

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**

**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

-----  
**КАТЕДРА „ЗДРАВНИ ГРИЖИ”**

**Мариела Илиева Борисова**

**ИНФОРМИРАНост И ЗДРАВНА КУЛТУРА ПРИ МЪЖЕ С  
ДОБРОКАЧЕСТВЕНА ПРОСТАТНА ХИПЕРПАЗИЯ**

**Дисертационен труд**

за присъждане на образователна и научна степен „Доктор”

**Област на висше образование: 7.ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И СПОРТ**

**Професионално направление: 7.4. ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

**Научна специалност: СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И  
ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ФАРМАЦИЯТА**

Научни ръководители:

Доц. Мария Димитрова, дм

Доц. Павлинка Добрилова, дм

София, 2019

## СЪДЪРЖАНИЕ

Ключови думи	5
Използвани съкращения	6
<b>Въведение</b>	8
<b>I. Глава първа. Литературен обзор</b>	9
1.    Заболеваемост	9
1.1.  Исторически данни	9
1.2.  Определение	10
1.3.  Честота на доброкачествената простатна хиперплазия (ДХП)	10
2.    Рискови фактори водещи до развитиено на ДПХ	11
2.1.  Възраст	12
2.2.  Сексуално поведение	13
2.3.  Хранителни навици	16
2.4.  Тютюнопушене, алкохол, наркотици	17
2.5.  Програма Синди	18
3.    Качество на живот на пациентите със заболявания на простатата жлеза	19
3.1.  Определение за качество на живот	20
3.2.  Система за качествено здраве при пациенти с ДПХ	23
4.    Здравна култура – същност и подход за изучавене	23
4.1.  Видове здравна култура	24
4.2.  Здравно възпитание	25
4.3.  Здравно поведение	26

4.4.	Здравно образование	28
5.	Източници на здравна информация	29
6.	Методи на здравното възпитание	32
7.	Навик	34
8.	Роля на медицинската сестра за повишаване на здравната култура при пациенти с Доброкачествена простатна хиперплазия	34
8.1.	Мисия	35
8.2.	Функции	35
8.3.	План за сестрински грижи при пациенти с ДПХ	42
	Изводи от литературния обзор	48
<b>II. Глава втора. Цел, задачи и методология на изследването</b>		49
2.1.	Цел и задачи на изследването	49
2.2.	Работна хипотеза	49
2.3.	Обект на проучването	50
2.4.	Предмет на проучването	50
2.5.	Логически единици на изследването	50
2.6.	Технически единици на изследването	50
2.7.	Признаци на наблюдение на логическите единици	52
2.8.	Характер и обем на изследването	52
2.9.	Етапи на научното изследване	53
2.10.	Място и време на изследването	53

2.11. Методология на изследването	53
<b>III. Глава трета. Анализ на резултатите от проучването</b>	<b>55</b>
3.1. Анализ на резултатите от анкетното проучване на пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия.	55
3.2. Анализ на резултатите от анкетното проучване с медицински сестри, относно проблемите на пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия.	77
3.3. Анализ на резултатите от анкетното проучване със студенти от специалност „Медицинска сестра”.	90
3.4. Обучение и повишаване на професионалната квалификация на медицинската сестра за консултиране на пациенти с ДПХ.	99
3.5. Създаване на „Консултативна сестринска практика за пациенти с ДПХ”.	99
<b>Заклучение</b>	<b>102</b>
<b>Изводи</b>	<b>104</b>
<b>Препоръки</b>	<b>105</b>
<b>Литература</b>	<b>106</b>
<b>Приложения</b>	<b>120</b>
Приложение 1	120
Приложение 2	127
Приложение 3	133
Приложение 4	138

**Ключови думи:**

- *доброкачествена простатна хиперплазия,*
- *информираност,*
- *здравна култура,*
- *здравно възпитание,*
- *медицински специалисти*
- *демографска криза,*
- *андропауза,*
- *сексуално поведение,*
- *здравно поведение,*
- *социално-икономически фактори,*
- *медицинско обслужване,*
- *медицински специалисти,*
- *рискови фактори,*
- *пикочо-полова система,*
- *качество на живот,*
- *промоция,*
- *холистичен подход,*
- *здравна реформа,*
- *самомотивация.*

## **Използвани съкращения**

АПЖ – Аденом на простатната жлеза

IYUA – Международна асоциация на младите уролози

ESRU – Европейско дружество на специализиращите урология

ЕАУ- Европейска Асоциация по Урология

БУД – Българско урологично дружество

ДПП – Долни пикочни пътища

ДКЦ – Диагностично-консултативен център

СДПП- Симптоми на долните пикочни пътища

МПСИ SPSS– Международен простатен симптоматичен индекс

ППС- Пикочо-полова система

ДХП – Доброкачествена простатна хиперплазия

МЗ - Министерство на здравеопазването

МУ - Медицински университет

МЦ – Медицински център

МБАЛ- Многопрофилна болница за активно лечение

НРД - Национален рамков договор

ОМП - Обща медицинска практика (обща медицинска помощ)

ОПЛ - Общопрактикуващ лекар

ИППМП - Индивидуална практика за първична медицинска помощ

БАПЗГ - Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи

ППМП - Практика за първична медицинска помощ

НЗОК - Национална здравноосигурителна каса

РЗОК - Района здравноосигурителна каса

СЗО - Световна здравна организация

ЕС - Европейски съюз

ЗЗОЛ – Задължително здравно осигурени лица

СМП - Социално – медицински подход

ЛЗ - Лечебно заведение

РЗИ - Регионална здравна инспекция

ПЗ - Промоция на здравето

ПБ - Профилактика на болести

CINDI - Интервенционна програма за интегрирана профилактика на хроничните  
неинфекциозни заболявания

SPSS – Statistical Package for Social Sciences (Статистически пакет за социални науки)

НСИ- Национален Статистически Институт

EAU -European Association of Urology

AUA- Американската урологична асоциация American Urological Association

ВРН- Benign prostatic hyperplasia

## ВЪВЕДЕНИЕ

*„Тези, които днес не отделят време да инвестират в здравето си, един ден те ще са принудени да отделят време за боледуването си.“*

*Себастиан Кнайп*

Международно приета е дефиницията за доброкачествена простатна хиперплазия като обобщено название на взаимно патогенетично свързани етапи на единен болестен процес – доброкачествено увеличена простатна жлеза (по-голяма от 20g), водеща до обструкция на долните пикочни пътища и смущения в уринирането (характеризира се едновременно с висок симптоматичен сбор и намаляване максималната скорост на уринарния поток. (The 2<sup>nd</sup> International Consultation on BPH, Paris – June 27-30, 1993; patronized by WHO).(139)

Доброкачествената простатна хиперплазия е състояние, което се получава при увеличаването на простатата, което увеличение се причинява от растеж на нови клетки.

Доброкачествената простатна хиперплазия (benign prostatic hyperplasia, BPH) е пролиферация на гладката мускулатура и епителните клетки на простатната жлеза. Симптомите от страна на долните пикочни пътища ДПП, (the lower urinary tract symptoms - LUTS), асоциирани с ДПХ, се разделят на симптоми при отделяне на урина, симптоми на задържане на урината и постмикционни симптоми.

ДПХ засяга около 50% от мъжете на възраст 51-60 години и 90% в групата 81-90 години. В Европа случаите с умерено и тежко изразени симптоми варират между 14 и 30%.(131)

Според здравната статистика на СЗО, около 24 милиона мъже в Европа над 50 години имат симптоми на увеличена простата. Това е четвъртото по честота заболяване при мъжете над 50 годишна възраст- след исхемичната болест на сърцето, хипертонията и захарния диабет.

Когато говорим за доброкачествената простатна хиперплазия, спокойно можем да кажем, че това е едно от приоритетните заболявания, което обхваща голям контингент от мъже. При мъжете над 50-годишна възраст боледуват около 50%, при 60-годишните – 60%, а при 70-годишните приблизително 70%.

На практика няма мъж, ако доживее до по-напреднала възраст, да не заболее от доброкачествена простатна хиперплазия, или карцином на простатната жлеза.

# **I. Глава първа. Литературен обзор**

## **1. Заболеваемост**

### **1.1. Исторически данни**

В условията на съвременната демографска криза изучаването на болестите на пикочо-половата система са доста актуални. В структурата на урологичните заболявания значителен дял от всички патологии се падат на болести на мъжките полови органи. Основен дял при всички заболявания на простатната жлеза представлява доброкачествената хиперплазия на простатата и възпалителните заболявания в нея- хроничния простатит.

Еберс папирус - първата запазена „рецепта” за лечение на нефрологични заболявания в Древния Египет е написан около 1550 г. пр. Хр. (по време на деветата година от управлението на Аменхотеп I- параграфи 261-283), което му придава статут на един от най-старите документи, имащи значение не само за историята на урологията и нефрологията, но и за миналото на медицинската наука като цяло.

В Гърция V- ти и IV -ти век пр.н.е. – Хипократ и Херофил използват термина “простат”, което означава предводител на народа. Заболяванията на простатната жлеза се коментират още 1500 г. пр.н. (96). По-късно Херофил (около 300 г. пр. н.е.) от Александрия за първи път описва този човешки орган и му дава днешното наименование. Той използва термина „простата”, което означава „този, който стои отпред” и той се запазва до наши дни.

През Ренесанса Ambroise Pare (1510 – 1590 г.) дава своя принос по отношение строежа и структурата на простатната жлеза. Аденомът на простатната жлеза е описан за първи път от Morgagni, G.B. 1760 според когото той не е новообразувание, а нормален процес в резултат на напредването на възрастта (224).

В България - първата публикация за ДПХ е направена от д-р Хр. Атанасов през 1943 г. на тема: „Така наречената хипертрофия на простатната жлеза и неговото оперативно лечение”.

## 1.2. Определение

По клинично определение ДПХ е хронично, постепенно прогресиращо състояние, характеризиращо се с умерени до тежки симптоми на долните пикочни пътища, увеличени стойности на международния простатен симптоматичен индекс /МПСИ/, увеличен обем на простатната жлеза и намалена скорост на максималния уринен ток. Простатната жлеза – това е второто сърце на мъжа. Простатната жлеза – това е ахилесовата пета на мъжа.

Терминът „простата” се използва за първи път в Древна Гърция от Хипократ и Херофил. Произлиза от гръцкото „простат”, което означава „предводител”, „застъпник” (96). Етимологията на думата съвпада със самата физиологична функция на простатата. Тя има съществено значение за оплодителната способност на силния пол и определя пълноценното психическо и физическо здраве на мъжа.

Събрани са много научни данни (59) за клиничната характеристика и прогресивната природа на ДПХ, които сочат, че тя е:

- често срещано състояние на простатната жлеза при мъже над 50 години. Общоприето е, че мнозинството (около 50%) от мъжете над 60 години имат уринарни симптоми, отнасящи се до ДПХ (хистологично доказана), като тази стойност нараства до 80-90% при мъжете над 80 години;
- хронично прогресиращо заболяване (убедително доказано от поредица клинични изпитвания и плацебо групите на няколко клинични изпитвания);
- главна причина за уринарни симптоми при възрастни мъже (клиничната диагноза ДПХ е свързана с остаряването и честотата ѝ се увеличава непрекъснато с напредване на възрастта).

Заболяването е познато във всички страни и континенти, но при някои народи се среща по-често. Сравнително рядко страдат мъжете в Китай, Япония, Монголия Африка и някои арабски страни. (131)

## 1.3. Честота на доброкачествената простатна хиперплазия

Доброкачествената простатна хиперплазия е едно от най-често срещаните заболявания при мъже във възрастова група 40-80 години.

По статистически проучвания на редица автори състоянието се диагностицира при около 25% от мъжете на възраст над 40 години, 50% от мъжете над 50 годишна възраст, до 80% - над 60 години и над 90% при мъжете над 80 години.

ДПХ е четвъртото по честота диагностицирано състояние при мъжете над 50 години в САЩ. Честотата на ДПХ се увеличава със застаряване на населението. Лечението представлява сериозен финансов и икономически проблем за обществото. (119)

По данни от 2014 на НСИ година в България мъжете в трудоспособна възраст са 2 691 447.

Често латентната хиперплазия може да доведе до различни усложнения - до бъбречна недостатъчност . Ето защо, за всички привидната от пръв поглед "безобидна" доброкачествена простатна хиперплазия е доста коварно и трудно заболяване.

Намерените морфологични признаци на заболяването са приблизително 10-20% от мъжете на възраст 40 години , достигайки 90% до 80 години . Абсолютният брой на регистрирани пациенти със заболявания на пикочно-половата система в България през 2017г.е 436 780.

## **2. Рискови фактори водещи до развитието на ДПХ**

Концепцията на рисковите фактори е водещо направление в съвременната медицина. Според нея голяма част от заболяванията са резултат от въздействието на голям брой поведенчески и психо-социални биологични фактори и фактори на околната среда. Рисковите фактори могат да бъдат първични и вторични.

Първичните рискови фактори са редица неблагоприятни фактори от околната среда, начина на живот, генетични и ендогенни влияния.

Вторичните рискови фактори представляват болестни състояния с хронично протичане, развили се под влияние на първичните рискови фактори, които впоследствие стават значими рискови фактори за други заболявания.

Повишаването на здравната култура на населението и в частност при мъжете е свързано преди всичко с акцент върху значението и нарастването честотата на основните рискови фактори на най-разпространените социално-значими заболявания у нас. Както показват анализите на М. Дякова през последните петнадесет години нараства делът на почти всички рискови фактори . Значимо увеличение в силата или продължителността на въздействие се наблюдава на познати рискови фактори –

тютюнопушене, дислипидемия, нерационално хранене, хиподинамия, и др. Освен това се появяват нови социално-икономически и психологически рискови фактори психоемоционален стрес, повишени професионални изисквания, социална изолация, ограничен достъп до спешна помощ и редица други .

ДПХ е най-често срещаното състояние при възрастните мъже и разпространението ѝ ще се увеличава паралелно със застаряването на населението.

## 2.1. Възраст

След 40-та годишнина при мъжете настъпват естествени хормонални промени, по подобие на менопаузата при жената. Определят се с термина „андропауза”. Проявленията са свързани именно с прогресивно намаляващите нива на свободния тестостерон, докато нивото на естрогените (женските полови хормони) остава същото или относително нараства.

Първите признаци на ДПХ са във възрастта 40 години поради променящият се начин на живот на съвременния човек , провокиращ се със застой на кръвта в малкия таз ( ниска физическа активност, заседнал начин на живот , злоупотреба с алкохол и тютюнопушене) , и занижените морални ценности в обществото спомагат за развитието на простатит и аденом на простатната жлеза. На връзката между простатит и функционални нарушения в резултат на заболявания на кръвообращението фокусират вниманието си. (143)

Симптомите на долните пикочни пътища (СДПП) се асоциират с разнообразна симптоматика и най-честата етиология е ДПХ.

Предотвратяването на прогресията на ДПХ, а също така и облекчаването на симптомите е важна цел при лечението на ДПХ. Прогнозата за прогресия дава основание за подход при лечението на ДПХ, ориентиран към рисковия профил.

Според О. И Аполихина и съавтори за намаляване на смъртността от заболяване на простатната жлеза е необходима организация и специална интерактивна програма за подобряване на динамичното наблюдение на урологично болните, както и активна здравна култура.

Благодарение на развитието и автоматизацията на труда в повечето европейски страни населението има достъп до високо калорични храни, които приема, като в същото време намалява дневната физическа дейност.

Ниската двигателна активност е характерна за всички възрастови групи.

Националното проучване на „Bulgaria Heart Study” 78,3% от мъжете над 24 годишна възраст водят заседнал начин на живот.

Според международни проучвания нашата страна е сред 10-те европейски страни чието население приема високо калорийна храна. Активното развитие на медиите допринесе за повишаване на въздействието на рекламите върху поведението на хората (включително избор на храна, цигари и алкохол )

Индустриализацията на тютюнопроизводството доведе до широко разпространение на цигари и тютюневи изделия. Тревожен е факта, че България е на едно от първите места по употреба на тютюневи изделия в Европа. (53)

В средата на миналия век бяхме белязани от значително увеличение на употребата на наркотици, чието действие човечеството познава от хилядолетия. Това са вещества или субстанции, които влияят върху психиката и въздействат на сетивата, възприетията, мисленето паметта, настроението и волята. (40)

## 2.2. Сексуално поведение

Промени в сексуалното поведение; обществото ни е толерантно към извънбрачните връзки. Възпалителните заболявания на простатата постоянно растат във връзка със съвременния начин на живот при мъжете. Така че, по-често сред симптоми на хроничен простатит започнаха да се появяват различни сексуални дисфункции (намалено либидо, потентността, липсата на ерекция преждевременна еякулация и т.н.) и промени в спермата.

Някои автори доказват, че възпалението на простатата има изключително инфекциозен характер (129). Установено е, че за дялът на бактериална компонент в общата маса на хроничен простатит е необходимо само 6-10%. Други автори посочват възможността за асептично възпаление (109) . Една от тенденциите през последните години е липса на първичен инфекциозен простатит и наличието само на вторична инфекция като усложнение, водещи до морфологични промени или дисфункция на простатната жлеза.

Важно е установяването на добър контакт с пациента и атмосфера на доверие, сигурност и конфиденциалност по време на снемането на анамнезата. Това прави по-лесно задаването на въпроси за ерекцията и за други страни на сексуалния живот, особено в случаите, когато пациентите изпитват трудност да говорят за своя проблем.

Сексуалната анамнеза може да включва информация за предишни и настоящи сексуални връзки, за текущия емоционален статус, за началото и продължителността на проблемите с ерекцията, за предишни консултации и провеждано в миналото лечение.

Промени в начина на живот, водещи до модифициране на рисковите фактори, трябва да предшестват или да съпътстват лечението на сексуалните проблеми. Това се отнася най-вече за пациенти със сексуални проблеми и специфични сърдечно-съдови или метаболитни заболявания, като диабет или хипертония. Мъжете, които търсят лечение за сексуална дисфункция, често страдат и от сърдечно-съдови заболявания. Последните епидемиологични проучвания подчертават връзката между сърдечно-съдовите и метаболитните рискови фактори и сексуалната дисфункция както при мъжете, така и при жените. При съмнение за водеща роля на психично заболяване (депресия, тревожно разстройство и пр.), както и при съмнение, че нарушената ерекция е предизвикана в резултат от страничното действие на медикаменти, използвани в психиатричното лечение, добре е пациентът да бъде насочен за консултация с психиатър. При установяване на сериозен личностен проблем или тежък междуличностен конфликт между сексуалните партньори, добре би било пациентът (двойката пациенти) да бъдат насочени към лицензиран психо-терапевт с опит в работа със сексуални проблеми с цел допълнително изясняване на случая и поемане на специализирана терапевтична интервенция. (128)

В допълнение са болестите предавани по полов път в резултат на безразборните връзки, което провокира развитието на възпалителни процеси в простатата жлеза. Ръстът на венерически болести през последните години, също показва увеличение. Той потвърждава, че ДХП се дължи на заболявания на нашата цивилизация.

В много случаи сексуалните смущения могат да изпреварват появата на болести – например при мъжете най-често първо се появяват смущения в ерекцията, а след това диабет. И обратното, „при болни от диабет високото кръвно налягане и сексуалните смущения могат да бъдат последица от увреждания и терапии”, пояснява д-р Кшиштоф Новошелски. Той подчертава, че в последния случай ако не се стигне до възстановяване на сексуалните възможности, то успехът на терапията е непълен. „Сексуалността има голямо влияние върху нашето самочувствие. Може да ни достави много радост, но може да бъде и доста деградираща”. Сексуалността оказва влияние не само върху нашето самочувствие. Като се оставят настрана грубоватите и често вулгарни шеги на

тази тема, ще се разбере, че много често сексуалността е „ябълката на раздора” при много семейни, професионални и други междуличностни конфликти и проблеми. (158)

Особено сериозни проблеми могат да възникват при наличието на по-тежки хронични заболявания, при които се прилагат и много „агресивни” терапии. Тогава соматичните проблеми, прониквайки в социалните релации, могат да нанесат твърде сериозни и далеч отиващи социални увреждания – на индивида, на партньора и на най-близкото им обкръжение. Проблемите със сексуалното здраве винаги означават и проблеми с качеството на живот.

Въздействието на сексуалната активност върху развитието на ДХПЖ е проучвано от различни автори. Смята се, че продължителното сексуално въздържание, коитус interruptus довежда до стагнация на простатата, изостря възпалението, и може да доведе до нарушаване кръвообращението на тазовите органи, като по този начин осигурява значително влияние върху развитието на ДХП. (46)

Причините за появата и развитието на ДПХ все още не са напълно изяснени. Счита се, че етиологията и патогенезата на заболяването са комплексни и зависят от много неща, като хормони, възраст, растежни фактори, начин на живот, хранене, околна среда.

Едно интересно изследване на Национални институт по здравето в Бетезда (САЩ) търси сред 1700 мъже връзка между нивата на тестостерона и характерните особености. Установено се, че индивидите с високи нива непрестанно се опитват да бъдат “ръководители” или да “контролират” и влияят на околните. Обикновено те изразяват мнението си доста енергично и без притеснения дават воля на гнева си. Това са мъже, които имат успешна кариера, подчертана сексуална активност и се приемат позитивно от обществото.

Предположенията за съществуващата връзка между ДПХ и възпалителните заболявания, камъните в простатната жлеза, склеротичните промени в областта на шийката на пикочния мехур и кръвоносните съдове засега все още не са потвърдени.

Според някои доклади: раса, етническа принадлежност, генетични фактори, хранителни навици, сексуална активност, тютюнопушене, както и такива заболявания като диабет, високо кръвно налягане и лезии на черен дроб не са етиологични фактори на ДПХ.

### 2.3. Хранителни навици

Прекомерната консумация на животински мазнини, съдържащи наситени мастни киселини, води до структурни промени в фосфолипидите на клетъчни мембрани- С.А.Бутрова-(19). Повишаване нивото на естрогените е все по-често явление. Причината е в присъствието на така наречените ксеноестрогени (фалшиви естрогени). Най-чести източници са различните деривати на нефтохимията: пестициди, пластмаси, емулгатори (съдържащи се в почти всички козметични продукти); месо от третирани с естрогенни препарати животни. Всички ксенохормони са токсични и болшинството от тях имат естрогенно въздействие върху мъжкия и женския организъм.

Разграждането на естрогена се извършва в черния дроб, т.е. всякакви проблеми с него (възпалителни процеси, хепатит, цироза) допълнително биха допринесли за увеличаване нивото на естрогена, а оттам и потенциалната опасност от ДПХ

В вследствие на наддаването на тегло може да бъде увеличено нивото на естроген (които в мастната тъкан превръща мазнините в естрогени). Инсулина и естрогените имат стимулиращ ефект върху увеличението на обема на простатата. Доказано е, че налице е пряка връзка между теглото и обема на простатната жлеза. Увеличаването на индекса на телесна маса от 1 единица, води до увеличение на простатната жлеза с 0,41sm. Налице е също така оглед, че хиперинсулинемия е един от всички основни фактори в развитието на ДПХ, захарен диабет тип 2, честотата на който се увеличава с възрастта, това от части води до развитието на ДХПЖ.

Като се има предвид съпътстващата патология, следва да се отбележи, че около 39% от мъжете в момента на идентифициране на ДХПЖ са със сърдечно-съдови заболявания и е вероятно да страдат от други съпътстващи такива. Сърдечно-съдова патология днес е водеща причина за заболяемост и смъртност в развитите страни. По този начин честотата на сърдечно-съдовите заболявания сред мъжете, е значително по-висока от тази сред жените. Оризовите и соевите продукти, зеленчуците, зърнените храни, кръстоцветните растения (роднини на зелето и ряпата) – всички те са богати на слаби растителни хормони (изофлавоноиди, фитоестрогени), които се отделят по време на храносмилането. Смята се, че влизайки във взаимодействие с естествените мъжки хормони, те играят защитна роля. За разлика от ксеноестрогена в полуфабрикатите и околната среда, получен от синтетични източници, растителният естроген е толкова близък до естествения човешки естроген, че е в състояние да предизвика производството на протеин, който абсорбира (и неутрализира изкуствените

естрогени, както и ендогенните мъжки хормони. Така простатата е по-малко изложена на хормонално въздействие и на риск от заболяване.

#### 2.4. Тютюнопушене, алкохол, наркотици

Тютюнопушенето е най-значимият рисков фактор. Наричат го „най-голямата епидемия”, „Най-големият рисков фактор за човечеството”, и „най-широко документираната” болестна причина в историята на биомедицинските проучвания.

Глобалните оценки на СЗО сочат, че над 40% от мъжете пушат или около 1/3 от възрастното население в света са пушачи.

България се нарежда на едно от първите места по дял на пушачите и особено по брой изпушени цигари на човек годишно. Никотинът уврежда осем пъти повече бъбреците, пикочния мехур и простатната жлеза, отколкото белите дробове. Простатитът е „запазена марка” на пушачите, половите атлети и шофьорите.

Алкохолът води до недостиг на цинк в организма. Установено е, че нормално в простатната жлеза се съдържа няколко пъти по-голямо количество цинк, отколкото във всеки друг орган в човешкото тяло. Проучвания показват, че цинкът блокира превръщането на тестостерона в дехидротестостерон.

Вредните навици са рискови фактори за развитието на ДХПЖ -тютюнопушене, наркотици, алкохол. Има достатъчно доказателства, че значително по-малък е риска от хиперплазия на простатата при умерената консумация на алкохол, показват, че заболяванията на простатата се срещат по-често, в западните страни, където преобладават животински мазнини и въглехидрати, и използването на зеленчуци и плодове е ниско.

Според Ambrosini GL риска от ДПХ е по-нисък в групата пациенти, придържащи се към " вегетарианска " диета. Рискът се увеличава, при консумация на продукти, които съдържат големи количества мазнини. (72)

Някои изследвания са потвърдили, че консумацията на червено месо увеличава риска от ДПХ. Приемът на въглехидрати (например, хлебни продукти) и мазни храни също допринасят за ускоряване на заболяването.

С цел разработване на нови подходи за повишаване на здравната култура сред мъжете е необходимо детайлно изучаване на рисковите фактори. В подкрепа на това ще цитираме данни от проведено епидемиологично изследване на рисковите фактори в няколко европейски страни. Целта на проучването е била да се оцени и измери в

проценти относителната тежест, “приносът” на четири главни фактора на здравето. Получени са следните резултати: медицинско обслужване - 10 %, наследственост - 20 %, природо-географски (екологични) фактори - 20 %, стил и начин на живот - 50 %. Тези данни показват, че независимо от напредъка на медицинските технологии, главният фактор на здравето на населението си остава стилът на живот, следван от факторите на околната среда. (29)

Във връзка с това все повече автори подчертават, че ще бъде неефективно всички усилия за здравно благополучие на населението да се ограничават с мерките за подобряване на медицинското обслужване.

Решаващата роля за стила на живот като фактор на здравето се потвърждава от факта, че в редица напреднали страна (Канада, Швеция, Великобритания и др.) определят развитието на промоция на здравето като нов тип здравна политика, различна от традиционната, като вниманието е насочено главно към болестта и лечението. Този нов тип здравна политика не се изчерпва с усилията на медицината и медицинските специалисти, а се основава и на широка обществена подкрепа.

Мнението на някои специалисти за болестта на простатната жлеза, е, че здравната информация е недостатъчна или в някои населени места въобще няма (84). В тази връзка най-важните аспекти на профилактика на заболяванията на простатната жлеза се явява насърчаване на здравословен начин на живот, овладяване и правилно използване на санитарни-хигиенните знания и навици, повишаване нивото на здравната култура и поведение, позволяващи да се избегнат вредните навици, да се приемат адекватни мерки по укрепване и съхранение на здравето, създаване на необходими условия и възможности в обществото за реализация на поставените задачи. (38)

## 2.5. Програма Синди

Развива се под координацията на Европейското бюро на СЗО. В програмата участват 33 страни от Европа и Канада, България се включва в програмата и прилага модели в 8 демонстрационни зони.

Основната цел на програмата е намаляване нивото на тютюнопушене, нездравословно хранене, намалена физическа активност, повишено кръвно налягане, затлъстяване, злоупотреба с алкохол и др.

Практическата цел е намиране на най-ефективните подходи на обществото за ограничаване на епидемиите от хронични неинфекциозни заболявания.

Приложени са 6 интервенционни стратегии и дейности, като: изграждане на капацитет за работа по промоция на здравето и профилактика на болестите, здравно образование, мобилизиране на общности за здраве и др.

Така посочените модели на здравна промоция, могат успешно да се реализират и да допринесат за опазване, укрепване и подобряване здравето и работоспособността на човека, както и за осигуряване на неговото активно дълголетие.

### **3. Качество на живот на пациентите със заболявания на простатата жлеза.**

По определение на СЗО „Здравето е състояние на пълно физическо психическо и социално благополучие, а не само липса на болест или недъг.“

Посоченото определение на СЗО не позволява директно измерване на здравето. Във връзка с това експертна група от СЗО предлага „операционно определение“, което разглежда здравето в широк и тесен смисъл.

В широк смисъл „здравето е състояние или качество на човешкия организъм, изразяващо адекватно функциониране на организма при дадени условия- генетични или от околната среда“ (WHO, 1957).

В тесен смисъл, понятието „здраве“ означава, че няма явни данни за заболяване и че дадено лице функционира нормално, т.е. приспособява се към стандартите на общоприетите критерии за здраве за дадена възраст, пол, общност и географски регион и отделните органи функционират адекватно и във връзка един с друг, създавайки състояние на равновесие или хомеостаза.

Новата философия за здравето, която се утвърждава през последните години, се опира на следните основни положения:

- \* Здравето е основно човешко право.
- \* Здравето е същността на продуктивния живот, а не резултат от непрекъснато нарастващите разходи за медицинска помощ.
- \* Здравето зависи от дейността на много обществени сектори.
- \* Здравето е интегрална част от развитието.
- \* Здравето включва отговорност на индивидите, държавата и международната общност.
- \* Здравето и неговото поддържане представлява главна социална инвестиция.
- \* Здравето е всеобща социална цел.

\* Здравето има централна роля за качеството на живота.

### 3.1. Определение за качество на живот

Качеството на живот представлява субективната компонента на благополучието. Според СЗО качеството на живот представлява „ състояние на живот като резултат от комбиниране на ефектите от всички фактори, определящи здравето, щастието-включително комфорт във физическата среда и удовлетворяващо занятие, образованието, социалните и интелектуалните достижения, свободата на действие, справедливостта и свободата на изразяване”.

Според друго по-ново определение качеството на живот представлява „сложна, комбинирана мярка за физическото, психическото и социално благополучие, така както то се възприема от всеки индивид или група индивиди- това е щастието, удовлетвореността и задоволеността, изпитвана посредством такива неща от живота като здраве, брак, семейна дейност, финансово положение, възможност за обучение, самочувствие, творчество, принадлежност и доверие към другите”.

Днес все повече се налага идеята, че не е достатъчно само да живеем по-дълго, а е важно какво е качеството на този по-дълъг живот. Затова всички страни се стремят да подобряват качеството на живота чрез намаляване на заболяемостта и смъртността, чрез предоставяне на качествена и ефективна здравна помощ. Измерване на качеството на живот е изключително трудна задача.

Качеството на живот включва здравословно състояние, режим на хранене, благополучие.

В правно отношение качеството на живот е реализацията на правото на достоен живот и свободно развитие на човека. Това е отразено и в Конституцията на Република България: **чл 52 ал.1,3**. Подобряване здравето на населението е обявено за приоритет в програмата на правителството. Здравето на населението е основа за социалното развитие на България. Обхватът на оценката на качеството на здравните грижи включва широк кръг от въпроси:

1. Общата оценка не само на здравословното състояние на едно лице, а на една цяла популация.
2. Изучаване на влиянието на различни рискови фактори , профилактика и рехабилитационни програми .
3. Оценка на ефективността на лечението.

4. Разработване на програма за индивидуална терапия.
5. Комплексна експертна оценка.

Представите за качеството на живот могат да бъдат различни, както за всеки човек, така и за едно и също лице в определен период от живота му. Оценка на възприятията на човека за собственото му физическо и психическо самочувствие и жизнения стандарт е важна необходимост за цялостния лечебен процес, така че целта на предоставяните здравни услуги да отговарят на очакванията на пациента. Значимостта на проблематиката се обуславя преди всичко от дълбоките социални и здравни потребности на хората с влошено качество на живот и завишени специфични здравни изисквания. Възникват сложни за решаване психологически и социално-икономически акценти.

Известно е, че населението в България има модел на старо население със значителни социални, икономически, медицински, психологически и деонтологически проблеми и последствия. Терминът „стил на живот” се използва за означаване „начина, по който живеят хората”, отразявайки широк спектър социални ценности, поведение и дейности ( WHO, 1986). Стилът на живот е най-добрият „регулатор” на физиологичните социални процеси у човека. Само той може да противостои на пагубните последици от жизнените несподобности. Най-често е обусловен от социално-значимата, трудна и почти необратима патология, при приоритетното участие и с особен акцент на социално-биологичните детерминанти. Свидетели сме на тенденциозната демонстрираност и глобална ендемия от дегенеративни усложнения, които илюстрират качествените и количествените различия в социалната същност, генеза на тези т.н. «болести на цивилизацията».

През 2003 г. изследователи NFO Direct Services изучават условията и качеството на живот на гражданите на девет европейски страни ( Белгия, Франция, Германия, Ирландия, Италия, Испания, Великобритания, Гърция , Норвегия ) . За да се определи най-благоприятната страна за живеене е съставен списък – оценка за такива критерии, като околна среда, безопасност , развитие на инфраструктурата, социална подкрепа, която е оценена като важен показател за удовлетвореност от услугите на общественото здравеопазване- (144), което отново потвърждава значението на проведеното изследване.

Начинът на живот зависи изцяло от тези ценности, приоритети, практически възможности и ограничения, които са неотменима част от ежедневието на хората. В контекста на здравната промоция от изключително значение е не само въздействието на начина на живот върху здравето, но и създаването на потенциал за промяна на съществуващия нездравословен модел на поведение. Терминологично „здравното поведение“ може да се разгледа в два аспекта. В широк план всяка дейност или част от ежедневието на индивида влияе върху неговото здраве. В този смисъл поведението, свързано със здравето е интегрална част от начина на живот на индивида. В по-тесен смисъл „дейността на индивида, съзнателно насочена към промоция, протекция и поддържане на здравето му“ е поведение, насочено към здраве.(65)

Удовлетвореността на клиентите и ориентацията към потребителите е от значение във всички области , като се има предвид повишената конкуренция и ускоряване динамиката на пазара. В някои страни са установени индекси на удовлетвореност на клиентите , и това дава ясна информация за предоставените услуги. Те започнаха да се разработват наскоро ( в края на 80 -те – началото 90-те години ) в Швеция, Норвегия, Австрия, Германия и САЩ . Техният опит се използва в различни страни. Като пример –е модела Swiss за удовлетвореност на потребителите.

Удовлетворението на клиентите е повлияно от специфични фактори , които се различават значително по отрасли. Комплексният показател " диалог с клиента " се характеризира с готовността на последния към диалог , лекота на комуникация и удовлетвореност от страна на клиента.

Комплексният показател " лоялност на клиента ", се определя въз основа на повторни оценки на намеренията. Желанието за допълнителни лични контакти и взаимното желание да продължи връзката

Най-важният компонент в цялостната фигура на индекса е сравнения с очакванията на клиента. Редица проучванията показват, че състоянието на удовлетворение от медицинското обслужване е непълно.

Еднозначно тълкуване на качеството на медицински грижи , няма . По смисъла на НРД – Национален рамков договор 2015г. „ Качествена здравна услуга” е тази която предоставя на всеки пациент достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето, съобразено с актуалното състояние на медицинската наука, при оптимална цена за същия резултат, при минимален ятрогенен риск и при достигане на възможно най- голямо

удовлетворение по отношение на процедурите на резултатите и хуманност на здравните грижи.

Според предложението на група от автори от централата на Световната здравна организация (СЗО) системата за качествено здраве се определя като нивото на постижения от основни здравни цели за подобряване на здравето в съответствие на справедливите очаквания на населението.

### 3.2. Система за качествено здраве при пациенти с ДПХ

Известно е, че ДПХ прогресира с течение на времето и може да се получат много и разнообразни усложнения някои от които могат да бъдат с фатални последици за живота. Болният с простатен аденом не умира от самия аденом, а от усложненията които са предизвикани от застоя на урината и възпалението, а именно: симптомите на полакиурията, никтурия, хематурия, обструкция на долните пикочни пътища, затова активното наблюдение, контрол над симптомите, информацията, комуникацията с пациента са важни и насочени към подобряване на благосъстоянието и подобряване качеството на живота.

Цялостна оценка на удовлетвореността от здравни услуги за пациенти с Доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза ще доведе до по-рационално поведение от мерки, насочени към подобряване на качеството на грижите. Здравеопазването и реализиращите се в него промени са социален процес на определен тип взаимоотношение между здравните професионалисти и населението. Ако това взаимоотношение е неадекватно, се нарушава самият процес на промяна в здравеопазването и рискът от неговото протичане в нежелана посока е реален.

## 4. Здравна култура- същност и подход за изучаване

Културата (cultura) от латински означава обработване е съвкупност от материални и духовни ценности, създадени от човечеството през неговото цялостно историческо развитие или през определен период от него.

Културата представлява съвкупността от материални и духовни ценности на обществото, включително творческата дейност за тяхното създаване и начина на тяхното предаване и използване. Културата може да се изучава на нивото на отделната личност, на нивото на социалната група или обществото като цяло.

Здравната култура е част от общата култура на личността. Изразява се в овладяване на максимум здравни знания, умения и навици, изграждане на ценностно отношение и мотивация за опазване на здравето, утвърждаване на здравословен начин на живот като краен жизнен стереотип.

Здравната култура е система от знания, ценности, умения и реално поведение, насочена към опазване и укрепване на индивидуалното, груповото и общественото здраве.

„Здравната култура има своите субективни елементи ( знания, убеждения, ценности ) и обективни елементи (умения, реално поведение). От своя страна субективните елементи (духовната съставка) се подразделят на конгнитивни и познавателни (здравни знания) и ценности (здравни убеждения, идеали, потребности, ценности, мотиви). (14)

#### 4.1. Видове здравна култура

Различаваме обективна (обществена) и субективна (личностна) здравна култура. Особено значение за дейността по опазване на здравето на населението има субективната здравна култура. В системата на социалните отношения та се проявява в следните насоки (по Тр. Трендафилов):

- отношение на индивида към собствения му стил на живот
- Отношение на индивида към здравето на околните (семейство, колеги и др.);
- отношение на индивида към собственото му заболяване (търсене на лекар, самолечение, безразличие и т.н.);
- отношение на социалната група към здравето на индивида;
- отношение на индивида към дейността на здравната служба;
- отношение на индивида към хигиената на околната среда.

Здравна култура – наследена и придобита. Тя е ценностно-нормативна система, която се споделя от обществото като обект, но и като субект на медицинските дейности и грижи, както и е част от здравната политика, от свързаните с нея административни прояви и от промоцията на здравето като цел и като ценност.

Медицинската и здравна култура е сбор от: базови убеждения, нагласи, ценности, образци на стереотипи за здравно поведение, както и на знанията и идеите,

свързани с тях. В рамките на тази култура битуват основните витални ценности: здраве и болест. Здравето винаги е било първостепенна жизнена потребност на човека.

Непосредствената цел на здравната мотивация е формирането на адекватно съзнание и поведение, придаващи целостта на по-общото понятие „ здравна култура”. Последната е насочена към здравословен стил на живот и дейности за по-добро здраве, както и към по-голяма здравна активност- индивидуална и колективна. (63)

Главен метод за повишаване на здравната култура на населението е здравното възпитание. Според СЗО главното предизвикателство и главната мисия на всеки здравен професионалист е да стане здравен възпитател на населението в бъдеще.

#### 4.2. Здравно възпитание

Здравно възпитание – е целенасочен процес на формиране на субективна здравна култура – здравни знания, убеждения и поведение, свързани с повишаването, поддържането и възстановяването на индивидуалното и общественото здраве. То е съвкупност от въздействията, формиращи здравословен начин на живот.

Формирането на необходимата здравна култура на населението и на отделния индивид е свързано с такива педагогически процеси като здравно възпитание и здравна просвета.Здравната просвета е елемент на здравното възпитание. Здравното възпитание в широк смисъл е цялостен процес на формирането на субективната здравна култура т.е. на здравословен начин на живот.

Съвременната концепция за промоция на здравето е тясно свързана с дейността по здравно възпитание на населението. За да бъде ефективно здравното възпитание на населението, трябва да се основава на следните принципи: популярност, научност, конкретност, системност, масовост и др. Повишаването на здравната култура на населението е сложен и продължителен процес и не може да се сведе до кратковременни дейности на отделни медицински лица сред отделни групи на населението.

**Основни принципи** за ефективното здравно възпитание:

- актуалност на темата, която съответства на възпитателните потребности и интереси на аудиторията;

- научна прецизност – поднасят е само научно проверени факти и препоръки;
- достъпност и популярност – съобщението се предава на достъпен, разбираем език, с лесно възприемащи се материали;
- оптимизъм – съобщението трябва да е мотивиращо, оптимистично, приобщаващо аудиторията към решаването на проблема;
- участие на аудиторията в процеса на обучение – по-дълготрайни възпитателни ефекти се постигат при въвличане на аудиторията в дискусия, извършване на дадена дейност при споделяне на собствен опит;
- системност на възпитателното въздействие – възпитанието е системна, последователна дейност за формиране на позитивни навици и поведение, а не епизодично провеждане на мероприятия;
- съобразяване с изходното ниво на знания, преминаване от познатото към непознатото, с постепенно усложняване на информацията – ефектът от възпитанието нараства, когато интелектуалното натоварване на обучаваните лица постепенно се повишава и се опира на налични знания;
- поддържане на мотивация за участие в здравно-възпитателни дейности и подкрепа на личния и групов напредък на обучаваните – чрез разнообразни форми се поддържа интересът и желанието за дейности, като се поощрява и отбелязва напредъкът и успехът при усвояване на знания или постигане на промяна в поведението;
- социален контекст – ясно да се посочва влиянието на отделните индивидуални или групови модели на поведение върху обществото и върху различни социални групи.
- профилактична насоченост за предпазване от заболяване и за укрепване на позитивното здраве.

#### 4.3. Здравното поведение

Практиката доказва, че здравното поведение на хората се формира от тяхната информираност, ценностна система, мотивация, както и от възможностите им да живеят здравословно. Ето защо, здравното образование се нуждае от добра информираност, убеждаване, съдействие, насърчаване, социална и материална осигуреност и предоставени възможности за личен избор.

Здравното възпитание има следните цели:

1. Образователни цели- да информира хората за влиянието на социалните, икономическите и други условия върху здравето, за индивидуалните рискови фактори и поведение, наличните здравни услуги и др.;
2. Осигуряване на личностно развитие – да мотивира хората в избора на здравословен живот и да стимулира личното им развитие;
3. Профилактични цели – да предотвратява болестите и лошото здраве;
4. Радикално-политически – да повишава чувствителността на обществото към политика, укрепваща здравето и да увеличава обществения контрол върху факторите на средата, влияещи върху здравето.

В процеса на здравно възпитание се различават три основни фази:

1. Здравно – образователна фаза за придобиване на здравни знания;
2. Промяна в отношенията, убежденията и здравната мотивация;
3. Постигане на промяна в здравното поведение.

Здравното образование е съвкупност от целенасочени въздействия, чрез които хората първо се информират за ползите и рисковете от определени поведенчески модел и отделно действие (знания), изграждат нови убеждения и навици, и на базата на повишената мотивация променят поведенческия си статус.

Здравното възпитание е трудна задача, тъй като здравната култура е не само информираност, но и определена ценностна система. А ценностната система се формира главно в ранната възраст на човека. От друга страна ценностната система се формира не само чрез „просвета” и обучение, а под решаващото влияние на цялостната околна жизнена среда на човека.

Ето защо решаващият подход в здравното възпитание е интегралният, основан на широка обществена подкрепа и на професионално партньорство преди всичко с педагози, психолози и журналисти, с медиите. Важна роля в тази насока играе и прякото ангажиране и активното участие на семейството.

#### 4.4 Здравното образование

Здравното образование и възпитание е целенасочен процес на формиране на субективна здравна култура. Те могат да се дефинират като сумарните влияния и въздействия, които определят знанията, убежденията и поведението, свързани с

повишаването, поддържането и възстановяването на здравето на индивидите и човешките общности и обединяват формалното и неформалното образование в семейството, училището и обществото като цяло.

Здравното образование и възпитание са комуникативни дейности, насочени към подобряване на позитивното здраве и превенция на негативното здраве при индивидите и групите, чрез повлияване на убежденията, отношението и поведението на заемащите ключови позиции и на обществото като цяло.

#### Здравни убеждения и отношение към здравето

Убеждения- „...нещо, в което се вярва; убеденост за истинността на дадено твърдение или реалното съществуване на даден феномен, особено когато се основава на проучване на доказателства...“.

За осъществяване на правилно здравно възпитание могат да бъдат използвани няколко подхода, а именно:

- Индивидуалният подход на възпитание обикновено преследва цели, които съвпадат с вторичната и третичната профилактика при отделните индивиди. Той включва консултиране и съветване на пациенти или лица с повишен рискообучавания или лицата с повишен здравен риск, оценка на рисковия профил на индивида, обучение на пациенти в болнични и извънболнични условия, използване на аудио-визуални и печатни средства.
- Груповия подход е насочен предимно към първичната профилактика, но е свързан и с другите нива на профилактиката. Той има за цел да подпомогне изграждането и поддържането на позитивно здравно поведение, да осигури подкрепата на индивиди с общи здравни здравни проблеми, да подпомогне общността в идентифицирането и решаването на здравните проблеми, да организира индивидите и групите за предприемане на промяна на макро-ниво.
- Общественият / масов/ подход има за цел да помени здравното поведение на обществото. Използва се мас-медийни кампании и социален маркетинг. Общественият подход е подходящ когато:
  - е необходимо разпространение на въздействието върху цялата популация;
  - трябва да се уведоми обществото;
  - трябва да се предизвика широка обществена дискусия по определен здравен проблем;
  - се преследва по-обикновена поведенческа промяна;

- бюджетът за здравно възпитание е достатъчен и има налични подходящи медийни средства.

Високата заболяемост у нас показва, че здравните проблеми на нацията произтичат най-вече от нездравословния начин на живот, както и от провеждането на неадекватна здравна информация. Редица изследвания показват, че спазването на основните изисквания за здравословен начин на живот намаляват с около 50% риска от възникване на социално значими заболявания; намаляват с 39 до 70% преждевременната смъртност и удължават живота на човека средно с 10-11 години. (59)

В стратегически аспект може да се счита, че общественото и професионалното мнение за здравната реформа са елементи на околната среда (външна и вътрешна) на здравната реформа. Някои анализи\_\_ (В.Борисов) показват, че тази среда се характеризира с редица особености: незадоволителна здравна култура на населението, слаба информираност за целите и вероятните ефекти от здравната реформа, нарастваща информационна асиметрия (между населението и лекарите), максималистични очаквания от здравната реформа, засилваща се диспропорция между потребностите от здравни услуги и тяхното предлагане, силен превес на лечебните на профилактичните и здравно-промотивните дейности, задълбочаващо се неравенство в обществото по отношение достъпа до високо качествени здравни услуги.

## **5. Източници на здравна информация**

Информацията и/или знанието за здравето е натрупано от много векове и с особено високи темпове от началото на XX век. Това огромно по обем знание, което включва не само публикуваната здравна и/или медицинска литература, но и голямо разнообразие от не толкова официално документиран опит, е един от най-важните източници на информация. В него има решения или поне частични решения, на много от проблемите, пред които сме изправени, а също така и писмени материали /което дори трябва да се разглежда като по-важно/ за неуспехите.

Официална литература – това са издания като списания, годишници, книги, резюмета и научни публикации с определена цел, доклади и протоколи от конференции и конгреси.

Тези източници представляват кръг от литература, която обикновено се консултира при традиционните изследвания. Статиите в списанията и годишниците предоставят текуща информация и са често обект на най-внимателен преглед за качество и валидност. Докладите на групи със специални задачи и протоколите от конференции и семинари могат да предоставят най-последната авторитетна информация по специфични въпроси. Такъв източник на информация са и резюметата от форуми.

Непубликувана литература – доклади за проекти, дипломна работа и дисертации, неподадени и не приети ръкописи, съобщения.

Изключително богатство от качествена информация не стига до публикуване в официалната литература. Здравните специалисти може да нямат стимул да публикуват; смятат, че това не си струва усилията или че списанията от развития свят просто не се интересуват от техните резултати; считат, че информацията е твърде конкретна и не би могла да бъде обобщена в списанията или данните са твърде малко, за да се считат значителни в клиничен план или твърде разширени, за да се публикуват изцяло

Бази данни – статистически данни от: преброяването на населението; заболяемостта, смъртността, използваемост на здравните ресурси, социално икономически данни, резултати от незавършени проучвания и статистически данни за околната среда.

Преглеждането на съществуващите данни от Националния статистически институт или от Центъра за здравна информация спестява огромни ресурси и време за изследване.

Документация на здравните заведения. Когато не разполагаме с по-обширна информация, документацията от записите в здравните заведения би могла да бъде от помощ. Записи за различните видове прегледани пациенти, сезонни характеристики за проявлението на дадено заболяване, проспективни статистически данни, имунизации, лекарствени табели и др., могат да бъдат ценен източник на информация. Дори фактури за снабдяване, могат да се окажат важни в зависимост от проблема, който се проучва.

Проучвания на отделни случаи. Здравни работници, лекари, медицински сестри, социални работници и др. могат да разполагат със записи за пациентите, а също така и с по-подробни описания на някои специфични случаи, които могат да бъдат много полезен източник на информация по определен здравен проблем. Такава информация може да не е достатъчна за официални статистически заключения, но тя може да служи като указател за по-плодотворно насочване на усилията.

Данните от Европейското проучване на здравната грамотност на населението, в което от българска страна участник е Факултетът по обществено здраве при Медицински университет – София, сочат, че 46.3% от европейците са с ограничена здравна грамотност. От всички, участващи в проучването държави (Холандия, Германия, Австрия, Испания, Ирландия, Полша, Гърция), България се нарежда на първо място по ниска здравна грамотност – 61.4% от анкетираните българи имат ограничена здравна грамотност, което говори за липса на профилактика, но също така и за неразбиране и неспазване на назначената терапия от личния лекар или специалист. Като причина за ниската здравна грамотност изследването отчита слабата образованост и социален статус на населението (65).

По данни на Националния статистически институт от последното преброяване през 2011 г. образователната структура на населението значително е намаляла.

Въпреки това обаче според доклада на Европейската комисия за Конвергентната програма на България за периода 2012-2015 г., нашата страна е сред първите в Европа по неграмотност, бедност и дългосрочна безработица. За 2012 г. по грамотност сме на 53-то място в света, далеч пред нас по грамотност са Киргизстан, Тринидад и Тобаго, Туркменистан, Тонга и др. Процентът на хората с трудности при четене и смятане у нас е най-високият в ЕС [Стратегическа рамка на политиката на здравеопазването за подобряване здравето на нацията през периода 2014-2020 – проект].

Ниската грамотност води до влошено здравно състояние на населението, до увеличаване на риска от пациентски и лекарски грешки, до увеличаване на хоспитализациите и до нарастване на публичните и личните разходи за здравеопазване изтъква проф. Кънчо Чамов. Екипът (проф. Е. Шипковенска, проф. К. Чамов, доц. В. Писев и др.) под ръководството на проф. Цекомир Воденичаров стига до заключението, че повишаването на здравната грамотност е неизползван досега ресурс в усилията за подобряване на здравния статус и медицинското обслужване на българските граждани.

Експертите от Факултета по обществено здраве подчертават, че нарастващата обща неграмотност сред европейците, в това число и у нас, е негативен „принос” и за ниската здравна информираност. Това пък се отразява на цялостното медицинско обслужване, защото такива пациенти попадат по-често, за по-дълго и в по-тежко състояние в болница, допускат грешки в приема на медикаменти, затрудняват лечението

Индикатори за бедност и социално включване (окончателни данни за 2010) .(160)

Здравните заведения, професионалните организации, министерствата и международните организации често предоставят масиви от данни, анализи и изложения за здравната политика, които представляват общоприети приоритети, протоколи и стандарти. Тази информация е от значение за здравните проучвания.

## **6. Методи на здравното възпитание**

Различаваме класически и модерни методи на здравно възпитание.

### **Класическите методи включват:**

- ✓ Метод с преобладаване на устното слово/ словестен метод/;
- ✓ Метод с преобладаване на писменото слово/ печатен метод/;
- ✓ Нагледен метод;
- ✓ Комбиниран метод.

Методът с преобладаване на устното слово е:

- най-популярен, достъпен и евтин;
- постига се бърз отговор на новопоявили се потребности от здравна информираност и възпитание на общостта;
- форми: беседи и лекции пред неголеми аудитории или индивиди, дискусии, курсове, радиопредавания, телефони и др.

### **Печатен метод**

- постига голям обхват в кратко време;
- лицата могат да ползват печатния материал многократно;
- въздействието е по-трайно;
- недостатък – по-големи разходи и анонимността на посланието
- форми: листовки, брошури, дигитални табла, списания, вестници.

#### Нагледен метод

- използва изобразителни средства за по-добро представяне и възприемане на информацията;
- постига по-добро разбиране, по-продължително запаметяване на информацията, посилен ефект върху емоционалната сфера и мотивация на личността
- форми: плакати, фотоси, диапозитиви, витрини, изложби, макети, модели, и др.

#### Комбиниран метод

Съчетава различни елементи на вече изброените методи. Това е един от най-високо ефективните здравно възпитателни методи.

#### **Към модерните методи за здравно възпитание се отнасят:**

- ✓ Социално заучаване – постига желаната поведенческа промяна под влияние на социалната среда, като известна или ценена от обществото личност дава пример с някакъв здравословен аспект от поведението си.
  - ✓ Дифузия на нововъведенията – е метод на здравно възпитание, който използва за разпространение на новите модели на здравно поведение лидерите на общността, които се ангажират да участват активно във здравно възпитателната програма.
  - ✓ Социална имунизация – пред обучаваните лица се представят аргументите, с които хората защитават вредните си навици и те се учат да привеждат контрааргументи, опровергаващи „полезните” или приятните ефекти на вредния навик.
  - ✓ Мас-медийни стратегии
- Ангажират участието на всички средства за масова информация във възпитателния процес;
  - Имат предимството на лесен достъп, дори до социални групи, които не могат да бъдат обхванати с други методи;
  - Ползват за информиране на населението за рисковите фактори, за повишаване на мотивацията за приемане на определено позитивно поведение, за осигуряване на обществено неодобрение за дадени вредни навици.(31).

## **7. Навик**

Навикът е затвърдено с времето умение, убеждение или поведенчески модел, повтарящ се автоматично при ежедневни дейности или решаването на сходни проблеми.

Възпитанието преминава през четири основни фази:

1. образователна – фаза на придобиване на знания;
2. промяна в отношението, убежденията и мотивация;
3. създаване на автоматично повтаряне на определени действия (създаване на нов навик);
4. промяна в поведение.

Възпитание има следните четири основни цели:

- да информира хората за влиянието на социалните, икономическите и други условия на средата върху определен процес, феномен, явление (напр. здравето), за индивидуалните рискови фактори и поведение, за наличието на подходи и възможности за решаването му;
- да мотивира и насърчава хората в избора на поведение и начин на живот и да стимулира личното им развитие;
- да предотвратява рисковете и неблагоприятните състояния чрез убеждаване на хората да придобият доказани правилни модели на поведение и навици, които ще им помогнат за справяне с тях;
- да повишава чувствителността на обществото за необходимостта от съответната политика насочена срещу рисковете и да увеличава обществения контрол върху факторите на средата.

## **8. Роля на медицинската сестра за повишаване на здравната култура при пациенти с Доброкачествена простатна хиперплазия**

"Основната роля на медицинската сестра се състои в оказване на помощ на болния или на здравия индивид да поддържа или да възстанови здравословно си състояние (или да го подпомага през последните дни на живота му), чрез извършване на дейности, които той би извършил сам, ако има сили, воля или ако притежава

желаните познания, познания, като тези действия се извършват така, че да се помогне на индивида възможно най-бързо да възстанови своята независимост /Вирджиния Хендерсон/

### 8.1. Мисия

Световна здравна организация (СЗО) определя мисията на сестрата в съвременния свят като: "Основната роля на сестрата се състои в това да подпомага човека- болен или здрав, за запазване или възвръщане на здравето, чрез изпълнение на задачи, които той самият би изпълнил, ако имаше за това сила, воля или притежаваше необходимите познания, за да може да възвърне своята самостоятелност". Отговорностите на медицинската сестра са фокусирани най-вече върху здравните грижи, които тя трябва да полага за пациентите. В този аспект особено значение представляват съветите, които тя дава на пациентите за опазване и укрепване на здравето им, за избягване на рисковите фактори, за справяне с възникнали здравни проблеми с последваща ресоциализация, за предпазване от заболявания и др.

Това налага необходимостта медицинската сестра да осъществява комуникации сред обществеността, тъй като е известно, че здравето е основен приоритет в живота на всеки индивид. Така медицинската сестра се превръща в свързващо звено между лекаря и пациента.

### 8.2. Функции

СЗО очертава следните основни функции на медицинската сестра:

\*здравно-промотивни функции – те включват дейности със здравите пациенти с цел формиране на здравно възпитание, здравно поведение и здравословен начин на живот;

\*профилактични – те включват дейности свързани с предпазване от различни видове заболявания.

В контекста на казаното предлагаме следните видове профилактични функции:

-консултативни - консултира и координира профилактични приложни и интервенционни дейности по здравно образование на пациенти и техните семейства;

- експертни - води индивидуални разговори или групови занимания с пациенти и техните семейства по въпроси свързани с профилактика на заболяванията;

- организационни - подпомага профилактичната дейност извършвана от ОПЛ, като участва в работни групи, програми, проекти и др.;

\*медико-педагогически – медицинската сестра провежда обучение на болния и близките на болния за самопомощ. Обучение за изработване на активно здравно поведение у болния в помощ на неговото лечение и възстановяване;

\*медико-социални – ориентирани са към семейството и общността. Осъществяване на консултации с различни специалисти и социално подпомагане;

\*управленчески – управление на здравните грижи. Поставянето на цели, планиране на сестрински интервенции, организиране, координиране и оценка на постигнатите резултати, по отношение на всеки пациент независимо дали е болен или здрав.

През последните десетилетия с промяната в тенденциите на заболяемостта се повишава и собствената отговорност за здравето, справянето със заболяването и процеса на рехабилитацията и ресоциализацията. Един от резултатите на този процес е разширяването ролята на медицинската сестра, която излиза извън традиционните ѝ функции на грижа за болния, включвайки психологически социални измерения на здравната култура.

Пълното и качествено изпълнение на функциите от медицинската сестра може да стане, ако тя има необходимата професионална компетентност, която представлява съвкупност от знания, умения, и поведение, необходими да изпълнява своите функции и задължения.

Съвременната медицинска сестра трябва да бъде лицето което чрез своите знания и компетенции, да съдейства и подпомага индивида както да промени своите нездравословни навици така и да поддържа здравословен начин на живот.

Днешната професионална подготовка на медицинската сестра все повече отговаря на постоянно растящите здравни потребности на населението. Завършващите днес университетско образование медицински сестри имат теоретичната и практическа подготовка да отговарят на нуждите на населението, в това число и да обучават и предоставят информация свързана с опазване и укрепване здравето на индивидите.

Непрекъснато променящото се общество доведе до значително развитие на сестринската професия и на полагащите здравни грижи. Основната дейност на

медицинската сестра се състои в оказване на помощ на отделните личности. Нейна отговорност е да подпомага пациента по отношение на неговите ежедневни навици, както и да съдейства при осъществяване на дейности, които правят живота на пациента значим.

Особено важно е лекаря и медицинската сестра да мотивират пациентите да поддържат и подобряват своето здраве, както и да прилагат придобитите здравни знания и умения.

Затова първостепенно място в здравно-промотивната дейност на медицинската сестра е формиране на здравно възпитание и поведение за здравословен стил на живот.

Медицинската сестра има възможност да използва различни форми на обучение, но най-често се налага прилагането на индивидуално обучение. Подходяща е и груповата форма на обучение, като се използва и здравния потенциал на участващите в групата.

Първичното здравно обслужване е базово здравно обслужване и основната роля на ОПЛ и неговия екип е да посреща основните здравни потребности на пациентите и да насочва към тесните специалисти само пациенти със специфични здравословни проблеми (39).

В редица страни (Великобритания, Швеция и др.) общо практикуващия лекар и медицинската сестра от извънболничната помощ удовлетворяват около 90% от здравните потребности на населението, а за останалата част от случаите се налага специализирана помощ или хоспитализация. (45)

Влошените показатели на здравното състояние на населението и обществената неудовлетвореност, налагат да се анализира дисбаланса на възможностите на здравната система и тя да отговори на здравните потребности на различни групи от населението като се прилага комплексен подход, основаващ се на социално-либералния модел в здравеопазването (25).

Медицинските сестри са един от основните фактори за успешно осъществяване на здравните реформи. Като част от екипите за здравна помощ те взаимодействат с потребителите на здравни грижи в разнообразни условия на работната среда. Това им дава възможност да оценят здравните нужди на пациента, да проследят влиянието на някой от рисковите фактори при мъже с ДПХ, да дадат необходимата здравна информация.

Необходимостта от цялостна организация на общата медицинска практика и прилагане на холистичният и личностно-ориентираният подход към пациента налагат лекаря да работи в екип с медицинската сестра (38,40).

Здравеопазването и реализиращите се в него промени са социален процес на определен тип взаимоотношение между здравните професионалисти и населението. Ако това взаимоотношение е неадекватно, смущава се самият процес на промяна в здравеопазването и рискът от неговото протичане в нежелана посока е реален .

В стратегически аспект може да се счита, че общественото и професионалното мнение за здравната реформа са елементи на околната среда (външна и вътрешна) на здравната реформа. Някои анализи (В.Борисов) показват, че тази среда се характеризира с редица особености: незадоволителна здравна култура на населението, слаба информираност за целите и вероятните ефекти от здравната реформа, нарастваща информационна асиметрия (между населението и лекарите), максималистични очаквания от здравната реформа, засилваща се диспропорция между потребностите от здравни услуги и тяхното предлагане, силен превес на лечебните на профилактичните и здравно-промотивните дейности, задълбочаващо се неравенство в обществото по отношение достъпа до високо качествени здравни услуги.

Организацията на сестринската дейност се основава не само на изпълнение на лекарските назначения, но и на грижите, при които се отделя внимание на индивидуалните потребности на пациента. Високо квалифицираната практикуваща сестра притежава достатъчно знания и навици, увереност, да планира, осъществява и оценява грижите, отговарящи на потребностите на конкретния пациент.

Според Грънчарова, „сестрата на 21 век трябва да бъде изключително проницателна във възприемането на алтернативи и търсене на иновационни подходи за решаване на проблемите, тъй като здравната индустрия се изправя пред ерозия и изчезване на традиционните практики за предоставяне на здравни грижи” .

В светлината на промоция на здравето възниква тенденция за преориентация на приоритетите на здравната дейност:

- От право на здраве към отговорност за здравето;
- От „здраве за хората” към „здраве чрез хората”;
- От болния човек към здравия човек, т.е. от негативното към позитивното здраве;

- От външни въздействия върху здравното поведение към неговото саморегулиране, самомотивация;
- От професионална изолация на здравните професионалисти към широко отворено професионално партньорство за укрепване на здравето.

В различните Европейски страни параметрите на тези функции имат различни характеристики.

В този аспект ролята на медицинската сестра може да се определи като процес, който да гарантира непрекъснати, качествени и адекватни на здравните потребности ефективни здравни грижи, в които водещо място и значение има формирането на здравно обусловен начин на живот на пациентите, предлагане на необходимата здравна информация и повишаване на здравната култура на пациента.

Оттук произлиза решаващото значение на здравната мотивация, здравното поведение и здравословния стил на живот.

Главен метод за повишаване на здравната култура на населението е здравното възпитание. Според СЗО главното предизвикателство и главната мисия на всеки здравен професионалист е да стане здравен възпитател на населението в бъдеще.

Здравното възпитание е трудна задача, тъй като здравната култура е не само информираност, но и определена ценностна система. А ценностната система се формира главно в ранната възраст на човека. От друга страна ценностната система се формира не само чрез „просвета” и обучение, а под решаващото влияние на цялостната околна жизнена среда на човека.

Ето защо решаващият подход в здравното възпитание е интегралният, основан на широка обществена подкрепа и на професионално партньорство преди всичко с педагози, психолози и журналисти, с медиите. Важна роля в тази насока играе и прякото ангажиране и активното участие на семейството.

Възможности за ранно откриване на заболяванията е ограничено поради, ниската здравна информираност на пациентите, относно съвременните диагностични методи, както и липса на време при посещението при личния лекар.

В европейските страни са очертани следните водещи приоритети на здравната политика в периода на реформи: първична медицинска помощ, промоция на здравето, ефективно използване на ресурсите, качество и етика на здравните услуги, въвеждане

на пазарни механизми в здравеопазването, интегрален подход с междусекторно сътрудничество, повишаване на управленската култура чрез внедряването на здравен мениджмънт (15,16)

Главен метод за повишаване на здравната култура на населението е здравното възпитание. Според СЗО главното предизвикателство и главната мисия на всеки здравен професионалист е да стане здравен възпитател на населението в бъдеще.

Медицинската сестра е онзи здравен специалист, който стои най-близо до пациента и неговото семейство и познава най-добре неговите лични и социални проблеми. Наблюденията и информацията, с които разполага медицинската сестра, са изключително ценни за цялостния процес на здравно възпитание, на оздравяването на болния и неговата жизнена среда. Пред медицинските сестри стоят редица задачи, които се реализират чрез изпълнението на основните им функции. Те се отнасят към повишаване на компетентността им чрез формиране на непрекъснато обучение; повишаване на качеството на сестринските грижи чрез прилагане на средства за качествени грижи; активно сътрудничество на медицинската сестра с индивида, семейството и общността и въвличането им в партньорство за постигане на здравно благополучие; повишаване на отговорността за опазване, укрепване и възстановяване на здравето на обслужващото население; спазване на моралния и професионален кодекс; прилагане на холестичния подход в грижите за пациента; защита на интересите и престижа на сестринското съсловие чрез участие в съюзи, съсловни организации и техни форуми. (61)

Интерес представлява разработката на Стамболова Ив. и кол. (58), където се разглеждат отделни аспекти на качеството на сестринските грижи като елемент от качеството на медицинската помощ - подходи, методи и системи.

Справянето с тези задачи ще даде възможност на медицинските сестри да отговарят адекватно на растящите потребности от здравни грижи за населението в ПМП и ще доближат тяхната дейност в България до професионалния модел на сестринска практика в Европа.

Понастоящем има голяма дискусия за това необходимо ли е медицинската сестра, работеща със семействата да има специалност семейна медицинска сестра и как тя да функционира в това си качество. Експерти ангажирани в реализирането на тази следдипломна специализация се опитват да я определят и да изяснят нейната

необходимост. Постигнато е съгласие, че целта в работата на личната (семейната) медицинска сестра е опазване и подобряване здравето на общността (семейството), като основния фокус пада върху промоция на здравето и превенция на болестите. Обаче няма консенсус по въпроси свързани с реализацията на здравни грижи в извънболничната помощ.

Задачи на медицинската сестра по промоция на здравето и профилактика на болестите:

#### 1. Здравно възпитание.

- Да проучва нивото на здравната култура на общността, в която работи: здравни знания, умения, навици, интереси и др.;

- Да консултира по проблемите на здравословното хранене, физическата активност, затлъстяване, тютюнопушене и др.;

- Да мотивира хората за промяна в стила на живот, с цел повишаване на позитивното им здраве;

- Да усъвършенства комуникативните си умения;

- Да помага на хората да се справят със стресови ситуации, предпазване от травматизъм и др.

#### 2. Профилактика на болестите.

Новите реалности налагат и издигат на ново ниво изпълненията на основните профилактични задачи на медицинската сестра, като особено внимание, според нас, тя трябва да отдели на:

- проследяване на промените в данните на основните показатели във физическото развитие;

- осигуряване и разпространяване в региона на съвременни здравно-образователни материали по актуални въпроси свързани с профилактика на болестите, чрез съответната структура на РЗИ;

- даване на съвети за стимулиране на личната мотивация относно профилактика най-вече на социално-значимите заболявания.

#### 3. Протекция на здравето

- Организиране и участие в здравни програми, осигуряващи подобряване на здравния статус на пациентите;
- Създаване на активна здравна позиция на пациента в обществото;
- Организиране и участие в сътрудничество и партньорство с обществени и неправителствени организации;

Видно е, че обучителната функция на медицинската сестра заема водещо място сред дейностите, които се осъществяват сред пациенти с Доброкачествена простатна хиперплазия. В това отношение следва да се оценява нейната роля не само в клиничен аспект, но и в социален и здравно-организационен аспект.

Високата информираност и повишаване на здравната култура на все повече български граждани е най-надеждната стратегия за самосъхранение и профилактика на тежките болести. Това е и най-разумния избор на всеки, без за това да е необходима голяма инвестиция и изразходване значителни лични и обществени разходи. Изпълване със съдържание на принципа „информирани и здрави” за все повече и повече хора в България е основна задача на здравните институции в страната. Висока информираност и лична здравна култура, съчетани с добра организация на здравеопазването са най-надеждната гаранция за добър здравен статус и качествено здравеопазване на населението . Това е най-важният отличителен признак за високо развита и цивилизована държава./проф. д-р Хр. Деянов, дм/

### **8.3 План за сестрински грижи при пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия**

Грижите за болния имат дълга история, която датира от преди няколко хилядолетия. Флоранс Найтингел в книгата „Основни принципи на сестринските грижи” формулира : „Уникалната задача на сестрата е да оказва помощ на човека, възстановяване или спокойна смърт и както той сам би признал, ако има за това необходимите сили, знания и воля”. Определението на Флоранс Найтингел дава основание на редица теоретици на сестринството да развият и прилагат различни модели на сестрински грижи. Сестринският модел е процес на работа, при който сестрата сама определя, извършва и оценява действията, свързани със собствената и роля, дефинирана според неформалния договор за сестрински грижи, сключен с

лекуваното лице: логичен, систематичен и строг метод за решаване на даден проблем. Сестринският модел е нещо повече от сбор на идеи за хората и сестринските грижи и може да се използва, като насока в планирането и осигуряването на грижи и е основен метод в сестринските грижи. Сестринският метод е научен подход в реализирането на сестринските грижи - интелектуален процес, състоящ се от различни етапи, които следват в логична последователност и чиято цел е подобряване състоянието на пациента. Това е строго прилаган системен подход, чрез който се намира необходимата информация, обработва се и се конкретизира чрез конкретни интервенции, а в последствие се оценяват резултатите. Чрез прилагането на сестринския модел, все по-често говорим и срещаме приложението на научния подход в сестринските грижи. Прилагането на научния подход подобрява качеството на грижите и тяхната организация, но прилагането му е обект на норми за компетенции, които ръководят работата на сестрата.

В програмата на СЗО по сестринска работа в Европа сестринския процес се описва така: „Сестрински процес – това е термин, прилаган в системата на характерните видове сестринска намеса в сферата на опазването на здравето на отделните хора, техните семейства или групи население.

Сестринският процес се състои от пет последователни етапа, съгласно определението на СЗО:

- преценка;
- диагностициране;
- планиране и установяване на резултата;
- реализация;
- оценка.

Сестринският процес е динамичен, тъй като всеки негов етап може да бъде преразгледан и изменен след извършване на текуща оценка. Това позволява на сестрата навременно да реагира на промените в потребностите на пациента. Записването на данните от сестринския процес - това е план за сестринските грижи. В различните страни съществуват различни форми на планове за сестрински грижи. Независимо от формата планът за сестрински грижи трябва да предвижда непрекъснатост на сестринския процес. Освен плана, сестринската документация съдържа биографични данни на пациента и резултати от сестринската оценка на неговото състояние. Като се правят записки, информацията следва да се излага кратко, ясно и недвусмислено, с използване само на общоприети съкращения.

Сестринските грижи за пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия включват:

- профилактика на заболяването;
- \* обучение на пациентите в здравословен начин на живот- консултиране по проблемите на рационалното хранене;
- \* физическата активност;
- \* наднормено тегло;
- \* тютюнопушене;
- \* употреба на алкохол;

\* мотивира хората за промяна в стила на живот, с цел повишаване на позитивното им здраве;

- облекчаване на състоянието;
- прилагане на консервативно лечение;
- подготовка за оперативна интервенция при необходимост, по назначение на лекар.

Сестринските грижи са специфични за тези пациенти и всеки професионалист по здравни грижи е необходимо да разпознава симптомите и самото протичане на заболяването, което се характеризира със значителни вариации в остротата на симптомите и прогресирането.

Клиничната картина се характеризира с обструктивни и възпалителни симптоми.

Иритативни симптоми:

- неотложен позив;
- често уриниране;
- нощно уриниране (никтурия);
- императивна инконтиненция (изпускане преди уриниране);
- супрапубична болка.
- Обструктивни симптоми:
- забавено начало на уринирането;
- прекъсване на струята;
- слаба струя (намалена траектория);
- напрежение при уриниране (включване на коремната преса);
- продължително уриниране;
- капчици след уриниране;
- остатъчна урина;
- задръжка на урината;
- чувство за непълно изпразване на пикочния мехур.

**Синдром - комплекс при ДПХ:**

- тънка струя;
- спиране на уринирането;
- чувство за непълно изпразване;
- често уриниране;
- императивен позив;
- императивна инконтиненция;
- инфекция на уринарния тракт;
- хематурия;
- дизурия;
- перинеална и супрапубична болка;
- импотенция;
- инконтиненция;
- обструкция на уретерите;
- бъбречна недостатъчност;
- хемоспермия;

- ректални тенезми.

Когато болният има смущения в уринирането и някои от посочените оплаквания се диагностицира, след което се пристъпва към лечение.

#### **Изчакване и наблюдение.**

Прилага се при болни с леко изразена симптоматика (IPSS - 0-7);

PSA трябва да се следи редовно.

#### **Консервативна терапия или последваща операция с основни методи;**

##### **Открита простатектомия с варианти:**

- трансвезикална;
- ретропубична;
- перинеална.

##### **ТУР – П – с варианти.**

##### **Алтернативни методи, които се използват:**

- лазер терапия;
- високоинтензивен фокусиран ултразвук;
- микровълнова терапия;
- уретрални стендове;
- балонна дилатация.

Грижите за всеки пациент са индивидуални, за което трябва да се съставя план за сестрински грижи в който при пациенти с ДПХ да се отдели внимание на физическото, психологическото и емоционалното им състояние. В терапевтични разговори се обръща внимание на начините за поддържане на хигиената, хранителния и двигателен режим, съобразени със състоянието на пациента, наличие на придружаващи заболявания, начина на възприемане и разбиране на информацията, относно заболяването. Тук приложение трябва да намери сестринския процес със своите последователни етапи – оценка на състоянието на пациента, интерпретация на получените данни с определяне на проблемите, планиране на сестринската дейност, изпълнение на съставения план и оценка на резултатите.

Освен обучение на пациентите с ДПХ е необходимо и обучение на близките на пациента, за да се приобщат към техните проблеми. Много важен момент е да се даде възможност за обсъждане и поставяне на възникнали конкретни въпроси от страна на пациентите и техните близки.

От учебната 2007/2008 година в учебния план на специалността „Медицинска сестра” се изучава дисциплината „Принципи и методика на обучението”. Така в бъдещата си практика медицинските сестри прилагат педагогически умения на научна основа, което в крайна сметка повишава качеството на здравните грижи като цяло.

В учебния план е включена и дисциплината „Сестрински грижи при пациенти със соматични заболявания”, където се разглеждат грижите за пациенти със заболявания на отделителната система (два часа теория), както и един час в теоретичната подготовка по дисциплината „Хирургия”. В дисциплината „Сестрински грижи при хирургични заболявания” се изучава алгоритъм на поведение при

оперативни намеси на болни с урологични заболявания (един час –теория и два часа упражнения).

Определено времето е ограничено и недостатъчно, като за повишаване качеството на тези грижи е необходимо да се включва следдипломно обучение.

### ПРИМЕРЕН ПЛАН ЗА СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ДПХ

- ☞ Информирание на пациента за: предстоящите процедури, изследвания, подготовка, възможни усложнения, прогноза, етапи на лечението;
- ☞ Подпомагане на пациента (включително и в психосоциален аспект);
- ☞ Насърчаване на пациента за независимост в грижите за себе си (self-care);
- ☞ Превенция на усложненията.

Нужди на пациента	Проблеми	Грижи
1. Да диша	Нормално или учестено-при болка	Проветрена, затоплена стая
2. Да се храни и пие	Гадене, повръщане, болки в корема, запек	Течности, вода, чай, ограничаване на сол, пикантни храни. Забрана на алкохол, ограничаване на кафе и черен чай.
3. Да отделя	Често уриниране, позиви за уриниране, мътна урина, намаляне на количеството урина до ретенция.	Наблюдение на отделяната урина, измерване на диуреза. Осигуряване на подлога, уринатор. При задръжка на урината-катетеризация.
4. Да поддържа нормална телесна температура	При задръжка на уринирането - повишена температура.	Следене на соматичните показатели. Даване на антипиретици.
5. Да се движи	Отпадналост, болки в коремната област. Увредено общо състояние	Постелен режим.
6. Да поддържа хигиена	Изпотяване, подмокряне	Хигиенен тоалет.
7. Сън и почивка	Неспокойни, нарушен сън от честото ставане до тоалетна	Тиха стая, топло легло, даване на аналгетици.
8. Нервна и психична дейност	Раздразнителни, уплашени, уплашени	Мило, вежливо отношение, успокояване, обясняване на протичане на заболяването.
9. Безопасност	Податливи на инфекции	Да се контролира спазване ХДР и личната хигиена
10. Комуникации	При желание на пациента –	Да се осигури спокойствие.

	възможност за срещи и разговори с близки, терапевтични разговори с лекар и медицинска сестра	При желание да общува с медицинския екип и близките
11. Да се забавлява	Леки занимания	Да слуша радио, да гледа телевизия, да чете.
12. Провеждане на лечението	Да се изпълнява определеният от лекаря лечебно-диагностичен режим.	Медицинската сестра организира изследвания-вземане на кръв, урина, ехография, КАТ, сцинтиграфия, PSA. Прилага точно и в определеното време антибиотици, химиотерапевтици, спазмолитици, диуретици и др.
13. Обучение	Ниво на здравната култура на пациента	Пациентът и неговите близки да бъдат информирани как протича ДПХ, да не води заседнал начин на живот, да се предпазва от простуда, да спазва ХДР, да е отговорен към своето здраве.

## Изводи от литературния обзор

Според здравната статистика на СЗО , около 24 милиона мъже в Европа имат симптом на увеличена простатна жлеза.

Това е четвъртото по честота заболяване при мъже над 45-50 годишна възраст. То постепенно прогресира във времето и води до нарушение на здравното състояние и психо-емоционалния комфорт при мъжете.

Високата заболяемост показва, че здравните проблеми произтичат най-вече от ниската здравна информираност на населението ни, както и нездравословния начин на живот.

Липсва нужната здравна информация, предоставена от лекар-уролог, относно Доброкачествената хиперплазия на простатната жлеза.

Липсва достатъчно здравна информация, относно здравето на мъжкото население.

Необходим е задълбочен анализ на здравната информираност и намиране на начини за повишаване на здравната култура при пациенти с ДПХ и техните близки.

Здравните специалисти трябва да са добре обучени, за да идентифицират нивото на здравна информираност и да предложат и приложат качествени здравни грижи.

Данните от специализираната литература свидетелстват за това, че съществуват множество изследвания свързани със заболяването аденом на простатната, но те са свързани предимно с диагностика и лечение и не разглеждат здравната информираност и психо-социалните проблеми при това заболяване.

## **II. ГЛАВА ВТОРА**

### **Цел, задачи и методология на изследването**

#### **2. 1. Цел и задачи на изследването**

##### **Цел на изследването:**

Да се проучи информираността и здравната култура на мъже с доброкачествена простатна хиперплазия и установяване функциите на медицинските сестри в процеса на формиране на здравно поведение с оглед превенция на заболяемостта и повишаване на качеството на живот.

##### **Задачи на изследването:**

За постигане на целта на научното изследване е необходимо да се решат следните задачи:

1. Да се проучи информираността за заболяването на мъже с диагностицирана доброкачествена простатна хиперплазия.
2. Да се установи нивото на здравна култура преди и след заболяването на мъже с доброкачествена простатна хиперплазия.
3. Да се направи анализ и оценка на разпространението на основните рискови фактори при пациентите с ДПХ.
4. Да се направи оценка на нивото на информираност и обученост на медицинските сестри, работещи в специализирани урологични отделения (кабинети) и други сектори в Северозападна България.
5. Да се определи нивото на обучение по въпроса за доброкачествената простатна хиперплазия на студенти от специалност „медицинска сестра” на филиал „Проф.д-р Ив. Митев” гр. Враца и ФОЗ – София на МУ-София
6. Разработване на „Консултативна сестринска практика за пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия“.

#### **2.2. Работна хипотеза**

Информираността и здравната култура на мъжете с диагностицирана хиперплазия на простатната жлеза са определящи и водещи фактори за качеството на

живот и адекватно поведение за превенция на усложненията и контролиране на симптомите на болестта. Медицинските сестри е необходимо да притежават допълнителни професионални компетенции относно обучението и консултирането на пациенти с хипертрофия на простатната жлеза.

### **2.3. Обект на проучването**

Обектът на изследването са болни с доброкачествена простатна хиперплазия; медицински сестри работещи в специализирани урологични отделения и кабинети и медицински сестри, работещи в други отделения и кабинети; студенти от специалността „медицинска сестра” във филиал „Проф. д-р Ив.Митев” гр. Враца и ФОЗ- София към МУ София.

### **2.4. Предмет на проучването**

Предмет на настоящето проучване е здравната информираност и здравната култура за Доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза сред пациенти, работещи медицински сестри и студенти от специалността „медицинска сестра”.

### **2.5. Логически единици на изследването**

\* **Пациенти** с доброкачествена простатна хиперплазия, потърсили медицинска помощ в здравни заведения на територията на градовете Враца, Видин, Монтана, Лом и Плевен. Те са определени като I-ва група респонденти;

\* **Медицински сестри** определени като II-ра група респонденти. От тях:

- Медицински сестри, работещи в специализирани урологични отделения и кабинети. Те са определени като II–А група респонденти;

- Медицински сестри, работещи в други отделения и кабинети. Те са определени като II–Б група респонденти;

\* **Студенти** от II, III и IV курс от специалността „медицинска сестра” Филиал Враца и ФОЗ София на МУ София. . Те са определени като III–та група респонденти.

### **2.6. Технически единици на изследването**

Лечебни заведения на територията на Северозападна България

**Враца**

- МБАЛ „Хр.Ботев” АД –гр.Враца
- Първа частна МБАЛ-Враца ЕООД – гр.Враца
- МБАЛ „Вива Медика” ООД-гр.Враца
- ДКЦ-І- ЕООД-Враца
- МЦ „ Нов медицински център” ЕООД-гр.Враца
- МЦ „Санита”ЕООД гр.Враца
- МЦ „ Св.Ана”ООД гр. Враца
- МЦ „Св.Иван Рилски” ЕООД гр.Враца
- МЦ „Алпико” ООД гр.Враца

#### **Лом**

- ДКЦ-І-Лом ЕООД
- МЦ „ Хипократ” ООД
- МБАЛ „ Св.Николай Чудотворец” Лом ЕООД

#### **Видин**

- МБАЛ „ Св.Петка”
- МБАЛ „Проф.д-р Георги Златарски” ЕООД гр. Белоградчик
- ДКЦ-І-Видин ЕООД
- ДКЦ-І-Екзарх Антим І

#### **Плевен**

- МБАЛ „ Св.Панталеймон” –Плевен ЕООД
- УМБАЛ „ Д-р Георги Странски” ЕАД- гр.Плевен
- МЦ „ Уромед” Плевен

## 2.7. Признаци на наблюдение на логическите единици

Признаците имат категориен характер. Общи признаци за трите групи – пол, възраст, семейно положение, месторабота.

- Признаци за 1-ва група респонденти:
  - ✓ Информираност за заболяването преди и след откриването му;
  - ✓ Информираност за вредните фактори, влияещи върху появата на заболяването;
  - ✓ Наличност на здравна култура;
  - ✓ Вид, степен и вариабилност на здравната култура;
  - ✓ Обученост в здравна култура;
  - ✓ Влиятелност на здравната култура върху поведението на пациентите;
- Признаци на 2-ра и 3-та група респонденти- медицински сестри и студенти от специалността „медицинска сестра”:
  - ✓ Информираност за заболяването на 2-ра А , 2-ра Б и 3-та група;
  - ✓ Обученост за доброкачествената хиперплазия на простатната жлеза на 2-ра а, 2-ра б и 3-та група;
  - ✓ Обученост по проблемите на здравната култура;
  - ✓ Мотивираност за обучение в здравна култура по проблемите с ДХПЖ;
  - ✓ Оценка на знанията и уменията за заболяването ДПХ, за вредните фактори, които го предизвикват и за обучение и възпитание в здравна култура на мъжкото население в Северозападна България.

## 2.8. Характер и обем на изследването

В проучването са включени лица, които са изявило доброволно желание за участието си. Участниците подробно бяха запознати с целите и задачите на проучването.

В изследването са обхванати 640 лица, от които:

- ✓ 300 пациенти, потърсили урологична помощ;
- ✓ 160 медицински сестри, от които 60 работещи в специализирани урологични отделения и кабинети, 100 работещи в други отделения и кабинети;
- ✓ 180 студенти от специалността „медицинска сестра”.

## 2.9. Етапи на научното изследване

**Проучвателен етап.** В периода 2015 – 2016 година беше извършено пилотно проучване сред 112 мъже с доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза с цел да се установи необходимостта от здравна информираност сред тях.

**Изследователски етап.** Проучванията включени в дисертационния труд обхващат двугодишен период от през месец юли на 2016 година до месец октомври на 2017 година.

## 2.10. Място и време на изследването

Изследването е проведено през 2015-2017 година в посочените лечебни и учебни заведения. Проучването е извършено самостоятелно.

## 2.11. МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

### Методи за събиране на емпиричния материал

При подбора на методите за изследване се ръководихме от целта и задачите на изследването.

**Документален метод** – събиране на информация от специализирана литература и публикации по проблемите на изследването, медицинска документация на пациенти, учебни планове и програми.

**Социологичен метод.** Социологическо проучване чрез анкетен метод – изработени са специално за целта въпросници, които съдържат предимно закрити въпроси с възможност за избор на формулиран отговор, както и възможност за изразяване на коментар:

✓ Пряка индивидуална анонимна анкета с пациенти от доболничната и болничната помощ. Анкетата съдържа 51 въпроса. (*Приложение 1*);

✓ Пряка индивидуална анонимна анкета с медицински сестри. Анкетата съдържа 25 въпроса (*Приложение 2*);

✓ Пряка индивидуална анонимна анкета със студенти от специалност „медицинска сестра“, професионално направление „Здравни грижи“. Анкетата съдържа 20 въпроса (*Приложение 3*).

### **Статистически методи за обработка на информацията.**

Използвана е методична и консултативна помощ на медицински статистик.

За оценка на статистическата значимост на наблюдаваните количествени разлики в отговорите на различните групи анкетирани са използвани:

Непараметрични анализи. Тест за независимост на Pearson за субективните категориини данни от анкетите – изследвания коефициент  $\chi^2$  за силата на линейната връзка между две променливи

Параметрични анализи. Еднофазен дисперсионен анализ за сравнение на средно аритметични при повече от две групи.

Обследван е точния коефициент на Фишер за достоверност на резултатите при стойности  $p < 0,05$ .

Вариационен анализ – при описание на количествени показатели (признаци). Резултатите са представени като средна аритметична  $\pm$  стандартно отклонение и стандартна грешка.

Значимостта на резултатите е определена при  $p < 0,05$ .

Графичен анализ – за визуализация на получените резултати е използвана програмата Microsoft Excel 2010.

Софтуерни продукти – статистическата обработка на данните е извършена с помощта на програмния пакет SPSS V 19.

### III. ГЛАВА ТРЕТА

#### АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

##### 3.1. Анализ на резултатите от анкетното проучване на пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия

Проведеното проучване е сред 300 пациенти, потърсили урологична помощ на територията на Северозападна България и е поставена диагноза доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза.

Средната възраст на респондентите е 73,10 г. Най-младият участник в проучването е на 45 г., а най-възрастния на 89 години.

Възрастовата характеристика на изследваните мъже е представена в табл. 1.

**Табл.1. Разпределение на анкетираните лица по възраст**

Възрастови групи	Абсолютна честота	Относителен дял в %
До 55 години	52	17.3
От 56 – 65 години	66	22
От 66 - 75 години	69	23
Над 75 години	113	37.7
<b>Общо</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

С най-висок относителен дял – 37,7% са респондентите над 75 г. Близки по стойности са относителните дялове на мъжете във възрастовата група от 66 до 75 г. (23 %) и тези от 56-65г. (22%). Най-нисък е относителният дял при мъжете до 55г.(17.3%).

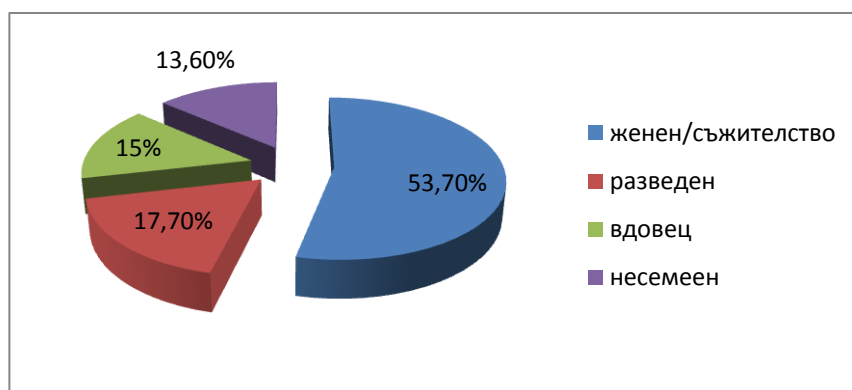
Според здравната статистика на СЗО, около 24 милиона мъже в Европа над 50 години имат симптоми на увеличена простата. ДПХ засяга около 50% от мъжете на възраст 51-60 години. По статистически проучвания на редица автори в Европа състоянието се диагностицира при около 25% от мъжете на възраст над 40 години, 50% от мъжете над 50 годишна възраст, до 80% - над 60 години и над 90% при мъжете над

80 години. ДПХ е четвъртото по честота диагностицирано състояние при мъжете над 50 години и в САЩ.

**Табл. 2. Разпределение по местоживеене**

Местоживеене	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Областен град	118	39.3
Град	99	33
Село	83	27.7
<b>Общо</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

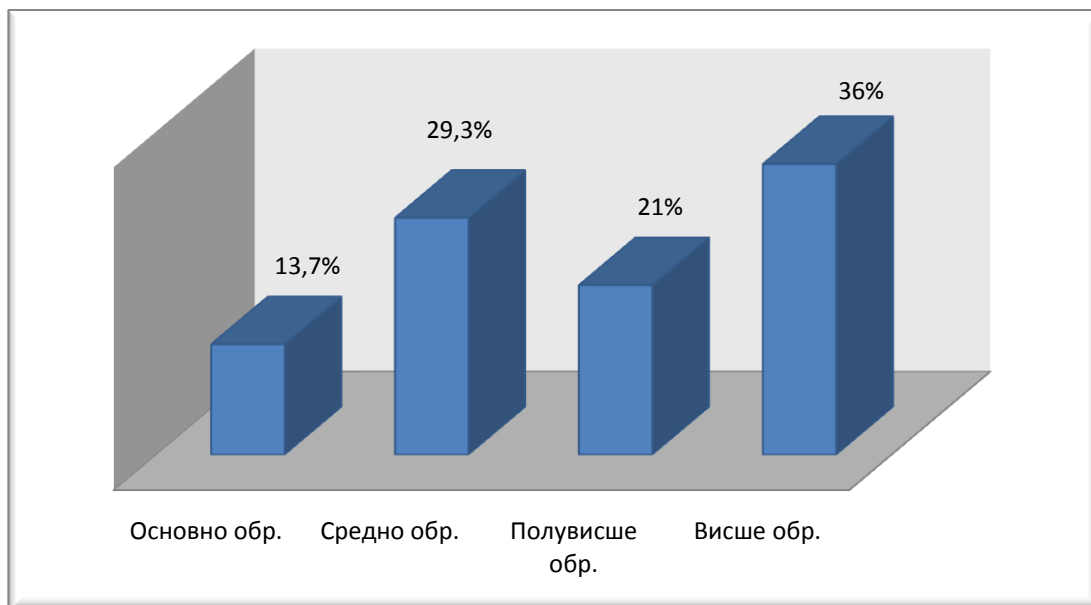
Получените резултати показват, че 72,3% от мъжете живеят в градове и 27,7% живеят в село, където безработицата е по-силно изразена и живеят мъжете предимно в пенсионна възраст.



**Фиг.1. Семейно положение**

Малко над половината от мъжете (53,7%) са семейни или живеят във фактическо съпружеско съжителство, като общия дял на тези които живеят без постоянна партньорка (разведени – 17,7%, несемейни – 13,6 % и вдовци – 15 %) е 46,3 %.

През последните 20 години брака беше изместен от т.н. съвместно съжителство. Семейството изгуби своя смисъл „като най-малката структурна единица в обществото”. Свободните връзки се приемат като съвременно понятие и извънбрачните връзки са нещо нормално. Промискуитетът, както и нежеланието за използване на кондоми са причина за простатити и уретрити в по-ранна възраст.



**Фиг.2. Разпределение на анкетираните според образователния ценз**

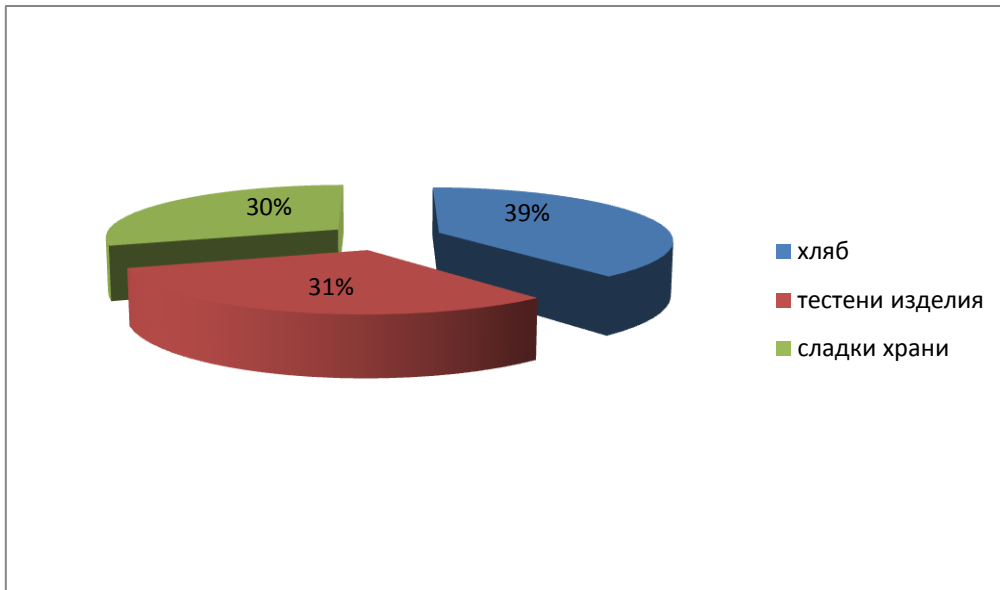
Според получените данни 36 % от респондентите са с висше образование, 29,3% са със средно образование, почти всеки пети е с полувисше, като няма такива с начално или да са без образование. Тези данни са предпоставка за активност от страна на анкетираните.

**ВМІ** се използва за определяне на нормалните стойности на теглото и съответно на степените на затлъстяването при различните индивиди. При мъжете за нормални стойности се приемат тези между 20-25. При възрастните индивиди ВМІ до 26 се счита норма.

**Табл.3. ВМІ на пациентите**

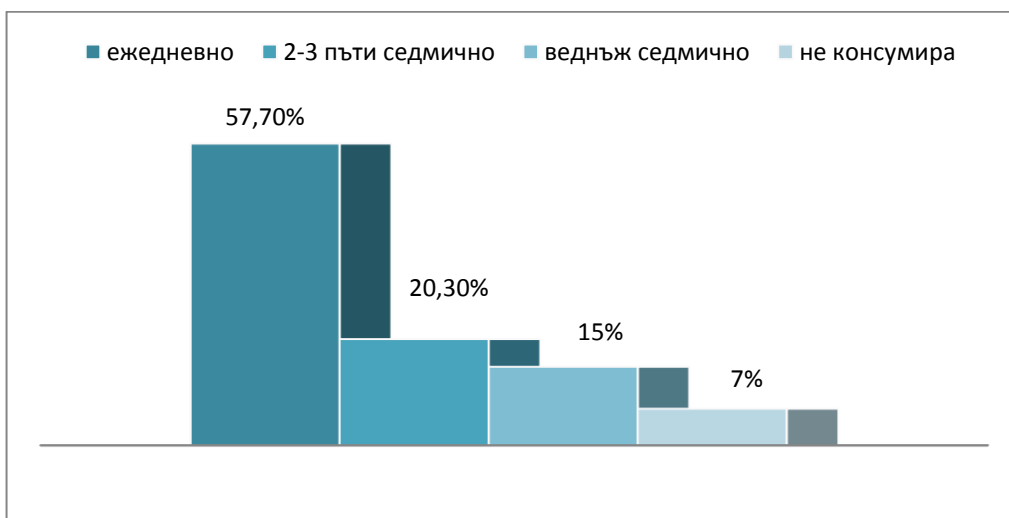
Класификация	мъже	брой	Отн. дял в %
Ниско тегло	<20	9	3
Нормално тегло	20-25	87	29
Наднормено тегло	25-30	107	35.7
Затлъстяване	30-40	89	29.6
Тежко затлъстяване	>40	8	2.7
		<b>300</b>	<b>100</b>

С този показател се установи, че по-голяма част от анкетираните 2/3 са с наднормено тегло, което е в пряка връзка с развитието на ДПХ и инфекциите на долните пикочни пътища.



**Фиг.3. Консумация на хлебни изделия**

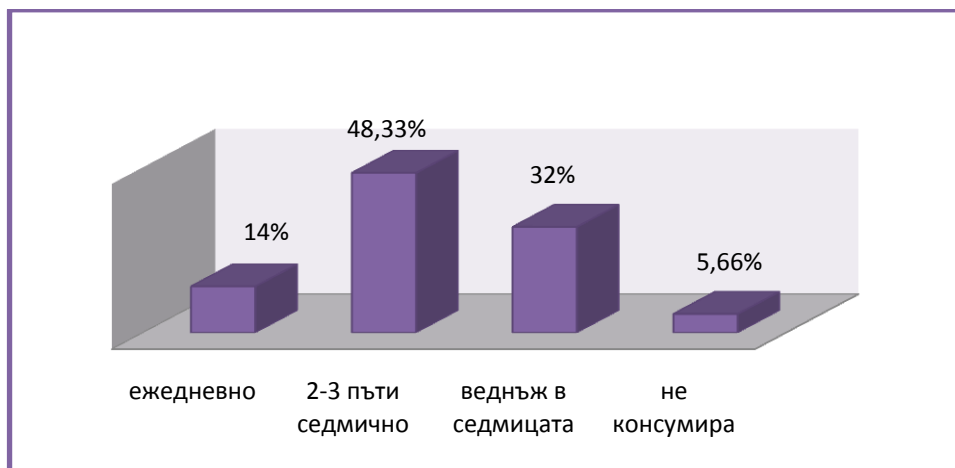
Установи се тенденция за нездравословно хранене, изразена сред анкетираните. Най-голям процент са мъжете използващи хляб и тестени изделия ( 70%). Предпочитащи сладките храни са 30%. Пациентите с наднормено тегло или тегло в горните граници на ВМІ имат предпочитания преди всичко към тестените храни, хляба и сладкишите.( $p < 0,05$ )



**Фиг. 4. Честота на консумация на месо и месни продукти**

Резултатите показват, че малко повече от половината респонденти (57,7%) консумират ежедневно месо, всеки пети от тях консумира 2-3 пъти седмично и с най-малък относителен дял (7%) са тези които не включват в менюто си месо и месни продукти.

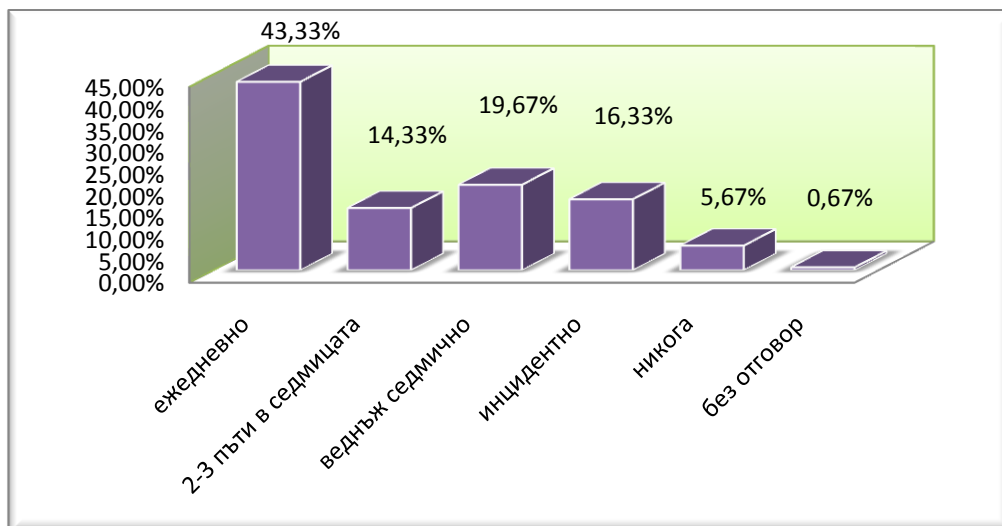
Рискът от ДПХ се увеличава , при консумация на месо и месни продукти, които съдържат големи количества мазнини. Приемът на мазни храни допринасят за ускоряване на заболяването.



**Фиг. 5. Честота на консумация на плодове и зеленчуци**

Само 14 % от анкетираните консумират ежедневно плодове и зеленчуци, 48,33% съобщават, че тези храни ги консумират от 2 до 3 пъти седмично и близо 1/3 от тях – веднъж в седмица. Употребявайки по-често плодове и зеленчуци се намалява приема на изкуствени хормони с които се хранят животните и риска от ДПХ е по-нисък при пациенти, придържащи се към здравословно хранене.

Открива се статистическа значимост между честотата на консумация на месо и месни продукти и честотата на консумация на плодове и зеленчуци. Пациентите с ДПХ, които ежедневно консумират повече месо и месни продукти приемат по-малко плодове и зеленчуци.( $p < 0,05$ )



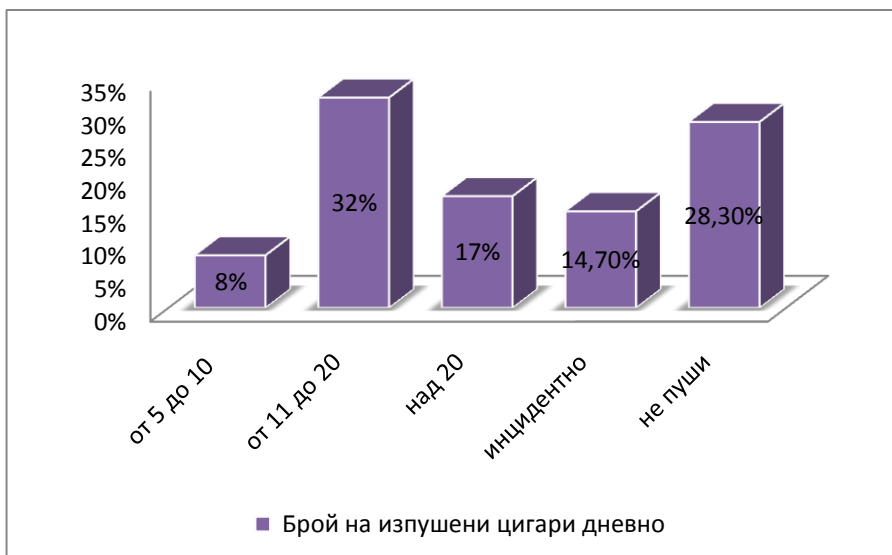
**Фиг. 6. Честота на консумация на алкохол**

Прави впечатление, че за 43,33% от мъжете консумацията на алкохол е ежедневие. Характерно за нашата нация е храненето да е придружено и с алкохол. Почти всеки пети (19,67%) от анкетираните употребява алкохол веднъж седмично, 16,44% инцидентно или както са отбелязали в някои анкети – „по повод”. Делът на тези които „никога” не употребяват алкохол е близо 6 % и близо един процент не са отговорили.

Алкохолът води до недостиг на цинк в организма. Установено е, че нормално в простатата се съдържа няколко пъти по-голямо количество цинк, отколкото във всеки друг орган в човешкото тяло. Проучванията показват, че цинкът блокира превръщането на тестостерон в дехидротестостерон, който от своя страна оказва влияние на размера на простатната жлеза, което е от важно значение за задълбочаването проблема. В простатна жлеза с хиперплазия се установява значително по-висока концентрация на дехидротестостерон, отколкото в нормална жлеза.

Анализът показва, че не се отчита статистическа значимост между възрастта на изследваните пациенти и употребата на алкохол ( $p > 0,005$ ).

Хранене предимно с месо и всекидневна употреба на алкохол е предпоставка за увеличение на простатната жлеза.



**Фиг.7. Разпространение на тютюнопушене**

Почти всеки трети от анкетираните пуши от 11 до 20 цигари дневно и това е отговора с най-висок относителен дял. Вторият по честота отговор (28,3%) е на тези, които не пушат и 17 % пушат повече от 20 цигари дневно. Инцидентно или както са отбелязали в някои анкети – „при стрес” пушат 14,7%. Въпреки всеизвестните последици от вредата при тютюнопушене по-голямата част от изследваните лица (57%) са активни пушачи .

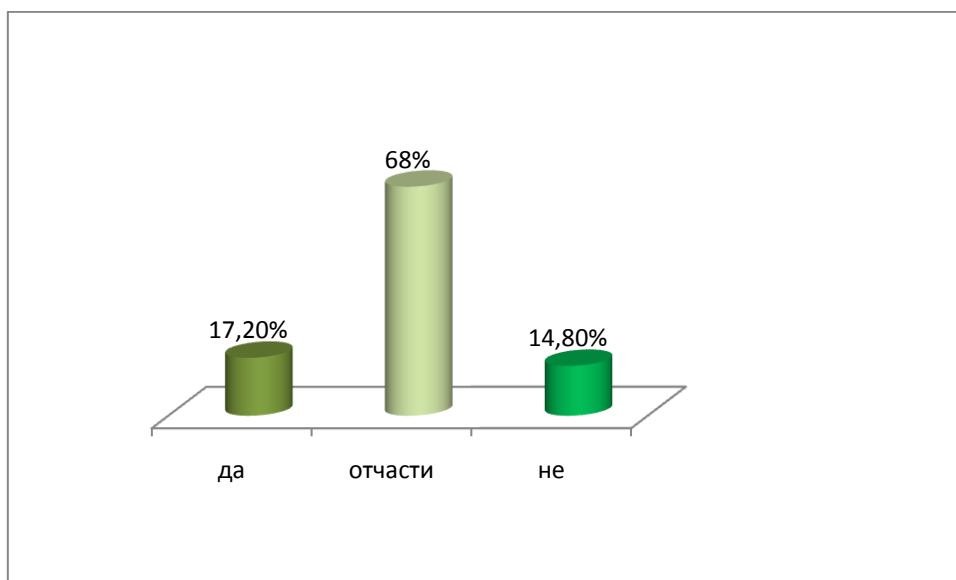
Почти всички анкетирани са запознати от последствията при тютюнопушенето и това какво влияние оказва никотиновия дим при заболявания на пикочо-половата система и въпреки това приемат тютюнопушенето като удоволствие от което не биха се лишили.

**Табл.4. Употреба на наркотици и наркотични вещества**

Отговори	Абсолютен брой	Относителен дял
да	0	0
рядко	7	2,3
опитвал съм 1-2 пъти	25	8,3
не, не взимам	166	55,3
никога не бих взел	99	33
без отговор	3	1

В хода на изследването се опитахме да проучим проблема свързан с употребата на наркотици и наркотични вещества. Малко повече от половината анкетиранни (55,3 %) отбелязват, че не взимат наркотици и всеки трети смята, че и в бъдеще „никога“ това няма да се случи. Положителен категоричен отговор „да“ няма, а относителния дял на тези които „рядко“ употребяват наркотици и наркотични вещества и тези които са „опитвали“ е 10,6 %. Хората започват да употребяват някакво вещество, за да намалят нивата на стреса и тревожността си, да подтиснат травматични спомени и преживявания. Мъже с високо ниво на субективен стрес откриват, че след употреба на някакво вещество той намалява, което води до многократно повтаряне на употребата. Дори еднократната употреба може да доведе до проблеми със семейство, приятели, в работа и със закона.

Редовната употреба и зависимостта към психоактивни вещества обикновено води до значителни промени в начина на живот и влошаване на качеството му.

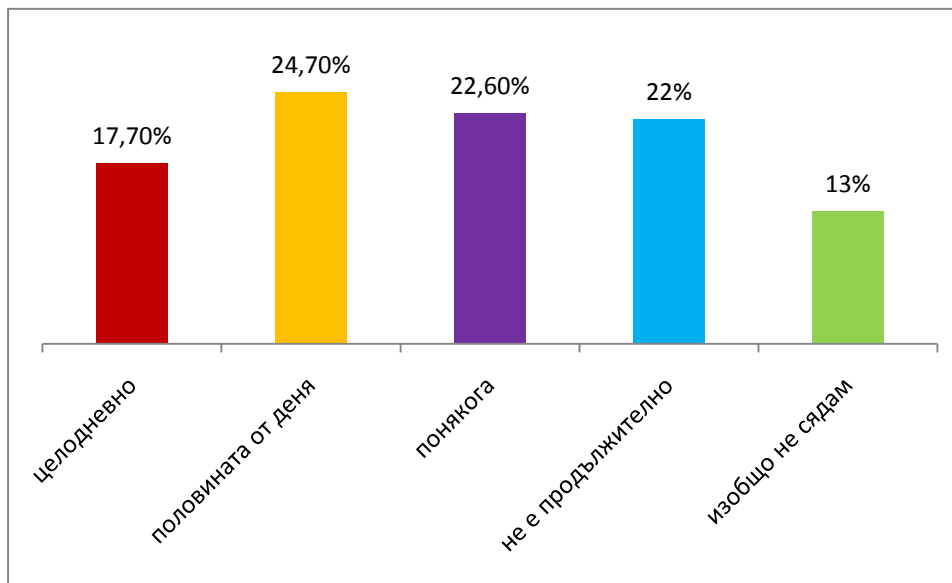


**Фиг.8. Прием на храни и течности, съобразно диета**

Резултатите от въпроса „Храните и течностите съобразени ли са със заболяването Ви?“ показват, че при 68% отговора е „отчасти“, 14,80% не се съобразяват с диетата и само 17,20% приемат течности и храни, съобразно заболяването ДПХ.

Открива се статистическа значимост между пациентите, които са семейни или живеят в съжителство, и тези, които приемат храни и течности, съобразно диетата на заболяването. ( $p < 0,05$ ) Това означава, че 46,30% от анкетираните пациенти с ДПХ,

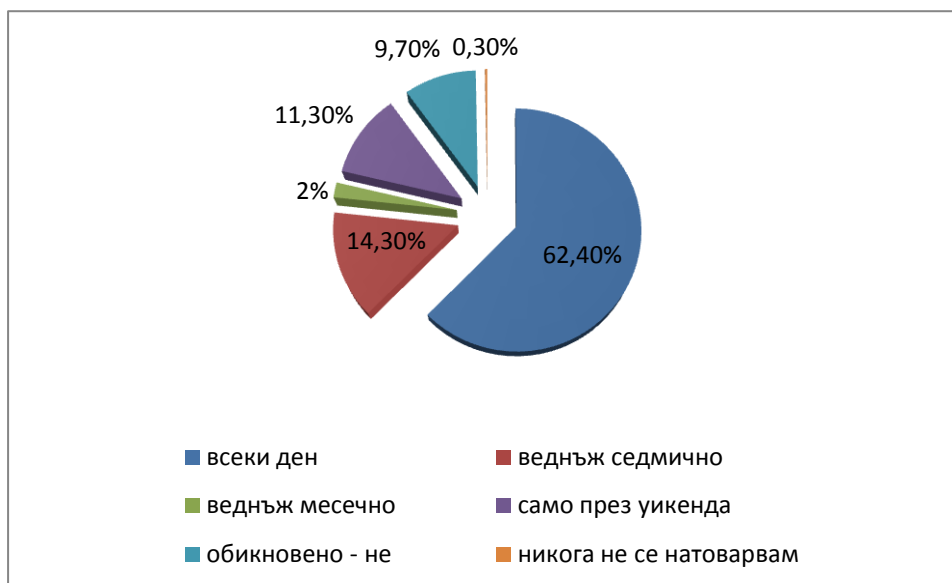
които живеят самостоятелно ( несемейни, разведени или вдовци) не се хранят в съответствие с изискванията на лечебното и диетично хранене.



**Фиг.9. Положение по време на работния процес**

Ежедневната работа при 17,7% налага седнало положение през целия работен ден, 24,7% седят половината от деня, само понякога 22,6% . Изобщо не седят 13% и при 22% не е продължително. Почти при 2/3 от анкетираниите, деня преминава в седнало положение, което довежда до обездвижване.

Пациенти, чиято работа е свързана с продължително седене довежда до застои на кръвоносната система в малкия таз, което действа неблагоприятно върху простатната жлеза.



**Фиг.10. Честота на физическото натоварване при респондентите**

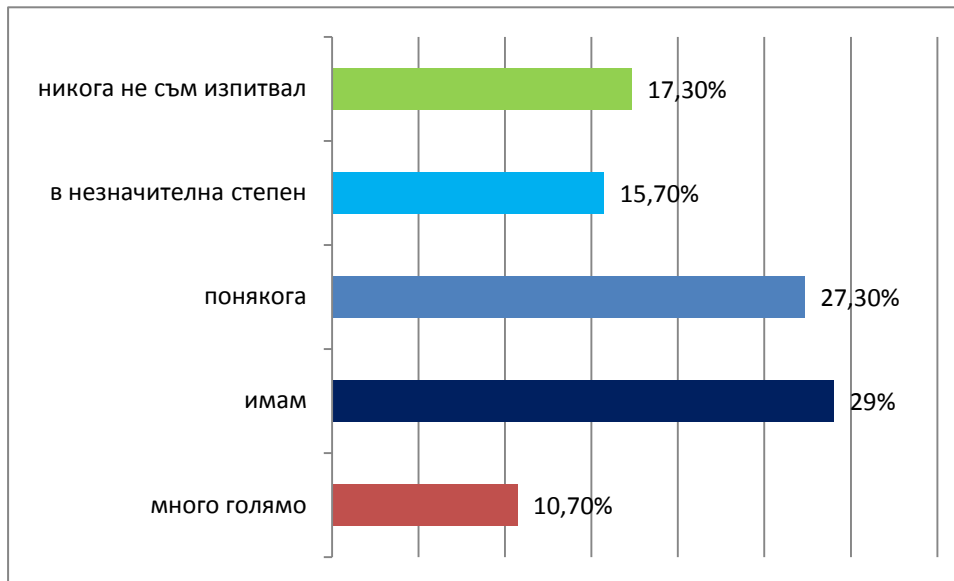
Всекидневно физическо натоварване имат 62,4% от респондентите. Веднъж седмично се натоварват физически 14,3%, само един път в месеца - 2%, а през уикендите-11,3%. Обикновено не се натоварват физически 9,7%, а 3% никога нямат натоварване.

**Табл.5. Характер на физическото натоварване**

Физическото ми натоварване е от:	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Работното ми място	85	28.4
Грижата за семейството	64	21.3
Допълнително работно място	27	9
Земя, която обработвам	67	22.3
Спорт	57	19
<b>общо</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

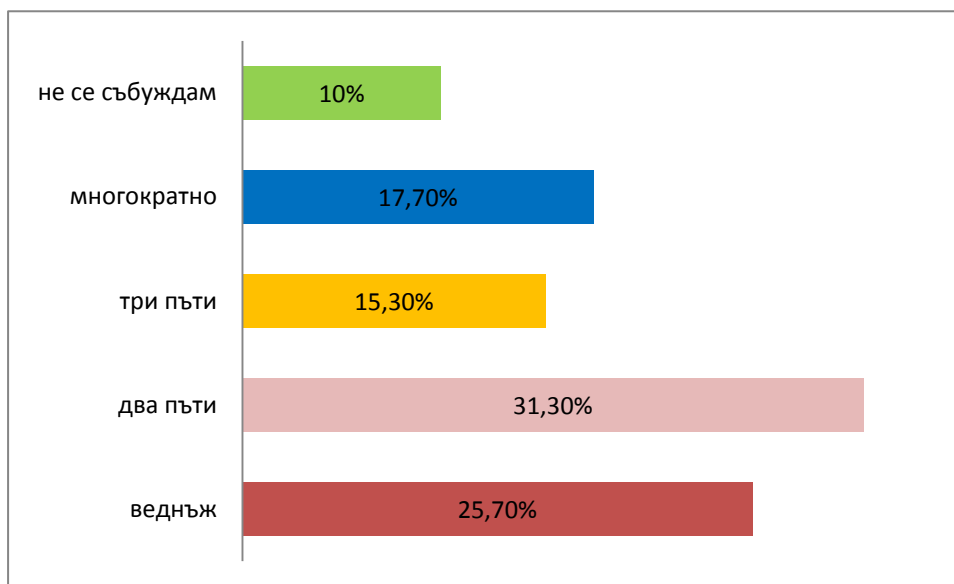
Физическата активност е особено важен елемент при заболявания на простатната жлеза. Ежедневно се натоварват физически 62.4% от респондентите. При 28.4% физическите натоварвания са от вида професионални ангажименти, при 9% допълнителната им работа е свързана с физически труд. Със обработване на земя се

занимават 22.3% За физическо натоварване при спортуване дават отговор 19% от анкетираните мъже.



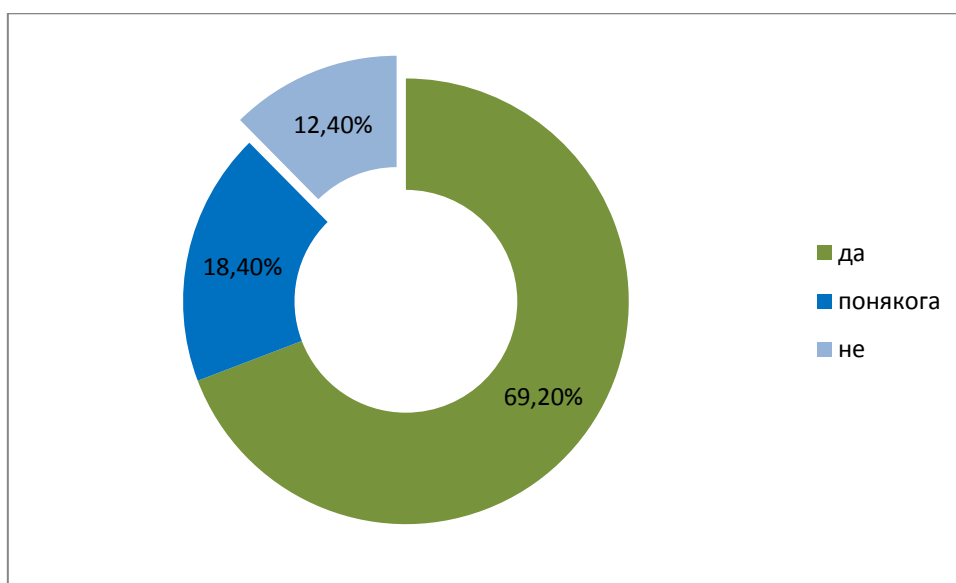
**Фиг.11. Затруднение при уриниране**

Съществен извод може да се направи при получаването на отговорите свързани със затруднения при уринирането. При 10,70 % затруднението е много голямо, 29% имат затруднение, а 27,30% понякога изпитват трудност при уриниране. В незначителна степен е затруднението при 15,70% и 17,30% не са изпитвали затруднение никога.



**Фиг.12. Честота на уриниране през нощта**

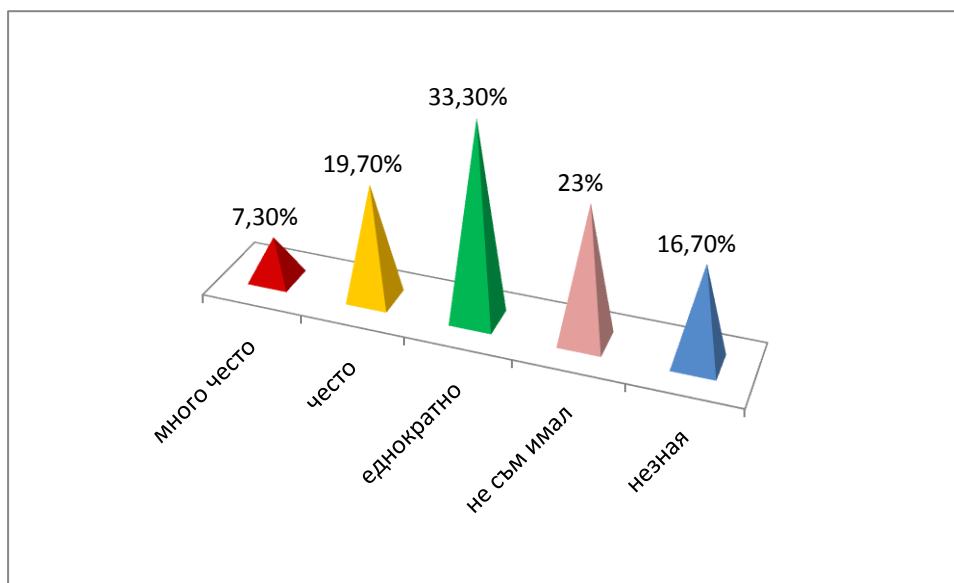
Най-голям относителен дял 31,30% има при пациенти ставащи два пъти през нощта. Веднъж стават 25,70% , многократно 17,70%, три пъти 15,30% и не се събуждат нощем да уринират само 10% от анкетираните. Никтурията е един от най-изразените симптоми при ДПХ. Тя в значителна степен понижава качеството на живот на пациентите. Многократното нощно ставане от сън, води до непълноценна почивка и пациентите се чувстват уморени на сутринта. По-възрастните трудно стават, ако добавим и външните тоалетни в селските райони се достига до преохлаждане и засилване на оплакванията.



**Фиг.13. Дискомфорт след уриниране**

Чувство на дискомфорт след уриниране изпитват 69,20% от анкетираните мъже. „Понякога” са отговорили 18,40% и само 12,40% отговарят отрицателно на поставения въпрос.

Пациентите, които най-малко два пъти уринират през нощта и тези които посочват, че многократно имат уриниране през нощта изпитват чувство на дискомфорт според статистическата значимост.( $p < 0,05$ )



**Фиг.14. Честота на урологична инфекция**

По-голямата част от анкетираните мъже съобщават за инфекции на урогениталния тракт. Еднократно са боледували 33,30%, често са имали инфекции 19,70%, при 7,30% са много чести. Не са имали инфекция на ППС 23% и 16,70% не знаят дали са боледували.

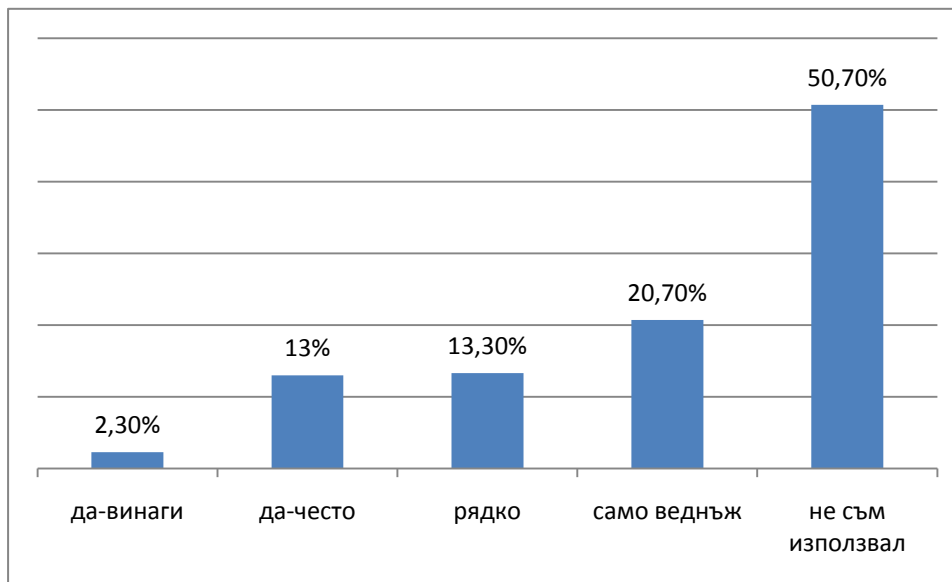
Честите инфекции са предпоставка за простатити в млада възраст, които ако не са лекувани адекватно водят до промени в простатната жлеза.

**Табл. 6. Сексуални нарушения**

Имате ли проблеми при сексуалните контакти	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Да-много често	20	6.7
Да-често	52	17.3
Рядко	69	23
Случвало се е 1-2 пъти	57	19
По-скоро -не	63	21
Никога не съм имал	39	13
<b>общо</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

Проблеми при сексуалните контакти са имали много често 6,7%, рядко – 23%, често се е случвало при 17,3%, само един, два пъти са имали проблем 19%. Никога не са имали проблеми в секса 13% и по-скоро ”не” са дали отговор 21% от анкетираниите пациенти. Увреденото сексуално здраве рефлектира върху психиката на мъжете.

Видния клиницист и изследовател William A. Fisher е казал, че „най-добрият барометър за мъжкото здраве е сексуалното здраве”. При мъжете сигурността на сексуалните изяви е твърде важен момент, определящ както тяхното самочувствие, така и пълноценната им социална изява. Може да се отрази на самоуважението и достойнството на мъжа, тъй като се свързва с мъжествеността. За съжаление, малка част от страдащите търсят лекарска помощ под влияние на различни предразсъдъци.



**Фиг.15. Използване на стимуланти**

Положителен отговор за използването на стимуланти са дали 1/2 от анкетираниите, като малка част 2,3% винаги използват стимулант, често използват 13%, рядко 13,30% и само веднъж са използвали 20,70%.

Отрицателен отговор получихме от 50,70% от анкетираниите мъже.

**Табл.7. Използвани продукти**

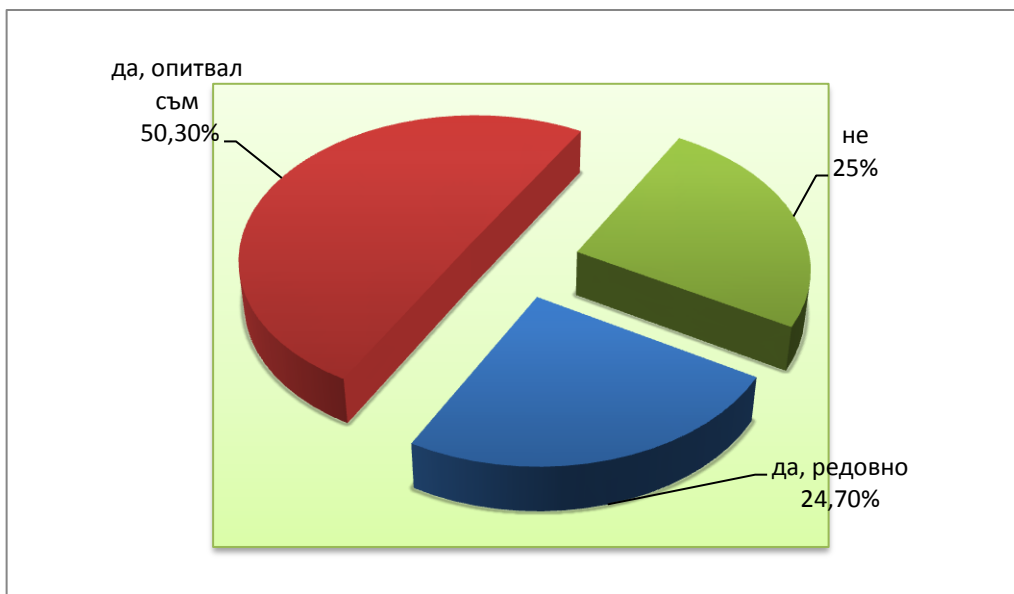
<b>Вид използван стимулант</b>	<b>Абсолютна честота</b>	<b>Относителен дял в %</b>
Виагра	53	35.81
Левитра	17	11.48
Камагра	5	3.37
Трибестан	32	21.62
Вига макс про	12	8.18
Билкови продукти	23	15.54
друго	6	4
<b>общо</b>	<b>148</b>	<b>100</b>

Общо 49,33% от анкетираните мъже дали положителен отговор относно използване на сексуални стимуланти са отбелязали вида на продукта.

Най-често се използва „Виагра”позната още като „синьото хапче”. Следващият продукт който е използван е „ Трибестан”. Билкови продукти са посочили че употребяват 23 от респондентите.

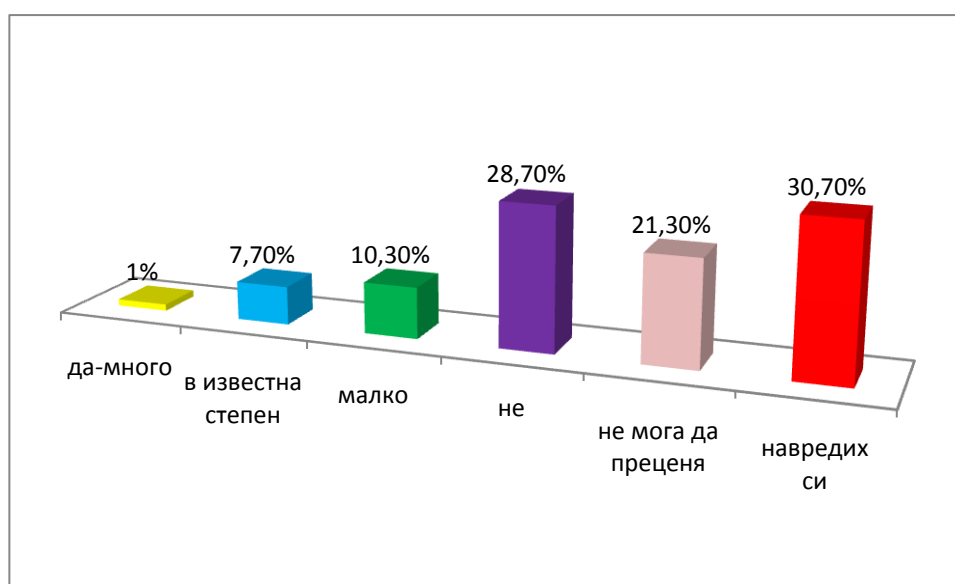
Много е важно да отбележим, че ДПХ е заболяване, което засяга качеството на живот, а не неговата продължителност. Пациентът усеща симптомите и именно те го подтикват да търси помощ, която да облекчи състоянието му. Трябва да се има предвид, че едни и същи симптоми се възприемат по различен начин от различни болни – при едни леките симптоми са много притеснителни, докато други мъже изобщо не ги усещат.

Задахме въпрос на анкетираните, дали са провеждали някакъв вид самолечение преди да потърсят специализирана урологична помощ.



**Фиг.16 . Провеждане на самолечение**

Всеки втори от анкетирания е „опитвал” някаква форма на самолечение, а всеки четвърти „редовно” провежда такова.  $\frac{1}{4}$  от анкетирания не са провеждали самолечение. Значителна част от респондентите (75%) все още изпитват неудобство и срам да говорят за урологичните си проблеми. За част от мъжете това все още е тема „табу”.



**Фиг.17. Резултати след проведено самолечение**

С най-висок относителен дял (30,7%) са респондентите, които смятат, че самолечението им е нанесло вреда. Близки по стойности (28,7%) са и получените резултати, при които няма ефект от проведеното самолечение, а тези които „не могат да преценят” са 21,3%. С най-малък относителен дял (1%) са тези при които самолечението им е помогнало много.

Отговорността за своевременната диагностика зависи не само от медицинските специалисти, но и от личната активност на пациента и желанието му за запазване на собственото здраве.

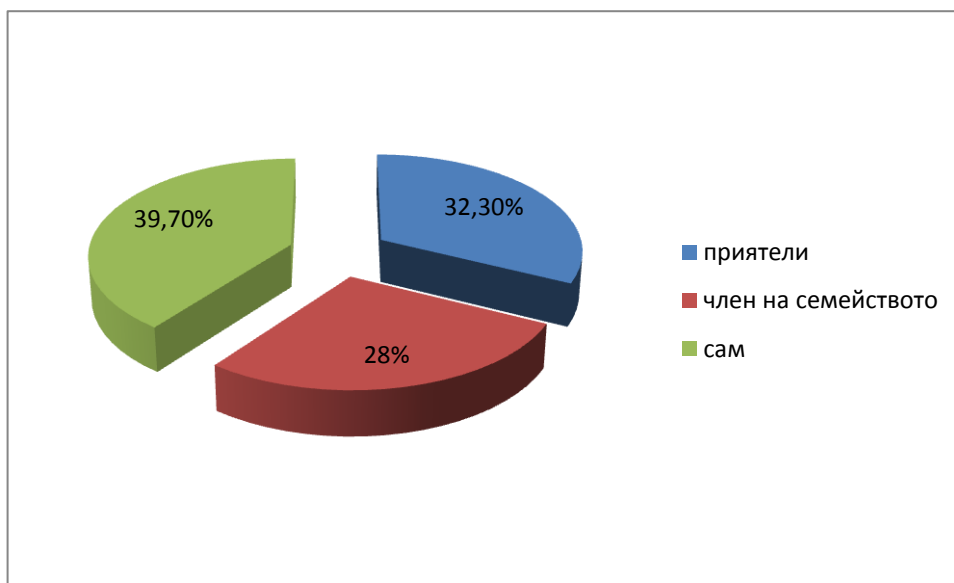
Освен информираността за заболяването ДПХ като такова, много важно е пациента да бъде информиран за неговата същност, протичане и лечение.

**Табл.8. Степен на информираност на пациентите относно заболяването доброкачествена простатна хиперплазия преди лечението**

Отговори	Абсолютна честота	Относителен дял
Да	29	9.7
По-скоро да	43	14.3
По-скоро не	93	31
Не	135	45
<b>общо</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

От получените данни, относно степента на информираност на пациентите с ДПХ преди лечението установихме следното: 9,7% са имали информация, 14,3% също дават положителен отговор, „по-скоро-не” са отговорили 31% и 45% не са имали информация за заболяването преди лечението.

Здравната грамотност на хората, култура и психологичната нагласа са решаващи за ранната диагностика на заболяването. Високата здравна оградненост и адекватно поведение, утвърждават опазване и възстановяване на индивидуалното здраве.

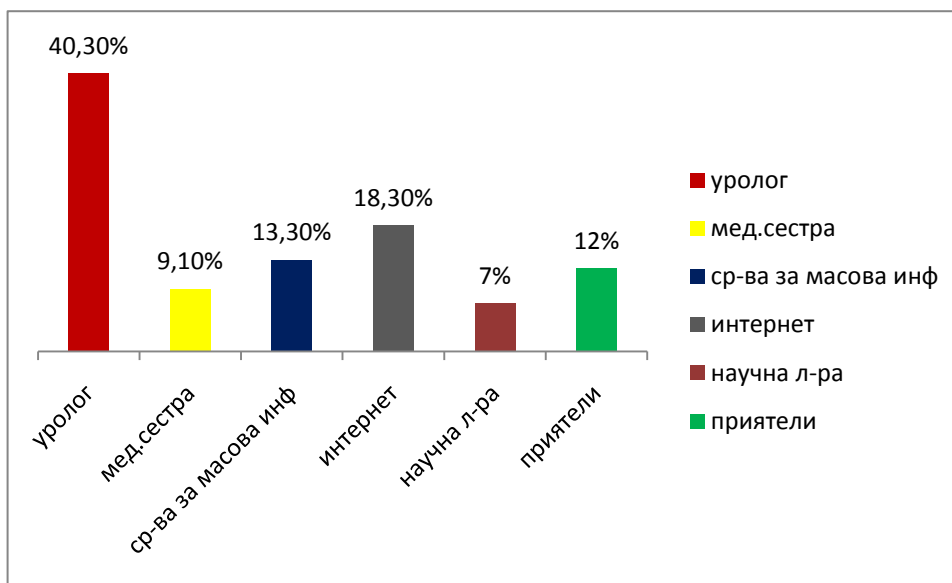


**Фиг.18. Разпределение на пациентите, според лицата насочили ги към уролог**

Въпреки ниската информираност, относно заболяването, повече от мъжете са посетили уролог, без лекарска насоченост, като най-голям е делът на тези решили да потърсят специализирана помощ сами- 39,7%, 32,3% са отишли на преглед след съвет от техни приятели ,а 28% съобщават, че са насочени от член на семейството. Обезпокояващо е пациентите сами да се насочват при специалист, особено ако са здравно-осигурени и биха могли да отидат на преглед при специалист след лекарска преценка и медицинско направление бл.3 от НЗОК, което дава възможност за безплатен преглед, пакет изследвания и вторична консултация.

В ранните стадии на заболяването лечението е консервативно. Предмет на консервативното лечение са преобладаващата част от болните с различна степен на оплаквания от нарушено уриниране, при които това нарушава качеството на живота им.

Очертават три основни направления: промяна на стила на живота и диета, медикаментозно лечение и фитотерапия. Всички тези методи имат за цел повлияване на различни елементи в патогенезата и механизмите, водещи до развитие и проява на заболяването.

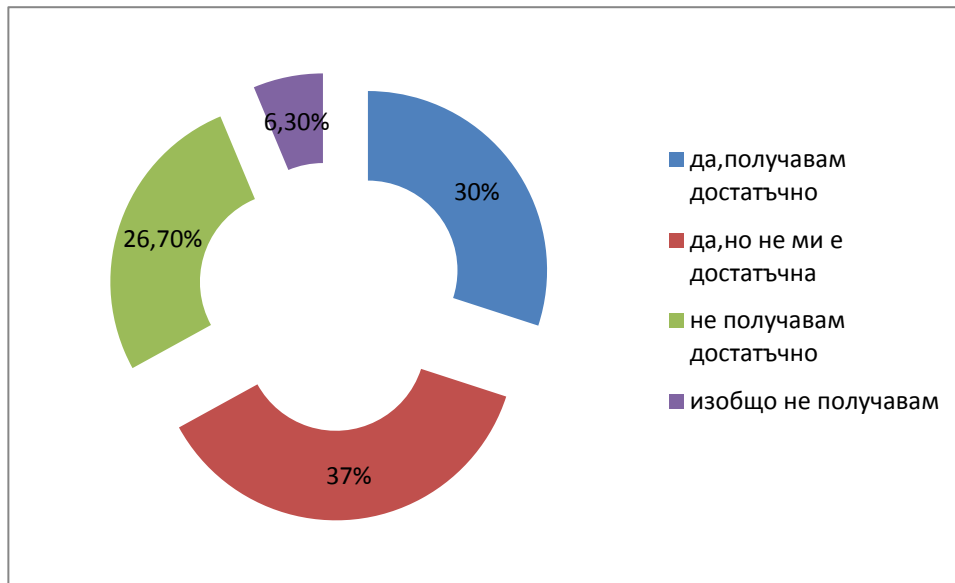


**Фиг.19. Източници на информация**

Знанието на болните за протичането на лечебния процес при вече диагностициран урологичен проблем е гаранция за ефективното справяне с него. Данните от изследването показват, че най-голям дял от диагностицираните мъже с ДПХ са получили информация за лечението на заболяването от уролога- 40,3% . Източниците на информация за лечението на заболяването са разнообразни, като 18,3% съобщават, че са потърсили информация от интернет, 13,3% от средствата за масова информация, от приятели-12%, от медицинската сестра при уролога-9,1% и 7% от научна литература.

Информираността на съвременния пациент изисква не само добро качество и ефективност на медицинската услуга, но и професионално отношение и взаимодействие, които са гаранция за повишаване на удовлетвореността му.

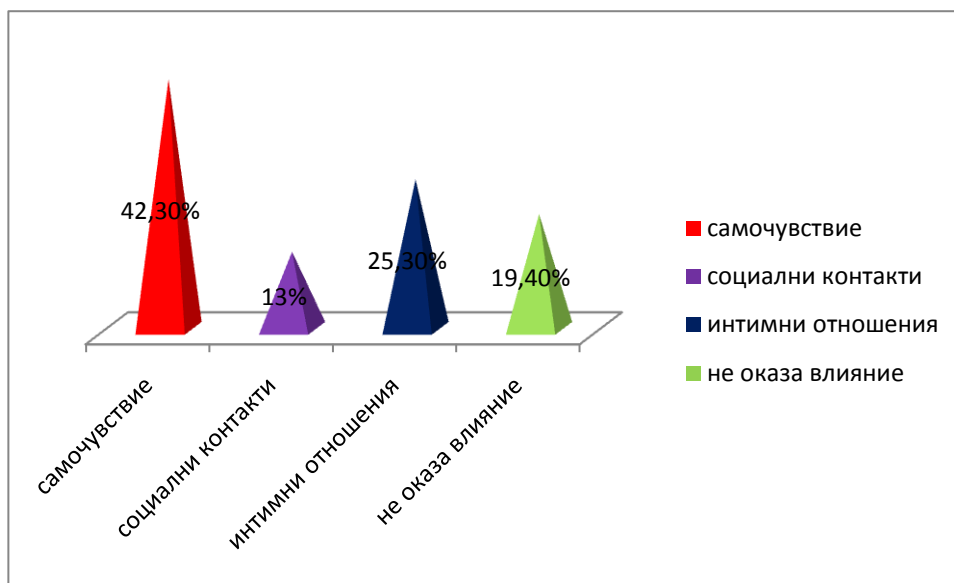
Мнението на пациентите по отношение на информираността им, относно доброкачествената простатна хиперплазия е от значение за разкриването на проблеми, които могат да бъдат разрешени с тяхното активно участие.



**Фиг.20. Информираност на пациентите за заболяването доброкачествена простатна хиперплазия след лечението**

Удовлетворени от получената здравна информация след лечението пациенти са 30 %, получилите информация, която не им е достатъчна са 37 % , 26,7 % не получават достатъчно информация и 6,3 % споделят че не са получили информация дори след лечението.

Освен информираността за заболяването ДПХ като такава, много важно е пациента да бъде информиран за неговата същност, протичане и лечение след като вече е диагностицирано. Отношението и индивидуалната отговорност на всеки от анкетираниите към собственото им здраве са важни личностови фактори, имащи значение за ранната диагностика и профилактика на усложненията от заболяването на простатната жлеза.



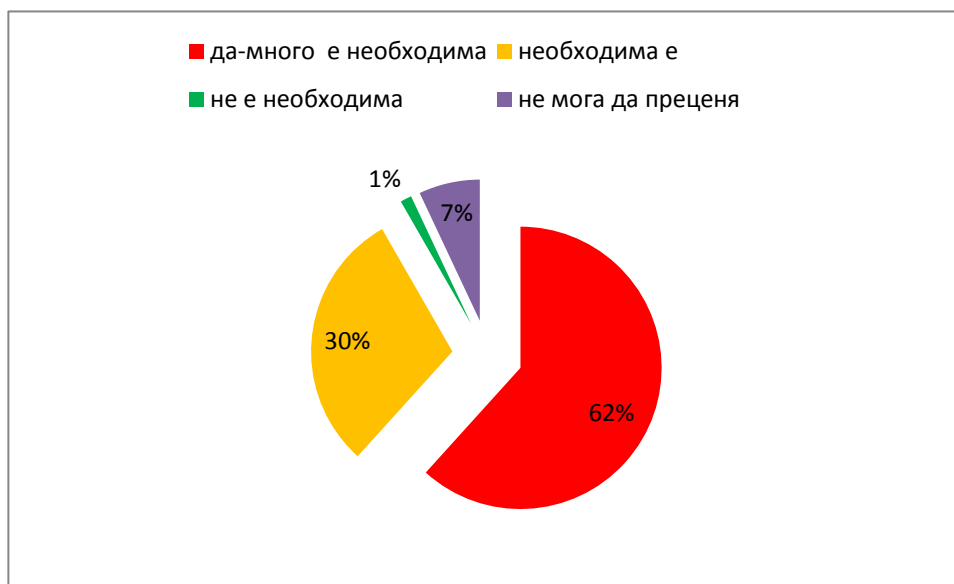
**Фиг.21. Негативно влияние на ДПХ**

При всички анкетирани мъже заболяването е оказало негативно влияние в ежедневието им. Най-голям дял се установи при промяна самочувствието на мъжете – 42,30%. Негативно е влиянието и при интимните отношения. Засегнати са 25,3% от изследваните. При 13% промяната е в социалните контакти и 19,4% не им влияе заболяването.

Анализът показва, че съществува статистическа зависимост между степента на информираността на пациентите, относно заболяването ДПХ и влиянието върху начина им на живот. Пациентите, които не са информирани за болестта считат, че поставената диагноза се отразява значително на тяхното самочувствие. ( $p < 0,05$ )

Според изследваните лица, заболяването нарушава част от вече изградените навици в семейството, обществото и социалните взаимоотношения. Нарушените социални контакти водят до емоционална и социална изолация, която се засилва от тяхното собствено нежелание да обсъждат с другите хора притесненията си. Освен това не желаят да натоварват своите близки.

Информираността на съвременния пациент изисква не само добро качество и ефективност на медицинските услуги, но и професионално отношение и взаимодействие, които са гаранция за повишаване на удовлетвореността му. Мнението на пациентите по отношение на информираността им за доброкачествената простатна хиперплазия е от значение за разкриването на проблеми, които могат да бъдат разрешени, ако получат повече здравна информация в тази област.



**Фиг.22. Необходимост от здравна информация**

Анализът на данните показва, че 62% от респондентите имат потребност от повече здравна информация в изследваната област. Необходима е за 30%, не могат да преценят 7% и 1% от анкетираните не е необходима здравна информация.

Отчита се статистическа значимост между пациентите, които са боледували от урологични инфекции и потребността от здравна информация, относно ДПХ. ( $p < 0,05$ )

Основните насоки на здравното образование е да мотивира хората да водят природосъобразен начин на живот, да променят рисковите си форми на поведение и да осъзнаят необходимостта от поемането на лична отговорност за здравето. Поради това здравната информация, която е потребна на обществото, трябва да бъде лесно достъпна, да бъде съобразена с интелектуалното ниво на групата, към която е насочена и да бъде достатъчно пълна.

През последните години в икономическия, социалния и политически живот настъпиха значителни промени. Това естествено води до необходимостта от иновативни решения и програми в медицинската практика, които да отговарят на променените изисквания и очаквания на обществото. Нуждите на пациента се увеличават, а с това и техните очаквания от качествени здравни грижи.

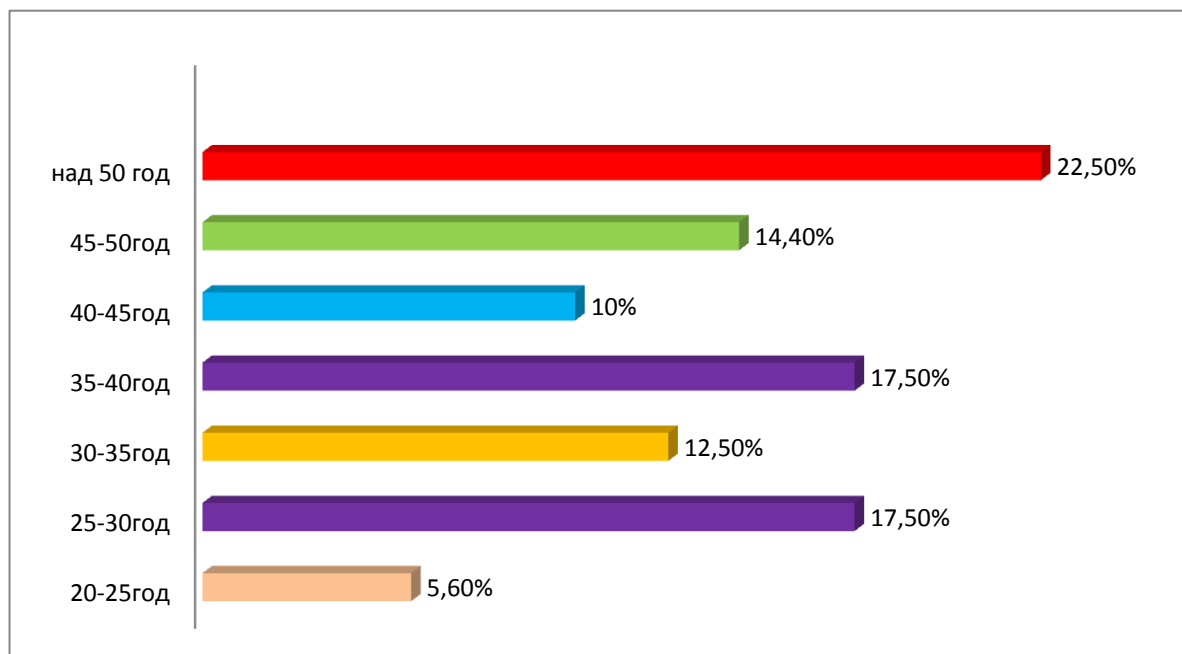
Информираността и познанието изиграват решителна роля в култивиране на здравни знания и навици.

### 3.2. Анализ на резултатите от анкетното проучване с медицински сестри, относно проблемите на пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия

Едно от определенията за сестринството, което отговаря най-пълно на професионалните ѝ задължения и очакванията на обществото принадлежи на американката Виржиния Хендерсън публикувано в нейната книга „Основни принципи на сестринските грижи” през 1961г. „Уникалната задача на сестрата е да оказва помощ на човек, било то болен или здрав, при осъществяване на такива действия, които имат отношение към неговото здраве, възстановяване или спокойна смърт и които той сам би предприел, ако имаше за това необходимите сили, знания и воля, и то да прави това по такъв начин, че човек отново да придобие независимост, колкото е възможно по-бързо”.

Анкетирани са общо 160 медицински сестри. От тях 60 работещи в специализирани урологични отделения и кабинети и 100 работещи в неспециализирани урологични отделения и кабинети.

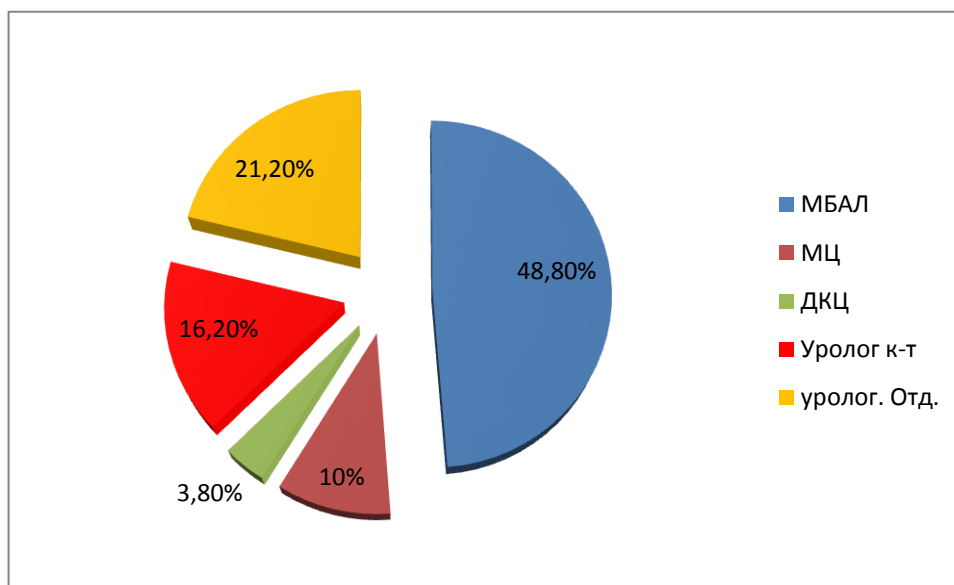
Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание за обективност на резултатите



Фиг.23. Разпределение на медицинските сестри по възраст

Най-голям е относителния дял на лицата от възрастовата група над 50 години (22,5%). Двете възрастови групи – 25-30 години и 35-40години относителния дял е

равен, съответно по 17,5%, следвани от възрастовата група 45-50 год -14,4%, 30-35 години – 12,5% , 45-50 г. – 10%, а най-малък 5,6% във възрастта от 20 до 25 години, видно от фиг.24:



**Фиг.24. Разпределение по месторабота**

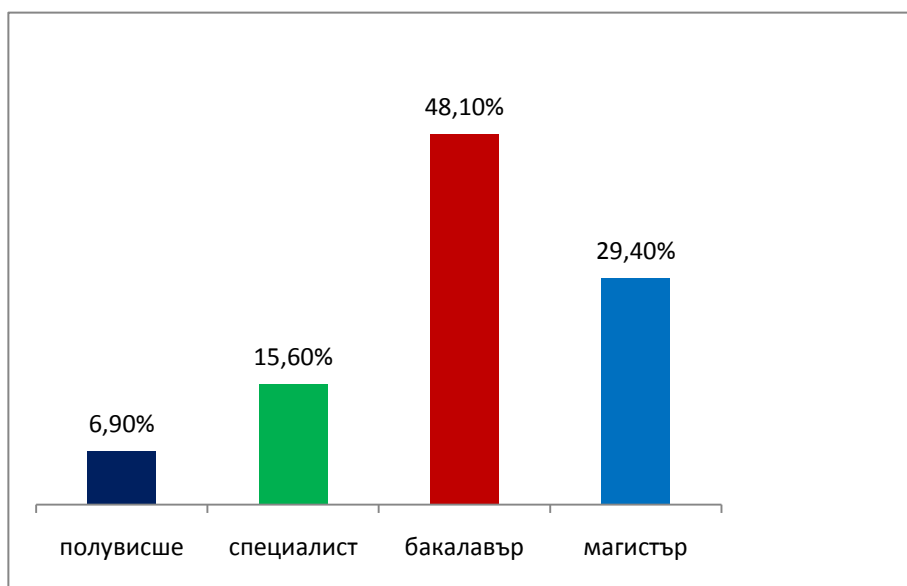
От анкетираните медицински сестри (N=60) 37.40 % работят в специализирани урологични отделения и кабинети, като 21,20% работят в урологични отделения и 16,20% в урологични кабинети. Останалите респонденти (N=100) 62.60 % работят в неспециализирани урологични звена. По-голяма част от тях са в МБАЛ-48,80 %, 10% в МЦ и 3,80% в диагностични-консултативни центрове

Пълното и качествено изпълнение на функциите от медицинската сестра може да стане, ако тя има необходимата професионална компетентност, която представлява съвкупност от знания, умения, и поведение, необходими да изпълнява своите функции и задължения.

Взаимодействието на медицинската сестра с пациента разширява контекста на здравните грижи и се разглежда като съществена част от тях.

Пътят към добрите взаимоотношения с пациента започва с формиране на положително отношение, което се постига чрез уменията за професионално общуване и взаимодействие. Чрез междуличностно взаимодействие медицинската сестра успява

най- пълно да отговори на нуждите на пациентите и да изпълни професионалните си задължения.



**Фиг.25. Образователно квалификационна степен**

Образователният профил на медицинските сестри показва, че 77,50% от тях са с висше образование, като 48,10 (N=77) са с образователно-квалификационна степен „бакалавър“ и 29,4% (N=47) притежават образователно-квалификационна степен „магистър“. От анкетираните лица 15,60% (N=25) съобщават, че са с образователно-квалификационна степен специалист и най-малък е относителният дял на сестрите с полувисше образование– 6,90 %.

Съвременната медицинска сестра трябва да бъде лицето което чрез своите знания и компетенции, да съдейства и подпомага индивида както да промени своите нездравословни навици така и да поддържа здравословен начин на живот.

Днешната професионална подготовка на медицинската сестра все повече отговаря на постоянно растящите здравни потребности на населението. Завършващите днес университетско образование медицински сестри имат теоретичната и практическа подготовка да отговарят на нуждите на населението, в това число и да обучават и предоставят информация свързана с опазване и укрепване здравето на индивидите.

Без здравни грижи е немислимо постигането на качествено лечение в съвременната медицинска практика. Качествените грижи трябва да бъдат навременни, целесъобразни, научно обосновани, изпълнени с чувство на отговорност.

**Табл.9. Участие в следдипломно обучение, относно грижите за пациенти с урологични заболявания**

<b>Отговори</b>	<b>Абсолютна честота</b>	<b>Относителна честота в %</b>
Да-имам завършен курс	22	13.75
Да-имам повече от един курс	8	5
В момента съм на курс с такава тематика	16	10
Не-нямам	114	71.25
<b>Общо</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Анализът на резултатите показва, че курсове за следдипломно обучение, относно грижите за пациенти с урологични заболявания имат малка част от анкетираните медицински сестри, а именно:

За „един завършен курс” съобщават 13,75 %, „в момента на курс с такава тематика” са 10%, и 5 % „имат повече от един курс”. Останалите 71,25 % не са участвали в курсове с урологична тематика.

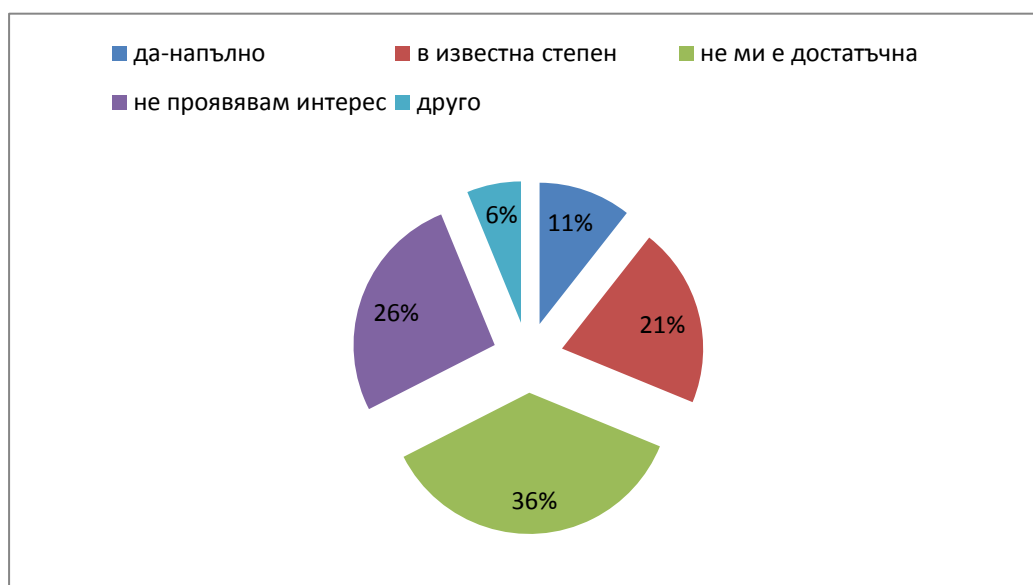
**Табл.10. Разпределение по тематика на СДО**

<b>Следдипломно обучение</b>	<b>Абсолютна честота</b>	<b>Относителна честота</b>
АНЕСТЕЗИЯ В УРОЛОГИЯТА	3	6,6
КАЧЕСТВО НА УРОЛОГИЧНИТЕ ЗДРАВНИ ГРИЖИ	7	15,2
ОБУЧЕНИЕ НА МЕД СЕСТРИ В УРОЛОГ ОТДЕЛЕНИЯ - СПЕЦИФИКА	8	17,4
ОПЕРАТИВНА ТЕХНИКА ПРИ ПАЦИЕНТИ С УРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	5	10,9
ПРОФ ЗДРАВНИ РИСКОВЕ ЗА РАБОТЕЦИ В КЛИНИКА ПО УРОЛОГИЯ	2	4,3
СГ УРОЛОГИЧНО БОЛНИ	6	13

СЕСТРИНСКИ АЛГОРИТЪМ ПРИ ПАЦИЕНТИ СЛЕД ТУР	4	8,7
ССГ ЗА ПАЦИЕНТИ СЪС ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОТДЕЛИТЕЛНАТА СИСТЕМА	4	8,7
ТРАНСУРЕТАЛНА ХИРУРГИЯ ПРИ ДПХ	2	4,3
УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ОПЕРАЦИОННИ СЕСТРИ В ПОЛИВАЛЕНТНА ХИРУРГИЯ	5	10,9
<b>ОБЩО</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Прави впечатление, че 76,6% от медицинските сестри работещи в урологични звена имат квалификационен курс с урологична насоченост.

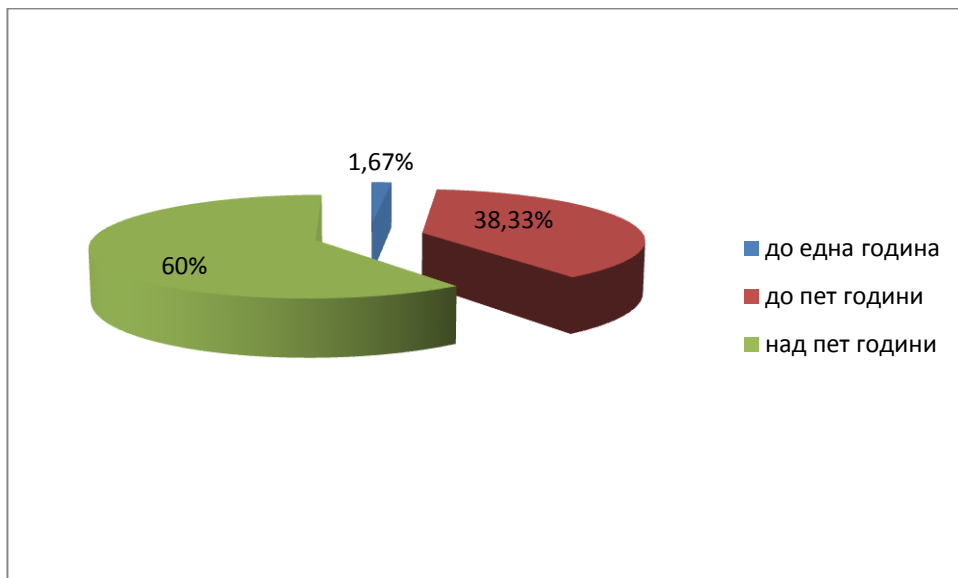
Останалите 23,4% медицински сестри, които работят в урологични звена нямат нито един курс с такава насоченост. Това предимно са новозавършили медицински сестри и сестри, работещи от скоро в тези звена.



**Фиг.26. Удовлетвореност от квалификационния курс с урологична насоченост**

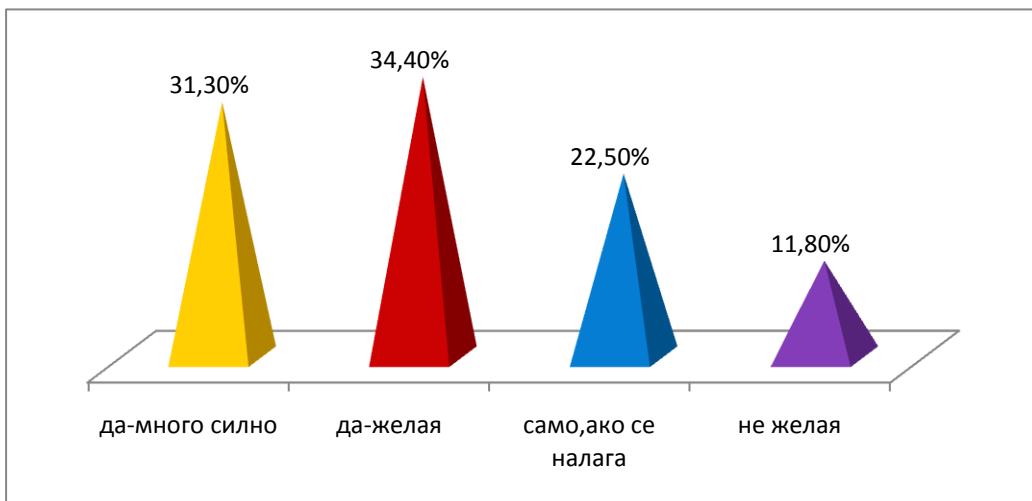
Почти 1/3 от медицинските сестри дават отговор, че информацията от квалификационния курс не им е достатъчна, достатъчна в известна степен е била за

21%, не проявяват интерес към подобни курсове 26%, напълно достатъчна е за 11% и отговор „ друго” са дали 6%.



**Фиг.27. Медицински сестри, работещи в областта на урологията**

От анкетираните медицински сестри, работещи в областта на урологията с най-голям относителен дял 60% са с над пет годишен стаж в тази област, 38,33% са със стаж от една до пет години. Най-малък относителен дял има при сестрите със стаж до една година-1,67%.



**Фиг. 28. Желание на респондентите относно допълнителното обучение по проблемите от ДХП**

От фиг.28 се вижда желанието на анкетираните медицински сестри за допълнително обучение по проблемите на ДПХ. Най-високия относителен дял 34,40% е при отговорилите че желаят допълнително обучение. „Много силно” са отговорили 31,30%, „само ако се налага” са дали отговор 22,50% и нежелаят такова обучение - 11,80%. Факт е , че близо 65% от анкетираните имат желание да се развиват и имат желание да се обучават.

Съществува статистическа значимост между медицинските сестри, работещи в урологичните структури и кабинети и желанието им за допълнително обучение по проблемите на пациентите с ДПХ ( $p < 0,05$ ).

**Табл.11. Насоченост при допълнително обучение**

<b>С каква насоченост желаете да бъдете обучен/а?</b>	<b>Абс.брой</b>	<b>Отн.дял в %</b>
в същността на заболяването	60	37.5
във факторите, причиняващи заболяването	54	33.7
методите за лечение	58	36.2
специалните грижи за болните	96	60
профилактиката за заболяването	96	60

От табл.11 (*Процентите са повече от сто, тъй като респондентите са посочили повече от един отговор*) се вижда, че една сестра би искала да се обучи в няколко насоки, относно хиперплазията на простатната жлеза.

Най-голям относителен дял има при желаещите да се обучават при специалните грижи и профилактиката на заболяването – 60 %. Почти равен дял се наблюдава при желаещите да бъдат обучени в същността на заболяването 37,5 % и методите на лечение 36, 2% и във факторите, причиняващи ДПХ – 33,7 %.

Пълното и качествено изпълнение на функциите от медицинската сестра може да стане, ако тя има необходимата професионална компетентност, която представлява съвкупност от знания, умения, и поведение, необходими да изпълнява своите функции и задължения.

Пред медицинските сестри стоят редица задачи, които се реализират чрез изпълнението на основните им функции. Те се отнасят към повишаване на компетентността им чрез формиране на непрекъснато обучение; повишаване на качеството на сестринските грижи чрез прилагане на средства за качествени грижи.

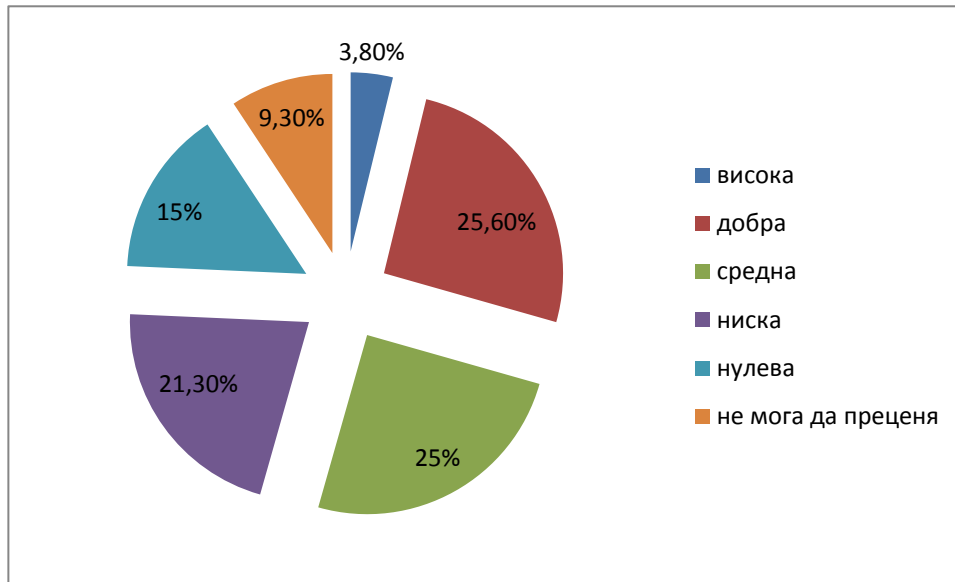
**Табл.12. Определение за здравна култура според медицинските сестри**

Здравната култура е:	Без отговор		Напълно съгласен		съгласен		несъгласен		Напълно несъгласен	
	бр	Отн. дял	бр	Отн. дял	бр	Отн. дял	бр	Отн. дял	бр	Отн. дял
Съвкупност от знания и убеждения	59	36,9	20	12,5	39	24,3	11	6,9	31	19,4
<i>съвкупност от знания, нагласи, отношения, убеждения и поведение</i>	68	42,5	33	20,6	52	32,5	5	3,2	2	1,2
съвкупност от знания и отношения	105	65,7	11	6,8	31	19,3	12	7,6	1	0,6
здравно съзнание, здравни потребности, здравни интереси, навици и поведение	58	36,2	39	24,4	60	37,5	2	1,3	1	0,6
здравно възпитание	93	58,1	25	15,6	26	16,2	10	6,3	6	3,8

Правилният отговор е: Здравната култура е съвкупност от знания, нагласи, отношения, убеждения и поведение.

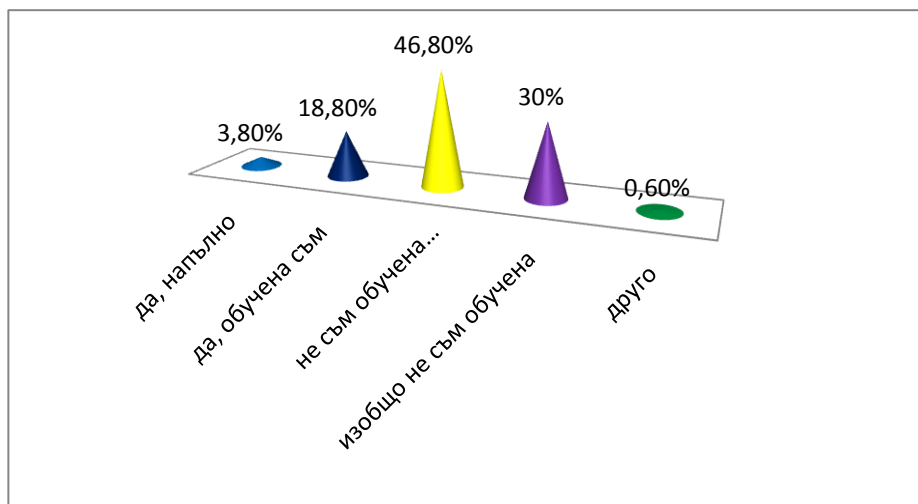
Отговорите, които получихме за определение на понятието здравна култура показаха следното: напълно са съгласни с това твърдение- 20,6%, съгласни са 32,5%, не

са съгласни 3,2% и 1,2% напълно не са съгласни. От анкетираните медицински сестри 42,5% не са дали отговор на въпроса. Тези данни показват непознаване на терминологията и същността, относно здравната профилактика и здравната информираност.



**Фиг.29. Степен на информираност, относно заболяването ДХП**

Информираността на медицинските сестри, относно заболяването определят като „добра” –за 25,6%, „средна степен на информираност” са дали отговор че имат 25% от респондентите. За 21,3% степента е „ниска”, при 15% отговора е „нулева”, „не могат да преценят” колко са информирани за ДПХ - 9,3% и само 3,8% дават отговор, че степента им на информираност е „висока”.



**Фиг.30. Самооценка на респондентите относно степента на обученост**

Анализът на данните изобразени на фиг.30 показва, че само 3,8% смятат, че са напълно обучени да работят с пациенти с хиперплазия на простатната жлеза. Обучени са 18,8%, при 46,8% обучението не е достатъчно, а 30% изобщо не са обучени. Отговор „друго” са дали 0,6% от анкетираните.

Уверени в своето обучение да работят с пациенти с това заболяване са твърде малко медицински сестри. Изпъква необходимостта от цялостно и пълноценно обучение на работещите медицински сестри.

**Табл.13. Теоретична и практическа подготовка**

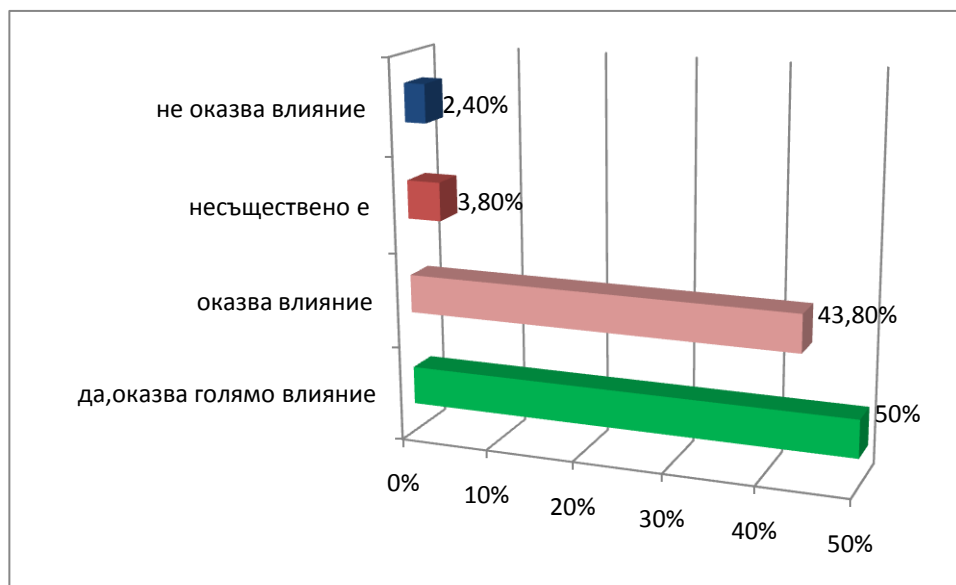
<b>Имате ли достатъчно теоретични знания и практическа подготовка да обучавате пациенти с Доброкачествената простатна хиперплазия?</b>	<b>Абсолютна честота</b>	<b>Относителна честота %</b>
Да, имам	15	9.4
Да, но не достатъчни	64	40
Нямам теоретични знания	14	8.8
Нямам практическа подготовка	18	11.3
Не съм подготвена	49	30.5
<b>общо</b>	<b>160</b>	<b>100</b>

Анализът на данните показва, че 9,4% от медицинските сестри се чувстват уверени в теоретичните си знания и практически умения и биха могли да обучават пациенти с ДПХ.

Имат подготовка, но не са достатъчни знанията при 40%, не се чувстват подготвени 30,5%. При 11,3% нямат практическа подготовка, а при 8,8% са недостатъчни теоретичните знания. Сестрите, които работят в урологични отделения и кабинети имат практическа подготовка, участвали са в следдипломни квалификационни курсове и са готови да обучават пациентите си, относно заболяването хиперплазия на простатната жлеза.

Като рискови фактори за развитието на доброкачествената хиперплазия медицинските сестри са посочили в най-голям процент в отговорите си „стреса”-53,8%, на следващо място е „промискуитет”-43,1%, равен дял се забелязва при тютюнопушенето и злоупотребата с алкохол-42%, 40,6% са при отговорите за намалена двигателна активност и на последно място храненето предимно с месо-23%.

Получените отговори са с такива резултати, тъй като респондентите са дали свободни отговори и повече от една причина като рисков фактор за развитието на ДПХ.

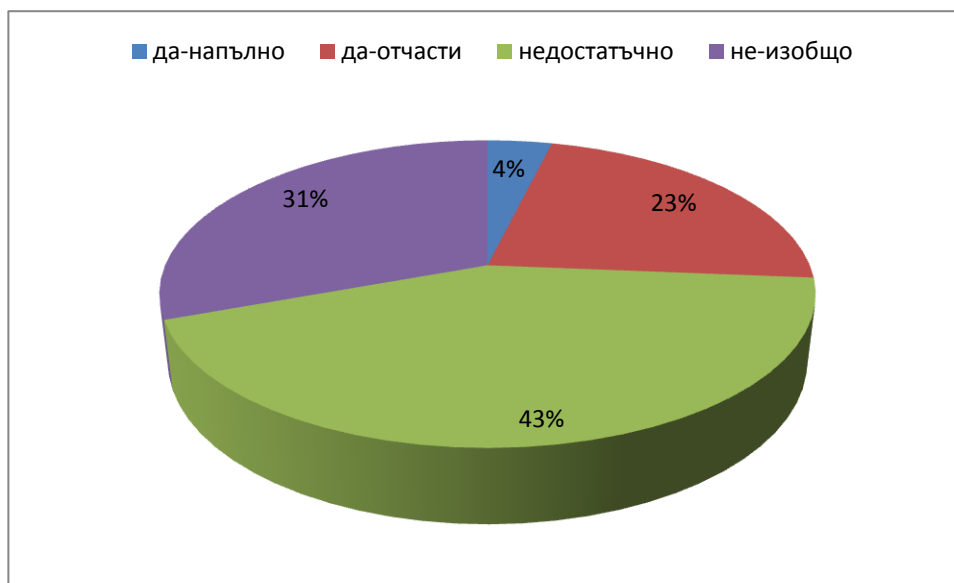


**Фиг.31. Влияние на заболяването върху качеството на живота при мъжете**

Анализът на резултатите от анкетираните медицински сестри относно това „Оказва ли влияние ДПХ на качеството на живот сред мъжкото население? Според 50% „оказва голямо влияние, за 43,80% „оказва влияние”, за 3,80% влиянието е несъществено, при 2,40% от анкетираните „не оказва влияние”.

Доброто управление на качеството на живот на хората с ДПХ, предотвратява прогресирането на техните усложнения, затова е икономически по - целесъобразно да се влагат средства в информираността обучението и профилактиката.

Това е значима инвестиция на обществото, която е насочена към съхраняване на човешките ресурси и допълнително спестяване на материални средства.

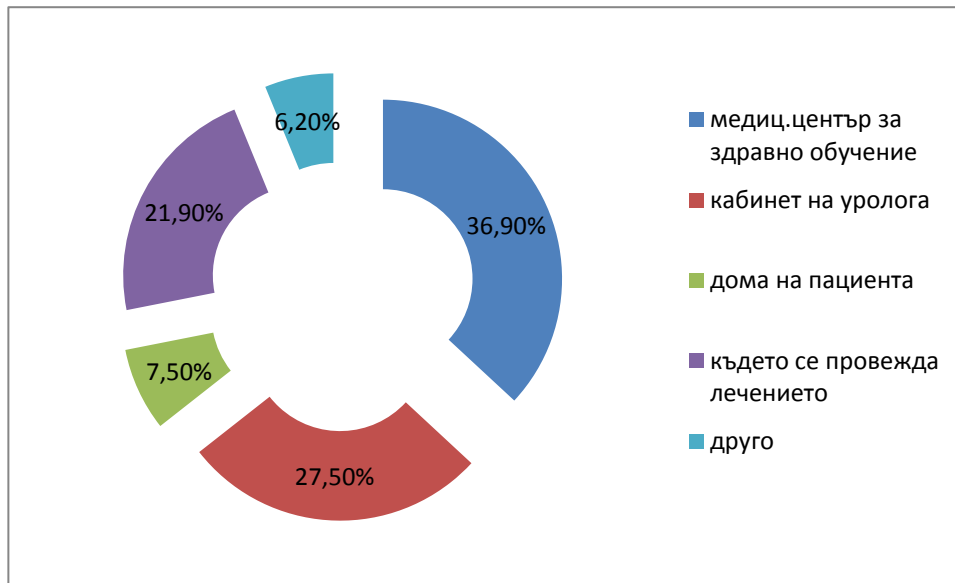


**Фиг.32. Осигурена здравна информация за пациентите от медицински сестри**

Относно осигуряването на здравна информация само 4% от респондентите осигуряват такава на пациентите, „отчасти”- 23%, „недостатъчно”-43% и 31% изобщо не предоставят здравна информация на пациентите си.

Анализът на данните показва статистически значима зависимост ( $p < 0,05$ ) между желанието на медицинските сестри за допълнително обучение по проблемите на ДПХ и степента им на информираност относно заболяването.

Основните насоки на здравното образование е да мотивира хората да водят природосъобразен начин на живот, да променят рисковите си форми на поведение и да осъзнаят необходимостта от поемането на лична отговорност за здравето. Поради това здравната информация, която е потребна на обществото, трябва да бъде лесно достъпна, да бъде съобразена с интелектуалното ниво на пациентите и да бъде достатъчно пълна.



**Фиг.33. Място за провеждане на здравно-образователни мероприятия**

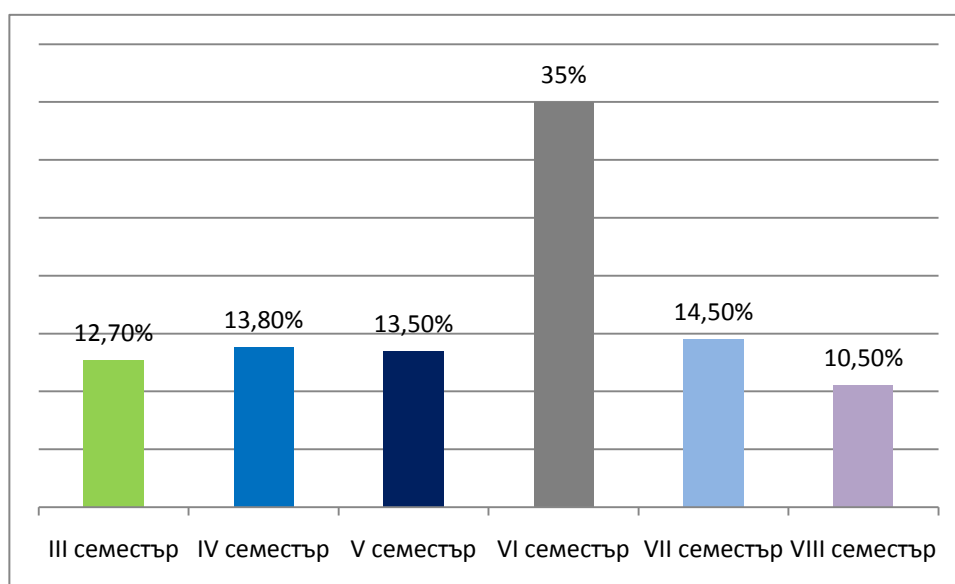
Като най-удачно място за провеждане на здравно-образователни мероприятия анкетираните медицински сестри посочват медицински центрове за здравно обучение- 36,90 %, в кабинета на лекаря-уролог- 27,50%, на място където се провежда лечението- 21,90%, в дома на пациента -7,50% и на друго място-6,20%

### 3.3. Анализ на резултатите от анкетното проучване със студенти от специалност „Медицинска сестра”

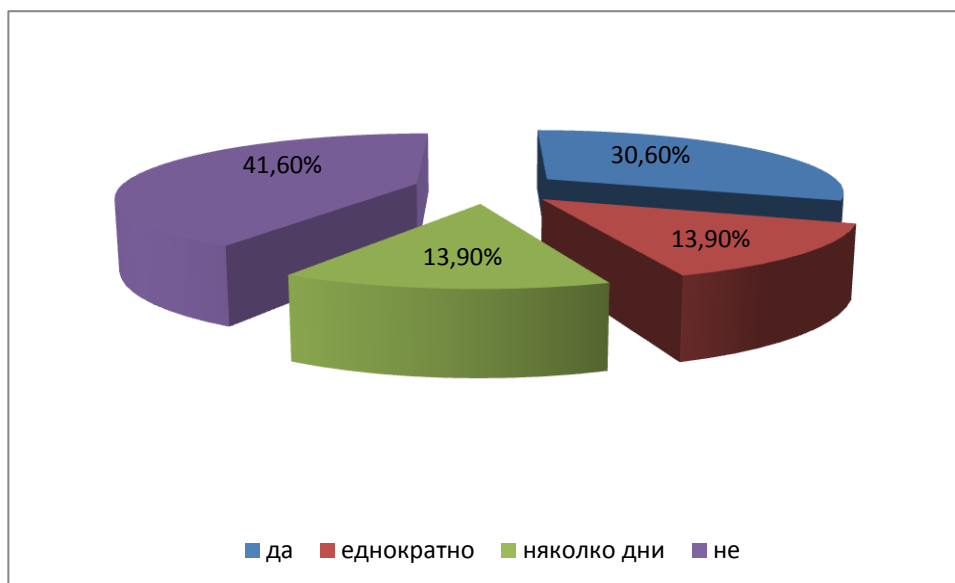
Проведено е проучване сред 180 студенти от Филиал „Проф. д-р Иван Митев” - Враца към Медицински университет – София и ФОЗ към МУ гр.София.

Основният масив студенти са във възрастовата група 21-24 години, като средната възраст е 29,11 години. Във възрастовата структура на изследваните три курса на обучение (втори, трети и четвърти) не се установяват статистически различия ( $p > 0,05$ ). В проучването са обхванати студенти от специалност „медицинска сестра”.

Констатира се, че най-висок е дялът на студентите от III курс -шести семестър- 35%, IV курс седми семестър на обучение – 14,50%, II курс-четвърти семестър-13,80%. Следват V семестър-13,50% , IV курс седми семестър- 14,50% II курс трети семестър- 12,70% и осми семестър-10,50% (Фиг. 34.)

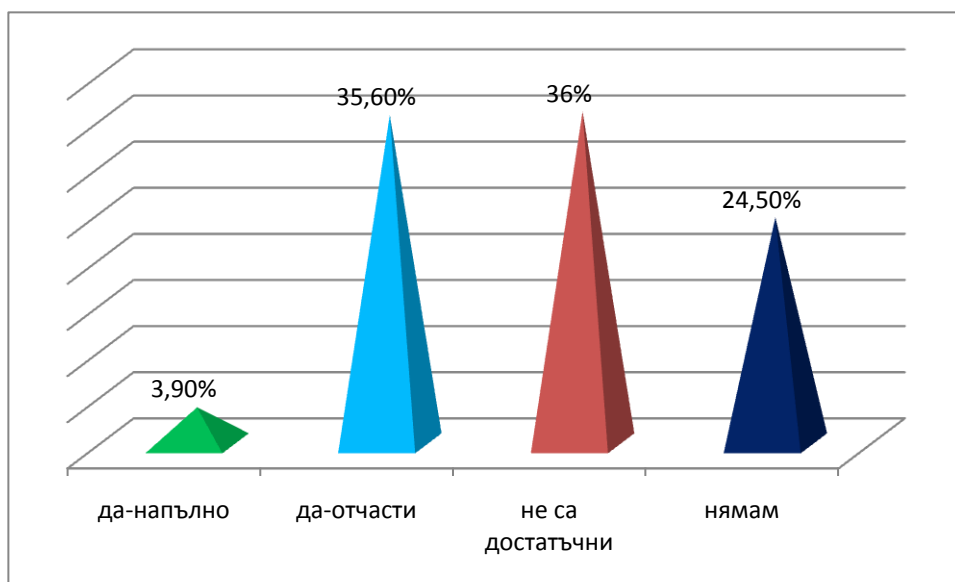


**Фиг.34. Разпределение на участниците според семестъра на обучение**



**Фиг.35. Проведена практика в урологично отделение**

Учебна практика в урологично отделение са имали 30,60%, не са имали такава- 41,60%, равен дял се наблюдава при отговорилите „еднократно” и „няколко дни”- 13,90%, което води до извода, че е необходимо на студентите да се предложи свободно избираема дисциплина, за която при проявено желание да се запишат.



**Фиг.36. Самооценка на познания относно СГ при пациенти с ДПХ**

Анализът на данните относно степента на познания за сестринските грижи при пациенти с ДПХ показва, че преобладаваща част от тях посочват че са „недостатъчни”-

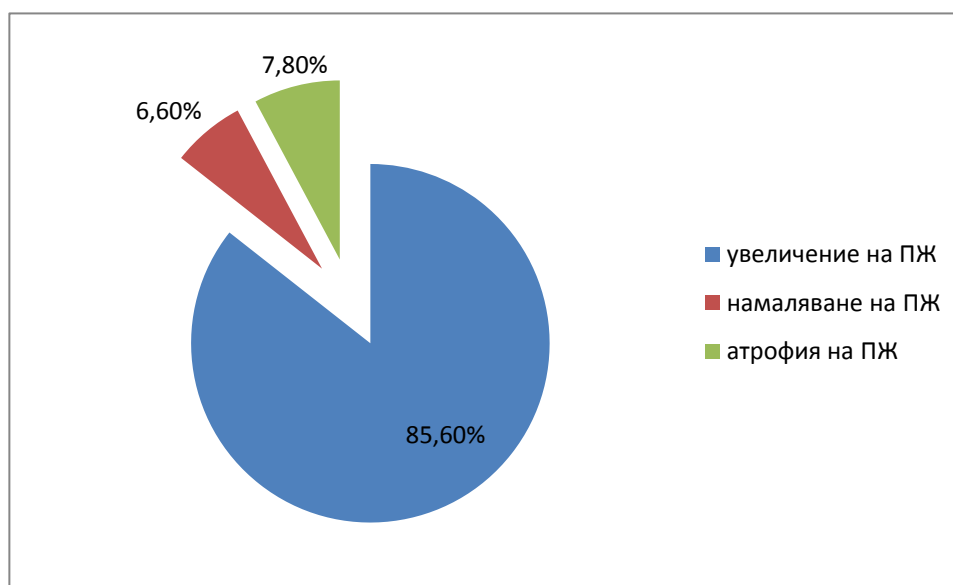
36%, „нямат познания”-24,50%. Едва 3,9% напълно имат познания и „отчасти” - 35,60%.

Открива се статистическа значимост между знанията на студентите относно ДПХ и провеждането на клинична практика в урологично отделение ( $p < 0,05$ ).

**Табл.14. Източници на знания**

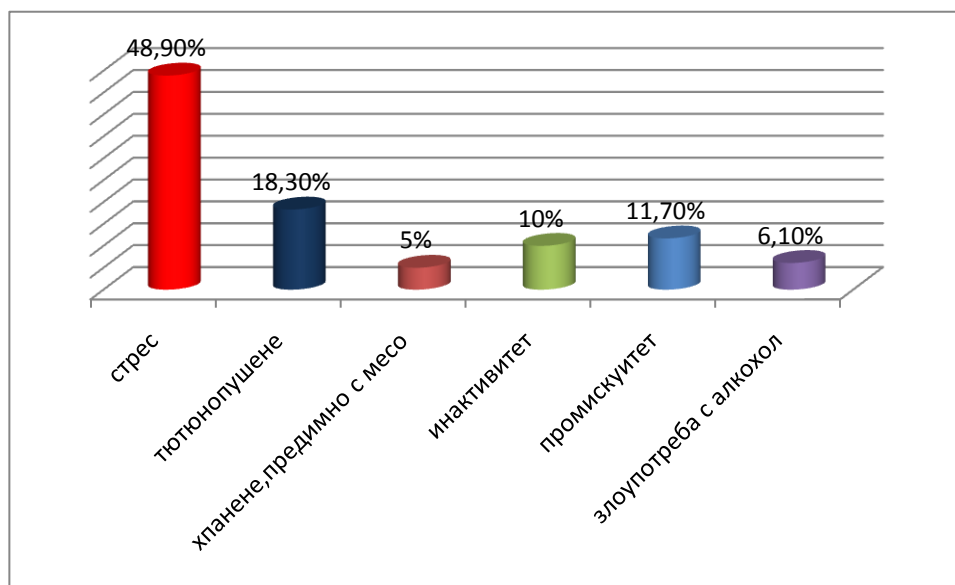
Отговори	Абсолютна честота	Относителна честота в %
Лекции	36	26.6
Учебно-практическа дейност	35	25.7
Клинична практика	43	31.6
Научни форуми, семинари	13	9.5
Друго	9	6.6
<b>общо</b>	<b>136</b>	<b>100</b>

Студентите отговорили положително на въпроса относно степента на познанията в областта на сестринските грижи при пациенти с ДПХ са посочили източниците си на знанията като най-голям е дялът при тези, получени от клинична практика-31,6%, незначителна разлика се установи при лекции-26,6% и учебно-практическа дейност-25,7%. От научни форуми и семинари -9,5% и други източници- 6,6%.



**Фиг.37. Същност на заболяването ДПХ**

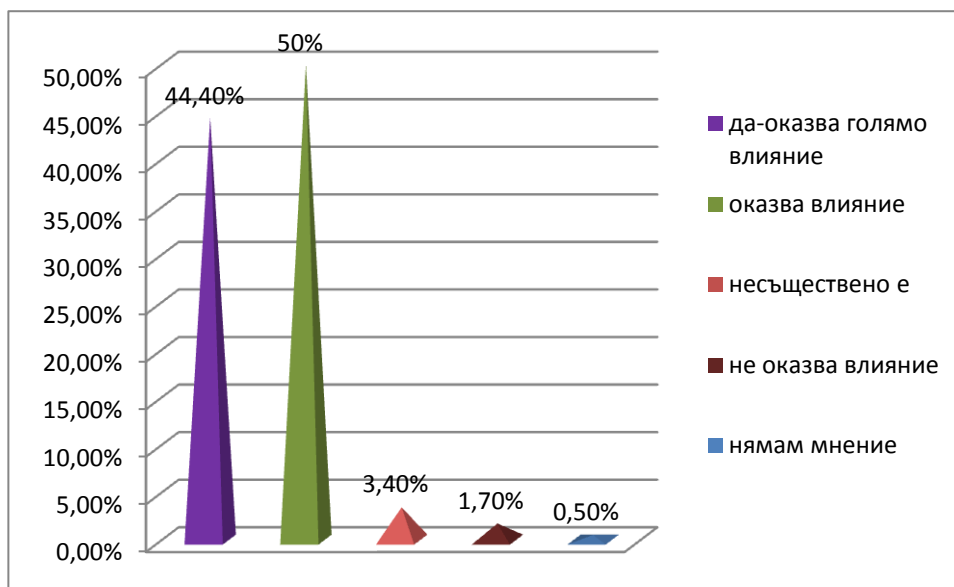
Интересно е, че 85,60 % посочват ДПХ, като заболяване свързано с увеличение на простатната жлеза, 7,80 % определят като атрофия на ПЖ и 6,60% като намаляване на простатната жлеза, което показва, че студентите имат познания за „доброкачествената простатна хиперплазия“ като заболяване, но все още познанията им за тежестта на заболяването са недостатъчни.



**Фиг.38. Рискови фактори за развитието на ДПХ според анкетираните**

Като най-същественият рисков фактор водещ до развитието на доброкачествената хиперплазия, студентите са посочили стреса- 48,9 %, тютюнопушене- 18,30 % ,хранене предимно с месо -5 %, инактивитет- 10 %, промискуитет- 11,70 % и злоупотреба с алкохол-6,10 %.

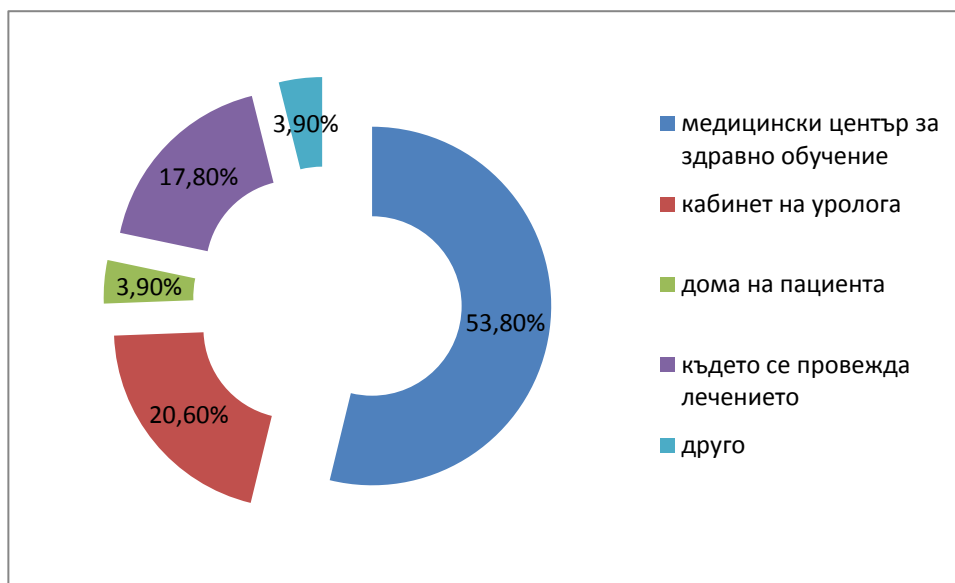
Извода, който можем да направим е, че знанията получени по време на базовото обучение за заболяването са недостатъчни и чрез предоставена възможност със свободно избираема дисциплина могат да бъдат разширени, особено за студентите от филиал „ Проф. д-р Ив. Митев” гр. Враца.



**Фиг.39. Влияние на доброкачествената простатна хиперплазия върху качеството на живот сред мъжкото население**

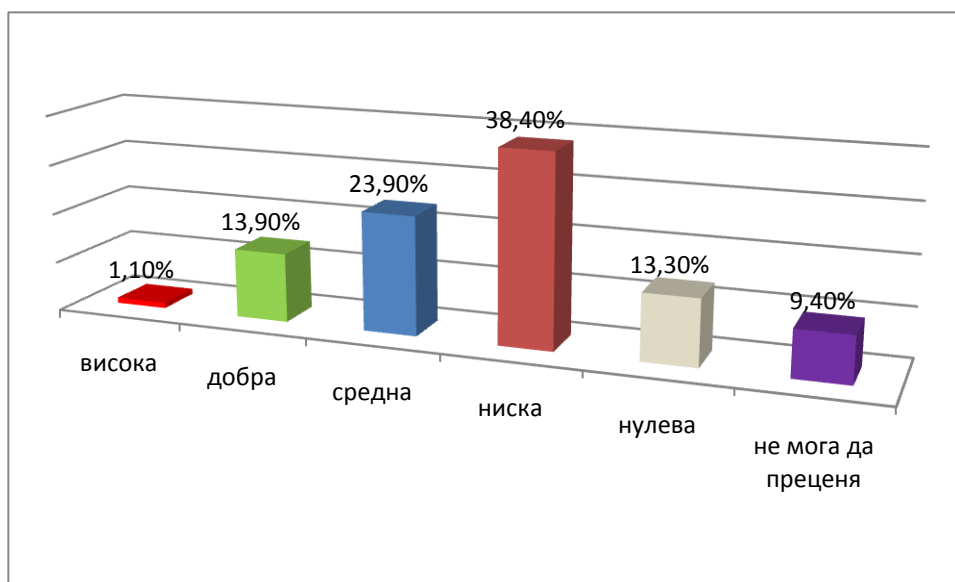
От анкетираните студенти  $\frac{1}{2}$  са дали положителен отговор на въпроса дали ДПХ влияе на качеството на живот сред мъжете, 44,40% са отговорили- че оказва „голямо влияние”, за 3,40% е „несъществено”, „не оказва влияние” -1,70% и 0,50% „нямат мнение”.

Информираността на студентите показва, че методологичните и практически насоки на организацията и управлението са правилни и адекватни. Този благоприятен факт дава възможност за изграждане на необходимите професионални знания, умения и компетенции, гарант за успешна професионална реализация и перспектива за кариера.



**Фиг.40. Място за провеждане на здравно-образователни мероприятия**

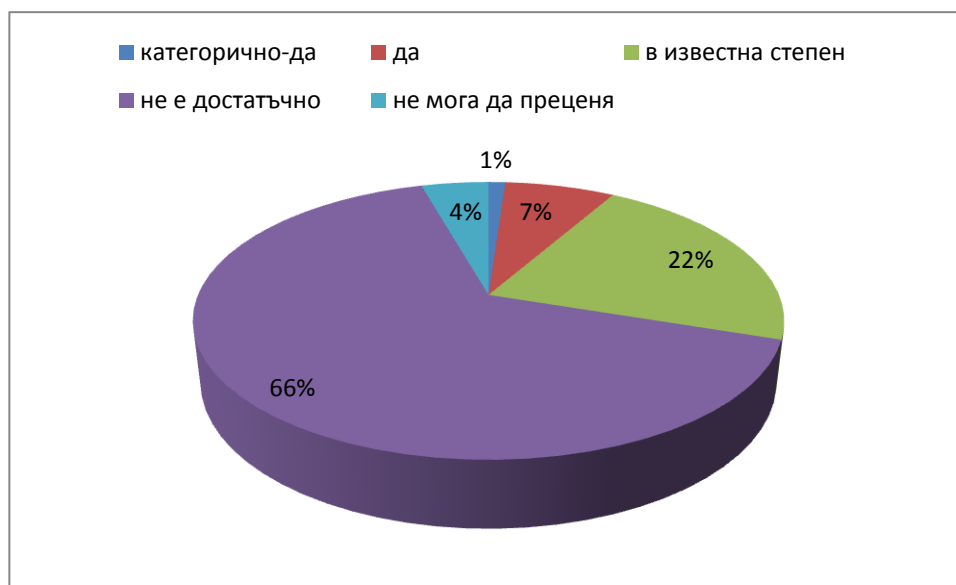
Като най-удачно място за провеждане на здравно-образователни мероприятия за здравно възпитание студентите са посочили „медицински центрове за здравно обучение”- 53,80 %, „кабинета на уролога”-20,60%, 17,80%- „където се провежда лечението”, равен дял- 3,90 % имат отговорите в „дома на пациента” и „друго”.



**Фиг.41. Степен на обученост в урологични манипулации**

Тревожен е факта, че студентите отговорили че са обучени в ниска степен е 38,40 %, в нулева- 13,30%, не могат да преценят 9,40 %. Едва 1,1% смятат, че са обучени във висока степен, добра- 13,90% и средна 23,90%.

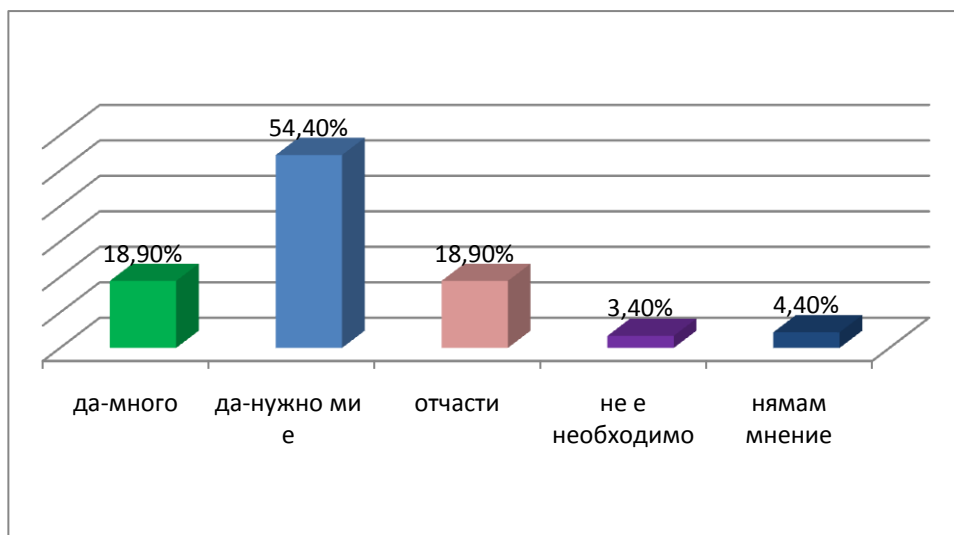
Резултатите показват, че студентите в по-горните курсове са имали клинична практика в Урологично отделение. Тези от предходните курсове от филиала в гр. Враца не са имали такава клинична практика, за което има обективна причина - Урологично отделение при МБАЛ „Хр. Ботев” гр. Враца беше затворено.



**Фиг.42. Степен на обученост, относно СГ при урологично болни**

От студентите 66 % не се чувстват подготвени да полагат грижи за урологично болни, 22% са обучени в „известна степен”, 4 % „не могат да преценят”, 7% дават отговор „Да” и само 1% са дали отговор „категорично- да”, което доказва необходимостта от допълнителна квалификация (специализация) на медицински специалисти за работа с пациенти с урологични заболявания.

Като се има предвид, че в учебните програми по време на базовото обучение часовете за обучение са ограничени, стигаме до заключение, че е необходимо допълнително обучение под формата на свободно избираема дисциплина..



**Фиг.43. Желание за допълнително обучение относно грижи за пациенти с урологични заболявания**

От получените данни става ясно, че повечето студенти биха желали допълнително обучение за пациенти с урологични заболявания. При 54,40% отговора е „да-нужно ми е” , 18,90% са отговорили с „ да-много”, „отчасти” е необходимо за 18,90% , а „нямат мнение”-4,40% и „не е необходимо” за 3,40% от респондентите.

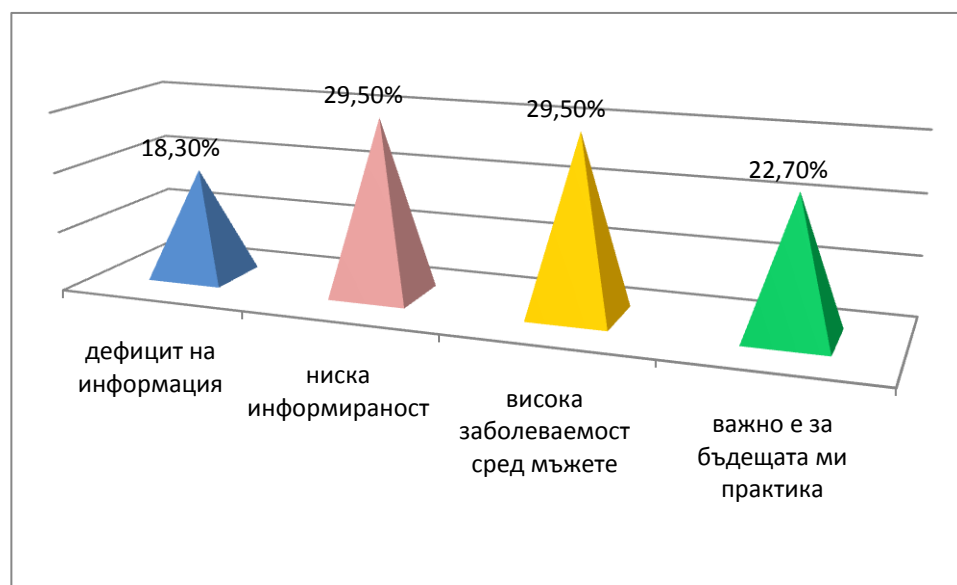
Този резултат показва, че в посочените дисциплини частично се изучават и придобиват знания за полагане на здравни грижи при урологично болни. Това се дължи и на факта, че съгласно ЕДИ хорариумът е регламентиран по отделните дисциплини и не е възможно в рамките на базовото обучение да се обхванат всички специфични грижи за всяка отделна клинична единица.

**Табл.15. Предпочитани форми на обучение**

Отговори	Абсолютна честота	Относителна честота в %
Лекционен курс	15	9.0
Учебно-практическите занятия	69	41.7
Клинична практика в урологично отделение	58	34.9
Факултативни занятия	12	7.2
Семинари	8	4.8
Друго	4	2.4
<b>общо</b>	<b>166</b>	<b>100</b>

От резултатите, отразени в табл.15 се установи , че 92,2% от анкетиранияте студенти желаещи да се обучат допълнително в Сестрински грижи при болни с урологични заболявания са посочили като най- желана форма „учебно-практическите занятия”- 41,7%, „клинична практика в урологично отделение” желаят 34,9%, „лекционни курсове”- 9%, „факултативни занятия”-7,2%, „семинари” -4,8% и „друго”- 2,4%. Данните, относно желанието на студентите за допълнително обучение относно грижи за болни с урологични заболявания и предпочитаната форма за такова обучение показва статистически значима зависимост. ( $p < 0,05$ )

От тези резултати можем да направим извода, че интересът към урологичните заболявания стои на вниманието на студентите. Като се има предвид социалната значимост на заболяването, считаме, че е необходимо да предложим специализирана програма за обучение.



**Фиг.44. Причини за желание от допълнително обучение**

Задахме въпроса „Кое според Вас налага допълнителното обучение?” Получихме следните отговори: „ниската информираност за заболяването” и „високата заболеваемост сред мъжете са с равен дял съответно по 29,50 %. С „важно е за бъдещата ми практика” са отговорили 22,70% и 18,30% - дефицит на информация.

Дефицитът от знания и получаването на такива в хода на самата практика доказва социалната значимост и отношението на медицинските специалисти към заболяването доброкачествена простатна хиперплазия.

Всички студенти отчитат факта, че екипа от специалистите ангажирани с формирането на медицинските сестри допринасят за професионалните компетенции за полагане на специализирани здравни грижи, което още веднъж доказва, че в базовото обучение се формират специализирани грижи от всички обучаващи, но обемът е недостатъчен.

### **3.4. Обучение и повишаване на професионалната квалификация на медицинската сестра за консултиране на пациенти с ДПХ**

Сестринските грижи при пациенти с урологични заболявания изискват знания за специалните сестрински грижи при мъже с урологични заболявания, в различните структурни звена (доболнична помощ, спешни, хирургични, интензивни отделения и в дома на болния). За лечението на тези пациенти се изисква разширена теоретична и практическа подготовка. При обгрижването на тези пациенти насочеността е към профилактични и терапевтични дейности.

Разработен е проект на учебна програма за следдипломно обучение на тема Сестрински грижи при пациенти с урологични заболявания. (Приложение 4), проект на учебна програма за свободно избираема дисциплина за студенти (Приложение 5) и Информационна брошура за пациенти с ДПХ (Приложение 6)

### **3.5. Създаване на „Консултативна сестринска практика за пациенти с ДПХ”**

Пациентите с ДПХ имат необходимост от комплексен подход за осигуряване на грижите след тяхната консултация в урологичния кабинет и след изписване от урологичната клиника или отделение. Създаването на „Консултативна сестринска

практика на пациенти с ДПХ” към лечебните заведения или към други структури има възможност да осигури структура, която да предоставя грижи за тези пациенти.

**Целите**, които стоят пред „Консултативната сестринска практика за пациенти с ДПХ” е да се създаде мениджмънт, който е насочен към задоволяване на потребностите на пациенти с ДПХ от здравни грижи.

**Основни функции** на „Консултативната сестринска практика на пациенти с ДПХ”.

- Осигуряване на квалифицирани медицински сестри. Организиране и провеждане на курсове за обучение на медицински сестри, желаещи да се квалифицират за работа с урологично болни пациенти;
- Разработване на въпросник за установяване на информираността и културата на пациента за заболяването ДПХ;
- Разработване на стандартни планове за грижи при пациенти с ДПХ и придружаващи заболявания;
- Координиране и мениджмънт на сестрински консултации за урологично болни пациенти в Организацията и по домовете; обучение на пациентите и техните близки;
- Разработване на програма за превенция на усложненията при пациенти с ДПХ;
- Създаване на регистър; създаване на досие на пациента; създаване на печатни материали за бърза и достъпна комуникация.

**Структурна характеристика на „Консултативна сестринска практика за пациенти с ДПХ”**– структурата е желателно да бъде съобразена с потребностите на пациентите от грижи и услуги. Структурата е необходимо да осъществява координация и връзка с урологичните отделения и кабинети, поради което е необходимо да бъде разположена на достъпно за пациентите местоположение. Структурата трябва да бъде мултифункционална и да има възможност да се разширява или намалява в зависимост от наличието на пациенти.

**Функционална характеристика на „Консултативната сестринска практика за пациенти с ДПХ”**

Основните функции на консултацията трябва да бъдат насочени към обучение на пациентите и техните близки, провеждане на консултации с различни специалисти, предлагане на програми за превенция на усложненията, определяне на потребностите от грижи в дома и изработване на индивидуален план за грижи и други. Необходимо да се осъществява обучение и квалификация на специалистите, които извършват консултации и грижи за урологично болните пациенти.

**Комуникации на „Консултативната сестринска практика за пациенти с ДПХ”.** Пациентите и техните близки трябва да имат осигурена връзка със специалистите-уролози и лекари от други специалности.

**Мултидисциплинарен екип** за грижи при урологични пациенти – екипът трябва да включва лекари, медицински сестри, психотерапевти, рехабилитатори, социални работници и други, които да имат ясно определени функции и дейности. Дейностите на мултидисциплинарния екип трябва да се организират от координатори, които да имат за задача да съхранят и обработват информацията на пациентите в Организацията.

**Финансовото обезпечаване** на организацията трябва да се осъществява от няколко места – от лечебните заведения, от НЗОК, от пациентски организации, от държавни организации, от спонсори и дарители, от пациенти.

### **Планиране и цели на сестринските грижи**

- Борба с острата задръжка на урината;
- Грижи за комфорта на болния;
- Предотвратяване на усложненията;
- Борба с психосоциалните проблеми;
- Предоставяне на информация на урологично болния пациент и неговите близки.

## Заклучение

Постоянно нарастване на възпалителните заболявания на пикочно-половата система, липсата на физическа активност и много други фактори оказват влияние върху намаляване характеристиката на мъжкото здраве -психо-социален стрес, неправилно хранене, широко разпространени лоши навици. Това се потвърждава с подмладяване на основните урологични патологии – доброкачествена простатна хиперплазия (ДПХ) и простатит. Симптомите, свързани с нарушаването в уриниране, водят до астения и нарушение на психо- емоционалното състояние на пациентите.

Това е най-популярното мъжко урологично заболяване , чието развитие често започва на възраст 45 години. Постепенно прогресиращо състояние, характеризиращо се с умерени до тежки симптоми на долните пикочни пътища на уринарния тракт, увеличен обем на простатата и намалена скорост на максималния уринарен дебит.

Клиничните симптоми като повишена честота на уринирането /полакиурия/, никтурия, неотложност на уринирането са усложнения които нарастват с възрастта. Тези симптоми влияят на всекидневния начин на живот на пациента, а съгласно проучването на Abrams P 2015 отдавна е осъзнато, че никтурията според пациентите е един от най- притеснителните симптоми провокирани от ДПХ които рязко влошават качеството на живот.

Задължително трябва да кажем, че това състояние бавно прогресира във времето, тоест – оплакванията на пациента се задълбочават с напредване на възрастта. Заболяването на простатата е сред десетте заболявания , за които мъжете често отиват на лекар. Една от приоритетните области на съвременната медицина е профилактика на болестите . В същото време, най-ефективен метод за предотвратяване на урологичните заболявания е: здравословния начин на живот.

Фокусирането върху клиента е приоритет на съвременната медицина. Ясното информиране на пациентите за колко време , и на какви условия могат да получат медицинска помощ, показва активната позиция на населението като потребител в здравеопазването.

Здравето на мъжкото население изисква по-задълбочен и всеобхватен анализ на начина на живот , оценка на въздействието на рисковите фактори относно доброкачествената хиперплазия на простатната жлеза, медицински и организационни

превантивни грижи , намиране на начини и средства за предотвратяване на това заболяване.

Доброкачествена хиперплазия на простатната жлеза ( ДХПЖ) е важен медицински и социално -икономически проблем , който води до намаляване на качеството на живот на пациентите. Променящата се демография по света и у нас се характеризира със значително " застаряване на населението,така ДХПЖ се подрежда в редицата на приоритетните здравни и социални проблеми

Както Европейската асоциация по урология (European Association of Urology – EAU), така и Американската урологична асоциация (American Urological Association – AUA) текущо съставят базирани на доказателства насоки за оценката, лечението и проследяването при мъже с доброкачествена простатна хиперплазия – ДПХ (benign prostatic hyperplasia – ВРН).

Идентифицирането и отстраняването на причините за неудовлетвореност от здравните услуги ще подобри качеството на здравните грижи , като в бъдеще ще помогнат да се увеличи оценката на качеството на живот на пациентите и да се подобри престижа на медицината сред населението .

## ИЗВОДИ

1. С най-висок относителен дял – 37,7% са респондентите над 75 г. От тях 72 % живеят в градове. Малко повече от половината (54 %) са семейни или живеят във фактическо съпружеско съжителство.
2. Начинът на живот на респондентите показва, че почти 60 % от респондентите консумират ежедневно месо, а плодове и зеленчуци присъстват в храната само на 14 %. Ежедневна консумация на алкохол се отчита при 43 % , а непушачите са само 28%. Пациентите с наднормено тегло или тегло в горните граници на ВМІ имат предпочитания преди всичко към тестените храни, хляба и сладкишите.( $p < 0,05$ )
3. Преди да са потърсили специализирана урологична помощ 75 % от пациентите са провеждали самолечение и 30,7 % смятат че с това са си навредили.
4. Преди лечение значителна част (75 %) от пациентите смятат, че степента им на информираност относно заболяването е ниска, а след проведено лечение всеки трети смята, че не е достатъчна.
5. С най-висок относителен дял от анкетираните медицински сестри са над 50 годишна възраст, като почти половината (48,1%) са с образователно квалификационна степен „бакалавър”. Значителна част от респондентите (71,25%) не са участвали в курсове за следдипломно обучение по темата и също значителна част (66%) имат желание за участие в следдипломно специализирано обучение.
6. Повече от половината студенти (61 %) смятат, че познанията им по отношение на грижите за пациенти с ДПХ са недостатъчни, като 32 % посочват, че клиничната практика е с най-голямо значение за подготовката им.
7. Желание за допълнително обучение имат 73,3%. Водещите мотиви за включване в допълнително обучение според студентите са ниската информираност и високата заболяемост.
8. За осигуряването на по-високо качество на грижите за пациентите с доброкачествена простатна хиперплазия е необходимо въвеждане на консултативна сестринска практика за тези пациенти, осъществявана от висококвалифицирани медицински сестри.

## **ПРЕПОРЪКИ**

Въз основа на получените резултати и направените изводи от настоящия труд, бихме могли да предложим някои **Препоръки** :

### **Към структурите на доболничната и болничната помощ:**

1. Създаване на комплексни програми за промоция на здравето, които да разглеждат здравето като ресурс за социално, икономическо и личностно развитие, както и като важно измерение на качеството на живота.
2. По-широко популяризиране на профилактиката на заболяването, както и информация за урологично болните.
3. Осигуряване на здравни образователни програми, както за болните от ДПХ, така и за останалата част от населението, като се посочват и ранжират по значимост риска от преждевременно инвалидизиране и смърт.
4. Разкриване на „Консултативната сестринска практика на пациенти с ДПХ” към различни структури на здравеопазната система.

### **Към Медицинските университети:**

5. Да се разработят програми за следдипломно обучение за повишаване на професионалната квалификация на медицинските сестри

## Литература

1. Александрова М., А. Москов, Развитие на сестринската професия в България и влиянието на Европейските държави, сп. „Сестринско дело“, 4, 2001.
2. Александрова М., Комуникация и комуникационни умения при обучението на медицински сестри, КОНТАКТ, изд. „ТЕМТО“ С., 2007
3. Апостолов М., Иванова П., История на медицината и сестринството. „Горекс Прес“, София, 1998 г.
4. Апостолов М. П. Иванова Христоматия по история на медицината КСМОЗ, С., 1995
5. Агарков Н. М. Распространенность и лечение заболеваний мочеполовой сферы / Н.М.Агарков, А.В.Новиков, Е.Б.Новикова /Вестник новых медицинских технологий. - 2005. Т. XII, № 3-4. - С. 131.
6. Агафонов Н.В. Обоснование диетической профилактики рецидивов мочекаменной болезни.: автореф.дис.канд.мед.наук / Н.В.Агафонов. — Днепропетровск, 1987. 25 с.
7. Бенчев, Б., Стандарт за промоция на здравето в болниците, сп. “Социална медицина” кн.4, 2003, стр.25-26.
8. Борисов, В., Общественото здраве като системен феномен. В Ново обществено здравеопазване, София, изд. “Аква Графикс”, 1998, стр.38-42.
9. Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. Филфист, София, 2006.
10. Борисов В., Промоция на здравето - Велико Търново, „Наука”, 1993 г.
11. Борисов В., Медицинската сестра в управлението на здравеопазването. В-к „Форум медикус” бр. 8, 1994 г.
12. Борисов, В., Ц. Воденичаров. Реалности на здравната реформа, София, 2000.
13. Борисов В., Синтетична социална медицина. Учебен конпендиум. София, 1999 г.
14. Борисов, В., К.Шопова, Концепция за промоция на здраве – същност и развитие., в Ново обществено здравеопазване, София, изд. “Аква Графикс”, 1998, стр.54-58.

15. Борисов, В., С.Попова, Л.Георгиева, К.Шопова, Промоция на здравето, София, изд. “Арсо”, 1998, стр.120.
16. Борисов,В., К. Юрукова, Ц. Воденичаров, С. Попова, С., Акар ПРИНТ, 2004, 125-127.
17. Борисова, Б., Промоция на здравето – приоритет на здравната реформа, сп.”Здравен мениджмънт”, 2001, кн.1, стр.34-35.
18. Борисова, Д., Интерактивни форми на здравното образование, сп. “Педагогика”, 2001, кн.6, стр. 89-91.
19. Борисова, М., Здравна информираност при пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия, Science & Tehnologies, Volume VI, 2016, Number 1: MEDICAL BIOLOGY STUDIES, CLINICAL STUDIES, SOCIAL MEDICINE AND HEALTH CARE ISSN 1314-4111
20. Борисова, М., Качество на живот при мъже с доброкачествена простатна хиперплазия, Science & Tehnologies, Volume VII, 2017, Number 1: MEDICAL BIOLOGY STUDIES, CLINICAL STUDIES, SOCIAL MEDICINE AND HEALTH CARE ISSN 1314-4111
21. Борисова, М., К. Стефанова, Цв. Джиганска, Здравна култура сред мъже с доброкачествена простатна хиперплазия, Сб. доклади от юбилейна научна конференция с международно участие „ Образование, наука и иновации в здравните грижи” Враца, 2017, с.78-82, ISBN 978-964-9318-89-0
22. Borisova, M., Dimitrova M., HEALTH OF MALE REPRODUCTIVE SYSTEM, MEDICUS, International medical scientific journal № 3 (21), 2018, Volgograd, p.62-65, ISSN 2409-563X
23. Борисова, М., Добрилова П., Информираниост при медицинските сестри за повишаване на здравната култура сред пациенти с Доброкачествена простатна хиперплазия, Сестринско дело, 2018, бр.3 с.17-22, ISSN 1310-7496
24. Воденичаров, Ц. Първично здравно обслужване В: Социална медицина, учебник, С., Горекс Прес, 2001, с. 99.
25. Василевски, Н., М. Вуков, Носителство на фактори на риска за здравето сред изследваните мъже в зоните на програмата за интегрирана профилактика на хроничните неинфекциозни болести /СИНДИ/, сп. “Социална медицина”, 2003, кн.4, стр.15-19.

26. Воденичаров, Ц., М. Митова, С. Младенова, Медицинска педагогика, София, изд. "Артик 2001", 2008.
27. Воденичаров, Ц., Зл. Глутникова, Л. Гатева, Иновации в медицинското образование, София, изд. "Акваграфикс" 1997, стр.176.
28. Герасименко Н. Ф., К вопросу об оптимизации структуры здравоохранения и организации медицинской помощи на межрегиональном уровне /Н.Ф.Герасименко, Б.П.Маштаков, В.М.Чернышев // Здравоохранение Сибири: вестник. 1998. - №3. - С. 5-8.
29. Гончарук А. И. К вопросу о повышении эффективности амбулаторной андрологической помощи / А.И.Гончарук // Андрология и генитальная хирургия. 2002. - №3. - С. 206-207.
30. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации // Здравоохранение РФ. —2006 № 1 — С. 5
31. Грънчарова Г., Социална медицина 2004
32. Грънчарова Г., Управление на здравните грижи. Изд. център на МУ Плевен, 2005, 301с.
33. Грънчарова, Г., С. Александрова, Анжелика Велкова. Медицинска етика, ВМИ-Плевен, 2001.
34. Грънчарова, Г., С. Александрова, Анжелика Велкова. Социална медицина , МУ-Плевен, 2006.
35. Доста, Н.И. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы: новый взгляд на этиопатогенез и лечение / Н.И. Доста, А.А. Вальвачев // Рецепт. - 2007.-№3,-стр. 112-121.
36. Доста, Н.И. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), эпидемиология, патогенез, диагностика / Н.И. Доста, А.А. Вальвачев // uroweb.ru - 8.09.2007.

37. Давидов, Б., Измерване на здравето на населението: същност, подходи, показатели, приложение, изд. „Отворено общество“, С., 2003.
38. Димитров, И., Основи на научните проучвания в медицината: методика и методология, Пловдив, 2007.
39. Димитрова, Д., Достъп на населението в ПМП, Дисертация, Пловдив, 2009
40. Златанова, Р., Организационни проблеми в дейността на Общопрактикуващия лекар, Дисертационен труд, С., 2006
41. Иванов, Е., Промоция на здравето в училищна възраст медико-социални и медико-педагогически проблеми, Дисертационен труд, С., 2014
42. Йосифова, Ю., Информираност на населението относно начина на живот като рисков фактор за рак, сп. “*PRAEMEDICUS*”, 2002, бр. 1-2., стр. 90 – 98.
43. Калахан, Д., Цели на медицината. Новите приоритети, С., 1998
44. Караджов Ю., Наркотиците-почти всичко за тях, С., Дилок, 2001
45. Костова, П., Биопсихосоциални фактори при формиране на здравословен стил на живот, сп. Педагогика, 2000, кн. 6, с. 17-28.
46. Куницкая, С.В. Проблеме удовлетворенности населения медицинской помощью. Вопросы организации и информации здравоохранения 2006
47. Маринова, П., Съвременната медицинска сестра, Изд. Нов Ден, 2001
48. Маринова, П. Направления в кариерата на медицинските сестри, Социална медицина, С., 4, 1999
49. Маринова, П., Професионална компетентност и компетенции /Технологични насоки за изработване на компетенциите на специалистите по здравни грижи/, Здравен мениджмънт, 2004, 2, 25-28
49. Михайлова Т.А. //Руский медицинский журнал , 2007
50. Младенова, С., Здравно образование, София, изд. Артик 2001, 2009

51. Младенова, С., Рискови фактори В: Основи на сестринските и акушерските грижи, под ред. на Т. Попов и К. Костов, Стара Загора, изд. Кота, 2009
52. Младенова, С., Здравно възпитание и здравословен стил на живот В: Основи на сестринските и акушерските грижи, под ред. на Т. Попов и К. Костов, Стара Загора, изд. "Кота", 2009
53. Младенова, С., Необходимост от здравна култура в гражданското общество, в сб. Интердисциплинната идея в действие, С., 2005 , изд. ТЕМТО, с.179 - 183
- 54.Младенова, С., Здравното образование – фактор за формиране на превантивно здравно поведение, в сб. Превантивна педагогика – теория и практика, Софийски Университет "Св. Климент Охридски", 2005, изд. ЕКС - ПРЕС, с. 197 – 200
- 55.Ново обществено здравеопазване, Под ред. на В.Борисов, Зл.Глутникова, Ц.Воденичаров, С., изд. Акваграфикс, 1998
56. Обществено здравие и здравеопазване МЕД прес-информ, 2004
57. Панчев. П., Патрашков Т., Физиология на пикочополовата система. Клинична урология, 2004, с. 25
58. Панчев П, Доброкачествена простатна хиперплазия (ДПХ), Клинична урология, 2004, с.305
59. Панчев П. Доброкачествена простатна хиперплазия (ДПХ), Клинична урология, 2004, с. 306
60. Попова, С., Хроничната болест и промоция на здравето. В: Обществено здраве, "Горекс Прес", С., 2001, с.34-41.
- 61.Стамболова Ив. и кол. (2001), Автономност и отговорност в сестринската практика. – МП – Сестр. дело, 33, 2001, № 2, 8-12
62. Стефанова, К., Здравно-промотивни и профилактични функции на медицинската сестра в Първичната медицинска помощ, Дисертационен труд, С., 2015
63. Стойчева М., Промоция на здравето, Бургас, 1998

64. Тулевски, Б., А. Чилева, Здравно образование на населението, Информационен бюлетин, на НЦЗИ, 1998, №1
65. Тулчински Т., Ел. Варавикова, 2007 Ново обществено здравеопазване, Въведение в XXI век, Варна, 2007.
66. Шипковенска, Е., Епидемиологията – ключ за превантивна стратегия, сп. "Здравен мениджмънт" кн. 1, 2001, с.14-16
67. Шипковенска, Е., Л.Георгиева, Г.Генчев, Пл.Димитров, Й.Борисова, Приложна епидемиология и медицина базирана на доказателствата, С., 2002, Делфи, с. 262
68. Шипковенска Е., Основни резултати от проучване на здравната грамотност в Република България, 2012
69. Шопова, К., Акценти в промоцията на здраве, сп. Здравен мениджмънт, 2003, том 3, кн.1, с. 27-33
70. Шопова, К., Психичните основи на здравословния живот в историята на здравната култура, сп. Социална медицина, 2003, кн.1, стр 45
71. Anderson JB, Roehrborn CG, Schalken JA, et al. The progression of benign prostatic hyperplasia examining the evidence and determining the risk. Eur Urol 2001;39 (4):390-399
72. Ambrosini GL, de Klerk NH, Mackerras D, Leavy J, Fritschi L. BJU Int. 2007 Dec 5 [Epub ahead of print] School of Population Health, University of Western Australia, Australia PubMed Abstract.
73. Barbalias G, Nikiforidis G, Liatsikos E: Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics, J Urol 1998; 159:883
74. Braun M.H., Sommer F., Haupt G., Mathers M.J., Reifenrath B., Engelmann U.H. Lower urinary tract symptoms and erectile dysfunction: co-morbidity or typical "Aging Male" symptoms? Results of the "Cologne Male Survey" // Eur. Urol. - 2003. - Vol.44, № 5. - P.588-594.

75. Brunner H., Weidner W., Schiefer H.G. Studies of the role of Ureaplasma urealiticum and Micoplasma hominis in prostatitis. J Infect Dis 1993; 147: 807813
76. Berthou, A. Outils de mesure de la charge en soins infirmiers. IFG, 1995
77. Black, M. A., Medical nursing. 2 edit., Pennsylvania, Sprighthouse Corporation, 1995
78. Blaney, D., C. Hobson. Cost-effective nursing practice. Philadelphia, 1988
79. Blaney, D., C. Hobson. Development and psychometric analysis of a scale to measure attitude toward cost effectiveness in nursing. – In: Measurement of Nursing Outcomes. Eds.: C. F. Waltz, O. L. Strickland, NY, Springer, 2001
80. Blaney, D., C. Hobson, J. McHenry. Improving the cost effectiveness of nursing practice in a hispital setting. – J. Contin. Educ. Nura., 19, 1988
81. Boyle, K. Power in nursing: a collaborative approach. – Nurs. Outlook, 32, 1984, №3
82. Brayant, R., M. Graham, T. Tigar. Advanced practice nurs: a study of client satisfaction. – J. Am. Acad. Nurs. Pract., 14, 2002, №2
83. Callahan, D., Promoting healthy: How much freedom? Whose responsibility? Washington DC: Georgetown University Press, 2000.
- 84.Chapple,C.European Urology Supplementes 5 2010.
85. Carrol, S. J., C. E. Schneier. Performance Appraisal and Review Systems. Glenview, IL, Scott, Foresman, 1982
86. Clark, K., L. B. Normile. Critical care admissions criteria in community based hospitals: a pilot study with implications for quality management. – J. Nurs. Care Qual., 15, 2000, №1
87. Cowin, L. Measuring nurses' self-concept. – West. J. Nurs. Res., 23, 2001

88. Cleary P.D. The increasing importance surveys. Now that sound exist, patient surveys can facilitate improvement / P.D. Cleary // *BMJ*. —1999. — 319 (7212).— C. 720-721.
89. Danaei G., Ding E., Taylor B., Mozzafarian D., Rehm J., Murray C J.L.et al. Mortality effects of lifestyle, dietary, and metabolic risk factors in the US: comparative risk assessment//*PLoS Medicine*, 2009, v.6(4):e 1000058.
90. Dasgupta P., Drudge-Coates L., Smith K., Booth C.M. The cost effectiveness of a nurse-led shared-care prostate assessment clinic //Source *Annals of the Royal College of Surgeons of England*.-2002.-vol. 84, №5.-P.328-330.
91. Dracup, K. Critical care nursing. – *Ann. Rev. Nurs. Res.*, 5, 1987
92. Dufuor, O. Diagnostic et clinique infirmiere pour la qualite des soins. – In: Actes des journee d’etude. Luxembourg, 199864. Djavan B. Lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia: fast control of the patient's quality of life : *Rev. // Urology*. - 2003. - Vol.62, № 3, Suppl.1.- P.6-14
93. Emberton M, Andriole GL, de la Rosette Jet al. BPH. A progressive disease of the ageing male. *Urology* 2003; 61: 267-73
94. Emberton M, Andriole GL, de la Rosette J, et al. BPH: a progressive disease of the aging male. *Urol* 2004;61:267-273
95. Ensor T. Informal payments for health care in transition economies. *Soc Sci Med* 2004.58:237-46
96. Edwards, L. - History of nonsurgical treatment. In: Hinman, F., ed. *Benign prostatic hypertrophy*. New York, Springer, 1983, 30 - 34.
97. Edgerton, S. *Philosophical Analysis*. – In: *Paths to knowledge: Innovative Research Methods for Nursing*. NY, National League for Nursing, 1988

96. Farmer R. And Clifford J.G. Incidence and prevalence of LUTS/BPH in the UK in the 1990s. *BJU Int* 90(suppl 2):74, 2002 abstract UP-1.3.07.
98. Feldstein, P. The market for registered nurses – In: *Health care economics*. 3<sup>rd</sup> ed., Delmar Publishers Inc., 1988
99. Fink – Aaron, S. et al. Improvement program in non-veterans administration hospitals: initial demonstration of feasibility. – *Ann. Surg.*, 236, 2002, №3
100. Formarier, M., G. Poirier-Coutansais, *Initiation a la recherche en soins infirmiers*. Paris, Lamarre-Poinat, 1988
101. Gordon, M., *Nursing diagnosis: process and application*. 2<sup>nd</sup> ed., McGraw-Hill Book Company, 1987
102. Guide PLAISIR. EROS, 1993. Joffe S. What do patients value hospital care? An empirical perspective on autonomy centre bioethics / S. Joffe, M. Manocchia, J. Weeks, P. Cleary // *J. Med Ethics*. — 2003. — 29 (2). — P. 103-108
103. Hakel, M. D. Personal selection and placement. – *Ann. Rev. Psychol.*, 37, 1986
104. Health care reforms. The Ljubljana Charter on reforming health care – *Health Care Trans.*, 1, 1997, №3
105. Hemsley – Brown, J. et N. H. Foskett. Career desirability: young people's perceptions of nursing as a career. – *J. Adv. Nurs.*, 29, 1999
106. Higgins, E. T. Self-discrepancy: a theory relating self and affect. – *Psychologic. Rev.*, 94, 1987
107. Hobson, C. J., R. B. Hobson, J. J. Hobson. Why managers use criticism instead of praise. – *Superv. Manage.*, 30, 1984, №3

108. Hospital discharges fall below 150 per 1000. Washington, Actions on Health, 1986
109. Imshenitskaya LP 1983 OL Tiktinsky 1984
110. Jacobs, Ph., G. Deloughery. Economivs of health care. – In: Issues and trends in nursing. Grace Deloughery. St. Louis, Mosby Year Book, 1991
111. Johnson, J. E. The nursing shortage: from warning to watershed. - Appl. Nurs. Res., 13, 2000
112. Kenney, J. The evolution of nursing science and practice. – In: Issues and trends in nursing. Grace Deloughery. St. Louis, Mosby Year Book, 1991
113. Knafelz, K., K. Cavallari, Di. Dixon. The Organizational Context of Nursing Care. – In: Pediatric Hospitalization: Family Nurse Perspectives. Scott Foresman and Company, USA, 1988
114. Kovner, Ch., Ch. Jones, Ch. Zhan, P. Gergen, J. Basu. Nurse staffing and postsurgical adverse events: an analysis of administrative data from a sample of U. S. hospitals, 1990-1996. – Health Serv. Res., 37, 2002, №3
115. La methode SIIPS. Paris, Lamarre, 1999
116. Larrabee, J. H., L. V. Bolden. Defining patient-perceived quality of nursing care. – J. Nurs. Care Qual., 16, 2001, №1
117. Latimer, J., M. Spubler-Gaugban. Quality assurance and Riske Management. – In: Management Issues in Critical Care. Ed.: C. Birdsall. St. Louis, Mosby Year Book, 1991
118. Leddy, S., J. Mae Pepper. Conceptual Bases of Profesional Nursing. Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1989

119. LeCroy C. Games as an innovative teaching strategy for overactive bladder and BPH //Source Urologic Nursing.-2006.- Vol.26, №5.-P. 381-384.
120. Morgagni,G.B. - The seats and causes of disease investigated by anatomy - Johnson and Payne, London, 1760, 3, 460
121. McConnell J. D. Prostatic growth: new insights into hormonal regulation // Br. J. Urol. 1995. Vol.76.(suppl. 1). P. 5-10
122. Mullar C.Review of twenty years of research on medical care utilisation.//Hlth Services Res.-1989. Vol21 ,№ 1 .P. 131 -135 154
123. Nursing research – Princeps and methods, Philadelphia 1983
124. Novara G.,Galfano A.,Boscolo Berto R.,Ficarra V.,Vella Navarrete R.,Artibani W. Inflammation, apoptosis and BPH: What is the evidens? Eur Urol Suppl 2006;5: 401-9
125. O'Sullivan ML, Murphy C, Deasy C, Iohom G., Kiely E.A., Shorten G. Effects of transurethral resection of prostate on the quality of life of patients with benign prostatic hyperplasia // J. Am. Coll. Surg. - 2004. - Vol.198, № 3. -P.394-403
126. Oliver R. L. A Cognitive model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. Journal of Marketing Research, 1980
127. Polluste K, Kalda R and Lember M. Primary health care system in transition: the patient's experience. //International Journal of Quality in Health Care 2000; 12: 503-509
128. Porst H, Rosen R, Padma-Nathan H, *Res* 2001; 13(4):192–199 Standard Practice in Sexual Medicine
129. Prescott J.D., Gricar J.A., Cave D.G. Urinary tract infections // Manag. Care Interface. 1998. - Vol. 11, № 7. - P.48-50

130. Rulf W. Überlegungen zu regionalen Zusammenschlüssen niedergelassener Urologen am Beispiel des Urologennetzes Region Dusseldorf // Urologe A.2004.-Bd.43,№ 1.-S. 1.Rosette J.J. Ruijgrok M.C. Jeuken J.M. Kartaus H.F. Debrueene F.M. Personality variablesinvolved in chronic prostatitis. Urology 1993; 42: 654-662

131. Roehrborn CG, Bartsch G, Kubly R, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of benign prostatic hyperplasia: a comparative international review. Urology 2001; 58 (5):42-50. Emberton M, Andriole GL, de la Rosette J, et al. BPH: a progressive disease of the aging male. Urol 2004;61:267-2736-21.

132.Roehrborn CG et al. BJU Int 2007;100:813–9. Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms and Benign Prostatic Hyperplasia

133. Sovie, M., A. Jaward. Hospital restructuring and it's impacts on outcomes: nursing staff regulation are premature. – J. Nurs. Administrat., 31, 2001, №12

134. Spitzer, R. Nursing productivity: the hospotal's key to survival and profit. Chicago, Illinois, S-N Publications, 1986

135.Strasen, L. Key Business Skills for Nursing Managers. Philadelphia, JB Lippincott, 1987

136. Schick V., Penkert A. Ein innovatives Kooperationsmodell zwischen urologischer Hauptabteilung und urologischer Facharztpraxis // Urologe A. -2004. Bd.43, JVb 1.-S.13-15

137. Shvartzman P., Borkan J.M., Stoliar L., Peleg A., Nakar S., Nir G., Tabenkin H. Second-hand prostatism: effects of prostatic symptoms on spouses' quality of life, daily routines and family relationships // Fam. Pract. 2001. - Vol.18, № 6. -P.610-613

138. Standaert B., Torfs K. Economics of BPH: measuring the intangible costs // Prog. Clin. Biol. Res. 1994. -Vol.386. -P.409-418.

139.The 2<sup>nd</sup> International Consultation on BPH, Paris – June 27-30, 1993; patronized by WHO.

140. Thelot B., Obrecht O., Goupy F. Analyse de l'activite des services d'urologie a l'Assistance Publique de Paris // Ann. Urol. (Paris). 1990. - Vol.24, № 2. -P.111-117.

141. Turner D.A., Shaw C., McGrother C.W., Dallosso H.M., Cooper N.J. The cost of clinically significant urinary storage symptoms for community dwelling adults in the UK // BJU Int. 2004. - Vol.93, № 9. - P.1246-1252

142. Tikitsky OL 1984 ; Yunda IF 1987 ; Aboulker R. 1970 ; 1973 Frick J.

143. Vesey S.G., O'Boyle P.J., Lumb G.N. Ultrasound scanning by the urologist in outpatient clinics // Br. J. Surg. 1988. - Vol.75, № 9. - P.921-922

144. Wareing M. Physical examination and history-taking skills in a prostate clinic / Source British Journal of Nursing-2003

145. Willetts K.E., Clements M.S., Champion S., Ehsman S., Eden J.A. Serenoa repens extract for benign prostate hyperplasia: A randomized controlled trial // BJU Int. 2003. - Vol.92, JVb 3. - P.267-270

146. Wilt T.J., Ishani A., Rutks I., MacDonald R. Phytotherapy for benign prostatic hyperplasia // Public Health Nutr. 2000. - Vol.3, № 4A. - P.459-472.

147. Wilt T., Ishani A., Mac Donald R., Rutks I., Stark G. Pygeum africanum for benign prostatic hyperplasia // Cochrane Database Syst Rev. 2002. - № 1. -CD 001044

148. WHO, Social Determinants of Health, The solid Facts, Copenhagen, Denmark, 2000

149. World Health Organization. Nursing standards: toward better care. – In: Guidelines for standards of nursing practice. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1984

150. [www.aar-site.org](http://www.aar-site.org)

151. [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)

152. [www.alternativi.unwe.acad.bg/brl 3/3.doc](http://www.alternativi.unwe.acad.bg/brl%203/3.doc)

153. [www.anaes. Fr](http://www.anaes.fr)

154. [www.ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_283\\_en.pdf](http://www.ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf)

155. [www.escape infirmier. Com](http://www.escape.infirmier.com)

156. [www.euro.who.int/document/e82997.pdf](http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf)

157. [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

158. [www.indeksseksualnykobiety.2013.com](http://www.indeksseksualnykobiety.2013.com)

159. [www.nsoplb.org/files/gmp/GMP\\_GPs\\_last\\_END.pdf](http://www.nsoplb.org/files/gmp/GMP_GPs_last_END.pdf)

160. [www.nursingworld.org](http://www.nursingworld.org)

161. [www.nsi.bg](http://www.nsi.bg)

162. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

163. [www.who.int](http://www.who.int)

164. [www.science-spirit.com](http://www.science-spirit.com)



12. Вашата професия свързана ли е с продължително седене?

- а) да- по цял ден седя;                      б) да,половината от деня се налага;  
в) понякога;                                      г) не седя;                                      д) не никога не седя.

13. Имате ли физически натоварвания?

- а) да- всеки ден;                                      б) да- веднъж седмично;  
в) да- веднъж месечно;                              г) да-само през уикенда;  
д) обикновено не се натоварвам;                      е) никога не се натоварвам.

14. С какво са свързани физическите натоварвания?

- а) с ежедневната работа на работното място;  
б) с грижата за семейството;                      в) с допълнително работно място;  
г) със земя, с която разполагам и обработвам;                      д) със спорт.

15. Моля оценете по шестобалната система степента на физическите си натоварвания, като поставите отметка „+” или „-”, под посочените цифри.

Твърдение	1	2	3	4	5	6
1. Физическото ми натоварване е свързано с работата ми						
2. Физическото ми натоварване е свързано с грижата за семейството.						
3. Физическото натоварване е свързано с допълнително работно място.						
4. Физическото ми натоварване е свързано със земя, която допълнително обработвам.						
5. Физическото ми натоварване е свързано със спорт.						

16. Ако отговора е „спорт”, моля посочете как спортувате?

- а) всеки ден;                                      б) един път седмично;  
в) един път на две седмици;                      г) един път месечно.

17. Какъв вид спорт предпочитате?

.....

18. Имало ли е в живота Ви период на продължително боледуване?

- а) да –имал съм;                                      б) имал съм-но краткосрочно;  
в) не, не съм боледувал;                      г) не мога да отговоря;                      д) друго.....

19. От какво сте боледували? .....

20. Изпитвате ли напрежение?

- а) да- много често;                                      б) често;                                      в) да, понякога;  
г) не- неизпитвам;                                      д) никога не изпитвам.

21. От къде идва напрежението? Можете да посочите повече от 1 отговор, като подчертаете твърдение от отговор ”а” и „б”.

а) от работата ми;

- взаимоотношенията с ръководителя ми
- взаимоотношенията с колегите
- самия вид полаган труд

б) от семейството ми;

- взаимоотношенията със съпругата
- взаимоотношенията с децата
- взаимоотношенията с родителите ми
- взаимоотношенията с родителите на съпругата / партньорката ми/

в) от приятелите;

г) от близки и познати.

22. Имате ли ваши близки роднини със заболявания на простатата?

- а) да –имам;
- б) не – нямам;
- в) не зная
- г) друго.....

23. Изпитвате ли затруднения при уриниране ?

- а) да-много голямо;
- б) да-имам;
- в) малки затруднения;
- г) не- нямам;
- д) изобщо нямам.

24. Остава ли желанието за уриниране след като вече сте уринирали ?

- а) да- винаги;
- б) да- остава;
- в) не- не остава;
- г) не-никога не остава.

25. Колко пъти се събуждате през нощта за уриниране ?

- а) веднъж;
- б) два пъти;
- в) три пъти;
- г) многократно;
- д) не се събуждам.

26. Изпитвате ли чувството на дискомфорт, след уриниране?

- а) да-винаги;
- б) да –изпитвам дискомфорт;
- в) да- понякога;
- г) не- никога;
- д) друго.....

27. Боледували ли сте инфекция на пикочните пътища (пиелонефрит, цистит, уретрит)?

- а) да- много често;
- б) да-често;
- в) да- имал съм веднъж;
- г) не – не съм имал;
- д) незная;
- е) друго.....

28. Какъв е вида на инфекцията?

- а) възпаление на пикочния мехур- цистит;
- б) възпаление на бъбречните легенчета-пиелит;
- в) възпаление на пикочния мехур и бъбречните легенчета-цистопиелит;
- г) възпалителни заболявания на бъбреците-пиелонефрит;
- д) възпаление на пикочния канал- уретрит;
- е) друго.....

29. Колко често чувствате препълване на пикочния мехур?

- а) всеки път;
- б) 1-2 пъти на 24 часа;
- в) 3-4 пъти на 24 часа;

- г) рядко се случва;
- д) никога не се случва.

30. Страдате ли от запек?

- а) да- непрекъснато;
- б) да, страдам;
- в) понякога;
- г) никога.

31. Имали ли сте инфекциозни заболявания на урогениталния тракт?

- а) да-често
- б) да, имал съм- веднъж;
- в) не, не съм имал;
- г) незначително;
- д) друго.....

32. Имате ли проблеми при сексуалните контакти?

- а) да –много често;
- б) да – често;
- в) рядко;
- г) случвало се е 1,2 пъти;
- д) не, не съм имал;
- е) никога не съм имал.

33. Използвате ли стимуланти ?

- а) да-използвал съм – веднъж;
- б) да-използвам понякога;
- в) рядко използвам;
- г) не съм употребявал;
- д) друго.....

34. Ако отговора на въпрос №31 е положителен, какъв вид стимулант използвате?

- а) Виагра;
- б) Левитра;
- в) Камагра
- г)Трибестан
- д) Вига макс про
- е) продукти на билкова основа
- ж) друго.....

35. Вземате ли следните лекарства? :

- а) сънотворни;
- б) хормони;
- в) за сърцето;
- г) за високо кръвно налягане;
- д) други лекарства.....

36. Храните и течностите, които приемате, съобразени ли са със заболяването Ви?

- а) да;

- б) отчасти;
  - в) не.
37. Доброкачествената хиперплазия на простата оказва ли негативно влияние на:
- а) самочувствието Ви;
  - б) социални контакти;
  - в) интимни отношение;
  - г) не оказва влияние.
  - д) друго.....
38. Ходите ли на профилактични прегледи?
- а) да –два пъти годишно;
  - б) да-веднъж годишно;
  - в) веднъж на 3 години;
  - г) не ходя;
  - в) никога не ходя;
  - г) друго.....
39. Ходите ли на преглед при уролог?
- а) да-редовно;
  - б) да-често;
  - в) да- ако се наложи;
  - г) не ходя;
  - д) никога не ходя;
  - е) друго.....
40. Кой Ви насочи към уролога? /Може да посочите повече от един отговор/.
- а) Личен лекар;
  - б) близки:  
партньорка; майка/ баща ; син/ дъщеря; брат / сестра; приятели
  - в) медицинска сестра;
  - г) сам.
41. С кого споделяте проблемите си най-често?
- а) с партньорката;
  - б) с родителите;
  - в) с децата си ;
  - г) с приятели;
  - д) с колеги;
42. Правите ли опити за самолечение ?
- а) да- редовно;
  - б) да-опитвал съм;
  - в) не- не бих опитвал
  - г) не – никога.
43. Смятате ли, че сте изгубили ценно време за самолечение?
- а) да, много време изгубих;
  - б) да, но не загубих много;

- в) да, отчасти загубих;
- г не мога да преценя;
- д) незагубих, защото бързо потърсих лекар;
- е) друго.....

44. Помогнахте ли си сам за намаляване на оплакванията Ви, чрез самолечение?

- а) да- много си помогнах;
- б) да-в известна степен;
- в) да, но много малко;
- г) не,си помогнах;
- д) не мога да преценя;
- е) изобщо не си помогнах;
- ж) напротив- навредих си.

45. В каква степен заболяването на простатата промени живота Ви?

В ежедневието	1	2	3	4	5	6
Във взаимоотношенията с партньорката	1	2	3	4	5	6
При съня	1	2	3	4	5	6

46.Откъде намирате информация, по повод лечение на проблемите при уриниране?

- а) Личен лекар;
- б) медицинската сестра, която работи с личния лекар;
- в) медии (радио, телевизия)
- г) интернет, социални мрежи
- д) книги; вестници; списания;
- е) приятели, близки, колеги
- ж) други. ....

47.Получавате ли здравна информация за проблемите с простатната жлеза?

	Преди заболяването	След заболяването
да-получавам достатъчно		
да,но не ми е достатъчна		
не получавам достатъчно;		
изобщо не получавам		

48.Ако отговорът Ви е „Да” на предходния въпрос , кой Ви я предостави? Може да посочите повече от един отговор.

- а) Личен лекар;
- б) медицинската сестра, която работи с личния лекар;
- в) медии (радио, телевизия)
- г) интернет, социални мрежи
- д) книги; вестници; списания;
- е) приятели, близки, колеги
- ж) други. ....

49.Смятате ли, че е необходима повече здравна информация в тази област?

- а) да – много е необходима;
- б) необходима е;
- в) не е необходима;
- г) не мога да преценя;
- д) друго.....

50. Запознат ли сте каква е причината за появата на заболяването?

- а) да, напълно;
- б) да, донякъде;
- в) малко съм запознат;
- г) не съм запознат;
- д) нищо не зная.

51. Заболяването може да се появи при:

/ можете да посочите повече от 1 твърдение чрез отмятане на вярното твърдение с V/

Твърдение	Напълно несъгласен 1	2	3	4	5	Напълно съгласен 6
1. Заболяването се явява при употреба на повече месо						
2. Заболяването се явява при употреба на растителни храни						
3. Заболяването се явява при употреба на тестени изделия						
4. Заболяването се явява при тежки физически натоварвания						
5. Заболяването се явява при липса на физически натоварвания						
6. Заболяването се явява при психическо натоварване						
7. Заболяването се явява при възпалителни заболявания на пикочните пътища						



- г) не –нямат такава квалификация.
6. Ако отговорът Ви е „да” посочете вида на квалификацията?  
.....
7. Достатъчна ли Ви е тази квалификация?
- а) да напълно;
  - б) в известна степен
  - в) не ми е достатъчна
  - г) друго.....
8. От колко години работите в това лечебно заведение? .....
9. От колко години работите в областта на урологията?
- а) една година;
  - б) две години;
  - в) над 3 години;
  - г) повече от 10 години.
10. Желаете ли да бъдете обучен/а по проблемите на доброкачествената простатна хиперплазия?
- а) да, много силно желая;
  - б) да, желая;
  - в) ако е необходимо-да;
  - г) не желая.
11. В какво точно желаете да бъдете обучен/а ? Може да посочите повече от един отговор.
- а) в същността на заболяването;
  - б) във факторите , причиняващи заболяването;
  - в) методите за лечение;
  - г) грижите за болните;
  - д) профилактиката за заболяването.

12. Здравната култура е...? Можете да дадете повече от един отговор

Твърдение	Напълно съгласен	съгласен	несъгласен	Напълно несъгласен
1. Здравната култура е съвкупност от знания и убеждения				
2. Здравната култура е съвкупност от знания, нагласи, отношения, убеждения и поведение.				
3. Здравната култура е съвкупност от знания и отношения.				
4. Здравната култура е здравно съзнание, здравни потребности, здравни интереси, навици и поведение.				
5. Здравната култура е здравно възпитание.				

13. Какви са симптомите на доброкачествената простатна хиперплазия?

Твърдение	Съгласен напълно	съгласен	несъгласен	Напълно несъгласен
а/ затруднено уриниране				
б/ затруднено начало на уринирането				
в/ прекъсваща струя на уринния поток				
г/ намален дебит на уринния поток				
д/ чести позиви за уриниране				
е/ често уриниране през нощта				
ж/ отделяне на капки урина след приключване на уринирането;				
з/ задръжка на урина в пикочния мехур				
и/ невъзможност за задържане на урина				

14. От какво се предизвиква /разрастването/ уголемяването на простатната жлеза?  
Може да посочите повече от един отговор.

Твърдение	Оценка			
	Напълно съгласен	съгласен	несъгласен	Напълно несъгласен
1.От нарушаване на баланса на половите хормони				
2.Увеличава се тестостерона				
3.Намалява се тестостерона				
4.Увеличават се естрогените				
5.Намаляват се естрогените				

15. Доброкачествената хиперплазия на простатната жлеза е:

Твърдение	Напълно несъгласен	Несъгласен	Съгласен	Напълно съгласен
1.Предшественик на рак на простатната жлеза				
2.Не е злокачествено заболяване на простатната жлеза				
3.Разрастване на простатната жлеза				
4.Доброкачествено заболяване				
5.Злокачествено заболяване				

16. Информирани ли сте за заболяването Доброкачествена простатна хиперплазия?

- а) да напълно съм информиран/а
- б) да, отчасти
- в) не, не съм информиран
- г ) изобщо не съм информиран/а

17. Смятате ли, че сте обучен/а да работите с пациенти с Доброкачествена простатна хиперплазия?

- а) да, напълно съм обучен/а
- б) да, обучен/ а съм
- в) не съм обучен/а достатъчно
- г) изобщо не съм обучен/а
- д) друго.....

18. Имате ли достатъчно теоретични знания и практическа подготовка да обучавате пациенти с Доброкачествената простатна хиперплазия ?

- а) да- имам;
- б) да- но недостатъчни;
- в) не нямам теоретични знания;
- г) нямам практическа подготовка;
- д) не съм подготвен/ а

19. Кои са рисковите фактори за развитие на заболяването Доброкачествена простатна хиперплазия?

.....

20. Какви храни могат да употребяват мъжете с хиперплазия на простатата?

.....  
 .....

21. Оказва ли влияние доброкачествена простатна хиперплазия на качеството на живот сред мъжкото население?

- а) да, оказва голямо влияние ;
- б) да оказва влияние;
- в) несъществено е;
- г) не оказва влияние;
- д) изобщо не влияе на качеството им на живот;
- е) друго.....

22. Осигурявате ли достатъчна и приемлива за пациентите здравна информация ?

- а) да – напълно;
- б) да- отчасти;
- в) недостатъчно;
- г) не изобщо.

23. Къде според Вас е най-удачно да се провеждат здравно- образователни мероприятия за здравно възпитание?

- а) медицински центрове за здравно обучение;
- б) кабинет на лекар-уролог;
- в) дома на пациента;
- г) където се провежда лечението.

24. Смятате ли, че здравната информация за пациентите е задължителен елемент в обучението по здравни грижи ?

- а) да –задължително е;
- б) да- желателно е;
- в) не - не е;
- г) друго.....

25. Имате ли нужда от допълнително обучение за здравна информираност на пациенти с Доброкачествена простатна хиперплазия?

- а) да –имама;
- б) не мога да преценя;
- в) не- нямама;
- г) друго

### Приложение 3

#### Анкетна карта за студенти С

#### Уважаеми колеги,

Моля за Вашето участие в проучване, което се провежда с научна цел.  
Отговорете на въпросите като оградите изчисления от Вас отговор или допишете.

Анкетата е анонимна.

Предварително Ви благодарим за участието!

1. Моля, посочете Вашата възраст ? .....

2. Текущият Ви семестър на обучение е:

III семестър	IV семестър	V семестър	VI семестър	VII семестър	VIII семестър
-----------------	----------------	---------------	----------------	-----------------	------------------

3. Провеждана ли Ви е клинична практика в урологично отделение?

- а) да
- б) еднократно
- в) няколко дни
- г) не
- д) друго .....

4. По време на клинична практика провеждали ли сте наблюдение при пациенти с урологично заболяване?

- а) да
- б) да, отчасти
- в) само веднъж
- г) не

5. Ако отговорът на въпрос №4 е положителен, моля опишете точно какво наблюдавахте .....

.....

.....  
.....

6. Имате ли достатъчно познания, относно сестринските грижи при пациенти с Доброкачествена простатна хиперплазия?

- а) да, напълно
- б) да, отчасти
- в) не са ми достатъчни
- г) нямам

7. При положителен отговор на 6-ти въпрос, моля, посочете източника на Вашите знания?

- а) от лекции
- б) от учебно-практични занятия
- в) от клинична практика
- г) от семинари или участие в научни форуми
- г) друго .....

..

8. Заболяването Доброкачествена простатна хиперплазия е:

- а) увеличение на простатната жлеза
- б) намаляване на простатната жлеза
- в) атрофия на простатната жлеза
- г) друго .....

9. От какво се предизвиква уголемяването /разрастването/ на простатната жлеза?  
Може да посочите повече от един отговор

Твърдение	Оценка			
	напълно съгласен	съгласен	несъгласен	напълно несъгласен
1. От нарушаване на баланса на половите хормони				

2. Увеличава се тестостерона				
3. Намалява се тестостерона				
4. Увеличават се естрогените				
5. Намаляват се естрогените				

10. Доброкачествената хиперплазия на простатната жлеза е:

Можете да посочите повече от един отговор, чрез отмятане с „+” или ”v”

Твърдение	напълно		напълно	
	несъгласен	несъгласен	съгласен	съгласен
1. Предшественик на рак на простатната жлеза				
2. Не е злокачествено заболяване на простатната жлеза				
3. Разрастване на простатната жлеза				
4. Доброкачествено заболяване				
5. Злокачествено заболяване				

11. Кои са рисковите фактори за развитие на заболяването Доброкачествена простатна хиперплазия?

- а) стрес
- б) тютюнопушене
- в) хранене предимно с месо
- г) намалена двигателна активност
- д) промискуитет
- е) злоупотреба с алкохол

12. Оказва ли влияние доброкачествената простатна хиперплазия на качеството на живот сред мъжкото население?

- а) да, оказва голямо влияние
- б) да, оказва влияние
- в) несъществено
- г) не оказва влияние

- д) нямам мнение
- е) друго .....

13. Къде според Вас е най-удачно да се провеждат здравно-образователни мероприятия за здравно възпитание?

- а) медицински центрове за здравно обучение
- б) кабинет на лекар-уролог
- в) дома на пациента
- г) където се провежда лечението
- д) друго .....

14. Смятате ли, че здравната информация за пациентите е задължителен елемент в обучението по здравни грижи ?

- а) да –задължително е
- б) да- желателно е
- в) не - не е
- г) не мога да преценя
- д) друго .....

15. В каква степен сте обучен/а за извършване на урологични манипулации?

- а) висока
- б) добра
- в) средна
- г) ниска
- д) нулева
- е) не мога да преценя

16. Смятате ли, че обучението Ви е достатъчно, относно грижите за пациенти с урологични заболявания?

- а) категорично - да
- б) да
- в) в известна степен – да
- г) не е достатъчно

- д) не мога да преценя
- г) друго .....

17. Имате ли желание за допълнително обучение, относно грижите за пациенти с урологични заболявания?

- а) да - много
- б) да - нужно ми е
- в) отчасти
- г) не е необходимо
- д) нямам мнение
- е) друго .....

18. При положителен отговор на предходния въпрос, под каква форма трябва да се провежда това обучение?

- а) да се увеличат часовете на лекционния курс
- б) да се увеличат учебно-практическите занятия
- в) повече клинична практика в урологично отделение
- г) факултативни занятия
- д) семинари
- е) друго .....

19. Какво според Вас налага такъв вид обучение?

- а) дефицит на информираност
- б) ниска информираност
- в) високата заболяемост сред мъжете
- г) важно е за бъдещата ми практика
- д) друго .....

20. Посочете в коя област трябва да се разшири Вашето обучение?

- а) здравна информираност
- б) медицинска педагогика и методология
- в) практическа дейност
- г) друго .....

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  
**ФИЛИАЛ „ПРОФ. Д-Р ИВАН МИТЕВ „ – ВРАЦА**

**УЧЕБНА ПРОГРАМА ПО СПЕЦИАЛНОСТТА**  
**„МЕДИЦИНСКА СЕСТРА” ЗА ОБРАЗОВАТЕЛНО КВАЛИФИКАЦИОННА**  
**СТЕПЕН „БАКАЛАВЪР”**

*Професионално направление: Здравни грижи*

Наименование на дисциплината:

**Сестрински грижи при пациенти с урологични заболявания**

**Вид на дисциплината:** СДК

**Вид на обучение:** курс

**Хорариум:** 15 часа

**Вид на курса:** тридневен

**Брой кредити:** 1

**Форми на оценяване:** текущо оценяване

**Форми на обучение в курса:** лекции, учебно-практически занятия, семинари, дискусия, консултации, самостоятелна работа, решаване на типови и ситуационни задачи.

**Организация на учебния процес:** Циклична система с теоретични и практически модули

**Преподаватели:** М. Борисова

Теория- 6 часа

Упражнение- 9 часа

### **АНОТАЦИЯ НА ДИСЦИПЛИНАТА**

В дисциплината „ Сестрински грижи при пациенти с урологични заболявания” се предоставят знания за специалните сестрински грижи при деца и възрастни с урологични заболявания, изискващи разширена теоретична и практическа подготовка при обгрижването на тези пациенти с насоченост към профилактични и терапевтични дейности.

### **ЦЕЛ НА ДИСЦИПЛИНАТА:**

Основната цел на обучението е усвояване на широк интегрален подход при оказване на специалните сестрински грижи, актуализирани със съвременната концепция и стратегия в развитието и изискванията в областта на урологичните грижи.

### **ЗАДАЧИ НА ДИСЦИПЛИНАТА:**

- Да предостави на медицинските специалисти теоретични знания в областта на специалните сестрински грижи за пациенти със заболявания на урологичната система.
- Медицинските сестри да придобият практически умения за прилагане на сестрински грижи при пациенти с урологични заболявания.
- Да се сформират конкретни умения за прилагане на сестрински подход при болни с урологични заболявания.

### **ОПИСАНИЕ НА ДИСЦИПЛИНАТА:**

СДК се състои от 15 академични часа, от които:

- Лекции 6 часа
- Учебно-практически занятия и семинари 9 часа, при които се изисква активност от страна на медицинските сестри, самостоятелна работа по предварително

зададени теми, събеседване по предварително обявени теми, практическа работа по зададени казуси.

### **Формиране на оценката**

Чрез текущ контрол

Методи на оценяване: устно, писмено, тестове, решаване на тестове, решаване на практически задачи, казуси, реферати и други.

**УЧЕБНО-ТЕХНИЧЕСКИ СРЕДСТВА ЗА ПРЕПОДАВАНЕ:** мултимедия, аудио и видео-материали, схеми, таблици, данни от проучвания, учебни филми, разработки на студенти и други.

### **РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО РАЗДЕЛИ, ТЕМИ И ЧАСОВЕ**

<b>№</b>	<b>ТЕМА</b>	<b>Лекции</b>	<b>Упражнения, семинари</b>	<b>Общо</b>
1	Анатомия и физиология на мъжка полова система	1		1
2	Изследвания в урологията. - клинични - функционални - инструментални	1	2	3
3	Урологични заболявания при деца и възрастни. Оценка на потребностите.	1	2	3
4	Превенция на рисковите фактори при урологични заболявания.	1	2	3
5	Психологически и социални проблеми при мъже с ДПХ. План за грижи.	1	2	3

6	Качеството на живот на пациенти с урологични заболявания.	1	1	2
	<b>Всичко часове:</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>15</b>

**ПРЕДВАРИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ:** преминато обучение по: Анатомия и физиология; Философия и въведение в сестринските грижи; Сестрински грижи при пациенти със соматични заболявания; Сестрински грижи при пациенти с хирургически заболявания; Сестрински грижи в педиатрията.

#### **ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ:**

- Овладяни знания в областта на сестринските грижи при пациенти със заболявания на урологичната система.
- Придобити практически умения за прилагане на сестрински грижи при пациенти със заболявания на урологичната система.
- Формирани умения за прилагане на сестрински подход при болни със заболявания на урологичната система.

#### **ПРИЛОЖЕНИЯ:**

1. Препоръчителна литература
2. Теми за самостоятелна работа
3. Конспект
4. Тестове за оценяване

## **Препоръчителна литература**

1. Овчаров, Вл., А. Божилова Анатомия на човека Медицинско издателство Арсо
2. Минков, Н. (ред) - Оперативна урология. София, 1987.
3. Куманов, Хр. (ред) - Ръководство за практически упражнения по урология. София, 1970.
4. Панчев, П. - Още нещо за доброкачествената простатна хиперплазия. София, 2000.
5. Куманов, Хр. - Урология в "Хирургия". София, 1990.
6. Панчев, П., Патрашков, Т. (ред) - Оперативна урология. София, 2008

## **Теми за самостоятелна работа**

1. Анатомия на мъжка полова система.
2. Видове изследвания в урологията.
3. ССГ при урологично болни деца и възрастни.
4. План за грижи при ДПХ.
5. Роля и място на медицинската сестра в профилактиката на урологичните заболявания и превенция на усложненията.

## **Конспект:**

1. Анатомия и физиология на уrogenиталната система.
2. Изследвания в урологията. Роля и място на медицинската сестра.
3. Урологични заболявания в детската възраст.
  - вродени
  - придобити
4. Сестрински грижи при урологичните заболявания.
5. План за грижи при пациенти с ДПХ.
6. Превенция на рисковите фактори при урологичните заболявания.
7. Качество на живот на пациенти с урологични заболявания.

## Тестове за оценяване

Тест - Вариант I

1. Кой е основният орган на отделителната система?  
а/ бъбрек  
б/ пикочен мехур  
в/ простата
  
2. Къде се осъществява анатомичната връзка между отделителната и половата система?  
.....
  
3. Простатната жлеза е .....от мъжката репродуктивна система и е отговорна за производството на семенната течност, която съставлява спермата.
  
4. Каква е основната функция на простатната жлеза?.....
  
  
5. Избройте най-малко пет инструментални изследвания в урологията!  
.....  
.....  
.....
  
6. Най-честото заболяване на пикочо-половата система в детска възраст е?  
а/ ВУР  
б/ цистит  
в/ енурезис ноктурна
  
7. Какво е доброкачествена простатна хиперплазия?  
а/ уголемяване на простатната жлеза;  
б/ нарушение при уринирането;  
в/ невъзможност за задържане на урина.

8. Посочете кои от изброените рискови фактори имат съществено значение за появата на заболяването?

а/ хранене;

б/ алкохол;

в/ стрес;

г/ двигателна активност;

д/ тютюнопушене.

9. Остатъчната урина в пикочния мехур довежда до:

а/ камъни в мехура

б/ възпаление на пикочния мехур

в/ хронична бъбречна недостатъчност

10. Кои от посочените усложнения се срещат при доброкачествена простатна хиперплазия?

а/ анурия

б/ полакиурия

в/ инконтиненция

г/ ретенция

## ЕТАЛОН

1. А -1СО
2. Пикочен канал- уретра – 2 СО
3. жлеза - 1СО
4. секреторна- 1 СО
5. катетеризация, цистоскопия, биопсия 3 СО
6. Б- 2 СО
7. А – 1 СО
8. А, Б, В, Г, Д - 4 СО
9. Б – 1 СО
10. Б, Г – 2 СО

МИНК= 80% = 14 СО

Е = 18 СО - отличен 6  
17 СО – мн. добър 5  
15 СО – добър 4  
14 СО - среден 3

**ПРОЕКТ!**

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  
**ФИЛИАЛ „ПРОФ. Д-Р ИВАН МИТЕВ „ – ВРАЦА**

**УЧЕБНА ПРОГРАМА ПО СПЕЦИАЛНОСТТА**  
**„МЕДИЦИНСКА СЕСТРА” ЗА ОБРАЗОВАТЕЛНО КВАЛИФИКАЦИОННА**  
**СТЕПЕН „БАКАЛАВЪР”**

*Професионално направление: Здравни грижи*

Наименование на дисциплината:

**Сестрински грижи при пациенти с урологични заболявания**

**Вид на дисциплината:** Свободно избираема дисциплина

**Вид на обучение:** редовно

**Хорариум:** 15 часа

**Вид на курса:** един семестър, IV-ти семестър

**Брой кредити:** 1

**Форми на оценяване:** текущо оценяване

**Форми на обучение в курса:** лекции, учебно-практически занятия, семинари, дискусия, консултации, самостоятелна работа, решаване на типови и ситуационни задачи.

**Организация на учебния процес:** Циклична система с теоретични и практически модули.

**Преподаватели:** М. Борисова

**Теория:** 6 часа

**Упражнения:** 9 часа

### **АНОТАЦИЯ НА ДИСЦИПЛИНАТА**

В дисциплината „ Сестрински грижи при пациенти с урологични заболявания” се предоставят знания за специалните сестрински грижи при деца и възрастни с урологични заболявания, изискващи разширена теоретична и практическа подготовка при обгрижването на тези пациенти с насоченост към профилактични и терапевтични дейности.

### **ЦЕЛ НА ДИСЦИПЛИНАТА:**

Основната цел на обучението е усвояване на широк интегрален подход при оказване на специалните сестрински грижи, актуализирани със съвременната концепция и стратегия в развитието и изискванията в областта на урологичните грижи.

### **ЗАДАЧИ НА ДИСЦИПЛИНАТА:**

- Да предостави на студентите теоретични знания в областта на специалните сестрински грижи за пациенти със заболявания на урологичната система.
- Студентите да придобият практически умения за прилагане на сестрински грижи при пациенти с урологични заболявания.
- Да се сформират у студентите конкретни умения за прилагане на сестрински подход при болни с урологични заболявания.

### **ОПИСАНИЕ НА КУРСА**

Курсът се състои от 15 академични часа, от които:

- Лекции 6 часа
- Учебно-практически занятия и семинари 9 часа, при които се изисква активност от страна на студентите, самостоятелна работа по предварително зададени теми, събеседване по предварително обявени теми, практическа работа по зададени казуси.

## Формиране на оценката

Чрез текущ контрол

Методи на оценяване: устно, писмено, тестове, решаване на тестове, решаване на практически задачи, казуси, реферати и други.

**УЧЕБНО-ТЕХНИЧЕСКИ СРЕДСТВА ЗА ПРЕПОДАВАНЕ:** мултимедия, аудио и видео-материали, схеми, таблици, данни от проучвания, учебни филми, разработки на студенти и други.

## РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА УЧЕБНИЯ МАТЕРИАЛ ПО РАЗДЕЛИ, ТЕМИ И ЧАСОВЕ

№	ТЕМА	Лекции	Упражнения, семинари	Общо
1	Анатомия и физиология на мъжка полова система	1		1
2	Изследвания в урологията. - клинични - функционални - инструментални	1	2	3
3	Урологични заболявания при деца и възрастни. Оценка на потребностите.	1	2	3
4	Превенция на рисковите фактори при урологични заболявания.	1	2	3
5	Психологически и социални проблеми при мъже с ДПХ. План за грижи.	1	2	3

6	Качеството на живот на пациенти с урологични заболявания.	1	1	2
	<b>Всичко часове:</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>15</b>

**ПРЕДВАРИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ:** преминато обучение по: Анатомия и физиология; Философия и въведение в сестринските грижи; Сестрински грижи при пациенти със соматични заболявания; Сестрински грижи при пациенти с хирургически заболявания; Сестрински грижи в педиатрията.

#### **ОЧАКВАНИ РЕЗУЛТАТИ:**

- Овладяни знания в областта на сестринските грижи при пациенти със заболявания на урологичната система.
- Придобити практически умения за прилагане на сестрински грижи при пациенти със заболявания на урологичната система.
- Формирани умения за прилагане на сестрински подход при болни със заболявания на урологичната система.

#### **ПРИЛОЖЕНИЯ:**

- 1.Препоръчителна литература
- 2.Теми за самостоятелна работа
- 3.Конспект
- 4.Тестове за оценяване

## **Препоръчителна литература**

1. Овчаров, Вл., А. Божинова, Анатомия на човека медицинско издание Арсо
2. Минков, Н. (ред) - Оперативна урология. София, 1987.
3. Куманов, Хр. (ред) - Ръководство за практически упражнения по урология. София, 1970.
4. Панчев, П. - Още нещо за доброкачествената простатна хиперплазия. София, 2000.
5. Куманов, Хр. - Урология в "Хирургия". София, 1990.
6. Панчев, П., Патрашков, Т. (ред) - Оперативна урология. София, 2008

## **Теми за самостоятелна работа**

1. Анатомия на мъжка полова система.
2. Видове изследвания в урологията.
3. ССГ при урологично болни деца и възрастни.
4. План за грижи при ДПХ.
5. Роля и място на медицинската сестра в профилактиката на урологичните заболявания и превенция на усложненията.

## **Конспект:**

1. Анатомия и физиология на уrogenиталната система.
2. Изследвания в урологията. Роля и място на медицинската сестра.
3. Урологични заболявания в детската възраст.
  - вродени
  - придобити

4. Сестрински грижи при урологичните заболявания.
5. План за грижи при пациенти с ДПХ.
6. Превенция на рисковите фактори при урологичните заболявания.
7. Качество на живот на пациенти с урологични заболявания.

**Тест- вариант II**

( име,презиме, фак.№)

.....

( курс,група)

1. Урологията е основна .....специалност, която се занимава с лечението на заболяванията на .....система у мъжете, и .....система у жените.

2. Избройте най-малко две клинични изследвания в урологията.

.....

.....

3. Каква е основната функция на простатната жлеза?.....

4. Напишете на латински „нощно напикаване”.....

5.Какво е доброкачествена простатна хиперплазия?

а/ уголемяване на простатната жлеза

б/ нарушение при уриниране

в/ невъзможност за задържане на урина

6. След каква годишна възраст са задължителни профилактичните прегледи за мъже при уролог?

а/ след 40год.

б/ след 50год.

в/ след 60год.

7. Посочете кой от изброените рискови фактори има решаващо значение за появата на заболяването ДПХ?

а/ хранене

б/ алкохол

в/ стрес

г/ двигателна активност

д/ промискуитет

8. Остатъчната урина в пикочния мехур довежда до:

а/ камъни в мехура

б/ възпаление

в/ хронична бъбречна недостатъчност

9. Кои от посочените усложнения се срещат при доброкачествена простатна хиперплазия?

а/ анурия

б/ полакиурия

в/ инконтиненция

10. Кога се налага спешна катетеризация?.....

## ЕТАЛОН

1. Урологията е основна хирургическа специалност, която се занимава с лечението на заболяванията на пикочо-половата система у мъжете, и пикочната система у жените. **4 CO**

2. функционални бъбречни проби, общо изследване на урината- **2 CO**

3. секреторна- **1 CO**

4. enuresis nocturna **2 CO**

5. А- **1 CO**

6. Б – **1 CO**

7. А,Б,В,Г,Д -**4 CO**

8. Б-**1CO**

9. Б,Г- **2 CO**

10. При ретенция-**1CO**

МИНК= 80% = 15 CO

Е = 19 CO - отличен 6

18 CO – мн. добър 5

16 CO – добър 4

15 CO - среден 3

## **Информационна брошура за пациенти с ДПХ**

### **Кои са най-често срещаните заболявания на простатната жлеза?**

#### ***Възпаление на простатната жлеза***

Като останалите органи, така и простатната жлеза също може да се възпали. Развитието на възпалителен процес в простатната жлеза (простатит) се подпомага и от неизтекла от пикочния мехур и пикочните пътища остатъчна урина.

#### ***Доброкачествено нарастване на простатната жлеза.***

Това е най-разпространеното заболяване при мъжете и се нарича още доброкачествена простатна хиперплазия (ДПХ). Засегнат е всеки втори мъж над 50 години. Все още не е известно защо с напредването на възрастта се случва това, но се смята, че причините са хормонални.

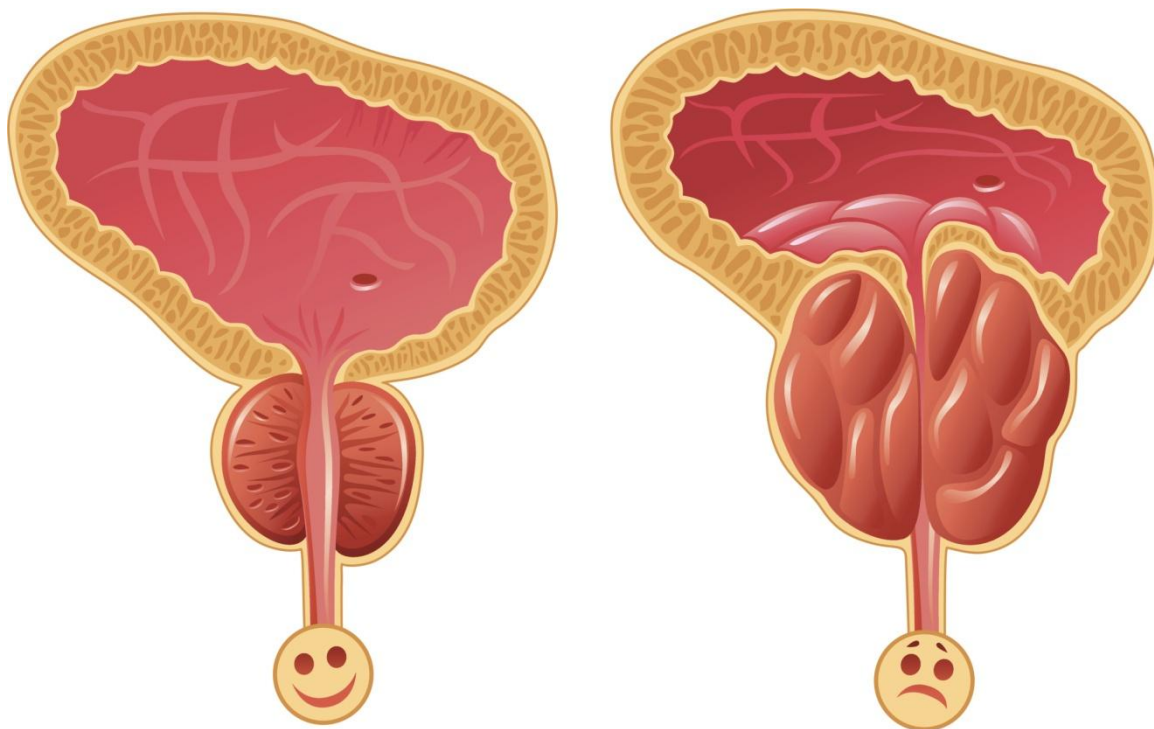
#### ***Рак на простатната жлеза***

Среща се много по-рядко от ДПХ. В началния стадий често протича без симптоми. Ракът на простатната жлеза в никакъв случай не трябва да се свързва с доброкачественото и нарастване. Това са две съвсем различни заболявания с различни методи на лечение.

#### ***Доброкачествена простатна хиперплазия (ДПХ)***

#### **Какво е ДПХ?**

Едно от най-често срещаните заболявания на простатната жлеза е доброкачественото ѝ уголемяване-Benign Prostatic Hyperplasia (BPH). Това заболяване се среща при мъжете на средна възраст и в напреднала възраст. Дължи се на разрастване на доброкачествени (неракови) клетки в простатната жлеза. Изразява се в затруднения в уринирането.



*arsmedica.bg*

### ***Каква е причината за ДПХ?***

Уголемяването на простатната жлеза е част от естествения процес на стареене при мъжа. В много случаи простата се разраства не само навън, но и навътре. Това може да причини стесняване на пикочния канал, който извежда урината извън тялото.

### ***Как се забелязва уголемената простата?***

Уголемената простата невинаги причинява оплаквания. ДПХ предизвиква оплаквания само, ако пикочния канал е стеснен от разрасналата се съединителна тъкан. Поради стеснението на уретрата, струята урина е много слаба, като може да се стигне само до отделяне на капки. Началото на уринирането се забавя. Самото уриниране трае по-дълго време. Така могат да се появяват следните симптоми:

### **Симптоми при ДПХ**

#### ***Възпалителни симптоми:***

-неотложни позиви за уриниране

-често уриниране

- нощно уриниране (никтурия)
- изпускане преди уриниране /инконтиненция/

***Обструктивни симптоми:***

- трудност при започване на уринирането
- прекъсване на струята
- слаба струя
- напрягане при уриниране
- продължително уриниране
- остатъчна урина
- задръжка на урината
- чувство за непълно изпразване на пикочния мехур
- изтичане на урината на капки в края на уринирането
- инконтиненция (неволно изпускане по малка нужда)

**Какво може да се случи, ако ДПХ не се лекува?**

Ако уголемената простатна жлеза притиска пикочния канал, пикочният мехур при уриниране трябва да преодолява все по-голямо съпротивление. Стените на пикочния мехур стават по-дебели.

Пикочният мехур не може да изпразва изцяло и това количество урина, което остава в него, предизвиква разширяването му до такава степен, че той вече не може да се свие. В мехура остава урина, която не може да изтласка навън (остатъчна урина). Тази задържана урина става идеална хранителна среда за развитието на бактерии. Така се развиват уринарни инфекции, увреждане на пикочния мехур и бъбреците, водещи до хронична бъбречна недостатъчност.

Друго усложнение е, когато въпреки силното желание за уриниране, струята на урината е слаба или настъпва пълна неспособност за уриниране- остра задръжка (ретенция) на урината ОРУ.

ОРУ се преодолява чрез използване на катетър-тънка фолиева тръбичка, която се поставя през половия член в пикочния мехур за по-лесно изтичане на урината.



*Снимки: автора*

### **Какви изследвания се провеждат за установяване на диагнозата ДПХ?**

Ректално туширане ( опипване на простатната жлеза с пръст през аналния свинктер).

Ехографско изследване за откриване на остатъчна урина.

Изследване на кръвта за проверка на състоянието на бъбреците и простатната жлеза.

Урокултура за диагностициране на инфекция.

Урофлометрия за преценка на струята и силата на уринния поток.

Ректална ехография и биопсия на простатата.

### **Кога се налага оперативна намеса?**

Оперативното лечение се препоръчва, ако поне два пъти е имало остра задръжка на урината, при кръв в урината, камъни в пикочния мехур, хронична бъбречна недостатъчност.

*Най-честата форма на оперативно лечение е ТУР* – трансуретрална резекция на простатната жлеза. Извършва се в условията на локална или венозна анестезия и отнема не повече от час. Престоят в болница е няколко дни. Възстановяването отнема няколко седмици.



*снимки: автора*

### ***Отворена аденомектомия***

Операцията се извършва под обща анестезия и отнема около час. След което е необходимо болничен престой. Периодът на възстановяване е около два-три месеца.



*снимки: автора*

## Какво може да направите за Вашата простатна жлеза?

Вие сами можете да сторите немалко, за да поддържате простата си в добро здраве.

### Хранене



*снимки: автора*

Приемайте с храната достатъчно баластни вещества.

Към тях принадлежат пълнозърнестите брашна, плодовете и зеленчуците, както и достатъчно количество течности (около 1-2 литра минерална вода дневно). По възможност избягвайте животинските мазнини!

Не употребявайте алкохол – особено вечер!

Не пушете!

### **Физическа активност**



*снимки: автора*

Погрижете се ежедневно да извършвате поне леки физически упражнения, например разходки на чист въздух. Избягвайте продължителното заседяване!

Обърнете внимание на ранните сигнали на тялото!

Например: трудности при започване на уриниране или неотложните позиви за уриниране (възпаление) са сигнал за неотложна консултация със специалист.