

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

КАТЕДРА „ЗДРАВНИ ГРИЖИ”

Мариела Илиева Борисова

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

Автореферат

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

Рецензенти:

Доц. Мария Иванова Димитрова, дм
Проф. д-р Станка Маркова Станчева, дм

София, 2019

Дисертационният труд съдържа 162 страници и е онагледен с 15 таблици и 44 фигури. Включени са 6 приложения. Библиографският списък включва 164 източника, от които 71 на кирилица, 78 на латиница и 15 web-страници.

Дисертационният труд е обсъден и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по Здравни грижи на Факултет по обществено здраве при МУ-София.

Публичната защита ще се проведе на 08 май 2019 г. във Факултета по обществено здраве, ул. "Бяло море" № 8, София.

Научно жури:

1. Доц. Мария Иванова Димитрова, дм
2. Доц. Павлинка Петкова Добрилова, дм
3. Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм
4. Проф. д-р Станка Маркова Станчева, дм
5. Доц. Диана Кръстева Иванова, дм

Резервни членове:

1. Проф. Галина Стамова Чанева, дм
2. Проф. Мими Георгиева Стойчева, дм

Материалите са на разположение в Деканата на Факултет по обществено здраве, ул. "Бяло море" №8, София.

Материалите по защитата са на разположение в Деканата на ФОЗ, МУ-София, УМБАЛ „Царица Йоана – ИСУЛ” ЕАД, ул. Бяло море” № 8, гр. София и интернет страницата на МУ-София.

Номерацията на таблиците, фигурите и схемите не отговаря на тази в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

Ключови думи и термини	3
Използвани съкращения	4
Въведение	6
I. Глава първа. Цел, задачи и методология на изследването	7
1.1 Цел и задачи на изследването	7
1.2 Работна хипотеза	7
1.3 Работна хипотеза	8
1.4 Предмет на проучването	8
1.5 Логически единици на изследването	8
1.6 Технически	8
1.7 Признаци на наблюдение на логическите единици	10
1.8 Характер и обем на изследването	10
1.9 Етапи на научното изследване	11
1.10 Място и време на изследването	11
1.11 Методология на изследването	11
II. Глава втора. Анализ на резултатите от проучването	13
2.1 Анализ на резултатите от анкетното проучване на пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия	13
2.2 Анализ на резултатите от анкетното проучване с медицински сестри, относно проблемите на пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия	35
2.3 Анализ на резултатите от анкетното проучване със студенти от специалност „Медицинска сестра”	48
2.4 Обучение и повишаване на професионалната квалификация на медицинската сестра за консултиране на пациенти с ДПХ	57
2.5 Създаване на „Консултативна сестринска практика за пациенти с ДПХ”	57
Заклучение	60
Изводи	62
Препоръки	63
Приноси	64
Публикации	65

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 2nd 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

Цел, задачи и методология на изследването

1. 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“.

1.2. 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.

1.3. 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.

1.4. 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”.

1.5. 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.

1.6. 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

1.7. 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.

1.8. 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”.

1.9. 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.

1.10. Място и време на изследването

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

1.11. 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 анкетираните са използвани:

Непараметрични анализи. Тест за независимост на Pearson за субективните категориини данни от анкетите – изследвания коефициент χ^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.

II. ГЛАВА ВТОРА

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
Общо	300	100.0

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%).

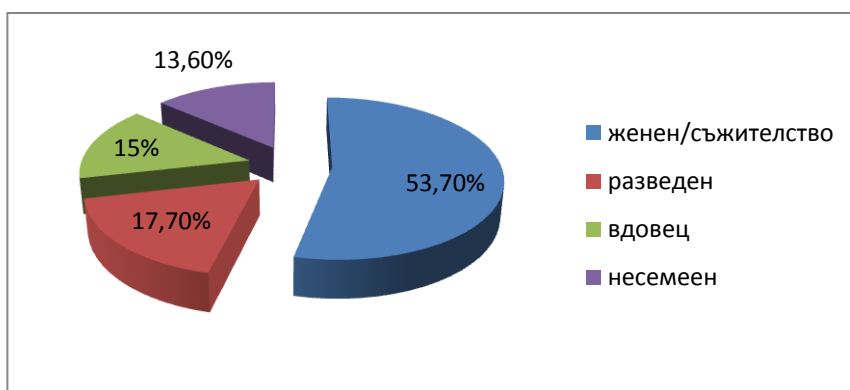
Според здравната статистика на СЗО, около 24 милиона мъже в Европа над 50 години имат симптоми на увеличена простата. ДПХ засяга около 50% от мъжете на възраст 51-60 години. По статистически проучвания на редица автори в Европа състоянието се диагностицира при около 25% от мъжете на възраст над 40 години, 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
Общо	300	100

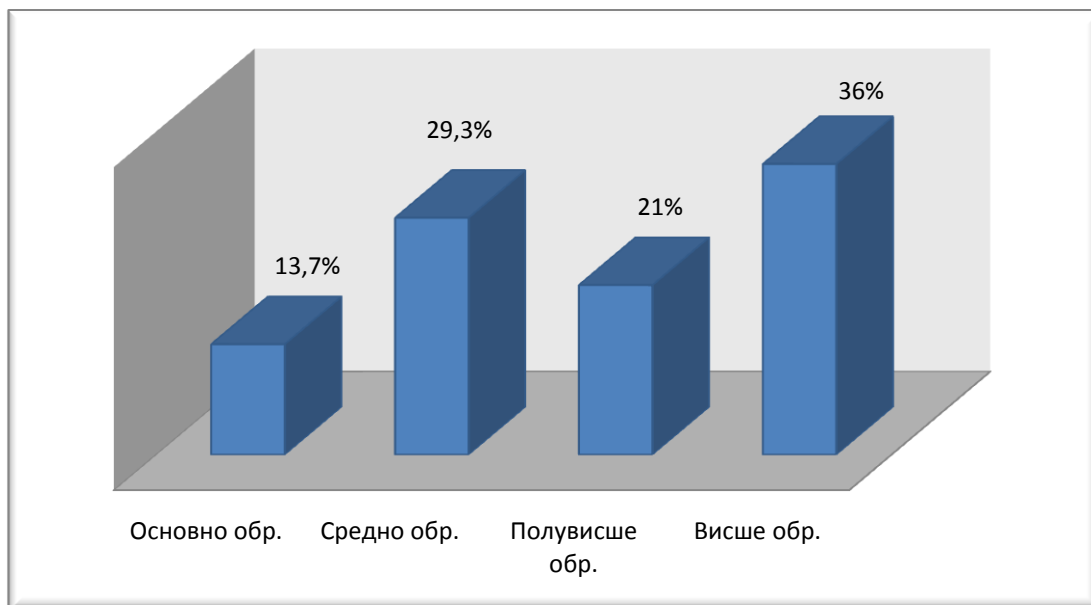
Получените резултати показват, че 72,3% от мъжете живеят в градове и 27,7% живеят в село, където безработицата е по-силно изразена и живеят мъжете предимно в пенсионна възраст.



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

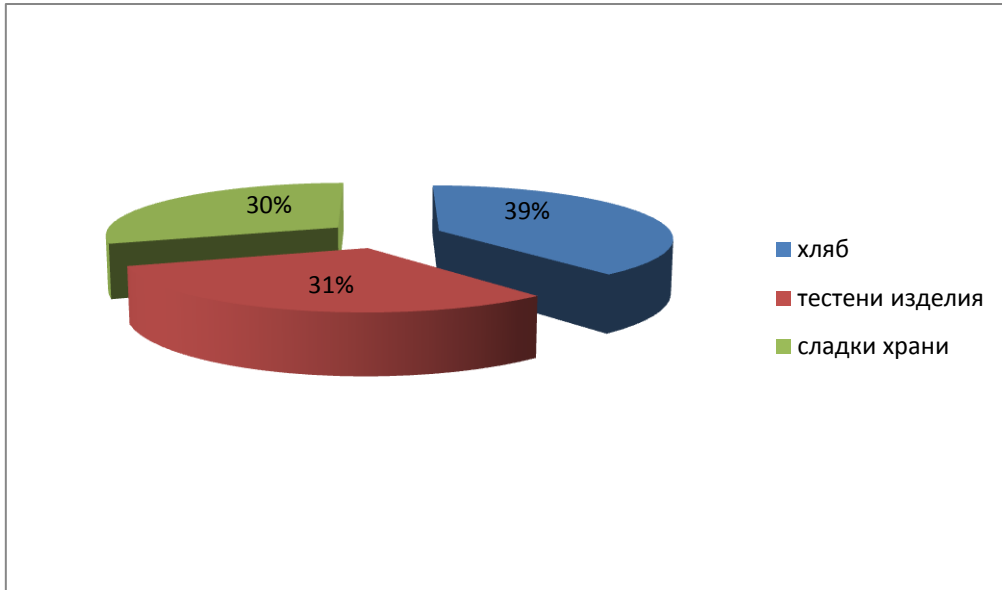
Според получените данни 36 % от респондентите са с висше образование, 29,3% са със средно образование, почти всеки пети е с полувисше, като няма такива с начално или да са без образование. Тези данни са предпоставка за активност от страна на анкетираните.

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

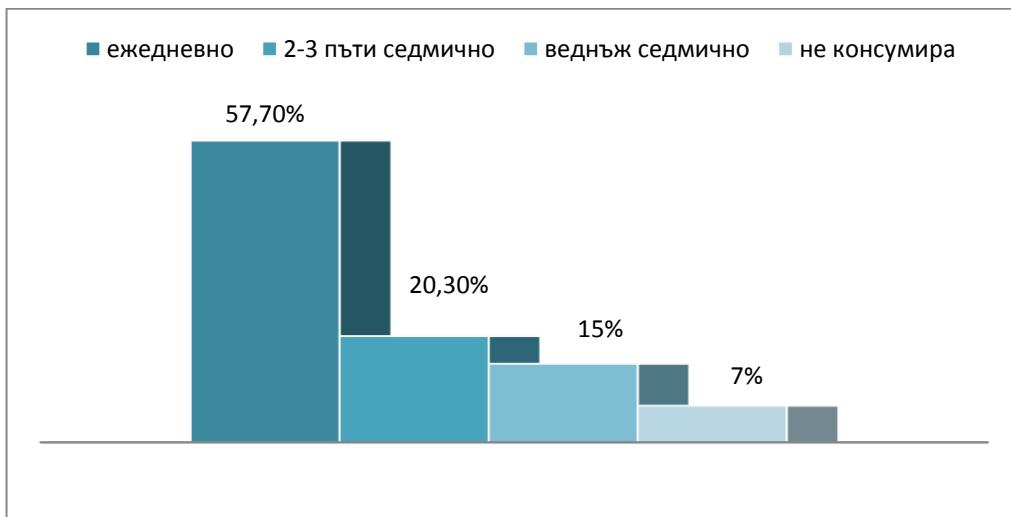
Класификация	мъже	брой	Отн. дял в %
Ниско тегло	<20	9	3
Нормално тегло	20-25	87	29
Наднормено тегло	25-30	107	35.7
Затлъстяване	30-40	89	29.6
Тежко затлъстяване	>40	8	2.7
		300	100

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

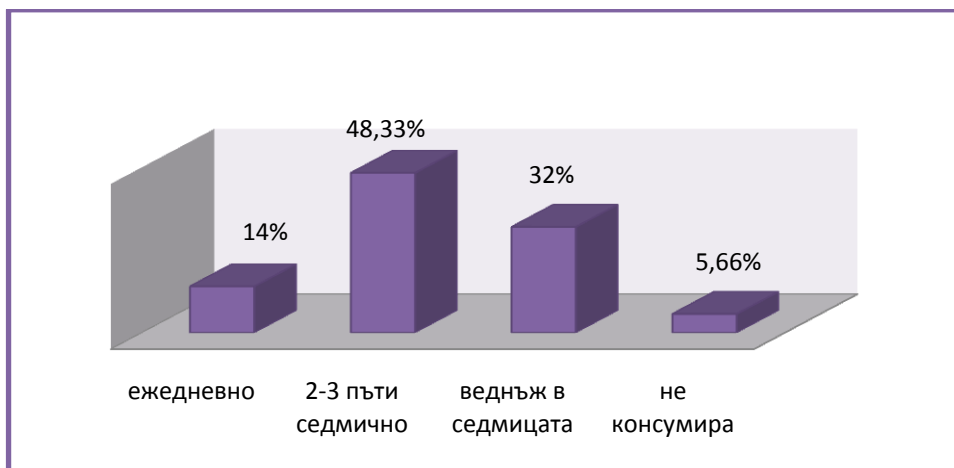
Установи се тенденция за нездравословно хранене, изразена сред анкетираните. Най-голям процент са мъжете използващи хляб и тестени изделия (70%). Предпочитащи сладките храни са 30%. Пациентите с наднормено тегло или тегло в горните граници на ВМІ имат предпочитания преди всичко към тестените храни, хляба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

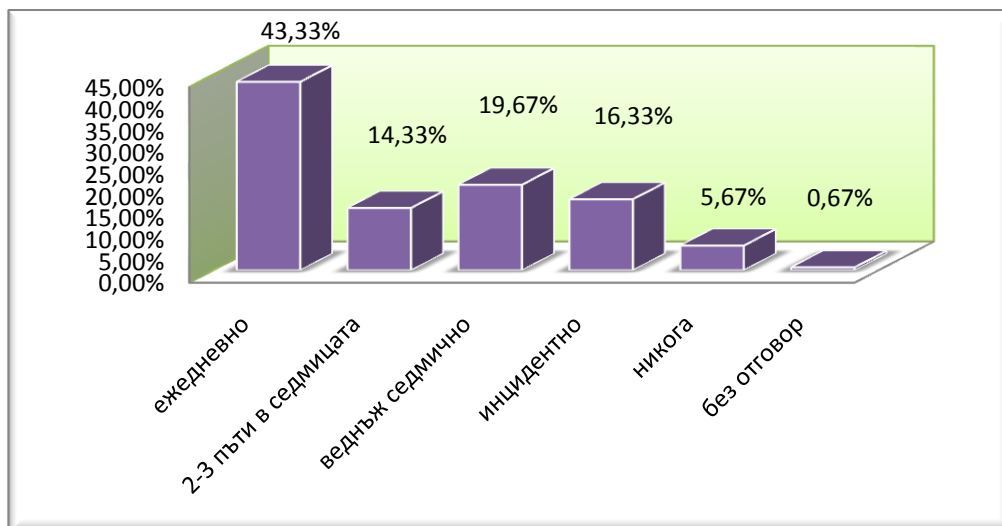
Рискът от ДПХ се увеличава , при консумация на месо и месни продукти, които съдържат големи количества мазнини. Приемът на мазни храни допринасят за ускоряване на заболяването.



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.($p < 0,05$)



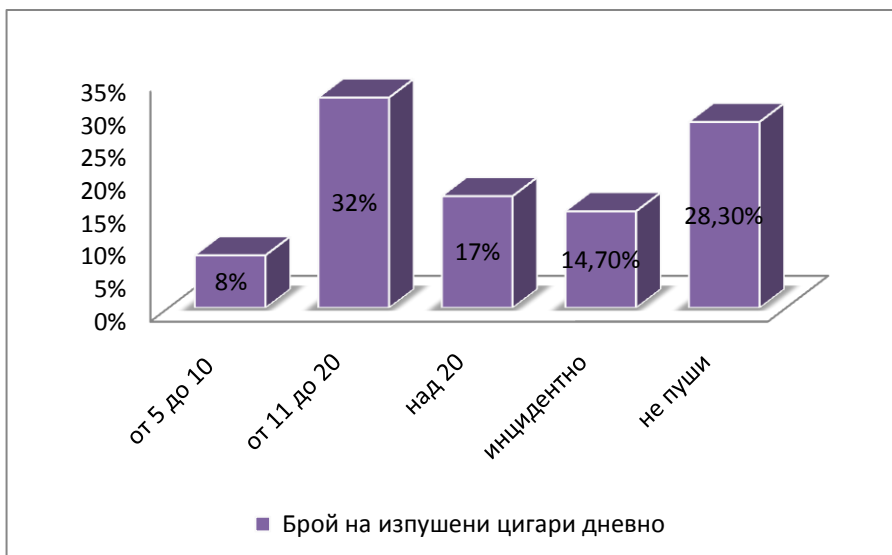
Фиг. 6. Честота на консумация на алкохол

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 .

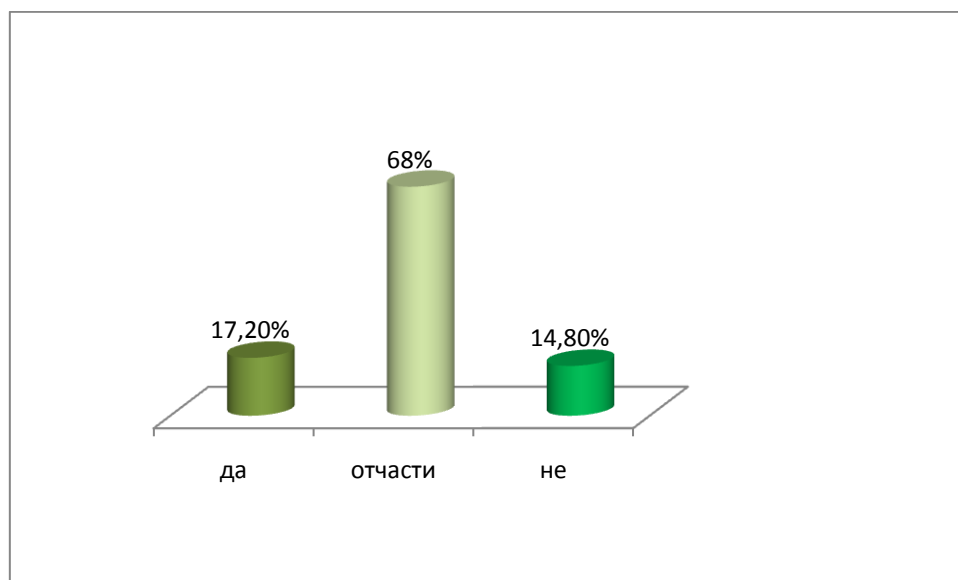
Почти всички анкетирани са запознати от последствията при тютюнопушенето и това какво влияние оказва никотиновия дим при заболявания на пикочо-половата система и въпреки това приемат тютюнопушенето като удоволствие от което не биха се лишили.

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.

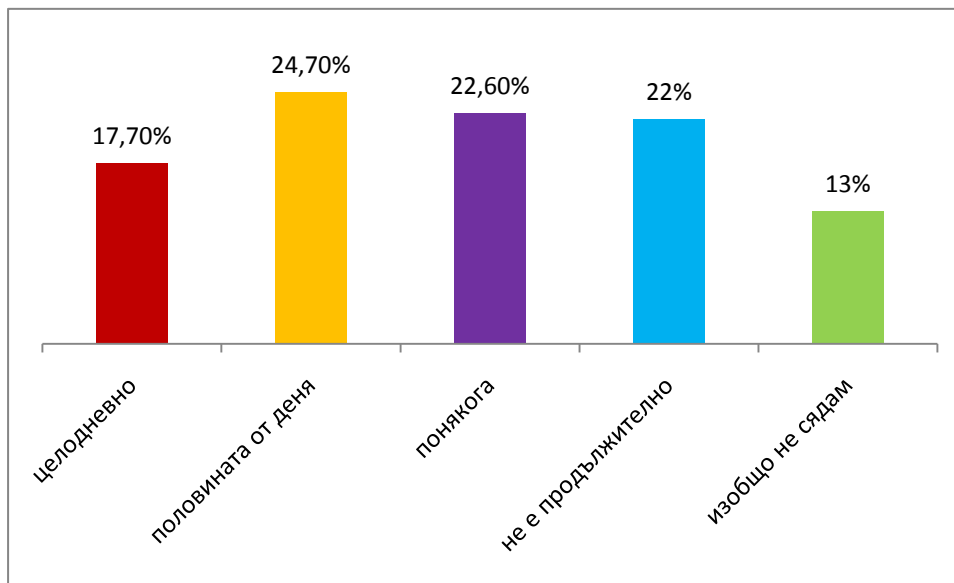


Фиг.8. Прием на храни и течности, съобразно диета

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,

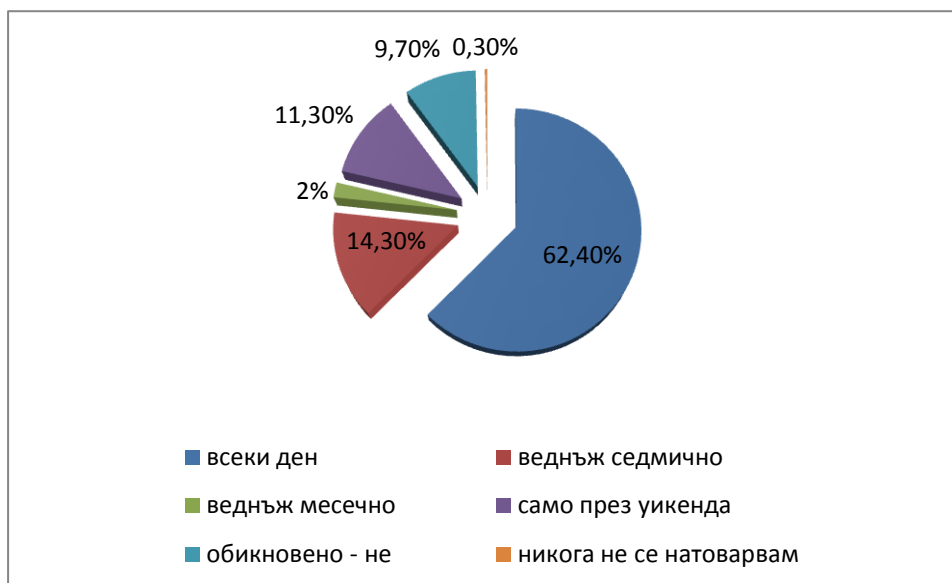
които живеят самостоятелно (несемейни, разведени или вдовци) не се хранят в съответствие с изискванията на лечебното и диетично хранене.



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

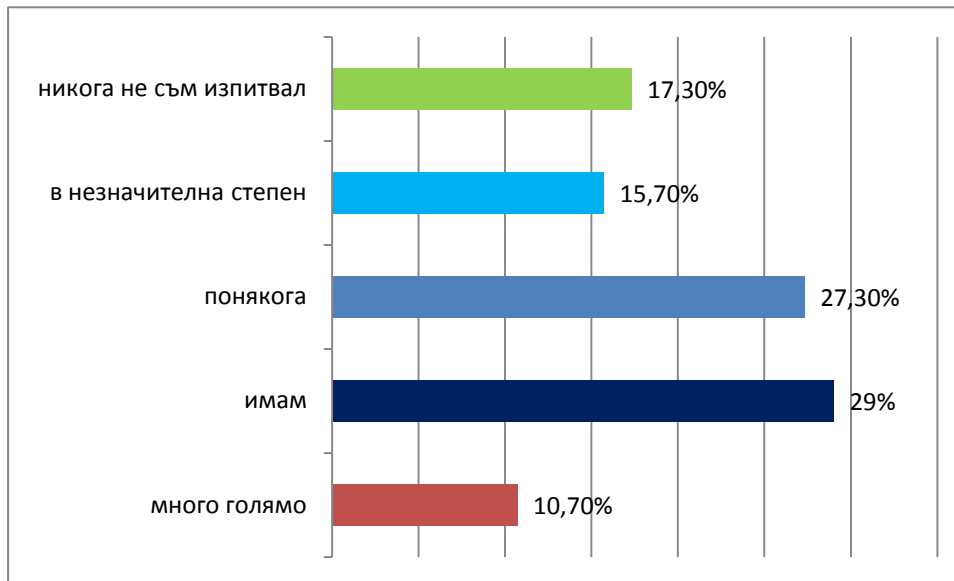
Всекидневно физическо натоварване имат 62,4% от респондентите. Веднъж седмично се натоварват физически 14,3%, само един път в месеца - 2%, а през уикендите-11,3%. Обикновено не се натоварват физически 9,7%, а 3% никога нямат натоварване.

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
общо	300	100

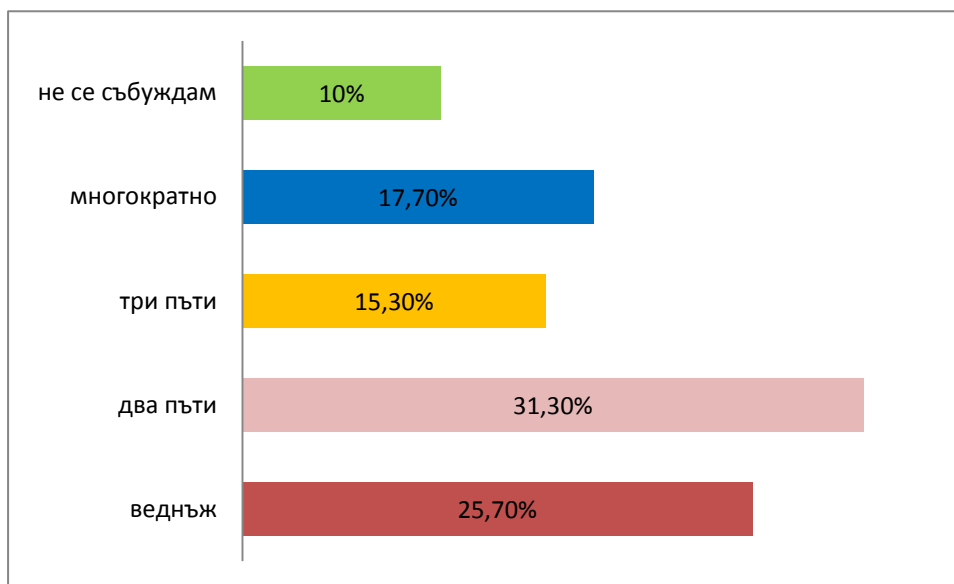
Физическата активност е особено важен елемент при заболявания на простатната жлеза. Ежедневно се натоварват физически 62.4% от респондентите. При 28.4% физическите натоварвания са от вида професионални ангажименти, при 9% допълнителната им работа е свързана с физически труд. Със обработване на земя се

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



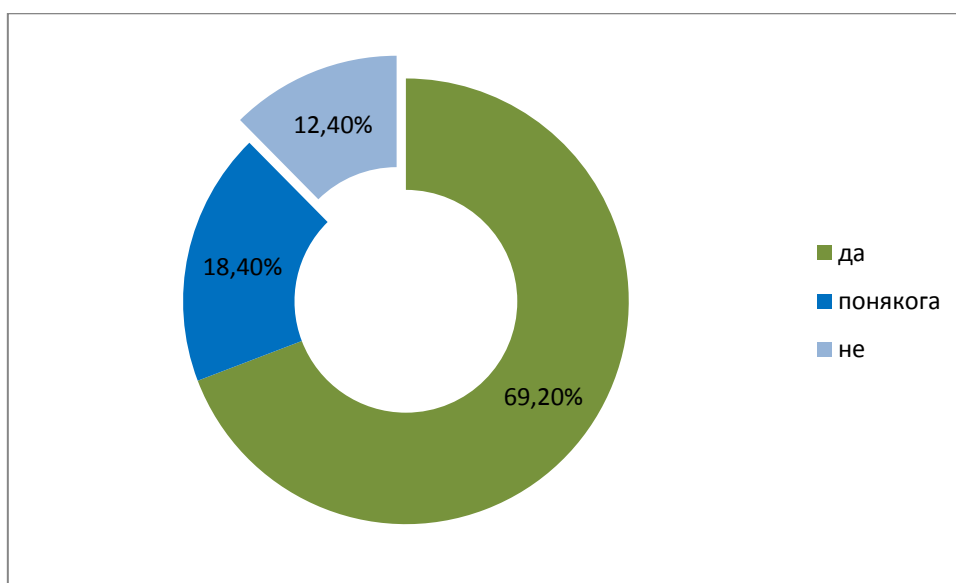
Фиг.11. Затруднение при уриниране

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

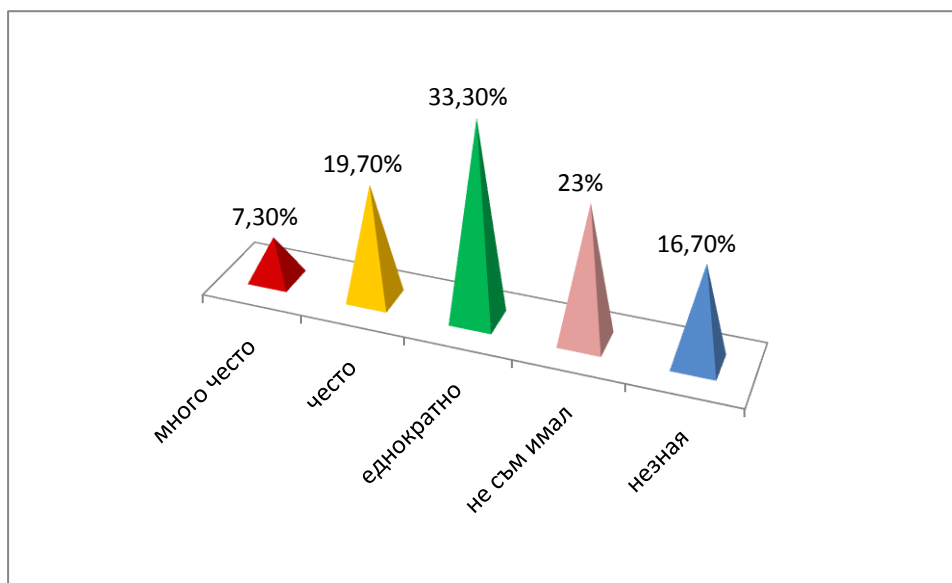
Най-голям относителен дял 31,30% има при пациенти ставащи два пъти през нощта. Веднъж стават 25,70% , многократно 17,70%, три пъти 15,30% и не се събуждат нощем да уринират само 10% от анкетираните. Никтурията е един от най-изразените симптоми при ДПХ. Тя в значителна степен понижава качеството на живот 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.

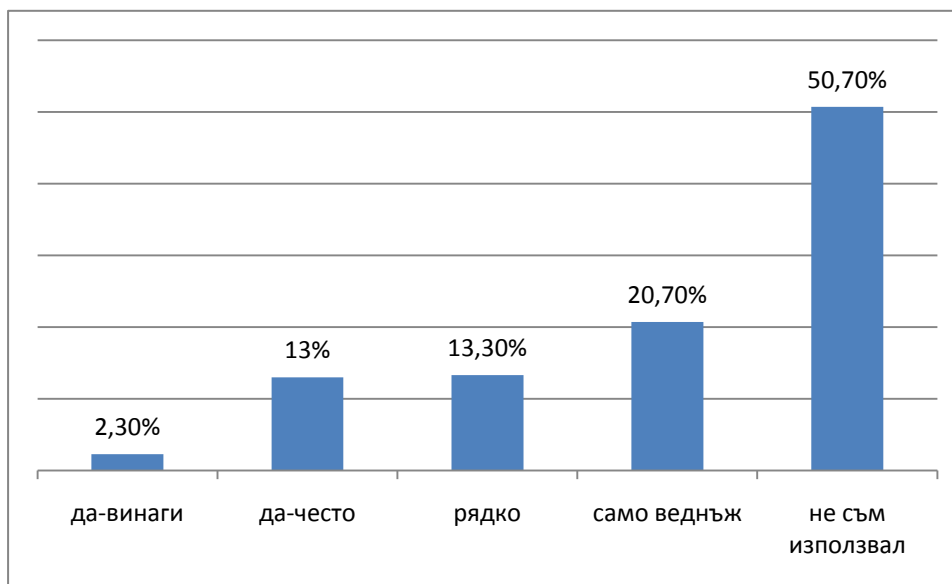
Честите инфекции са предпоставка за простатити в млада възраст, които ако не са лекувани адекватно водят до промени в простатната жлеза.

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
общо	300	100

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 $\frac{1}{2}$ 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

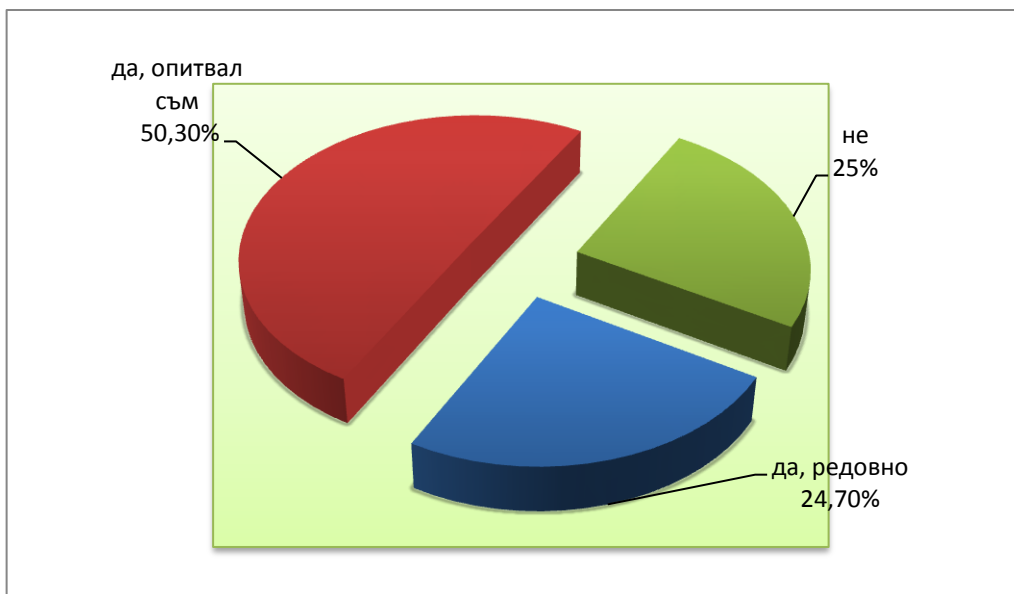
Вид използван стимулант	Абсолютна честота	Относителен дял в %
Виагра	53	35.81
Левитра	17	11.48
Камагра	5	3.37
Трибестан	32	21.62
Вига макс про	12	8.18
Билкови продукти	23	15.54
друго	6	4
общо	148	100

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.

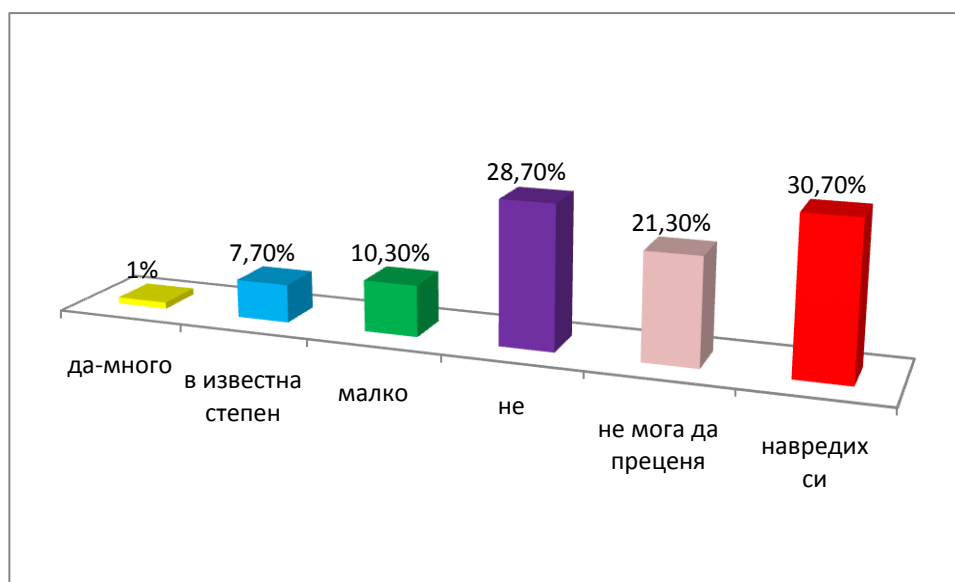
Много е важно да отбележим, че ДПХ е заболяване, което засяга качеството на живот, а не неговата продължителност. Пациентът усеща симптомите и именно те го подтикват да търси помощ, която да облекчи състоянието му. Трябва да се има предвид, че едни и същи симптоми се възприемат по различен начин от различни 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 анкетираните е „опитвал” някаква форма на самолечение, а всеки четвърти „редовно” провежда такова. $\frac{1}{4}$ от анкетираните 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.

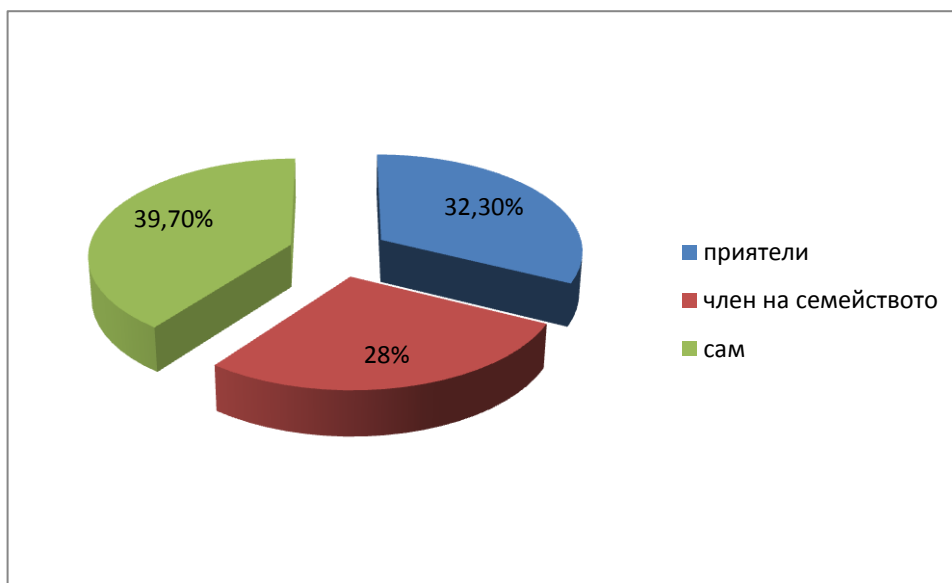
Освен информираността за заболяването ДПХ като такова, много важно е пациента да бъде информиран за неговата същност, протичане и лечение.

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
общо	300	100.0

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.

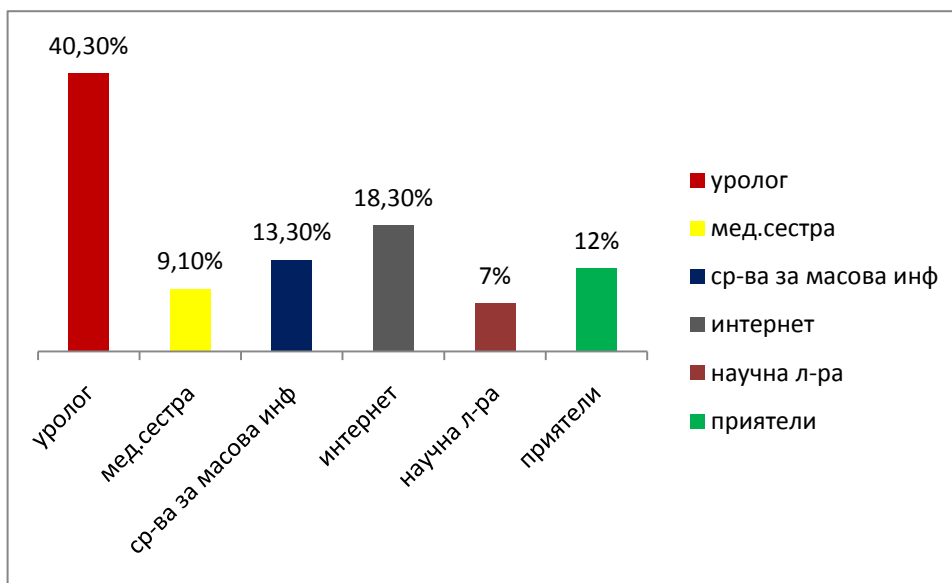


Фиг.18. Разпределение на пациентите, според лицата насочили ги към уролог

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.

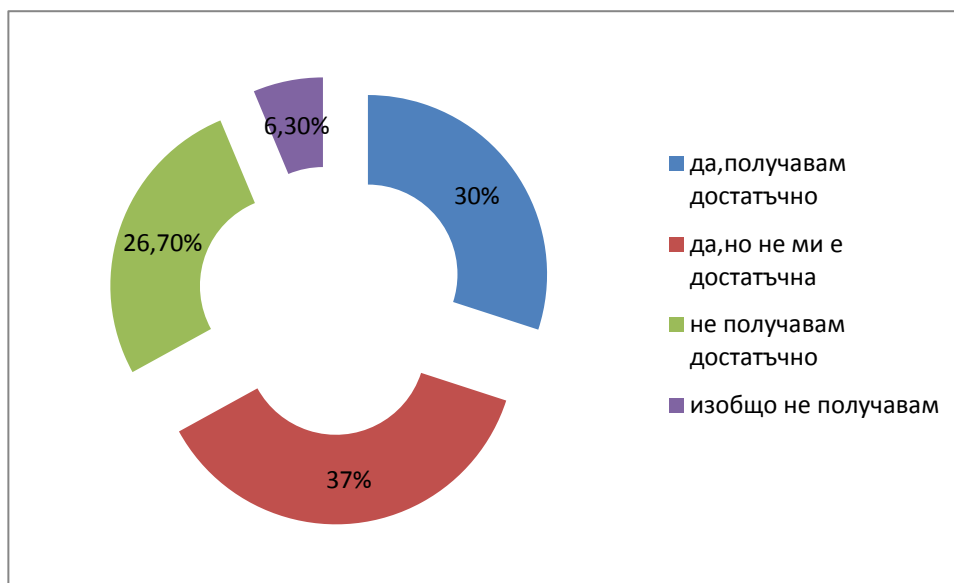


Фиг.19. Източници на информация

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.

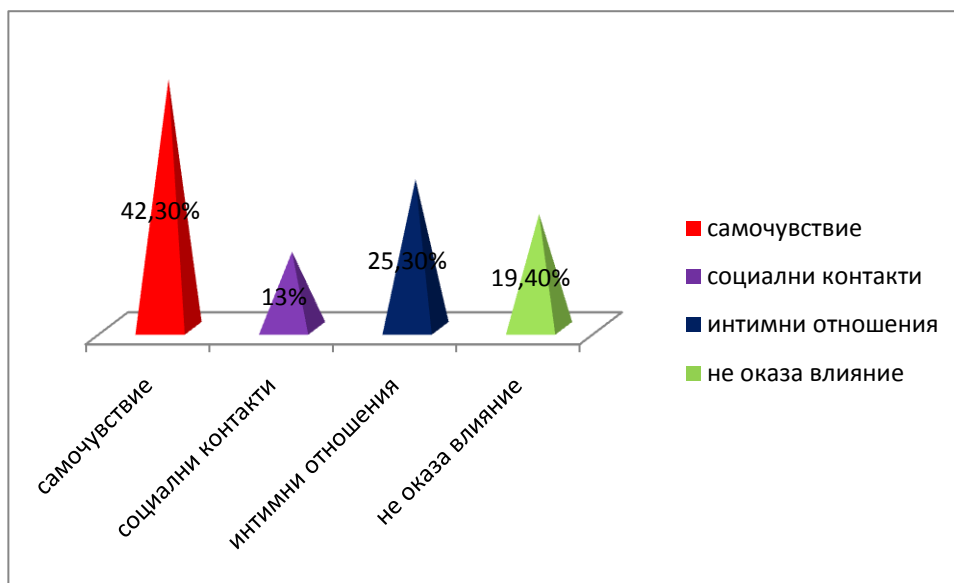
Мнението на пациентите по отношение на информираността им, относно доброкачествената простатна хиперплазия е от значение за разкриването на проблеми, които могат да бъдат разрешени с тяхното активно участие.



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 анкетиранияте към собственото им здраве са важни личностови фактори, имащи значение за ранната диагностика и профилактика на усложненията от заболяването на простатната жлеза.



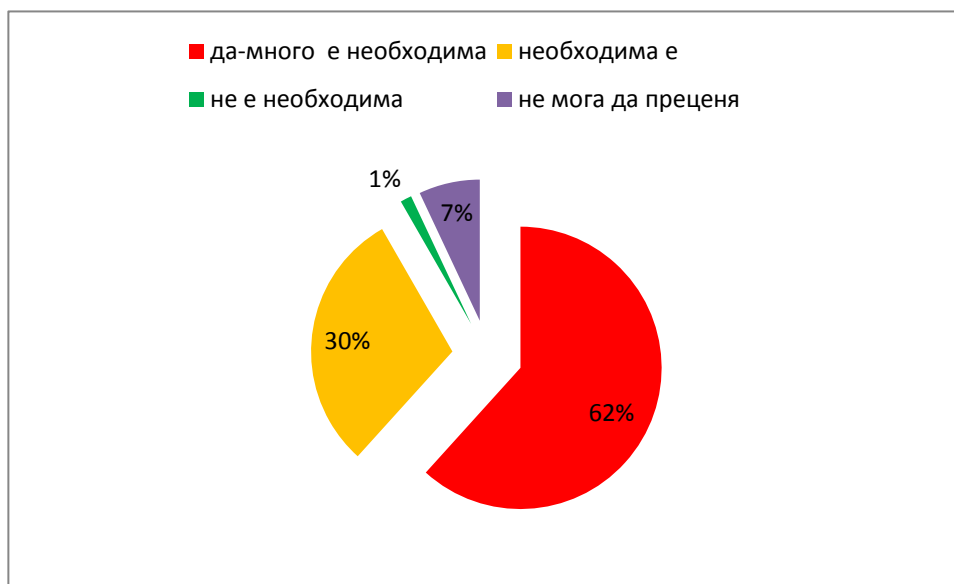
Фиг.21. Негативно влияние на ДПХ

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.

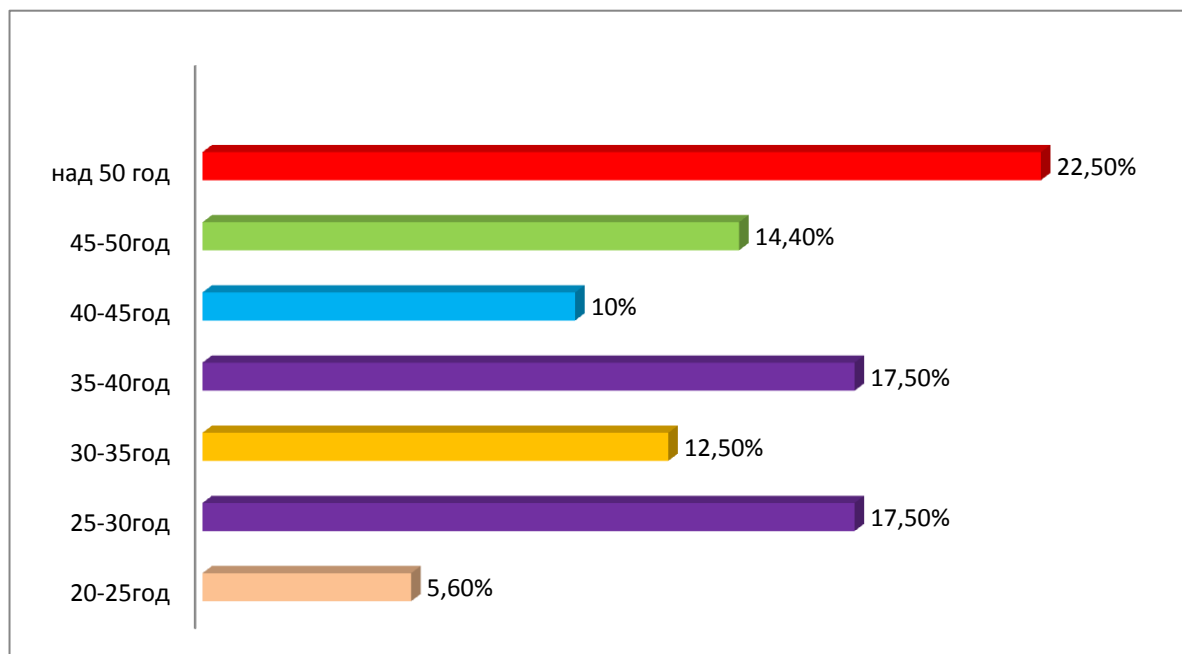
Информираността и познанието изиграват решителна роля в култивиране на здравни знания и навици.

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.

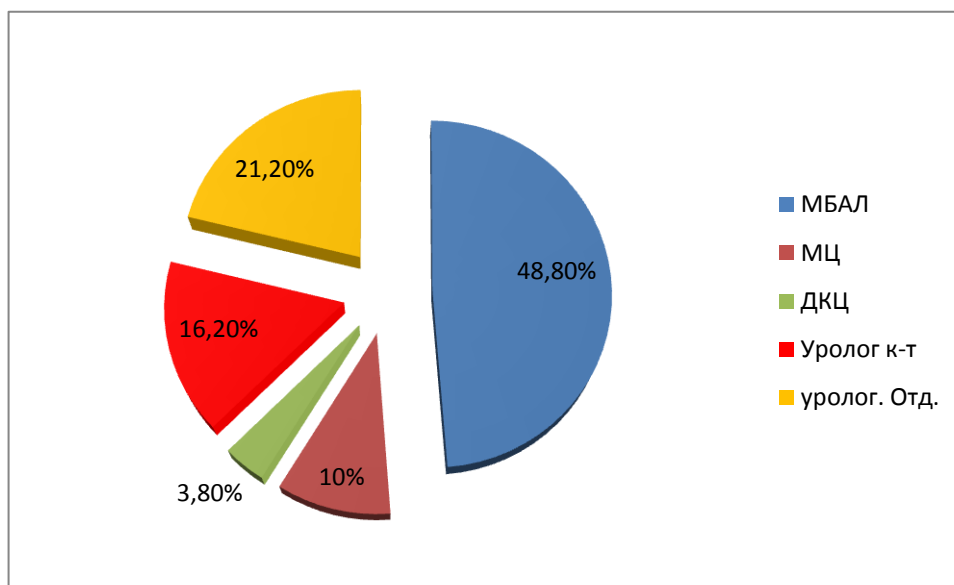
Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание за обективност на резултатите



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.23:



Фиг.24. Разпределение по месторабота

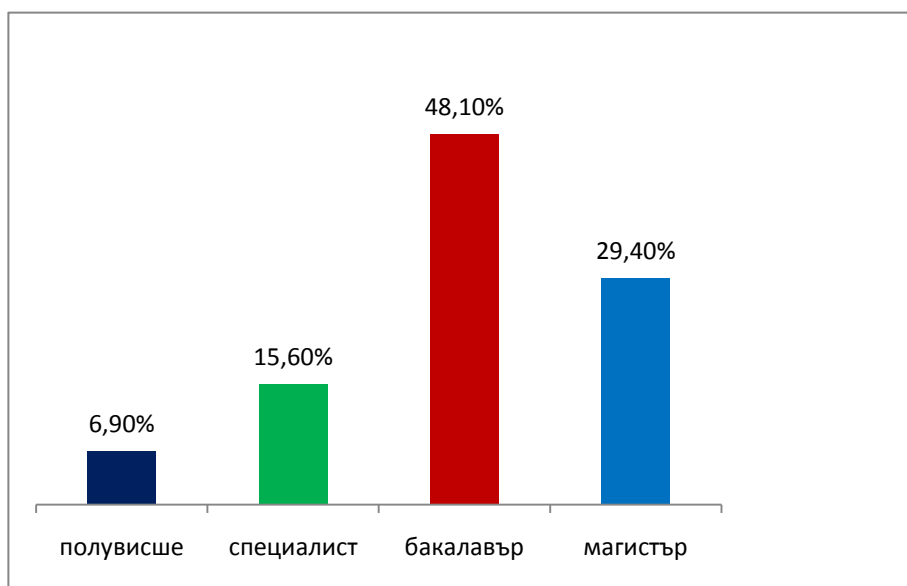
От анкетираниите медицински сестри (N=60) 37.40 % работят в специализирани урологични отделения и кабинети, като 21,20% работят в урологични отделения и 16,20% в урологични кабинети. Останалите респонденти (N=100) 62.60 % работят в неспециализирани урологични звена. По-голяма част от тях са в МБАЛ-48,80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

Отговори	Абсолютна честота	Относителна честота в %
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
Общо	160	100

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.

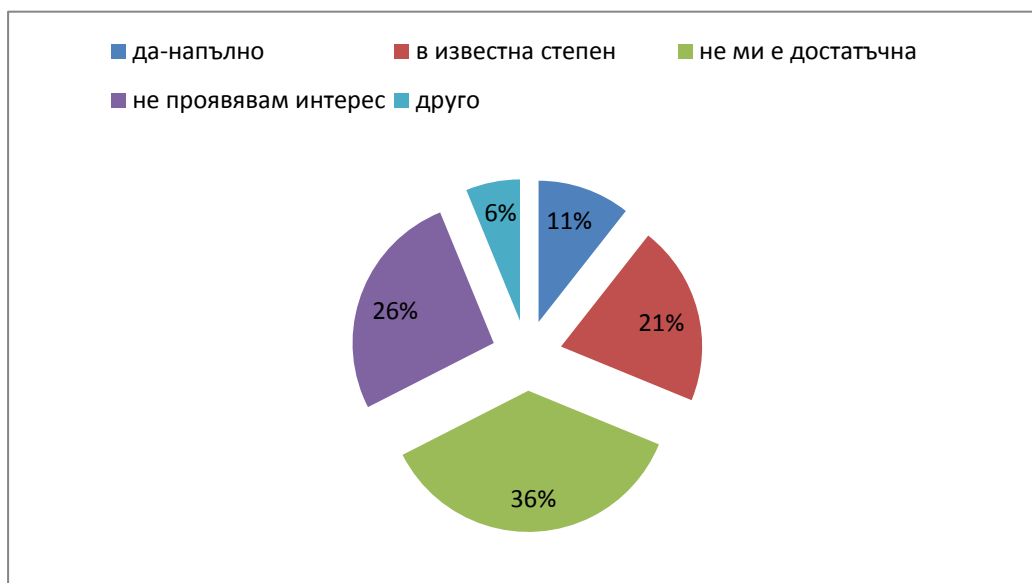
Табл.10. Разпределение по тематика на СДО

Следдипломно обучение	Абсолютна честота	Относителна честота
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
ОБЩО	46	100

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

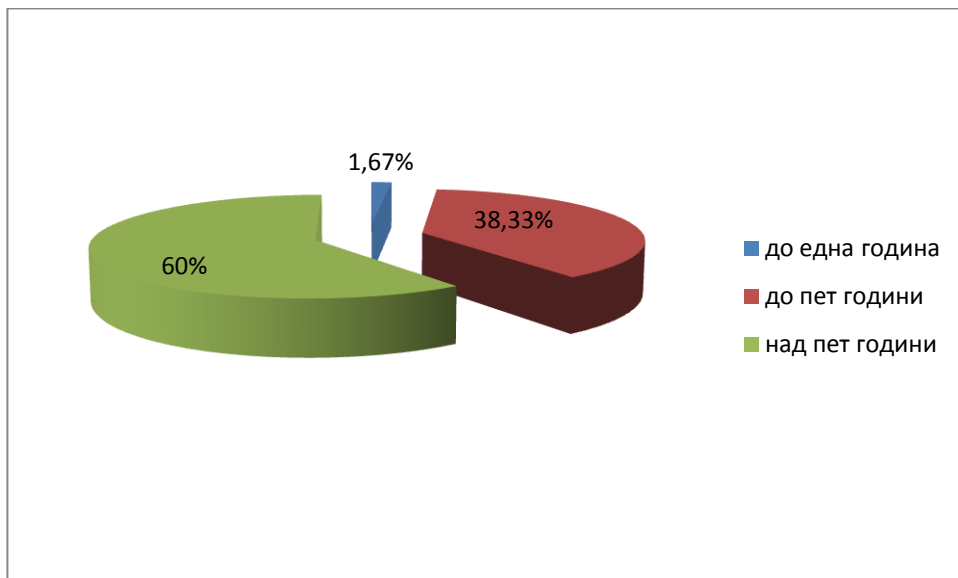
Останалите 23,4% медицински сестри, които работят в урологични звена нямат нито един курс с такава насоченост. Това предимно са новозавършили медицински сестри и сестри, работещи от скоро в тези звена.



Фиг.26. Удовлетвореност от квалификационния курс с урологична насоченост

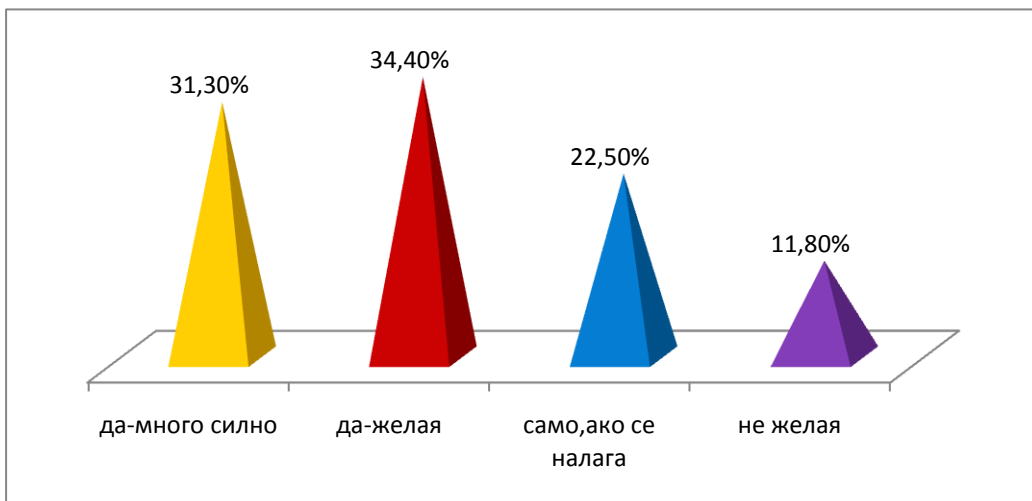
Почти 1/3 от медицинските сестри дават отговор, че информацията от квалификационния курс не им е достатъчна, достатъчна в известна степен е била за

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

С каква насоченост желаете да бъдете обучен/а?	Абс.брой	Отн.дял в %
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.

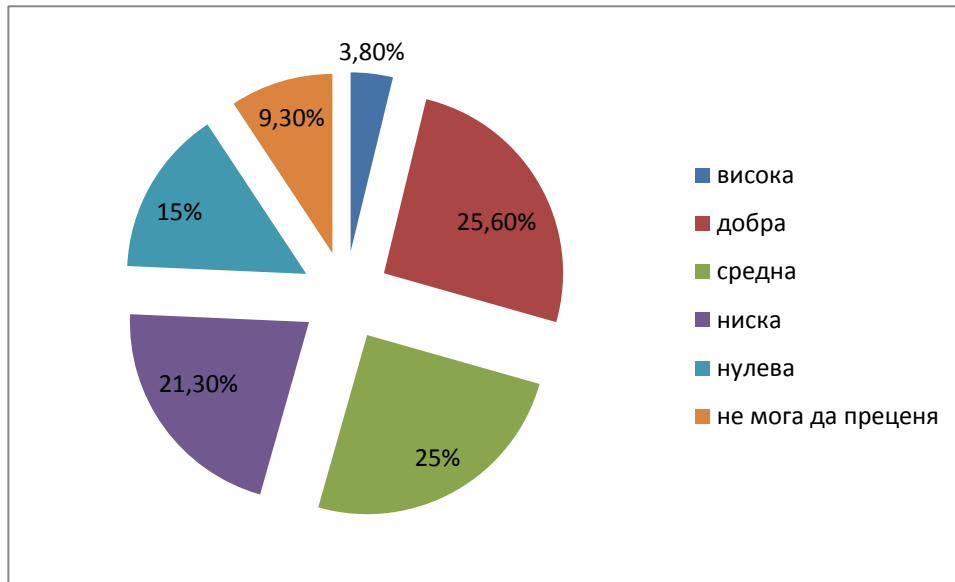
Табл.12. Определение за здравна култура според медицинските сестри

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.

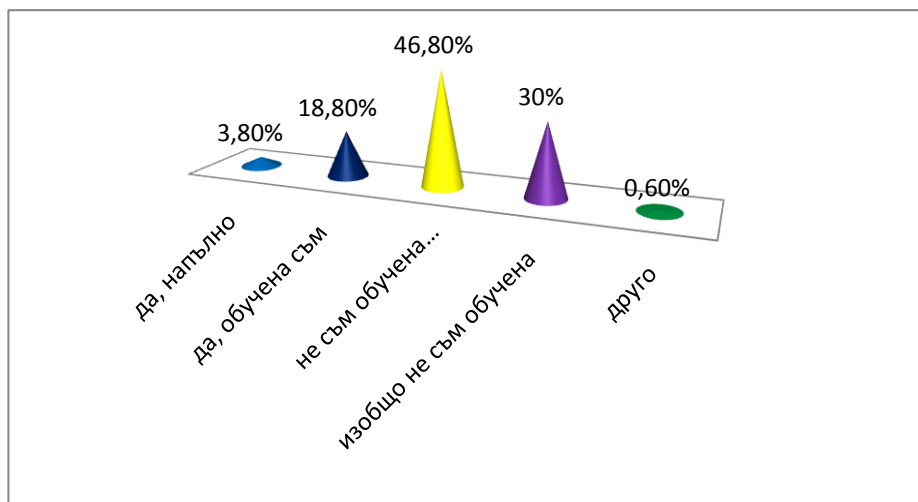
Отговорите, които получихме за определение на понятието здравна култура показаха следното: напълно са съгласни с това твърдение- 20,6%, съгласни са 32,5%, не

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

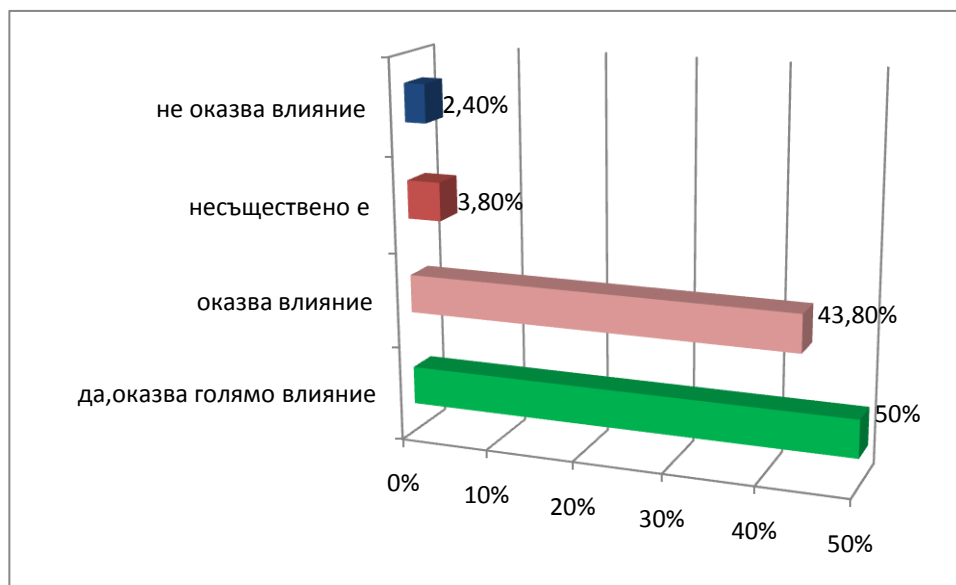
Имате ли достатъчно теоретични знания и практическа подготовка да обучавате пациенти с Доброкачествената простатна хиперплазия?	Абсолютна честота	Относителна честота %
Да, имам	15	9.4
Да, но не достатъчни	64	40
Нямам теоретични знания	14	8.8
Нямам практическа подготовка	18	11.3
Не съм подготвена	49	30.5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

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.

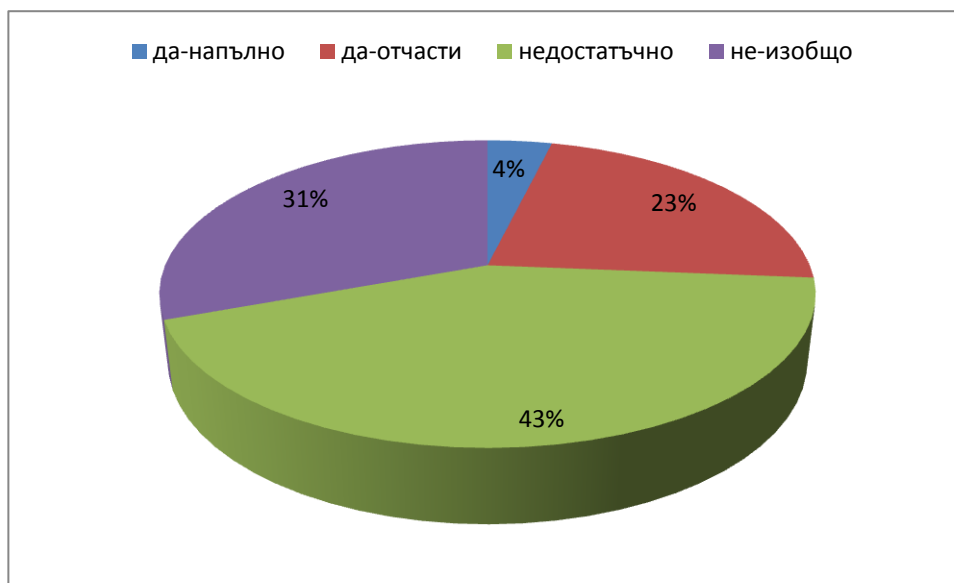


Фиг.31. Влияние на заболяването върху качеството на живота при мъжете

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.

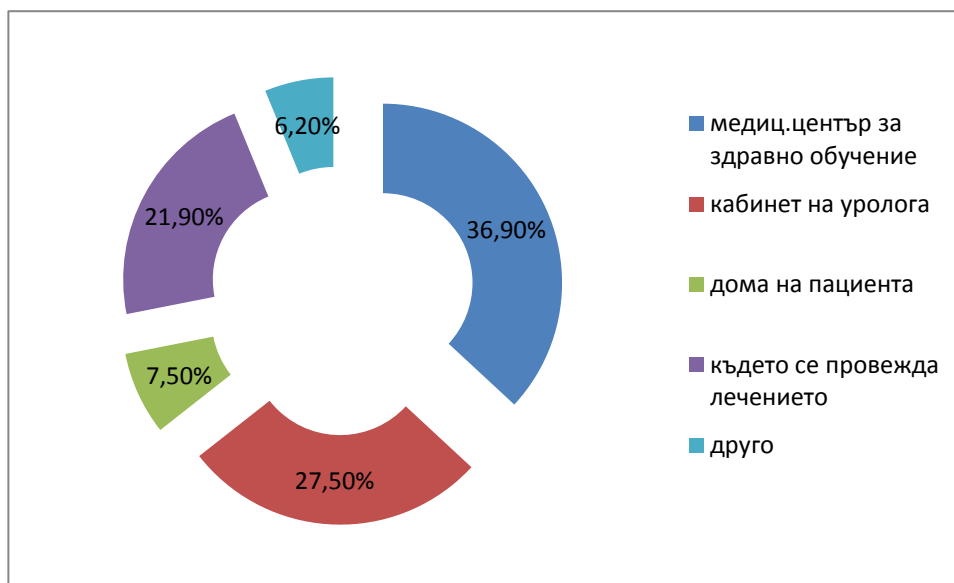


Фиг.32. Осигурена здравна информация за пациентите от медицински сестри

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

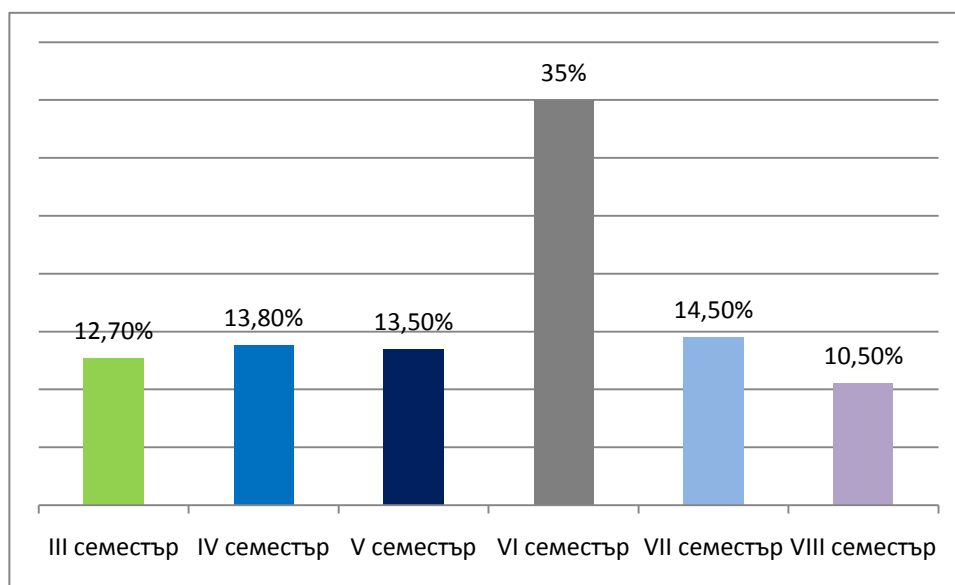
Като най-удачно място за провеждане на здравно-образователни мероприятия анкетираните медицински сестри посочват медицински центрове за здравно обучение- 36,90 %, в кабинета на лекаря-уролог- 27,50%, на място където се провежда лечението- 21,90%, в дома на пациента -7,50% и на друго място-6,20%

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

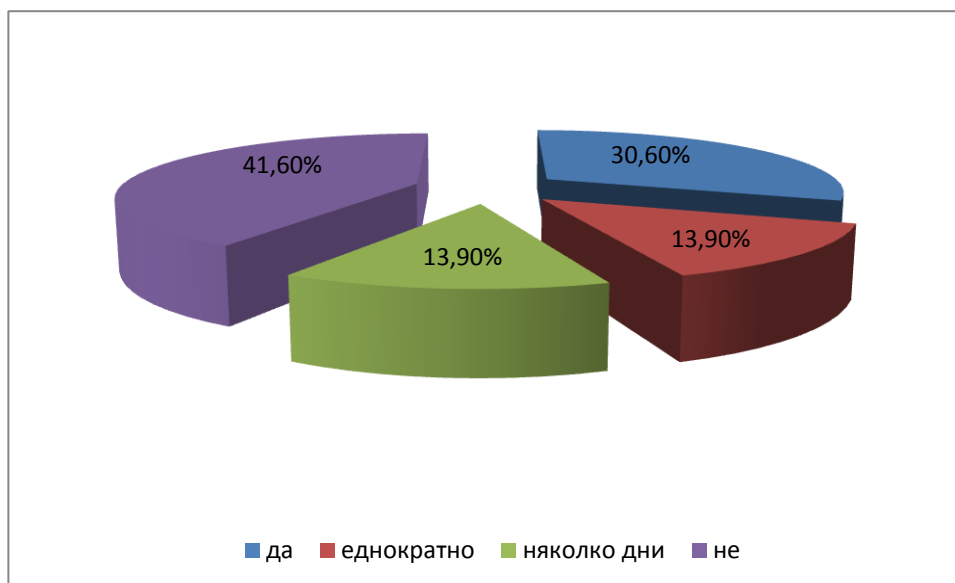
Проведено е проучване сред 180 студенти от Филиал „Проф. д-р Иван Митев” - Враца към Медицински университет – София и ФОЗ към МУ гр.София.

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.)

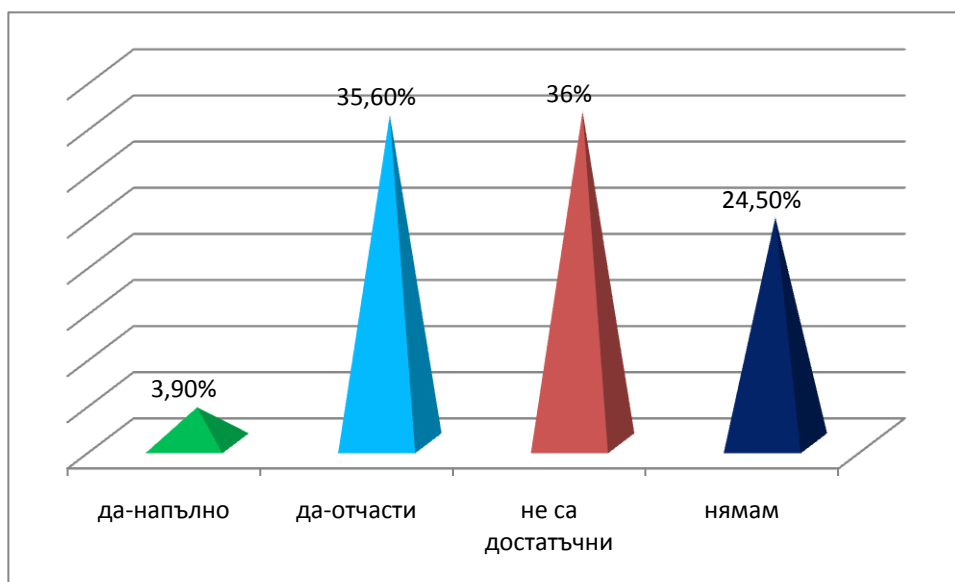


Фиг.34. Разпределение на участниците според семестъра на обучение



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”-

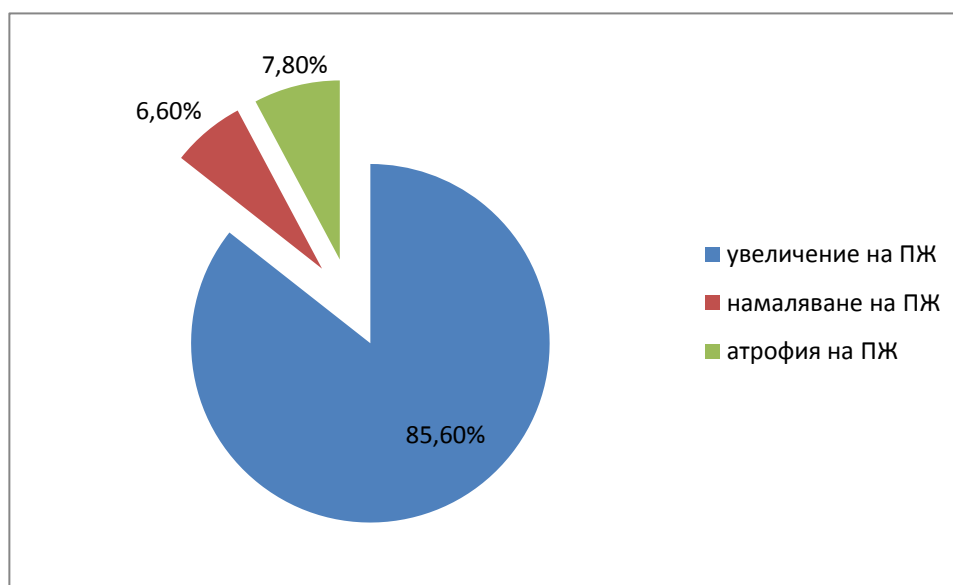
36%, „нямат познания”-24,50%. Едва 3,9% напълно имат познания и „отчасти” - 35,60%.

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

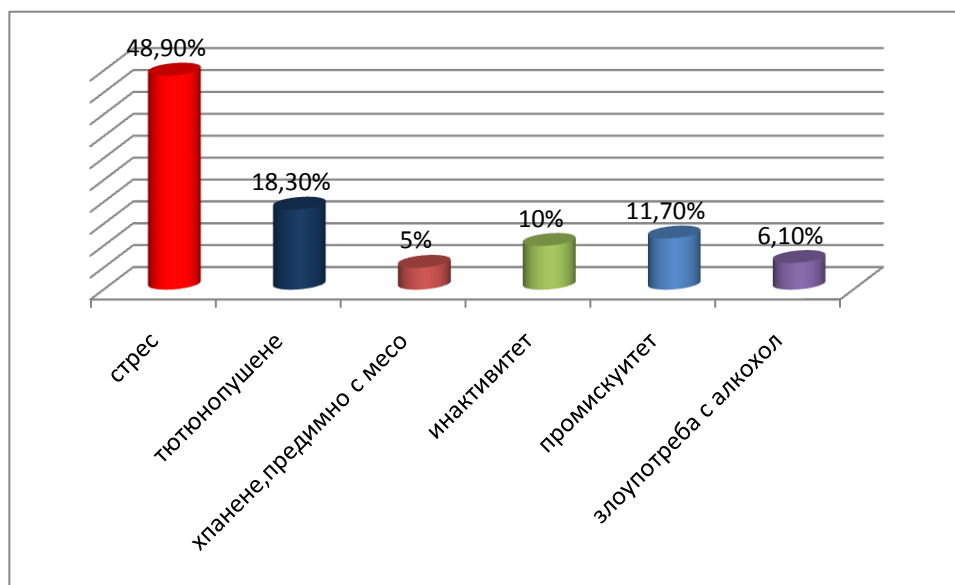
Отговори	Абсолютна честота	Относителна честота в %
Лекции	36	26.6
Учебно-практическа дейност	35	25.7
Клинична практика	43	31.6
Научни форуми, семинари	13	9.5
Друго	9	6.6
общо	136	100

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

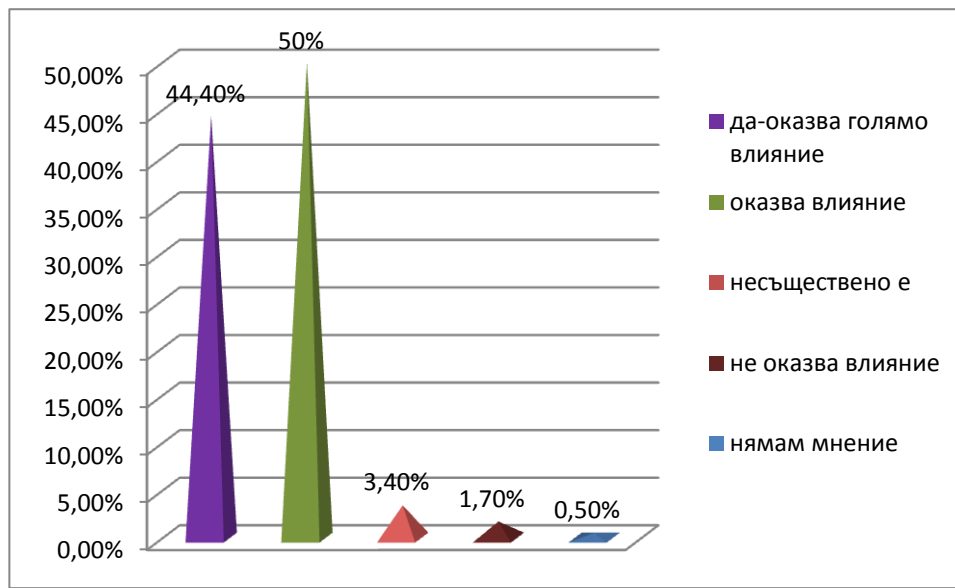
Интересно е, че 85,60 % посочват ДПХ, като заболяване свързано с увеличение на простатната жлеза, 7,80 % определят като атрофия на ПЖ и 6,60% като намаляване на простатната жлеза, което показва, че студентите имат познания за „доброкачествената простатна хиперплазия“ като заболяване, но все още познанията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

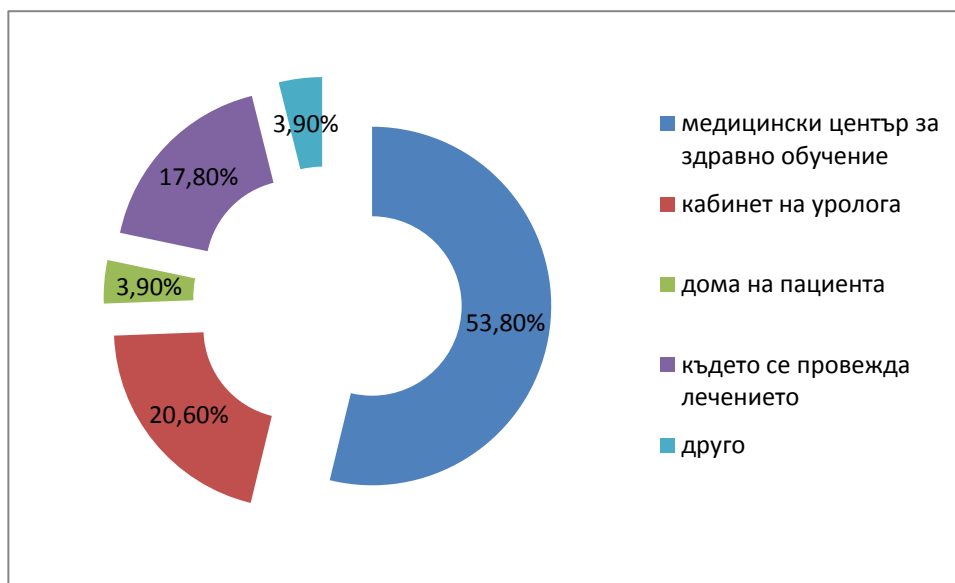
Извода, който можем да направим е, че знанията получени по време на базовото обучение за заболяването са недостатъчни и чрез предоставена възможност със свободно избираема дисциплина могат да бъдат разширени, особено за студентите от филиал „ Проф. д-р Ив. Митев” гр. Враца.



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

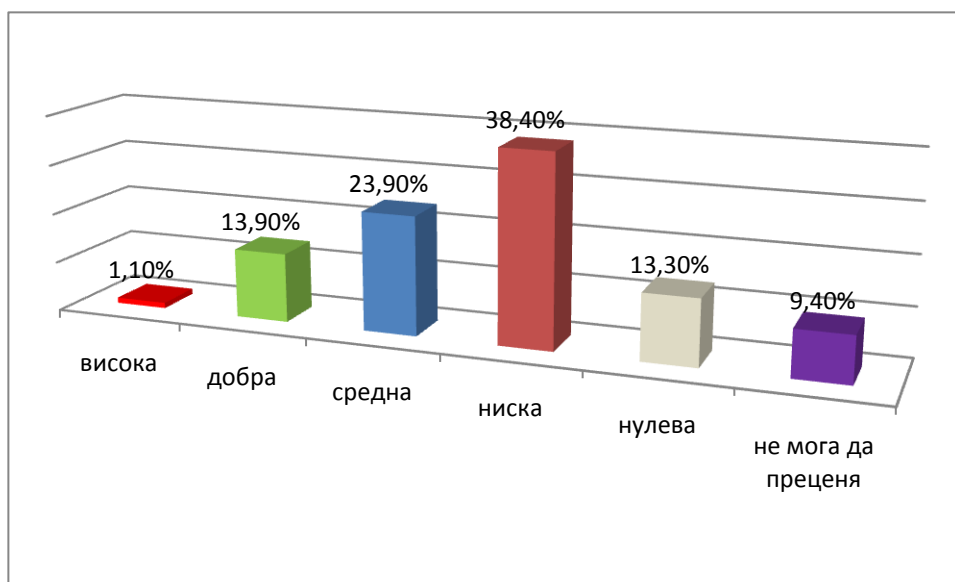
От анкетираните студенти $\frac{1}{2}$ са дали положителен отговор на въпроса дали ДПХ влияе на качеството на живот сред мъжете, 44,40% са отговорили- че оказва „голямо влияние”, за 3,40% е „несъществено”, „не оказва влияние” -1,70% и 0,50% „нямат мнение”.

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

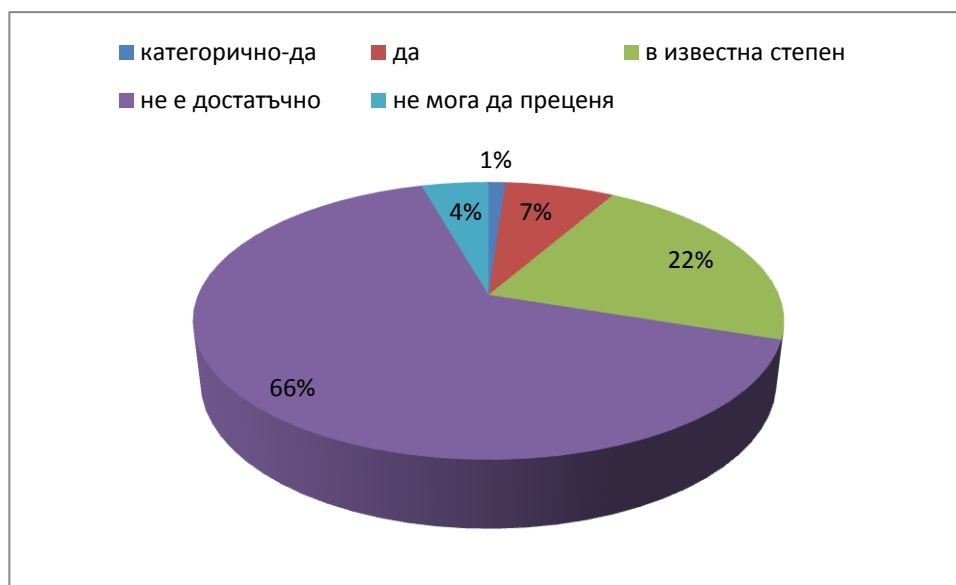
Като най-удачно място за провеждане на здравно-образователни мероприятия за здравно възпитание студентите са посочили „медицински центрове за здравно обучение”- 53,80 %, „кабинета на уролога”-20,60%, 17,80%- „където се провежда лечението”, равен дял- 3,90 % имат отговорите в „дома на пациента” и „друго”.



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%.

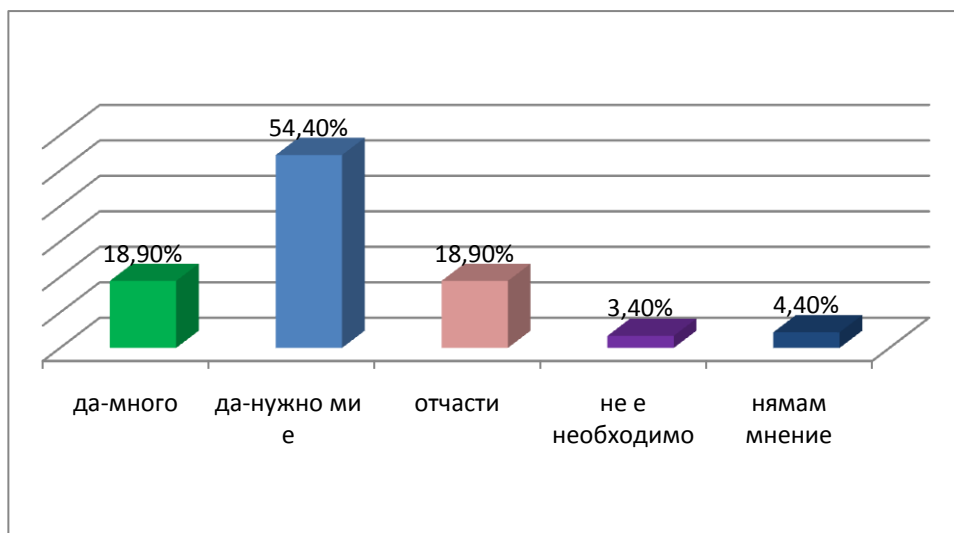
Резултатите показват, че студентите в по-горните курсове са имали клинична практика в Урологично отделение. Тези от предходните курсове от филиала в гр. Враца не са имали такава клинична практика, за което има обективна причина - Урологично отделение при МБАЛ „Хр. Ботев” гр. Враца беше затворено.



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.

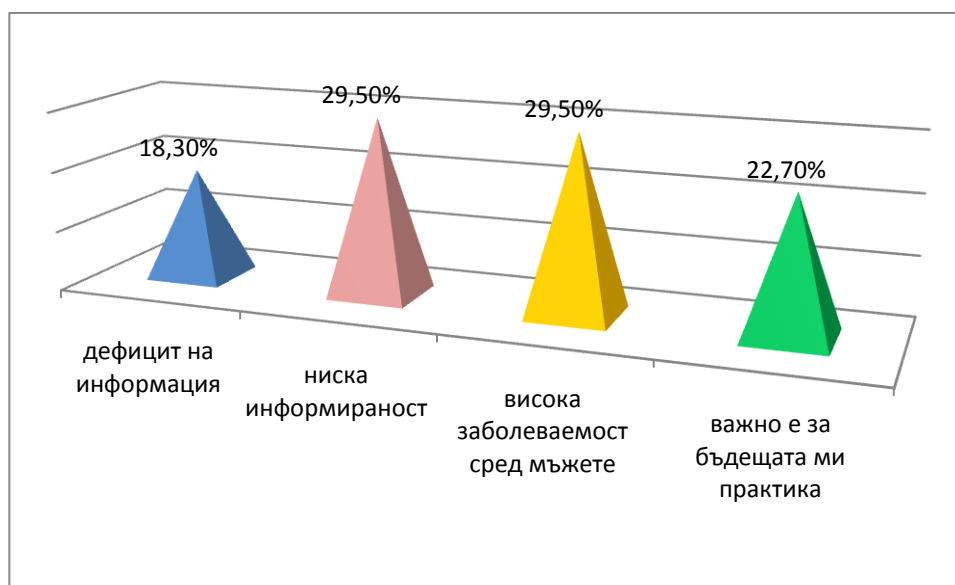
Този резултат показва, че в посочените дисциплини частично се изучават и придобиват знания за полагане на здравни грижи при урологично болни. Това се дължи и на факта, че съгласно ЕДИ хорариумът е регламентиран по отделните дисциплини и не е възможно в рамките на базовото обучение да се обхванат всички 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
общо	166	100

От резултатите, отразени в табл.15 се установи , че 92,2% от анкетираниите 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 % 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 инвалидиране 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

ПРИНОСИ

Приноси с научно-теоретичен характер

1. Извършен е анализ на информираността и здравната култура на мъже с поставена диагноза доброкачествена простатна хиперплазия.
2. Проучени са потребностите на пациентите от обучение и консултиране по отношение на начина на живот, рисковите фактори на болестта, превенцията на усложненията и качество на живот с доброкачествена простатна хиперплазия.
3. Проведено е задълбочено проучване на потребностите от обучение и професионално развитие на медицински сестри и студенти от специалност „медицинска сестра“ по отношение извършването на консултации и специализирани грижи за пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия.
4. Разработен е организационен модел за сестринска консултация на пациентите с доброкачествена простатна хиперплазия.

Приноси с научно-приложен характер

1. Разработена е програма за следдипломно обучение на медицински сестри относно грижите за пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия.
2. Разработена е програма за свободноизбираема дисциплина за студентите от специалност „медицинска сестра“ по отношение на специалните грижи за пациенти с доброкачествена простатна хиперплазия.
3. Предложен е управленски модел за сестринска консултация на пациентите с доброкачествена простатна хиперплазия.
4. Разработена е и е приложена Информационна брошура за мъже с доброкачествена простатна хиперплазия.

ПУБЛИКАЦИИ

1. **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
2. **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
3. **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
4. **Borisova M.**, Dimitrova M., HEALTH OF MALE REPRODUCTIVE SYSTEM, MEDICUS, International medical scientific journal № 3 (21), 2018, Volgograd, p. 62-65, ISSN 2409-563X
5. **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