



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

**Факултет „Медицина“
Катедра „Втора катедра по вътрешни болести“**

Д-р Александър Александров Петров

**Ниво на информираност на пациентите с хронично
бъбречно заболяване по отношение на бъбречната
трансплантация и значение на информираността при
избора на бъбречно заместително лечение**

АВТОРЕФЕРАТ

**на дисертационен труд за присъждане на научна и
образователна степен “Доктор”**

Научен ръководител:

Проф. д-р Светла Василева Стайкова, д.м.н.

Варна, 2021

Дисертационният труд съдържа 142 стандартни страници и е онагледен с 2таблицы, 85 фигури и 2 приложения. Литературната справка включва 233 литературни източника, от които 11 на кирилица и 222 на латиница.

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.

Външни членове:

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

Резервен външен член:

1. Доц. д-р Велислава Димитрова, д.м.

Вътрешни членове:

1. Проф. д-р Валентина Маджова, д.м.
2. Проф. д-р Димитричка Близнакова, д.м.

Резервен вътрешен член:

1. Доц. д-р Росица Зорчева, д.м.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на 17.12.2021 г. от часа във Факултет по дентална медицина – гр. Варна на открито заседание на Научното жури.

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

Забележка: В автореферата номерата на таблиците и фигурите не съответстват на номерата в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ	4
ВЪВЕДЕНИЕ	5
ЦЕЛ И ЗАДАЧИ	7
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ	8
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	10
ИЗВОДИ	72
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	73
ПРИНОСИ	74
ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	75

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БЗЛ	Бъбречно заместително лечение
БТ	Бъбречна трансплантация
ЕПО	Еритропоетин
ЕСА	Еритропоеза стимулиращи агенти
ЗДОТ	Закон за даровство на органи и тъкани
НСИ	Национален статистически институт
НСПВС	Нестероидни противовъзпалителни средства
ПД	Перитонеална диализа
ПОС	Пикочо-отделителна система
СЗО	Световна здравна организация
ТБН/ТБЗ	Терминална бъбречна недостатъчност/терминално бъбречно заболяване
ХБЗ	Хронично бъбречно заболяване
ХД	Хемодиализа
ВНLS	Brief health literacy screen
DMCAT	Decision Making Capacity Assessment Tool
GFR	Скорост на гломерулната филтрация (glomerular filtration rate)
KDIGO	Kidney Disease Improving Global Outcomes
NVS	Newest vital sign
REALM	Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine
R3K-T	Rotterdam Renal Replacement Knowledge-Test
TOFHLA	Test of Functional Health Literacy in Adults
USRDS	United States Renal Data System

ВЪВЕДЕНИЕ

Замърсяването на околната среда, промишлеността, непрекъснатия досег с лекарствени препарати, хранителни добавки и генно-модифицирани продукти, както и системното излагане на стрес, водят до зачестяване на заболяванията на “модерния човек”. Бъбреците са един от основните органи, които биват засегнати от тези процеси, увеличаващи риска от появата на хронично заболяване.

Според международната класификация на KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes), хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ) се дефинира като “*нарушения в бъбречната структура или функция, налични повече от 3 месеца, които се отразяват върху здравето*”. Хроничното бъбречно заболяване е един от основните и социално значими здравословни проблеми, които засягат обществото в глобален мащаб. По данни на Световната здравна организация (СЗО) заболеваемостта от ХБЗ по света се изчислява на около 13,4% (11,7-15,1%), а броят на пациентите, които са достигнали до терминална бъбречна недостатъчност (ТБН) “*end stage kidney disease, ESKD*” е между 4,902 и 7,083 милиона. Към 2010 година регистрираните смъртни случаи, в резултат на ХБЗ са 928 000, а 14 754 000 са с трайни здравословни нарушения, което поставя бъбречните болести на 6-то място в статистиката по етиология на смъртността в глобален аспект. Посочените цифри са непълни, тъй като немалка част от пациентите, живеещи в страните със среден или нисък доход остават извън статистическия анализ, поради липса на централизирани регистри и бърз достъп до медицинска помощ. Това дава основание да се говори за “*връх на айсберга на ХБЗ*”, като истинския брой на засегнатите остава неясен.

България не прави изключение от тази статистика. Тук заболеваемостта от ХБЗ е 12,8%, което прави всеки 8-ми човек или около 700-750 хиляди души, като 90% от тях са с напреднало бъбречно заболяване, а около 3800 са пациентите на хемодиализа. През 2007 г. Българското нефрологично дружество провежда скрийнинг кампания в няколко области на страната, като резултатите показват, че при 26% от българското население се констатира критерии за ХБЗ. По-впечатляващото е, че 12% от изследваните лица не са подозирали, че имат такова. По обобщените данни на Националния статистически институт (НСИ) и Националния център по общественото здраве и анализи към Министерството на здравеопазването за 2018 година, болестите на пикочо-половите пътища са съставлявали 1,4% от смъртността за страната, като този процент се е увеличил през 2019г на 1,7%. Причините за това вероятно се крият в нарастването честотата на рисковите фактори сред населението. Отново според статистиката на Националния статистически институт броят на провешите хемодиализа (остра и хронична) пациенти за 2010 година в България е 6598 души и съответно отчетени 459 744 хемодиализни процедури. През 2019 година болните преминали през хемодиализно лечение са били 9863, при респективно 586 333 процедури. При средна цена на една хемодиализна процедура от 144 лева (цена до 2019 г.) това означава, че годишната сума, заплащана от държавата възлиза на над 84 милиона лева. В допълнение, смъртността от остри сърдечно-съдови заболявания е с над 50 на сто по-висока при пациентите с ХБЗ, в

сравнение с населението без бъбречни болести. Смъртността от общи сърдечно-мозъчни инциденти е 11 пъти по-честа сред пациентите с терминално бъбречно заболяване, спрямо здравата популация.

Бъбречно болните пациенти, достигнали терминален стадий на заболяването си, имат три възможности да продължат да живеят: хемодиализа (ХД), перитонеална диализа (ПД) и бъбречна трансплантация (БТ). Доказано най-добрият метод за бъбречно заместително лечение е бъбречната трансплантация (БТ), както по отношение на поддържането на здравословния метаболизъм на организма, така и за качеството на живота на болния. БТ позволява пациентът да придобие самочувствието на здрав човек и доказано редуцира риска от развитие на депресивен синдром при болните с ТБЗ. Съществуват обаче множество “митове”, касаещи това лечение, и именно тяхното развенчаване крие в себе си ключа към успешната трансплантация. Добрата здравна култура и информираност се постига чрез обучение на пациентите с ХБЗ и особено кандидат-реципиентите. Проучвания в тази посока сочат, че здравната грамотност на населението е изключително ниска. Ниска е информираността и сред самите болни в преддиализен и диализен стадий, особено що се касае за бъбречната трансплантация. Оказва се, че голям е процентът на кандидат-реципиентите, които едва след провеждане на бъбречна трансплантация за първи път се сблъскват с някои от аспектите на посттрансплантационния период, като непрекъснатата имуносуперсивна терапия и възможните болестни усложнения. Това в следствие е предпоставка за лошо сътрудничество и като цяло за лоша прогноза за графта и човека.

Именно определянето на актуалната информираност по отношение на бъбречната трансплантация е от важно значение върху цялостната прогноза на заболяването и е начин за откриването на “подводните камъни” в общуването с пациента и евентуалната бъбречна трансплантация, което пряко рефлектира и върху качеството на живота на реципиентите в следствие.

ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И ХИПОТЕЗА

Цел

Цел на дисертационният труд е да се изследва нивото на информираност на пациентите с хронично бъбречно заболяване по отношение на бъбречната трансплантация и значение на информираността при избора на бъбречно заместително лечение.

Задачи

- 1) Изготвяне на оценка нивото на информираност по отношение на хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ)
- 2) Определяне нивото на информираност по отношение на бъбречната трансплантация
- 3) Определяне информираността на хората за хемодиализата като метод на заместително лечение
- 4) Измерване нивото на информираност за перитонеалната диализа като метод на заместително лечение
- 5) Разработване на план за Ръководство за пациенти с хроничното бъбречно заболяване и методите за лечение въз основа, на които пациентът да направи информиран избор

Хипотеза

Допускаме, че българският пациент не е достатъчно информиран за заболяването си и се нуждае от точна, синтезирана информация, която да му помогне да направи информиран избор по отношение на неговото лечение.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Обект и обхват на изследването

Обект на изследване са 126 респондента, разпределени в четири групи:

1. Здрави контроли – лица, които нямат информация за бъбречно заболяване – 37 броя
2. Лица в преддиализен стадий (G1-G4) – 20 броя
3. Лица, провеждащи заместително лечение на бъбречната функция (хемодиализа и перитонеална диализа) – 47 броя
4. Лица с трансплантиран бъбрек – 22 броя

Изследваните лица попълват специално създадена анкетна карта, състояща се от пет панела:

- Първа част – Демографски данни – пол, възраст, образование, трудова заетост и религиозна принадлежност
- Втора част - Въпроси от общ характер, които касаят нивото на информираност по отношение на хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ) – 12 затворени въпроса
- Трета част - Въпроси, които касаят нивото на информираност по отношение на бъбречната трансплантация – 22 затворени въпроса
- Четвърта част - Въпроси, които касаят информираността на хората за хемодиализата като метод на заместително лечение – 6 затворени въпроса
- Пета част - Въпроси, които засягат перитонеалната диализа като метод на заместително лечение – 4 затворени въпроса
- Шеста част - Въпроси, които са свързани с качеството на живот – 4 затворени въпроса

Проучването на информираността на населението се извърши с разрешение на КЕНИ на МУ-Варна с Протокол/Решение 106/30.09.2021 г., като всеки участник попълни собственоръчно декларация за информирано съгласие.

Критерии за включване в изследването:

- Възраст над 18 г.
- Клинично здрави – за контролната група
- Лица с диагностицирано хронично бъбречно заболяване
- Лица, провеждащи заместително лечение на бъбречната функция
- Лица с трансплантиран бъбрек
- Лица подписали информирано съгласие

Критерии за изключване:

- Възраст под 18 г.
- Лица, които не са подписали информирано съгласие
- Лица с друго хронично заболяване или друг трансплантиран орган

Методика на проучването

Документален метод – изследване на публикуваните проучвания и данни за хроничното бъбречно заболяване, трансплантирането на бъбрек и информираността на пациента, както и следните нормативни документи:

- Закон за здравето
- Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки
- Медицински стандарт “Нефрология”

Исторически метод - позоваване на български и чуждоезикови литературни източници, научни статии, информационни сайтове, медицинска литература, дисертационни трудове и монографии, които засягат нивото на информираност по отношение на хроничното бъбречно заболяване и бъбречната трансплантация сред популацията. Причината за използването на историческия подход е да се обоснове важноста на проучването.

Социологически методи - всички селектирани лица попълват специално създадената анкетна карта.

Статистически методи - за анализ и интерпретация на експерименталните данни с оглед разкриване същността на наблюдаваните явления и взаимозависимостите им, които са обект на настоящия дисертационен труд:

- Дисперсионен анализ (ANOVA, MANOVA) - в табличен вид са представени честотното разпределение на разглежданите признаци;
- Вариационен анализ - за оценка на количествени характеристики на състоянието на изследвания признак. За целта се установява какво е типичното за дадената съвкупност и се описва влиянието на закономерно действащите фактори. От особена важност е характеризирани на разсейването, варирането на признаците, за да се отчете влиянието на случайните фактори.
- Корелационен анализ - приложен е за разкриване на причинно-следствените връзки между отделни изследвани признаци;
- Регресионен анализ - статистически анализ на получените резултати, за да се установят вида и параметрите на един или няколко фактора, като резултатите са представени във вид на експериментални данни;
- Сравнителен анализ (оценка на хипотези);
- Оценка на надеждността на използвания въпросник (Cronbach'α).

Данните са обработени статистически чрез SPSS v.20, като са използвани описателни показатели за количествени и качествени променливи и са представени в табличен и графичен вид.

РЕЗУЛТАТИ

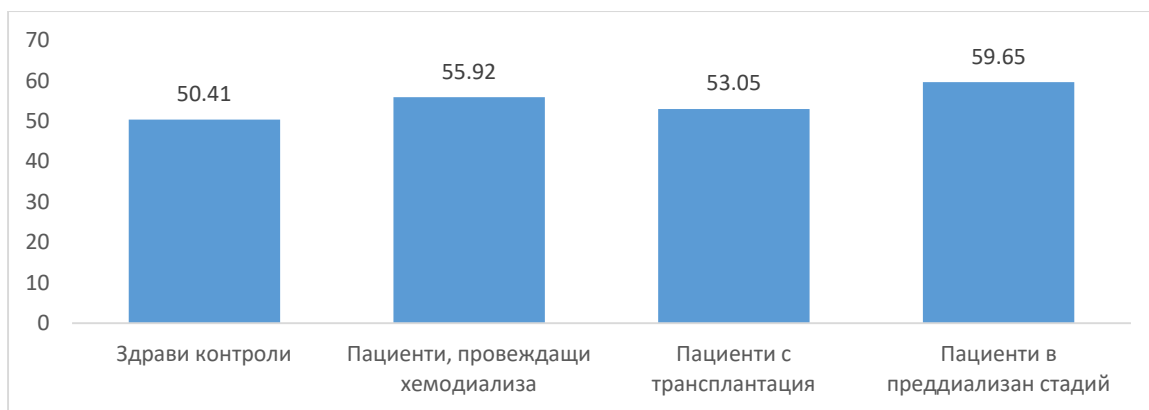
Получените резултати са систематизирани в таблици и илюстрирани с фигури за онагледяване.

Изследвано е мнението на 126 респондента, преминали през Клиниката по нефрология към УМБАЛ „Св. Марина“ ЕАД – Варна. Разпределението на пациентите е представено на табл. 1

Табл. 1. Характеристика на пациентите

Показател	Брой (%)	
Изследвана група	Здрави контроли	37/29.4 %
	Пациенти, провеждащи хемодиализа	47/37,3 %
	Пациенти с ХБЗ в преддиализен стадий (G1-G4)	20/15,9%
	Пациенти с трансплантация	22/17.5 %
Пол	мъже	54/42.9 %
	жени	72/57.1 %
Възраст	mean±SD (range)	54.4 г. ± 12.5 г. (17 г. – 81 г.)
Образование	Начално	5/4.0 %
	Основно	16/12.7 %
	Средно	64/50.8 %
	Висше	41/32.5 %
Трудова заетост	Да	43/34.4 %
	Не	31/24.8 %
	Пенсионер съм	51/40.8 %
Религия	Християнство	104/82.5 %
	Ислям	10/7.9 %
	Друга	1/0.8 %
	Не изповядвам религия	11/8.7 %

Установи се съществена разлика по отношение на възрастта в изследваните групи ($p=0.029$), като най-възрастни са пациентите в преддиализния стадий (59.65 г.), а най-млади са здравите контроли (50.4 г.) (Фиг. 1).



Фиг. 1. Средна възраст на пациентите според изследваната група

Въпреки, че средната възраст при мъжете е малко по-ниска от тази при жените не се установява съществена разлика (съответно 53.5 г. за мъжете и 55.1 г. за жените).

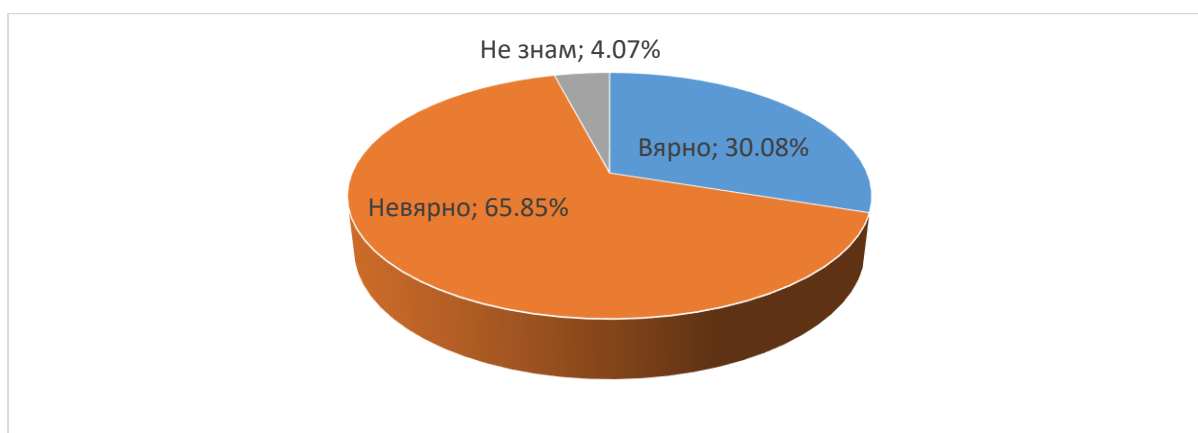
Оценка нивото на информираност по отношение на хроничното бъбречно заболяване (ХБЗ)

Значителната част от изследваните лица посочват, че човек има два бъбрека 97.6 %, като един пациент посочва, че не е вярно, че човек има два бъбрека, а двама не могат да дадат отговор на въпроса.

Според приблизително 1/3 (65.9 %) от анкетираните не е вярно, че ако бъбреците не болят значи човек е здрав (Фиг. 2).

Не се установи съществена разлика в мнението на изследваните лица относно болката в бъбреците според пола и възрастта.

Съществена разлика се установи от гледна точка на образователната степен на изследваните лица ($p=0.049$), като според по-голямата част от лицата с начално и основно образование ако бъбреците не болят, значи са здрави, докато по-голямата част от лицата със средно и висше образование не са съгласни с това твърдение (табл. 2).



Фиг. 2. Разпределение според информираността на изследваните лица относно болката в бъбреците

Табл. 2. Разпределение според информираността на изследваните лица относно болката в бъбреците и образователната степен

			Ако бъбреците не болят, значи са здрави		
			Вярно	Невярно	Не знам
Образование	Начално	Count	3	1	1
		% within Образование	60,0%	20,0%	20,0%
	Основно	Count	8	6	1
		% within Образование	53,3%	40,0%	6,7%
	Средно	Count	17	44	2
		% within Образование	27,0%	69,8%	3,2%
	Висше	Count	9	30	1
		% within Образование	22,5%	75,0%	2,5%
Total		Count	37	81	5
		% within Образование	30,1%	65,9%	4,1%

Съществена разлика се установи и по отношение на мнението на изследваните лица в четирите групи и болката в бъбрека ($p=0.026$) (Табл. 3). Установена е и слаба зависимост между изследваните показатели ($p=0.248$; $p=0.006$).

Табл. 3. Разпределение според информираността на изследваните лица относно болката в бъбреците и изследваната група

			Ако бъбреците не болят, значи са здрави			
			Вярно	Невярно	Не знам	
група	зdravi контроли	Count	16	18	2	
		% within група	44,4%	50,0%	5,6%	
	пациенти, провеждащи хемодиализа	Count	13	33	1	
		% within група	27,7%	70,2%	2,1%	
	пациенти с трансплантация	Count	1	20	1	
		% within група	4,5%	90,9%	4,5%	
	пациенти в преддиализен стадий	Count	7	10	1	
		% within група	38,9%	55,6%	5,6%	
	Total		Count	37	81	5
			% within група	30,1%	65,9%	4,1%

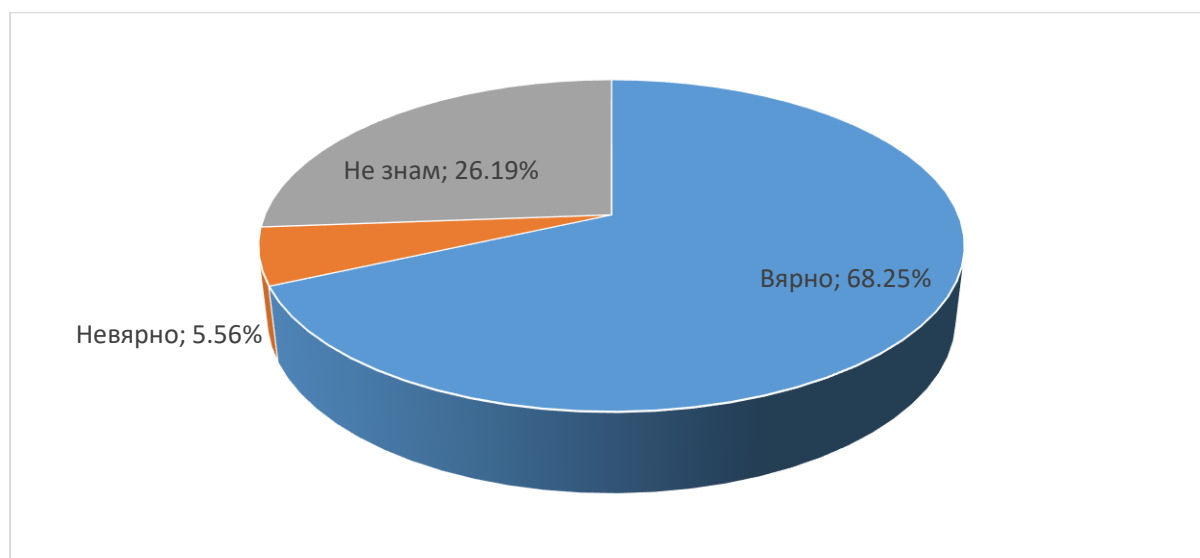
По-голямата част от изследваните лица са запознати, че хората страдащи от захарен диабет имат повишен риск от развитие на хронично бъбречно заболяване (81.5%). Не се установява разлика според пола, възрастта и изследваната група. Разлика беше намерена по отношение на образованието на анкетираните ($p=0.027$). Лицата с висока образователна степен са значително по-информирани по този въпрос в сравнение с тези, които са по-малко образовани (Табл. 4).

Фиг. 4. Разпределение според информираността относно връзката между захарния диабет и хроничните бъбречни заболявания и образователната степен на изследваните лица

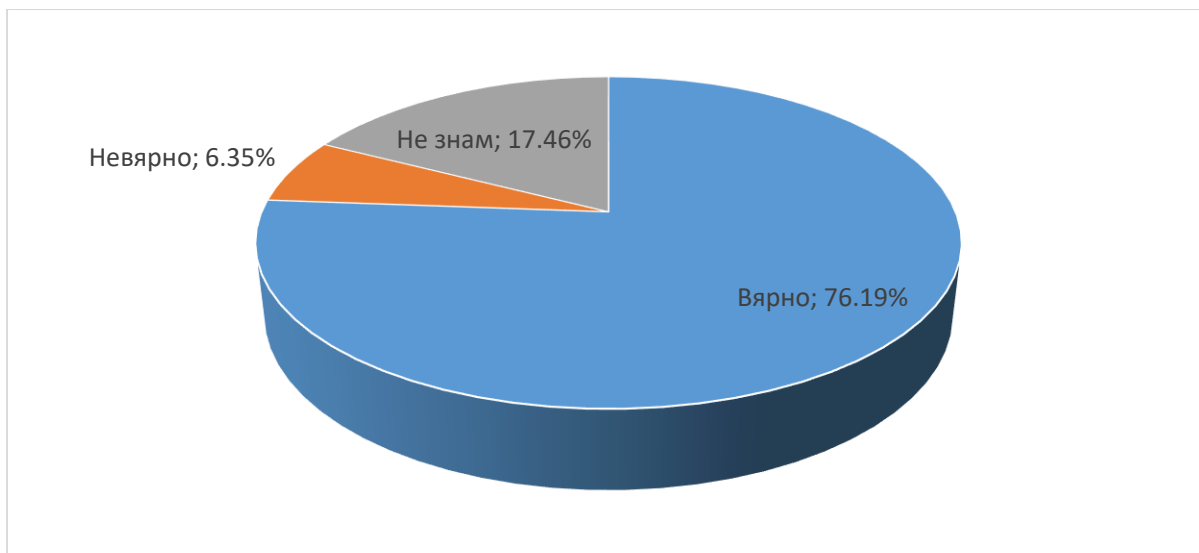
			Хората, страдащи от захарен диабет имат повишен риск от развитие на хронично бъбречно заболяване		
			Вярно	Невярно	Не знам
Образование	Начално	Count	4	0	1
		% within Образование	80,0%	0,0%	20,0%
	Основно	Count	11	1	3
		% within Образование	73,3%	6,7%	20,0%
	Средно	Count	48	0	16
		% within Образование	75,0%	0,0%	25,0%
	Висше	Count	38	0	2
		% within Образование	95,0%	0,0%	5,0%
Total		Count	101	1	22
		% within Образование	81,5%	0,8%	17,7%

Малко над 2/3 (68.3 %) от анкетираните посочват тютюнопушенето като рисков фактор за развитие на хроничните бъбречни заболявания (Фиг. 3). Не се установява разлика в мнението на изследваните лица според пола, възрастта и образователната степен.

Голяма част от анкетираните (76.2 %) определят намаляването на телесното тегло при пациентите със затлъстяване като благоприятен фактор за ограничаване на ХБЗ (Фиг. 4). Не се установява разлика в мнението на изследваните лица според пола, възрастта и образователната степен.



Фиг. 3. Определяне на тютюнопушенето като рисков фактор



Фиг. 4. Определяне на намаляването на телесното тегло като благоприятен фактор превентиращ ХБЗ при пациентите със затлъстяване

Според 83.7 % от изследваните лица не е вярно, че бъбречните заболявания засягат предимно възрастни хора (Фиг. 5). Не се установява разлика в мнението на анкетираните според изследваната група и пола, но такава беше установена по отношение на образователната степен ($p=0.044$) (Табл. 5).

Фиг. 5.

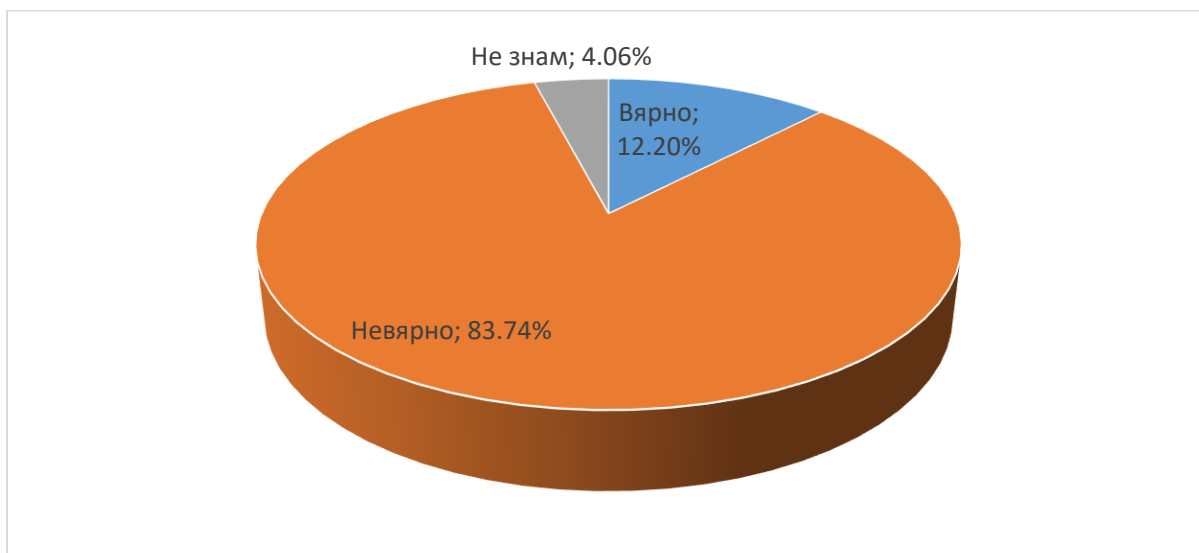


Табл. 5. Разпределение според образователната степен

			Бъбречните болести засягат възрастните хора. Когато сме млади няма опасност от заболявания на бъбреците ни		
			Вярно	Невярно	Не знам
Образование	Начално	Count	2	2	1
		% within Образование	40,0%	40,0%	20,0%
	Основно	Count	3	11	1
		% within Образование	20,0%	73,3%	6,7%
	Средно	Count	9	52	2
		% within Образование	14,3%	82,5%	3,2%
	Висше	Count	1	38	1
		% within Образование	2,5%	95,0%	2,5%
Total	Count	15	103	5	
	% within Образование	12,2%	83,7%	4,1%	

Над $\frac{3}{4}$ (76.2 %) от изследваните лица посочват, че ХБЗ може да бъде наследствено. Не се установява разлика в мнението на изследваните лица според пола, възрастта и образователната степен.

Според значителна част от анкетираните (79.8 %) честата употреба на обезболяващи медикаменти може сериозно да увреди бъбреците, като се установява съществена разлика според изследваната група пациенти ($p < 0.05$). Най-голяма подкрепа на това твърдение има от страна на пациентите с трансплантация на бъбрек (Табл. 6).

Табл. 6. Мнение относно влиянието на честата употреба на медикаменти върху бъбреците според изследваните групи пациенти

			Честата употреба на обезболяващи медикаменти може сериозно да увреди бъбреците		
			Вярно	Невярно	Не знам
група	зdravi контроли	Count	31	0	6
		% within група	83,8%	0,0%	16,2%
	пациенти, провеждащи хемодиализа	Count	33	2	12
		% within група	70,2%	4,3%	25,5%
	пациенти с трансплантация	Count	21	0	1
		% within група	95,5%	0,0%	4,5%
	пациенти в преддиализен стадий	Count	14	0	4
		% within група	77,8%	0,0%	22,2%
	Total	Count	99	2	23
		% within група	79,8%	1,6%	18,5%

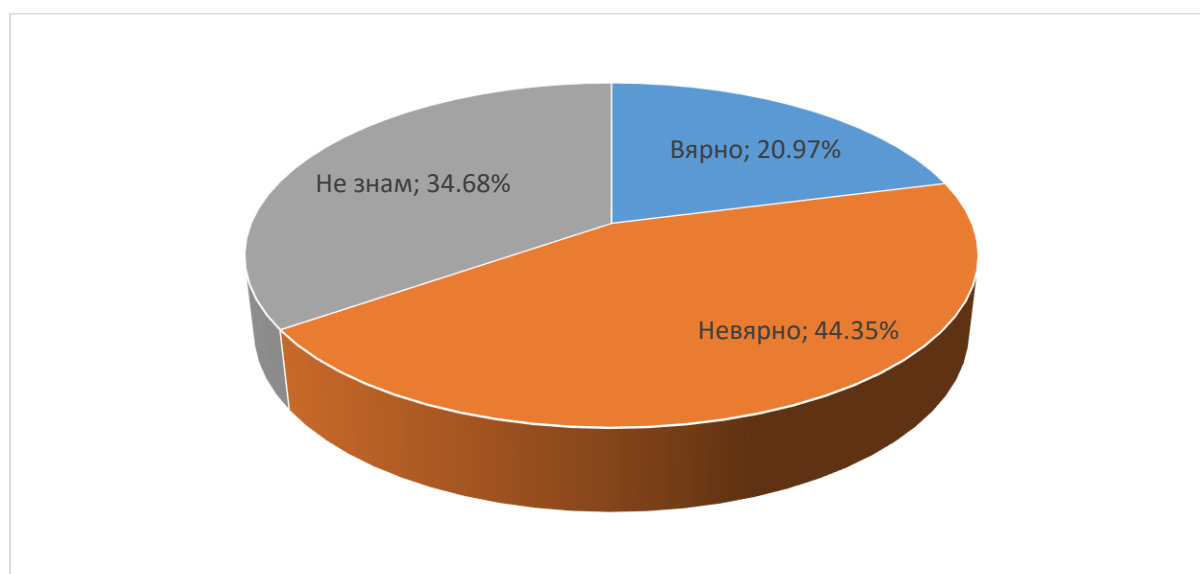
Интересен е фактът, че само 68.8 % от анкетираните потвърждават, че бъбреците поддържат нормално ниво на хемоглобина, като се установява съществена разлика в

мнението на пациентите според изследваните групи ($p=0.045$) (Табл. 7). Пациентите с трансплантация са най-информирани за функцията на бъбреците, докато в групата на пациентите, които не знаят тази информация, най-голям относителен дял имат здравите контроли.

Табл. 7. Мнение на изследваните лица за бъбречната функция по отношение на поддържане нивата на хемоглобина

			Бъбреците поддържат нормалното ниво на хемоглобина		
			Вярно	Невярно	Не знам
група	зdravi контроли	Count	22	1	14
		% within група	59,5%	2,7%	37,8%
	пациенти, провеждащи хемодиализа	Count	34	3	10
		% within група	72,3%	6,4%	21,3%
	пациенти с трансплантация	Count	18	2	1
		% within група	85,7%	9,5%	4,8%
	пациенти в преддиализен стадий	Count	12	1	7
		% within група	60,0%	5,0%	35,0%
	Total	Count	86	7	32
		% within група	68,8%	5,6%	25,6%

По-малко от половината анкетирани (44.4 %) посочват, че не е нормално в отделената урина да има „пяна“ (Фиг. 6). Установена е значителна разлика в мнението на анкетираните в отделните изследвани групи ($p=0.001$) и образователната степен ($p<0.001$). Най-информирани са пациентите с трансплантация (Табл. 8) и тези с висше образование (Табл. 9).



Фиг. 6. Мнение относно наличието на „пяна“ в урината

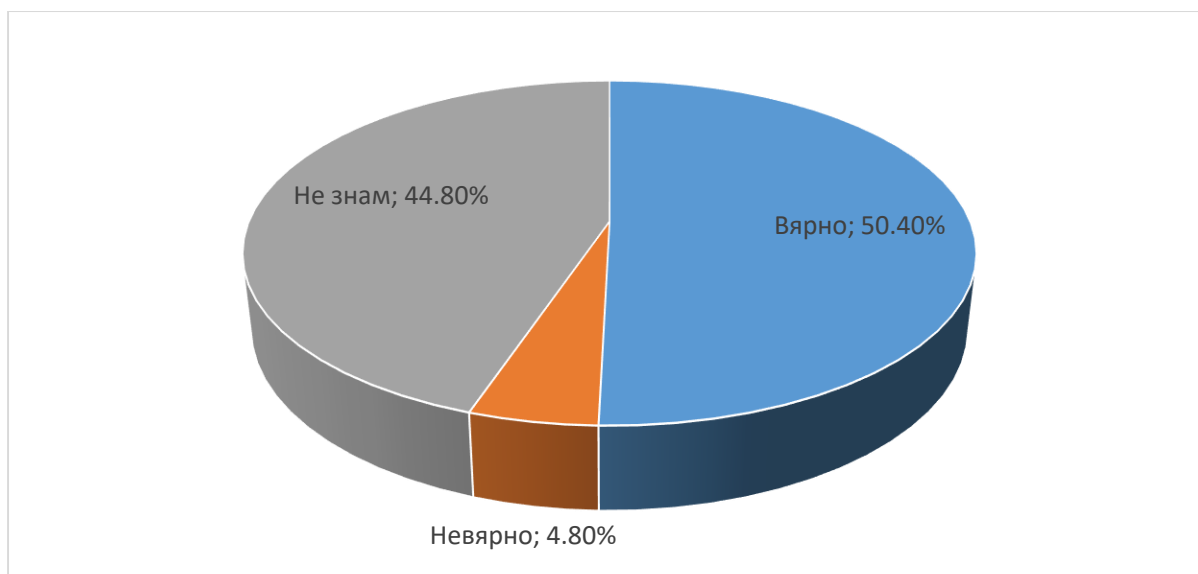
Табл. 8. По групово разпределение по отношение на протеинурията като „норма“

			Нормално е в отделената урина да има „пяна“		
			Вярно	Невярно	Не знам
група	зdravi контроли	Count	8	15	14
		% within група	21,6%	40,5%	37,8%
	пациенти, провеждащи хемодиализа	Count	12	17	17
		% within група	26,1%	37,0%	37,0%
	пациенти с трансплантация	Count	3	18	0
		% within група	14,3%	85,7%	0,0%
	пациенти в преддиализен стадий	Count	3	5	12
		% within група	15,0%	25,0%	60,0%
	Total	Count	26	55	43
		% within група	21,0%	44,4%	34,7%

Табл. 9. Мнение относно наличието на „пяна“ в урината според образователната степен

			Нормално е в отделената урина да има „пяна“		
			Вярно	Невярно	Не знам
Образование	Начално	Count	1	1	3
		% within Образование	20,0%	20,0%	60,0%
	Основно	Count	8	0	7
		% within Образование	53,3%	0,0%	46,7%
	Средно	Count	15	24	24
		% within Образование	23,8%	38,1%	38,1%
	Висше	Count	2	30	9
		% within Образование	4,9%	73,2%	22,0%
	Total	Count	26	55	43
		% within Образование	21,0%	44,4%	34,7%

Основната част от анкетираните (96.8 %) са на мнение, че пациентите с бъбречни заболявания трябва да избягват солена храна и само половината (50,4 %) са информирани, че остеопорозата може да бъде причинена от хронично бъбречно заболяване (Фиг. 7). Установи се съществена разлика в мнението за влиянието на хроничното бъбречно заболяване върху остеопорозата според изследваната група ($p < 0.001$). Пациентите с трансплантация на бъбрек са най-информирани за влиянието на хроничното бъбречно заболяване върху развитието на остеопороза (68.18 %), докато 72.97 % от групата на здравите контроли не знаят дали хроничното бъбречно заболяване е рисков фактор за развитието на остеопороза (Табл. 10).



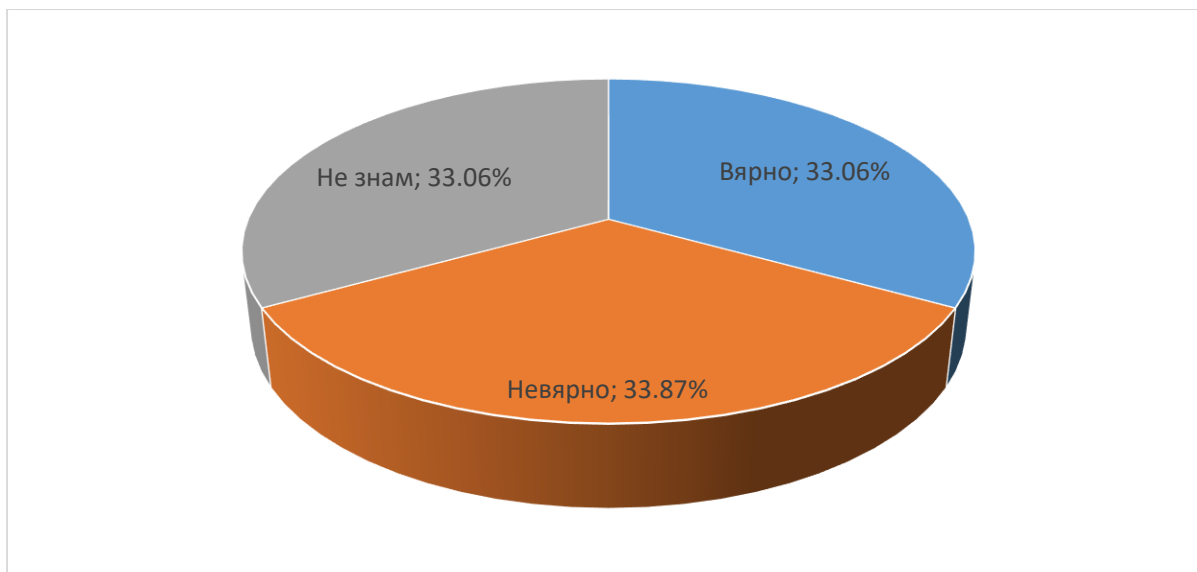
Фиг. 7. Мнение относно влиянието на хроничното бъбречно заболяване върху остеопорозата

Табл. 10. Мнение относно влиянието на хроничното бъбречно заболяване върху остеопорозата според изследваната група

			Остеопорозата може да бъде причинена от хронично бъбречно заболяване		
			Вярно	Невярно	Не знам
група	зdravi контроли	Count	7	3	27
		% within група	18,9%	8,1%	73,0%
	пациенти, провеждащи хемодиализа	Count	31	1	14
		% within група	67,4%	2,2%	30,4%
	пациенти с трансплантация	Count	15	1	6
		% within група	68,2%	4,5%	27,3%
	пациенти в преддиализен стадий	Count	10	1	9
		% within група	50,0%	5,0%	45,0%
	Total	Count	63	6	56
		% within група	50,4%	4,8%	44,8%

4.2. Оценка нивото на информираност по отношение на бъбречната трансплантация

Мнението на респондентите относно запазването на бъбречната функция при даряването на 1 бъбрек е разнопосочно (Фиг. 8).



Фиг. 8. Мнение относно запазването на бъбречната функция след даряване на един бъбрек

Установява се съществена разлика в мнението на анкетираните в четирите изследвани групи ($p=0.004$), като пациентите с трансплантация са най-запознати относно запазването на бъбречната функция след даряване и трансплантиране на бъбрек (Табл. 11).

Друга съществена разлика беше установена и по отношение на образователната степен ($p=0.013$). Лицата с по-високо образование в най-голяма степен са запознати, че даряването на един бъбрек не води до загуба на бъбречната функция (Табл. 12).

Табл. 11. Мнения по групи

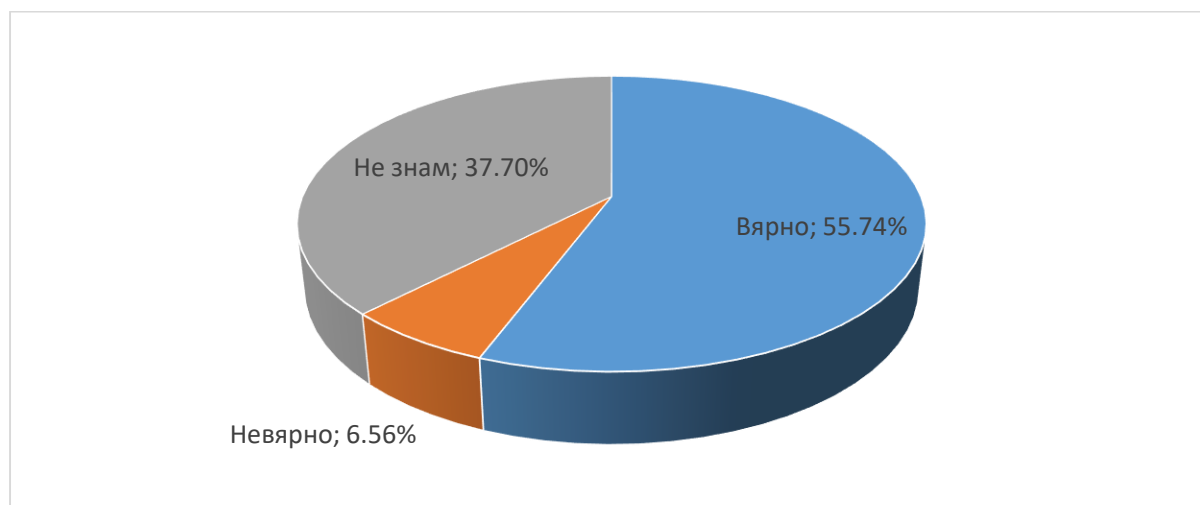
			След като се дари 1 бъбрек, донорът губи 1/2 от бъбречната си функция до края на живота си		
			Вярно	Невярно	Не знам
група	зdravi контроли	Count	16	8	13
		% within група	43,2%	21,6%	35,1%
	пациенти, провеждащи хемодиализа	Count	18	14	13
		% within група	40,0%	31,1%	28,9%
	пациенти с трансплантация	Count	2	15	5
		% within група	9,1%	68,2%	22,7%
	пациенти в преддиализен стадий	Count	5	5	10
		% within група	25,0%	25,0%	50,0%
	Total	Count	41	42	41
		% within група	33,1%	33,9%	33,1%

Табл. 12. Мнения според образователната степен

			След като се дари 1 бъбрек, донорът губи 1/2 от бъбречната си функция до края на живота си		
			Вярно	Невярно	Не знам
Образование	Начално	Count	2	1	2
		% within Образование	40,0%	20,0%	40,0%
	Основно	Count	7	0	8
		% within Образование	46,7%	0,0%	53,3%
	Средно	Count	21	19	23
		% within Образование	33,3%	30,2%	36,5%
	Висше	Count	11	22	8
		% within Образование	26,8%	53,7%	19,5%
Total		Count	41	42	41
		% within Образование	33,1%	33,9%	33,1%

Според 55.7 % от анкетираните твърдението, че по закон бъбречната трансплантация в България е позволена при родство между донор и реципиент до първа сребрена линия (първи братовчед) или между съпрузи с поне 3-годишна законна връзка (Фиг. 9).

Фиг. 9.



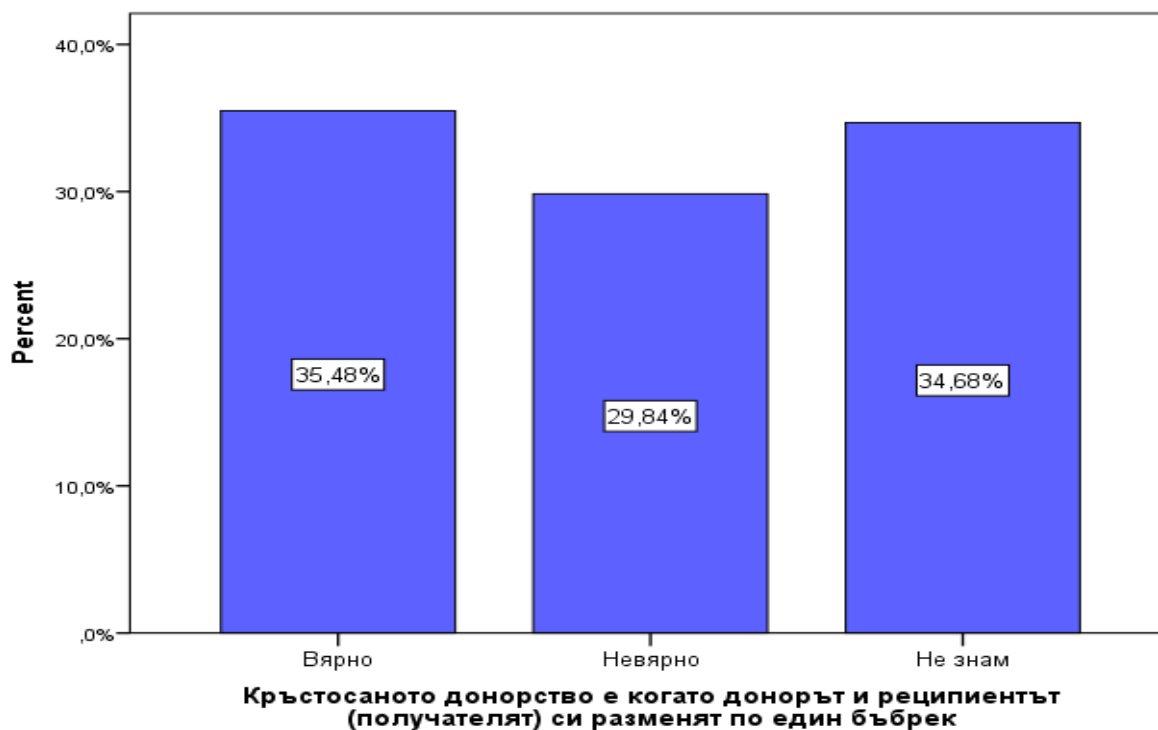
Интересен е фактът, че и сред пациентите с трансплантация има такива, които не са запознати със законодателната система на България относно трансплантирането на органи (табл. 13).

Само 29.8 % от изследваните лица знаят, че кръстосаното донорство не означава, че донорът и реципиентът си разменят по един бъбрек (Фиг. 10). В най-голяма степен правилното значение на кръстосаното донорство знаят пациентите с трансплантиран

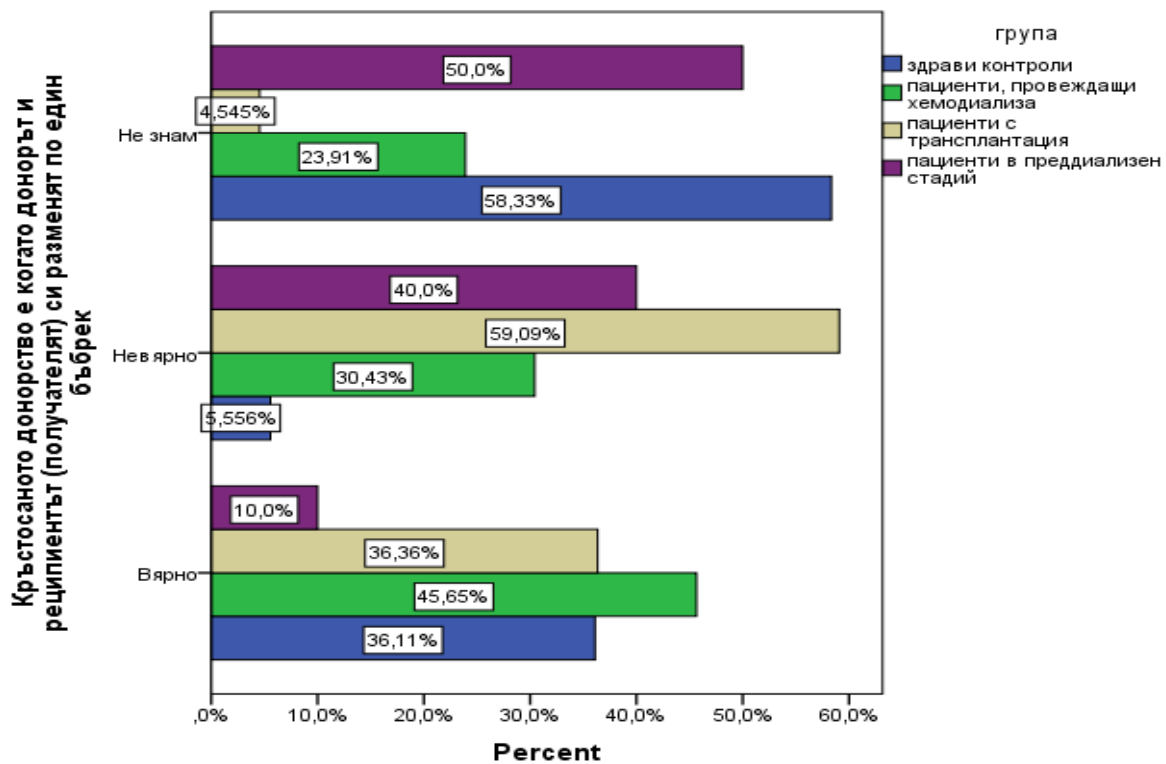
бъбрек ($p < 0.001$), което е логично предвид факта, че тези пациенти са запознати с процедурата предвид проведеното им лечение (Фиг. 11).

Табл. 13. Разпределение по групи

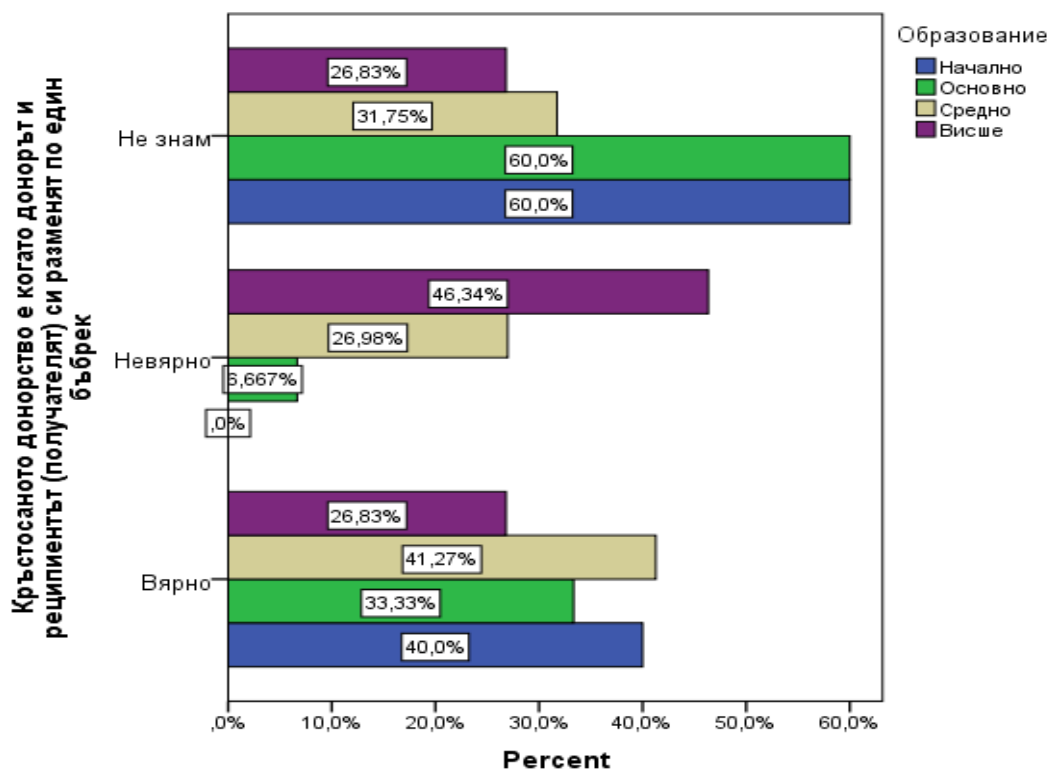
			По закон бъбречната трансплантация в България е позволена при родство между донор и реципиент (получател) до първа съребрена линия (първи братовчед) или между съпрузи с поне 3-годишна законна връзка		
			Вярно	Невярно	Не знам
група	зdravi контроли	Count	19	1	15
		% within група	54,3%	2,9%	42,9%
	пациенти, провеждащи хемодиализа	Count	23	5	17
		% within група	51,1%	11,1%	37,8%
	пациенти с трансплантация	Count	17	1	4
		% within група	77,3%	4,5%	18,2%
	пациенти в преддиализен стадий	Count	9	1	10
		% within група	45,0%	5,0%	50,0%
Total	Count	68	8	46	
	% within група	55,7%	6,6%	37,7%	



Фиг. 10. Мнение на респондентите относно кръстосаното донорство



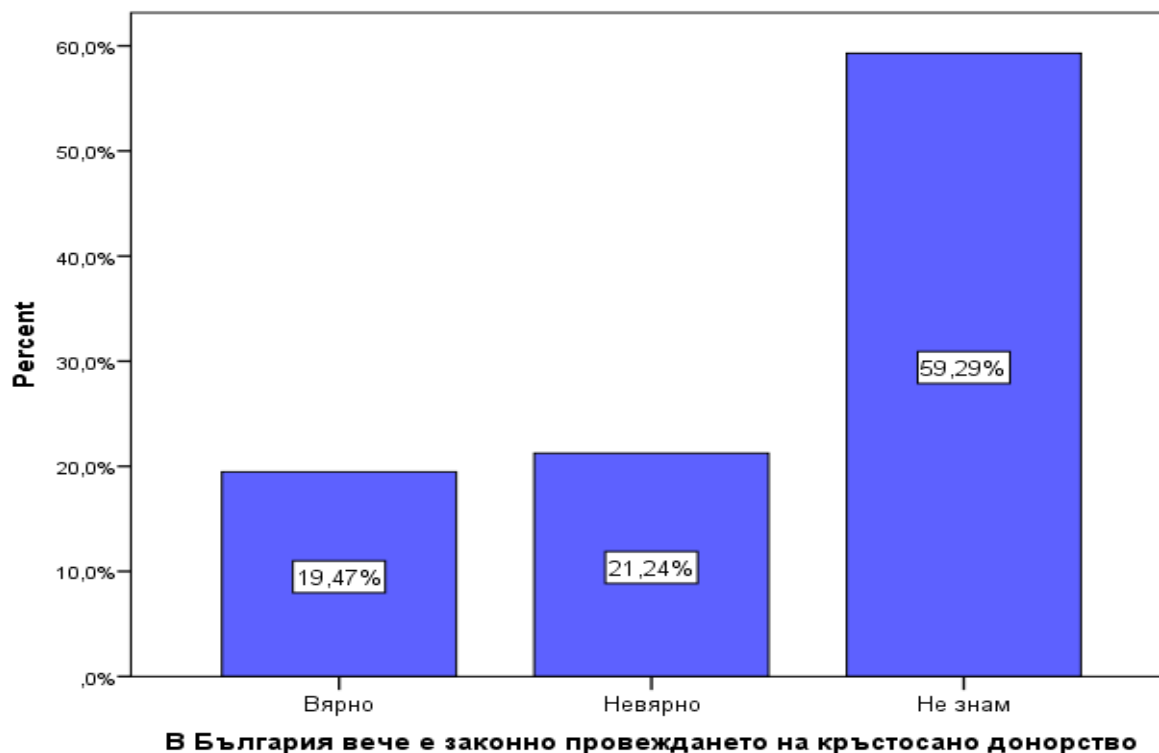
Фиг. 11. Мнение на респондентите относно кръстосаното донорство според изследваните групи



Фиг. 12. Мнение на респондентите относно кръстосаното донорство според образователната степен

Съществена разлика в мнението за кръстосаното донорство се установява и по отношение на образователната степен ($p=0.028$), като лицата с висше образование са най-запознати със същността на кръстосаното донорство (Фиг. 12).

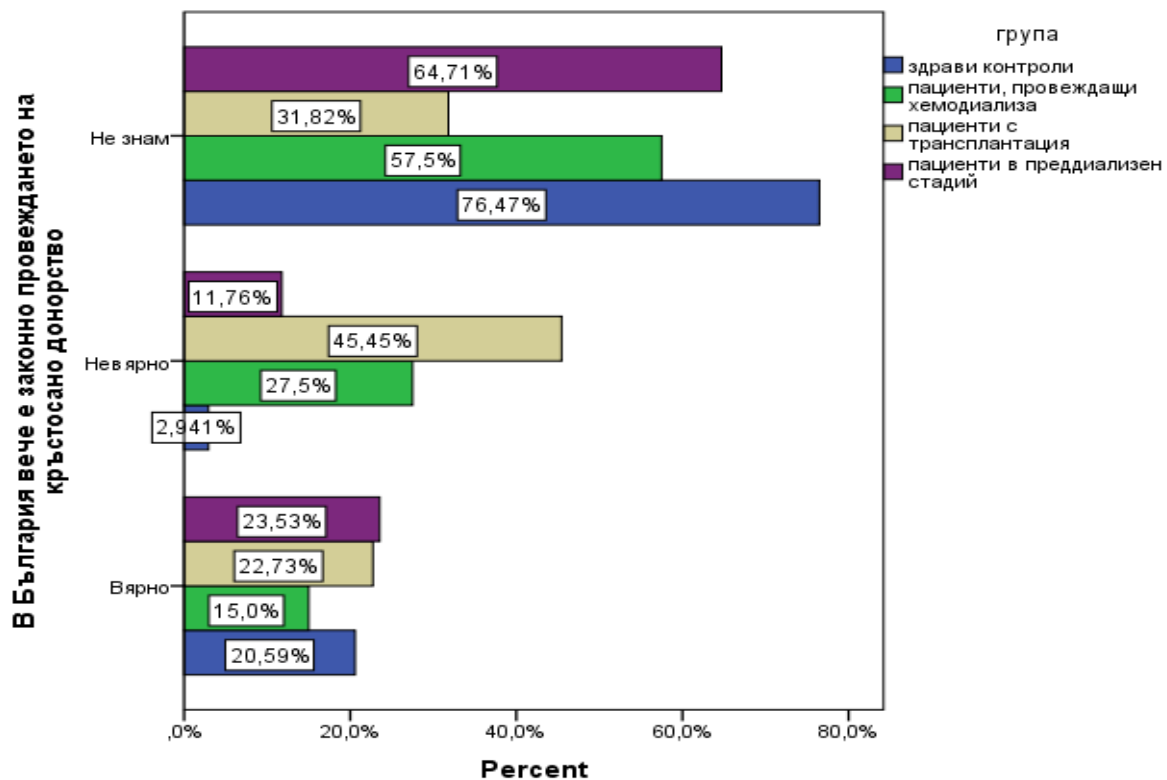
Само 19.5 % са наясно, че провеждането на кръстосано донорство е законно в България (Фиг. 13).



Фиг. 13. Мнение относно законното провеждане на кръстосано донорство

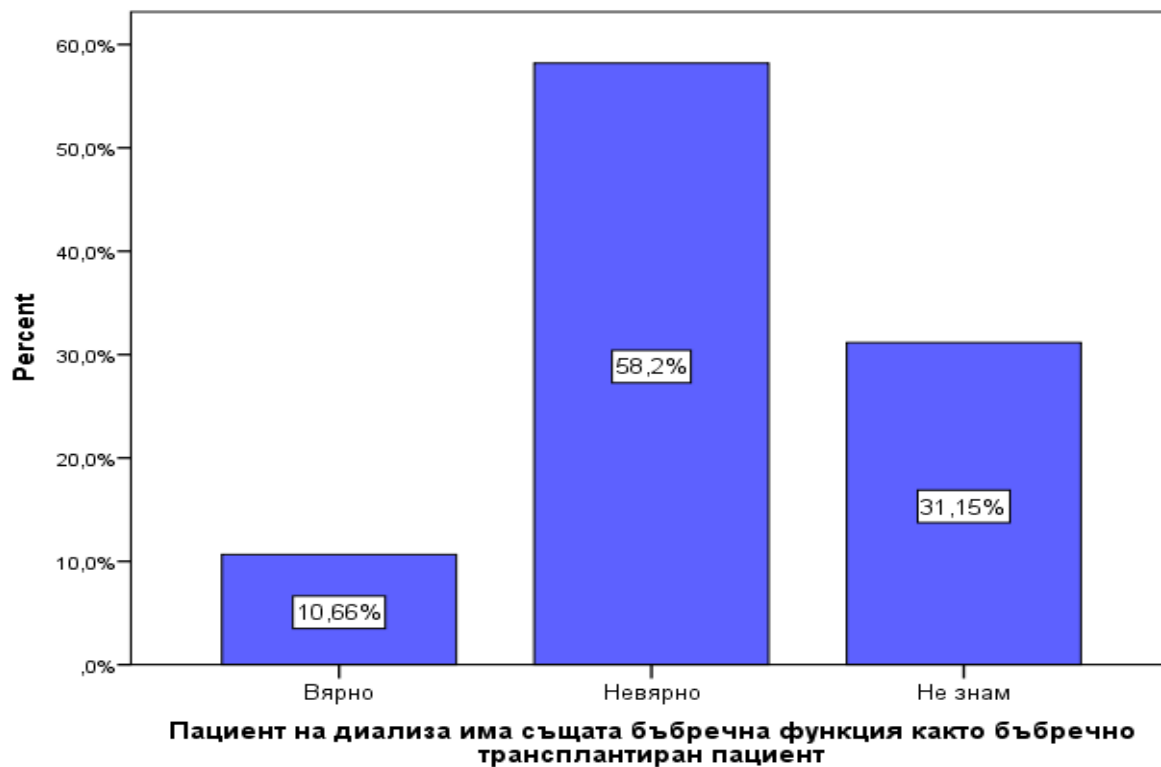
Установена е съществена разлика в мнението на анкетираните в трите изследвани групи ($p=0.003$), която показва, че дори пациентите с трансплантация не са добре информирани относно законното провеждане на кръстосаното донорство (Фиг. 14).

Само малко над половината от анкетираните (58.2 %) са запознати, че пациентите на диализа имат разлика в бъбречната функция в сравнение с тези, които са с трансплантиран бъбрек (Фиг. 15).

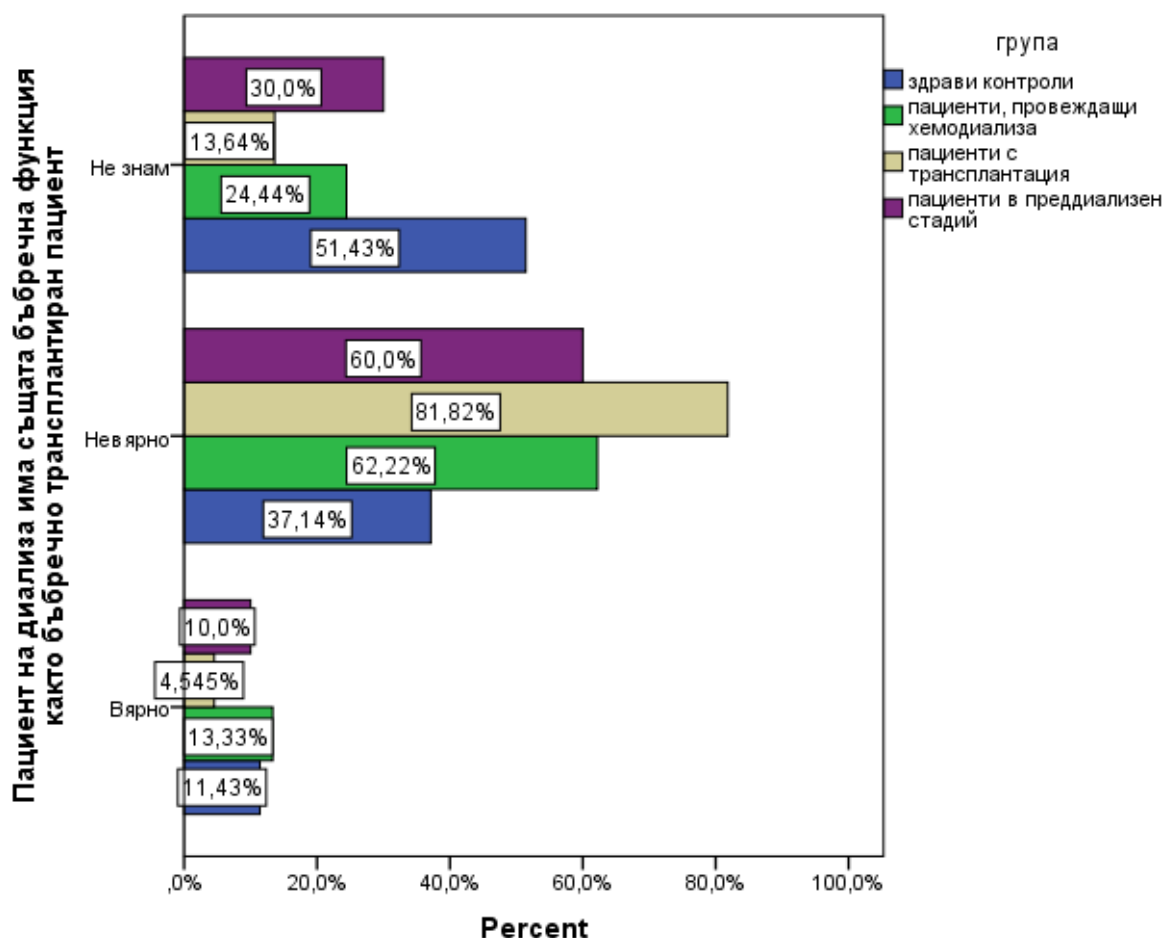


Фиг. 14 В България вече е законно провеждането на кръстосано донорство според изследваните групи

Фиг. 15.

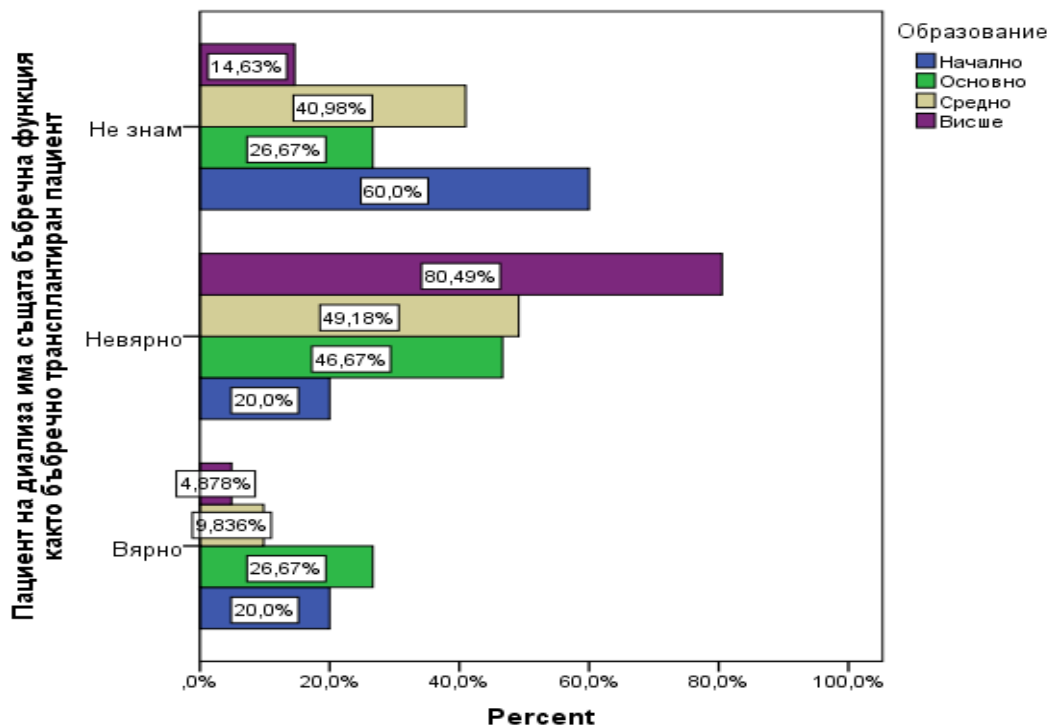


Установена е съществена разлика в мнението на анкетираните по отношение на бъбречната функция на пациенти на диализа и на пациенти с трансплантиран бъбрек по отношение на изследваната група ($p=0.01$) (Фиг. 16).



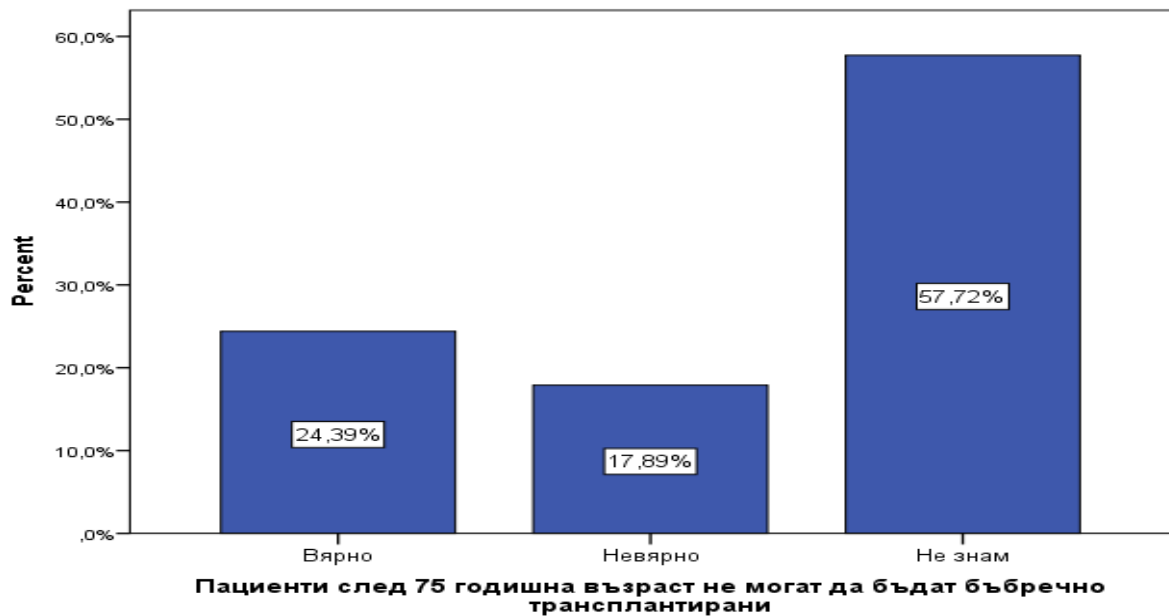
Фиг. 16. Мнения по групи

Съществена разлика се установява и по отношение на мнението на изследваните лица според образователната степен ($p=0.006$). Лицата с висше образование са по-информирани относно разликата в бъбречната функция при пациентите с диализа и при тези с трансплантиран бъбрек (Фиг. 17).



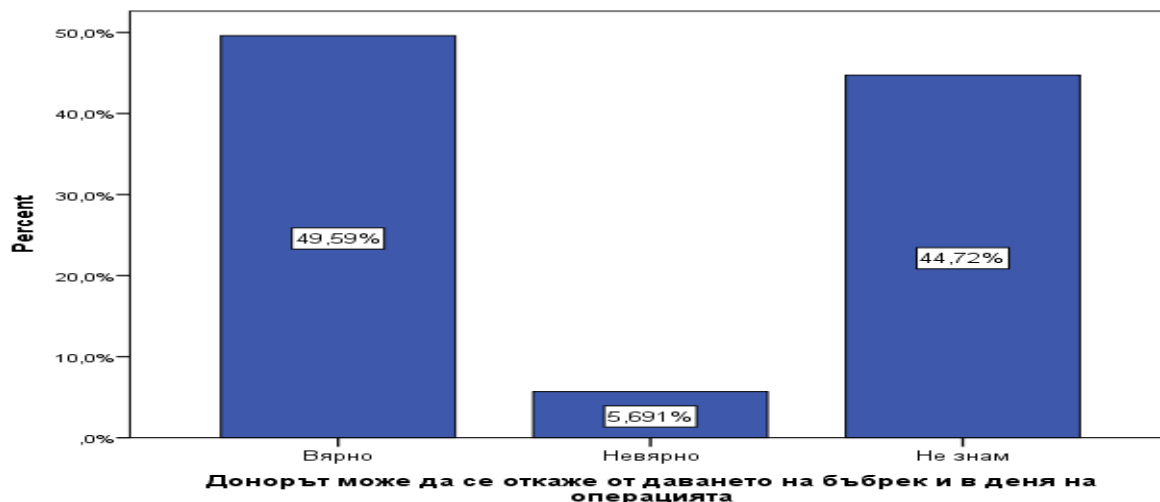
Фиг. 17. Разпределение на отговорите по образователна степен.

Половината от изследваните лица не са информирани относно трансплантирането на бъбрек на пациенти след 75 годишна възраст (Фиг. 18), като не се установява разлика между изследваните групи, пола и образователната степен.



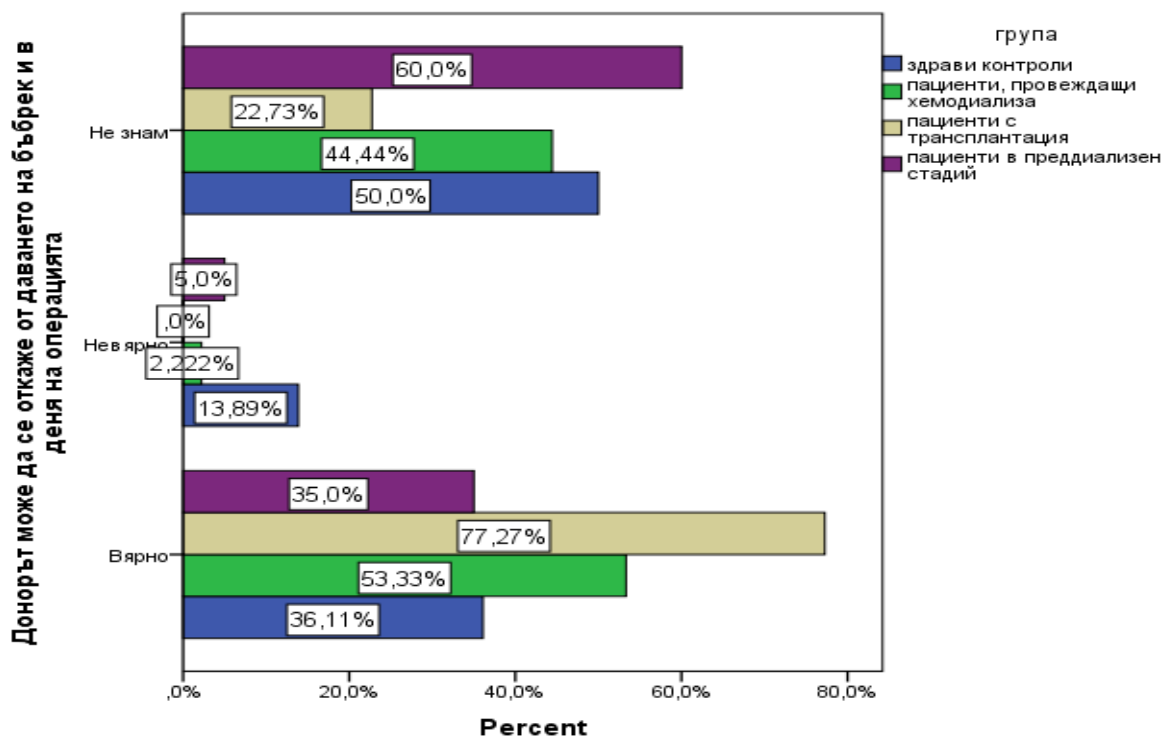
Фиг. 18.

Почти половината от анкетираните потвърждават, че донорът може да се откаже от даването на бъбрек и в деня на операцията (49.6 %) (Фиг. 19).



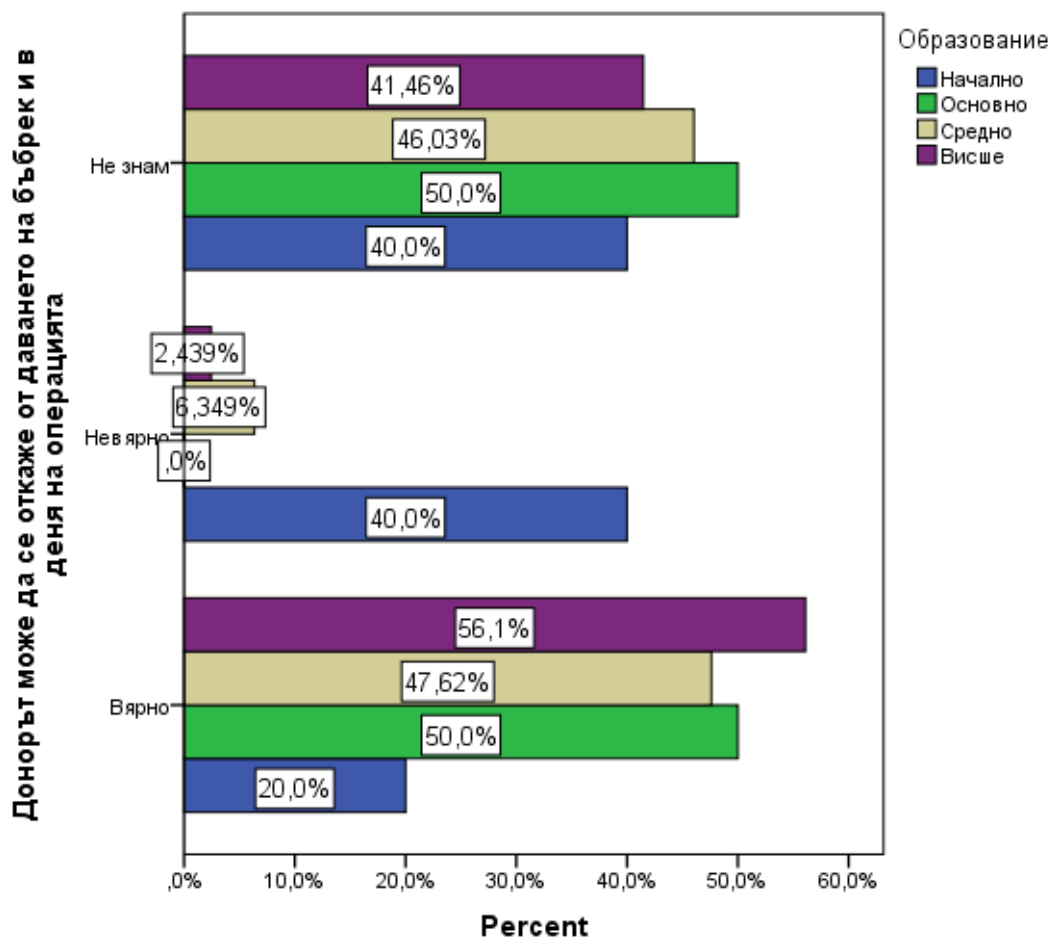
Фиг. 19.

Установи се съществена разлика в мнението на анкетираните според изследваната група ($p=0.015$), като най-информирани са пациентите с трансплантация (77.3 %), а най-неинформирани са пациентите в преддиализния стадий (60.0 %) (Фиг. 20).



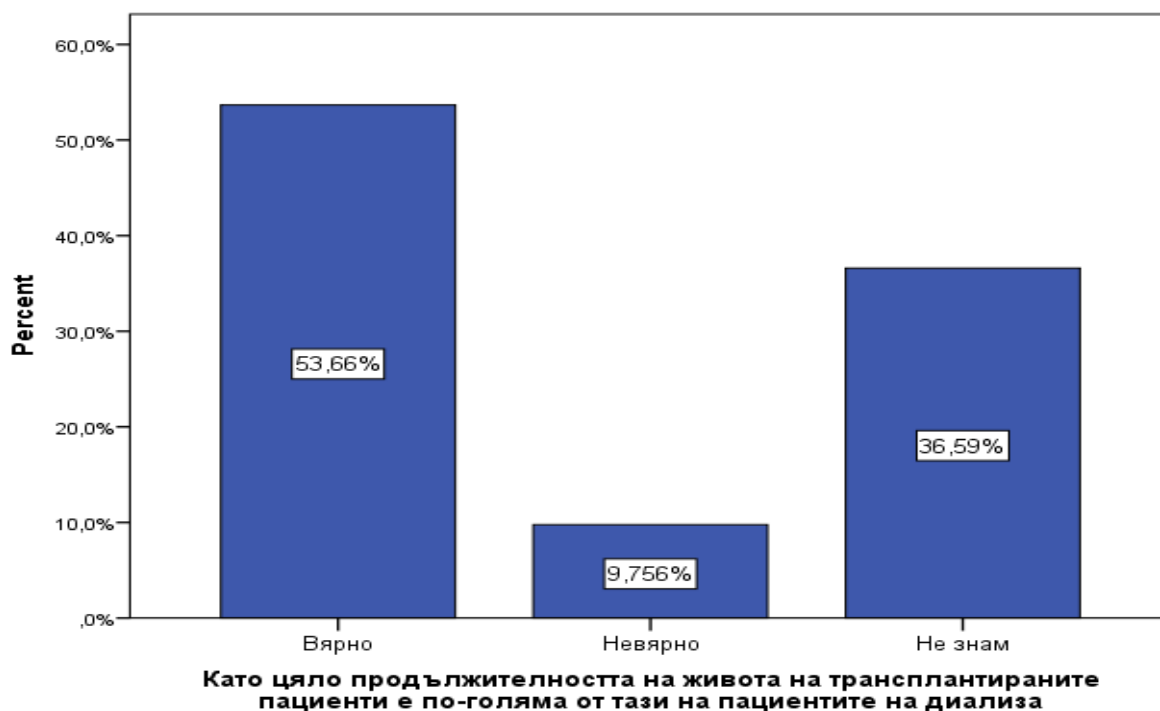
Фиг. 20. Донорът може да се откаже от даването на бъбрек и в деня на операцията според изследваната група

Съществена разлика в мнението на изследваните лица беше установена и по отношение на образователната степен ($p=0.036$), като най-информирани са лицата с висше образование (Фиг. 21). Не се установи разлика в мнението на респондентите според пола.

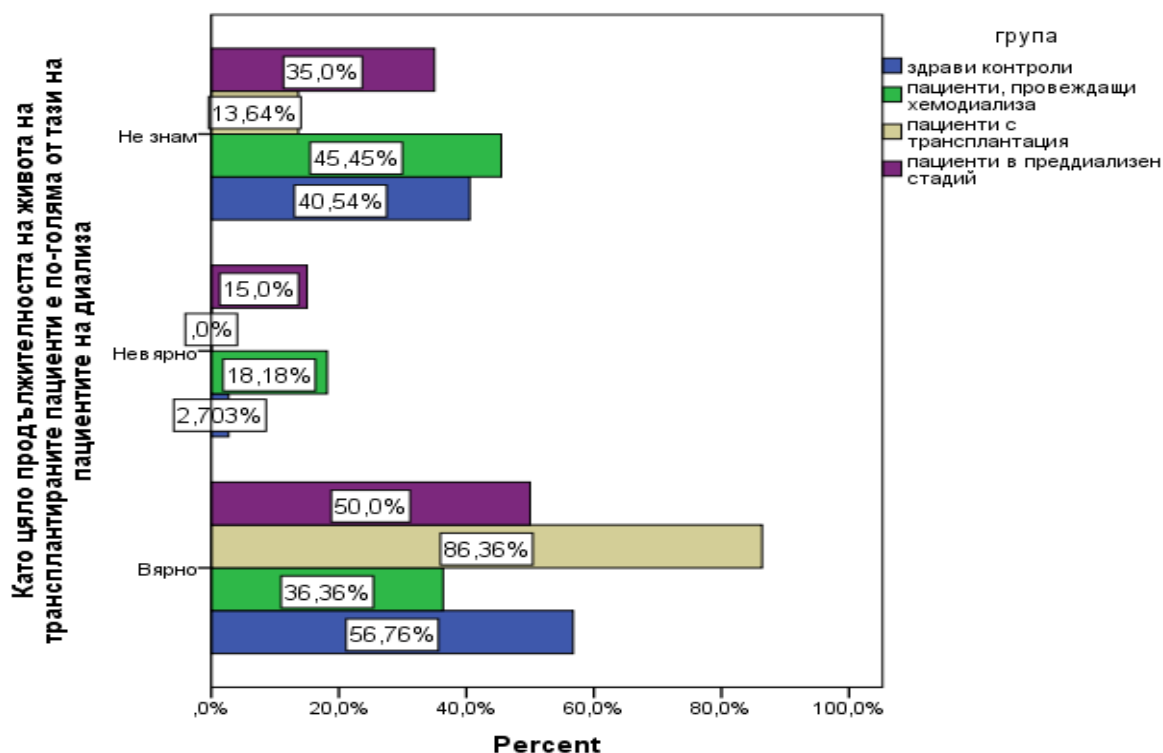


Фиг. 21. Донорът може да се откаже от даването на бъбрек и в деня на операцията според образователната степен

Само половината от изследваните лица посочват, че продължителността на живота на трансплантираните пациенти е по-голяма от тази на пациентите на диализа (53.7 %) (Фиг. 22), като не се установява разлика в мнението според пола и образователната степен. Такава беше установена по отношение на изследваните групи ($p=0.004$), като най-информирани за продължителността на живота са пациентите с трансплантация (Фиг. 23).

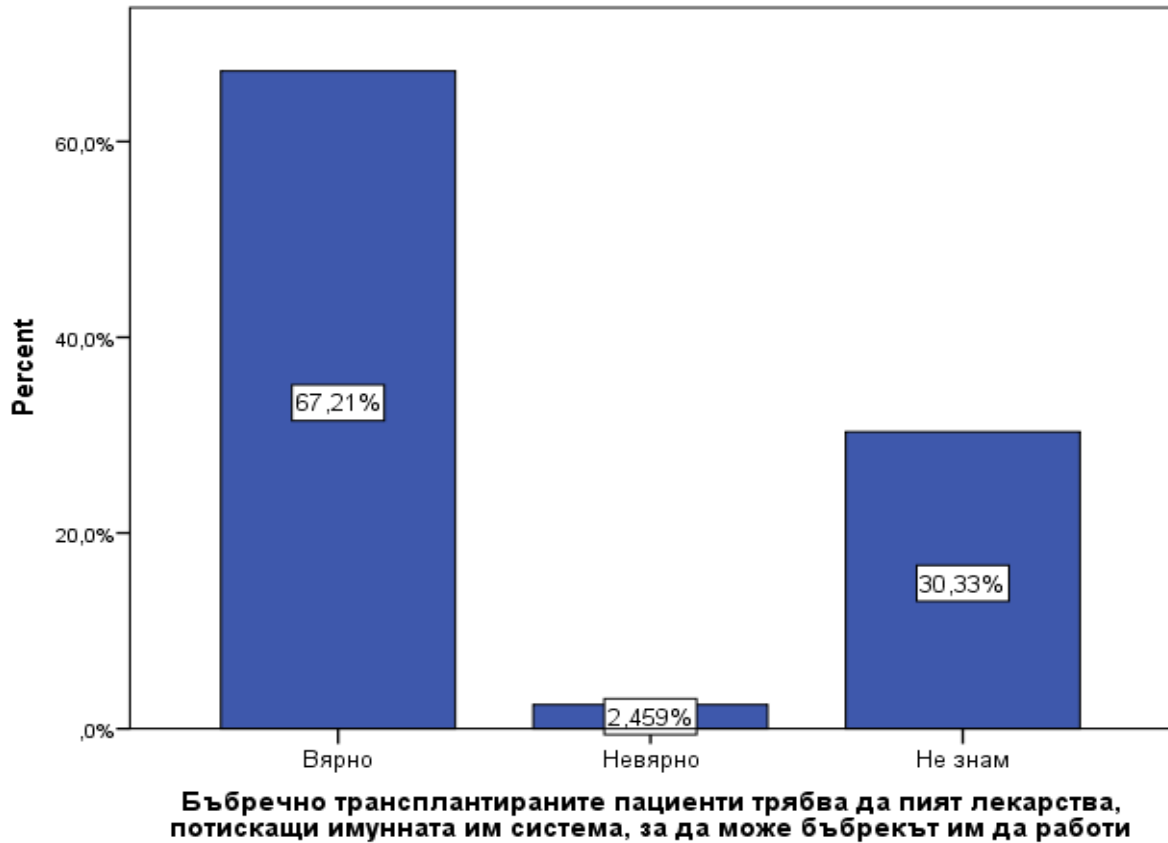


Фиг. 22.



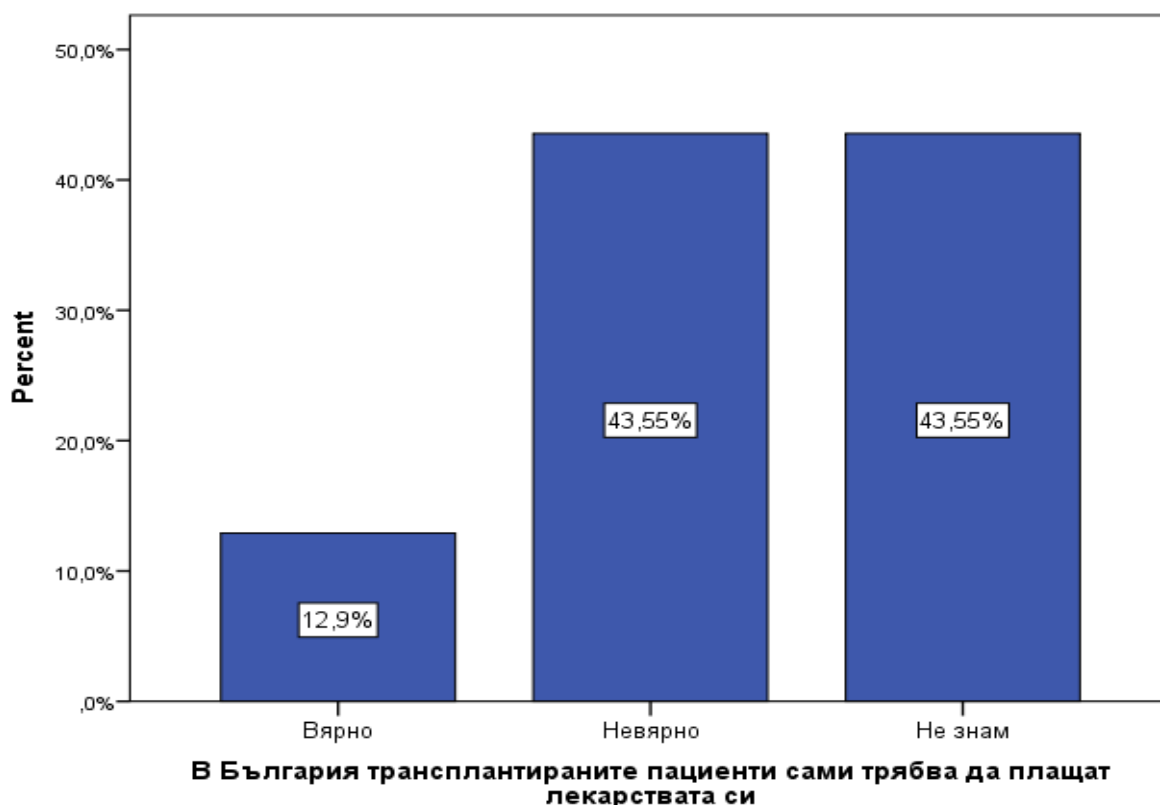
Фиг. 23. Като цяло продължителността на живота на трансплантираните пациенти е по-голяма от тази на пациентите на диализа според изследваната група

Над 2/3 (67.2 %) от анкетираните подкрепят мнението, че бъбречно трансплантираните пациенти трябва да приемат медикаменти, потискащи имунната им система за да може трансплантираният бъбрек да работи (Фиг. 24), като не се установи разлика според пола, образователната степен и изследваната група.



Фиг. 24.

По отношение на заплащането на лекарствата на трансплантираните пациенти, мнението на анкетираните е разнопосочно, като еднакъв дял от пациентите не са съгласни с твърдението, че трансплантираните пациенти трябва сами да си заплащат лекарствата и същата част нямат информация по въпроса (Фиг. 25). Не се установи разлика в мнението на респондентите според пола, образователната степен и изследваната група.

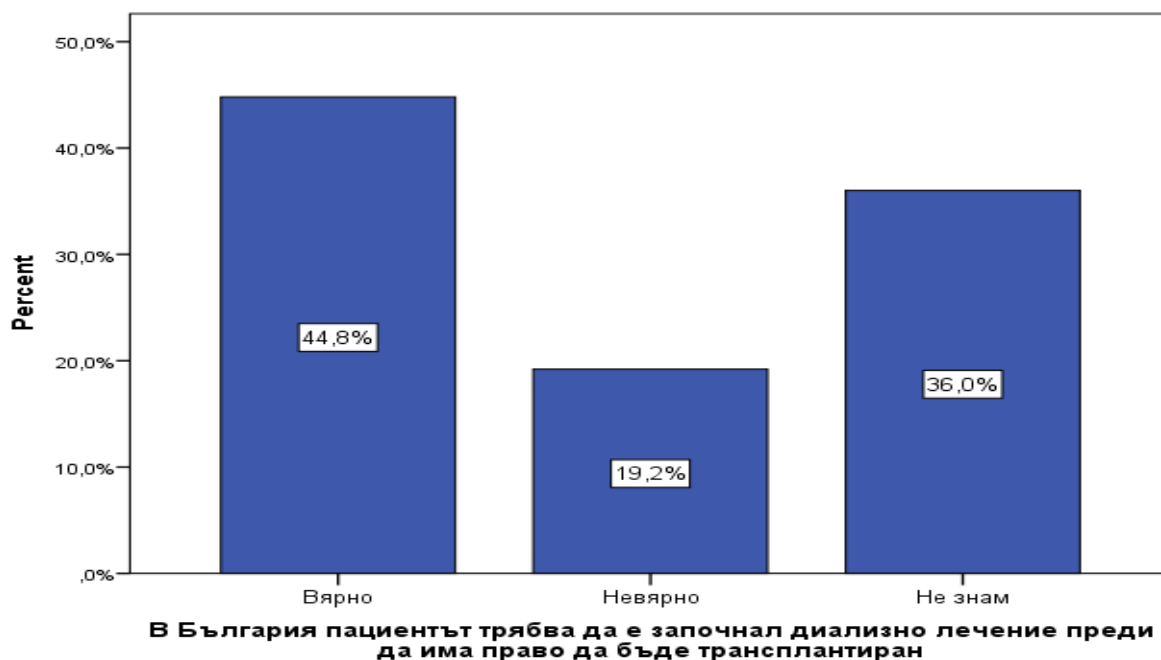


Фиг. 25.

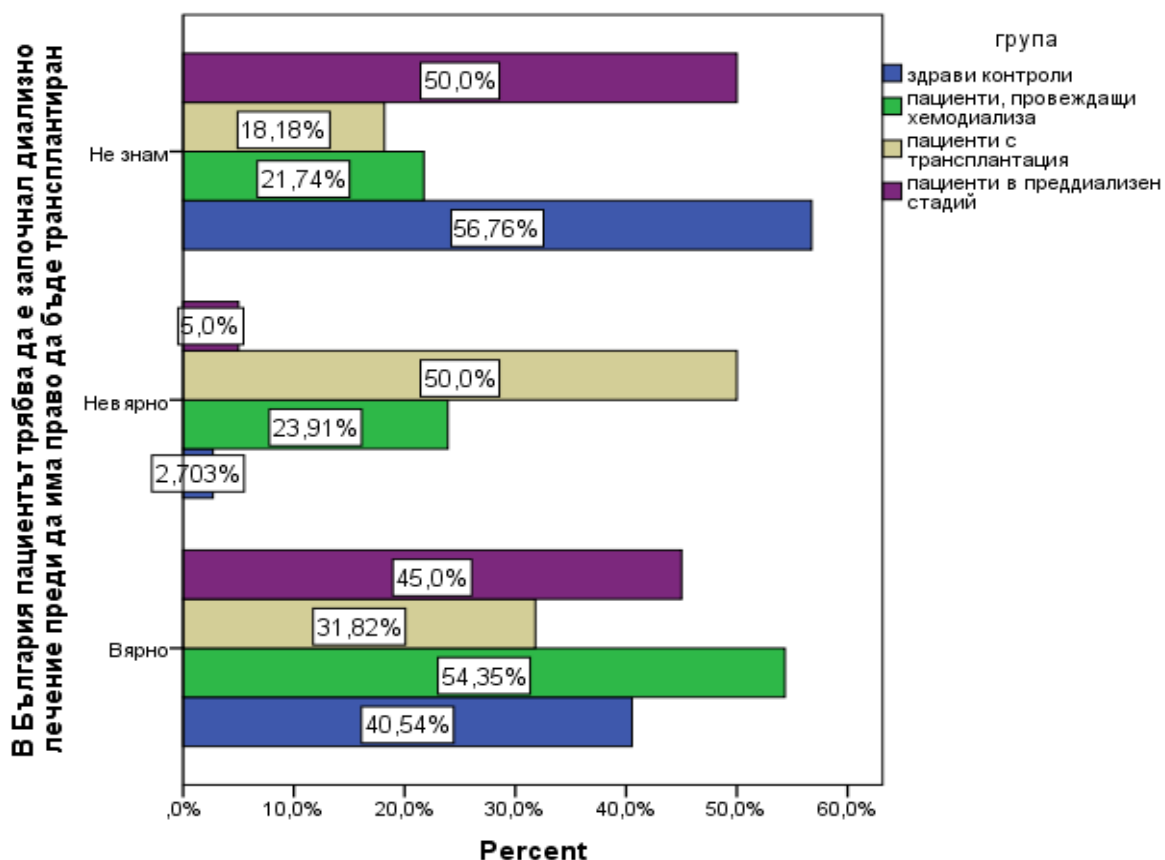
По-малко от половината изследвани лица са съгласни с твърдението, че в България пациентът трябва да е започнал диализно лечение преди да има право да бъде трансплантиран (44.8 %) (Фиг. 26), като не се установява съществена разлика според пола.

Впечатление прави, че има съществена различна в мнението на изследваните лица според групата ($p < 0.001$), като половината от пациентите, провеждащи хемодиализа подкрепят твърдението (54.35 %), докато от групата на трансплантираните пациенти са само 31.82 % (Фиг. 27).

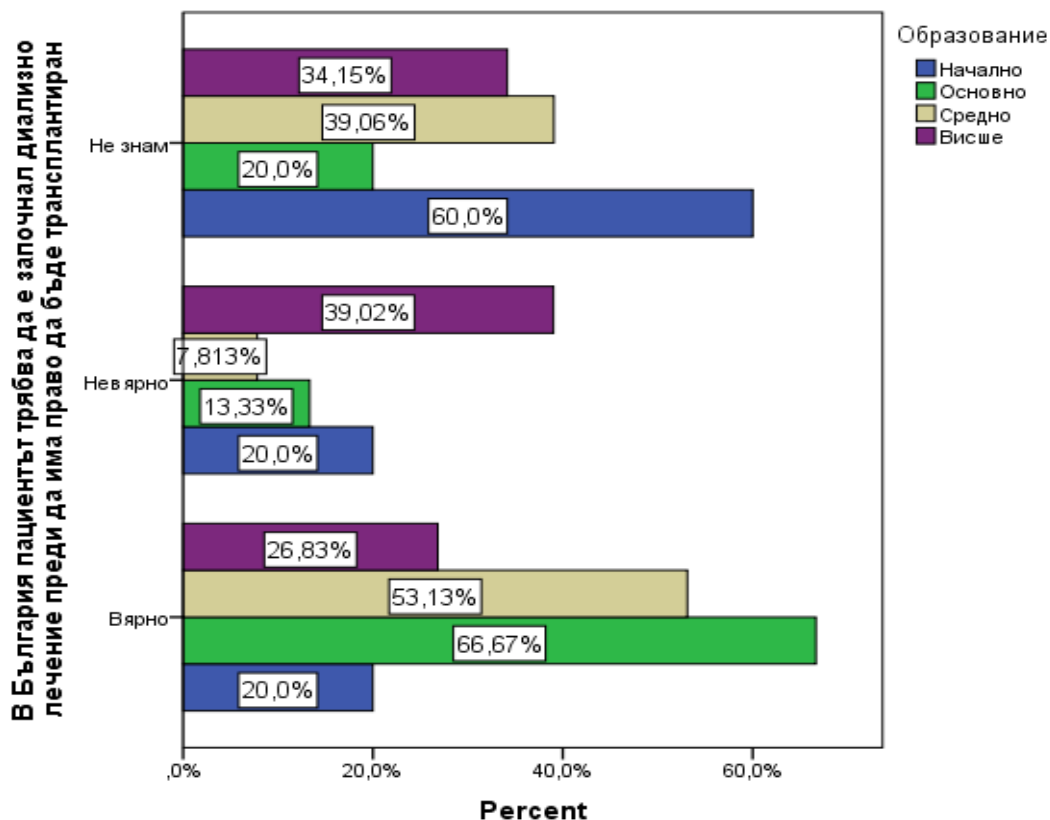
Интересни са и резултатите по отношение на образователната степен където 66.67 % от лицата със средно образование подкрепят това твърдение, докато тези с начално и висше образование имат най-нисък относителен дял ($p = 0.002$) (Фиг. 28).



Фиг. 26.



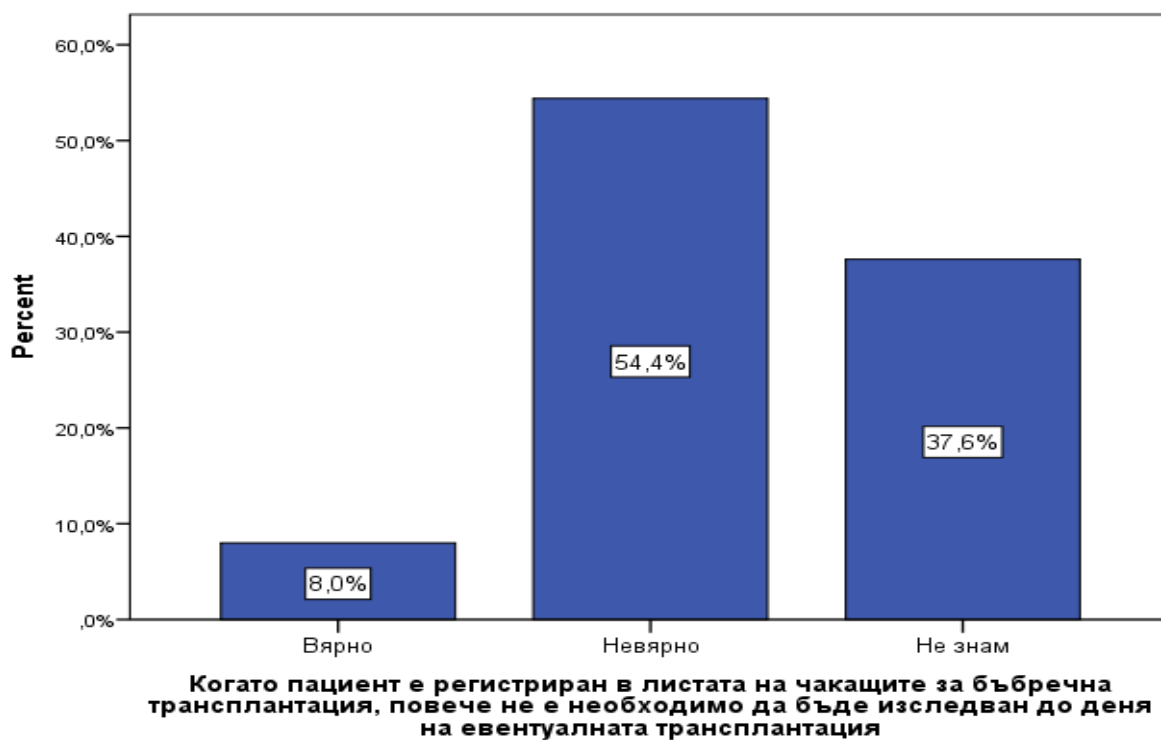
Фиг. 27. В България пациентът трябва да е започнал диализно лечение преди да има право да бъде трансплантиран според изследваната група



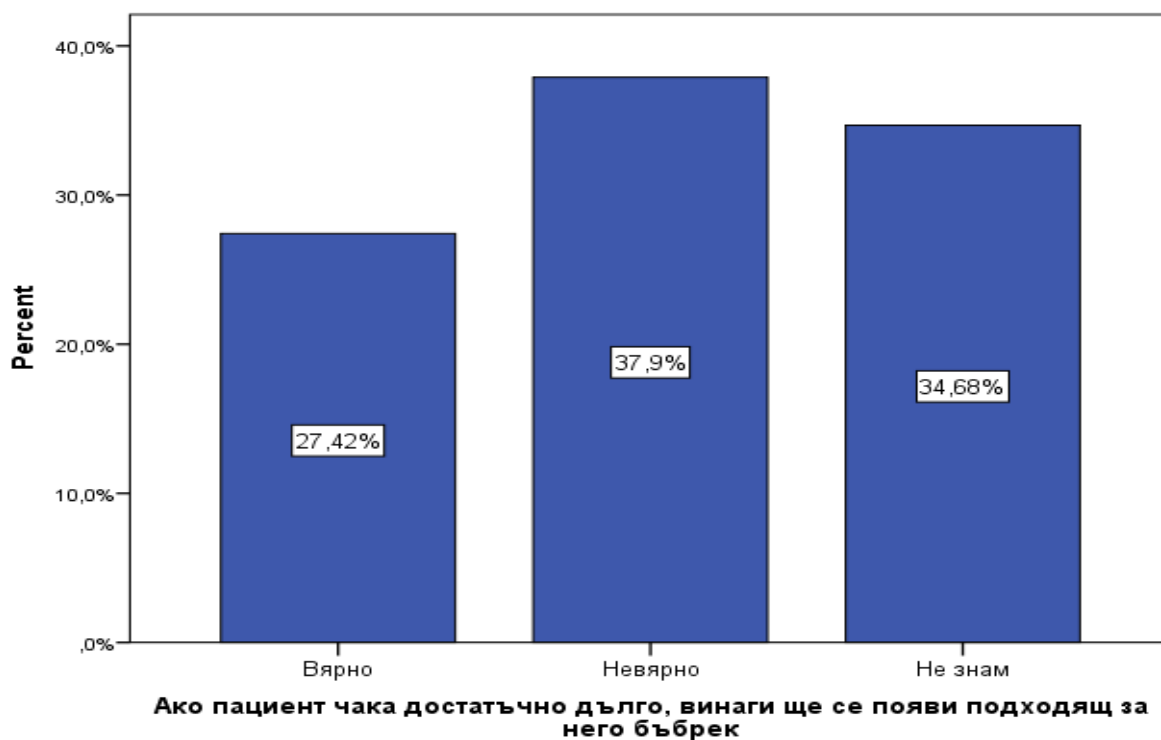
Фиг. 28. В България пациентът трябва да е започнал диализно лечение преди да има право да бъде трансплантиран според образователната степен

Малко над половината изследвани лица отричат твърдението, че когато пациент е регистриран в листата на чакащите за бъбречна трансплантация, повече не е необходимо да бъде изследван до деня на евентуалната трансплантация (54.4 %) (Фиг. 29). Не се установи разлика в мнението на респондентите според пола, образователната степен и изследваната група.

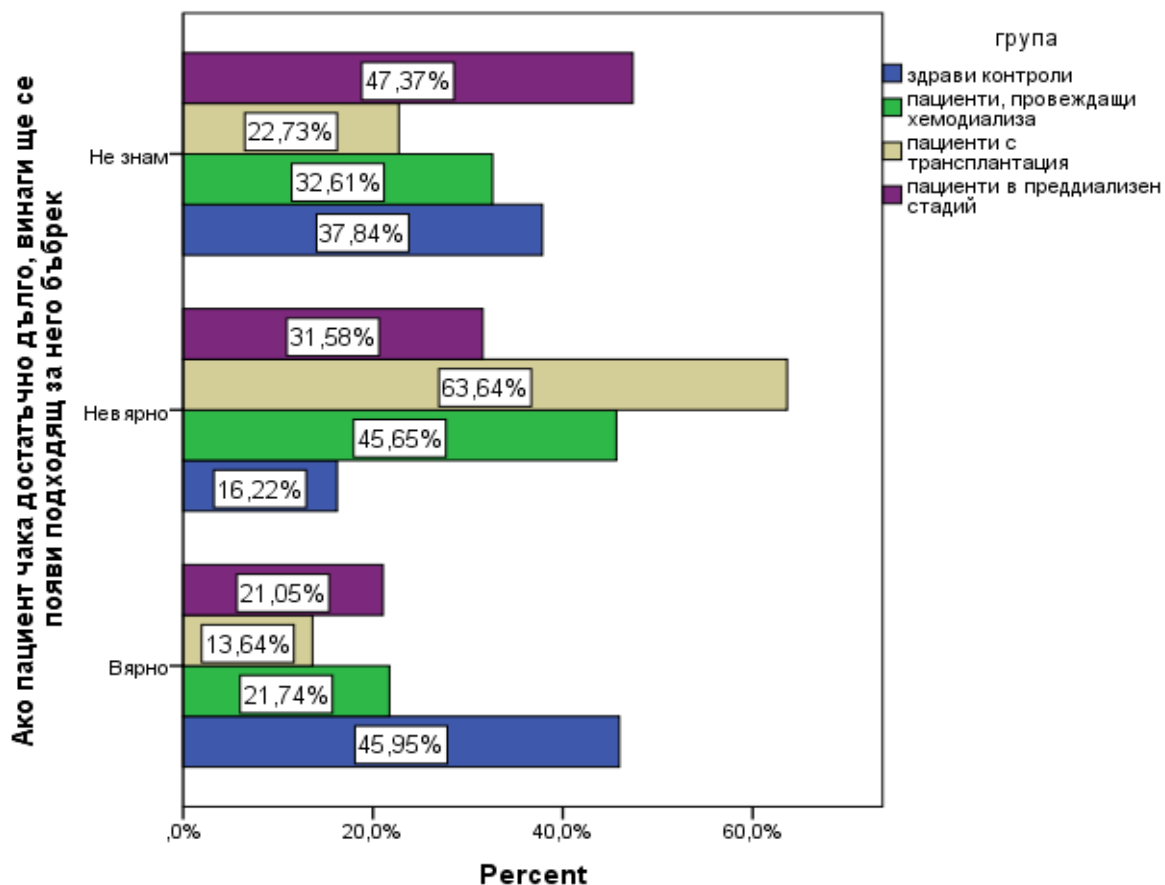
Малко повече от 1/3 (37.9 %) са на мнение, че не е вярно, че ако пациент чака достатъчно дълго, винаги ще се появи подходящ за него бъбрек (Фиг. 30), като се установява съществена разлика според изследваната група ($p=0.006$), където преобладава относителният дял на пациентите с трансплантация, които подкрепят това твърдение (63.64 %) (Фиг. 31).



Фиг. 29.



Фиг. 30.

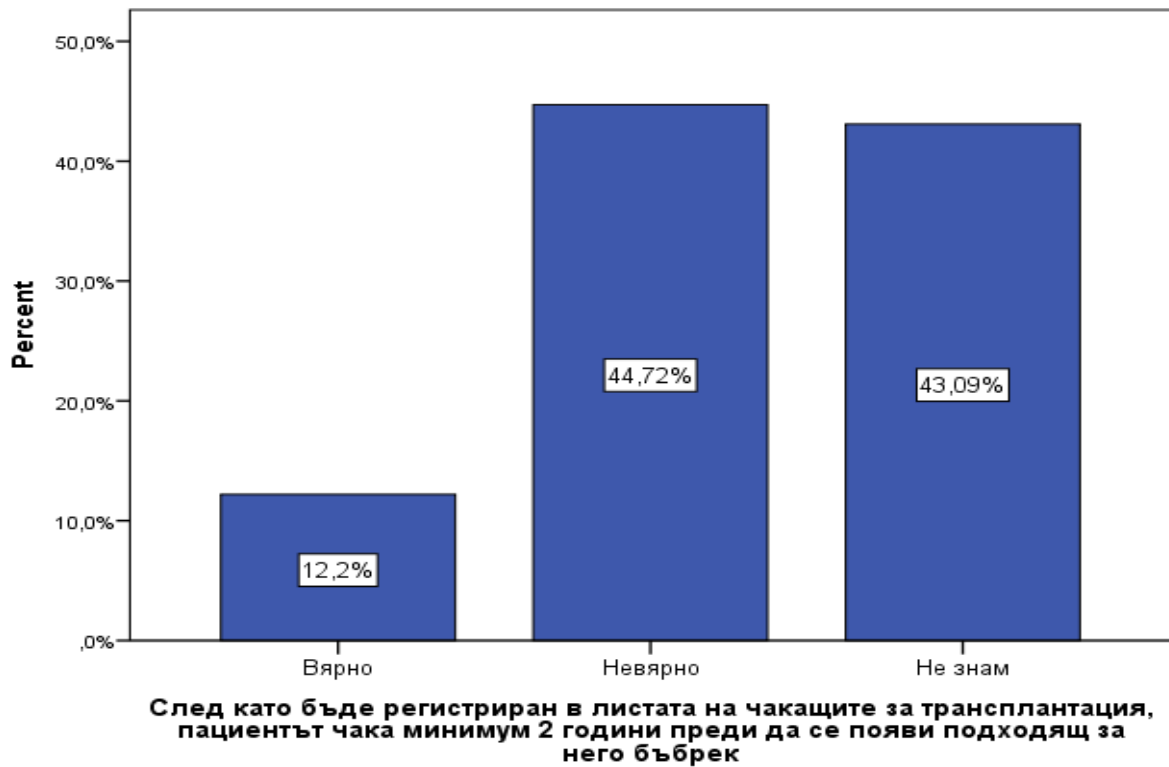


Фиг. 31. Ако пациент чака достатъчно дълго, винаги ще се появи подходящ за него бъбрек според изследваната група

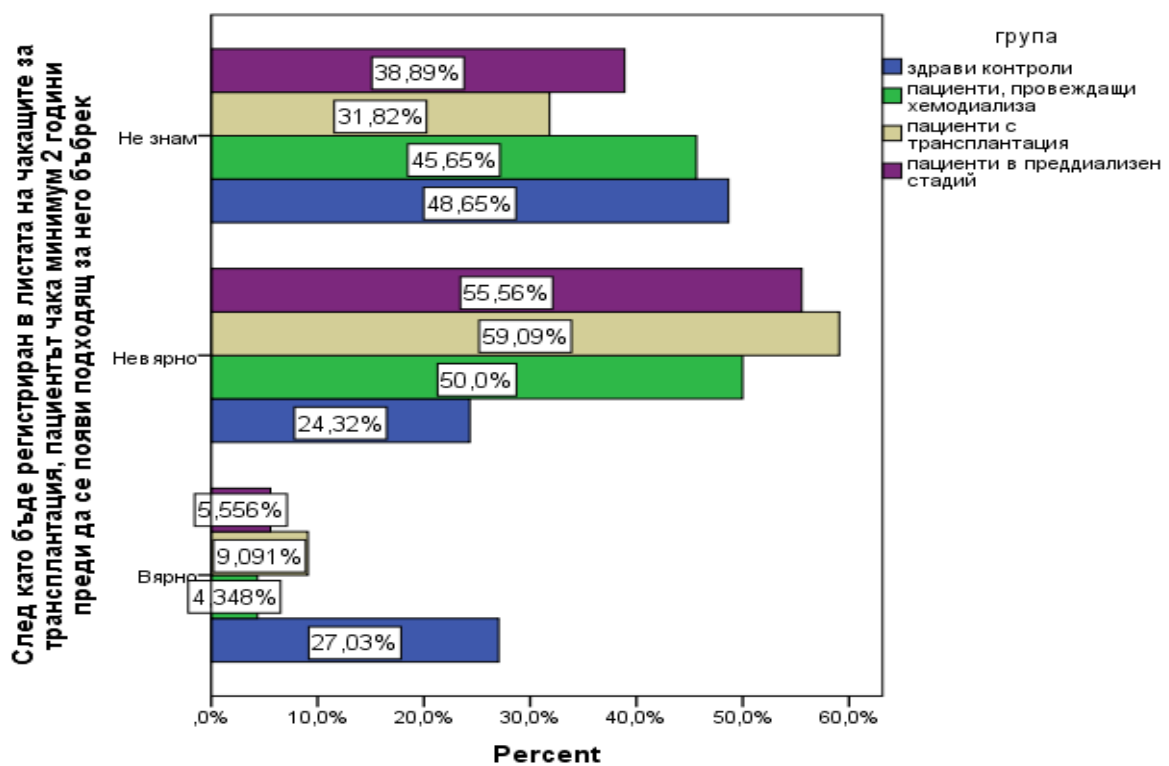
Мнението на респондентите е разнопосочно по отношение на регистрирането на болния в листата на чакащите, като 44.7 % не са съгласни с твърдението, че след като бъде регистриран в листата на чакащите за трансплантация, пациентът чака минимум 2 години преди да се появи подходящ за него бъбрек (фиг. 32).

Установи се съществена разлика в мнението на изследваните лица според групата ($p=0.013$), най-висок дял на несъгласните с твърдението са пациентите с трансплантация (59.09 %), следвани от тези в преддиализния стадий (55.56 %) (Фиг. 33).

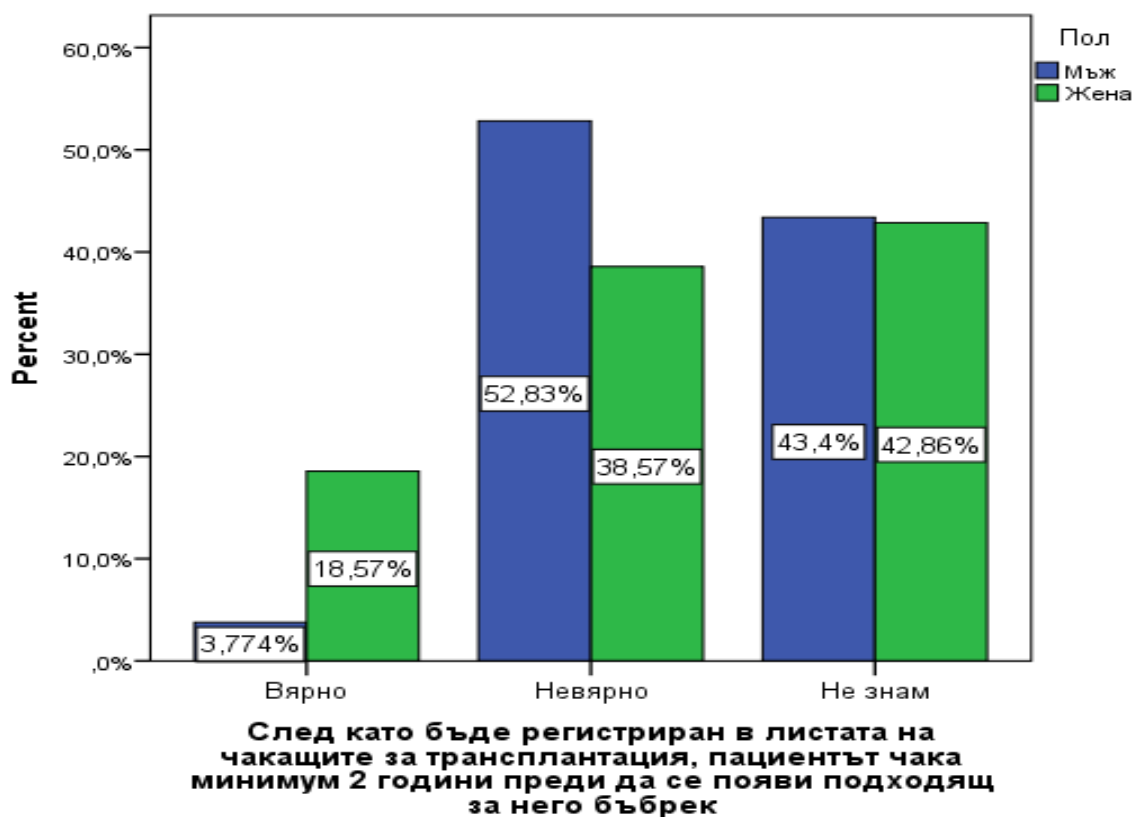
Друга разлика, която беше установена е по отношение на пола ($p=0.034$), като мъжете са по-несъгласни от жените с разглежданото твърдение (Фиг. 34).



Фиг. 32.



Фиг. 33. След като бъде регистриран в листата на чакащите за трансплантация, пациентът чака минимум 2 години преди да се появи подходящ за него бъбрек според изследваната група

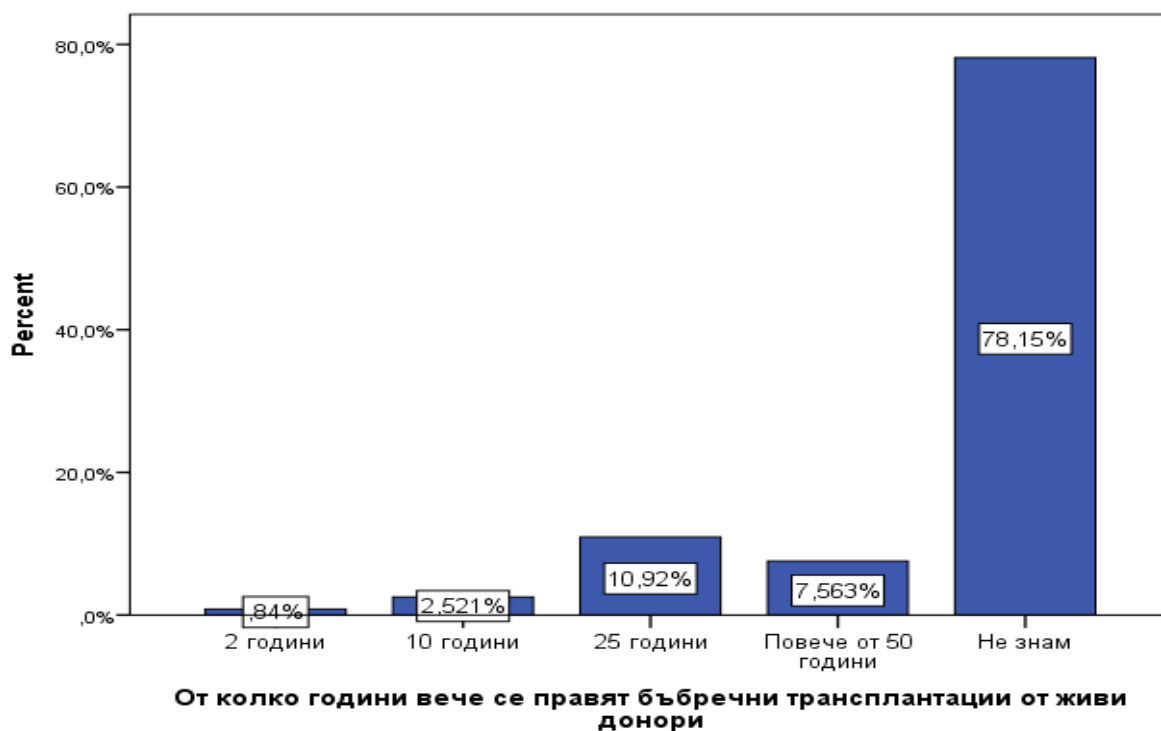


Фиг. 34. След като бъде регистриран в листата на чакащите за трансплантация, пациентът чака минимум 2 години преди да се появи подходящ за него бъбрек според пола

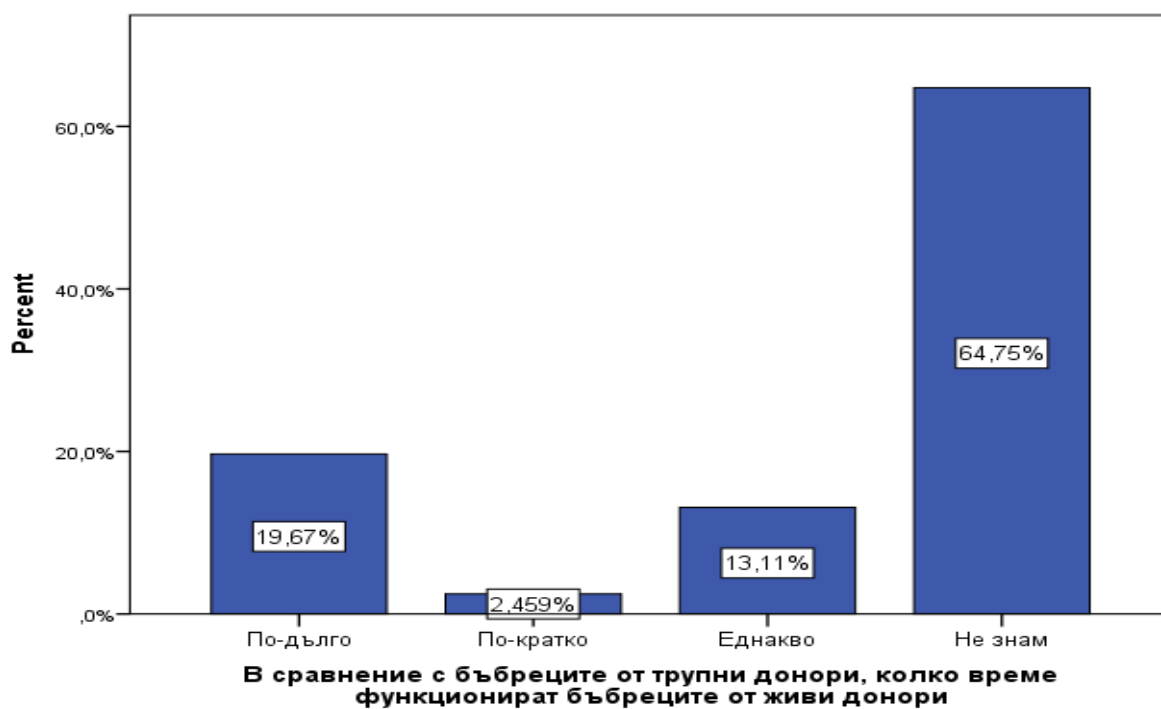
Над $\frac{3}{4}$ (78.2 %) от респондентите не знаят от колко години се правят бъбречни трансплантации от живи донори. Само 7.6 % са информирани, че тези интервенции се правят повече от 50 години (Фиг. 35). Не се установява разлика според пола, образователната степен и изследваната група.

Също така около $\frac{2}{3}$ (64.8 %) от респондентите не знаят колко време функционират бъбреците от живи и трупни донори (Фиг. 36), като не се установява разлика в информираността по отношение на пола, образователната степен и изследваната група.

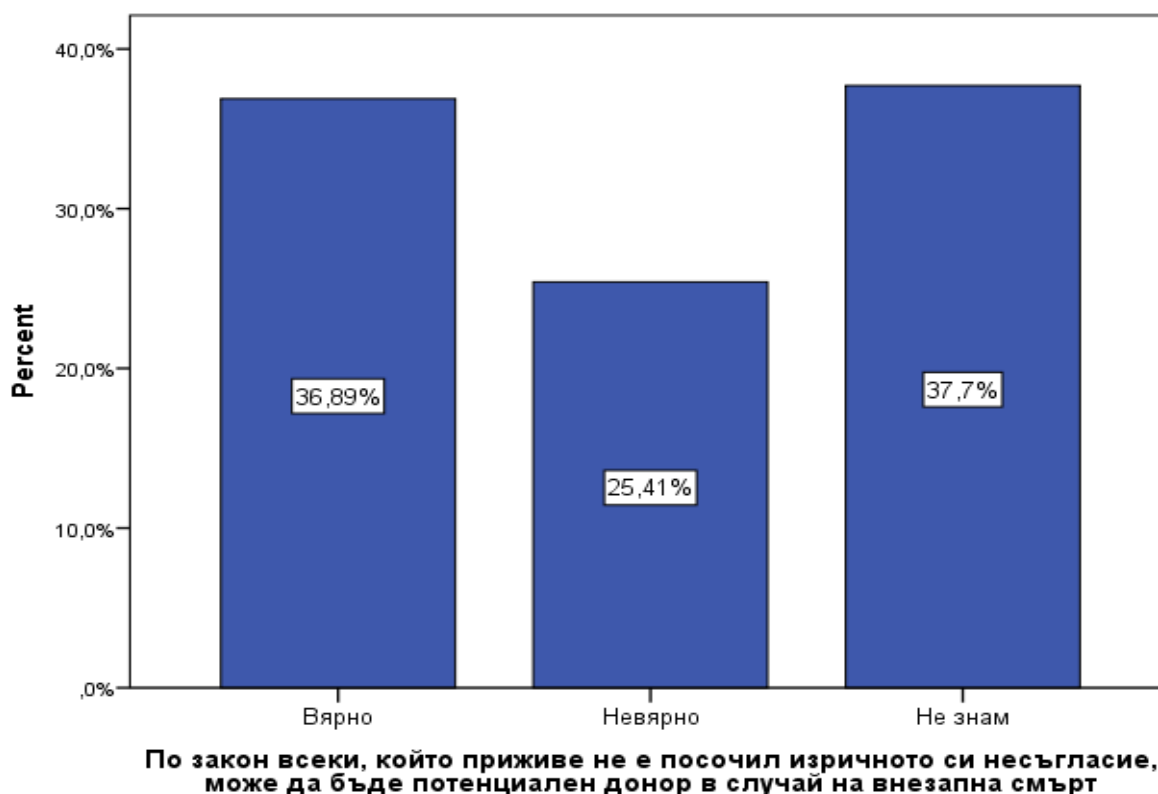
Пропуски в информираността се установяват и по отношение на съгласието за донорството (Фиг. 37), като само 36.9 % са информирани, че по закон всеки, който приживе не е посочил изричното си несъгласие, може да бъде потенциален донор в случай на внезапна смърт.



Фиг. 35.



Фиг. 36.

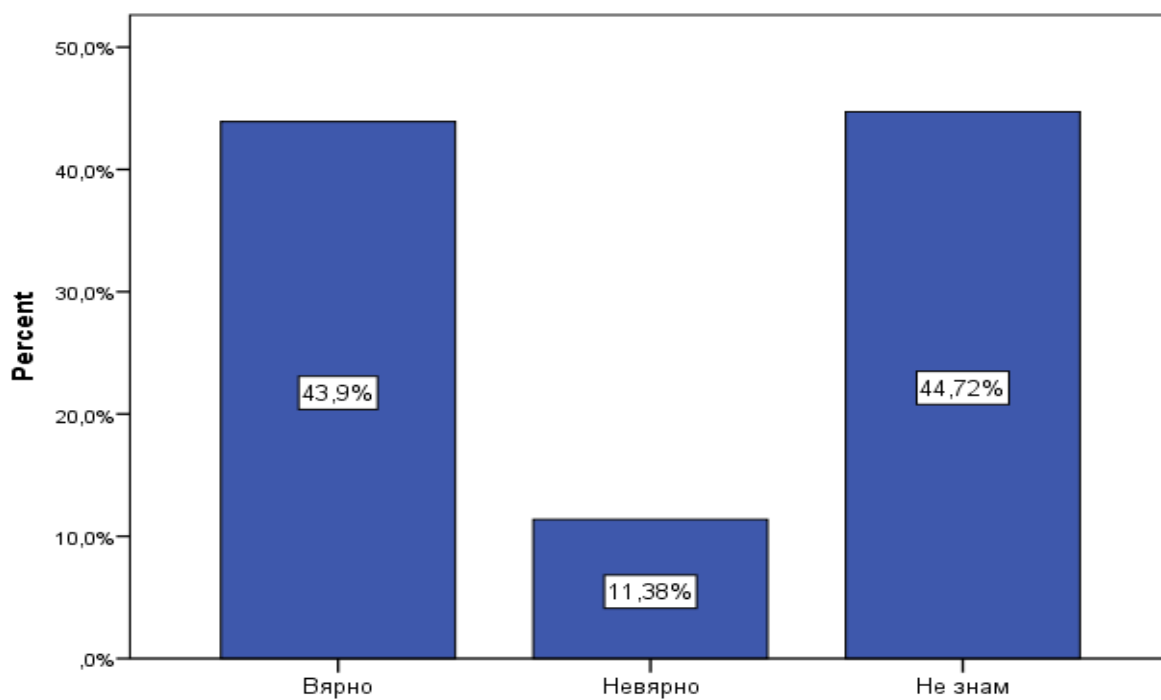


Фиг. 37.

По-малко от половината изследвани лица са информирани, че в България подготовката, операцията и проследяването на донора и реципиента след бъбречната трансплантация се заплащат изцяло от бюджета на Министерството на здравеопазването (43.9 %) (Фиг. 38). Не се установява разлика в информираността на изследваните лица според пола, образователната степен и изследваната група.

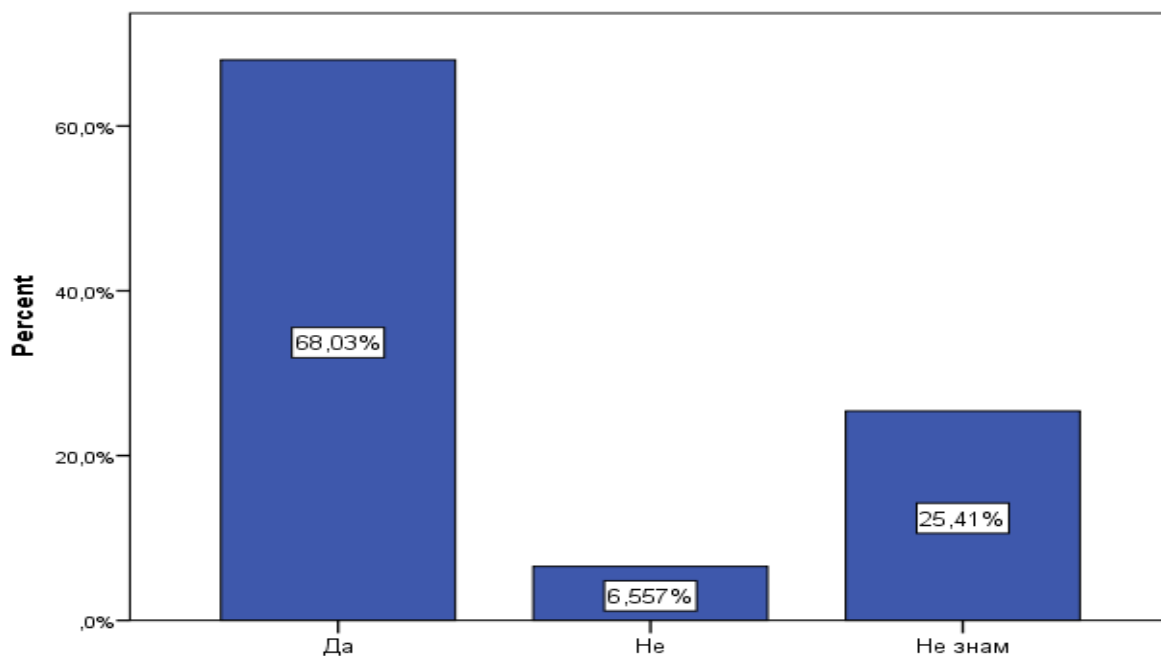
Обнадеждаващ е фактът, че 68.0 % от анкетираните са на мнение, че в случай на мозъчна смърт на техен близък, те биха се съгласили органите му да бъдат използвани за трансплантация (Фиг. 39).

Въпреки това се установи съществена разлика в мнението на анкетираните относно даряването на органи на техни починали близки според изследваната група ($p < 0.001$) (Фиг. 40). Установи се и умерена корелация между изследваните показатели ($r = -0.304$; $p = 0.001$).



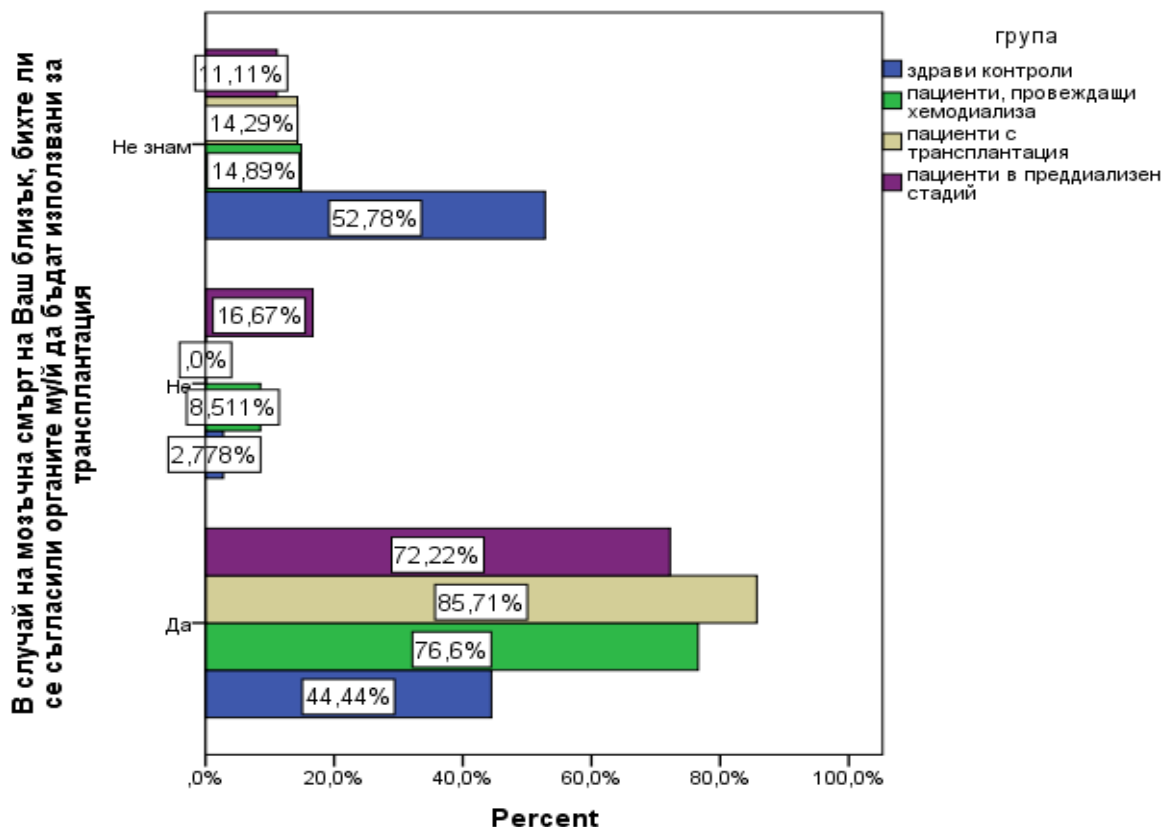
В България подготовката, операцията и проследяването на донора и реципиента след бъбречна трансплантация се заплащат изцяло от бюджета на Министерството на здравеопазването

Фиг. 38.



В случай на мозъчна смърт на Ваш близък, бихте ли се съгласили органите му/й да бъдат използвани за трансплантация

Фиг. 39.



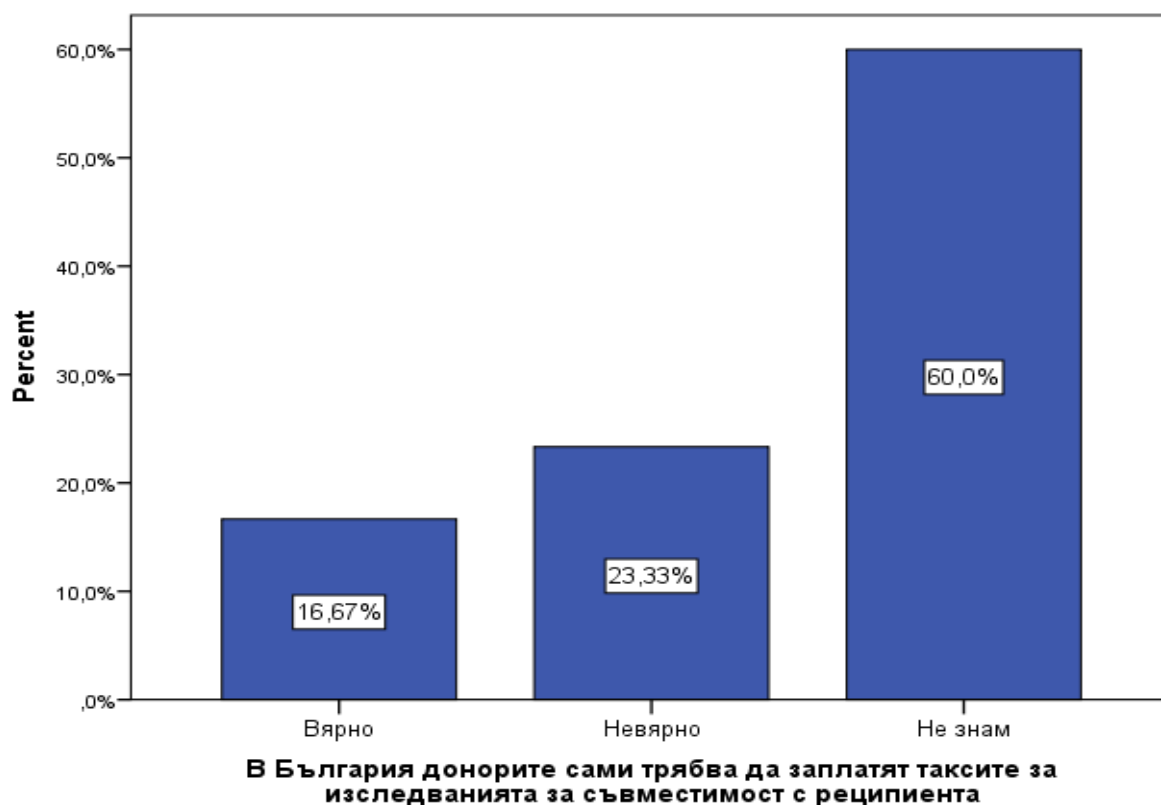
Фиг. 40. В случай на мозъчна смърт на Ваш близък, бихте ли се съгласили органите му/й да бъдат използвани за трансплантация според изследваната група

Резултатите от фиг. 41 показват, че пациентите с ХБЗ и техните близки имат по-голяма склонност да се съгласят да дарят органите на техните близки при настъпване на мозъчна смърт в сравнение със здравите контроли.

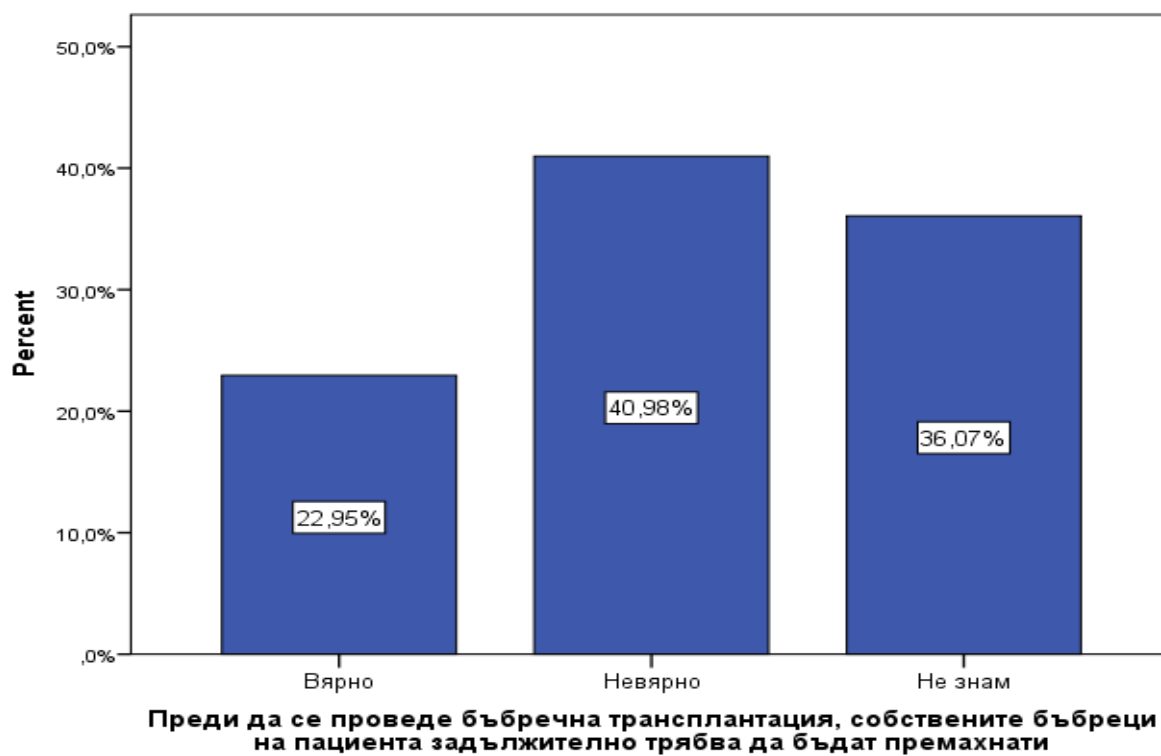
От тези, които са дали негативен отговор на въпроса свързан с донорството на органи на техен близък при настъпване на мозъчна смърт 10 % го правят по религиозни причини и по 20,0 % по емоционални причини и съмнение за злоупотреба в болниците. Останалите не могат да посочат причина.

По-малко от $\frac{1}{4}$ (23,3 %) от анкетиранияте са информирани, че в България донорите не си заплащат сами таксите за изследванията за съвместимост с реципиентите (Фиг. 42), като по-голямата част са неинформирани по този въпрос. Не се установява разлика според пола, образователната степен и изследваната група.

По-малко от половината анкетирани са запознати с процедурата по бъбречна трансплантация и са наясно, че преди да се проведе трансплантацията не е необходимо премахването на собствените бъбреци на пациента (41,0 %) (Фиг. 43).

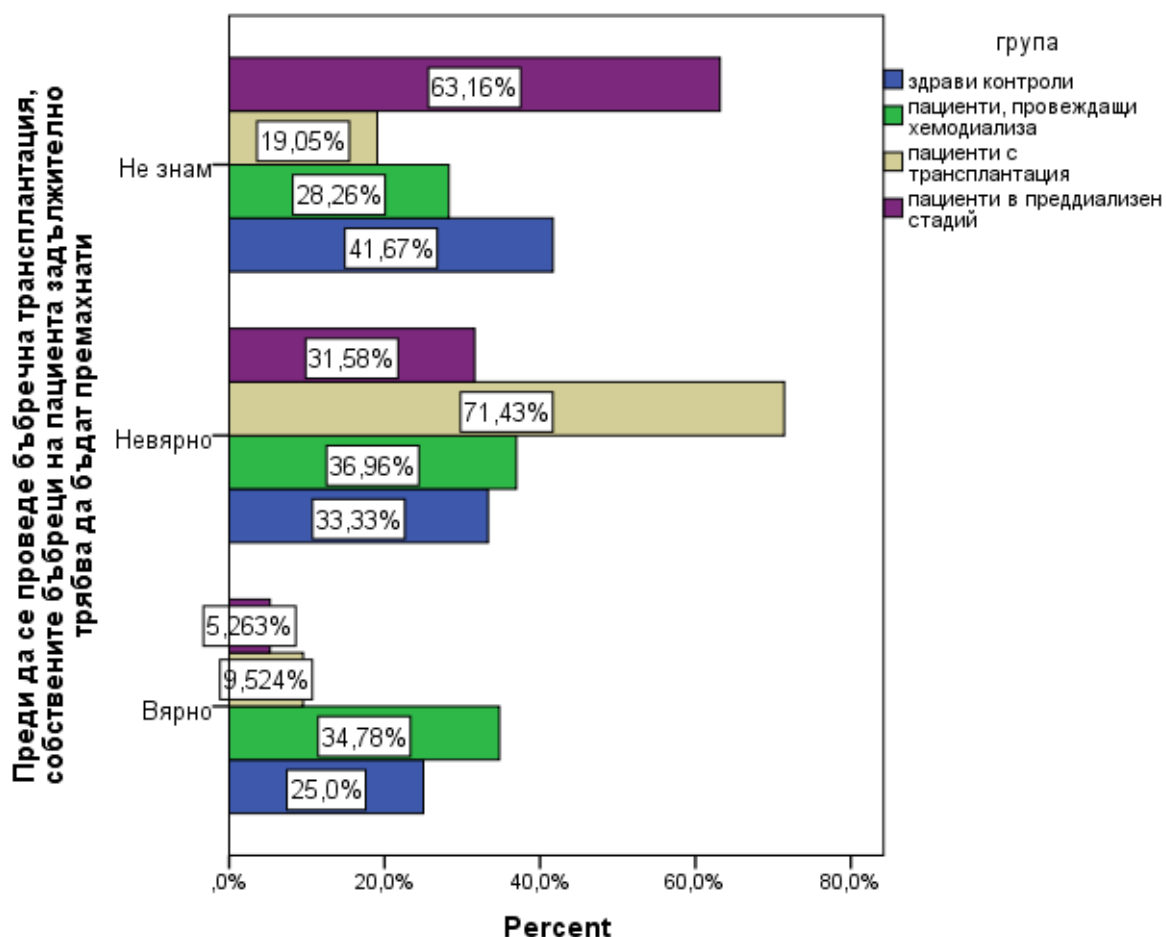


Фиг. 41.



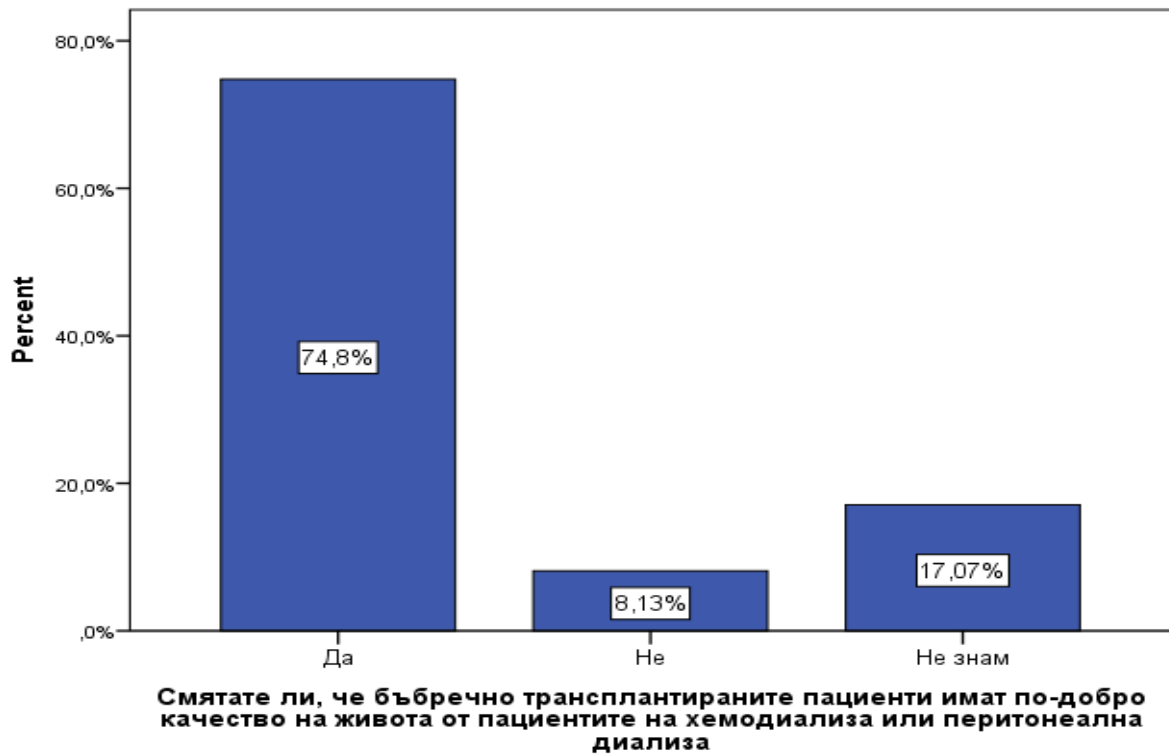
Фиг. 42.

Установена е съществена разлика в мнението на респондентите относно премахването на собствените бъбреци на пациента преди бъбречната трансплантация според изследваната група ($p=0.003$) (Фиг. 43). Най-запознати със ситуацията са пациентите с трансплантация, които вече са преминали през процедурата и са запознати, че не е задължително отстраняването на собствените бъбреци на пациента (71.43 %).

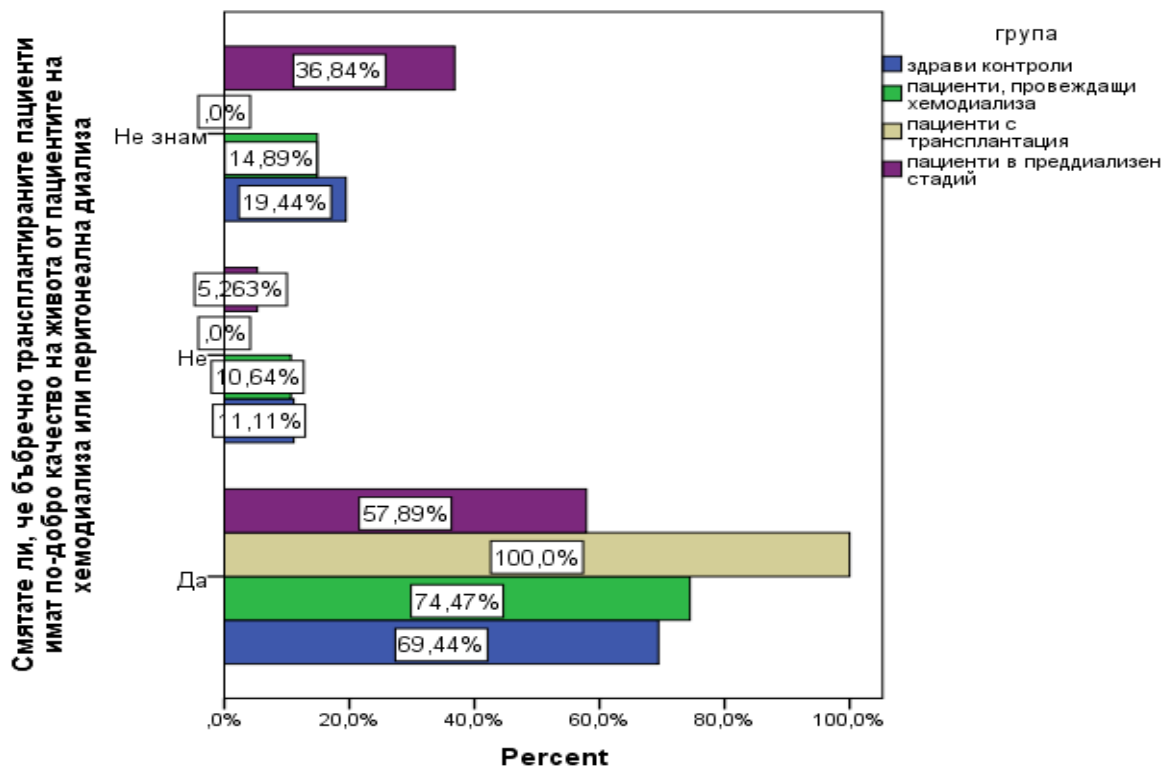


Фиг. 43. Преди да се проведе бъбречна трансплантация, собствените бъбреци на пациента задължително трябва да бъдат премахнати според изследваната група

Около $\frac{3}{4}$ (74.8 %) от изследваните лица са на мнение, че бъбречно трансплантираните пациенти имат по-добро качество на живота от пациентите на хемодиализа или перитонеална диализа (Фиг. 44). На това мнение са всички пациенти с трансплантация и по-голямата част от пациентите провеждащи хемодиализа (74.47 %) и здравите контроли (69.44 %) ($p=0.036$) (Фиг. 45).



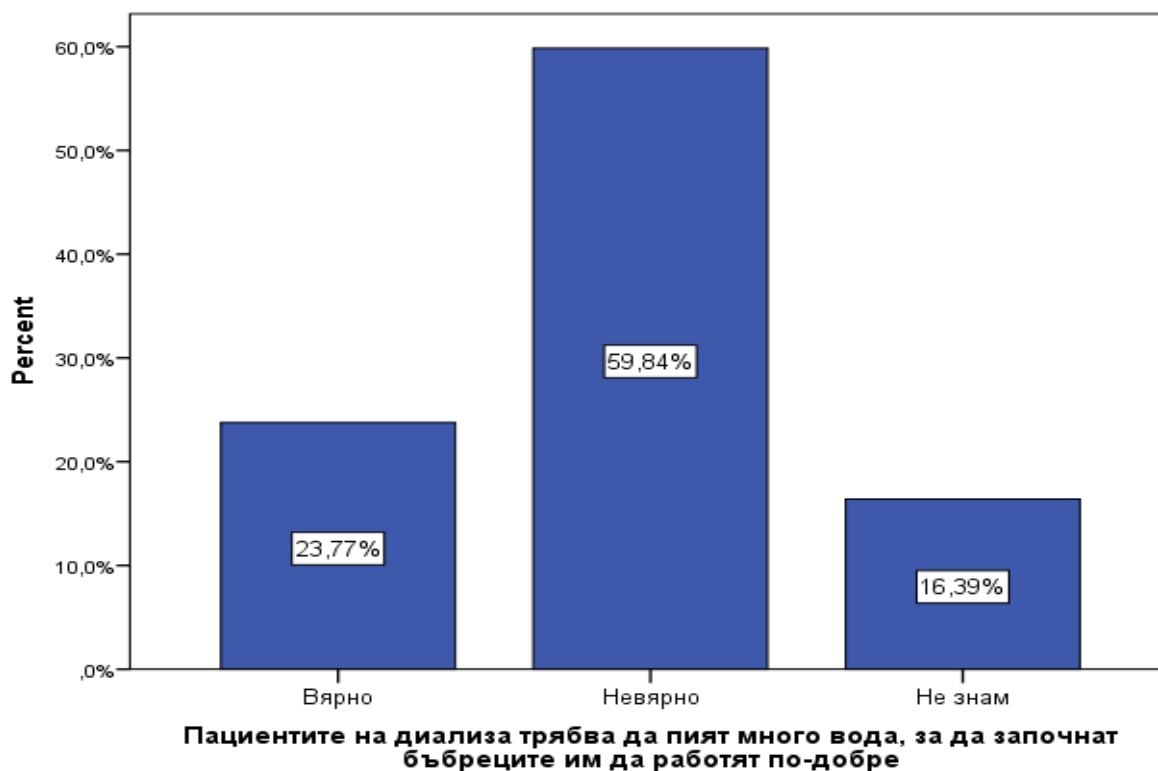
Фиг. 44.



Фиг. 45. Смятате ли, че бъбречно трансплантираните пациенти имат по-добро качество на живота от пациентите на хемодиализа или перитонеална диализа според изследваната група

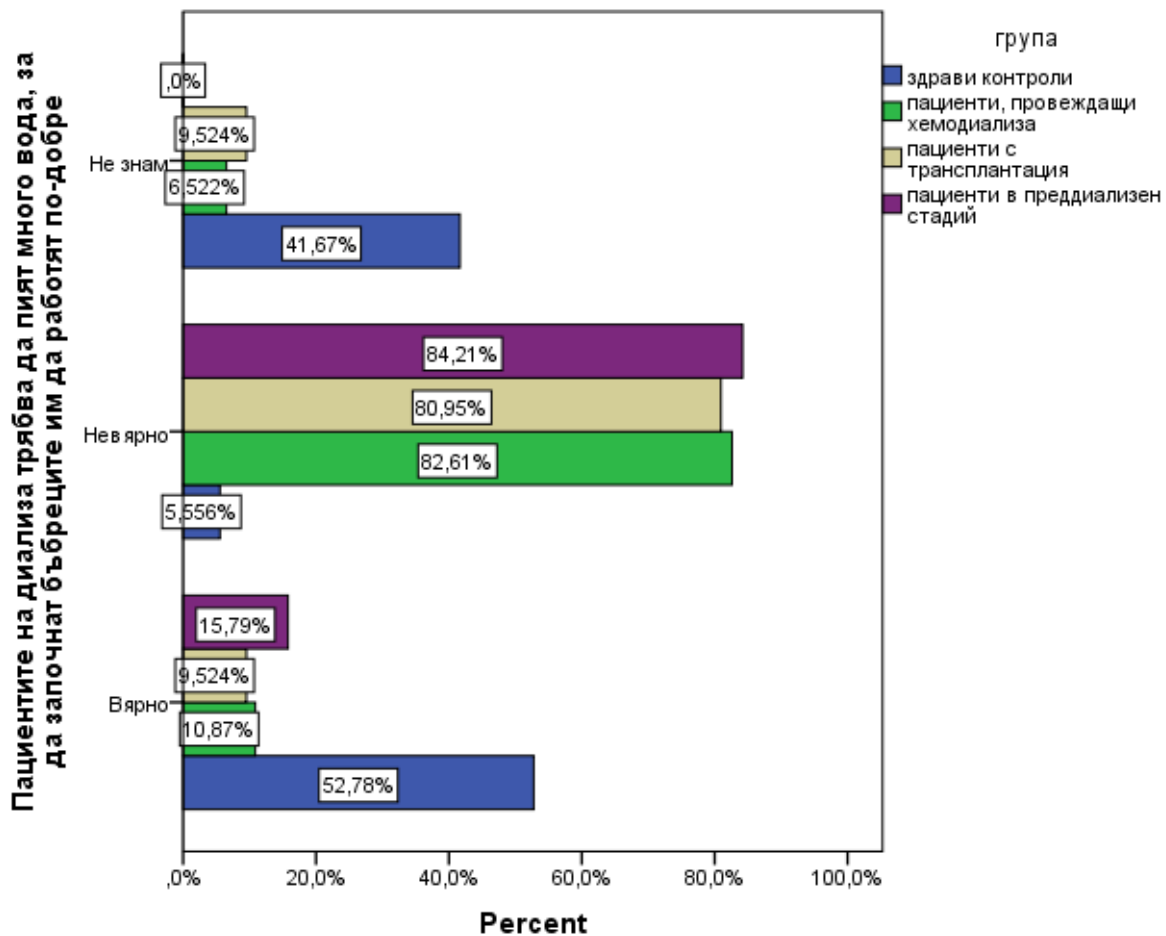
4.3. Оценка информираността на хората за хемодиализата като метод на заместително лечение

Повече от половината изследвани лица са запознати, че не е необходимо пациентите на диализа да пият много вода, за да започнат бъбреците им да работят по-добре (59.8 %) (Фиг. 46).



Фиг. 46.

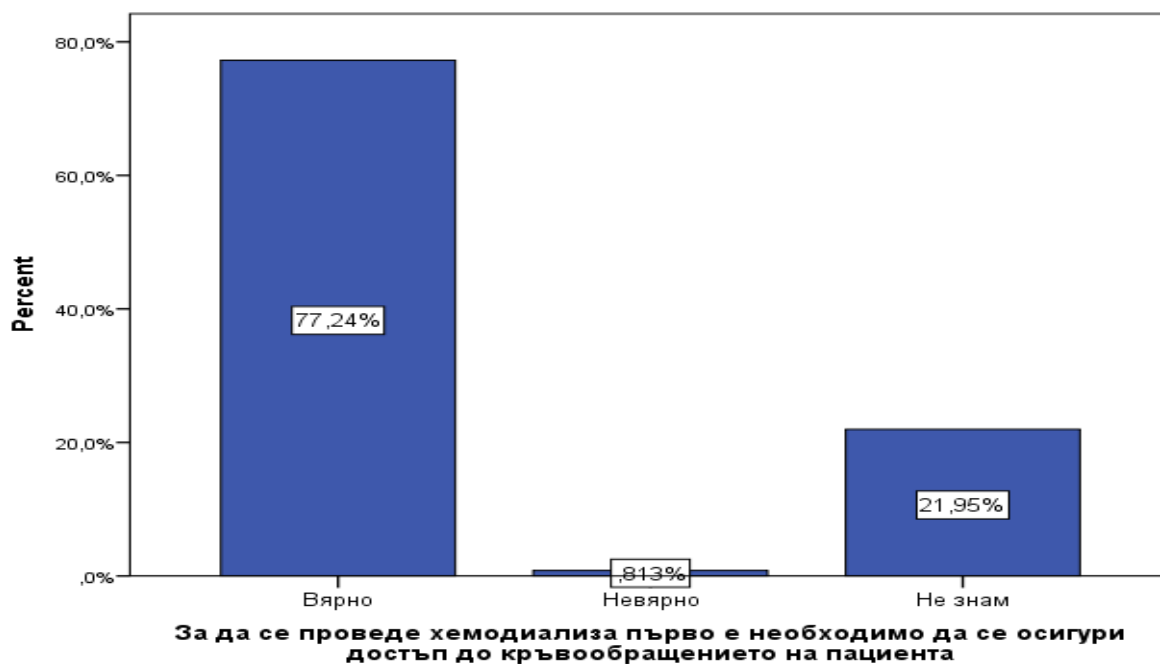
Установена е съществена разлика в мнението на изследваните лица по въпроса за пиенето на много вода за по-доброто функциониране на бъбреците на пациентите, които са на диализа според изследваните групи ($p < 0.001$), като здравите контроли са най-малко запознати с този проблем (Фиг. 47). Всички пациенти с ХБЗ са наясно, че голямата консумация на вода от пациентите на диализа не е свързана с подобряване на функцията на техните бъбреци. Въпреки това се забелязва явление, че около 20% от диализните пациенти не могат да посочат отговор на този въпрос.



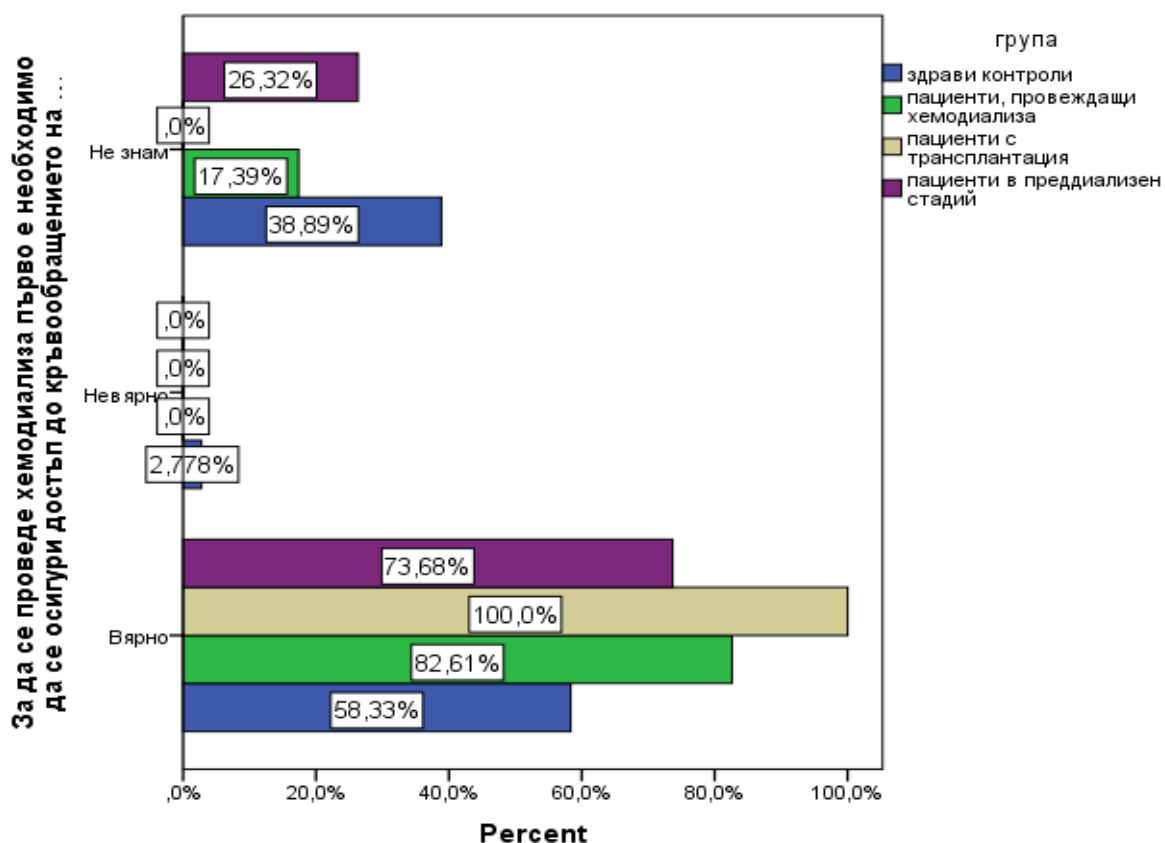
Фиг. 47. Пациентите на диализа трябва да пият много вода, за да започнат бъбреците им да работят по-добре според изследваните групи

Над $\frac{3}{4}$ (77.2 %) са запознати, че за да се проведе хемодиализа първо е необходимо да се осигури достъп до кръвообращението на пациента (Фиг. 48). Установи се съществена разлика в познанията на анктераните по този въпрос според изследваната група ($p=0.014$) и образователната степен ($p=0.005$), както и умерена зависимост между информираността на анкетираните и образованието ($r=0.322$; $p<0.001$). Най-информирани са отново пациентите с трансплантация (100 %), следвани от тези на хемодиализа (82.6 %) (Фиг. 49).

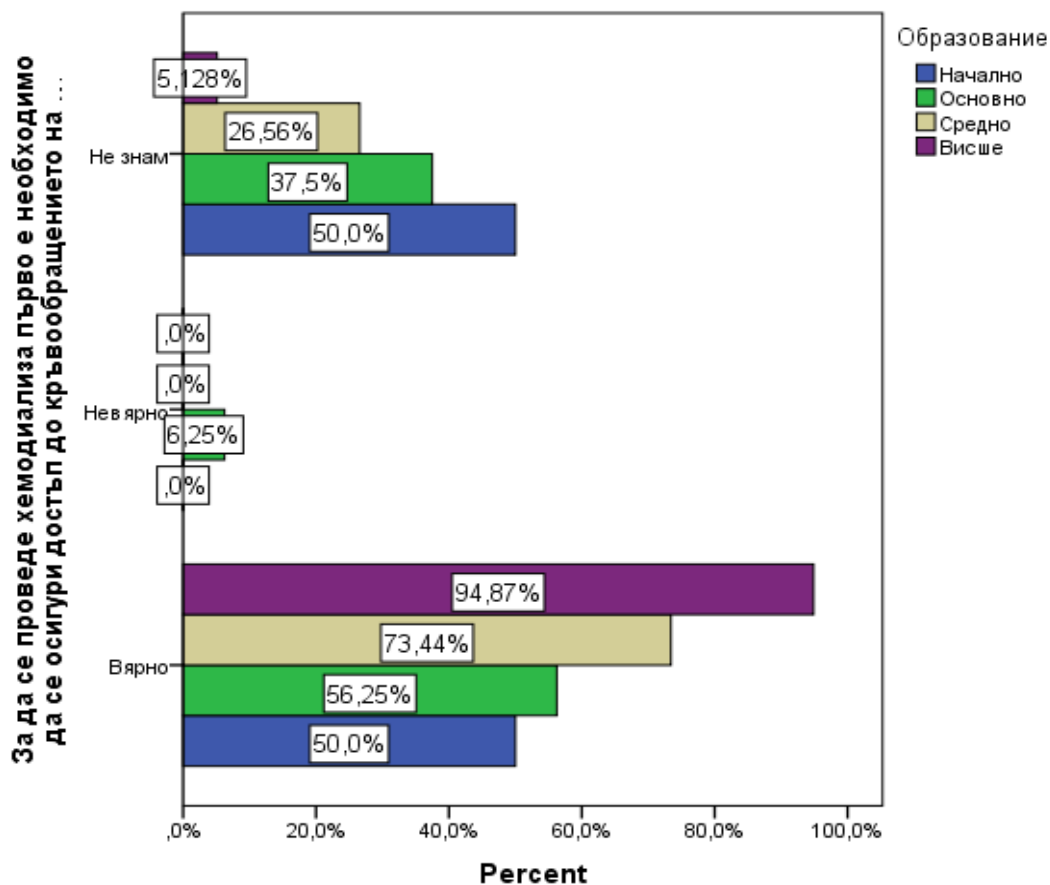
От друга страна се установи, че по-високата образователна степен корелира с по-добра информираност по изследвания проблем (Фиг. 50). Лицата с висше образование са най-информирани (94.87 %).



Фиг. 48.



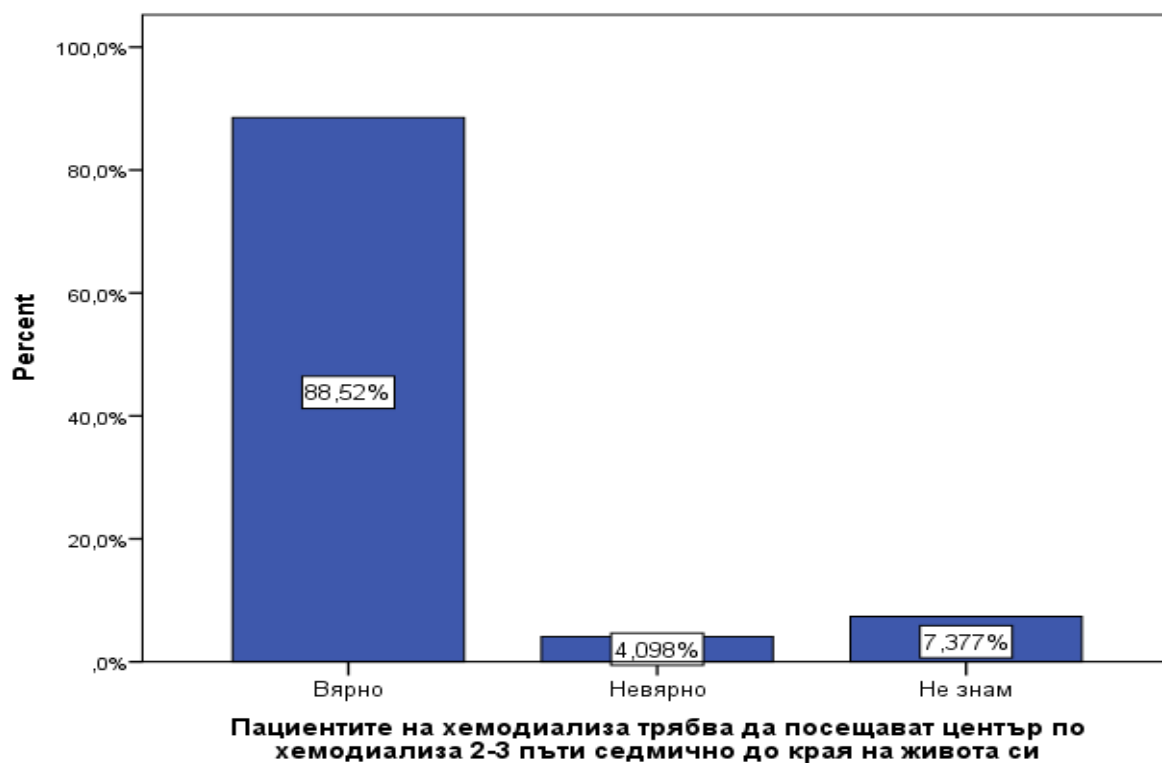
Фиг. 49. За да се проведе хемодиализа първо е необходимо да се осигури достъп до кръвообращението на пациента според изследваната група



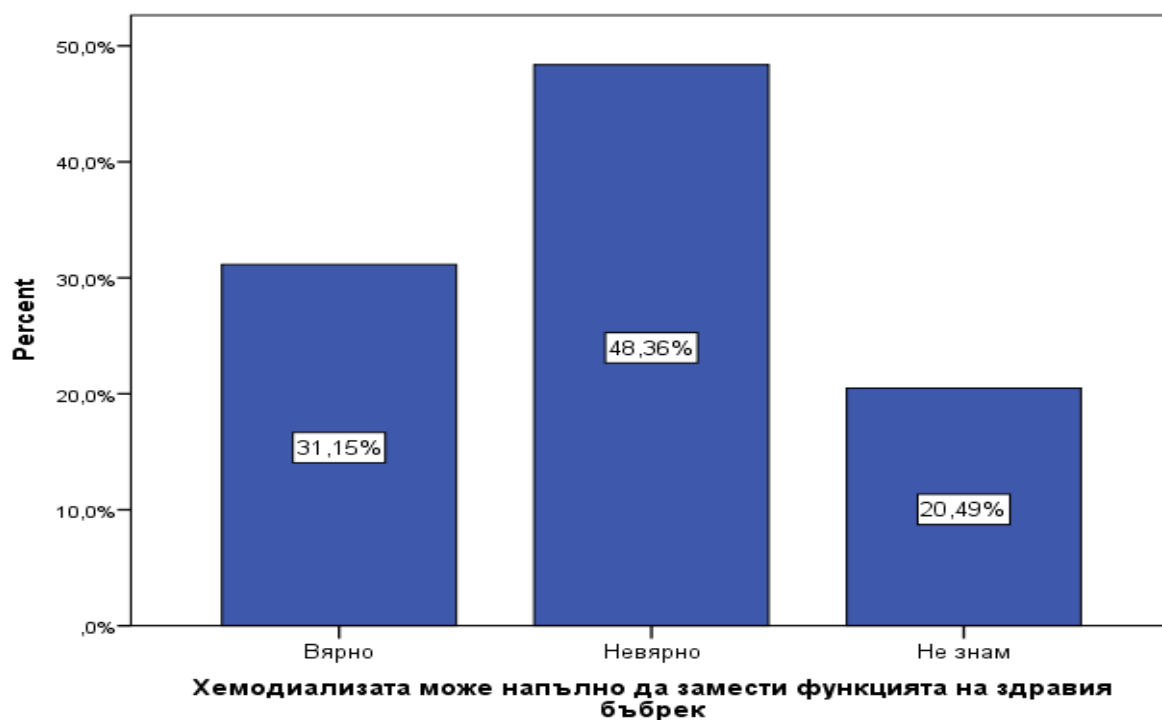
Фиг. 50. За да се проведе хемодиализа първо е необходимо да се осигури достъп до кръвообращението на пациента според образователната степен

Според 88.5 % от анкетираните пациентите на хемодиализа трябва да посещават център по хемодиализа 2-3 пъти седмично до края на живота си, като не се установява разлика според пола, образователната степен и изследваната група (Фиг. 51).

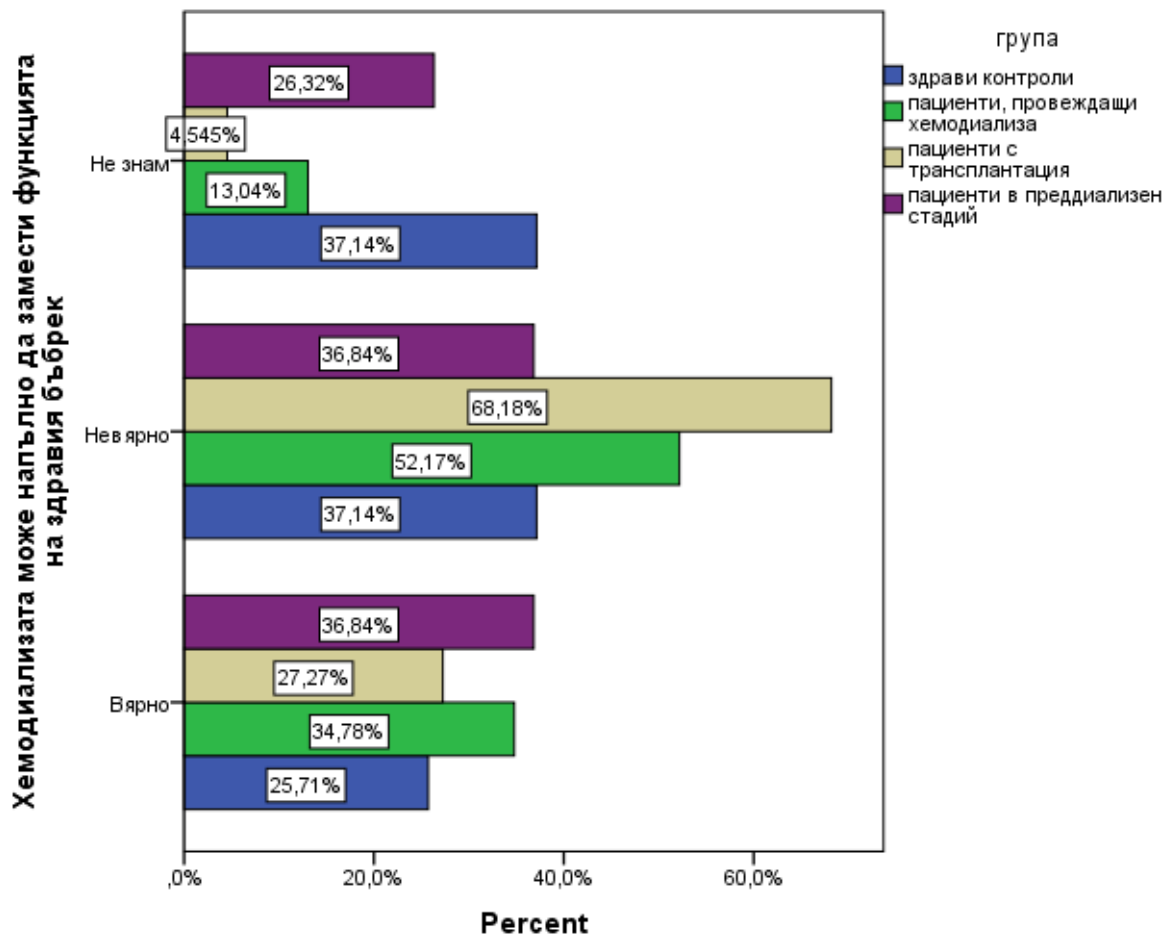
По-малко от половината (48.4 %) от изследваните лица са информирани, че хемодиализата не замества напълно функцията на здравия бъбрек (Фиг. 52). По този въпрос се установи съществена разлика между мнението на лицата в изследваните групи ($p=0.040$), като най-информирани са пациентите с трансплантация (68.2 %), а най-малко информирани са пациентите с преддиализния стадий (36.8 %) и здравите контроли (37.1 %) (Фиг. 53).



Фиг. 51.



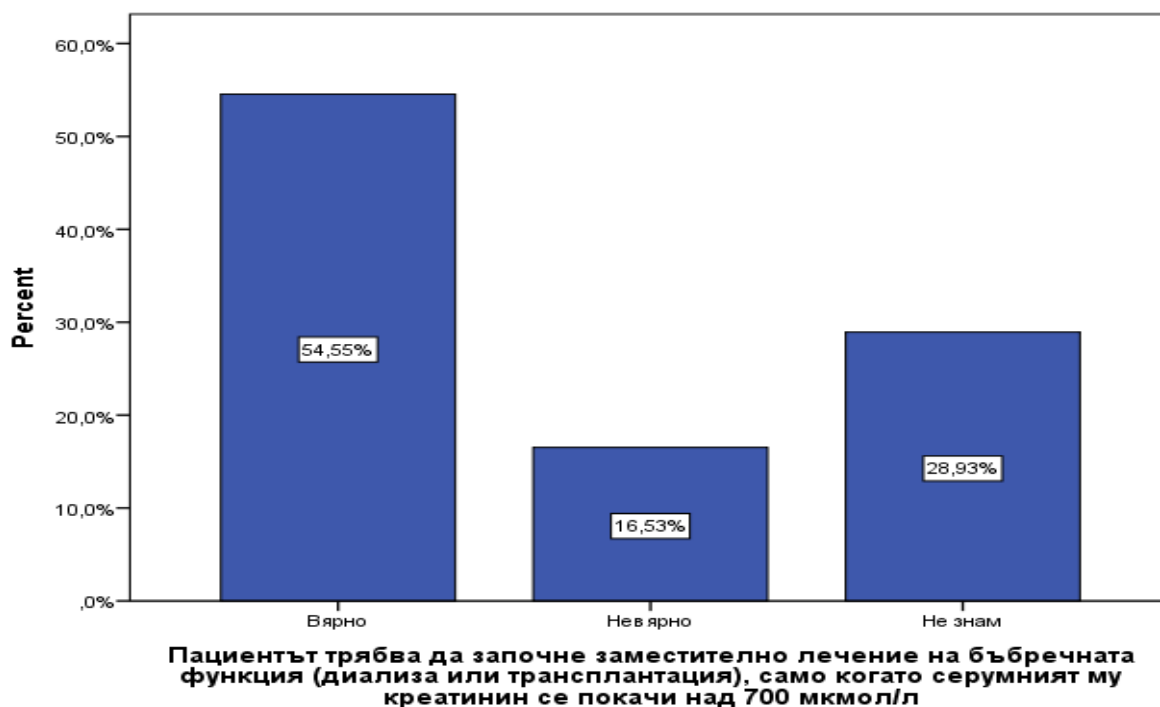
Фиг. 52.



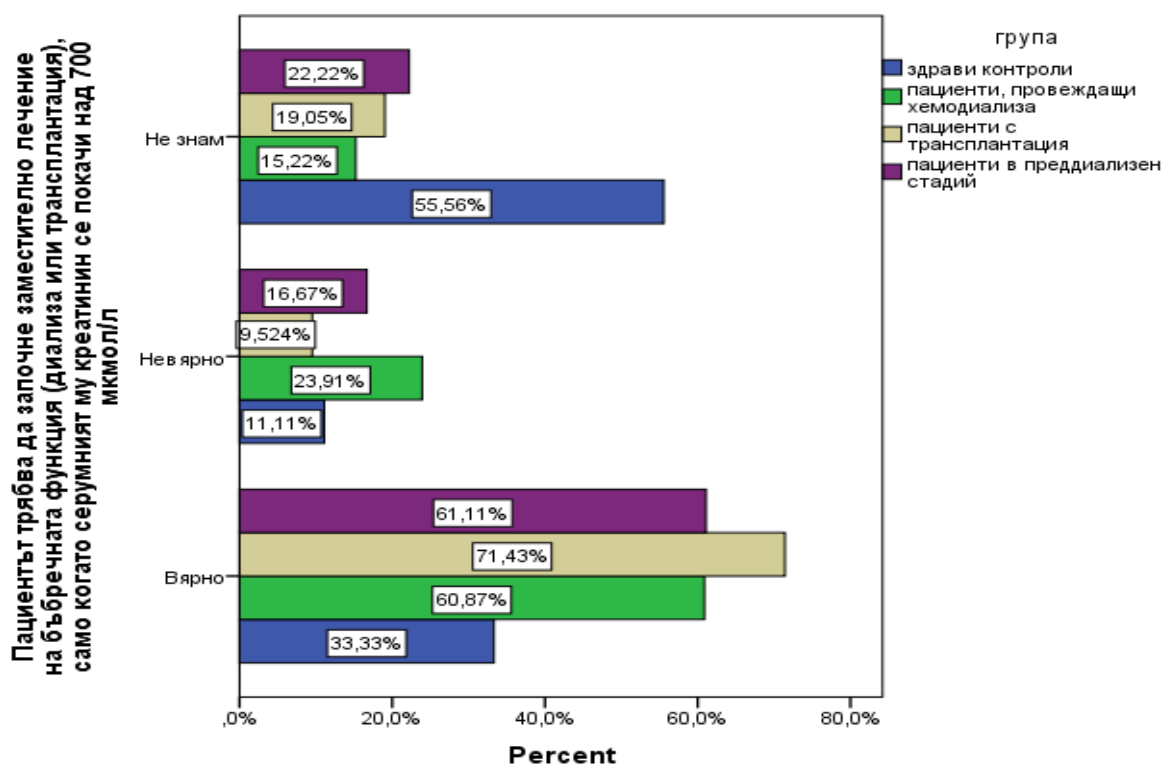
Фиг. 53. Хемодиализата може напълно да замести функцията на здравия бъбрек според изследваната група

Относно началото на заместителното лечение се установи, че анкетираните лица са основно неинформирани (Фиг. 54), като само 16.4 % са наясно, че началото на лечението не е свързано само с покачване на серумния креатинин.

Установена е съществена разлика в информираността на пациентите по този въпрос според изследваните групи ($p=0.003$), както и слаба, клоняща към умерен зависимост ($r=0.282$; $p=0.002$), която показва, че информираността на лицата е корелираща с вида на провежданата терапия (Фиг. 55).

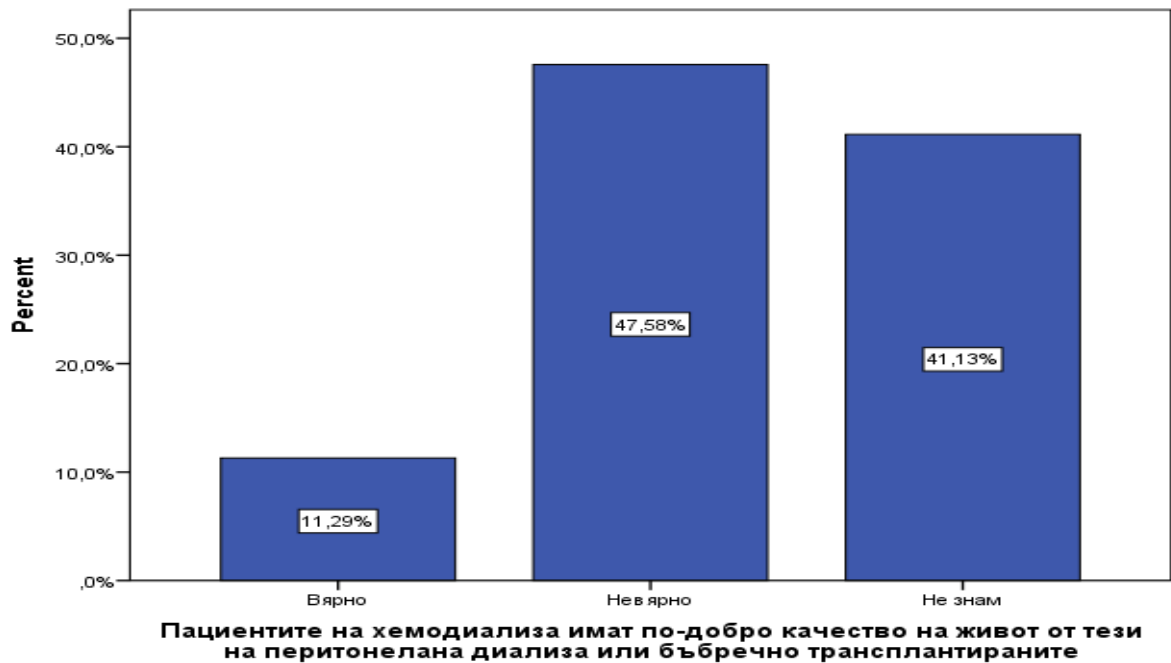


Фиг. 54.

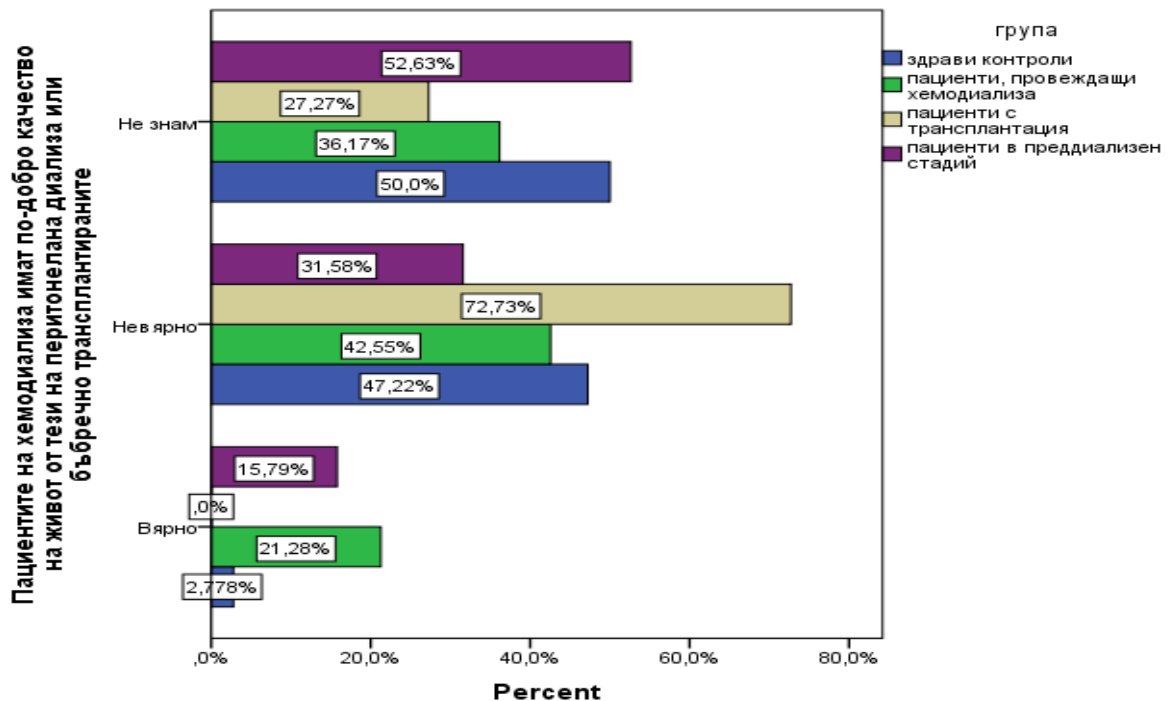


Фиг. 55. Пациентът трябва да започне заместително лечение на бъбречната функция (диализа или трансплантация), само когато серумният му креатинин се покачи над 700 мкмол/л според изследваната група

Малко по-малко от половината изследвани лица (47.6 %) са на мнение, че не е вярно, че пациентите на хемодиализа имат по-добро качество на живот от тези на перитонеалната диализа или бъбречно трансплантираните (Фиг. 56).

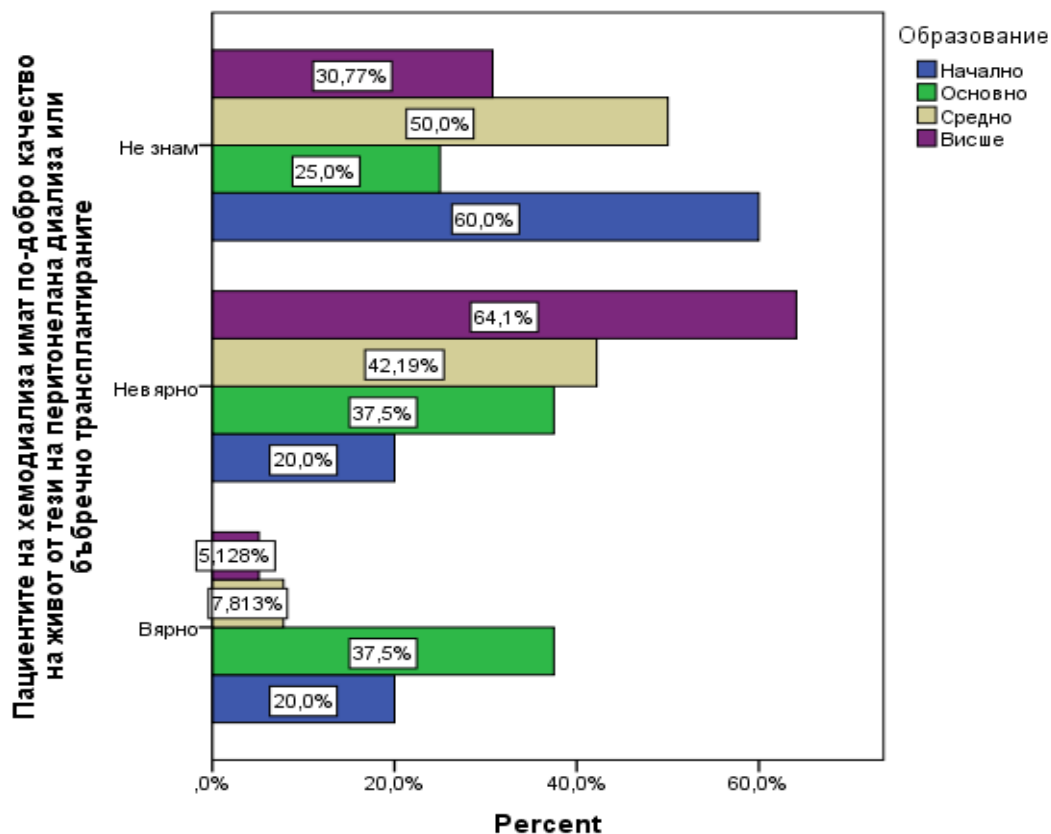


Фиг. 56.



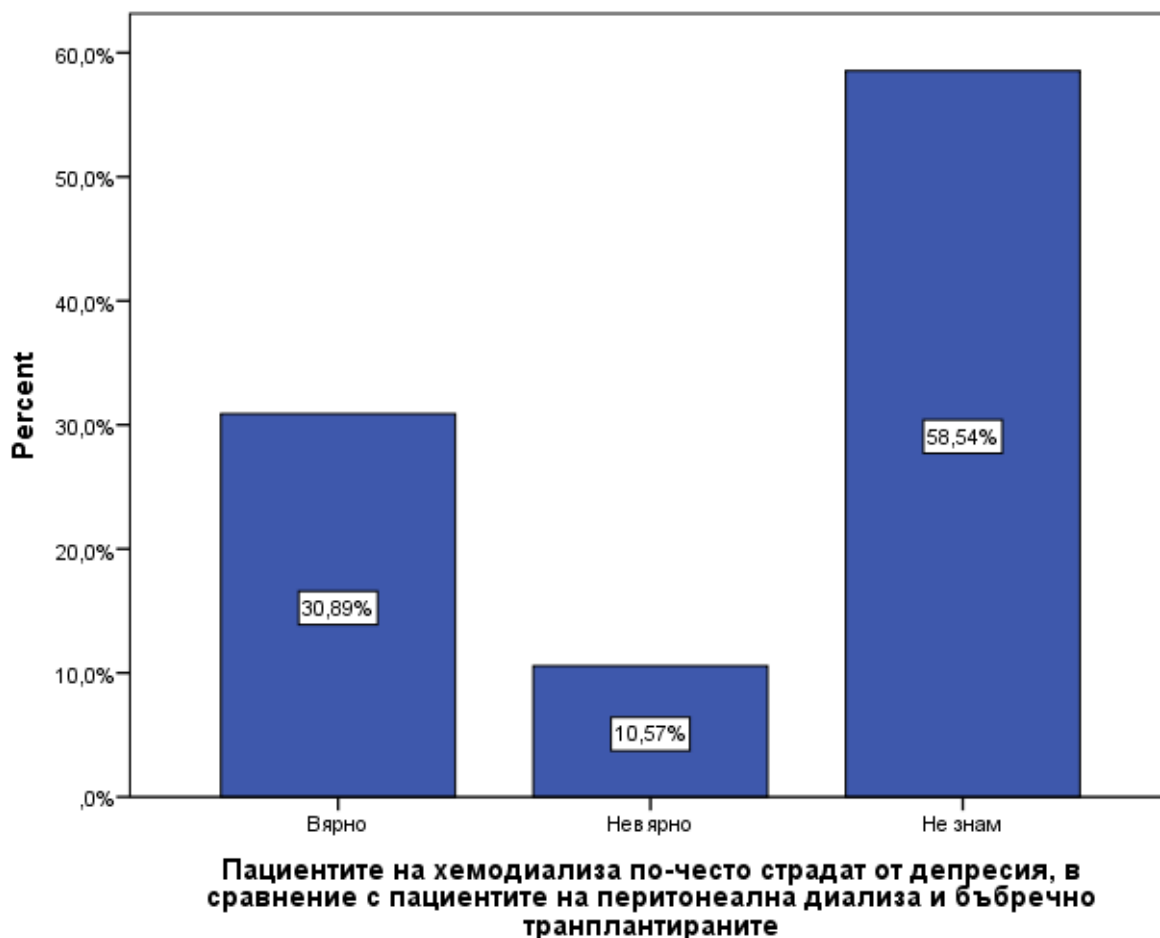
Фиг. 57. Пациентите на хемодиализа имат по-добро качество на живот от тези на перитонеална диализа или бъбречно трансплантираните според изследваната група

Установи се съществена разлика в мнението на изследваните лица за качеството на живот при пациентите провеждащи хемодиализа според изследваните групи ($p=0.013$) и образователната степен ($p=0.003$). Като най-информирани са пациентите с трансплантация (72.7 %) (Фиг. 57) и тези с висше образование (64.1 %) (Фиг. 58).



Фиг. 58. Пациентите на хемодиализа имат по-добро качество на живот от тези на перитонеална диализа или бъбречно трансплантираните според образователната степен

Само 30.9 % от пациентите са запознати, че пациентите на хемодиализа по-често страдат от депресия в сравнение с пациентите на перитонеална диализа и бъбречно трансплантираните. Над половината не са запознати с този ефект на заместителното лечение (Фиг. 59). Не се установява разлика в информираността на изследваните лица според пола, образователната степен и изследваната група.

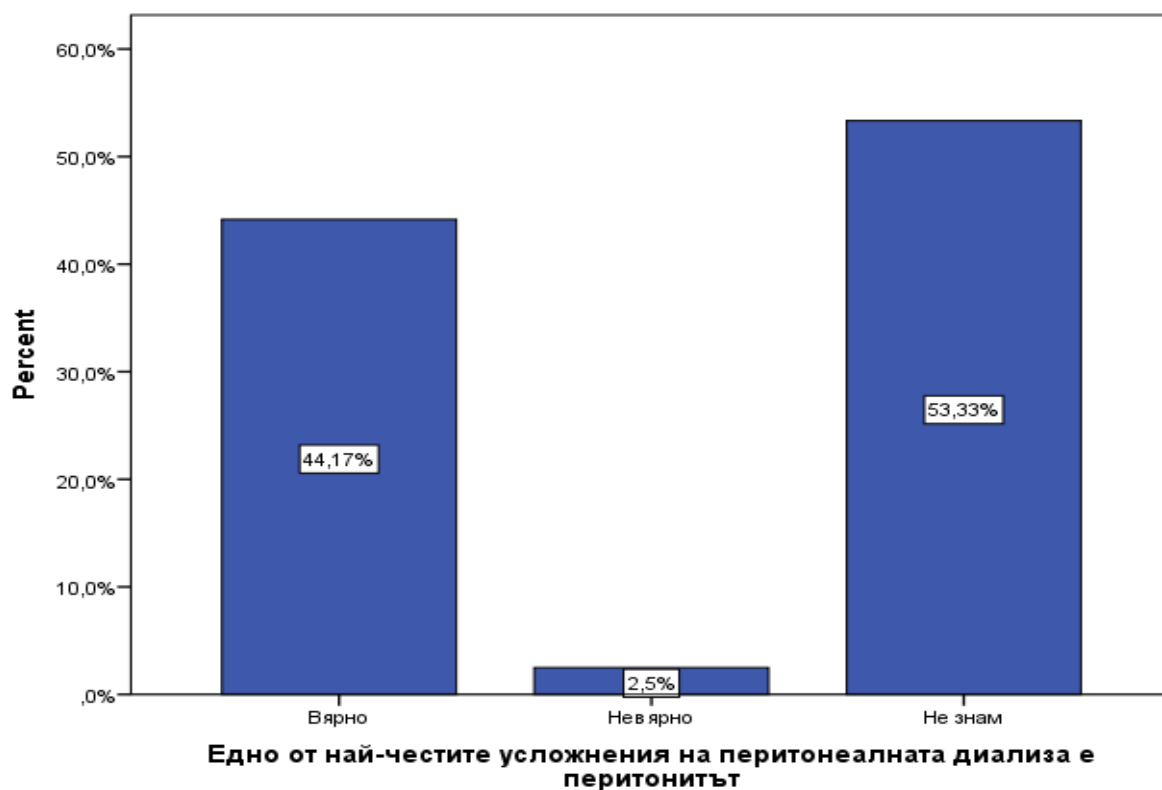


Фиг. 59.

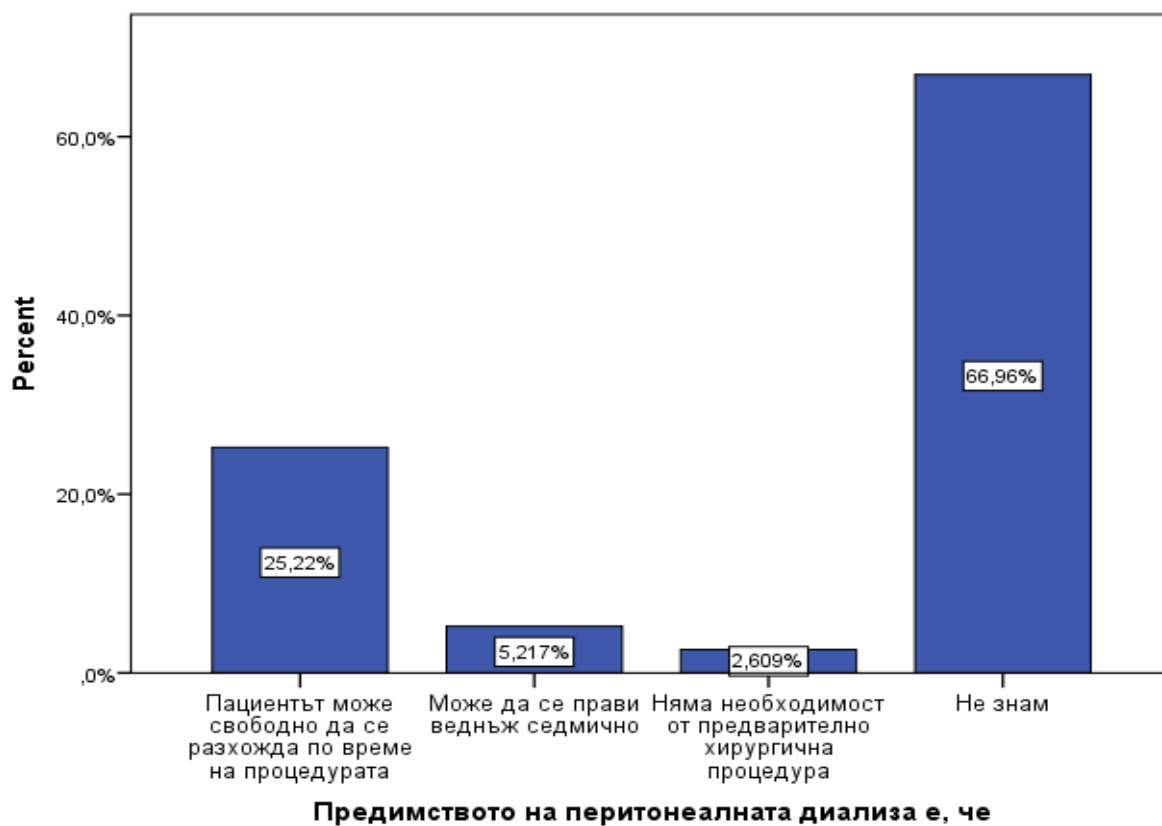
4.4. Оценка нивото на информираност за перитонеалната диализа като метод на заместително лечение

По-малко от половината анкетирани са информирани, че едно от най-честите усложнения на перитонеалната диализа е перитонитът (44.2 %) (Фиг. 60). Не се установява разлика в информираността по този въпрос според пола, образователната степен и изследваната група.

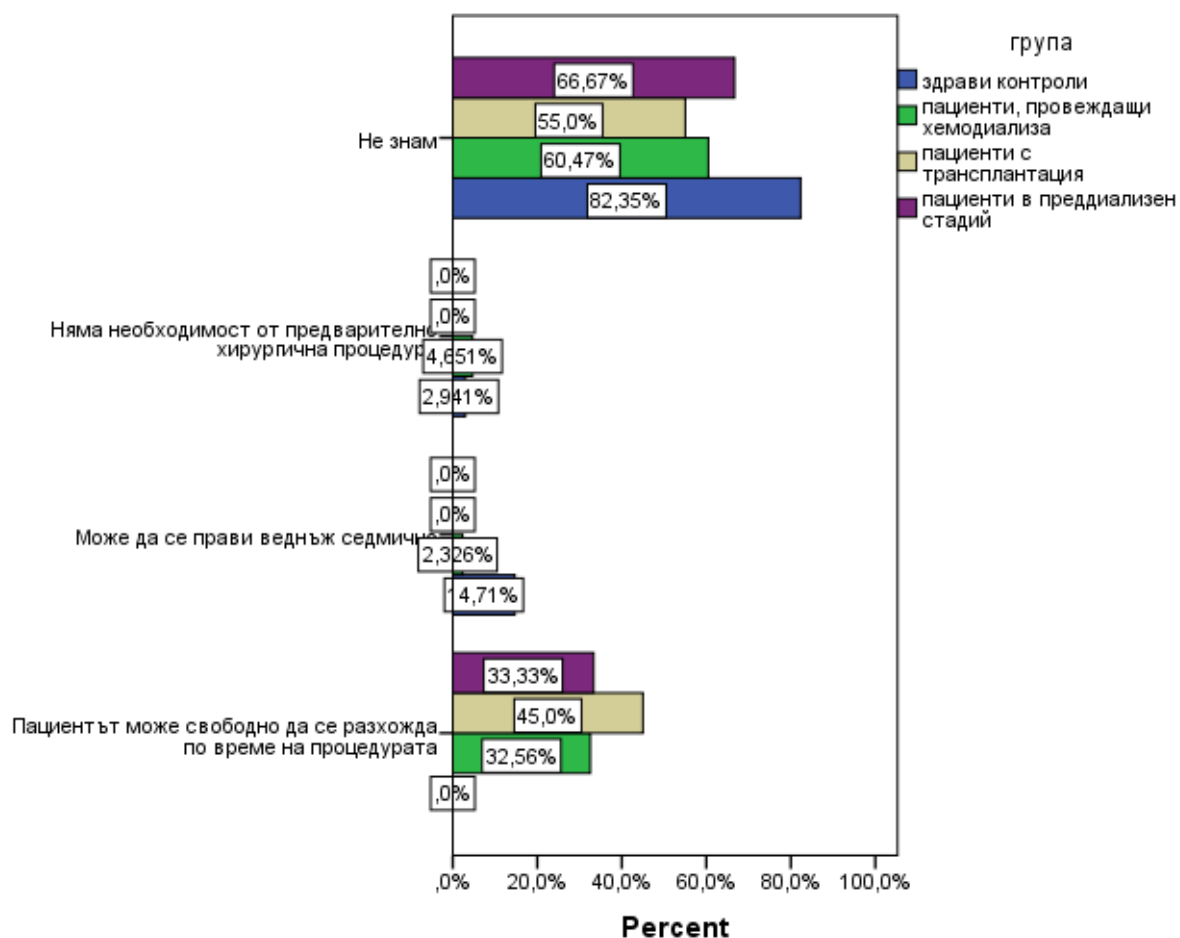
Над 2/3 (67.0 %) от изследваните лица не са запознати с предимствата на перитонеалната диализа (Фиг. 61). Установена е съществена разлика в информираността според изследваната група ($p=0.003$) (Фиг. 62).



Фиг. 60.

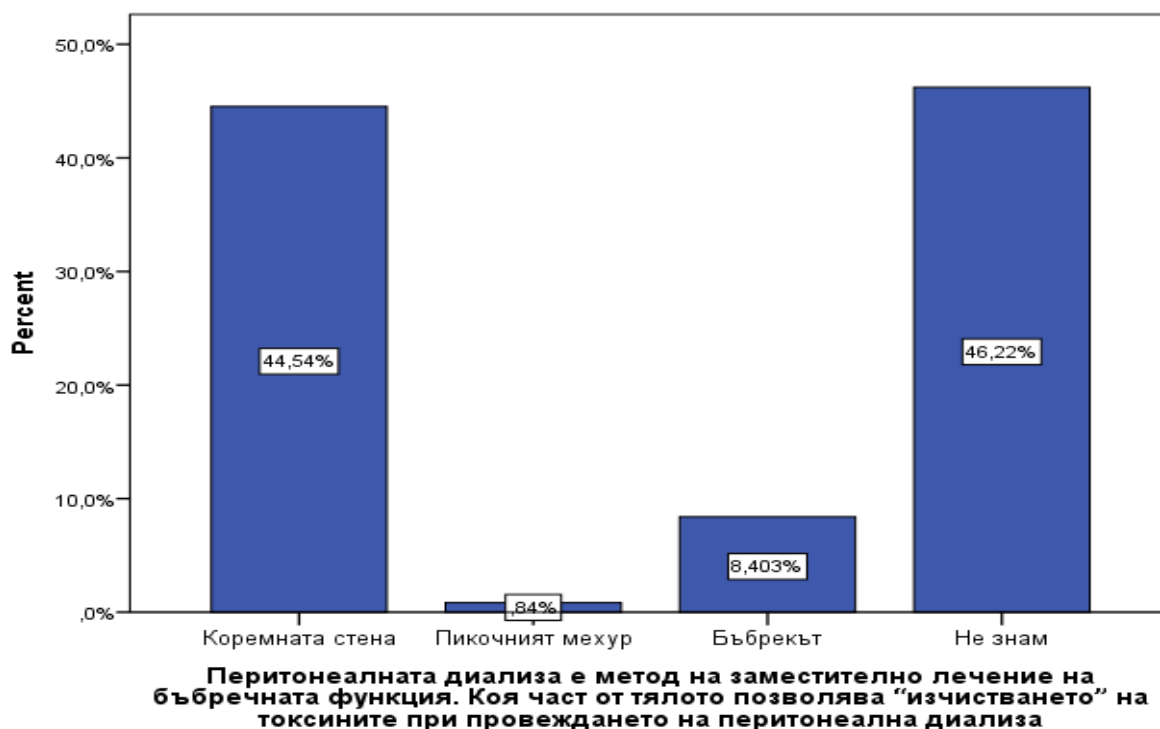


Фиг. 61.

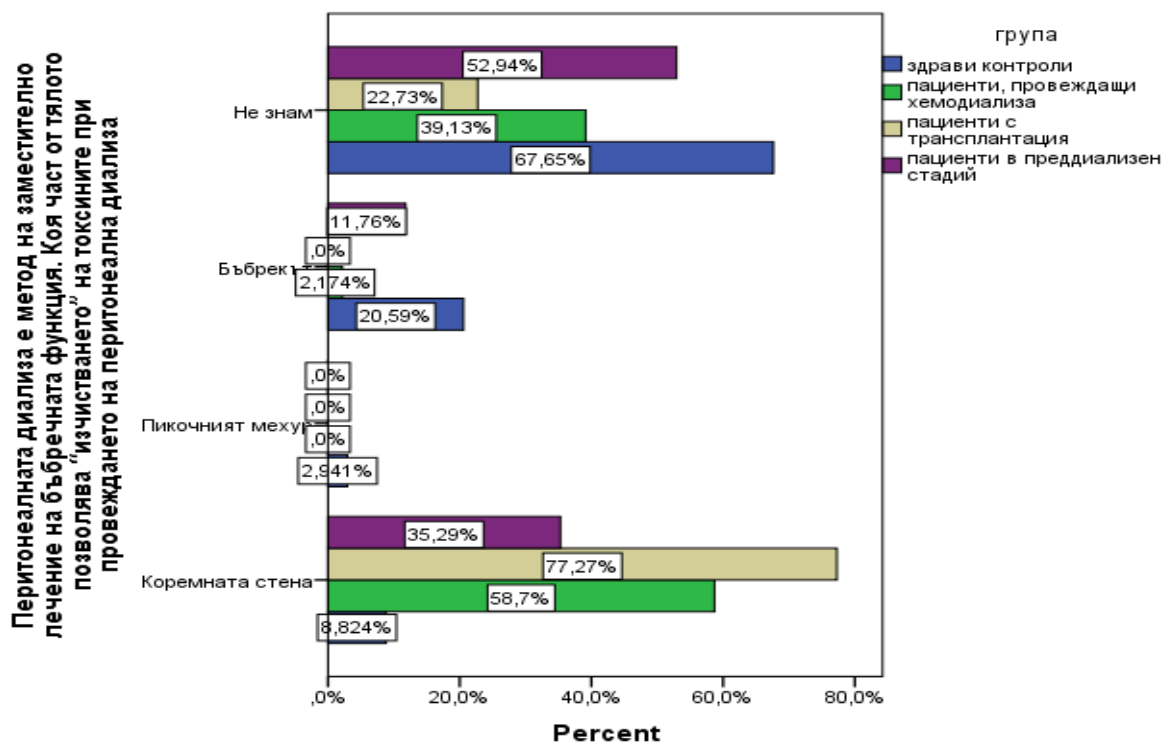


Фиг. 62. Предимството на перитонеалната диализа е, че:... според изследваната група

По-малко от половината анкетирани са запознати, че перитонеалната диализа е метод за „изчистване“ на токсините през коремната стена (44.5 %) (Фиг. 63). Като се установява съществена разлика според изследваната група ($p < 0.001$). Беше намерена и слаба клоняща към умерена зависимост между двата показателя ($r = 0.281$; $p = 0.002$) (Фиг. 64). Не се установи съществена разлика според пола и образователната степен.

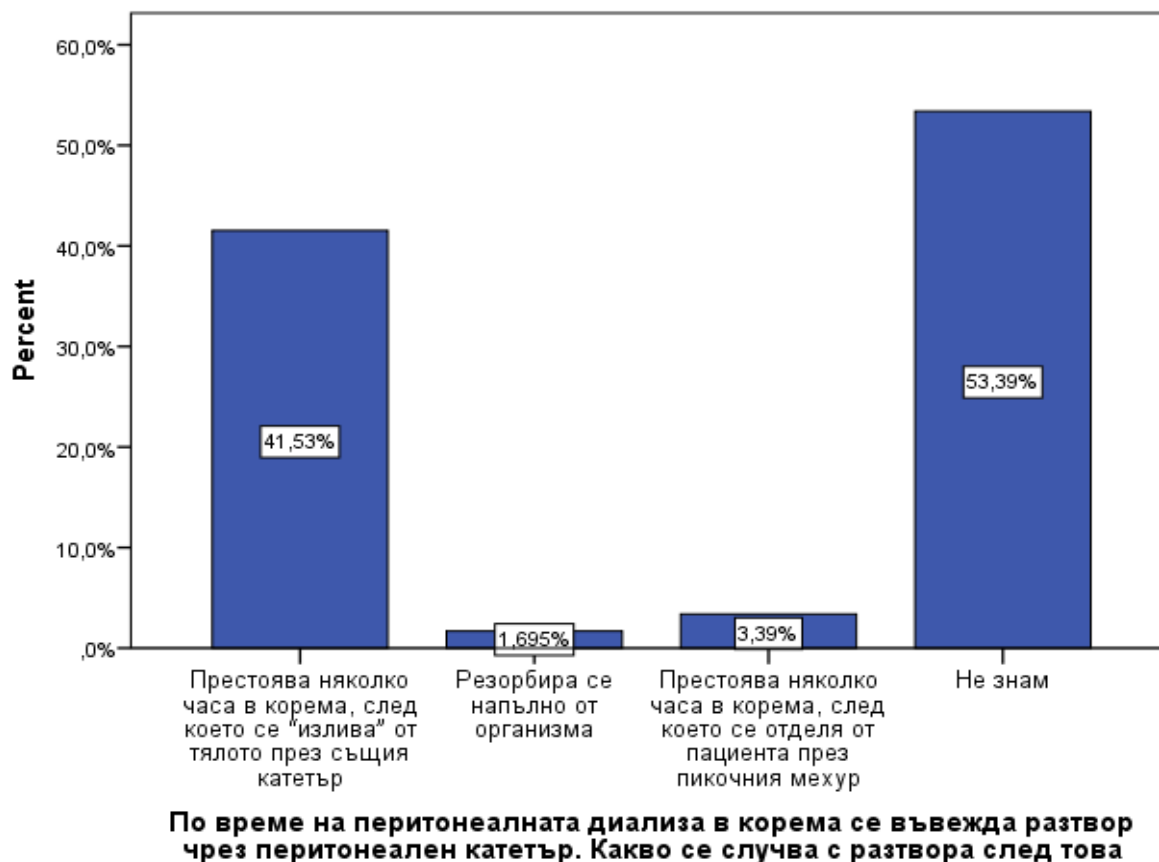


Фиг. 63.



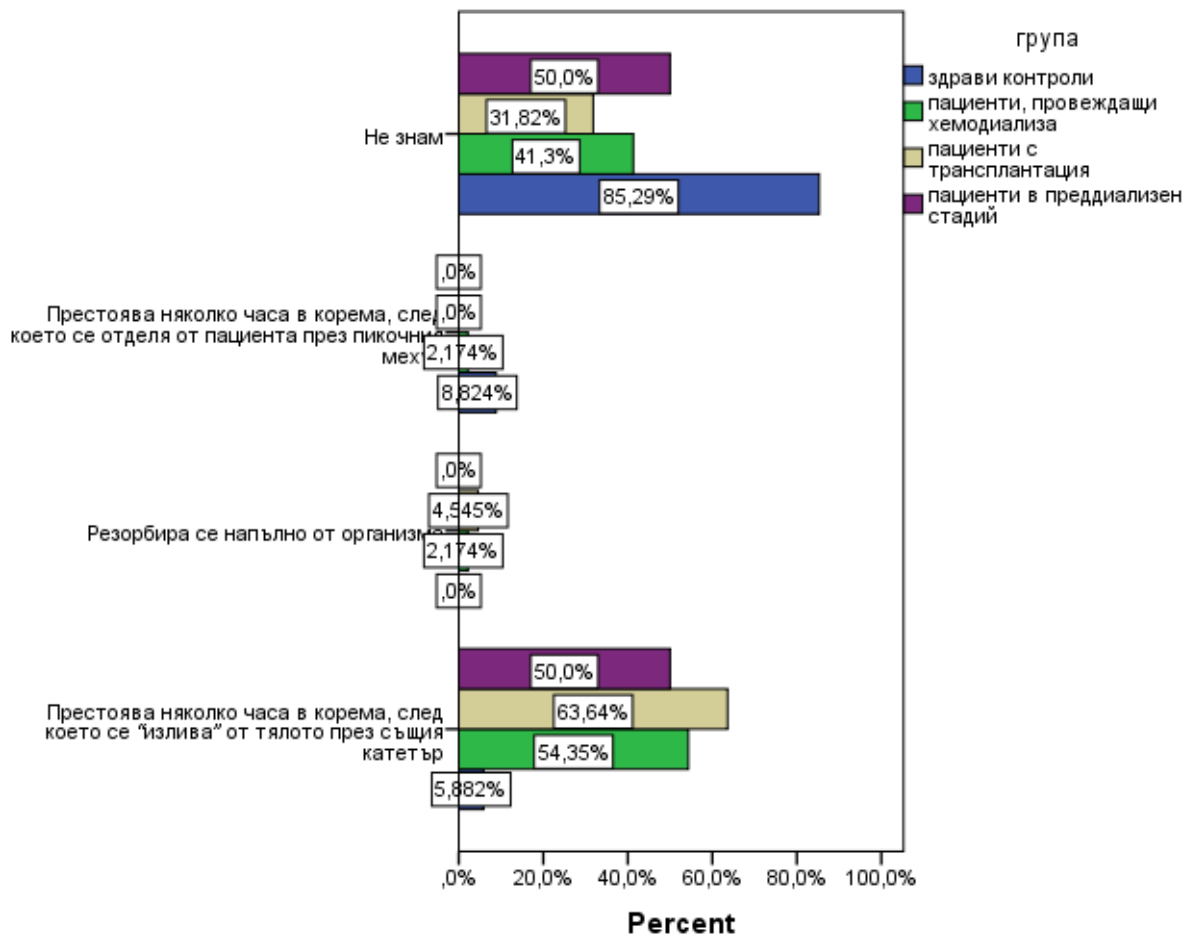
Фиг. 64. Перитонеалната диализа е метод на заместително лечение на бъбречната функция. Коя част от тялото позволява "изчистването" на токсините при провеждането на перитонеална диализа според изследваната група

Половината от изследваните лица не са запознати с процедурата на перитонеалната диализа (53.4 %) (Фиг. 65).



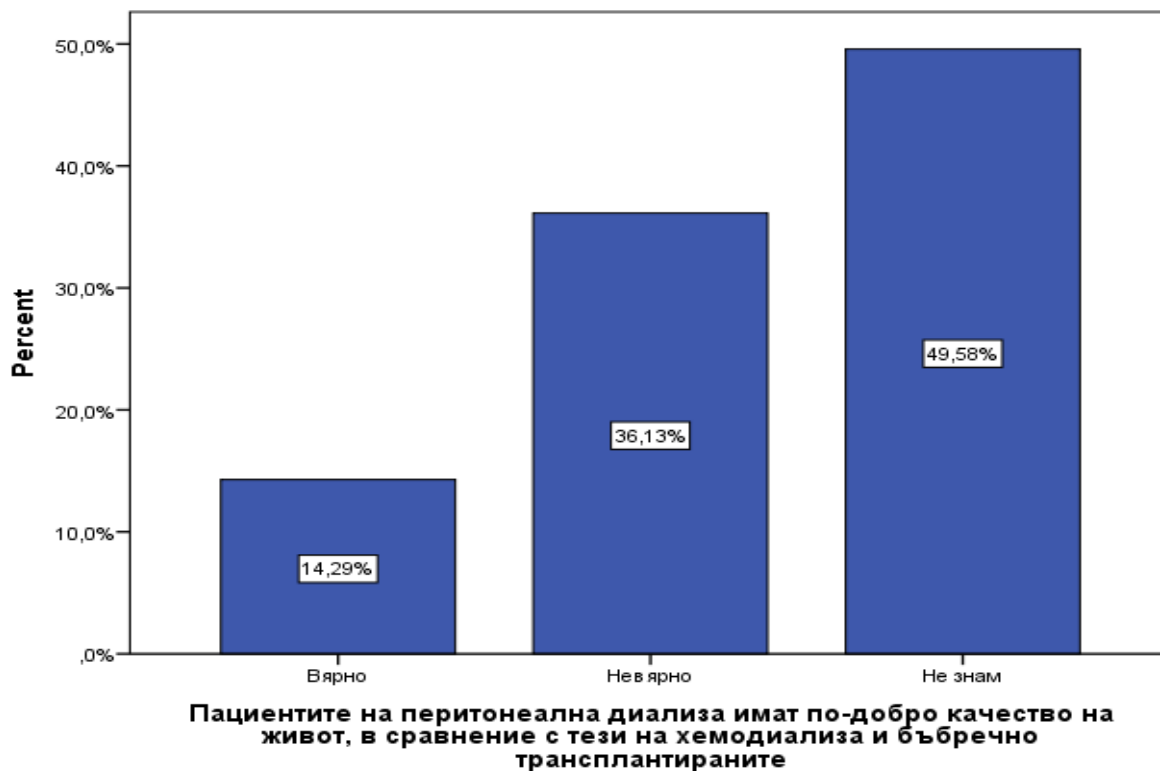
Фиг. 65.

Установи се съществена разлика в информираността на изследваните лица за същността на процедурата за провеждане на перитонеална диализа ($p < 0.001$), както и умерена зависимост ($r = 0.362$; $p < 0.001$) (Фиг. 66). Най-информирани са пациентите с трансплантация (63.6 %), следвани от тези, които провеждат хемодиализа (54.4 %).

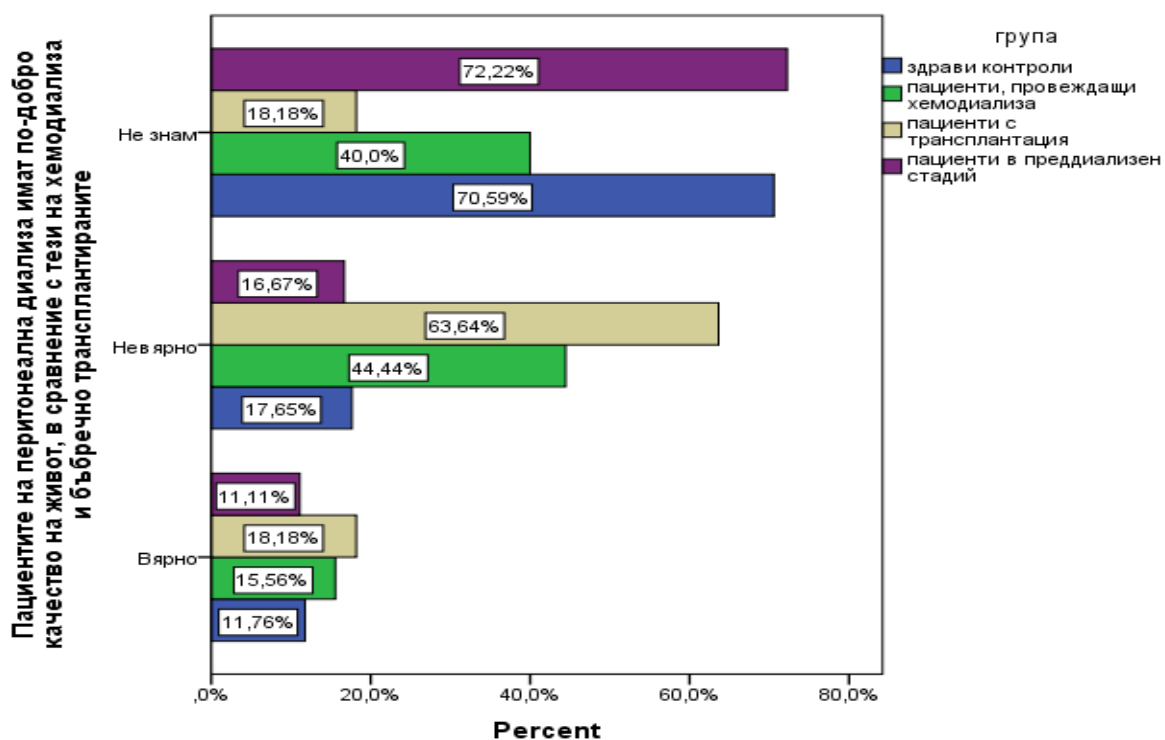


Фиг. 66. По време на перитонеалната диализа в корема се въвежда разтвор чрез перитонеален катетър. Какво се случва с разтвора след това?

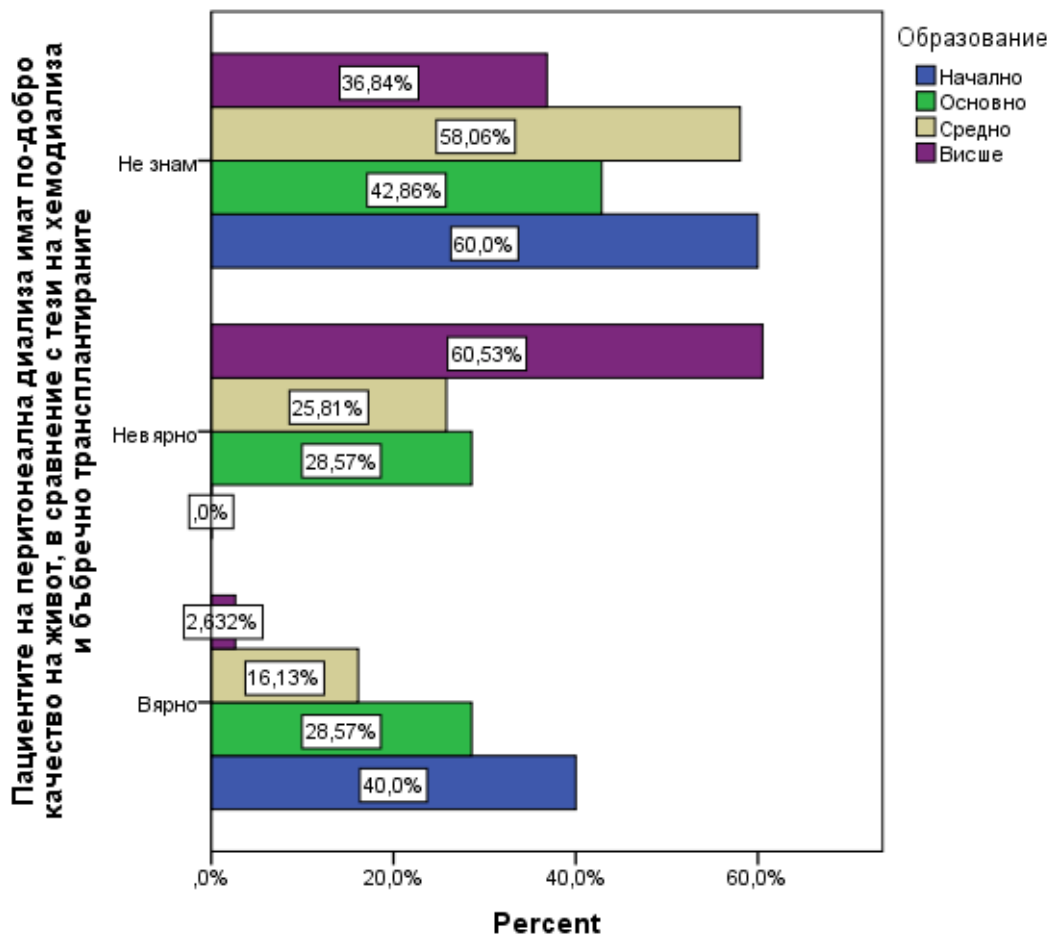
Над 1/3 (36.1 %) са на мнение, че пациентите на перитонеална диализа нямат по-добро качество на живот, в сравнение с тези на хемодиализа и бъбречно трансплантираните (Фиг. 67). Установена е съществена разлика между мненията на изследваните лица за качеството на живот при пациентите, провеждащи перитонеална диализа ($p=0.002$) (Фиг. 68). Най-голям относителен дял на лицата с негативно мнение е този на пациентите с трансплантация (63.6 %). Друга съществена разлика, която беше установена в мненията за качеството на живот е по отношение на образователната степен ($p=0.002$), като лицата с висше образование имат най-висок дял на негативните отговори (60.5 %) (Фиг. 69).



Фиг. 67.

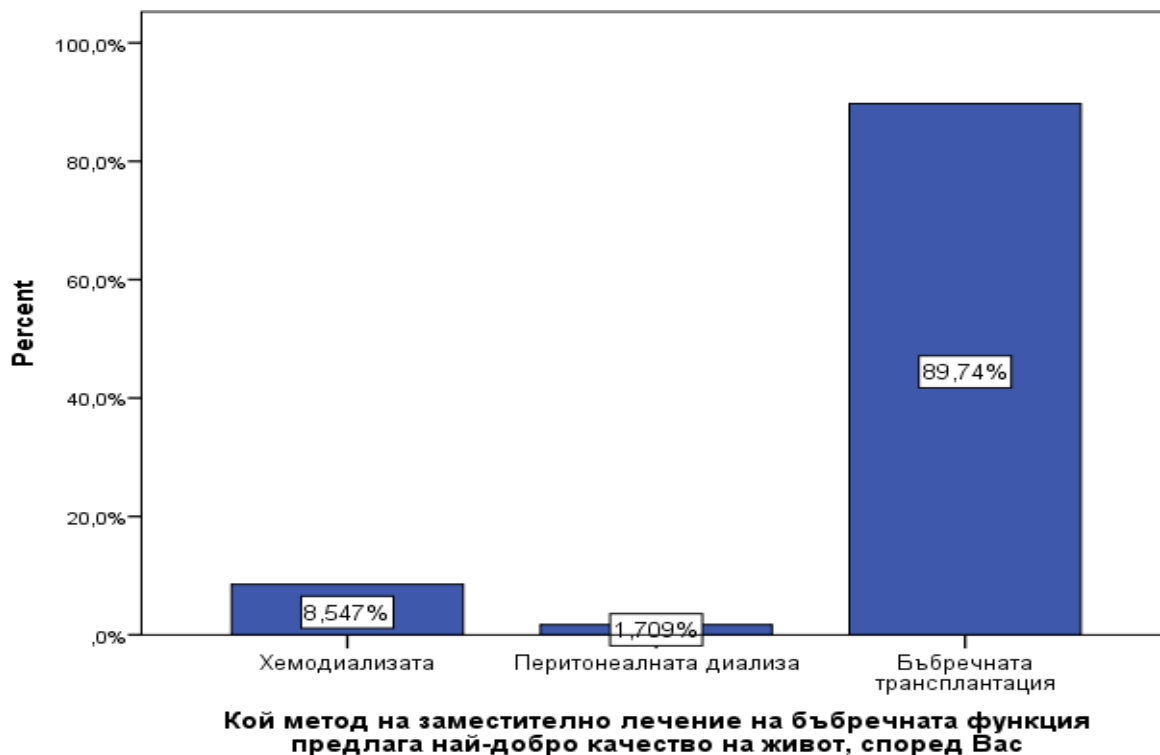


Фиг. 68. Пациентите на перитонеална диализа имат по-добро качество на живот, в сравнение с тези на хемодиализа и бъбречно трансплантираните според изследваните групи

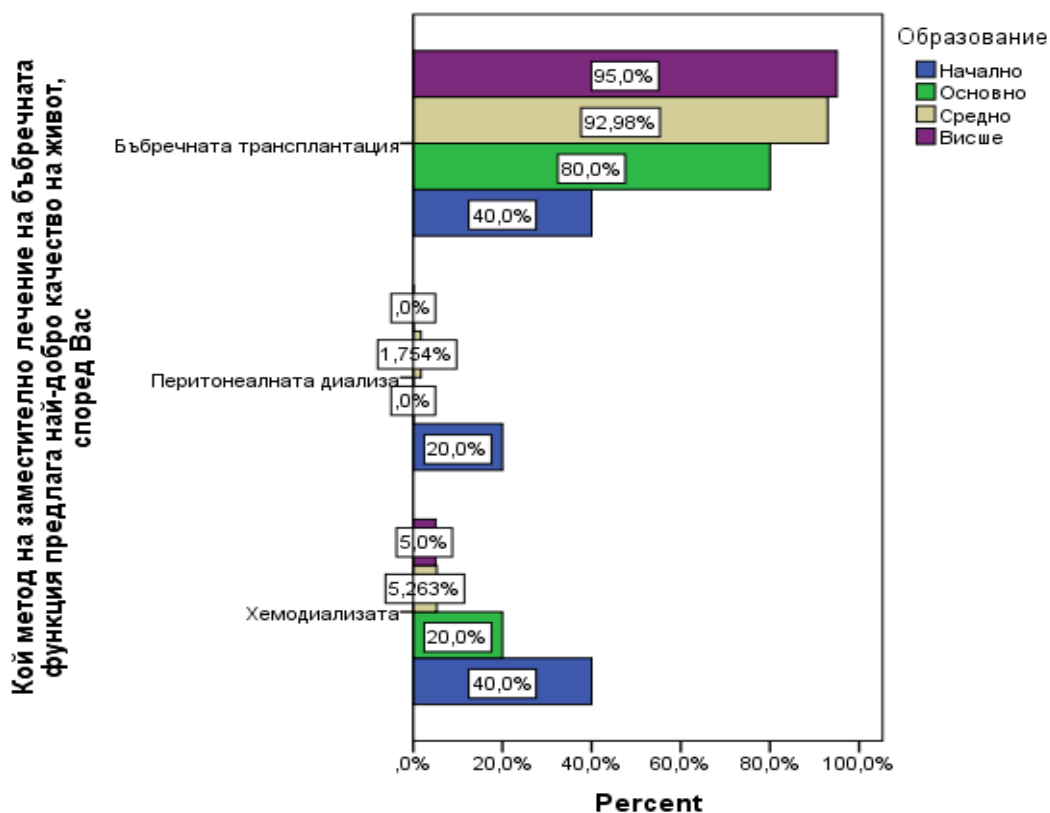


Фиг. 69. Пациентите на перитонеална диализа имат по-добро качество на живот, в сравнение с тези на хемодиализа и бъбречно трансплантираните според образователната степен

Значителната част от изследваните лица са на мнение, че бъбречната трансплантация е най-добрият метод на заместително лечение на бъбречната функция, която предлага най-добро качество на живот (89.7 %) (Фиг. 70). Впечатление прави, че не се установява разлика в мнението на изследваните лица според групата към която принадлежат, но се установява разлика в тяхното мнение по отношение на образователната степен ($p=0.002$), като беше намерена и слаба зависимост между двата показателя ($r=0.242$; $p=0.008$).



Фиг. 70.



Фиг. 71. Кой метод на заместително лечение на бъбречната функция предлага най-добро качество на живот според образователната степен

ОБСЪЖДАНЕ

Пациентите с бъбречни заболявания, без значение дали се проследяват в амбулаторни условия, към хемодиализни центрове или регулярно провеждат болнични визити при нефролога, притежават различно ниво на здравна култура и информираност по отношение на трансплантацията. Първата стъпка в настоящото проучване е да се създаде надежден и обективен инструмент, който да е в състояние точно да измери здравната информираност сред селектираната популация.

Използваните ресурси за проучване и създаване на работещ модел включват идеи, учебници и помагала, видео материали и брошури, които могат да бъдат използвани от практиките за първична и вторична медицинска помощ, и биха могли да намалят изискванията за здравна грамотност на своите пациенти. Като информационни бази данни бяха прегледани интернет търсачки като *Google scholar*, *Research Gate*, *PubMed* с използването на ключови думи като „здравна култура“, „информираност“, „обучение на пациенти“, „бъбречна трансплантация“. При търсенето се наблягаше да се идентифицират материалите за здравно образование, свързани със специфичните особености на изследвания в този труд проблем, а не цялостно оценяване на здравната култура, тъй като това е извън обхвата на този инструментариум, за разлика от други сродни проучвания целящи определяне нивото на общата здравна култура на населението (DeWalt et al, 2010), (Baur, C. et al 2011).

На база проведеня анализ се определи модела, който е най-подходящ за настоящия изследователски труд - *The Rotterdam Renal Replacement Knowledge-Test (R3K-T)* (Ismail S.Y et al 2011). С оглед провеждането на коректно валидиране се изчисли и коефициентът за надеждност *Cronbach'α* на всяка една от петте части от разработената анкета.

Установи се, че надеждността на модифицирания въпросник по отношение на общите въпроси за ХБЗ е по-голяма в сравнение с тази на разработения от Ismail S.Y и колектив оригинален въпросник (съответно *Cronbach'α* = 0.673 за собственото изследване и *Cronbach'α* = 0.37 за R3K-T).

В частта с въпросите оценяващи информираността за бъбречната трансплантация надеждността на двата въпросника се доближава, като в собственото изследване коефициентът е малко по-нисък (съответно *Cronbach'α* = 0.824 за собственото изследване и *Cronbach'α* = 0.86 за R3K-T).

Надеждността на използваните въпроси в частта, изследваща информираността на пациентите относно хемодиализата в настоящото изследване е по-висока в сравнение с тази на R3K-T (съответно *Cronbach'α* = 0.593 за собственото изследване и *Cronbach'α* = 0.41 за R3K-T).

От друга страна надеждността по отношение на изследването на информираността на пациентите за перитонеалната диализа и в двата въпросника е една и съща.

По отношение на въпросите, изследващи качеството на живот и при двата въпросника надеждността е ниска, като модифицираният въпросник се характеризира с

по-ниска надеждност (съответно Cronbach'α = 0.404 за собственото изследване и Cronbach'α = 0.59 за R3K-T). Това може да се обясни с факта, че оценката на качеството на живот е всеобхватна област за която се използват специално разработени въпросници. От друга страна резултатите са достатъчно достоверни, за да дадат необходимата информация на изследователите как пациентите, въз основа на цялостната база от информация и познания която имат, оценяват качеството на живот.

Обобщение нивото на информираност на респондентите

Световната епидемия от бъбречни заболявания реципрочно продължава да расте успоредно с хронични състояния като диабет, хипертония и затлъстяване (Szczech LA, et al. 2009). Като обобщение от настоящото проучване прави впечатление, че по-голямата част от анкетираните лица (81.5 %) правят връзка между увеличаващия се процент на хроничните неинфекциозни заболявания (като захарен диабет) и нарастването риска за развитие на бъбречна увреда (най-голям процент от правилно отговорилите са хората с по-висок образователен ценз ($p=0.027$). В сродно проучване на Benjamin O. et al от 2021 се потвърждава тази теза. Според Oguma Y et al. (2004) и в последствие Löllgen H et al. (2009) по-високата честота на правилно отговорилите вероятно се дължи и на факта, че захарният диабет се ползва с по-широко обществено внимание и повече информационни кампании, което кара хората да го възприемат за рисков фактор и за други заболявания.

Въпреки това благоприятно явление като цяло здравната информираност на респондентите по отношение на хроничното бъбречно заболяване остава ниска. На база получените данни от проведения статистически анализ се установи, че анкетираните имат ниски познания за ключови симптоми и синдроми при изявата на бъбречните заболявания. Докато мнозинството разбират взаимовръзката между системната употреба на сол и развитието на ХБЗ, то други също толкова съществени фактори като затлъстяване, тютюнопушене и системния прием на обезболяващи медикаменти и алкохол остават неясни за близо от 1/3 от отговорилите. В сродно проучване Василевски и колектив (2010) установяват, че 23,2% от населението употребява редовно алкохол, а 13,8% консумират всеки ден, като този процент от хора не свързват тези вредни навици с повишаване честотата на хронично бъбречно заболяване.

Интересно наблюдение представлява фактът, че 1/3 от анкетираните свързват бъбречните заболявания единствено с наличието на болка. Процентът на незнаещите е главно при здравите контроли, но прави впечатление, че се среща и при пациентите на диализа (27%) и при близо 30% от пациентите в преддиализен стадий, което говори за сериозно неразбиране на собственото заболяване. Такава закономерност е открита и при проучване на Takure, A. O и колектив (2016) сред популация от пациенти на хемодиализа в Нигерия, явление което не е установено от Ismail S.Y et al 2011 при разработването на R3K-T в Норвегия. Това би обяснило и защо бъбречните заболявания се свързват предимно с бъбречно-каменна болест или бъбречната криза. Що се отнася до тази част от анкетираните хемодиализни пациенти, отговорили положително на този въпрос, след

допълнително проучване се установи, че причината довела до ТБЗ на тези лица, е била именно БКБ и хроничен тубуло-интерстициален нефрит, което може да обясни асоциацията им.

Сходно е и убеждението, касаещо протеинурията като нормално явление (наличието на „пяна“ в отделената урина). 60% от здравите контроли не знаят отговорът на този въпрос, а отново над 20% от пациентите на диализа смятат това явление за нормално.

Друга находка е, че само 68.8 % от анкетирания потвърждават, че бъбреците поддържат нормално ниво на хемоглобина, като се установява съществена разлика в мнението на пациентите според изследваните групи ($p=0.045$). Пациентите с трансплантация са най-информирани за функцията на бъбреците, докато в групата на пациентите, които не знаят тази информация, най-голям относителен дял имат здравите контроли. Прави впечатление, че дори от групата на диализните пациенти, провеждащи хемодиализно лечение, само 56,7% разбират взаимовръзката между анемия и ESRD (въпреки, че всички провеждат заместително лечение с ECA). Тази находка, потвърждава и резултатите в литературната база данни, че пациентите на хемодиализа са широко засегнати от ниска здравна култура, проучване на Gazmararian, J et al, 2003.

Наблюдаваната тенденция за ограничена здравна грамотност по отношение на бъбречните болести не само сред здравите контроли, но сред популацията на диализните болни е явление, което е често описвано и в други проучвания - Cavanaugh KL et al. 2010. Тази констатация се потвърждава и в настоящото изследване. Разпространението на ограничената здравна грамотност в този труд е подобно на описаното в други, по-малки проучвания при пациенти, провеждащо заместително лечение с диализа и по-точно хемодиализа (Grubbs V, Gregorich SE, Perez-Stable EJ, 2009), (Pollock JB, Jaffery JB, 2007) и също отразява констатации, подобни на общата популация.

Предикторите за ограничена здравна грамотност при пациенти на хемодиализа, като образование и етнос, са подобни на тези при пациенти с други хронични заболявания (Paasche-Orlow MK et al. 2005). В допълнение и в рамките на настоящото изследване бяха открити „сигнали“ сред пациентите на хемодиализа, говорещи за нежелание за попълване на анкетната карта, поради чувство на срам от непознаването на отговорите, описани в аналогично проучване на Cavanaugh KL и съавт. (2015) сред 254 диализни пациента. Реакции като „не си нося очилата“, „ръцете ми треперят“ или „имам проблеми със зрението“ бяха чести сред анкетирания пациенти, като са възможен израз и на съпътстващ депресивен синдром (Todorova T., Paskalev D., 2017).

Огромният брой изследвания показващи, че бъбречната трансплантация е по-добра от диализата поради по-дългия и по-качествен живот, който предоставя, (United States Renal Data System. 2019 USRDS), (Ogutmen B, Yildirim A, 2006), (von der Lippe N et al, 2014) се потвърждават и от нашето проучване. Резултатите потвърждават тези данни, като 89.7% от изследваните лица са на мнение, че бъбречната трансплантация е свързана с по-добро качество на живота. Въпреки това повечето пациенти с ХБЗ все още започват директно с, и често пъти остават на диализа.

Резултатите от изследването показват, че пациентите, които остават на диализа, и тези с ХБЗ, не са добре информирани за избора си на лечение и имат неоптимални нива на знания за отделните видове лечение или вярват в митове за трансплантацията и диализата поради липса на точна информация за ползите и рисковете от тях (Haas R, Waterman AD., 2008). Поради тези причини подобряването на знанията за видовете заместително лечение и вземането на информирани решения за всички пациенти с ХБЗ е от решаващо значение.

Някои любопитни находки сред анализираниите отговори потвърждават тезата за ниска здравна култура.

Мнението на респондентите относно запазването на бъбречната функция при даряването на 1 бъбрек е разнопосочно. Установи се висок процент на несигурност, както сред здравите индивиди, така и сред болните с ХБЗ в преддиализен и диализен стадий. Установи се съществена разлика в мнението на анкетираните в изследваните групи ($p=0.004$), като пациентите с трансплантация, логично са най-запознати относно запазването на бъбречната функция след даряване и трансплантиране на бъбрек. Обяснението за това е, че по-голямата част от тях са били трансплантирани от жив донор. Прави впечатление ниският процент на отговорилите правилно сред болните с ХБЗ G1-G4 и тези на хемодиализа, които именно са и потенциалните кандидат-реципиенти. Подобно явление е наблюдавано и от Finkelstein FO и сътр. през 2018. В допълнение, отново лицата с по-високо образование в най-голяма степен са запознати, че даряването на един бъбрек не води до загуба на бъбречната функция.

Много големи пропуски в здравната информираност сред всички групи от респонденти се установи в частта на анкетата, касаеща юридическия аспект на бъбречната трансплантация. Едва половината (55.7 %) са запознати, че по закон бъбречната трансплантация в България е позволена при родство между донор и реципиент (получател) до първа сребрена линия (първи братовчед) или между съпрузи с поне 3-годишна законна връзка, или с други думи са наясно в какви случаи може да бъде проведена БТ между „близки“. Процентът на незнаещите отново се формира от здравите запитани и пациентите в преддиализен стадий. Отново и в тази графа се потвърди твърдението за ниска здравна култура и сред диализните болни – 2/3 не знаят правилния отговор. Green, J. A et al., провел през 2013 проучване сред диализна популация от 146 пациента, относно законодателния аспект на тази процедура, също е установил сходно висок процент на незнание сред бъдещите кандидат-реципиенти - 52,6%. Интересен факт, който се установи при настоящото проучване е, че и сред пациентите с трансплантация има такива, които не са запознати със законодателната система на България относно трансплантирането на органи. Възможно обяснение на този резултат е, че част от преживялите БТ са трансплантирани в чужбина.

Ключов пропуск в здравната грамотност и на четирите групи е, че само 19.5% от изследваните лица знаят дефиницията на кръстосаното донорство. В най-голяма степен правилното значение на кръстосаното донорство знаят пациентите с трансплантиран бъбрек ($p<0.001$), което е логично предвид факта, че тези пациенти са запознати с процедурата предвид проведеното им лечение. Съществена разлика в мнението за

кръстосаното донорство се установява и по отношение на образователната степен ($p=0.028$), като лицата с висше образование са най-запознати със същността на кръстосаното донорство. Също по-малко от 20% от анкетираните са наясно, че провеждането на кръстосано донорство е законно вече и в България. Установена е съществена разлика в мнението на анкетираните в четирите изследвани групи ($p=0.003$), която показва, че дори пациентите с трансплантация не са добре информирани относно законното провеждане на кръстосаното донорство.

Получените до момента резултати показват голямата нужда от създаването на стратегии за повишаване информираността на пациентите по отношение на бъбречната трансплантация. Установената ограничена здравна грамотност не само сред здравите контроли, но особено сред пациентите на диализа и тези в преддиализен стадий, вероятно е и резултат от ограничения достъп до здравна информация и грижи. Това в последствие може да бъде значителна бариера за пациентите да научат адекватно за заболяването си и може отчасти да обясни наблюдаваните тенденции за ограничаване броя на успешно проведените бъбречни трансплантации при сравнително константно нарастване на хемодиализните болни. (Cavanaugh KL, Wingard RL, et al., 2009).

В изследване на Василева В. (2021) сред пациенти, провеждащи хемодиализа в 10 различни диализни центрове (частни и държавни) е установено, че само 9.5 % от тях споделят за системно провеждане на здравно обучение. От друга страна 58.1% от изследваните пациенти са посочили, че в периода на очакване на бъбречната трансплантация не им е било провеждано никаква теоретична подготовка, като в проучените неуниверситетски диализни центрове няма разработена пред-трансплантационна програма за обучение.

Резултатите от настоящото изследване потвърждават тези на В. Василева, че пациентите, на които им предстои БТ или вече са преминали трансплантационно лечение са най-информирани по въпросите свързани със същността на процедурата, рисковите фактори, новостите в процеса на лечение и законовата уредба.

Според резултатите от настоящото изследване с влиянието на рисковите фактори, като тютюнопушене, консумация на алкохол и солени храни, наднорменото тегло и приема на някои медикаменти са най-добре запознати пациентите преминали БТ. В. Василева също отчита незадоволително ниво на информираност и здравна култура сред изследваните диализни пациенти, като 59 % срещат и затруднения по отношение на контрола на вредните навици, 76.2 % имат проблем с придържането към диетичния режим за лица с ХБЗ, а 61.9 % водят по-скоро заседнал начин на живот (Василева В., 2021). Тези заключение могат да се направят и при нашата разработка. Сред пациентите на хемодиализа се установиха пропуски в здравната информираност по въпроси като препоръчителен дневен воден прием, убеждение за съизмеримост между хемодиализата и функцията на здравия бъбрек и неразбиране връзката между честия прием на обезболяващи и бъбречната увреда.

Ранното идентифициране на неинформирани пациенти с ХБЗ е от решаващо значение за персонализиране на подходите, необходими за намаляване на необразоваността, а идентифицирането на нови рискови фактори може да ръководи нови

стратегии за предоставяне на грижи. Здравната грамотност може да бъде важен фактор в грижите за пациенти с бъбречно заболяване. Има малко изследвания, характеризиращи здравната грамотност и изследващи връзката между грамотността и здравните резултати при пациенти с бъбречно заболяване. (Devraj R, et al. 2009), (Coresh J, Selvin E, Stevens LA, 2007).

Може да се окаже, че пациентите с по-ниска здравна грамотност е по-малко вероятно да разберат за своето бъбречно заболяване, по-малко вероятно е да бъдат насочени своевременно за нефрологични грижи и лечение и, често пъти, да достигнат до необходимост до заместително лечение с хемодиализа по спешност. В проучване на пациенти в условията на първична медицинска помощ, всички от които са имали или са били изложени на висок риск от хронично бъбречно заболяване (захарен диабет, хипертония или фамилна обремененост) е установено, че ниската здравна грамотност е свързана със слабо осъзнаване от страна на болния за възможността от развитие на хронично бъбречно заболяване. (Boulware LE, et al., 2009). Въпреки липсата на конкретни данни по този въпрос, може да се предположи, че на база установената ниска здравна култура и здравите контроли са застрашени от развиването на ХБЗ, което да бъде открито късно. По отношение на диализната популация може да направи подобен извод, поради фактът, че по-голямата част от пациентите са започнали диализа по спешност с помощта на съдов катетър, а не чрез постоянен артерио-венозен достъп, характерен за „подготвените пациенти“.

Различни и многообразни са механизмите, при които нивото на грамотност на пациента може да повлияе пряко на собственото му здраве и риска от смърт, например: задълбочените познания за конкретното заболяване, подобрената комуникация със здравните власти, както и в крайна сметка по-голямата само ангажираност и личностна отговорност за собственото здраве и живот. (Devraj R, 2009). Проблем е, че в България все още широко застъпен е патерналистичният модел на здравеопазването - специалистът диктува хода на лечението, а болният “сляпо” го следва, без да се ангажира с проблема си. Дори липсата на елементарни умения като способността за четене и писане се превръщат в често явление в клиничната практика. При провеждането на нашето изследване се натъкнахме на общо 14 души, които не можеха да четат/пишат и се нуждаеха от помощ при попълването на въпросника (10 души на хемодиализа, 3 с ХБЗ G1-G4 и един от групата на здравата контрола). Последното също служи за основание да потвърди тезата, че диализната популация, наред със здравите контроли демонстрира най-ниско ниво на здравна запознатост – факт, пряко влияещ върху придържането към особеностите при лечението с диализа, спазването на специфичните хранителни препоръки и в следствие предопределящ успешното преминаване към бъбречна трансплантация (Cavanaugh KL, 2009), (Ford JC, Pope JF, Hunt AE, Gerald B 2004), (Gorban-Brennan N, et al., 2004).

Въпросът с лицето, което обаче ще информира пациентите с ХБЗ остава спорен. От една страна медицинската сестра прекарва повече време с пациентите при извършване на отделните манипулации, от друга страна нефрологът притежава необходимите знания относно рисковите фактори, настоящото състояние на пациента и

възможните алтернативи за лечение и прогноза на заболяването. Поради тази причина клиницистите се нуждаят от полезен инструмент за прилагането на стратегии, които подкрепят грижите за хора с ограничена здравна грамотност. Печатните материали обикновено се използват за обучение на пациентите относно препоръките за самообслужване; обаче много материали не следват ясни насоки за комуникация и са написани на високо и недостъпно ниво за четене, което може да представлява пречка за информиране за пациенти с ограничена здравна грамотност. (Hill-Briggs F, et al, 2008).

Разработването и пилотното тестване на Ръководство за пациенти с ХБЗ предполага, че екипът от проучването е идентифицирал ключовото съдържание от настоящите знания и ресурси в областта на здравната грамотност и е конфигурирал информацията по начин, който е практически полезен. Екипът също така научи, че извършването на тези действия на практика изисква значителен ангажимент от медицинските специалисти и е вероятно прилагането им да се осъществи в продължение на няколко месеца, тъй като е необходимо да се приемат нови протоколи и процедури. Поради тази причина с цел избягване на конфликтни ситуации направихме препоръки и насоки за създаване на Ръководство за лица с ХБЗ.

Изработване на Ръководство за пациенти с хроничното бъбречно заболяване и методите за лечение въз основа, на което пациента да направи информиран избор

С развитието на технологиите и повишаването на информираността на пациента, както и препоръките на СЗО за превенция на социално-значимите и хронични неинфекциозни заболявания, както и за добра медицинска практика за много заболявания бяха създадени различни информационни материали за пациентите.

От друга страна въпреки нарастващата честота на хроничните бъбречни заболявания и множеството усложнения свързани с късното им диагностициране тази група не попада в Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014 – 2020 г.) (МЗ. Националната програма за превенция на хроничните незаразни болести (2014 – 2020 г.).

Според световните опит и данни усилията, насочени към контрола на хроничните бъбречни заболявания показват значителни резултати след инвестиране в превенцията в много страни. Опитът показва, че ограничаването на основните рискови фактори води до значително намаляване на заболяемостта и смъртността от това заболяване, съответно и до намаляване на инвалидизирането на тези пациенти, които в един момент се превръщат в тежест за здравната, социалната и икономическа системи.

Най-ефективният начин за постигане на тази цел е превенцията под формата на програми за интегрирани грижи за намаляване на рисковите фактори, ранната диагностика, лечение и рехабилитация на болелите, както и подобряване качеството на живот.

Интегрираните грижи за пациенти с хронични бъбречни заболявания могат да бъдат един от най-ефективните подходи за обхващане на проблемите на тази кохорта от пациенти. Тези грижи комбинират различни специалисти и стратегии, и могат да се

използват при създаването на политики, изграждането на мрежи от партньорства и информационна подкрепа на всички нива. При интегрираните грижи се извършва колаборация между различните компоненти на здравните и социални системи, като промоцията на здраве, социални услуги, както и здравните грижи, предлагани в доболничната и болнична помощ. Включват междусекторни действия, които прилагат здравните политики, включително координирани действия, насочени към основните детерминанти на здравето.

В основата на профилактичните програми е заложено ограничаването на рисковите фактори. Ранната информираност на обществото за хроничните бъбречни заболявания цели намаляване на влиянието на рисковите фактори и воденето на здравословен начин на живот посредством редица мерки. Информираността има значителен ефект както спрямо отделните индивиди, така и върху обществото като цяло и може да доведе до поведенчески промени, водещи до “ползи за всички”.

Въз основа на получените резултати от проведеното изследване се установи, че пациентите с хронични бъбречни заболявания не са достатъчно информирани и има необходимост от създаването на синтезирана информационна база данни под формата на Ръководство, с основните въпроси и проблеми по отношение на рисковите фактори, превенцията, лечението и проследяването на заболяването.

Основната цел на ръководството за пациентите с хронични бъбречни заболявания е да се подобри здравето на тези пациенти и да се повиши качеството им на живот чрез намаляване на усложненията и инвалидизирането и повишаване на продължителността на преддиализния стадий и преживяемостта като цяло.

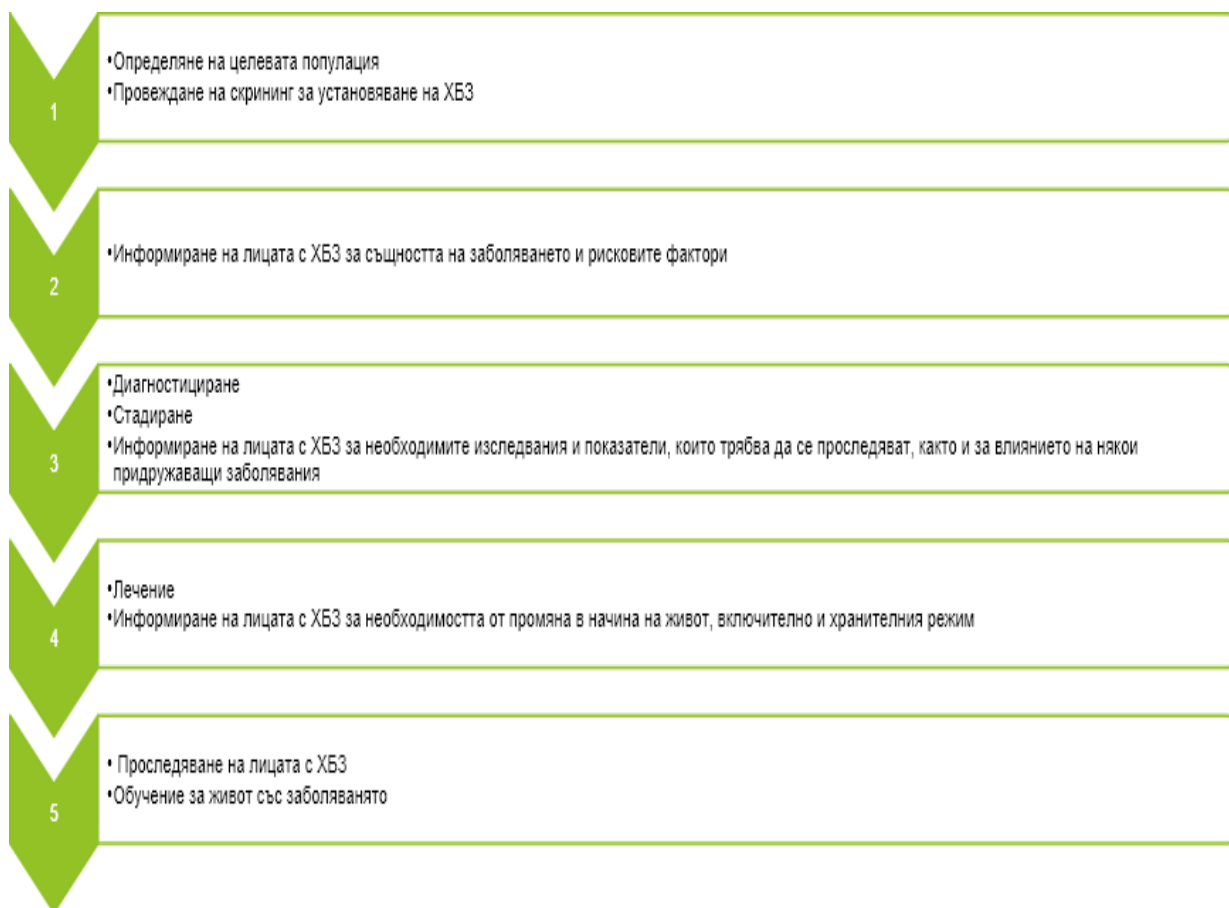
ПРИНЦИПИ И СТРАТЕГИИ НА РЪКОВОДСТВОТО ЗА ПАЦИЕНТА *(табл. 2)*

- Интегриран мултидисциплинарен подход
- Реализиране на дейности по промоция на здраве, профилактика, прилагане на модули за интервенция за намаляване факторите на риска при всички възрастови и професионални групи и др., с използване на различни стратегии при създаване на система за координация на профилактичната дейност на специалистите и работата им в екип
- Изграждане на диалог и партньорство с всички заинтересовани страни, активно включване на професионални и неправителствени организации и сдружения, медии и др.
- Използване на научния подход, базиращ се на съвременни, научно доказани факти и концепции; използване на съществуващото научно познание и опит в областта на профилактиката, създаване на модели за профилактика, развитие на нови изследвания в тази насока, предоставяне на нови знания за практиката, оценка и контрол на резултатите и др.

На база предложените стратегии и събраните резултати се изготви план-алгоритъм за изготвяне на Ръководство на болния с хронично бъбречно заболяване *(Фиг. 72)*

Фиг. 72

Повишаване информираността, спрямо ключови аспекти от превенцията, диагностиката, лечението и проследяването на пациенти с ХБЗ и видовете заместително лечение



ИЗВОДИ

1. Доказана е разликата в нивата на информираност на изследваните лица по отношение на ХБЗ според образователната степен и провежданото лечение, като най-информирани са лицата с висше образование и бъбречна трансплантация.
2. Здравите котроли показват най-ниски нива на информираност по отношение на ХБЗ, провежданото лечение и факторите свързани с него.
3. Значителна част от изследваните лица нямат реална оценка за влиянието на рисковите фактори, като тютюнопушене, затлъстяване и употребата обезболяващи върху бъбречното здраве.
4. Лицата с ХБЗ не са запознати изцяло със законодателната уредба на Р. България по отношение на донорството, като над половината от анкетираните не са запознати с правата си на пациенти с ХБЗ по отношение заплащането на медицинските услуги и лекарствата.
5. Най-добре запознати с процедурата по даряване и трансплантация на бъбрек са пациентите на които им предстои бъбречна трансплантация или вече са преминали през такава процедура.
6. Основната част от пациентите провеждащи диализно лечение са добре запознати с процедурите свързани с подготовката и провеждането на самото лечение, но не могат да направят разлика между хемодиализа и перитонеална диализа
7. Приблизително $\frac{3}{4}$ от изследваните лица потвърждават литературните данни, че бъбречната трансплантация подобрява качеството на живот на пациентите с ХБЗ в сравнение с другите видове заместително лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хроничното бъбречно заболяване е част от съвременната пандемия на хроничните, неинфекциозни болести, което заема едно от челните места по честота и причина за смъртност сред световното население. ХБЗ засяга близо 850 милиона души по планетата и е 6-тата причина за леталитет. Застояният начин на живот, вредните навици, както и увеличаващите се случаи на заболяемост със захарен диабет, правят прогнозата за бъбречните заболявания песимистична. Финансовата тежест, която недиагностицираните бъбречни проблеми и в последствие терминалната бъбречна недостатъчност водят след себе си, поставят дори силно развитите икономики пред сериозно изпитание. Хемодиализното лечение, например, като метод на заместително лечение е от най-финансово натоварващите здравни разходи, като процентът на болни с терминално ХБЗ на хемодиализа също се увеличава. Тези тенденции налагат взимането на крути мерки за ограничаване на бъбречните болести.

Един от начините за подобряване на ситуацията е повишаването на здравната култура на населението по тези въпроси. Проучвания в тази посока сочат, че здравната култура на населението по отношение на бъбречните заболявания, и алтернативните методи на заместително лечение са изключително ниски. Ниска е и здравната грамотност и сред самите болни с ХБЗ и диализните пациенти, особено що се касае за бъбречната трансплантация. Оказва се, че голям е процентът на пациентите, кандидат-реципиенти, които едва след успешно преминала бъбречна трансплантация за първи път се сблъскват с някои от аспектите на посттрансплантационния период, като непрекъснатата имуносупресивна терапия и възможните болестни усложнения, например. Това в последствие е предпоставка за лошо сътрудничество от страна на болните и, като цяло, лоша прогноза за графта и човека.

Именно определянето на актуалната информираност по отношение на бъбречната трансплантация е от важно значение върху цялостната прогноза на заболяването и е предпоставка за откриването на “подводните камъни” в общуването с пациента и евентуалната БТ, което пряко рефлектира и върху качеството на живота на реципиентите.

Резултатите от настоящия труд потвърдиха изказаната хипотеза за ниската здравна грамотност на населението по отношение на хроничното бъбречно заболяване и методите за заместително лечение на бъбречната функция. Установения висок процент на незнание и сред самите болни в преддиализен и диализен стадий, които са бъдещите кандидат-реципиенти доказва, че необходимостта от взимане на мерки както на локално, така и на национално ниво са от първостепенна важност. С изработването на настоящия дисертационен труд се постави и началото на създаването на специализирано Ръководство, насочено към самите болни, с което се цели подобряване на общата здравна култура на засегнатите и с това цялостната прогноза за засегнатите от тази “тиха” пандемия.

ПРИНОСИ

Приноси с теоретичен характер

1. Направен е подробен анализ на същността и ролята на ХБЗ по отношение на общественото здраве и тежестта, която носи както за болните, така и за здравната система.
2. Направен е подробен преглед на литературните данни относно информираността и здравната грамотност на населението относно ХБЗ, рисковите фактори, прилаганите видове лечения и ролята им върху подобряването качеството на живот.
3. Доказана е разлика в информираността на лицата, които са пряко засегнати от заболяването и тези без здравословни проблеми.

Приноси с практико-приложен характер

1. Изведени са основни пропуски и заблуди по отношение информираността и здравните познания на изследваните лица относно същността на ХБЗ, провежданото лечение, рисковите фактори, промяната в качеството на живот и законовата уредба на страната във връзка с органната трансплантация.
2. Разработен и предложен е алгоритъм за изготвяне на ръководство за превенция, диагностика, лечение и проследяване на пациентите с ХБЗ.
3. Представени са основни насоки в разработването на Ръководство за пациенти с ХБЗ и методите за лечение, въз основа на които пациентът да направи информиран избор.

ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Петров А., Бенкова-Петрова М., Стайкова С., Петров П., Ненова Д., Димиева-Динева Я., Колева Т., Желязков К., Дамянова Д., Иванова Б., Ахмед Е., Колева Р. Разпространение на хронично бъбречно заболяване сред населението на град Варна, община Вълчи дол и община Аврен, Актуална нефрология, бр. 1, том 13, 2019, 16-19
2. Petrov A. Awareness as a factor for improving quality of life in patients with chronic kidney diseases. Varna medical forum, T.10, 2021, pp. 5
3. Petrov A. General health awareness and culture of persons with chronic kidney diseases and their influence on the treatment process. Varna medical forum, T.10, 2021, pp. 13