

ДЕПРЕСИЯ И ТРЕВОЖНОСТ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЪС СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

М. Георгиева^{1,2}, М. Рушид¹, С. Борисова², К. Генова², Л. Мирчева¹, Й. Йотов¹

¹Втора кардиологична клиника – неинвазивна, УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна

²Катедра „Здравни грижи“, Факултет по обществено здраве, Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна

DEPRESSION AND ANXIETY IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

M. Georgieva^{1,2}, M. Rushid¹, S. Borisova², K. Genova², L. Mircheva¹, J. Yotov¹

¹Second Cardiology Clinic – non-invasive, University Hospital „St. Marina” – Varna

²Department of Health Care, Faculty of Public Health, MU „Prof. Dr. P. Stoyanov“ – Varna



М. Георгиева

Резюме. Депресията и сърдечна недостатъчност (СН) са здравно и социално значими заболявания с прогресиращ характер. Депресията е често срещана при пациенти с хронична СН, която допълнително влошава общото състояние на пациентите. Много проучвания сочат, че резултатите от лечението на тези пациенти са по-лоши в сравнение с тези, при които липсва депресивен момент. Депресията има неблагоприятен ефект върху развитието на сърдечната недостатъчност, влошава качеството и продължителността на живот, повишава нуждата от здравни грижи, увеличава хоспитализациите и смъртността. Факторите, повлияващи развитието на депресивния синдром при пациентите със СН са: периодично обостряне на симптомите на СН, чести хоспитализации, социодемографски фактори, влияние на личностните фактори, факторите на боледуване, вкл. и функционалния клас на сърдечна недостатъчност по NYHA. **Цел:** Да се създаде модел на здравна грижа при пациенти със СН,

която е насочена към ранното откриване на белезите на влошаване на състоянието, тревожност и депресия, за да се повлияе върху факторите, оказващи неблагоприятно въздействие, с което да се подобри качеството и продължителността на живота на пациентите. Дейността на специалистите по здравни грижи да е насочена към индивидуален подход според нуждите на пациентите, към насърчаване на тяхната самостоятелност и независимост в самообслужването и социална подкрепа на тях и техните семейства. **Материали и методи:** Да се проследят в амбулаторни условия пациенти със СН за период от шест месеца, след дехоспитализация. Основните методи са: анкетен метод тип интервю, използване на въпросници. Попълват се стандартизирани въпросници за качество на живот и склонност към депресия – Въпросник за кардиомиопатии на Канзас Сити (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, KCCQ), 5-степенен Европейски въпросник за качество (European Quality – 5, EQ5), визуална аналогова скала (VAT), Въпросник за здравето на пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ9), проследяване на антропометрични показатели, хемодинамични показатели, както и прилагане на шестминутен тест с ходене. **Очаквани резултати:** След периода на проследяване се очаква пациентите до голяма степен да се приучат сами да контролират симптомите на влошаване, адекватно да търсят здравна помощ, значително да намалеят ненужните хоспитализации, респективно да се подобри качеството и продължителността на живот. Да се подобри

самочувствието и психологическото състояние на болните с намаляване на депресивните и тревожни състояния. Получените резултати да бъдат мотивация за специалистите по здравни грижи за бъдещо развитие и обучение.

Ключови думи: сърдечна недостатъчност, депресия, качество на живот, здравна грижи

Abstract. Depression and heart failure (HF) are health-related and socially significant diseases with progressive nature. Depression is a common comorbidity in patients with chronic HF, which further worsens the general condition of patients. Many studies show that the results from the treatment in these patients are worse than in those who do not have a depressive moment. Depression has an adverse effect on the development of heart failure, worsens the quality and duration of life, increases the need for health care, hospitalization and increases mortality. Factors influencing the development of depressive syndrome in patients with HF are: periodic exacerbation of HF symptoms, frequent hospitalizations, socio-demographic factors, the influence of personality factors, disease factors, as a factor of depressive syndrome, including functional class of heart failure according to NYHA classification. **Aim:** To use a health care model that is geared towards the early detection of signs of SN and university deterioration of anxiety and depression to use the factors showing that it is an adverse effect that should be used and to be used for the lives of patients, indeed for healthcare professionals, to propose to add an individual approach to the needs of patients, encouraging for self-attractions and independent in self-care and social company of those and family families. **Materials and methods:** Six months after discharge. The main methods are: interview type interview method, use the questions. Complete the standard questions on quality of life and predisposition to depression – Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire (KCCSQ), 5 levels European quality questionnaire (European quality – 5, EQ5), visual analog scale (VAT), Questionnaire for the health of the patient (Health Questionnaire Questionnaire, PHQ9), monitoring of anthropometric parameters, hemodynamic indicators, which are used in a six-minute test with walking. **Results of expectations:** The next period of stress is required by patients to a large extent to adhere to themselves in order to control the symptoms of their investment, and should seek medical care, which should reduce unnecessary hospitalizations, respectively. are added to them and used on animals. To present a self-confident and psychological state of bonus with the power of depression on your and on anxious conditions.

Key words: heart failure, depression, quality of life, health care

Въведение

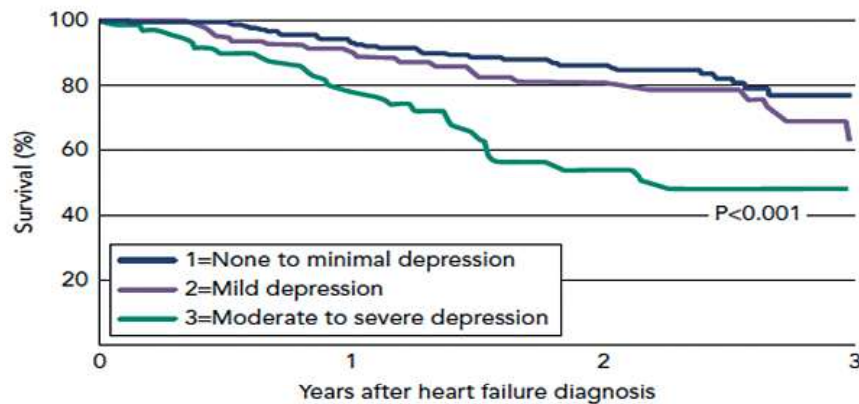
Сърдечната недостатъчност (СН) е прогресивен клиничен синдром, от който в по-голямата си част страдат хора над 65-годишна възраст, както и млади хора. Тя заема водещо място в общата смъртност от сърдечно-съдови заболявания. Около 50% от пациентите умират до 5 години след поставяне на диагнозата. Тази прогноза е по-неблагоприятна дори от редица ракови заболявания, а обществото все още смята рака за най-опасен. Симптомите на СН често влошават качеството на живот на пациентите, ограничават физическа им активност, те имат затруднение при извършване на ежедневни дейности, водят до социална изолация, тревожност, депресия и инвалидизация. Това поражда множество здравни, социални и икономически проблеми, особено при лежащо болните.

Депресията е често срещан проблем сред пациентите със СН. Тя е честа причина за влошено

общо състояние, нарушено качество на живот, значително влошава прогнозата и дори повишава риска от смъртност (фиг. 1).

СН и депресията се характеризират с тежък и прогресивен характер. Макар причините за патологиите да са разнообразни и различни, често се комбинират една с друга.

Двете страдания се обуславят от общи патогенетични механизми за развитие. В този смисъл се обяснява и коморбидността. Общото звено между двете заболявания е хронично активизираната стресова ос и производството на възпалителни молекули (проинфламаторни цитокини). Хроничният стрес, без значение от неговото естество, е в основата на отключване на депресия. Механизмът е свързан с продължително покачване и задържане на високи нива на кортизол в кръвта. Това предизвиква възпалителна реакция в мозъка и разстройва баланса на химичните процеси.



Фиг. 1. Обща смъртност при болни със сърдечна недостатъчност според нивата на депресия

Все още няма достатъчно представителни статистически проучвания за взаимно-обвързаността на хроничната СН с депресията, въпреки че има достатъчно на брой изнесени данни, доказващи повишаването на депресията в пъти сред сърдечноболните пациенти. Клинично значимата депресия е налице при най-малко 1 на 5 пациенти с СН, въпреки това, степента на депресия може да бъде много по-висока сред пациентите с по-напреднала СН [1]. Това обуславя няколко основни фактора в социален и здравословен аспект на основното заболяване – висока смъртност, нарушено качество на живот и високи разходи за лечение, повишена здравна грижа и чести хоспитализации. Последно изнесени резултати по отношение на влиянието на депресията при пациенти със СН показват, че депресията е налице при над 20% от всички пациенти със СН, като темповете се удвояват сред пациентите с по-тежка СН. При пациентите с депресия също е налице повече от два пъти по-голяма вероятност за преждевременна смърт. Клинично значима депресия е налице при 21,5% от пациентите с СН и варира (съответно 33,6% и 19,3%), особено с тежестта на СН – 11% при клас I срещу 42% при клас IV, наред с други фактори. Резултатите предполагат по-високи нива на смъртността и вторичните събития (съотношение на риска = 2,1, 95% доверителен интервал от 1,7 до 2,6), с тенденция към увеличаване нуждата от здравни грижи, по-висок процент на хоспитализациите, както и посещения в спешните кабинети сред пациенти с депресия [7].

Цел

Да се създаде модел на здравна грижа при пациенти със СН, която е насочена към ранното откриване на белезите на влошаване на състоянието, тревожност и депресия, за да се повлияе върху факторите, оказващи неблагоприятно въздействие, с което да се подобри качеството и продължителността на живота на пациентите. Дейността на специалистите по здравни грижи да е насочена към индивидуален подход според нуждите на пациентите, към насърчаване на тяхната самостоятелност и независимост в самообслужването и социална подкрепа на тях и техните семейства.

Материали и методи

Да се проследят в амбулаторни условия пациенти със СН за период от шест месеца, след дехоспитализация. Основните методи са: анкетен метод тип интервю, използване на въпросници. Попълват се стандартизирани въпросници за качество на живот и склонност към депресия – Въпросник за кардиомиопатии на Канзас Сити (Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, KCCQ), 5-степенен Европейски въпросник за качество (European Quality – 5, EQ5), визуална аналогова скала (VAT), Въпросник за здравето на пациента (Patient Health Questionnaire, PHQ9), проследяване на антропометрични показатели, хемодинамични показатели, както и прилагане на шестминутен тест с ходене.

Очаквани резултати

След периода на проследяване се очаква пациентите до голяма степен да се приучат сами да контролират симптомите на влошаване, адекватно да търсят здравна помощ, значително да намалееят ненужните хоспитализации, респективно да се подобри качеството и продължителността на живот. Да се подобри самочувствието и психологическото състояние на болните с намаляване на депресивните и тревожни състояния. Получените резултати да бъдат мотивация на специалистите по здравни грижи за бъдещо развитие и обучение.

Влияние на депресията при пациенти със СН

Депресията е една от многото значими коморбидности, които повлияват симптомите на СН.

Сами по себе си хроничните заболявания са основен провокатор за развитието на депресивен синдром. Ограниченията, наложени от болестта, обострянето на симптомите на основното заболяване, често налагащите се хоспитализации са катализатори в развитието на симптомите на депресия. Те са част от факторите, които оказват голямо влияние върху протичането и прогнозата при хронична СН.

Основни проблеми на коморбидитета:

- *Наблюдава се припокриване на част от симптомите: чувство на задух, умора и изтощение, раздразнителност, безнадеждност, липса на желание за социален живот, безапетитие, промяна в телесното тегло, смущения в съня, липса на интерес или удоволствие от активности и хобита, нежелание и страх при физическа активност, затруднена концентрация и памет.*

- *Възниква въпрос, кое е първото – проявата на симптоми на депресия ли провокира проявите на симптоми на СН или симптомите на СН са катализатор в развитието на депресия? Пациентите имат оплаквания и описват симптоми, които реално не съвпадат с клинично изявените, те са неспокойни и смятат постъпването в болница за най-сигурния начин за подобряване на състоянието им.*

- *Депресията е свързана и с по-лоши резултати. При опит за терапевтично повлияване на основното заболяване, отчаянието, липсата на мотивация и съпътстващата депресия, съмнението в благоприятния ход на заболяването водят до липса на съдействие в провежданото лечение и до неизпълнение на терапевтичните насоки, което допълнително влошава общото състояние на пациентите със СН. Изследванията показват,*

че пациентите със СН и депресия са с повишен риск от смърт или вторични сърдечни събития, но също така, че здравите възрастни с депресия са по-склонни да развият сърдечна недостатъчност [1].

- *Налице са и ментални изменения, дължащи се на циркулаторна недостатъчност. Пациентите са неориентирани, психомоторно възбудени или в другата крайност - безкритични и апатични. Техните очаквания често не съвпадат с възможностите на медицината, което ги прави още по-отчаяни и тревожни.*

- *Продължителното лечение, честите хоспитализации, ограничената физическа активност, социалната изолация, личностната зависимост от близките, които полагат грижи за тях са допълнителна предпоставка за развитие на депресия.*

- *Налице е и зависимост между функционалния клас (ф.к.) по NYHA и нивото на разпространение на депресия при пациенти със СН. С повишаване на ф.к. се повишава и нивото на депресия (табл. 1).*

Табл. 1. Разпространението на депресията в зависимост от нивото на функционалния клас на СН по Нюйоркската Сърдечна Асоциация (NYHA)

NYHA функционален клас	Брой	Честота на депресията
I	222	0,11
II	774	0,20
III	638	0,38
IV	155	0,42

Предпоставки за възникване на депресия при пациенти със СН

1. Регулярното обостряне на симптомите на СН

Умората, задуха и безсънието са характерни, често срещани са и тревожните симптоми на сърдечната недостатъчност. Те ограничават работоспособността на пациентите, както и способността им да извършват обичайните си дейности. Това води до зависимост от техните близки и семейства, полагащи грижи за тях. Намалената физическа активност е честа причина за социална изолация, което е предпоставка за развитие на депресия. Умората също е отрицателен фактор и влияе негативно върху ежедневието, прогнозата и качеството на живот [2].

Непредсказуемостта на физическите възможности са доминиращи характеристики за развитие на депресия. Ограниченията при извършване на ежедневни и социални дейности, повишената зависимост от близките, загубата на самочувствие, идентичността и интелектуалната функция допълнително водят до отчаяние и чувство на безполезност [2].

Безсънието е често срещано оплакване при пациенти със СН. Сами по себе си симптомите на СН са достатъчно тежки, за да нарушат нощния сън – ортопнеята, тежестта в гърдите и диуретичното лечение са най-честите причини за нощно събуждане и последващо безсъние. В резултат на това пациентите през деня се чувстват непълноценни дори в ежедневните си дейности. Хроничната липса на сън и неадекватна почивка през нощта водят до безсилие през деня, изтощеност и затруднение в самообслужването. Чувството на безпомощност, зависимост и безполезност са допълнителна предпоставка за развитие на депресия.

2. Социо-демографски фактори

Влиянието на възрастта, пола, семейния статус, образованието, здравната култура, доходите, положението в обществото и местоживеенето са фактори, оказващи влияние върху продължителността и качеството на живот, както и върху прогнозата при пациенти със СН.

Проучванията сочат, че жените оценяват симптомите като по-тежки, болестта, като по-продължителна, преживяват по-интензивен емоционален дистрес. Според тях, болестта е причинена от стрес или гени, докато мъжете посочват по-често, че болестта е свързана с рисково здравно поведение.

Семейните пациенти възприемат болестта като по-стресогенен фактор и преживяват по-висок емоционален дистрес. Периодите на обостряне на болестта и отсъствието от дома по време на хоспитализациите нарушават способността за изпълнение на обичайните дейности в домакинството и участието в социалния живот на семейството.

По-високата степен на образование е свързана с по-висока ефективност на прилаганото лечение. Това вероятно се дължи на по-високата здравна култура.

Пациентите, които живеят в селата и са с по-ниски доходи значително по-малко смятат, че разбират болестта си в сравнение с пациентите, които живеят в големите градове. До голяма степен тези резултати са обвързани с труден достъп до здравна помощ [4].

3. Влияние на личностните фактори

Върху здравното състояние на пациента влияние оказват неговия здравен статус, възможността

му за лично справяне с болестта, дали притежава оптимизъм или негативизъм, както и дали получава социалната подкрепа.

Личните убеждения и нагласата са значими фактори за справяне със заболяването. Те са обвързани с желанието за съдействие, активното лечение, контрола и самоконтрола върху факторите, обуславящи заболяването. Пациентите, които са рецепиенти на здравна помощ и смятат, че контролът върху заболяването се дължи на лекаря или специалиста по здравни грижи, в по-малка степен разбират болестта и възприемат лечението като по-неефективно, за разлика от пациентите, които вярват в самоконтрола, съдействат в лечението и спазват здравния режим, което води и до по-добри лечебни резултати. Пациентите-оптимисти вярват по-силно, че могат да контролират болестта чрез собственото си поведение и активно участие в лечението, разбират по-добре болестта и имат по-положителна представа за нея.

Социалната подкрепа и най-вече тази на семействата, полагащи грижи за болни със СН, помагат в контрола на заболяването, болният не се чувства сам в страданието си и съдейства по отношение на лечението и поведението. Полагането на грижи за справяне със симптомите на СН и депресията, подпомагането във физическите и социалните нужди от страна на семейството също налага обучение и насоки за правилно поведение, защото понякога и самите близки се нуждаят от подкрепа и психологическа помощ.

4. Влияние на давността на болестта

От голямо значение е давността и прогресията на заболяването. Разбирането и отношението към симптомите е различно при пациенти с прогресираща СН и пациенти, при които тя по-бавно се развива. Пациентите, които боледуват от скоро възприемат болестта и я свързват с по-лека симптоматика в сравнение с тези, при които заболяването е с по-голяма давност и повлияването на симптомите е трудно. Пациентите с по-голяма давност на СН са „уморени“ в борбата за справяне с тежестта на патологията.

5. Чести хоспитализации

С еволюцията на заболяването симптомите се засилват, качеството на живот значително се влошава, пациентите по-често биват хоспитализирани, в резултат на което се наблюдават личностови промени – раздразнителност и апатия, отпуснатост, липса на самокритичност и реална оценка на състоянието. Често очакванията на пациентите, с които постъпват в болница, не съвпадат с възмож-

ностите на медицината. С прогреса на заболяването по-трудно се овладява острата симптоматика, пациентите се концентрират в детайли от лечението, които до момента не са били значими за тях, негативно са настроени към прогнозата, проявяват критичност в не толкова значими детайли, проявяват егоцентризъм и апатичност към случващото се около тях. Постъпването в болница дава възможност за подобряване на клиничния ход на заболяването, респективно подобрява симптоматиката, но няма благоприятен ход върху продължителността на живота (фиг. 2).

6. Влияние на коморбидността

СН е клиничен синдром, който често се комбинира с друго хронично заболяване. Пациентите с придружаващи заболявания имат по-тежки и повече на брой симптоми и преживяват по-висок дистрес. При тях се налага режим и контрол не само над едно заболяване. Често лошият контрол на едно страдание провокира обостряне на другото - това изтощава пациентите. Контролът и ограниченията са повече в сравнение с пациентите, които имат само едно страдание.

Важно ли е да търсим депресията?

Разпознаването на депресията на фона на сърдечна патология има значение за клиничната практика и повлияването на здравословното състояние на пациентите. Ако депресията бъде разпозната и адекватно лекувана, общото състояние на пациентите с хронична СН ще се подобри, както и прогнозата на сърдечното страдание, ще намалят хоспитализациите, ще се подобри качеството на живот на пациентите, здравните и икономическите резултати ще се оптимизират.

Съществуват варианти за справяне с тежкия и прогресивен характер на сърдечната недостатъчност, както и за ранното откриване на симптомите

на депресия. Всеки един от факторите, обуславящи заболяването, може да бъде контролиран и оптимизиран с цел редуция на нежелани хоспитализации и увеличаване на продължителността и качеството на живота на пациентите [10-11].

Наблюдението на болните със СН оптимизира мениджмънта на заболяването, повлиява благоприятно прогнозата и намалява рехоспитализациите.

Методите и програмите на управлението на болестта, самоконтролът, дисциплината и социалната подкрепа са важна част от терапевтичното повлияване при пациенти със СН.

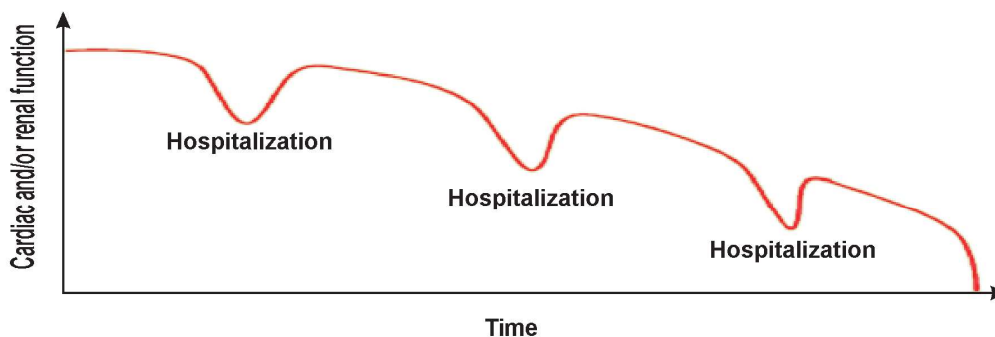
Клиниките за проследяване на пациенти със СН са сред основните звена за контрол на симптомите на СН, на тревожността и депресията.

Ранното откриване на белезите на депресия, провеждането на профилактика на сърдечно-съдовите заболявания и социалната подкрепа на пациентите и техните семейства би подобрило преживаемостта и качеството на живота на пациентите със СН [5-7].

Значимост на кардиологичната медицинска сестра

- Медицинските сестри имат ефективна роля в проследяването и обучението на пациентите със СН. Основна тенденция в лечението е наблюдението на тези пациенти чрез адекватен контрол и своевременно намеса върху факторите, благоприятстващи обострянето на СН. Всеки един от факторите, обуславящи заболяването, може да бъде контролиран и оптимизиран с цел редуция на нежеланите хоспитализации, увеличаване продължителността и подобряване качеството на живот на пациентите.

- Чрез изграждане на модел за сестринска грижа и индивидуален подход при пациенти със СН



Фиг. 2. Влияние на хоспитализациите върху естествения ход на СН. (по Gheorghide M и сътр.)

насочен към проследяване на симптомите биха могли да се подобрят резултатите, както в качеството и продължителността на живот, така и социалните и икономически резултати.

- Оценката на специалистите по здравни грижи (СЗГ), включва клиничен анализ с идентифициране на съответните здравни проблеми, които дават възможност за организиране и планиране на сестрински интервенции и възможност за поставяне на сестринска диагноза и изграждане на индивидуален здравен подход, според нуждите на пациента.

Основната роля на здравния специалист е:

- *Идентифициране на факторите, благоприятстващи за прогресията на СН и белезите на депресия, обучение на болните и близките чрез беседи, образователни материали за същността на заболяването и лечението му.*

- *Да бъдат обучавани пациентите и техните близки в контрола и разпознаването на ранните белези на влошаване на симптомите на СН.*

- *Да се оцени качеството на живот психологическото състояние, склонността към депресия и тревожност на болните и след оказана психологическа подкрепа от специалистите по здравни грижи чрез валидизирани въпросници и скали.*

- *Оказване на комплексна грижа, включваща адекватни здравни грижи по отношение на обективното състояние на болните, провежданото лечение с корекция на медикаментозното лечение под лекарски контрол и психологическа подкрепа.*

- *За да бъдат полезни и ефективни за себе си, пациентите трябва да могат да обсъждат със специалистите по здравни грижи собствените си идеи и действия, насочени към самообслужването, включително към управлението на симпто-*

мите на СН, начина на живот, физическата активност, трудностите в диетата, социалната изолация. Това обсъждане със специалистите по здравни грижи става в качеството им доставчици на обучение, контрол и наблюдение, ориентирано към пациента и по установен алгоритъм.

Важно е комплексната грижа да включва адекватни здравни грижи по отношение на обективното състояние на болните, контрол на провежданото лечение и психологическо съдействие, с цел да се намалят рехоспитализациите и да се подобри качеството на живота при пациенти със СН, тревожност и депресия.

Заклучение

Независимо от възникналите иновации в лечението, СН все още е здравен, икономически и социален проблем. Налага се търсене на нови пътища за справяне с проблемите, свързани с тези пациенти и извършване на дейностите насочени към профилактиката на тези заболявания.

Продължителните грижи за тези болни, проследяването, индивидуалният подход са основа за изграждането на модел на поведение в амбулаторни условия, които биха могли да дадат възможност за контрол над факторите, обострящи СН, контрол над степента на тревожност и депресия, с които да се подобрят общото състояние и качеството на живота, да се намали нуждата от хоспитализация и да окажат благоприятно влияние върху продължителността на живота. Затова е необходимо създаване на комплексна програма за поведение при болни със СН в специализирани амбулаторни клиники за наблюдение и лечение, оптимизиране на здравните грижи и възможност за обучение с клинична насоченост СН, възможност за научна изява и продължавашо обучение [10-11].

Използвана литература:

1. Rutledge T, Reis VA, Linke SE et al. Depression in heart failure: ameta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. J Am Coll Cardiol 2006;48:1527-1537.
2. Schjoedt I, Sommer I, Bjerrum MB. Experiences and management of fatigue in everyday life among adult patients living with heart failure: a systematic review of qualitative evidence. JBI Database System Rev Implement Rep. 2016;14(3):68-115.
3. Celano CM, Villegas AC, Albanese AM et al. Depression and anxiety in heart failure: a review. Harv Rev Psychiatry. 2018; 26(4): 175-184.
4. Zhen-Peng H, Xian-Fen Y, Li-Sa L et al. Correlation between social factors and anxiety-depression in function dyspepsia: do relationships exist? Prz Gastroenterol. 2014; 9(6): 348-353.
5. Lopez-Fernandez S, Puga-Martinez M, Jimenez-Fernandez M et al. Nurse-based educational intervention in a heart failure unit improves outcomes in self-care, quality of life and depression of high-risk patients with chronic heart failure. Eur Heart J. 2013; 34 (suppl_1): P643.

6. Jaarsma T, Lesman-Leegte I, Hillege H L et al. On behalf of the COACH Investigators. Depression and the usefulness of a disease management program in heart failure insights from the COACH (Coordinating study evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart failure) Study. J Am Coll Cardiol 2010;55:1837-1843.
7. Evangelista LS, Strömberg A, J. Nicholas Dionne-Odom. An integrated review of interventions to improve psychological outcomes in caregivers of patients with heart failure. Curr Opin Support Palliat Care. 2016; 10 (1): 24-31.
8. Bush DE, Ziegelstein RC, Patel UV et al. Post-Myocardial Infarction Depression. AHRQ Publication No 123., US Department of Health and Human Services, Rockville, MD, 2005.
9. Генова-Егурузе, К. Грижи за онкологично болни – предизвикателства за медицинските сестри. Варна, МУ – Варна, 2018 г.
10. Генова-Егурузе, К. Съвременни аспекти на палиативните сестрински грижи. Варна, МУ – Варна, 2018 г.

Адрес за кореспонденция:

Мария Георгиева

старша медицинска сестра

Втора клиника по кардиология – неинвазивна

УМБАЛ „Св. Марина“

Бул. „Христо Смирненски“ № 1

9010 Варна

e-mail: mariq_velina@abv.bg

НА ВНИМАНИЕТО НА АВТОРИТЕ

Публикуването на научни и обзорни статии, както и материали от практиката в списание „Здравни грижи“ е безплатно само за абонати на списанието (по решение на УС и на НС на БАПЗГ от май 2015 г.).

За членове на БАПЗГ, които не са абонати, цената за публикация е 18 лв.

За студенти по специалности, свързани със здравните грижи, цената за публикация е 9 лв.

За останалите автори, извън споменатите категории, цената е 30 лв.

*** * ***

За да удостоверите, че сте абонат на списанието, трябва да изпратите оригиналната фактура от абонамента в централата на БАПЗГ на главния секретар Дафинка Коцева (dafinka.koseva@abv.bg или на адрес: 1680 София, ул. "Казбек" 62, БАПЗГ, за Дафинка Коцева). Това е гаранция, че ще Ви бъдат отчетени кредитните точки, които се полагат за абонамента.

За да удостоверите членството си в БАПЗГ е необходимо да ни изпратите имейл или писмо с Вашия УИН.

*** * ***

Сумите се превеждат по банков път
(Банка "Юробанк България" АД)
по сметката на Централата на БАПЗГ:
IBAN: BG60PIRB74241714026754
BIC: PIRBBGSF