

Ролята на здравните специалисти върху качеството на живот на пациенти в детска възраст

Проф. Николай Ламбов¹, проф. Валентина Петкова²,
доц. Милен Димитров¹

¹Катедра по технология на лекарствените средства и биофармация,
Фармацевтичен факултет, Медицински университет, София

²Катедра по организация и икономика на фармацията, Фармацевтичен факултет,
Медицински университет, София

Резюме

Детската заболяемост в България се е повишила за последните 20 години, а смъртността е почти два пъти по-висока от средната в ЕС. Разглеждайки въпроса за измерване на качеството на живот при пациенти деца, нещата се усложняват поради самата физиологична и емоционална специфика на детската възраст. Задълбоченото проучване на възможностите на прилагане на различни възрастово-специфични лекарствени форми и терапевтични подходи от страна на здравните специалисти ще повлияе положително терапевтичния процес при тази особено уязвима възрастово-специфична група.

Ключови думи: Здравни специалисти, деца, качество на живот

The Role Of The Health Specialists On The Children Patient Quality Of Life

Nikolay Lambov¹, Valentina Petkova², Milen Dimitrov¹

¹Department of Pharmaceutical technology and biopharmacy, Faculty of Pharmacy,
Medical University of Sofia

²Department of Social Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Medical University of Sofia

Abstract

Childhood illness in Bulgaria has increased for the last 20 years, and the mortality rate is almost 2 times higher than the average in EU. Looking at the measuring of the quality of life in pediatric patients, it gets complicated because of the very physiological and emotional specificity of childhood. A thorough study of the possibilities of applying different age-specific dosage forms and therapeutic approaches by health professionals will have a positive therapeutic effect in this particularly vulnerable age-specific group.

Key words: Health professionals, children, quality of life

Въведение

25–40% от световното население е под 18 години, като тази част от обществото е податлива на развитие на остри и хронични болести⁷.

Според данни на Българската педиатрична асоциация у нас детската заболеваемост за последните 20 години се е повишила, а смъртността е почти два пъти по-висока от средната в ЕС³. Високата заболеваемост в детска възраст е предпоставка за хронифициране на заболяването и често води до влошено качество на живот.

Качеството на живот на пациента е широко понятие, което се отнася до степента на благополучие и лична удовлетвореност, изпитвано от даден човек или група от хора. Включва физическото благосъстояние – добро здравословно състояние, режим на хранене и физическа активност; психологическите аспекти – психично здраве, различните състояния на стрес, тревогите и удоволствията в ежедневието; социалното благосъстояние – най-разнообразно и трудно измеримо, тъй като зависи от възраст, пол, социален статус и др.⁹

Използването на различни методи за оценка на качеството на живот на пациентите в детска възраст води до усложняване на процеса на вземане на решения за провеждане на тяхното лечение от страна на медицинския специалист. Качеството на живот е изключително трудно за оценка поради субективността си, от една страна, а от друга – поради наличието на много инструменти. Най-често прилаганите инструменти за оценка на качеството на живот са:

- Въпросник за манифестен страх на Джанет Тейлър (MAS). Той се прилага за разкриване на манифестен страх и тревожност. Българската адаптация е на Щетински и Паспаланов;

- Скала за тревожност и страх на Спийлбъргър (STAI) – за проследяване на динамиката на емоционалното състояние, адаптирана от Щетински;

- Гийсен тест за разкриване на психо-социални характеристики на личността, адаптиран от Кокошкарова;

- SF36 – българска версия⁶.

Разглеждайки въпроса за измерване на качеството на живот при пациенти деца, не-

щата стават още по-трудни, поради самата физиологична и емоционална специфика на детската възраст. Факторите, които оказват влияние, може да бъдат обобщени в няколко групи.

Фактори, влияещи върху качеството на живот при пациенти деца

Възраст – детското развитие минава през редица периоди или стадии, които имат свои особености и които се отличават един от друг. При определяне на продължителността на отделните периоди играят роля не само биологичните фактори, но и фактори, които лежат в обществено-историческите условия, във възпитателните условия, при които се развива детето. Най-яркият пример за периодизация, изградена на биологична основа, представляват опитите, които се основават на известната биоенетична теория на развитието. Най-характерни за тази категория опити са тези, които вземат за основа пробива на зъбите. Като взема за основа пробива на зъбите, Блонски предлага следната класификация на детската възраст:

1. Новородено до 7 гена;
2. Кърмачески период – до 2 години;
3. Период на млечните зъби – от 2 до 6½ години;
4. Период на постоянните зъби – от 7 до 20 години¹.

Ясно е, че пробивът на зъбите не може да има отражение върху цялостното развитие, за да бъде основа за периодизиране.

Друга много разпространена основа за периодизиране е класификацията на база социализирането на детето. Според това схемата на периодизация на детското развитие придобива следните очертания: новородено, яслена възраст, младенческа възраст, ранна предучилищна, средна предучилищна, горна предучилищна възраст, ранна, средна и горна училищна възраст. Тези девет стадия могат да бъдат подведени под три основни възрасти. Първите три възрасти могат да се подведат под общото название ранно детство или първо детство. По този начин схемата на предлаганата периодизация на развитието на децата добива следния вид:

1. Ранно детство – от 0 до 3 години. То об-

хваща: а) новородено – 0 до 2 месеца; б) младенческа възраст – от началото на третия до края на дванадесетия месец; в) яслена възраст – от 2 до 3 години;

2. Прегучилищна възраст – от 3 до 6–7 години: а) ранна прегучилищна възраст – от 3 до 4½ години; б) средна прегучилищна възраст – от 4 до 5½; в) горна прегучилищна възраст – от 5½ до 6–7 години.

3. Училищна възраст – от 6–7 до 18–19 години: а) ранна училищна възраст – от 6–7 до 11 години; б) средна училищна възраст – от 11 до 14 години; в) горна училищна възраст (юношество) – от 14 до 18–19 години.

Към тази схема може да се добави и младежката възраст, която обхваща периода от 18–19 до 22–24 години, но която не влиза в законовата рамка на понятието „дете“⁵.

Защо е толкова важна периодизацията от гледна точка на терапията и защо възрастта се явява основен фактор, който оказва влияние на качеството на живот? През всеки период се установяват определени физиологични особености и качествено своеобразни характеристики. С развитието на детския организъм се развива и детската психология, а от там – очакванията и възможностите за повлияване при дадено заболяване. При опит да се очертаят основните характеристики на всяка възраст трябва да се има предвид, че това не са някакви стандарти, на които трябва да се подчини индивидуалното развитие. В още по-малка степен на тези възрастови особености трябва да се гледа като на граници за приложение на определена терапия или лекарствена форма.

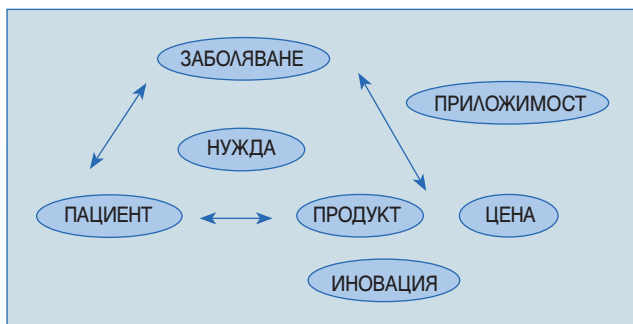
Друг много важен фактор за правилното лекуване на децата и гарантиране на качеството им на живот се явява самото **заболяване**. За последните 20 години детската заболеваемост в България е нараснала два пъти, с толкова се е увеличил и броят на недоносените бебета. Тревожно се е увеличил броят на децата с астма, диабет и сърдечно-съдови заболявания, а смъртността сред децата в България е почти два пъти по-висока от средната за Европа. Пет процента от новородените у нас са с някакво генетично заболяване, като за година у нас се раждат около 3500 деца с генетичен проблем. Редките заболявания сред децата също са значителен процент, а за лечението на едно дете с ряд-

ко заболяване на година са необходими около 20 млн. лв.² Всяко от гореизброените заболявания има своята специфика по отношение на протичане, овладяване, хронифициране и т.н., като повлияват по различен начин на качеството на живот на детето.

Семейната среда също е фактор, оказващ влияние върху качеството на живот на детето. Семейството е социална система, която може да се възприеме като съвкупност от подсистеми, определени от термините на поколения, пол и роля⁴. Детето принадлежи най-напред на своите родители. Ето защо на тях се пада възможността да формират неговото интелектуално, нравствено и здравословно развитие. Семейното родителско влияние предполага целенасочено въздействие върху личността на детето с цел да се предадат по най-подходящ начин обществените норми и изисквания, да се изградят позитивни модели на общуване, като определят и социалната насоченост на поведението на детето. По този начин се формира отношение към заболяването, към лечебния процес и от там – възможности за справяне с усложненията и гарантиране на добро качество на живот.

Немаловажен фактор, обуславящ качеството на живот на пациентите в детска възраст, се явява **заобикалящата ги среда**. Според европейските проучвания за качеството на живот и по-специално проекта (EQLS) става ясно, че дълбоките икономически и социални промени в обществото оказват влияние върху качеството на живот на всеки един гражданин и на децата като цяло. Ниските доходи в семейството, безработицата, жените, работещи на пълен работен ден, водят до намаляване на възможностите за адекватна грижа към детето и от там се влошава рязко качеството му на живот по време на боледуването.

Друг фактор, оказващ влияние върху качеството на живот на пациентите в детска възраст, са **лекарствата** и самите **здравни специалисти**, които предписват терапевтичните схеми на лечение. Педиатричната популация пациенти има специфична физиология, лекарствен метаболизъм и особености по отношение на безопасността при лекарствената терапия. Лекарствата не показват терапевтичен ефект, ако не са правилно дозирани. Три четвърти от лекарствата,



Фиг. 1. Връзката между заболяване, специфика на пациента и наличие на лекарствени продукти

одобрени за употреба при възрастни, не покриват нуждата на децата и новородените и вероятното терапевтично действие не е отразено в КХП и ЛП. За съжаление, съществува недостатъчен брой специфични лекарствени форми за деца.

Лекарствена терапия

Проблемите, свързани с лекарствената терапия и оказващи влияние върху качеството на живот на децата, включват: определянето и адаптирането на дозировката; оценка на възможните лекарствени взаимодействия и поява на нежелани лекарствени реакции; родителски нон-комплайънс и нон-комплайънс от страна на детето поради сложността при прилагането на назначената схема на лечение и на самото лекарство или медицинско изделие. Лекарствени форми, които не са съобразени с особеностите на детския организъм, не могат да гарантират постигането на оптимален терапевтичен ефект на включените лекарствени вещества. Ето защо от огромно значение е разработването на специфични лекарствени форми за педиатрията от страна на здравните специалисти. Най-съществените изисквания относно лекарствените формули могат да бъдат обобщени в следните категории:

- Лекарствената формула трябва да гарантира лесен и безпроблемен прием от детето;
- Размерите, вкусът, обемът на формулата трябва да гарантират лесен и опростен режим на дозиране и следване на терапевтична схема;
- Лекарственият продукт трябва да е наличен в различни дозови концентрации, снабден с подходящи дозираци устройства или

медицински изделия.

Най-често прилаганите лекарствени форми при пациенти деца са:

- Течни лекарствени форми – капки, сиропи, суспензии, емулсии и др.;
- Твърди лекарствени форми – таблетки (необвити, обвити, гъвчащи, диспергиращи се таблетки и др.) и капсули;
- Парентерални лекарствени форми (инжекционни и инфузионни разтвори и др.);
- Полутвърди лекарствени форми за кожа (мази, кремове, линименти, лапи, пластири и др.);
- Ректални лекарствени форми (супозитории, ректални капсули и др.).

Във връзка с тези проблеми и за да може да се подобри качеството на живот на децата с хронични заболявания, педиатричният комитет на ЕМА ще изиска да се разработят подходящи перорални формулации за различните възрастови групи, съдържащи различни дози в подходящ обем; да се разработи подходяща стратегия за маскиране на вкуса; да се разработят адекватни методи за анализ за тази специфична група пациенти, както и разнообразие от алтернативни формули¹⁰.

Един много удачен и лесно прилагащ се вариант на лекарствена форма за деца се явява разработената от здравните специалисти FDDF: Fast Dissolving Dosage Form. Тя гарантира изключително бързо освобождаване на лекарствените вещества; лекарственото вещество се суспендира в хидрофилна матрица; матрицата се разтваря в устата за няколко секунди и лекарственото вещество се освобождава; за приготвянето ѝ се използват набъбващи и разграждащи се хидрофилни полимери или захарни бази; лиофилизирани суровини⁸.

Липсата на подходящо адаптирани лекарствени продукти за употреба сред детското население е свързаната и с неподходяща дозировка, което води до: повишени рискове от нежелани реакции, включително смърт, неефективно лечение при неправилно дозиране, лишаване на детското население от терапевтичен напредък, от подходящи лекарствени форми и начини за прилагане на лекарствените продукти, използване на готови и екстемпорално приготвени лекарства за лечение на детското население, несъобразени с особеностите на децата, които могат да са с лошо качество.

Изводи

Проведеният преглед на научната литература очертава редица ясни тенденции:

- Здравните специалисти, като цяло, са склонни да подценяват качеството на живот на пациентите деца поради трудности за правилно измерване;

- Здравните специалисти са склонни да подценяват интензитета на болката на пациентите си поради същата причина;

- Лекарствената форма и характеристиките на лекарството като дозировка, път на въвеждане, вкус, цвят, мирис и форма оказват влияние на лекарствената терапия;

- Качеството на живот на пациентите в детска възраст е силно повлияно от семейната и заобикалящата ги среда.

Заклучение

Нужно е прецизиране при оценка на качеството на живот на пациентите в детска възраст. Задълбоченото проучване на възможностите на прилагане на различни възрасто-во-специфични лекарствени форми ще повлияе положително терапевтичния процес.

Литература

1. Георгиев, Л. Психология на развитието и възрастова психология. ЮЗУ „Неофит Рилски“, 2005.
2. Двойно нараснала детската заболяемост за последните 20 години <<http://www.mediapool.bg/dvoino-narasnala-detskata-zabolevaemost-za-poslednite-20-godini-news150521.html>>.
3. Детската заболяемост се увеличава, zdravno.com/детската-заболеваемост-се-увеличава.
4. Илиева, М. Социално-педагогическа подкрепа на децата с асоциално поведение и техните семейства чрез резиланс подход <<http://www.uni-vt.bg/pages/6189/ur-lft/d28.pdf>>.
5. Пиръров, Г. Детска психология с дефектология. 2. прераб. изд. София, Държавно издателство „Наука и изкуство“, 1959.
6. Рашева, А. Автореферат на дисертация за присъждане на образователна и научна степен „доктор“ по професионално направление „Педагогика“; тема „Диагностика и ресоциализация на деца и юноши с психосоматични проблеми чрез работа в група“, 2012 г.
7. de Onis M, Blössner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. – *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:518–26.
8. Dobetti L. Fast-Melting Tablets: Developments and Technologies. – *Pharm. Technol. Eu.*, 2000, 12(9):32–42.
9. Gordon H. Guyatt, MD; David H. Feeny, PhD; and Donald L. Patrick, PhD, MSPH. Measuring Health-Related Quality of Life. – *Ann Intern Med*, 1993, 118(8):622–629.
10. Regulation (EC) No 1901/2006 of the European Parliament and of the Council of 12 December 2006 on medicinal products for paediatric use.