, не соматичната, а психичната и социална страна на болестта. Всички изследвани болни, вероятно поради изградената здравна нагласа, че инфекциозната болест е лечима и лимитирана във времето, negliжират случващото се в тялото, макар че преживяват самата поява на болестта и поставената диагноза с проява на страх (у хората от село, по-ниско образованите, жените и всички над 44г. възраст) и шок – при висшистите.



Фиг. 70. Балансов модел при инфекциозно болни пациенти

Тези емоционални състояния са назовани от по-малък брой пациенти, отколкото емоциите, свързани с преживяването на блокирана активност и ограничени контакти. В двете области „Дейност” и „Контакти” преобладават бурни стенични отрицателни емоции (в широкия спектър на недоволство и яд), а при една част от пациентите се стига дори до изтласкване на емоциите и включване на психологична защита.

Актуалното преживяване се е изградило на базата на вътрешна картина на болестта (ВКБ), която поставя акцент върху притесненията на болния не толкова за телесния израз на болестта, колкото за социалното и индивидуал-психологичното им функциониране по време на боледуването. Преживяването на болестта като фрустрация на личната им и социална реализация ги води до преценката, че са станали „физически и психически слаби хора”. Това преживяване е мъчително стресогенно най-вече за болните от селото, вероятно поради притежавания нисък социален стандарт и необходимостта от непрекъсната трудова реализация. Тези пациенти дори не са в състояние да назоват чувствата, които съпътстват преценката им. За разлика от тях пациентите от града и тези с висше образование (над 69% от всички) точно назовават съпътстващите чувства, в един широк спектър от стенични негативни емоции. Те също демонстрират стресогенно преживяване на фрустрация от болестта, поради блокиране, макар и временно, на възможностите им за личен и социален просперитет.

Съвременната психосоматична медицина сочи (Oles и Hermans 1999, 2005, Schwarzer и Schulz, 2001), че натрупването на ЖЗС са допълнителен фактор, водещ до отключване или усложняване на болестно състояние, поради стресогенното „отслабване” на имунната система.

При изследваните от нас пациенти се оказва, че разгърнатото актуално преживяване на ОЗБ (както и формирането на ВКБ) се базира на богата картина на ЖЗС (в рамките на година преди инфекциозната болест и непосредствено преди хоспитализацията). Те се преживяват от пациентите с висока степен на значимост. С най-висока честота на проявление са ЖЗС в подскала „Личен живот” (при над 52% от всички). Пак там е и най-високата степен на значимост (подскала „Личен живот” – при 79,8% от всички). Актуалните ЖЗС преди болестта намаляват количествено, но се преживяват с още по-голяма значимост, отколкото предходните (средно за всички ЖЗС при 76,43% от пациентите и при 85,96% в подскала „Семейство”).

Тези факти подсказват спецификата на преобладаващия личностов терен, на базата на който се формира актуалното преживяване на болестта. Преобладават лица с висока степен на социално функциониране в микро- и макро-средата, с висока

сензитивност относно личната успеваемост в носените социални роли, със способност да кумулират болезнени преживявания от натрупани във времето ЖЗС. Като израз на личностовите им особености следва да се разглежда и наличната при около 90% от пациентите коморбидност с психосоматични болести.

Изоляцията се преживява от всички пациенти като блокиране не само на контактите, но и на дейностите. Чувствата, които поражда наложената изолация са изтласкани (психологична защита) и заместени с поведение на потиснатост, вялост на реакциите и загриженост (на рационално ниво) за запазване на здравето на околните.

Нашите данни съответстват с резултатите от проучвания на L.V. Gasink 2008 , Barratt RL et al 2011 и др.

СПЕЦИФИЧНО ЗА ГРУПИТЕ

Стилът на преживяване на актуалната инфекциозна болест от пациентите с трансмисивни и капкови инфекции се оказва близък в проявленията си по балансовия модел. Преобладават стеничните емоции (недоволство, яд) спрямо болестта и ограничените контакти и при двете групи. Различието идва в отношението към тялото. За пациентите с трансмисивни инфекции то е приятел, който подsigурява почивка. За пациентите с капкови инфекции тялото е по-скоро враг; престоят в клиника – бreme; отново поради ограничените контакти.



Фиг. 71. Специфика на преживяването на пациентите с капкови инфекции



Фиг. 72. Специфика на преживяването на пациентите с трансмисивни инфекции

ЖЗС: Значим фактор за нарастване честотата на ЖЗС в рамките 1 година преди хоспитализацията се оказва възрастта на пациентите - над 45г. за пациентите с капкови и трансмисивни инфекции и с пик във възрастта 30-44г при пациентите с ОВХ. Значимостта на преживените ЖЗС е полово специфична вътре в групите и

междугрупово. Пациентите/жени с капкови инфекции преживяват всички ЖЗС с най-висока степен на значимост в смисъла на микротравми, т.е. като изпитание на техните лични качества в социалните роли, които притежават. Мъжете с капкови инфекции преценяват значимостта на ЖЗС себеоттносно като индивиди, а не в социален план.

Трансмисивните пациенти преживяват значимостта на ЖЗС по-скоро в смисъла на макротравмиращи събития, които нарушават техния социален престиж.

Пациентите с ОВХ имат стил на преживяване, различаващ се от този на първите две групи. Специфично се оказва тяхното преживяване и в зависимост от конкретната болестна картина на ОВХ.



Фиг. 73. Специфика на преживяването на пациентите с ОВХ



Фиг. 74. Специфика на преживяването на пациентите с хепатит А и неуточнен хепатит



Фиг. 75. Специфика на преживяването на пациентите с хепатит В



Фиг. 76. Специфика на преживяването на пациентите с хепатит С

Значими за терапията психологични и психосоциални параметри – поглед върху трифокалния подход към болестта

Актуалната картина на едно болестно преживяване представлява своеобразна смесица от преживяването, което болният носи в себе си преди появата при лекар (ВКБ) и непосредственото реагиране на актуалните дразнители – лекар, диагноза, болнични условия.

На база на нашето проучване открихме у нашите изследвани пациенти следните особености на **вътрешната картина на болестта:**

а/ Нагласа, че инфекциозната болест е бързо лечима. Пациентите и от трите групи не ангажират съзнанието си с притеснения за изхода от болестта в смисъла на биологични индивиди (област „Тяло”)

б/ Високо ниво на честота на ЖЗС, случили се в рамките на 1 година преди заболяването от инфекциозната болест и месец преди хоспитализацията. Над 75% от пациентите преживяват събитията като изключително значими. Това подсказва наличието на една личностова предизпозиция - застойност в емоционални доминанти, носещи неудоволствие и/или неудовлетворение. В нашите резултати това проличава най-вече в преобладаващия брой ЖЗС, по честота и значимост в подскала „Личен живот”.

в/ Коморбидност с психосоматични болести (при около 90% от пациентите). Наред с многото други значими ЖЗС, събитията около другата болест (прегледи, хоспитализации, преживявания на статуса – болен) натежават в смисъла на предходен психологичен опит във времето на формиране на ВКБ. Наличните у нашите пациенти психосоматични болести (най-често хипертония и захарен диабет) сами по себе си разкриват тежестта на психичния фактор (в патогенезата на психосоматичната болест, но и в начина на преживяване на всяко следващо заболяване).

2/ актуален психологичен „прочит” (преживяване) на наличната инфекциозна болест

Пациентите и от трите групи изтласкват соматичната страна на болестта и ангажират вниманието си с обсъждане повече на значимостта на болестта за тяхното индивидуално (като личности) и социално функциониране (като социални роли в микро и макро-средата).

Емоциите, които съпътстват преживяването на болестта са главно в стеничния, агресивен спектър на недоволство от болестта и наложените органичения на дейности и контакт. Не липсват данни за амбивалентно отношение, както и частични

(нозологоспецифично) - за чувство на вина.

Начинът, по който актуалното болестно състояние се преживява, зависи статистически значимо от пола, възрастта, образованието и социалната принадлежност на пациента („градски”/„селски” човек; семеен статус, социално положение в трудова среда).

Липсата на цялостна картина за болестта/ респ. изхода от нея в съзнанието на пациента покачва негативните аспекти в преживяването на болестта. Тази закономерност проличава най-вече в групата на пациентите с ОВХ – неуточнен хепатит и хепатит В.

Високата степен на коморбидност (при това с психосоматични болести) дава отражение както в готовността да се изтласка соматичната проява на болестта; така и в уменията на пациентите да внасят по-диференцирана картина на своето актуално преживяване.

Тази специфика на стила на преживяване на инфекциозната болест от изследваните от нас лица внася безспорно необходимостта от преразглеждане на терапевтичното поведение на персонала. Налага се осмислянето на теорията и практиката на трифокалния подход в практическото здравно обслужване в инфекциозните клиники; още повече, че наложената по необходимост изолация накърнява в значима за болните степен собствената им картина за значимост и свобода.

Възможностите на авторския въпросник за изследване на преживяването на инфекциозно болния

Количествената (статистически обоснована) и качествена обработка на получените данни ни позволява да изведем значимостта на изработения и апробиран авторски въпросник. Имаме основание да посочим, че въпросникът е добър инструмент за бърз скрининг на:

- 1/ био-психо-социалните аспекти на болестта
- 2/ съдържанието на актуалното преживяване чрез регистриране на емоционалното отношение в четирите области на балансовия модел
- 3/ актуалната нагласа за преживяване на изолацията

В съчетание със скалата за ЖЗС въпросникът позволява да се диференцират спецификите на личностовата структура на пациента; наличните изтласкани (рационализирани) аспекти на преживяването;

- психологическата тежест (като честота и преживяване за значимост) на съпътстващите пациента ЖЗС, които могат да се третират като фактори, отключващи или утежняващи болестта.

Двете методики, прилагани в първите часове от постъпването на пациента в клиника, позволяват бърза ориентация в допълнителните акценти на терапевтичния контакт с болния. Те биха спомогнали, наред с грижата за отстраняване на соматичните проявления на болестта, лекуващият състав да намери по-бързо и успешно индивидуалния психологичен психотерапевтичен подход.

Такова скринингово проучване на психологичната и психо-социална страна на преживяването на болестта би гарантирало реализирането на трифокалния подход към инфекциозно болния, в съгласие с актуалните предписания на СЗО.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Преживяването на инфекциозната болест от изследваните болни носи своята индивидуална и нозологично характерна специфика поради комплексното участие на:

а/ тежестта на следните социо-демографски фактори: принадлежност към малка или голяма социална група, възраст, образование и социален статус;

б/ наличието на високо ниво на честота и преживяване на значимост на ЖЗС от последната година преди появата на инфекциозната болест и в момента на хоспитализацията

в/ вътрешната картина на болестта, съдържаща представата на болния за вероятната инфекциозна болест и нейното отражение във функционирането му; представата на индивида за собствената му социална стойност - за него самия и за околните.

Направените констатации ни позволяват да потвърдим първата хипотеза, че пациентите с подобрите инфекциозни болести, налагащи хоспитализация, притежават предпоставки за реактивни функционални разстройства.

По отношение на втората хипотеза, че психологичният дисбаланс при пациентите с капкови инфекции е свързан с чувството за страх и грижа за околните, също можем да кажем, че се потвърждава и за пациентите с трансмисивни инфекции, които показват идентична картина на резултатите от проведеното изследване.

Пациентите с остри вирусни хепатити показват по-специфична картина на преживяването в сравнение с останалите, което ни дава основанийето да ревизираме третата хипотеза.

Познаването от страна на медицинския персонал на моделиращите
преживяването на съответния болен фактори ще позволи успешното прилагане на
трифокалния подход в практиката, като гарант за съхраняване на психичното здраве на
пациента и на работещите в условията на изолация медицински работници.

ИЗВОДИ

1. Пациентите от трите изследвани групи формират актуалното преживяване на болестта на фона на вътрешната картина на болестта (ВКБ), в която присъства нагласа ЖЗС да се преживяват с висока значимост.
2. Актуалното преживяване е индивидуално специфично, зависещо от социодемографски характеристики: местоживееие (град/село), пол, възраст, образование, семейна принадлежност.
3. Изследваните пациенти изтласкват в актуалното преживяване на болестта нейната соматична страна и се фокусират емоционално върху индивидуално-психологичната и социална страна.
4. Естеството на болестта формира по специфичен начин преживяването на пациентите от трите групи. По – специфична е картината на преживяването на болните с ОВХ.
5. Авторският въпросник показва висока степен на значимост (алфа на Кронбах) за отразяване на параметрите на актуалното преживяване.

ПРИНОСИ

I. С оригинален характер

1. За първи път у нас е проведено системно психологично изследване на параметрите на актуалното преживяване на хоспитализирани пациенти с остра инфекциозна болест
2. Изведени са специфичните вътрегрупови акценти на преживяването въз основа на значими социо-демографски фактори
3. Разработен и апробиран е първи български въпросник за регистрация на 4-те области (съгласно балансовия модел на Н.Песешкиан) във формиране на преживяването на инфекциозна болест.
4. За първи път у нас се използва скалата на Holmes и Rahe, за отразяване на ЖЗС при пациенти с инфекциозна болест
5. Извлечени са статистически значими параметри на актуалното преживяване на пациента като база за прилагане на трифокалния подход в лечението на инфекциозната болест

II. С потвърдителен и научно-приложен характер

1. Направен е актуален научен анализ на специализираната литература относно преживяването на болестта и влиянието ѝ върху психичното и соматично състояние на пациента с инфекциозна болест
2. Открити са области на еднаквост в описание на преживяването на изследваните от нас инфекциозно болни и данните от литературните източници
3. Потвърдени са познатите в световен план психологични параметри за прилагане на трифокалния подход в лечението на инфекциозната болест

ПУБЛИКАЦИИ ПО ДИСЕРТАЦИОННАТА ТЕМА:

1. Вълканова, Н, Т. Велчева, Р. Константинов, Ц. Паунов, М. Господинова, Д. Радкова. Психосоматика на инфекциозно болни, Шуменски университет, Образование и изкуство, т.2, 2003, 466-470
2. Радкова, Д., Ив. Бончева. Преживяване на инфекциозната болест в условията на изолация, сп. Клинична психология, год. VI, 2(20), 2014, 20-25.
3. Радкова, Д., Ив. Бончева, Психологичен баланс на хоспитализирания пациент с инфекциозна болест, 2014, под печат ИМАВ