

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ „ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ“ – ВАРНА

ФАКУЛТЕТ ПО МЕДИЦИНА

КАТЕДРА ПО ВЪТРЕШНИ БОЛЕСТИ, ВТОРА ЧАСТ

УЧЕБЕН СЕКТОР ПО НЕФРОЛОГИЯ



Д-Р АЛЕКСАНДРА БОРИСЛАВОВА СТАВРЕВА

**АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА ПСИХОЛОГИЧЕСКИ ФАКТОРИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С
ХРОНИЧНО БЪБРЕЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ В ПРЕДДИАЛИЗЕН И ДИАЛИЗЕН
СТАДИЙ**

АВТОРЕФЕРАТ

НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН

ДОКТОР

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:

ПРОФ. Д-Р СВЕТЛА ВАСИЛЕВА СТАЙКОВА, Д.М.Н.

ВАРНА, 2025 г.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита на катедрен съвет на Втора катедра по вътрешни болести при Медицински университет "Проф. Д-р Параскев Стоянов" – Варна . Приет е и насочен за защита пред Научно жури в състав:

Външни членове за Медицински университет - Варна:

1. Проф. д-р Емил Паскалев д.м., д.м.н.
2. Доц. д-р Александър Осиченко, д.м.
3. Доц. д-р Кирил Ненов д.м.

Резервен външен член:

1. Доц. д-р Росица Зорчева-Вътева, д.м.

Вътрешни членове:

1. Доц. д-р Добрин Паскалев, д.м.
2. Доц. д-р Живко Апостолов, д.м.

Резервен вътрешен член:

1. Доц. д-р Явор Кашлов, д.м.

Заклучителното заседание на научното жури за защита на дисертационния труд на докторанта д-р Александра Бориславова Ставрева да бъде проведено на 27.11.2025 г.

Материалите по защитата са на разположение в Научен отдел на МУ - Варна и са публикувани на интернет страницата на Медицински университет - Варна.

Съдържание

1. Използвани съкращения.....	4
2. Въведение	6
3. Цел. Задачи. Хипотеза.	8
3.1. Цел на изследването	8
3.2. Задачи на изследването	8
3.3. Хипотеза	8
4. Материали и методи.....	9
4.1. База за реализиране на дисертационния труд	9
4.2. Обект и обхват на изследването	9
5. Резултати	12
5.1. Дескриптивен анализ на изследваната група пациенти	12
5.2. Сравнителен анализ на психологическите фактори – стрес, депресивни преживявания и социална подкрепа при пациентите с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5)	17
5.2.1. Сравнителен анализ на психологическия фактор - стрес при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5).....	17
5.2.2. Сравнителен анализ на психологическия фактор – депресивни преживявания при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5)	19
5.2.3. Сравнителен анализ на психологическия фактор – социална подкрепа при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5)	22
5.3. Корелационен анализ на психологическите фактори – стрес, депресивни преживявания и социална подкрепа при пациентите с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5)	24
5.3.1. Корелационен анализ на психологическия фактор – стрес при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) стадий	24
5.3.2. Корелационен анализ на психологическия фактор – стрес при пациенти с ХБЗ в диализен (G5) стадий.....	26
5.3.3. Корелационен анализ на психологическия фактор – депресивни преживявания при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) стадий.....	28
5.3.4. Корелационен анализ на психологическия фактор – депресивни преживявания при пациенти с ХБЗ в диализен (G5) стадий	30
5.3.5. Корелационен анализ на психологическия фактор – социална подкрепа при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) стадий	32
5.3.6. Корелационен анализ на психологическия фактор – социална подкрепа при пациенти с ХБЗ в диализен (G5) стадий.....	34

5.4.	Обща преживяемост (OS) при пациентите, провеждащи хемодиализно лечение	36
5.5.	Регресионен анализ на Cox	37
5.5.1.	Регресионен анализ между фактора стрес и влиянието върху преживяемостта при пациентите на ХД.....	37
5.5.2.	Регресионен анализ между фактора депресивни преживявания и влиянието върху преживяемостта при пациентите на ХД.....	38
5.5.3.	Регресионен анализ между фактора социална подкрепа и влиянието върху преживяемостта при пациентите на ХД	39
6.	Дискусия	40
6.1.	Заклучение	51
6.2.	Изводи.....	51
7.	Приноси	53
7.1.	Приноси с оригинален характер	53
7.2.	Приноси с научно-практическа стойност	53
8.	Научни публикации по темата	54

1. Използвани съкращения

ХБЗ – Хронично бъбречно заболяване

ХБН – Хронична бъбречна недостатъчност

ХД – Хемодиализа

ХХД – лечение – Хрониохемодиализно лечение

ХДР - Хигиенно-диетичен режим

АХ - Артериална хипертония

ЗД - Захарен диабет

МС - Метаболитен синдром

ЗСН – Застойна сърдечна недостатъчност

Перм-кат – Постоянен венозен катетър

АВ-фистула – Артерио-венозна фистула

КАИ - катетър-асоциирана инфекция

КАТ - катетър-асоциирана тромбоза

CKD – Chronic kidney disease

ESRD - End stage of renal disease – Краен стадий на хронично бъбречно заболяване

KDIGO – Kidney disease improving global outcomes

GBD - Global burden of disease

QoL - Quality of life – Качество на живот

HRQoL – Health-related Quality of life - Свързано със здравето, качество на живот

WHO - World Health Organization – Световна здравна организация

SRDs - Stress related disorders - Стрес, свързани разстройства

PTSD – Post-traumatic stress disorder - Посттравматично стресово разстройство

GFR – Glomerular filtration rate – Скорост на гломерулна филтрация

BDI - Beck's Depression Inventory – Скала за оценка на депресията според Бек

CBT - Cognitive behavioural therapy – Когнитивно-поведенческа терапия

HADS - Hospital anxiety and depression scale – Болнична скала за умора и депресия

STAI - State-Trait Anxiety Inventory – Скала, определяща тревожността

CSM - Common sense model - Модел на здравия разум

DSM - The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Диагностичен и статистически наръчник за психични разстройства

SSRIs - Selective Serotonin Reuptake Inhibitors - Селективни инхибитори за обратно захващане на серотонина

Health Insurance Review and Assessment Service - Служба за преглед и оценка на здравното осигуряване

PCS - Physical Component Summary – Физически компонент

SSR - Systematic Self-Reflection - Систематична саморефлексия

SF-36 – Short Form of Survey-36 – Кратък въпросник, оценяващ социалната подкрепа

National Institute of Mental Health - Национален институт по психично здраве

MSPSS - Multidimensional Scale of Perceived Social Support - Многоизмерна скала на възприемането

AVG – артерио-венозен графт

2. Въведение

Хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ, CKD) представлява един от основните проблеми на общественото здраве в световен мащаб, като статистиките показват увеличение на смъртните случаи през последните две десетилетия (според GBD, Global burden of disease 2017, 2021; Chen et al. 2024). Характеризира се като хронично състояние с постепенно и необратимо намаляване на нормалната бъбречна функция. Крайният стадий на ХБЗ (End stage of renal disease, ESRD) – хронична бъбречна недостатъчност (ХБН) изисква дългосрочно и поддържащо живота лечение, като най-често използваният метод за бъбречно-заместителна терапия е хемодиализата (ХД).

Разпространението и честотата на ХБЗ се увеличават с бързи темпове предвид нарастващите брой случаи на пациенти с артериална хипертония (АХ), захарен диабет (ЗД), метаболитен синдром (МС) и съпътстващите усложнения (Kovesdy et. 2022). Необходимостта от възприемане на самото заболяване, спазването на определени ограничения по отношение на хигиенно-диетичния режим (ХДР), амбулаторното проследяване на стойностите на азотните тела в преддиализния стадий има за цел да забави намаляването на гломерулната филтрация (eGFR) и да подготви болните за потенциално започване на бъбречно-заместително лечение. Най-често срещаният психологически проблем при пациентите с ХБЗ е дистресът (Cukor et al. 2007, Chilcot et al. 2016), който включва проява на други фактори като стрес, депресивни преживявания, умора, тревога и необходимостта от социална подкрепа при тези болни. Подобно като при много от хроничните заболявания, контролът върху ХБЗ включва функционално ограничение, ограничение в приема на определени храни, ежемесечно проследяване на бъбречната функция и всекидневен прием на медикаменти. Впоследствие се развива страхът от започване на ХД-лечение. Поради тези рестрикции диагностицираните с ХБЗ са предразположени към нарушения в психо-емоционалното им състояние и към проява на дистрес, тревога и напрежение.

Началният етап на адаптиране към ХД-лечение оказва неблагоприятно въздействие върху психологическия, физическия и емоционалния статус при пациентите, стартиращи ХД-терапия (Almutary et al., 2023). През този период и с постепенното влошаване на бъбречната функция, те често проявяват симптоматика като: изразена астено-адинамия, безапетитие, мускулни крампи, артериална хипотония, както и съществува риск от усложнения: анемичен синдром, прогресивно влошаване на водно-електролитното, киселинно-алкалното равновесие и костно-минерални

нарушения (KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline) в хода на заболяването. Именно поради тези причини болните стават изключително зависими от ХД-терапия и медикаментозното лечение, което поставя съществени поведенчески и психо-социални промени, настъпващи в техния живот. Освен с контролирането на придружаващите заболявания, пациентите на ХД-лечение трябва да се справят с психологически състояния, които от една страна се дължат на различни социално-икономически фактори (Turkistani et al., 2014, Ye et al., 2022) и които впоследствие водят до развитие на други психологически разстройства като депресия и тревожност (Loosman et al., 2015, Gerogianni et al., 2018). Поставянето на диагнозата и необходимостта от поддържащото живота лечение предизвиква много емоции, включително страх, гняв, отчаяние или надежда, докато пациентите преминават през различни етапи на възприемане или отричане на самото хронично заболяване, и се приспособяват към „новия“ начин живот.

Различни проучвания показват понижено качество на живот (Quality of life, QoL) при болните по време на ХХД-лечение в сравнение с тези, диагностицирани с ХБЗ (Kalantar-Zadeh K et al. 2016). Също така и в двете популации съществува висок риск от усложнения, повишена честота на хоспитализациите и смъртност. Именно поради тези причини от съществено значение е да се познават основните психологически фактори, повлияващи психо-емоционалния статус при тези групи болни, от мултидисциплинарен екип на нефролози, психолози/ психиатри с оглед превенция и лечение (Chan R et al., 2017). Получените анализи от изследвания в световен мащаб показва подобряване на цялостното благосъстояние и качество на живот (QoL) при пациентите с ХБЗ в преддиализен и диализен стадий.

3. Цел. Задачи. Хипотеза.

3.1. Цел на изследването

Целта на дисертационният труд е:

1. Да се анализира проявата на психологическите фактори при пациентите с ХБЗ в преддиализен и диализен стадий.
2. Да се оцени тяхното влияние върху психо-емоционалния им статус и преживяемост при болните, провеждащи ХД-лечение

3.2. Задачи на изследването

- 1) Да се оцени честотата на разпространение на факторите – стрес, депресивни преживявания и социална подкрепа при пациентите в преддиализен стадий на хронично бъбречно заболяване.
- 2) Да се определи разпространението на психологическите фактори при болните, провеждащи хронично диализно лечение.
- 3) Да се направи сравнение между пациентите в преддиализен и краен стадий на хронично бъбречно заболяване (ХБЗ) по отношение на изследваните фактори.
- 4) Да се направи корелация между най-изявените признаци във връзка със субективно възприеманите фактори – стрес, депресивни преживявания и социална подкрепа при пациентите в преддиализен стадий на ХБЗ.
- 5) Да се установят зависимости между проявените белези по отношение на субективните психологически фактори при диализно зависимите болни.
- 6) Да се оцени чрез регресионен анализ значимостта на стрес, депресивни преживявания и социална подкрепа върху преживяемостта на пациентите, подложени на ХД-лечение.

3.3. Хипотеза

Допускаме, че пациентите в преддиализен стадий на ХБЗ са предразположени към по-ниски нива на стрес, депресивни преживявания и тревога в сравнение с болните, провеждащи хронично диализно лечение.

4. Материали и методи

4.1. База за реализиране на дисертационния труд

Проучването се проведе в Клиника по нефрология и диализа, УМБАЛ „Св.Марина“ - гр. Варна.

4.2. Обект и обхват на изследването

- Проведе се проспективно неинтервенционално едноцентрово клинично изпитване. Изследването обхваща периода от месец март 2024г. до месец април 2025г.
- Обект на изследването са 90 пациенти, разпределени в две групи:
 1. Пациенти, в преддиализен стадий на ХБЗ, отговарящи на стадий (G1-G4) според KDIGO – 30 участници.
 2. Пациенти, провеждащи хроничнодиализно лечение, съответстващи на стадий G5 според KDIGO – 60 участници.
- Изследването се проведе по време на рутинен клиничен преглед, когато пациентите са хоспитализирани в стационара на клиниката и по време на редовната хемодиализна процедура. Всеки от тях покрива всички включващи критерии и не отговаря на изключващи критерии.
- **Критерии за включване в изследването:**
 1. Възраст над 18г.
 2. Лица, с диагностицирано хронично бъбречно заболяване.
 3. Лица, провеждащи хроничнодиализно лечение.
 4. Лица, подписали информирано съгласие за участие.
- **Критерии за изключване:**
 1. Възраст под 18г.
 2. Лица, които не са подписали информирано съгласие за участие.
 3. Заболявания или състояния, които биха попречили на разбирането на зададените задачи.

4.3. Период на изследването

Изследването, свързано с оценката на психологическите фактори при пациентите с хронично бъбречно заболяване в преддиализен и диализен стадий, както и влиянието им върху качеството на живот след поставяне на диагнозата, премина през три основни етапа:

- Първи етап: Подбор на въпросите, които ще се включат в анкетната карта, въз основа на проведените изследвания в научната литература.
- Втори етап: Подбор на пациентите, които участват в проучването след подписано информирано съгласие.
- Трети етап: Провеждане на анкетното изследване и поддържане на постоянен контакт с участниците, за да се сведе до минимум психологическия момент.

4.4. Методика на изследването

- **Документален метод** – проучване на публикуваните научни статии, изследвания и получени данни за хроничното бъбречно заболяване, и влиянието на психологическите фактори върху процеса на адаптация към хемодиализния начин на живот в световната литература.
- **Социологическите методи** – анкетираните пациентите са подбрани по точно определени критерии след предварително разяснена подробна информация във връзка с провеждане на изследване. Всеки от тях попълва анкетната карта, която се състои от пет части:
 - Първа част: Демографски данни – пол, възраст, образование, семейно положение, трудова заетост и стадий на ХБЗ
 - Втора част: Въпроси, които определят нивото на стреса
 - Трета част: Въпроси, които са свързани с депресивните преживявания
 - Четвърта част: Въпроси, които оценяват получената социална подкрепа
- **Статистически изследвания**

За статистическата обработка на данните е използван специализиран софтуер за статистическа обработка SPSS v.20, като описаните показатели са представени в табличен и графичен вид.

- Дескриптивен анализ за представяне на честотното разпределение на качествени променливи величини, като са включени абсолютни стойности (n) и относителни честоти (%).
- Сравнителен анализ – използван е непараметричният тест на Mann-Whitney за съпоставка на две независими групи, чиито резултати са с ненормално разпределение.
- Корелационен анализ за търсене на зависимост между два качествени признака – при ненормално разпределение на получените резултати е използван рангов корелационен анализ на Spearman. Степента на корелационна зависимост е оценена според стойността на корелационния коефициент по 5-степенна скала:

>0,70 - много силна корелация

0,40 - 0,69 – силна корелация

0,30 – 0,39 – умерена корелация

0,20 – 0,29 – слаба корелация

0,01 – 0,19 – много слаба до пренебрежима корелация

- Линеен регресионен анализ за определяне степента на зависимост и за прогнозиране на стойностите на зависимата променлива.
- Каплан-Майер крива, използвана за оценка на периода до настъпване на събитие, като преживяемост или смърт.
- Графичен анализ за визуално представяне на получените резултати.

Проучването, оценяващо влиянието на психологическите фактори върху пациентите с хронично бъбречно заболяване в преддиализен и диализен стадий, се извърши след получено разрешение на КЕНИ към МУ-Варна „Проф. д-р Параскев Стоянов“ с Протокол/Решение №139/ 14.12.2023г.

5. Резултати

5.1. Дескриптивен анализ на изследваната група пациенти

Общо 90 пациенти с доказано ХБЗ са включени в изследването – 30 участници в преддиализен стадий (G1-G4) и 60 в краен стадий на ХБЗ (G5) стадий според класификацията на KDIGO. Средната стойност на възрастта при диагностицираните с ХБЗ в преддиализен стадий е $59,7\text{г} \pm 16,3\text{г}$ и е еквивалентна на възрастта при изследваната група пациенти на ХХД-лечение $60,6\text{г} \pm 11,3\text{г}$. Най-младият пациент в G1-G4 стадий е на 28 години, най-възрастният – на 85 години, а в G5 стадий най-младият участник е на 30 години и най-възрастният – на 82 години. Дескриптивният анализ на изследваната извадка е отразено на таблица 1. Разпределението на участниците според демографските и социо-икономическите характеристики са представени на табл.1; фиг. 1, 2, 3, 4, 5.

Таблица 1. Демографски и социо-икономически характеристики на пациентите

Изследван показател		Брой (%) Пациенти с ХБЗ в преддиализен стадий (G1-G4)	Брой (%) Пациенти на хроничнодиализно лечение
Изследвана група (Общ брой)		30 (33,3 %)	60 (66,7 %)
Пол	Мъже	16 (53,3 %)	34 (56,7 %)
	Жени	14 (46,7 %)	26 (43,3 %)
Възраст	mean $\pm$ SD (range)	59,7г. $\pm$ 16,3г.	60,6г. $\pm$ 11,3г.
Образование	Основно	6 (20,0 %)	9 (15,0 %)
	Средно	21 (70,0 %)	40 (66,7 %)
	Висше	3 (10,0 %)	11 (18,3 %)
Семейно положение	Женен/Омъжена	16 (53,3 %)	40 (66,7 %)
	Семейни начала	4 (13,3 %)	3 (5,0 %)
	Необвързан/а	3 (10,0 %)	9 (15,0 %)
	Разведен/а	2 (6,7 %)	4 (6,7 %)
	Вдовец/Вдовица	5 (16,7 %)	4 (6,7 %)
Трудова заетост	Да	12 (40,0 %)	11 (18,3 %)
	Не	4 (13,3 %)	30 (50,0 %)
	Пенсионер	14 (46,7 %)	19 (31,7 %)

Фигура 1. Кръгова секторна диаграма, отразяваща процентно отношение на пациентите с ХБЗ по пол в преддиализен стадий (G1-G4)

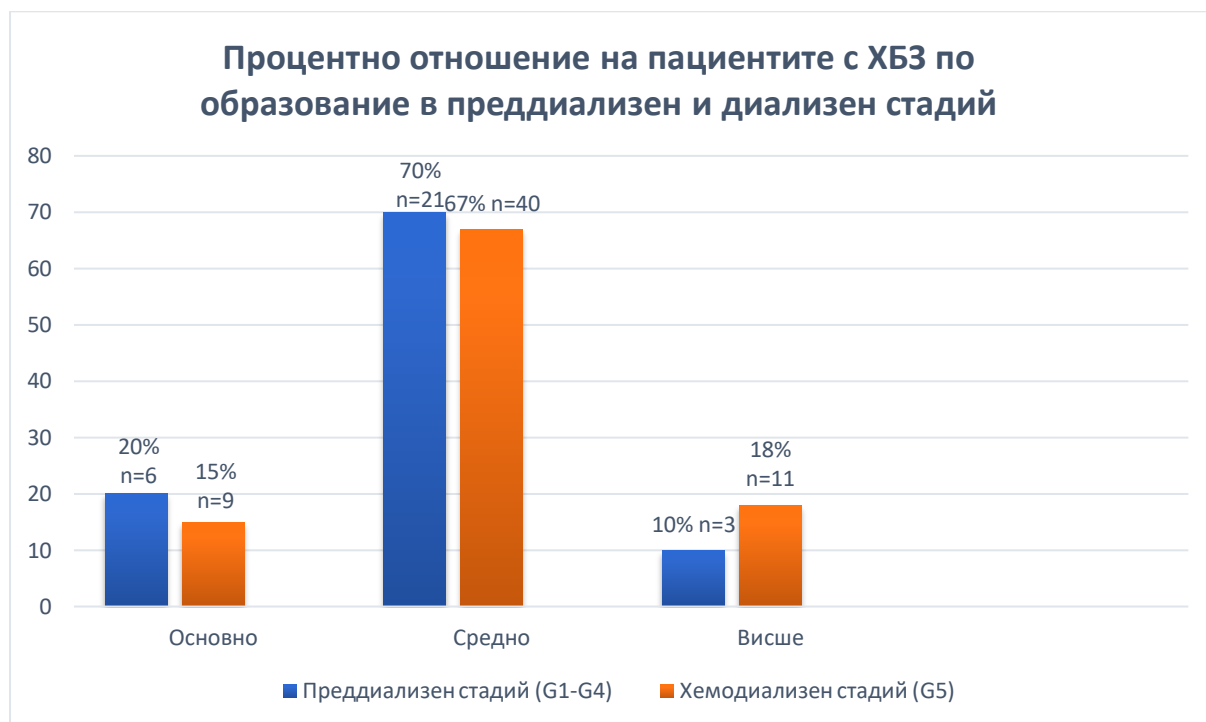


Фигура 2. Кръгова секторна диаграма, отразяваща процентно отношение на пациентите по пол, провеждащи ХХД-лечение



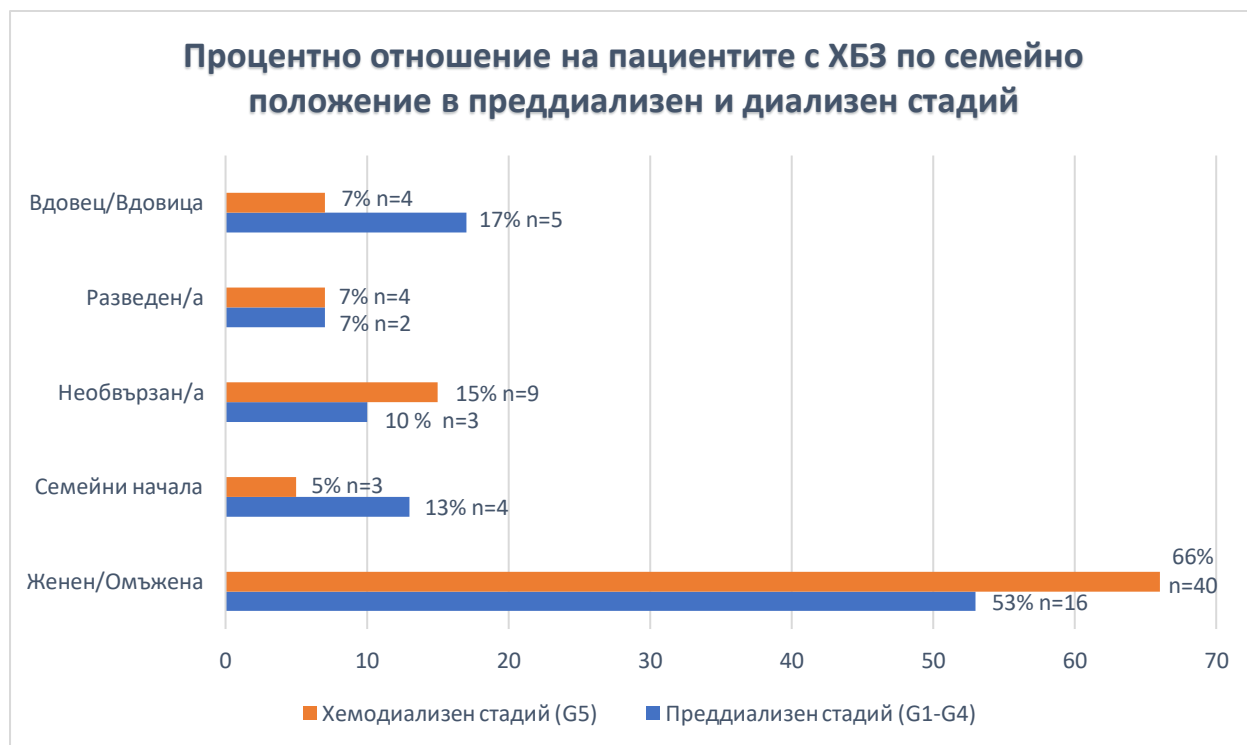
На фиг.1 и фиг.2 е представено процентно отношение на пациентите с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен (G5) стадий по параметъра пол. Получените резултати показват приблизително еднакво разпределение на извадката: 53,3% (n=16) мъже и 46,7% (n=14) жени в преддиализната група и съответно 56,7% (n=34) мъже и 43,3% (n=26) жени в диализната група. Изследваните групи са еквивалентни по процентно отношение и позволява сравнение между получените резултати.

Фигура 3. Колонна диаграма, отразяваща процентно отношение на пациентите с ХБЗ по образование в преддиализен и диализен стадий



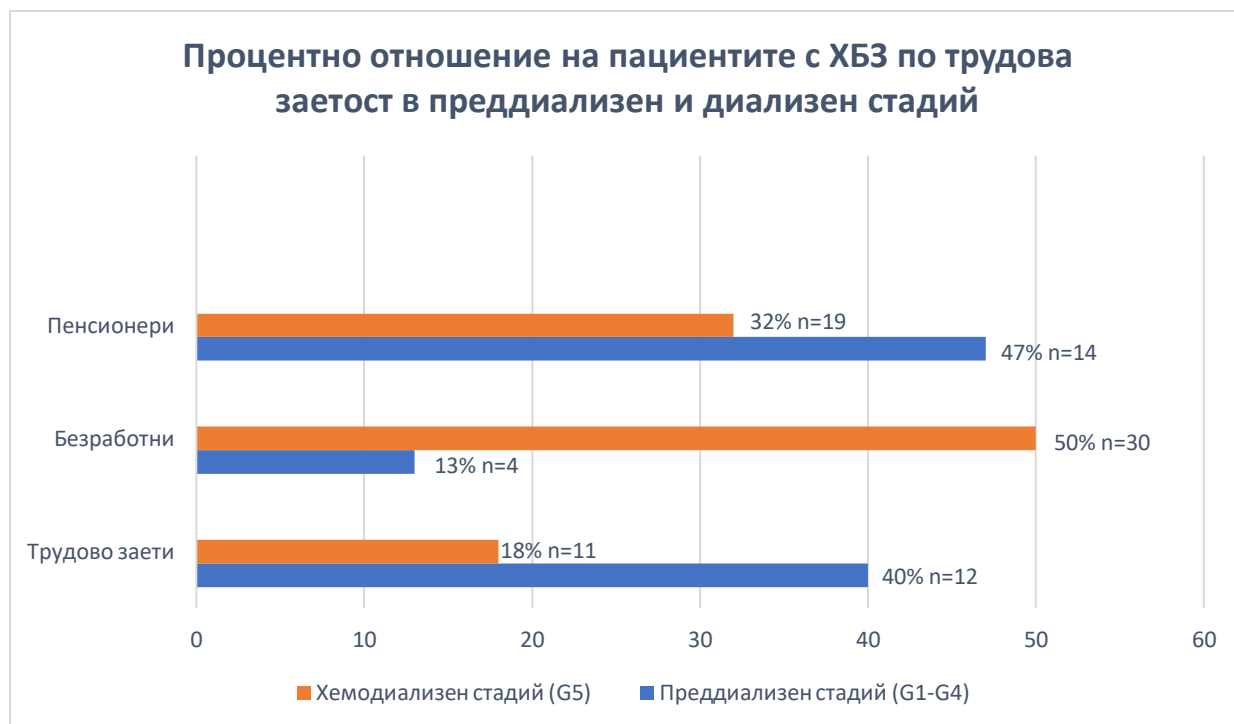
Образованието е част от социо-демографските показатели и може да бъде използван при справянето с психо-емоционалните нарушения, възникващи след поставяне на диагнозата ХБЗ или след започване на ХД-лечение. Според изследване на Sukor et al. 2022 се счита, че влияе върху способността на пациентите да възприемат заболяването си, да взимат информирани решения и да прилагат ефективни стратегии за адаптация. Резултатите на фиг. 3 показват сходно процентно отношение в изследваните групи. Независимо дали пациентът е в преддиализен или диализен стадий на ХБЗ, образователното ниво може да остане стабилен модериращ фактор за психичното му здраве.

Фигура 4. Стълбовидна диаграма, отразяваща процентно отношение на пациентите с ХБЗ по семейно положение в преддиализен и диализен стадий



Семейното положение е пряко свързано към фактора социална подкрепа, която е от значение за субективното преживяване на стреса, свързан с хроничното заболяване и необходимостта от адаптация към ХД-лечение. Подкрепата от брачен партньор, семейство или близки хора може значително да намали състоянията на напрежение, безпокойствие, тревога и емоционален дистрес, като по този начин улеснява възприемането на диагнозата и придържането към терапията. Наличието ѝ често допринася за по-добро психо-емоционално състояние и по-високо качество на живот при пациентите. На фиг. 4 е онагледено, че респондентите са със сходно разпределение в изследваните две групи.

Фигура 5. Стълбовидна диаграма, отразяваща процентно отношение на пациентите с ХБЗ по трудова заетост в преддиализен и диализен стадий



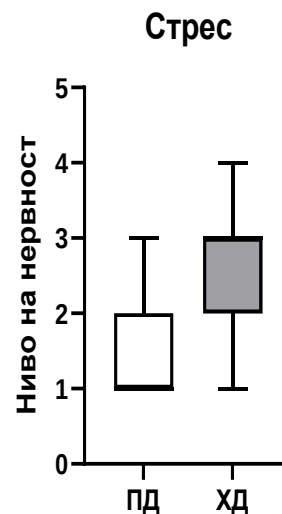
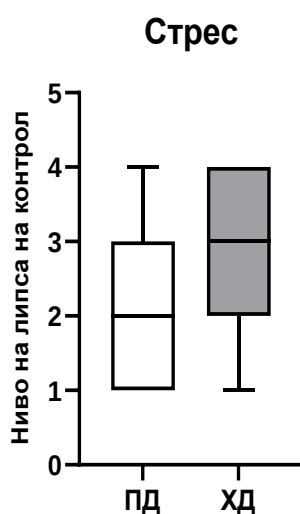
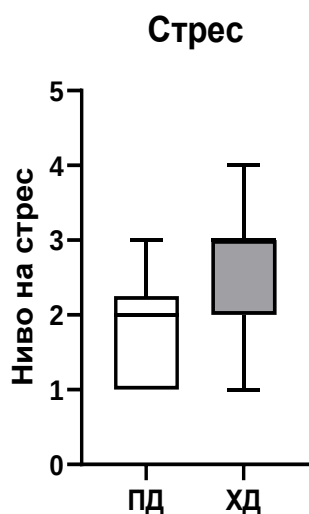
Трудовата заетост се разглежда като променлив фактор от демографските характеристики на пациентите и е от значение за тяхното икономическо състояние и психо-емоционално благополучие (Choi et al., 2019; van Manen et al., 2001). Както се вижда от фиг. 5, при пациентите в G5 стадий (краен стадий на ХБЗ) 50% са безработни след започване на ХД- лечение, а едва 18% успяват да останат трудово активни, като съобразяват работния си график с диализните процедури. За сравнение, сред пациентите с ХБЗ в преддиализен стадий (G1–G4), 40% са все още трудово заети, 13% са безработни, а 47% са в пенсионна възраст. С напредването на заболяването се наблюдава значителен спад в трудовата активност, най-често в резултат на физическите ограничения, графика на лечението и психо-емоционалното напрежение.

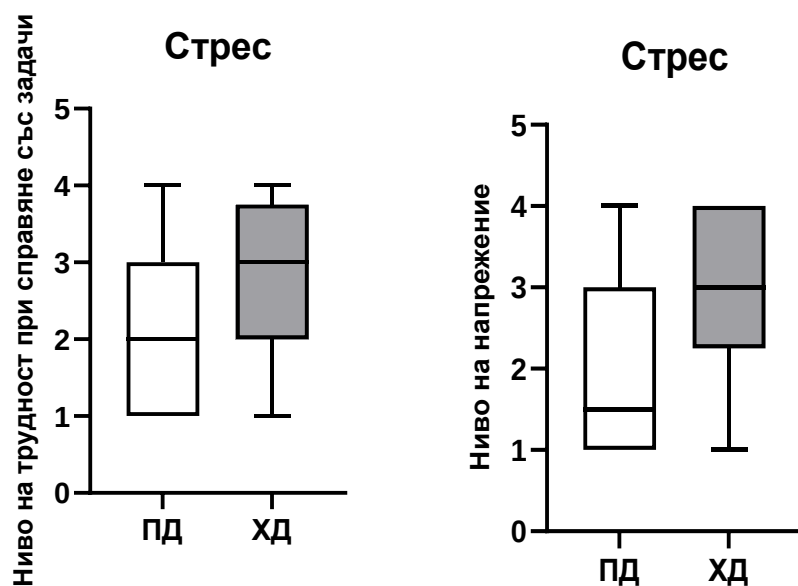
5.2. Сравнителен анализ на психологическите фактори – стрес, депресивни преживявания и социална подкрепа при пациентите с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5)

5.2.1. Сравнителен анализ на психологическия фактор - стрес при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5)

Таблица 2. Средни стойности на стрес при пациентите с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5).

Изследвани пациенти		Средна стойност (Mean)	Брой (N)	Стандартно отклонение (Std. Deviation)	Sig. (2-tailed)
Стрес в ежедневието	Преддиализа	1,767	30	0,8172	0,000
	Хрониодиализа	2,783	60	0,8456	
Липса на контрол над събитията	Преддиализа	2,167	30	0,9855	0,009
	Хрониодиализа	2,967	60	0,9013	
Нервност	Преддиализа	1,367	30	0,6687	0,000
	Хрониодиализа	2,633	60	1,041	
Трудност при справяте със задачи, които трябва да се извършат	Преддиализа	2,033	30	1,098	0,004
	Хрониодиализа	2,750	60	0,9320	
Усещане на напрежение	Преддиализа	1,867	30	1,042	0,000
	Хрониодиализа	3,167	60	0,8862	





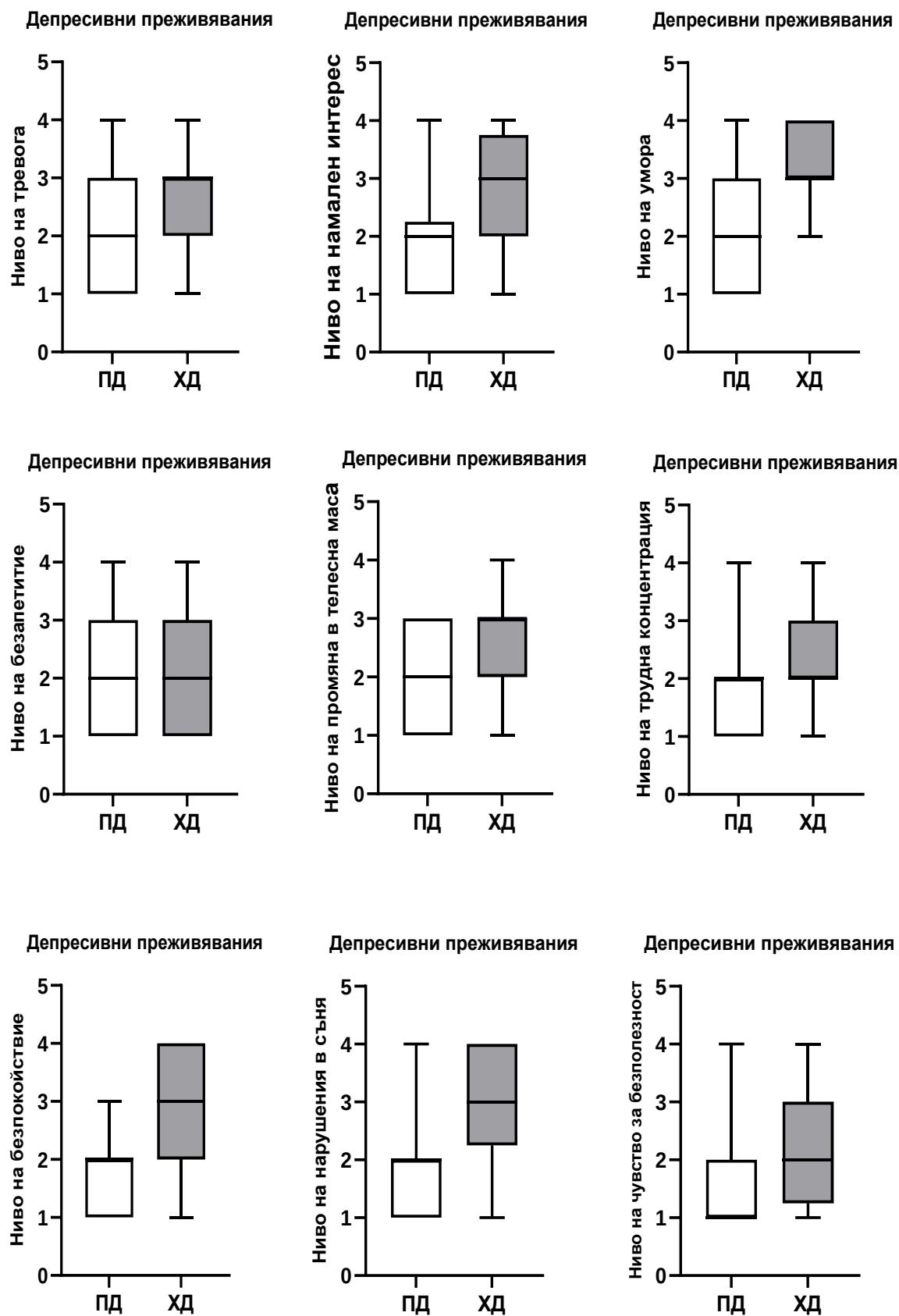
Фигура 6. Нива на стрес при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5)

Извършеният непараметричен анализ на Mann-Whitney (табл.2) между двете изследвани групи показва, че пациентите на ХД-лечение (G5 стадий) споделят за значително по-високи нива на стрес в сравнение с пациентите в преддиализен стадий (G1–G4) на ХБЗ. Установени са статистически значими стойности по всички от зададените въпроси във връзка с фактора стрес включително: наличието на стрес в ежедневието, честото чувство за напрежение и/или нервност, усещането за липса на контрол върху събитията и затруднения със справянето на поставените задачи. Получените резултати подчертават, че пациентите на ХД-лечение преживяват по-интензивно и по-продължително психическия дистрес във връзка с физическите ограничения и режима на лечението, както и с усещането за загуба на автономия и контрол над живота. Повишеният стрес е индикация за продължаваща трудност в адаптацията към терапевтичния режим и хроничността на състоянието. Чувството за липса на контрол и за емоционално напрежение, както и трудността при извършване на поставени задачи в резултат на физическото ограничение предполага повишен риск от развитие на депресивни преживявания или социална изолация. Получените данни са представени в табличен (табл. 2) и графичен вид (фиг. 6).

5.2.2. Сравнителен анализ на психологическия фактор – депресивни преживявания при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5)

Таблица 3. Средни стойности на депресивни преживявания при пациентите с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5).

Изследвани пациенти		Средна стойност (Mean)	Брой (N)	Стандартно отклонение (Std. Deviation)	Sig. (2-tailed)
Тревога	Преддиализа	1,933	30	1,015	0,010
	Хрониодиализа	2,750	60	0,9500	
Намален интерес при извършване на задачи в ежедневието	Преддиализа	1,833	30	0,8743	0,000
	Хрониодиализа	2,883	60	0,8253	
Умора	Преддиализа	1,967	30	1,033	0,000
	Хрониодиализа	3,200	60	0,7983	
Безапетитие	Преддиализа	1,933	30	0,9444	0,178
	Хрониодиализа	2,100	60	0,9863	
Промяна в телесната маса през последната година	Преддиализа	1,900	30	0,8030	0,008
	Хрониодиализа	2,567	60	0,8511	
Трудна концентрация	Преддиализа	1,833	30	0,9499	0,004
	Хемодиализа	2,283	60	0,9037	
Безпокойство	Преддиализа	1,667	30	0,7112	0,002
	Хемодиализа	2,650	60	1,117	
Нарушения в съня	Преддиализа	1,800	30	0,8052	0,001
	Хемодиализа	3,033	60	0,9382	
Чувство на безполезност	Преддиализа	1,567	30	0,7739	0,000
	Хемодиализа	2,283	60	0,9758	



Фигура 7. Нива на депресивни преживявания при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5)

От проведенният анализ (табл.3) между двете изследвани групи се установяват сигнификантни по-високи стойности на депресивните преживявания сред пациентите на ХД-лечение (G5 стадий) в сравнение с диагностицираните в преддиализен стадий (G1–G4) на ХБЗ. Прави впечатление по-силната изразеност на следните симптоми:

- тревога, хронична умора, вътрешно безпокойство и чувство на напрежение, които най-вероятно се дължат на непредвидимостта на хроничното състояние, страха от бъдещи усложнения и емоционално натоварване от постоянната зависимост на самия пациент от полагащите грижи в ХД-център.
- усещане за безполезност и трудност в концентрацията, свързани с намалено самочувствие и когнитивна преумора;
- нарушения в съня, изразяващи се както в безсъние, така и в хиперсомния, които са индикатори за повишен риск от развитие на депресивни разстройства;
- понижен интерес от извършване на ежедневни дейности и промени в телесната маса, което се асоциира с емоционално изтощение поради постоянната медицинска зависимост и загуба на мотивация.

Получените резултати показват по-изразена психо-емоционална уязвимост при пациентите на диализа, която е най-вероятно свързана както с физическите ограничения, така и с въздействието на лечението върху начина им на живот.

Изключение прави симптомът „безапетитие“, при който не се установява статистически значима разлика между двете групи. Най-вероятно този резултат се дължи на факта, че нарушението в апетита е сравнително често срещано при пациенти с хронични заболявания независимо от стадия или че се влияе в по-голяма степен от физиологични, отколкото от емоционални фактори. Безапетитието е често срещан соматичен симптом. Пациентите не винаги идентифицират липсата на апетит като проблем или я възприемат като нормална част от състоянието си, което може да повлияе на самоотчитането.

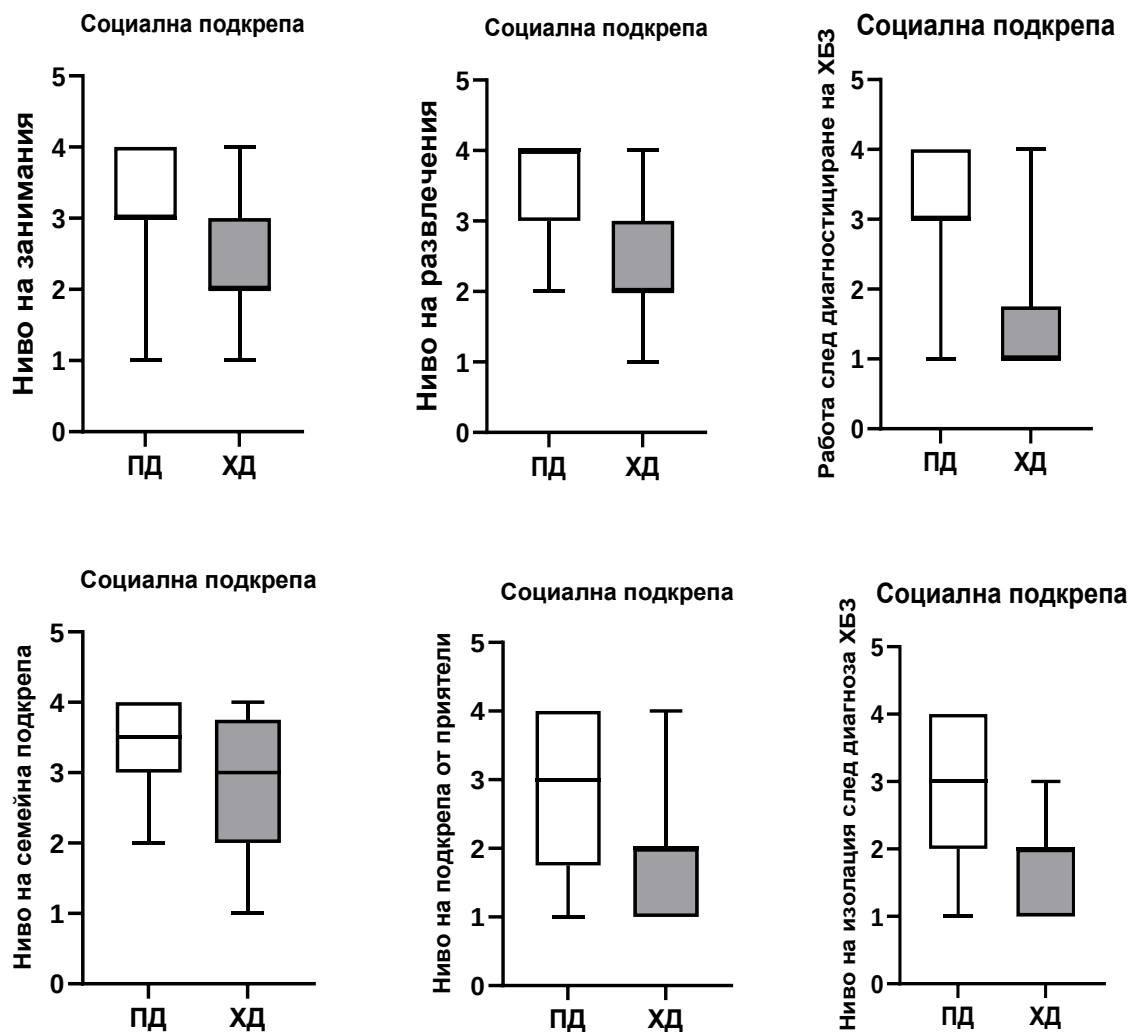
Резултатите от извършения анализ показват, че при пациентите, провеждащи ХД-лечение, освен необходимостта от спазване на регулярна терапия, съпътствана от ограничения в начина на живот, те често преживяват социална изолация и рязка промяна в ежедневните роли (напр. отпадане от работа, зависимост от ХД-график). Изложени са на хроничен стрес и адаптационно натоварване, които обуславят риска от проява на депресивни разстройства. Докато пациентите в преддиализен стадий на ХБЗ все още запазват частична автономия и не са обременени от физическите и социалните последици на диализата, което обяснява по-ниските нива на депресивните

преживявания. Получените резултати са представени в табличен (табл. 3) и графичен вид (фиг. 7).

5.2.3. Сравнителен анализ на психологическия фактор – социална подкрепа при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5)

Таблица 4. Средни стойности на социална подкрепа при пациентите с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5).

Изследвани пациенти		Средна стойност (Mean)	Брой (N)	Стандартно отклонение (Std. Deviation)	Sig. (2-tailed)
Занимания в ежедневието	Преддиализа	3,200	30	0,8867	0,001
	Хрониодиализа	2,300	60	0,9620	
Развлечения в ежедневието	Преддиализа	3,433	30	0,7279	0,000
	Хрониодиализа	2,300	60	0,8694	
Работа след поставяне на диагнозата	Преддиализа	3,200	30	0,9248	0,000
	Хрониодиализа	1,400	60	0,7855	
Семейна подкрепа	Преддиализа	3,367	30	0,7184	0,001
	Хрониодиализа	2,683	60	1,033	
Усещане за подкрепа от приятели	Преддиализа	2,633	30	1,159	0,001
	Хрониодиализа	1,817	60	0,8535	
Липса на чувство на изолация след поставяне на диагнозата	Преддиализа	2,767	30	1,073	0,000
	Хрониодиализа	1,817	60	0,6763	



Фигура 8. Нива на социална подкрепа при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5)

Ролята на социалната подкрепа, въздействаща върху психо-емоционалното статус при изследваната извадка, също е оценена. Извършеният непараметричен анализ (табл.4) показва, че пациентите в преддиализен стадий на ХБЗ (G1–G4) отчитат по-високи сигнификантни нива по показателите за социална подкрепа, в сравнение с пациентите на редовна ХД (G5 стадий). Въпросите от проведената анкета включват подкрепата от страна на семейство и приятели; намирането на занимания и/или развлечения в ежедневието, трудова заетост и чувството за изолираност след поставяне на диагнозата. Най-вероятно получените резултати се дължат на по-запазеното функционално състояние при пациентите, диагностицирани с ХБЗ, както и на по-високата социална активност и ежедневни развлечения, които позволяват поддържането на активни взаимоотношения със семейството и приятелите. При болните, провеждащи

редовна ХД-терапия, се наблюдава намалено усещане за подкрепа, което може да бъде свързано с повишено чувство на социална изолация, зависимост и нарушено психо-емоционално благополучие. Диализно болните са подложени на стриктен терапевтичен режим, свързан с отсъствия от работа, от семейни и приятелски събития, и хронична умора след процедурите, която ограничава комуникацията. Получените данни са представени в табличен (табл. 4) и графичен вид (фиг. 8).

5.3. Корелационен анализ на психологическите фактори – стрес, депресивни преживявания и социална подкрепа при пациентите с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) и диализен стадий (G5)

5.3.1. Корелационен анализ на психологическия фактор – стрес при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) стадий

Таблица 5. Корелационен анализ между фактора стрес и свързаните с него симптоми при пациентите в преддиализен (G1-G4) стадий на ХБЗ

		Стрес в ежедневието	Липса на контрол над събитията	Чувство на нervност	Трудност при справяне със задачите, които трябва да извършват	Усещане за напрежение
Стрес в ежедневието	r	1	0,541**	0,721**	0,163	0,770**
	Sig. (2-tailed)		0,002	0,000	0,390	0,000
	N	30	30	30	30	30
Липса на контрол над събитията	r	0,541**	1	0,559**	0,605**	0,636**
	Sig. (2-tailed)	0,002		0,0013	0,000	0,001
	N	30	30	30	30	30
Чувство на нervност	r	0,721**	0,559**	1	0,219	0,637**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,001		0,246	0,001
	N	30	30	30	30	30
Трудност при справяне със задачите, които трябва да извършват	r	0,163	0,605**	0,219	1	0,243
	Sig. (2-tailed)	0,390	0,000	0,245		0,195
	N	30	30	30	30	30

Усещане за напрежение	r	0,770**	0,636**	0,637**	0,243	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,001	0,195	
	N	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Проведеният анализ на Spearman (табл.5) при пациентите в преддиализен стадий на ХБЗ разкрива, че стресът, състоянията на нервност и напрежение са в силна положителна корелация както с липсата на контрол върху събитията в обкръжаващата среда, така и помежду си. Това подчертава взаимовръзката между усещането за контрол, емоционалното напрежение и общото ниво на стрес, на което са подложени тази група пациенти. Колкото по-малко контрол усеща пациентът върху случващото се, толкова по-интензивно изпитва тревога, напрежение и психическо натоварване. От друга страна, изброените фактори показват по-слаба, статистически незначима корелация със неспособността или трудностите при справяне с конкретни задачи. Резултатът се обяснява с това, че емоционалният стрес при преддиализните пациенти не се асоциира пряко с усещане за когнитивен или физически дефицит при изпълнение на ежедневни дейности или все още запазват адаптивен капацитет за справяне със задачите, въпреки повишеното психо-емоционално натоварване. Усещането за липса на контрол след поставяне на диагнозата е в силна корелация с всички проследени симптоми, което подчертава ключовото му значение в динамиката на психичното състояние. Чувството за загуба на контрол често се явява централен механизъм в развитието на дистрес, тревожност и чувство за безпомощност, които се превръщат в значими бариери пред ефективната адаптация към заболяването. Трудностите при справяне с ежедневни задачи показват статистически значима зависимост с липсата на контрол върху житейските събития още в преддиализния стадий, което предполага бъдещи трудности в процеса на адаптация при преминаване към ХД-лечение.

5.3.2. Корелационен анализ на психологическия фактор – стрес при пациенти с ХБЗ в диализен (G5) стадий

Таблица 6. Корелационен анализ между фактора стрес и свързаните с него симптоми при пациентите в диализен (G5) стадий на ХБЗ

		Стрес в ежедневието	Липса на контрол над събитията	Чувство на нервност	Трудност при справяне със задачите, които трябва да извършват	Усещане за напрежение
Стрес в ежедневието	r	1	0,508**	0,796**	0,637**	0,764**
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,000	0,000
	N	60	60	60	60	60
Липса на контрол над събитията	r	0,508**	1	0,541**	0,646**	0,567**
	Sig. (2-tailed)	0,000		0,000	0,000	0,000
	N	60	60	60	60	60
Чувство на нервност	r	0,796**	0,541**	1	0,611**	0,662**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000		0,000	0,000
	N	60	60	60	60	60
Трудност при справяне със задачите, които трябва да извършват	r	0,637**	0,646**	0,611**	1	0,652**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000		0,000
	N	60	60	60	60	60
Усещане за напрежение	r	0,764**	0,567**	0,662**	0,652**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	60	60	60	60	60

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

От проведения корелационен анализ на Spearman (табл.6) при пациентите в краен стадий на ХБЗ, провеждащи редовно ХД-лечение, се установи статистическа значима връзка между всички от изброените прояви на стрес във въпросника, като: усещането за стрес, напрежение, изнервеност, трудностите при справяне със задачи, както и липсата на контрол върху случващите се събития. Наличието на значима положителна корелация между тези показатели показва, че колкото по-силно е субективното усещане за стрес, толкова по-изразени са и съпътстващите емоционални и

функционални затруднения – включително затруднено справяне с ежедневни задачи и усещане за липса на контрол над собствения живот. Пациентите често се сблъскват с множество ограничения: ограничения във времето заради фиксирания ХД-график; хронична умора след процедурите и намалени възможности за социална или трудова активност. Последиците могат да предизвикват усещане за липса на контрол и перманентно психо-емоционално напрежение. Стресът представлява цялостен отговор на организма след поставяне на диагноза, загуба на физическа автономия, ограничения, наложени от лечението и бъдеща несигурност.

Проявата на напрежение и изнервеност се явяват като директен резултат от повишения стрес и представляват емоционалните прояви на стреса. Постоянното чувство за натиск, безпокойство или раздразнителност е резултат от усещането за липса на контрол; непредвидимостта на бъдещето и хроничното чувство, че нещата са „извън възможностите“ на пациента. Изнервеността е често срещана, когато пациентът изпитва несъответствие между очаквания и реалност. Усещането, че човек няма контрол върху хода на събитията (включително заболяването, лечението, личния график или бъдещето), има централна роля в засилването на тревогата и напрежението, усещането за безпомощност и уязвимост, както и намаляване на мотивацията за справяне и участие в терапията. Трудностите при справяне със задачи е свързано с: когнитивни затруднения – проблеми с концентрацията, вземането на решения и поведенчески - избягване на дейности, пасивност и физическа умора.

5.3.3. Корелационен анализ на психологическия фактор – депресивни преживявания при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) стадий

Таблица 7. Корелационен анализ между фактора депресивни преживявания и свързаните с тях прояви при пациентите в преддиализен (G1-G4) стадий на ХБЗ

		Тревога	Намален интерес при извършване на задачи	Умора	Без-апетитие	Промяна в теглото	Трудна концентрация	Без-покой-ство	Нарушения в съня	Без-полезност
Тревога	r	1	0,676**	0,622**	0,281	0,552**	0,200	0,506*	0,601**	0,369*
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,002	0,133	0,002	0,289	0,004	0,000	0,045
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Намален интерес при извършване на задачи	r	0,676**	1	0,758**	0,541**	0,427**	0,394*	0,284	0,479**	0,652**
	Sig. (2-tailed)	0,000		0,000	0,002	0,019	0,031	0,128	0,007	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Умора	r	0,622**	0,758**	1	0,412**	0,585**	0,512**	0,515**	0,676**	0,532**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000		0,024	0,001	0,004	0,004	0,000	0,002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Безапетитие	r	0,281	0,541**	0,412**	1	0,265	0,404**	0,150	0,228	0,688**
	Sig. (2-tailed)	0,133	0,002	0,0237		0,157	0,027	0,428	0,2266	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Промяна в теглото през последната година	r	0,552**	0,427**	0,585**	0,265	1	0,412**	0,491**	0,559**	0,310
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,018	0,000	0,157		0,024	0,006	0,001	0,095
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Трудна концентрация	r	0,200	0,394*	0,512**	0,404**	0,412**	1	0,345*	0,433**	0,503**
	Sig. (2-tailed)	0,289	0,031	0,003	0,027	0,024		0,062	0,016	0,005
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Безпокойство	r	0,506**	0,384*	0,515**	0,150	0,491**	0,345*	1	0,735**	0,318*
	Sig. (2-tailed)	0,004	0,067	0,003	0,428	0,006	0,062		0,000	0,086

	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Нарушения в съня	r	0,601*	0,479**	0,676**	0,228	0,559**	0,433**	0,735*	1	0,311*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,007	0,000	0,227	0,001	0,017	0,000		0,095
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Безполезност	r	0,369*	0,652**	0,532**	0,688**	0,310*	0,503**	0,318*	0,311*	1
	Sig. (2-tailed)	0,045	0,000	0,002	0,000	0,095	0,005	0,086	0,094	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Анализът (табл.7), проведен сред пациентите в преддиализен (G1–G4) стадий на ХБЗ, показва, че проявата на тревога е в по-силно значима положителна корелация с редица други симптоми — намален интерес към изпълнението на ежедневни задачи (вероятно поради понижената мотивация, типична за това състояние), умора (основен индикатор за тревога и за психическо пренапрежение), промени в телесната маса през последната година, усещане за вътрешно безпокойство (пряко емоционално отражение на тревогата), нарушения в съня, изразяващи се в безсъние или хиперсомния (последствия от тревогата) и с чувството за безполезност, което предполага за начална проява на депресивни преживявания. Установява се, че тревогата е в незначителна връзка с проявата на безапетитие, както и със затрудненията в концентрацията върху конкретни задачи (вероятно поради това, че когнитивната функция в преддиализния стадий е съхранена).

При други прояви на депресивни преживявания като умора и чувството на безполезност се установява по-силна взаимовръзка с всички от изследваните променливи. Следователно тези два симптома могат да се приемат като централни индикатори на емоционалния и физически дистрес при преддиализните пациенти. Корелацията на умората с намаления интерес при извършване на задачи ($r = 0,758$) показва, че загубата на мотивация и ангажираност към ежедневни или професионални дейности предразполага до значително увеличаване на усещането й, засягащо както когнитивни функции (способността за концентрация и изпълнение на задачи), така и социално-психологическото състояние (чувството за безполезност, безпокойство и нарушения в съня).

Безпокойството и нарушенията в съня се очертават като два ключови и взаимно подсилващи се фактора в психо-емоционалния профил на пациентите в преддиализен стадий на ХБЗ, като между тях се установява силна положителна корелация ($r=0,735$, $p<0,001$). Чувството на безпокойство се разглежда като пряк израз на афективния компонент на тревогата – чувство за напрегнатост, вътрешно неспокойство, повишена раздразнителност и притеснения относно прогресията на заболяването. Именно този постоянен психичен дискомфорт често предразполага към трудности при заспиване и към преживяването на нощна хиперактивация на мислите. От друга страна, липсата на качествен сън или хиперсомнията довеждат до повишена умора, намалена концентрация, нарушено настроение и съответно влошават дневната функционалност.

Намаленият интерес при извършване на ежедневни задачи е в по-силна връзка с всички изследвани променливи (тревога, умора, безапетитие, промяна в теллото, трудността в концентрацията, нарушенията в съня и чувството на безполезност), което предразполага към начална степен на проява на симптоматика, свързана с депресивни преживявания, с изключение на чувството за безпокойство.

5.3.4. Корелационен анализ на психологическия фактор – депресивни преживявания при пациенти с ХБЗ в диализен (G5) стадий

Таблица. 8 Корелационен анализ между фактора депресивни преживявания и свързаните с тях прояви при пациентите в диализен (G5) стадий на ХБЗ

		Тревога	Намален интерес при извършване на задачи	Умора	Без-апетитие	Промяна в теллото	Трудна концентрация	Без-покойство	Нарушения в съня	Без-полезност
Тревога	r	1	0,664**	0,625**	0,611**	0,504**	0,581**	0,861*	0,625**	0,668**
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Намален интерес при извършване на задачи	r	0,664*	1	0,668**	0,490**	0,555**	0,679**	0,710*	0,587**	0,688**
	Sig. (2-tailed)	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60

Умора	r	0,625*	0,668**	1	0,461**	0,444**	0,581**	0,682*	0,560**	0,595**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Безапетитие	r	0,611*	0,490**	0,461**	1	0,234	0,483**	0,587*	0,516**	0,583**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000		0,205	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Промяна в теглото през последната година	r	0,504*	0,555**	0,444**	0,234	1	0,497**	0,489*	0,448**	0,426**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,205		0,000	0,000	0,000	0,001
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Трудна концентрация	r	0,581*	0,679**	0,581**	0,483**	0,497**	1	0,654*	0,650**	0,733**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000	0,000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Безпокойство	r	0,861*	0,710**	0,682**	0,587**	0,489**	0,654**	1	0,676**	0,677**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000		0,000	0,000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Нарушения в съня	r	0,625*	0,587**	0,560**	0,516**	0,448**	0,650**	0,676*	1	0,687**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,054	0,000	0,000		0,000
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60
Безполезност	r	0,668*	0,688**	0,595**	0,583**	0,426**	0,733**	0,677*	0,687**	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

От проведеното изследване сред пациентите в диализен (G5) стадий на ХБЗ се наблюдава ясно изразена тенденция за по-силна положителна корелация между повечето от изследваните признаци (тревога, намален интерес при извършване на задачи, умора, трудна концентрация, безпокойство и чувството за безполезност), включени във въпросника. Тези симптоми са тясно свързани помежду си и се предполага, че те взаимно се усилват или съпътстват, което е характерно за крайният стадий на заболяването. Изключение от тази зависимост представлява установената по-слаба корелация между промените в телесната маса и наличието на безапетитие, както и

между телесната маса и нарушенията в съня. Този резултат може да се тълкува като индикация, че тези симптоми, макар и чести, не винаги се проявяват едновременно или не се влияят пряко един от друг при тази група пациенти. Най-често се дължат на задържане/загуба на течности или от въздействието на самото лечение върху психиката. Нарушенията в съня и наличието на безапетитие показват по-силна корелация с всички от изследваните признаци с изключения на настъпилата промяна в телесната маса след започване на ХД-лечение.

5.3.5. Корелационен анализ на психологическия фактор – социална подкрепа при пациенти с ХБЗ в преддиализен (G1-G4) стадий

Таблица 9. Корелационен анализ между фактора социална подкрепа и свързаните с нея признаци при пациентите в преддиализен (G1-G4) стадий на ХБЗ

		Занимания в ежедневието	Развлечения в ежедневието	Работа след поставяне на диагноза	Семейна подкрепа	Усещане за подкрепа от приятели	Липса на чувство на изолация след поставяне на диагноза
Занимания в ежедневието	r	1	0,845**	0,844**	0,536**	0,857**	0,492**
	Sig. (2- tailed)		0,000	0,000	0,008	0,000	0,003
	N	30	30	30	30	30	30
Развлечения в ежедневието	r	0,845**	1	0,853**	0,540**	0,830**	0,530**
	Sig. (2- tailed)	0,000		0,000	0,008	0,000	0,006
	N	30	30	30	30	30	30
Работа след поставяне на диагноза	r	0,844**	0,853**	1	0,517**	0,823**	0,582**
	Sig. (2- tailed)	0,000	0,000		0,011	0,000	0,000
	N	30	30	30	30	30	30
Семейна подкрепа	r	0,536**	0,540**	0,517**	1	0,495**	0,543**
	Sig. (2- tailed)	0,008	0,008	0,011		0,011	0,003
	N	30	30	30	30	30	30

Усещане за подкрепа от приятели	r	0,857**	0,830**	0,823**	0,495**	1	0,587**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,011		0,001
	N	30	30	30	30	30	30
Липса на чувство на изолация след поставяне на диагнозата	r	0,492**	0,530**	0,582**	0,543**	0,587**	1
	Sig. (2-tailed)	0,003	0,006	0,000	0,003	0,001	
	N	30	30	30	30	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

От извършения анализ сред пациентите в преддиализен (G1-G4) стадий на ХБЗ е установена по-силна корелационна връзка между извършването на ежедневни дейности, ангажираността с развлечения, липсата на усещане за социална изолация с усещането за социална подкрепа от семейство, приятели и с трудовата заетост, както и помежду им. По този начин се подчертава значението на социалната и функционалната ангажираност за общото психо-емоционално състояние на пациентите в този етап на заболяването. Наличието на социална активност и професионалната реализация са индикатори за психо-социалната стабилност. Пациентите, които са социално активни, по-рядко се чувстват изолирани или психически натоварени от заболяването си. Семейната подкрепа играе ключова роля за психо-социалното функциониране на пациентите и демонстрира по-силна връзка с извършването на ежедневни дейности, ангажираността с развлечения и с липсата на усещане за социална изолация. Семейството е водещ източник на подкрепа и допринася за емоционална стабилност на пациентите. Тя не винаги е пряко свързана с други форми на социална подкрепа или с професионална реализация след диагностициране на заболяването.

5.3.6. Корелационен анализ на психологическия фактор – социална подкрепа при пациенти с ХБЗ в диализен (G5) стадий

Таблица 10. Корелационен анализ между фактора социална подкрепа и свързаните с нея признаци при пациентите в диализен (G5) стадий на ХБЗ

		Занимания в ежедневието	Развлечения в ежедневието	Работа след поставяне на диагноза	Семейна подкрепа	Усещане за подкрепа от приятели	Липса на чувство на изолация след поставяне на диагноза
Занимания в ежедневието	r	1	0,680**	0,598**	0,402**	0,278	0,558**
	Sig. (2- tailed)		0,000	0,000	0,019	0,034	0,000
	N	60	60	60	60	60	60
Развлечения в ежедневието	r	0,680**	1	0,548**	0,429**	0,309	0,593**
	Sig. (2- tailed)	0,000		0,000	0,001	0,030	0,000
	N	60	60	60	60	60	60
Работа след поставяне на диагноза	r	0,598**	0,548**	1	0,222	0,115	0,275
	Sig. (2- tailed)	0,000	0,000		0,089	0,397	0,038
	N	60	60	60	60	60	60
Семейна подкрепа	r	0,402**	0,429**	0,222	1	0,290	0,391**
	Sig. (2- tailed)	0,019	0,001	0,089		0,031	0,002
	N	60	60	60	60	60	60
Усещане за подкрепа от приятели	r	0,278	0,309	0,115	0,290	1	0,628**
	Sig. (2- tailed)	0,034	0,030	0,397	0,031		0,000
	N	60	60	60	60	60	60
Липса на чувство на изолация след поставяне на диагноза	r	0,558**	0,593**	0,275	0,391**	0,628**	1
	Sig. (2- tailed)	0,000	0,000	0,038	0,002	0,000	
	N	60	60	60	60	60	60

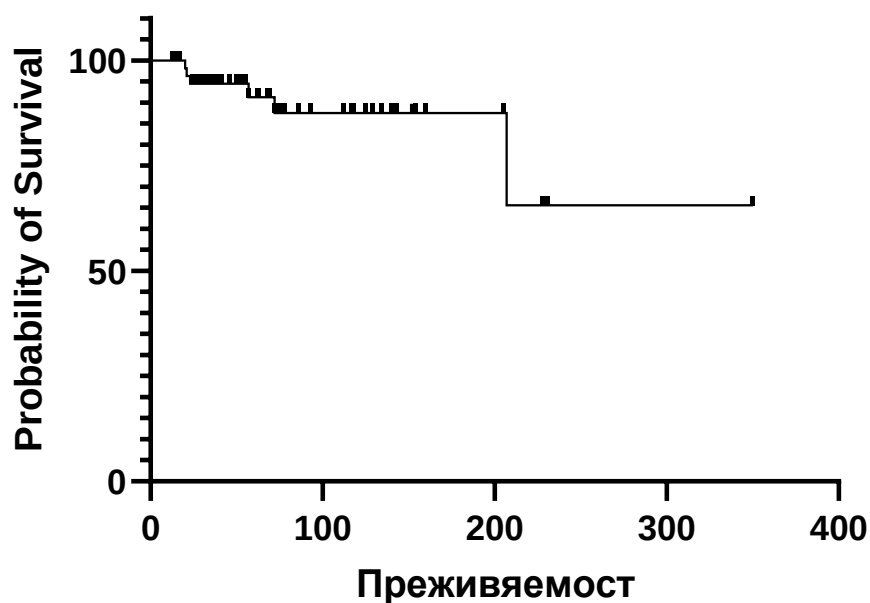
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

От проведеното изследване сред пациентите в диализен (G5) стадий на ХБЗ се демонстрира, че извършването на ежедневни дейности и намирането на развлечения са представени в по-силна корелация с възможността да започнат или да продължат работа след поставянето на диагнозата, както и с липсата на изолация и получената подкрепа от семейството. Когато пациентите са социално активни и намират начини да останат заети с ежедневни занимания, те по-рядко изпитват чувство за изолация. Според изследване на Sukor et al. 2022 семейството се счита като основен източник на ежедневна подкрепа при хронично болни пациенти, докато приятелите играят второстепенна роля или контактите с тях може да се ограничат поради заболяването, с което се обяснява по-слабата им връзка с изследваните прояви на ежедневни занимания, развлечения, трудова заетост и семейна подкрепа.

Прави впечатление групата пациенти, които са започнали работа след поставянето на диагнозата. При тях се наблюдава по-слаба връзка с липсата на усещане за изолация. Едновременно е отчетена сравнително незначителна корелация със социалната подкрепа от семейство и приятели, което може да означава, че тази група разчита в по-малка степен на близките си и се опитват да се справят сами, или обратно – че не я получава в достатъчна степен. Наличието на подкрепа от страна на семейството е в силна корелация с извършването на ежедневни занимания, развлечения и с липсата на чувството на изолация, докато е в по-слаба връзка с подкрепата от приятелския кръг, тъй като близките могат да помогнат с емоционална и практическа подкрепа у дома.

5.4. Обща преживяемост (OS) при пациентите, провеждащи хемодиализно лечение

Survival proportions: Survival of Преживяемост



Фигура 9. Графика, отразяваща общата преживяемост (OS) на пациентите на ХД

Средна преживяемост (Mean)				Медиана на преживяемост (Median)			
Оценка (Estimate)	Стандартна грешка (Std. Error)	Доверителен интервал 95% Confidence Interval		Оценка (Estimate)	Стандартна грешка (Std. Error)	Доверителен интервал 95% Confidence Interval	
		Нисък риск	Висок риск			Нисък риск	Висок риск
85,780	±9,950	66,279	105,282	62,000	±9,468	43,444	80,556

Табл. 11. Таблица, отразяваща средната преживяемост и медианата на преживяемост при пациентите на ХД

От проведенният анализ на Kaplan-Meier от общо 60 пациенти, провеждащи ХД-лечение, в рамките на проследяването 6 (10%) са починали, докато 54 (90%) са били живи до края на проучването. Получените данни предполагат висока обща преживяемост на изследваната група, като медианата на преживяемост не е достигната (т.е. над 50% от пациентите са все още живи през целия период). На табл.11 е отразена средната преживяемост на участниците, която е приблизително 85,78 дни ($\pm 9,95$), а

медианата е 62,00 дни ($\pm 9,47$). Тези резултати показват, че половината от пациентите са преживели поне 2 месеца от началото на проследяването.

5.5. Регресионен анализ на Сох

5.5.1. Регресионен анализ между фактора стрес и влиянието върху преживяемостта при пациентите на ХД

	β коефициент	CI β коеф.	Hazard Ratio	CI HR
Стрес в ежедневието	- 0.8166	- 3.073 до 1.328	0.4419	0.04 до 3.77
Липса на контрол над събитията	0.4966	- 1.221 до 2.214	1.643	0.29 до 9.15
Нервност	0.5680	- 0.8454 до 2.120	1.765	0.42 до 8.33
Трудност при справяне със задачи, които трябва да се извършат	- 0.7835	- 2.170 до 0.5306	0.4568	0.11 до 1.7
Усещане за напрежение	1.190	- 0.6355 до 3.520	3.286	0.52 до 33.78

Извърши се регресионен анализ на Кокс с оглед да се оцени влиянието на субективно възприемания стрес върху преживяемостта при пациентите на ХД-лечение. В изследването са включени пет независими променливи, свързани с измеренията на стреса. Получените данни не показват статистическа значимост и съответно не се установява съществено влияние на изследваните стресови фактори върху времето на преживяване сред тези пациенти. Резултатите могат да се дължат на ограничения брой събития (смъртни случаи), високия брой на живите пациенти, проследени през изминалия период на проучването, както и на индивидуалните различия в начина, по който болните на ХД-лечение възприемат и докладват стреса. Въпреки това, ролята на стреса не бива да бъде подценена по отношение на психо-емоционалното благополучие и продължителната адаптация към поддържащото живота лечение.

5.5.2. Регресионен анализ между фактора депресивни преживявания и влиянието върху преживяемостта при пациентите на ХД

	β коефициент	CI β коеф.	Hazard Ratio	CI HR
Тревога	0.1401	- 4.011 до 3.853	1.150	0.018 до 47.13
Намален интерес при извършване на задачи	0.1438	-2.690 до 3.223	1.155	0.067 до 25.09
Умора	-2.799	-7.621 до 0.3582	0.060	0,00 до 1.43
Безапетитие	-0.8902	-3.825 до 1.219	0.4106	0.02 до 3.38
Промяна в теглото през последната година	-1.669	-4.087 до 0.3928	0.1884	0.016 до 1.48
Безпокойство	2.087	0.3777 до 4.672	8.062	1.45 до 106.9
Трудна концентрация	1.983	-1.524 до 7.038	7.263	0.21 до 1139
Нарушения в съня	1.787	-0.3029 до 4.757	5.970	0.73 до 116.4
Безполезност	-1.662	-4.360 до 0.3282	0.1898	0.01 до 1.38

Проведеният регресионен анализ на Кокс по отношение на влиянието на субективно възприеманите депресивни преживявания върху преживяемостта при диализно зависимите болни, също не отчита статистически значим резултат при пациентите. Установява се, че единствено по-високите нива на чувството за безпокойство ($\beta=2.087$; $HR=8.06$) са свързани с намалена преживяемост. Проявеният признак се разглежда като форма на хроничен психологически стрес, който засяга психо-емоционалното състояние на болните. Резултатът може да се обясни с увеличен риск от нестабилност в психичното състояние, наличието на хронична тревога, повишен стресов отговор или неправилно, и/или липса на спазване на медицинските указания във връзка с ХДР. Наличието на безпокойствие е свързано с влошено внимание и концентрация, което затруднява разбирането и изпълнението на терапевтичните указания. По този начин се намалява ефективността на лечението и съществува повишен риск от усложнения. Останалите изследвани променливи не показват статистическа значимост с преживяемостта.

5.5.3. Регресионен анализ между фактора социална подкрепа и влиянието върху преживяемостта при пациентите на ХД

	β коефициент	CI β коеф.	Hazard Ratio	CI HR
Ежедневни занимания	-0.2814	-1.54 до 1.01	0.7548	0.21 до 2.76
Развлечения в ежедневието	-0.3715	-1.93 до 1.25	0.6897	0.14 до 3.50
Семейна подкрепа	-0.4487	-3.38 до 1.24	0.6384	0.03 до 3.45
Подкрепа от приятели	0.3823	-0.65 до 1.59	1.466	0.52 до 4.92
Трудова заетост след започване на лечение	-0.8719	-2.58 до 0.43	0.4181	0.07 до 1.54
Чувство на изолация след започване на ХД-процедура	1.281	-0.76 до 3.37	3.60	0.46 до 29.33

Извърши се регресионен анализ на Кокс, оценяващ субективно възприеманата социална подкрепа върху преживяемостта при пациентите на ХД-лечение. В изследването са включени различни аспекти на социалната среда – участие в ежедневни занимания и развлечения, подкрепа от семейството и приятели, трудова активност след започване на лечението, както и чувство за изолация. При настоящите данни не се установява статистическа значимост, което означава, че социалните фактори не оказват влияние върху времето на преживяване при диализно зависимите болни. Възможно е получените резултати да са повлияни от ограничения брой наблюдения или от високата вариабилност в изследваната група.

6. Дискусия

Заболеваемостта от ХБЗ се увеличава в световен мащаб, главно поради разпространението на основни заболявания като ЗД и АХ. Въпреки усилията за превенция, честотата на пациентите, диагностицирани с ХБЗ, остава високо, а броят на случаите с краен стадий на ХБЗ (ESRD) продължава да се увеличава. При запазване на тази тенденция, глобалните последици могат да бъдат значителни, тъй като лечението и грижите за пациенти с ESRD (като напр. провеждане на ХД или бъбречна трансплантация) са свързани със сериозни социални и икономически разходи. Освен физическите предизвикателства, пациентите с напреднало бъбречно заболяване често се сблъскват и с емоционални и социални трудности – като промени в психическото им състояние, в отношенията с близки и в икономическото им положение. Всички тези фактори могат допълнително да повлияят върху хода на хроничното заболяване и върху QoL на пациента.

В нашето проучване се осъществиха няколко анализа с оглед да се оцени влиянието на основните психологически фактори – стрес, депресивни преживявания и наличието на социална подкрепа върху психо-емоционалното състояние при диагностицираните с ХБЗ и при болните, провеждащи редовно ХД-лечение. От извършения сравнителен анализ (табл.3) между двете изследвани групи се установи, че пациентите на ХД-лечение (G5 стадий) споделят за значително по-високи нива на стрес в сравнение с пациентите в преддиализен стадий (G1–G4) на ХБЗ. Тези данни корелират с получените резултати в проучванията на Choi et al., 2019, Kimmel, 2001; Sharma et al., 2022, които също показват по-силен психологически дистрес при болните, провеждащи ХД-лечение. Всички въпроси от проведената анкета, свързани със субективното възприемане на стреса — като усещане за напрежение в ежедневието, честа изнервеност, липса на контрол върху събитията и трудности при справяне със задачи показват статистически значимо по-високи стойности при диализните пациенти. Получените данни подчертават, че пациентите, които преминават през ХД-лечение, преживяват по-интензивен и продължителен стрес. Основните причини за това са физическите ограничения и свързаните с тях чести и продължителни процедури на ХД, които намаляват физическата активност и водят до усещане за хронична умора и слабост; ограниченията в диетата и приемането на течности, които допълнително повишават напрежението в ежедневието (Sharma et al. 2022, Choi et al. 2019, Kimmel, 2001). Друга характерна причина е необходимостта от спазване на строг лечебен режим

и планирането на всеки ден на пациента според ХД-график, което затруднява спонтанните дейности и личните ангажименти (Mug et al. 2001, Gorji et al. 2013, Logan et al. 2006). Невъзможността да се пропусне или променя ХД-сесия без риск за здравето създава постоянно психическо напрежение. Голяма част от пациентите усещат, че част от решенията, касаещи здравето и ежедневието им, вече не са в техни ръце и необходимостта от зависимост от медицинския екип и апаратура усилва чувството за безпомощност (Brimele et al. 2012). Непредвидените промени в здравословното им състояние или в графика на диализата правят бъдещето несигурно (Muscat et al. 2021). От друга страна тревогата за възможни усложнения като катетър-асоциирани инфекции, хипотония по време на процедурата и т.н., особено при болните с чести подобни прояви, постоянно присъства в мислите им, което е предпоставка за дистрес симптоматика (Theodoritsi et al. 2016, Davaridolatabadi E et al.). Получените данни от изследването предполагат необходимостта от психологическа и социална подкрепа, особено за пациентите в диализен стадий, както и работата с тях от интердисциплинарен екип, включващ психолози, социални работници и нефролози (Bahmani et al. 2025).

По отношение на депресивните преживявания, тяхното субективно възприемане е оценено сред анкетираните участници. В нашето изследване се установява, че пациентите, които са на ХД, отбелязват значително по-високи нива на депресивните усещания в сравнение с диагностицираните в стадий G1–G4 на ХБЗ. Прави впечатление по-силната проява на следните симптоми сред анкетираните участници - повишена тревога, хронична умора и вътрешно напрежение, най-често свързани с непредвидимостта на самото заболяване (Mug et al. 2001, Gorji et al. 2013, Logan et al. 2006). Крайният стадий на ХБЗ се характеризира не само с физиологично отпадане на основните бъбречни функции (секреторна, екскреторна и регулаторна), но и с необходимостта от регулярно провеждане на ХД-терапия, съпътствана от ограничения в начина на живот. Поради тези причини диализно зависимите болни често преживяват загуба на автономия, социална изолация и рязка промяна в ежедневните роли (напр. отпадане от работа, зависимост от медицински график) (Mathew N et al. 2023, Shafi ST et al. 2017, Lee et al. 2013). Докато пациентите в преддиализен стадий на ХБЗ все още запазват частична автономия и не са обременени от физическите и социалните последици на диализата, което обяснява по-ниските нива на депресивни преживявания (Shafi ST et al. 2017, Lee et al. 2013). Наличието на тревога, безпокойство и напрежение са характерни прояви за пациенти в несигурна и зависима от терапия ситуация каквото

е ХД-лечение, като най-вероятно обяснимата причина за тяхното възникване са страхът от усложнения, непредвидимостта на състоянието и емоционалното натоварване от постоянната зависимост на медицински екип в ХД-центрове (Kim et al., 2019, Ok et al. 2019, Schouten et al., 2019). Умората (физическа и психическа) е често срещана при ХБЗ, но когато се съпътства с емоционално изтощение и намален интерес към дейности, се счита като предпоставка за проява на депресивна симптоматика (Artom et al., 2014). Необходимо е да се отбележи, че непрекъснатото физическо и психическо натоварване води до усещане за изтощение и за влошено самочувствие (Jablonski, 2007, Chilcot et al., 2008).

Като други характерни прояви на депресивни преживявания, пациентите споделят за трудността при концентриране, чувството за безполезност и безпокойствие (Kang et al. 2019, Cukor et al. 2007), които показват нарушение в самооценката и в когнитивното функциониране на самия индивид, а наличието им възпрепятства ефективното справяне със задачите от ежедневието. Най-често са породени от хроничен стрес, социална изолация и невъзможност да се изпълняват житейски роли (работа, семейни отговорности).

В нашето изследване голяма част от анкетиранияте участници споделят за нарушения в съня, изразяващи се в безсъние или хиперсомния (Ezzat & Mohab, 2015, Pliescu et al. 2003), след започване или по време на ХД-лечение. Тези прояви влошават концентрацията, настроението и усещането за контрол над случващите в живота на пациентите събития, съответно могат да се определят като предпоставка или причина за повишен риск от възникване на депресивни състояния в хода на лечението. Често наблюдавани соматични прояви са промените в телесната маса сред пациентите на ХД след започване на терапия. Колебанията в теглото (наддаване или загуба) се считат като индикатор за психо-емоционален дисбаланс и са свързани с промяна в апетита, прием на медикаментозно лечение или загуба на интерес към хранене поради възникване на депресивни преживявания или тревога (Kalantar-Zadeh et al. 2005, Loosman et al. 2015).

От получените резултати в изследването прави впечатление, че при симптомът „безапетитие“ не се установява статистически значима стойности между двете изследвани групи (Bossola et al., 2011). Полученият резултат може да се обясни с факта, че нарушението в апетита е сравнително често срещано при пациенти с хронични заболявания независимо от стадия и че се влияе в по-голяма степен от физиологични и емоционални фактори (Carrero et al., 2007). Характеризира се като често срещан соматичен симптом както при ранния, така и при напредналия стадий на ХБЗ и може да

се дължи на уремия, гастроинтестинални оплаквания и прием на медикаменти (Kalantar-Zadeh et al., 2005). От друга страна ХД-терапия се счита като катаболичен процес. Според изследване на Elezi et al., 2023 бъбречно-заместителната функция, която се осъществява от ХД-апарат, може да доведе до значителна промяна върху външния образ на тялото и пациентите да се възприемат като непривлекателни, което също може да повлияе върху самочувствието им (Zyga et al., 2011, Pagels et al., 2008, Mouelhi et al., 2021). Пациентите не винаги определят липсата на апетит като проблем или я възприемат като нормална част от състоянието си, което може да повлияе на тяхната самооценка (Kalantar-Zadeh et al., 2005, Carrero et al., 2007). Тази комбинация от физически и психически оплаквания показва, че хроничното лечение не само натоварва организма, но и оказва влияние върху емоционалното и когнитивно състояние на пациента (Cukor et al., 2007, Seminars in Dialysis; Kang et al., 2019).

В настоящото изследване е оценено значението на социалната подкрепа като фактор, оказващ влияние върху психо-емоционалния статус на изследваните пациенти. Резултатите от анализа (табл. 5) показват, че пациентите в преддиализен стадий на ХБЗ, G1–G4 отчитат статистически значими по-високи нива на социална подкрепа в сравнение с тези, подложени на редовни ХД процедури (стадий G5). Изследваните показатели обхващат различни аспекти на социалната подкрепа – помощ и съдействие от страна на семейството и приятелите, наличие на занимания и/или развлечения в ежедневието, възможност за трудова заетост след поставяне на диагнозата, както и субективното възприятие за социална изолация. Вероятно получените резултати при пациентите в преддиализен стадий се дължат на по-запазеното им физическо и функционално състояние, което им позволява да бъдат по-социално активни, да участват в различни занимания и да поддържат по-тесни контакти със семейството и приятелския кръг (Lopes et al., 2004). За разлика от тях, пациентите, подложени на редовно ХД-лечение, съобщават за по-ниски нива на социална подкрепа (Theodoritsi et al., 2016). Това може да се обясни с по-силно изразеното чувство за социална изолация и зависимост от лечението, което оказва негативно влияние върху тяхното психо-емоционално състояние. Стриктният терапевтичен режим при диализноболните, необходимостта от редовни посещения в ХД-центрове (Cohen et al., 2007), честите отсъствия от работа и от семейни или приятелски събития, както и умората след диализните процедури, водят до ограничаване на социалните контакти и до по-трудно поддържане на активен социален живот (Theodoritsi et al., 2016, Tong et al., 2013). Намаленото желание за участие в досегашни дейности и колебанията в телесното тегло

са също признак за емоционално изтощение, което се дължи на постоянната медицинска зависимост и липсата на мотивация (Bohlke et al. 2008, Kalantar-Zadeh et al., 2005).

Проведе се корелационен анализ на Spearman между психологическите фактори – стрес, депресивни преживявания, социална подкрепа и свързаните с тях симптоми. По отношение на фактора стрес, извършеният анализ сред пациентите в преддиализен стадий на ХБЗ показва, че възприеманите усещания за стрес, състоянията на нервност и напрежение са в по-силна положителна корелация както с липсата на контрол върху събитията в обкръжаващата среда, така и помежду си. Получените данни подчертават връзката между субективното усещане за контрол (Christensen & Ehlers, 2002, Lopes et al., 2004), емоционалното напрежение (Wu et al., 2014) и общото ниво на стрес при тази група пациенти. Колкото по-слабо пациентът възприема, че контролира случващите се събития, толкова в по-висока степен се проявяват тревогата, напрежението и психическото му натоварване. В същото време, тези фактори имат по-слаба и статистически незначителна връзка с трудностите при справяне с конкретни задачи, което може да предполага, че емоционалният стрес при преддиализните пациенти не е пряко свързан с усещане за когнитивни или физически ограничения в ежедневните дейности или че те запазват способността си да се адаптират и справят с предизвикателствата въпреки повишеното психо-емоционално напрежение. След поставяне на диагнозата усещането за липса на контрол показва по-силна връзка с всички проследени симптоми, което подчертава основната му роля в оформянето на психичното състояние. Често това чувство се превръща като водещ механизъм за развитие на дистрес, тревожност и усещане за безпомощност, които възпрепятстват ефективната адаптация към заболяването. Още в преддиализния стадий една от проявите на стрес симптоматика - затруднението при изпълнението на ежедневни задачи показва статистически значима връзка единствено с липсата на контрол върху житейските обстоятелства, което може да бъде индикация за потенциални затруднения в процеса на приспособяване при започване на ХД (Griva et al., 2010).

Получените резултати сред пациентите, провеждащи хронично диализно лечение, са по-различни в сравнение с тези в преддиализен стадий на ХБЗ. Корелационният анализ на Spearman, проведен при диализно-зависимите болни, разкри статистически значими зависимости между всички проследени прояви на стрес, включително усещането за напрежение, изнервеност, затрудненията при справяне с конкретни задачи и липсата на контрол върху житейските събития. Положителната връзка между тези

показатели показва, че с нарастването на субективното чувство за стрес се усилват и емоционалните, и функционалните затруднения – от усещането за безпомощност до затрудненията в изпълнението на ежедневните дейности. Пациентите се сблъскват с редица ограничения – фиксиран график за диализа, хронична умора след процедурите и намалени възможности за социална и трудова активност – фактори, които допълнително засилват усещането за липса на контрол и поддържат високи нива на психо-емоционално напрежение (Christensen & Ehlers, 2002). Напрежението и изнервеността представляват пряко следствие от повишения стрес и могат да се разглеждат като негови основни емоционални прояви (Griva et al., 2010; Koudi et al., 2010). Постоянното усещане за натиск, безпокойство или раздразнителност често произтича от чувството за липса на контрол, несигурността относно бъдещето и хроничното възприятие, че обстоятелствата са извън възможностите на пациента. Изнервеността се проявява особено силно, когато съществува разминаване между очакванията и реалността. Чувството, че човек няма влияние върху хода на събитията – включително заболяването, лечението, личния график и перспективите за бъдещето – играе ключова роля за засилването на тревожността, напрежението, усещането за безпомощност и уязвимост, както и за намалената мотивация за активно справяне и участие в терапията (Buchanan et al., 2011; Cukor et al., 2007). Затрудненията при справяне с ежедневни задачи се свързват с когнитивни проблеми, като влошена концентрация и трудности при вземането на решения, както и с поведенчески и физически аспекти – избягване на дейности, пасивност и умора (Theodoritsi et al., 2016).

Корелационният анализ по отношение на депресивните преживявания, проведен сред пациенти в преддиализен (G1–G4) стадий на ХБЗ, показва, че симптомът на тревога е в значима положителна корелация с редица прояви: намален интерес към изпълнение на ежедневни дейности (вероятно вследствие на понижената мотивация, характерна за това състояние), изразена умора (ключов индикатор за психическо пренапрежение), промени в телесната маса през последната година, чувство за вътрешно напрежение и нарушения на съня, проявяващи се като безсъние или хиперсомния (чести последици от тревогата) и с чувството на безполезност (предпоставка за начална депресивна симптоматика). Освен това се описва по-слаба корелация между тревогата и проявите на безапетитие, както и със затруднената концентрация при изпълнение на конкретни задачи, което предполага запазена когнитивна функция в този стадий.

Проявите на умора и чувството на безполезност показват най-силна

взаимовръзка с всички изследвани променливи, което ги определя като ключови индикатори за емоционален и физически дистрес при преддиализни пациенти, в съответствие с анализа на Tsay et al., 2004. Умората може да бъде както резултат от тревога и апатия, така и фактор, който ги засилва, докато чувството на безполезност допринасят за влошена дневна функционалност, намалена мотивация и засилено усещане за безсилие (Palmer, S et al. 2013). Силната корелация между умората и намаления интерес към изпълнение на задачи ($r = 0,758$) разкрива, че липсата на мотивация и намалената активност в ежедневието са пряко свързани с нарастването на усещането за изтощение. По този начин са засегнати не само когнитивните процеси, като концентрация и ефективност при работа, но и психо-емоционалния статус на пациентите, изразен чрез неспокойство, чувство за безполезност и нарушения на съня.

Признакът на безпокойствие и нарушенията на съня са представени в по-силна положителна връзка ($r = 0,735$, $p < 0,001$) и се очертават като два ключови и взаимно подсилващи се компонента в психо-емоционалния профил на пациентите с ХБЗ в преддиализен стадий. Усещането за безпокойствие може да се разглежда като израз на тревожност, характеризираща се с напрегнатост, вътрешно неспокойство, раздразнителност и страхове, свързани с напредването на заболяването (Loosman et al., 2015; Chen et al., 2017). Наличието на постоянен вътрешен дискомфорт често предизвиква затруднения със заспиването, а липсата на качествен сън или прекомерната сънливост през деня засилват умората, влошават концентрацията и настроението, като по този начин ограничават пълноценната функционалност в ежедневието. Намаленият интерес към изпълнението на ежедневни дейности е по-силно свързан с тревога, умора, безапетитие, промяна в телесната маса, затруднения при концентрация, нарушения на съня и чувство за безполезност, което предполага ранна изява на симптоми, характерни за депресивни преживявания (Griva, et al. 2010).

Безапетитието показва по-силна корелационна връзка с прояви като намаления интерес към изпълнение на ежедневни дейности и усещането за умора, което предполага общ механизъм, свързан с понижена мотивация (Carrero, J. J et al, 2018). Силна корелация се демонстрира с трудностите при концентрация и усещането за безполезност, което показва, че липсата на апетит често е съпроводена с когнитивни затруднения и тревога, които от своя страна могат да влошат способността за справяне с ежедневни предизвикателства (Kimmel, P. L. 2002). Корелацията със затрудненията при концентриране върху задачи и чувството за безполезност подсказва за ранна предпоставка за развитие на депресивни преживявания, тъй като именно тези симптоми

често се проявяват в рамките на депресивния спектър (Palmer, S et al. 2013). Установената незначителна зависимост с промените в телесната маса предполага, че липсата на апетит в този стадий невинаги води до промени във физическото състояние, което може да е резултат от компенсаторни механизми или краткотрайност на симптома.

Промяната в телесната маса се оказва в по-силна корелация с редица други симптоми като тревога, намален интерес към извършване на задачи, умора, трудностите в концентрацията, безпокойствието и нарушенията в съня. Тези резултати показват, че измененията в теглото при преддиализни пациенти не са изолирано физиологично явление, а са тясно свързани с психо-емоционалното състояние (Chilcot et al., 2010). От една страна, тревогата и безпокойствието могат да повлияят върху хранителното поведение – както чрез намаляване на апетита, така и чрез склонност към преяждане, което води до колебания в телесната маса. От друга страна, умората, затрудненията в концентрацията и нарушенията на съня отразяват общото изтощение и емоционален дистрес, които също могат да окажат влияние върху хранителните навици (Kalantar-Zadeh & Kopple, 2011). Счита се, че промяната в теглото се разглежда като индиректен индикатор за натрупването на психическо напрежение и намаляването на адаптивните ресурси на организма.

Резултатите от проведения корелационен анализ при участниците в диализен (G5) стадий на ХБЗ показват отчетлива тенденция за по-силна положителна корелация между повечето от изследваните симптоми, включени във въпросника – тревожност, намален интерес към изпълнението на ежедневни дейности, умора, затруднена концентрация, вътрешно безпокойство и чувство за безполезност. Тези прояви са тясно свързани помежду си и вероятно взаимно се усилват или съпътстват, което е характерно за крайната фаза на заболяването и отразява комплексното психо-емоционално натоварване при тази група пациенти (Tsay, S. L et al. 2004). Необходимо е да се отбележи, че хронидиализното лечение налага значителни ограничения в начина на живот (фиксиран процедури няколко пъти седмично, физическо изтощение след процедурите, ограничена социална и трудова активност), които сами по себе си са източник на хроничен стрес и психо-емоционално напрежение (Cukor, D et al. 2004). Изключение от тази зависимост представлява по-слабата корелация между промените в телесната маса и наличието на безапетитие, както и между телесната маса и нарушенията на съня, което предполага, че тези симптоми, макар и чести, не са задължително свързани с психо-емоционалното състояние и по-често отразяват

физиологични процеси – например задържане на течности, катаболитни промени или ефектите от самата ХД (Kuhlmann, M. K. et al. 2006). От друга страна, нарушенията на съня и липсата на апетит (Unruh, M. L. et 2007), показват по-силна положителна връзка с почти всички изследвани показатели (с изключение на промяната в телесната маса). Тази корелация подчертава тяхната роля като централни индикатори на дистрес при пациентите, при които ХД-лечение не само физически изтощава организма, но и променя качеството на живот и психологическата адаптация. Нарушенията на съня водят до влошена дневна функционалност, понижена мотивация и засилено чувство за безпомощност, докато липсата на апетит (Bossola, M. Et al. 2015) може да бъде както следствие на физическите симптоми (вкусови промени, гадене, умора), така и на емоционални фактори (тревога, депресивни преживявания).

При корелационния анализ, проведен сред пациентите в преддиализен (G1–G4) стадий на ХБЗ, се установява, че по-силна зависимост между извършването на ежедневни дейности, ангажираността с развлечения и с липсата на усещане за социална изолация с усещането за социална подкрепа от семейство, приятели и с трудовата заетост, както и помежду им. Получените данни показват, че пациентите, които успяват да поддържат активен социален живот и да бъдат ангажирани функционално (чрез ежедневни задачи или работа), имат по-ниска вероятност да изпитват чувство на изолация и психическо напрежение, свързано със заболяването (Theodoritsi et al., 2016, Griva et al., 2010, Cukor et al., 2007). Социалната и професионалната активност функционират като психологически защитни фактори, които подпомагат адаптацията към хроничното състояние и запазването на емоционалната стабилност. Семейната подкрепа се счита като важен фактор за правилното психо-социално функциониране и показва по-силна корелация с възможността за изпълнение на ежедневни задачи, участието в развлечения и социални активности и липсата на усещане за социална изолация (Theodoritsi et al., 2016). Тези резултати подчертават значението на близките хора като основен източник на емоционална и практическа помощ в ежедневието на пациента. Подкрепата от страна на приятелите и възможността за трудова реализация обаче показват по-слаба корелация със семейната подкрепа, което най-вероятно се дължи на външни фактори като физическото състояние, което може да ограничи работоспособността и социалните контакти извън семейството, които понякога се влияят от времеви ограничения или промени в социалната роля на пациента след поставяне на диагнозата.

Корелационният анализ сред пациентите в диализен (G5) стадий на ХБЗ

демонстрира, че извършването на ежедневни дейности (пазаруване, домакинска работа, лични грижи) и намирането на развлечения (хобита, социални срещи, културни активности) са представени в по-силна корелация с възможността да започнат или да продължат работа след поставянето на диагнозата, както и с липсата на изолация и получената подкрепа от семейството (Kara et al., 2016). Полученият резултат показва, че функционалната активност и социалното включване са взаимно свързани и заедно подпомагат адаптацията към хроничното заболяване (Curtin et al., 2002; Theodoritsi et al., 2016). Липсата на социална изолация показва силна корелация с ежедневните дейности и развлечения, особено при пациенти, които получават подкрепа от семейството. Семейството е водещият източник на емоционална и практическа помощ, като осигурява стабилност в условията на физически ограничения, наложени от лечението (например фиксирани графици за ХД, хронична умора), което означава, че социалната и функционалната активност са във взаимовръзка със семейната подкрепа, като основа за успешна адаптация (Curtin et al., 2002; Theodoritsi et al., 2016). Подкрепата от страна на приятели показва по-слаба връзка с ежедневните дейности и развлечения, което най-вероятно се дължи на ограничените възможности за срещи и поддържане на приятелски контакти заради ХД графици и физическото изтощение (Palmer et al., 2013); психологически фактори, като изолация поради чувство на болестност или промяна в социалната роля и че в условията на хронично заболяване семейството поема основната роля в ежедневната помощ и емоционалната подкрепа, докато приятелските отношения остават второстепенни. При групата пациенти, които са продължават да работят след започнато ХД-лечение (Ng et al., 2015), се наблюдава по-слаба връзка с липсата на усеждане за изолация. Този резултат може да се обясни с това, че пациентите на ХД-лечение може да се чувстват изолирани въпреки трудовата ангажираност, вероятно поради умора, ограничения във времето или липса на разбиране от работната среда. Установена е сравнително слаба корелация със социалната подкрепа от семейство и приятели, което може да означава, че диализно-зависимите болни съзнателно разчитат по-малко на близките си и се опитват да бъдат независими (Tong et al., 2013), или не получават в достатъчна степен подкрепа. Наличието на подкрепа от страна на семейството е в силна корелация с извършването на ежедневни занимания, развлечения и с липсата на чувството на изолация, докато е в по-слаба връзка с подкрепата от страна на приятелския кръг (Theodoritsi et al., 2016). Семейството предоставя ежедневна емоционална и практическа помощ, докато приятелските контакти често са ограничени от здравословните и социалните условия на пациентите (Theodoritsi et al., 2016).

Чрез регресионен анализ на Кокс е оценено влиянието на субективно възприеманите нива на стрес, депресивни преживявания и социална подкрепа върху преживяемостта при пациенти на ХД-лечение. Изследването на променливите, свързани със стреса (наличието на стрес в ежедневието, липса на контрол върху случващите се събития, трудността при справяне с конкретни задачи, усещане за напрежение и нервност) не установява статистически значима връзка с времето на преживяване. Получените резултати показват, че стресът, измерен чрез субективни показатели, не оказва съществено влияние върху дългосрочната преживяемост в изследваната група.

При оценката на депресивните преживявания също не се отчита статистически значимост, с изключение на признака „усещане на безпокойствие“, при който се установява 8 пъти по-висок риск от намалена преживяемост във връзка с възприемането му ($\beta=2.087$; $HR=8.06$). Наличието на безпокойствие може да се интерпретира като форма на психо-емоционално натоварване и индикатор за хроничен психически стрес, който предразполага към засилено чувство на тревога, затруднения в концентрацията и вниманието по отношение на спазването на препоръките за ХДР и лечение. По-голяма част от пациентите, провеждащи ХД-лечение, изпитват несигурност относно бъдещето и изхода от заболяването, като проявата на усещането за безпокойствие от своя страна увеличава вероятността от възникване на усложнения и хоспитализации при тези болни.

По отношение на психологическия фактор социална подкрепа, включваща наличието на ежедневни занимания, развлечения, подкрепа от семейството и приятели, трудова активност и чувство за изолация – също не се отчете статистически значим резултат върху преживяемостта при диализно-зависимите болни. Получените резултати могат да се дължат на ограничени брой събития (смъртни случаи), високия брой на живите пациенти, проследени през изминалия период на проучването, както и на индивидуалните различия в начина, по който пациентите на ХД-лечение възприемат и докладват психо-емоционалните и социалните фактори.

6.1. Заключение

Пациентите, диагностицирани с ХБЗ и провеждащи ХД-лечение, са изправени пред предизвикателство, свързано с физическото здраве, психологическата стабилност и социалната им интеграция. Заболяването и лечението водят до ограничаване на физическите възможности, до промяна в начина на живот и често до загуба на трудоспособност, което оказва влияние върху икономическия статус и социалните взаимоотношения. Хемодиализата се счита като инвазивна процедура и честотата на провеждане (три пъти седмично) предизвикват усещане за зависимост и намалена автономия, което се счита като предпоставка за развитие на психологически дистрес (Palmer et al., 2013; Chilcot et al., 2014).

В проведеното проучване са анализирани основни психо-социални фактори като стрес, депресивни преживявания и социална подкрепа и е оценено тяхното значение в процеса на адаптация към лечението. Резултатите подчертават важната роля на семейната подкрепа като защитен фактор при пациентите в преддиализен стадий. Диагностицираните болни с ХБЗ, които получават адекватна подкрепа от семейството си, показват по-високо самочувствие, по-голяма увереност и мотивация да се придържат към лечението, както и по-добра емоционална устойчивост (Lopes et al., 2014; Griva et al., 2016). Наличието на семейна подкрепа съдейства за по-добро спазване на медицинските указания и подобро качество на живот (Kugler et al., 2011). Въпреки че ХД е живото-поддържаща терапия, тя не може да предотврати психологическите и социални последици, произтичащи от тежестта на заболяването. Поради това пациентите се нуждаят от комплексна подкрепа, която да включва не само медицински грижи, но и психологическа помощ и активна социална подкрепа, за да се подпомогне тяхната адаптация и да се подобри цялостното им благополучие.

6.2. Изводи

1. Установяват се по-високи нива на стрес сред пациентите на ХД-лечение (G5 стадий) в сравнение с пациентите в преддиализен стадий (G1–G4) на ХБЗ.
2. Откриват се сигнификантно по-високи стойности на депресивните преживявания при диализно-зависимите болни, в сравнение с диагностицираните с ХБЗ.

3. При пациентите в преддиализен стадий на ХБЗ (G1–G4) се отчитат по-високи сигнификантни нива по показателите за социална подкрепа, в сравнение с ХД-група.
4. Разкри се, че при пациентите, диагностицирани с ХБЗ, от проведения корелационен анализ - стресът, състоянията на нервност и напрежение са в по-силна положителна връзка както с липсата на контрол върху случващите се събитията, така и помежду им.
5. При пациентите в краен стадий на ХБЗ, се отчете статистическа значима връзка между всички от изброените прояви на стрес (усещането за стрес, напрежение, изнервеност, трудност при справяне с конкретни задачи и липсата на контрол върху събития), включени във въпросника.
6. Установи се, че при пациентите, провеждащи ХД, се наблюдава по-силна положителна корелация между признаците (тревога, намален интерес при извършване на задачи, умора, трудна концентрация, безпокойствие и чувството за безполезност), включени във въпросника.
7. Разкри се по-силна правопрпорционална връзка между всички изброени прояви на социална подкрепа (извършване на ежедневни дейности, развлечения, наличие на семейна и приятелска подкрепа, липса на усещане за социална изолация и трудова заетост) при диагностицираните болни с ХБЗ.
8. От проведения регресионен анализ не се отчитат статистически значими резултати при субективно възприеманите стрес, социална подкрепа и депресивни преживявания в зависимост с преживяемостта при диализно-зависимите болни. Единствено по-високите нива на проявата на безпокойствие при тях е свързана с намелена преживяемост.

7. Приноси

7.1. Приноси с оригинален характер

1. За първи път се сравняват психологическите фактори – стрес, депресивни преживявания, социална подкрепа между пациентите в преддиализен (G1–G4) и диализен стадий (G5) на ХБЗ.
2. За първи път се изследва връзката между признаците, свързани със субективното възприемане на стреса, депресивните преживявания и социалната подкрепа при диагностицираните в преддиализен (G1–G4) стадий на ХБЗ и пациентите, подложени на редовно ХД-лечение.
3. За първи път в България е оценена значимостта между възприятията на факторите стрес, депресивни преживявания и социална подкрепа при пациентите, провеждащи редовно ХД-лечение и тяхното повлияване върху преживяемостта.

7.2. Приноси с научно-практическа стойност

1. Получените данни могат да се използват при разработване на алгоритъм с оглед превенция, лечение и проследяване на пациентите, диагностицирани с ХБЗ и пациентите, провеждащи хронично диализно лечение.
2. Реализиране на дейности и подробно разяснителни програми, свързани с оглед превенция от развитие на психологически състояния, влияещи върху психо-емоционалния статус на пациентите по време на стадиране на ХБЗ и в момента на започване на ХД-лечение.
3. Реализиране на програми и създаване на психо-емоционален скрининг при пациентите на ХД и техните семейства, особено в началните месеци след започване на лечението, с цел намаляване на риска от развитие на психологически състояния/психиатрически разстройства, изискващ мултидисциплинарен подход.

8. Научни публикации по темата

1. Ставрева Ал., Атанасова Сн., Стайкова Св., Стрес, депресия и социална подкрепа при пациенти на хронично диализно лечение, Актуална нефрология, бр.1, том 17, 2023г., 35-39
2. Ставрева Ал., Атанасова Сн., Стайкова Св., Психо-емоционален статус при пациенти в преддиализен стадий на ХБЗ, Нefрология, диализа и трансплантация, бр. 2, година 30, 2024г., 40-45
3. Ставрева Ал., Стайкова Св., Качество на живот при пациенти в преддиализен стадий на ХБЗ, Актуална нефрология, бр. 1, том 18, 2024г., 23-28
4. Ставрева Ал., Стайкова Св., Анализ и влияние на стреса и социалната подкрепа при пациенти с ХБЗ в преддиализен и диализен стадий, Актуална нефрология, бр. 1, том 19, 2025