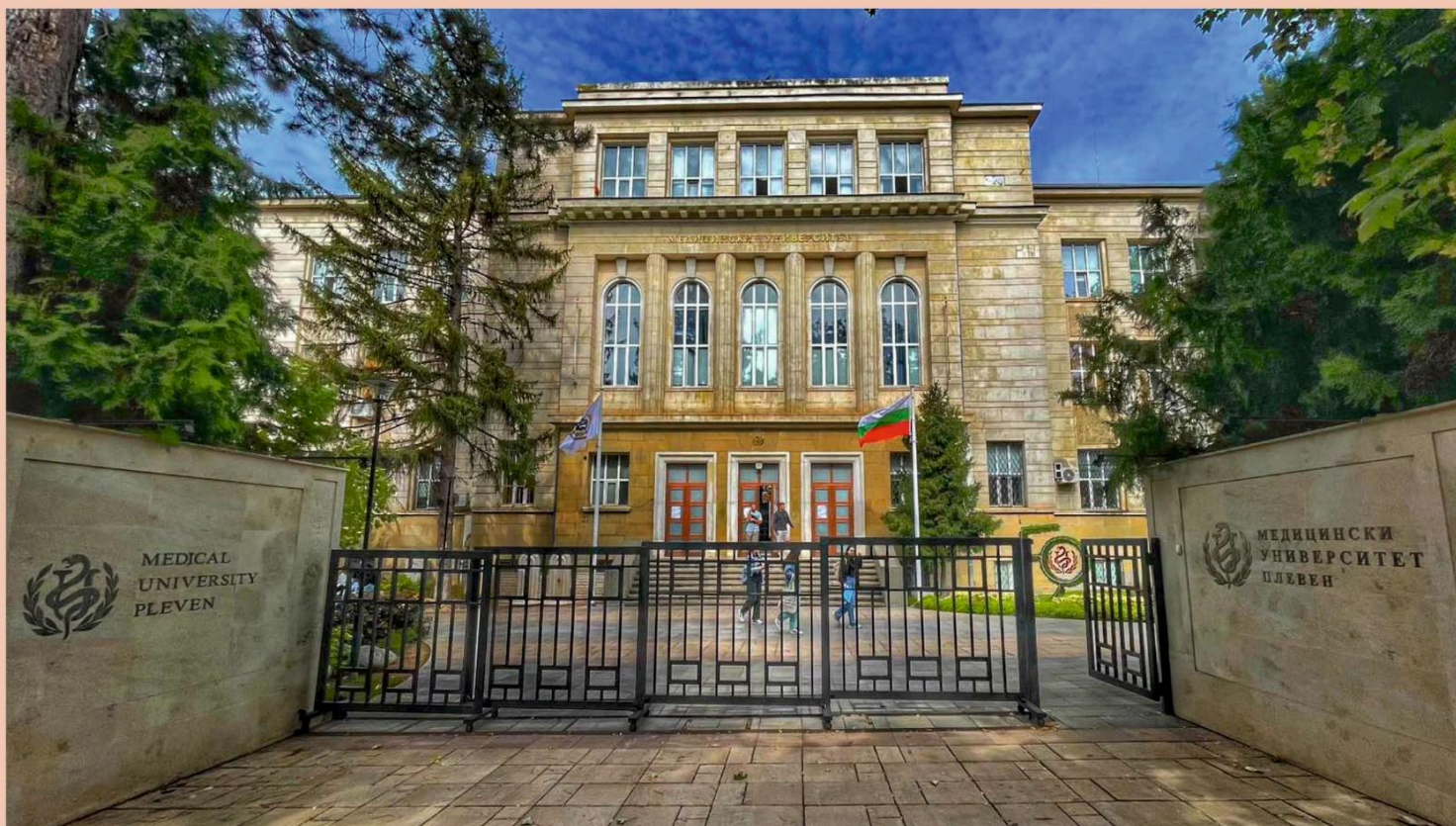




МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН МЕДИЦИНСКИ КОЛЕЖ



ДВАДЕСЕТ И ТРЕТА НАЦИОНАЛНА НАУЧНА СЕСИЯ ЗА СТУДЕНТИ И ПРЕПОДАВАТЕЛИ

30 - 31 октомври 2025, Плевен

СБОРНИК ДОКЛАДИ

**ДВАДЕСЕТ И ТРЕТА НАЦИОНАЛНА НАУЧНА СЕСИЯ
ЗА СТУДЕНТИ И ПРЕПОДАВАТЕЛИ
30 – 31 октомври 2025 г.**

СБОРНИК ДОКЛАДИ

2025

Организационен комитет

Почетен председател:

Проф. д-р Добромир Димитров, д.м. – Ректор

Председател: Проф. д-р Николай Колев, д.м.

Членове:

Председател: Проф. д-р Николай Колев, д.м.

Заместник-председател: Доц. Филип Филипов, д.пс.

Ас. Цветелина Иванова

Ас. Йонита Панковска

Преп. Калина Кънчева

Преп. Тоня Пацева

Преп. Незабравка Ненкова

Проф. Теодора Вълова, д.п.н. – **Главен редактор**

Гл. ас. Валентина Кирилова, д.ф. – **Заместник-редактор**

Гл. ас. Боряна Чомаковска, д.ф. – **Заместник-редактор**

Научен комитет/ Рецензенти/:

Проф. д-р Мариела Камбурова, д.м.н.

Проф. д-р Начко Тоцев, д.м.

Проф. Макрета Драганова, д.м.

Проф. Силвия Цветкова, д.пс.

Проф. д-р Стела Георгиева, д.м.

Проф. Крум Кафеджийски, д.фарм.

Доц. Вероника Спасова, д.сд.

Доц. д-р Фредерик Григоров, д.м.

Доц. д-р Клементина Господинова, д.м.

Доц. д-р Десислава Лефтерова, д.м.

Доц. д-р Дима Цанова, д.м.

Доц. Евгения Димитрова, д.м.

Доц. Таня Мегова, д.п.

Доц. Ростислав Костов, д.м.

Доц. Бойка Цветкова, д.фарм.

Силвия Емилева – **Предпечат**

© Издателски център на МУ-Плевен, 2025

Сборник доклади, Първо издание

ISBN 978-954-756-365-0 (USB)

ISBN 978-954-756-366-7 (online PDF)

ОБРЪЩЕНИЕ

ПРОФ. Д-Р ДОБРОМИР ДИМИТРОВ, Д.М.

**Уважаеми професор Колев,
Уважаеми колеги и гости,
Скъпи студенти,**

От името на Академичното ръководство и лично от свое име имам удоволствието и честта да Ви поздравя по повод провеждането на XXIII-та Национална научна сесия за студенти и преподаватели с домакин Медицински колеж към Медицински университет – Плевен. Форумът е израз на стремежа Ви към научно усъвършенстване, професионално израстване и утвърждаване на високите стандарти в медицинското образование. Изказвам своята признателност към преподавателите, които с професионализъм и отдаденост подкрепят студентите в техния път към познанието.

Медицинският колеж в Плевен е първото в града медицинско учебно заведение, което се слави с над 75-годишна академична история, съчетала традиции и иновации в обучението на здравни специалисти и социални работници. На 31 октомври по традиция всяка година Медицински университет – Плевен чества своя празник в светлината, а вярвам и в духа, на 1 ноември – Деня на народните будители. На този ден се прекланяме пред силата на българския дух, почитайки паметта на българските просветни дейци, духовници, книжовници и общественици. Васил Друмев е казал: „Един народ, който има съзнание, култура, писменост, наука, непременно ще има светла и трайна бъднина!“

Вярвам, че в навечерието на приближаващия празник на историческата памет и националното самочувствие за пореден път Националният научен форум на Медицински колеж – Плевен ще се превърне в платформа за обмен на опит, знания и нови идеи в две научни направления – „Медико-диагностични, социални и фармацевтични дейности“ и „ВАРИЯ“.

Позволете ми да Ви приветствам с „Добре дошли!“ в Медицински университет – Плевен, един от водещите образователни и научноизследователски центрове, открояващ се с облика си на изследователско висше училище. Пожелавам Ви ползотворна работа и положителни емоции в нашия университет и град!

**Проф. д-р Добромир Димитров, д.м.
Ректор на Медицински университет – Плевен**

ОБРЪЩЕНИЕ

ПРОФ. Д-Р НИКОЛАЙ КОЛЕВ, Д.М.

Уважаеми колеги и студенти,

Уважаеми участници в XXIII-та Национална научна сесия за студенти и преподаватели, организирана от Медицинския колеж към Медицински университет – Плевен,

За мен е чест и удоволствие да Ви приветствам с „Добре дошли!“ в Медицински колеж към Медицински университет – Плевен. С над 75-годишната си история Медицинският колеж е едно от уважаваните образователни заведения в страната. Благодарение на новаторския дух на ръководството, нашият Университет утвърди Медицинския колеж като авторитетно и привлекателно учебно заведение с дипломирани повече от 11 000 студенти.

За 23-та поредна година колежът организира национален форум за студенти и преподаватели. Цел на ежегодната научна сесия е да развива уменията за презентирание и публикуване на резултатите от научноизследователската дейност на младите хора от медицинските университети и колежи в България. Форумът е част от утвърдената през годините традиция преподавателите и студентите да се срещнат със своите колеги от страната, да обменят опит, да дебатираат проблемите и иновациите в различни тематични области.

Друг наш стремеж е разширяване на сътрудничеството между студентите и техните преподаватели. Съвместната работа и приемствеността между поколенията е стабилният фундамент, заложен още от създаването на форума. Амбициозната научна програма е израз на желанието за непрекъснато научно развитие.

Позволете ми да Ви приветствам още веднъж с „Добре дошли!“ в нашия град и в Медицински колеж – Плевен. Пожелавам на всички участници в сесията успешна и ползотворна работа, творчески дух и нови бъдещи професионални успехи.

Проф. д-р Николай Колев, д.м.

Директор на Медицински колеж, МУ – Плевен

СЪДЪРЖАНИЕ

ДОКЛАД	Стр.
ПЛЕНАРНИ ДОКЛАДИ	
ПОКАЗАНИЯ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ТОТАЛНА ХИСТЕРЕКТОМИЯ ПРИ ДОКАЗАН СЛЕД КОНИЗАЦИЯ КАРЦИНОМ ИН СИТУ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА Н. Хинкова	11
ЗАСТАРЯВАНЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО – РЕАЛНОСТИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА Д. Цанова	21
ЗАПЛАЩАНЕ НА ТРУДА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО - СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ И НЕРЕШЕНИ ПРОБЛЕМИ Н. Велева	30

ПАНЕЛ: МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНИ, СОЦИАЛНИ И ФАРМАЦЕВТИЧНИ ДЕЙНОСТИ

ДОКЛАД	Стр.
ЗНАЧЕНИЕ НА СТОЙНОСТИТЕ НА СЕРУМЕН НАТРИЙ ПРИ СЛУЧАИ С ЧЕРНОДРОБНА ЦИРОЗА М. Михайлова – Страшилова, С. Страшилов, П. Тончев	41
ПРОУЧВАНЕ НА CLOSTRIDIODES DIFFISILE ИНФЕКЦИИ ПРИ ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ М. Ценкова, П. Христова, Х. Хиткова	52
ПРОФИЛАКТИКА НА РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА – НЕОБХОДИМОСТ ОТ ЕФЕКТИВНИ МЕРКИ Е. Шипкова, М. Гицова	60
ИНСУЛИНОЗАВИСИМ ДИАБЕТ ТИП 1: РЕТРОСПЕКТИВЕН АНАЛИЗ НА СЛУЧАИТЕ И ВЛИЯНИЕТО НА COVID-19 Т. Трифонова, В. Козова, Е. Аристотелова, И. Христова	70
ВЪЗМОЖНОСТИ НА ОБРАЗНАТА ДИАГНОСТИКА ПРИ ДЕЦА С ХОРМОНАЛНИ И ЕНДОКРИННИ НАРУШЕНИЯ. КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ПРИ ДЕЦА С ДЕФИЦИТ НА РАСТЕЖЕН ХОРМОН. Н. Михайлова, В. Цанова, В. Каракопилева	79
ПРИЛОЖЕНИЕ НА КОМПЮТЪРНАТА ТОМОГРАФИЯ С КОНУСОВИДЕН СНОП В ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО И РАДИОХИРУРГИЯТА НА ЛИНЕЕН УСКОРИТЕЛ Г. Виолинов, П. Виолинов, М. Ганчева-Масо, Д. Костова-Лефтерова, Н. Михайлова, И. Петров	90
АНАЛИЗ НА КАЧЕСТВОТО НА ПРАКТИЧЕСКОТО ОБУЧЕНИЕ В СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА КОЗМЕТИКА“ КЪМ МЕДИЦИНСКИ КОЛЕЖ – ПЛЕВЕН ЗА ПЕРИОДА 2023 – 2024 ГОДИНА Ц. Иванова, Е. Иванова, М. Христова	102

РОЛЯ НА БОЛКАТА ВЪРХУ СОЦИАЛНОТО ФУНКЦИОНИРАНЕ ПРИ ЖЕНИ С КАРЦИНОМ НА ГЪРДАТА И. Иванова, С. Цветкова, М. Камбурова	112
ЗАХАРЕН ДИАБЕТ – ЗДРАВНИ ПРЕПОРЪКИ И ФАРМАЦЕВТИЧНИ ГРИЖИ Цв. Илиев, Н. Ненкова	122
УПОТРЕБА НА ХРАНИТЕЛНИ ДОБАВКИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЕОПОРОЗА Л. Тахсин, Н. Ненкова, Ст. Колева	133
МОТИВАЦИЯ ЗА РАБОТА С ЛИЦА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА В СОЦИАЛНИ УСЛУГИ ЗА РЕЗИДЕНТНА ГРИЖА В. Спасова	144
ЗНАЧИМОСТ НА ПСИХОСОЦИАЛНИТЕ РИСКОВЕ НА РАБОТНОТО МЯСТО ЗА БЕЗОПАСНОСТТА И ЗДРАВЕТО НА СЛУЖИТЕЛИТЕ М. Гуновска, М. Сълева	155
ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ВЪЗМОЖНОСТИ ПРЕД ЛИЧНИТЕ АСИСТЕНТИ В ГРИЖАТА ЗА ХОРА С УВРЕЖДАНИЯ И. Маринова	168
ПРОФЕСИОНАЛНА ГОТОВНОСТ И КОМПЕТЕНТНОСТИ НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ В ЦЕНТЪР ЗА НАСТАНЯВАНЕ ОТ СЕМЕЕН ТИП ПРИ РАБОТА В КРИЗИСНИ СИТУАЦИИ Л. Атанасова	179
СОЦИАЛНА РАБОТА ЗА СОЦИАЛИЗАЦИЯ СЛЕД ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ НА ЛИЦА С УВРЕЖДАНИЯ К. Кънчева	193
УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОТО НА ПРЕДОСТАВЯНАТА СОЦИАЛНА УСЛУГА „ДНЕВЕН ЦЕНТЪР ЗА ПОДКРЕПА НА ДЕЦА С УВРЕЖДАНИЯ“ К. Кънчева	201

ПАНЕЛ: ВАРИЯ

ДОКЛАД	Стр
ИНОВАТИВНИ СРЕДСТВА ЗА ЕФЕКТИВНА КОМУНИКАЦИЯ С ИНТУБИРАНИ И ТРАХЕОСТОМИРАНИ ПАЦИЕНТИ Г. Пачкова, М. Сълева	212
МОДЕЛИРАНЕ НА КОМУНИКАТИВНИ УМЕНИЯ ПРИ СТУДЕНТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ: ИНОВАТИВНИ ПОДХОДИ И ОБУЧИТЕЛНИ СТРАТЕГИИ Й. Панковска, З. Енчева	223
ПРИЛОЖЕНИЯ НА ЕЛЕКТРОНЕН ГРАФИК В РАБОТАТА НА РЪКОВОДИТЕЛИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ Д. Илиева, М. Драганова	232
СЪВРЕМЕННИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА В РАБОТАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ДНЕВЕН СТАЦИОНАР ЗА БОЛНИ С ПСИХИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ А. Събева, М. Сълева	239
НАШЕСТВИЕТО НА ТЕХНОЛОГИИТЕ – ПОЛЗИ И ВРЕДИ ЗА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕ Р. Николова – Мерсиноглу, А. Статева, М. Драганова	249
СИНДРОМ НА СЪОГРЕН – СИНДРОМЪТ НА СУХОТАТА Б. Чомаковска	258
ФОБИЯ – СТРАХ ИЛИ БОЛЕСТ Б. Чомаковска	265
ЕМОЦИОНАЛНАТА ИНТЕЛИГЕНТНОСТ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА – КЛЮЧ КЪМ ЕФЕКТИВНА ГРИЖА И ПАЦИЕНТСКО БЛАГОПОЛУЧИЕ А. Петракиева, Ц. Райкова, Р. Николова – Мерсиноглу	276
СТАНДАРТИЗИРАН ПЛАН ЗА СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ТРАВМАТИЧНО-ОРТОПЕДИЧНИ ХИРУРГИЧНИ ПАЦИЕНТИ В. Йолова, М. Сълева, М. Драганова, Д. Вачева	284
НИВО НА ИНФОРМИРАНOST НА ПАЦИЕНТИТЕ С ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ ОТНОСНО СЪЩНОСТТА НА ЗАБОЛЯВАНЕТО ИМ Ц. Петкова, Е. Димитрова, М. Драганова	298
ВЛИЯНИЕ НА КОМУНИКАЦИЯТА ЛЕКАР – ПАЦИЕНТ ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА В. Недкова – Миланова, Н. Коларова – Янева	309
АНАЛИЗ НА СТУДЕНТСКИТЕ ЗАДЪЛЖЕНИЯ В АКАДЕМИЧНА СРЕДА ЧРЕЗ АДАПТИРАНА СКАЛА ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СЛУЖИТЕЛЯ ОТ ВЪПРОСНИК ЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКИ ДОГОВОР НА ДЕНИЗ РУСО Ф. Филипов	317
ПСИХОЛОГИЧЕСКИ УМЕНИЯ ЗА МОТИВАЦИОННО ИНТЕРВЮИРАНЕ У СОЦИАЛНИ РАБОТНИЦИ ПРИ КОНСУЛТИРАНЕ НА БЕЗРАБОТНИ ЛИЦА Ф. Филипов	329

СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ МЛАДИ ПАЦИЕНТИ: ПРОМЕНИ В ТЕНДЕНЦИЯТА И НЕДООЦЕНЕНИ ПРИЧИНИ С. Аврамова, Н. Димова	340
АКУШЕРСКИ ГРИЖИ СЛЕД ПРОЛАПС НА РЪКА НА ПЛОДА ПО ВРЕМЕ НА РАЖДАНЕТО: КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ Б. Стефанова, П. Дилова	347
СПЕЦИФИКА НА ОБУЧЕНИЕТО ПО БЪЛГАРСКИ ЕЗИК В АНГЛОЕЗИЧНАТА И БЪЛГАРОЕЗИЧНАТА ПРОГРАМА ЗА СТУДЕНТИ ПО МЕДИЦИНА Т. Вълва	352
САМООЦЕНКА НА УМЕНИЯТА ЗА ВЪЗПРИЕМАНЕ И РАЗБИРАНЕ НА ТЕКСТ ОТ СТУДЕНТИ ПО МЕДИЦИНА ПРИ ОВЛАДЯВАНЕ НА БЪЛГАРСКИ ЕЗИК КАТО ВТОРИ Т. Вълва	363
ОБУЧЕНИЕ НА МЛАДИ РОДИЛКИ В ОСНОВИТЕ НА ЗАХРАНВАНЕТО ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА ЗДРАВΟΣЛОВНО РАЗВИТИЕ НА ТЕХНИТЕ ДЕЦА М. Мюмюнова, Г. Маркова	374
РЕХАБИЛИТАЦИЯ И СПОРТ ПРИ АНКИЛОЗИРАЩ СПОНДИЛИТ Т. Мегова, М. Кирниколова, Т. Василева	381
ИНФОРМИРАНост НА ЖЕНИТЕ ОТНОСНО РИСКОВЕТЕ ОТ ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ А. Баева, Т. Веселинова, И. Соколова,	387
ЕПИГЕНЕТИКА НА БРЕМЕННОСТТА – КАК СРЕДАТА И ЕМОЦИИТЕ НА МАЙКАТА ПРОГРАМИРАТ ЗДРАВЕТО НА ДЕТЕТО ЗА ЦЯЛ ЖИВОТ Анна-Мария Гъркова, К. Антонова, Т. Веселинова, И. Соколова	396
АСЕРТИВНОСТ В МЕДИЦИНСКОТО ОБРАЗОВАНИЕ Н. Андреева, Е. Петкова	406
ИНФОРМИРАНост НА РОДИЛКИ ОТНОСНО ЧОВЕШКИ ПАПИЛОМА ВИРУС Н. Андреева	414
АКУШЕРСКИ ГРИЖИ, СВЪРЗАНИ С ИНФОРМИРАНост НА ЖЕНИТЕ ЗА СИМПТОМИТЕ НА РАНЕН СПОНТАНЕН АБОРТ Т. Димитрова, Б. Симеонова	422
ХАБИТУАЛНИ АБОРТИ ПРИ МУЛТИФАКТОРНА ФОРМА НА ТРОМБОФИЛИ – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ З. Кироваков, Н. Хинкова	430
ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ Е. Стоянова, Н. Христова	440
РОДОВА ТРАВМА НА БРАХИАЛНИЯ ПЛЕКСУС – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ И РЕХАБИЛИТАЦИОНЕН ПОДХОД Л. Тотева, М. Петрова	448
ПРОФИЛАКТИКА НА ТРАВМИТЕ НА ГЛЕЗЕНА ПРИ БАЛЕТНИ ТАНЦОРИ Л. Тотева, Д. Попова – Вутева	456

РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РАЗКЪСВАНЕ НА АХИЛЕСОВОТО СУХОЖИЛИЕ ПРИ СПОРТИСТИ Т. Мегова, Д. Попова – Вутева, Е. Димитрова	465
КОМОРБИДНОСТИ ПРИ НЕПУШАЧИ С ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ И ЗАТЛЪСТЯВАНЕ. КЛИНИЧНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ Сн. Иванковска, Е. Борисова, Пл. Павлов, Зл. Иванова, Н. Кючуков, П. Глоговска	470
КОМПЕТЕНТНОСТНО ОРИЕНТИРАНО ОБУЧЕНИЕ ПО ФИЗИЧЕСКО ВЪЗПИТАНИЕ И СПОРТ: ПРОУЧВАНЕ НА ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛАГАНЕ ПРИ СТУДЕНТИ ОТ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН И. Найденова – Данчева	480

ПОКАЗАНИЯ ЗА ИЗВЪРШВАНЕ НА ТОТАЛНА ХИСТЕРЕКТОМИЯ ПРИ ДОКАЗАН СЛЕД КОНИЗАЦИЯ КАРЦИНОМ ИН СИТУ НА МАТОЧНАТА ШИЙКА

Н. Хинкова^{1,2}

¹Медицински университет – Плевен, Факултет „Здравни грижи“, Катедра „Акушерски
грижи“

²УМБАЛ „Св. Марина“ ООД – Плевен

INDICATIONS FOR TOTAL HYSTERECTOMY IN CERVICAL CARCINOMA IN SITU PROVEN AFTER CONIZATION

N. Hinkova^{1,2}

¹Medical University – Pleven, Faculty of Health Care, Department of „Midwifery care“

²Hospital „St. Marina“ Ltd – Pleven

ABSTRACT: *Introduction: Carcinoma in situ (CIS) of the uterine cervix is classified as a precancerous lesion. In order to prevent it from developing into microinvasive or invasive carcinoma, proper surgical management is essential.*

Purpose: To present the indications for performing total hysterectomy in post-conization proven CIS.

Material and methods. A retrospective study was carried out from January 2022 to January 2024 in University Hospital "Saint Marina" – Pleven. Three hundred women who underwent cervical conization were included.

Results: CIS was proven in 70 of 300 women (23.0%). In 40 (57.1%) of them only conization was performed, and in 30 (42.9%) a subsequent hysterectomy. In 20.0% of the hysterectomized women, persistence of the diagnosis was confirmed, and in 80.0% the previous conization was a radical therapeutic procedure.

Conclusions: Performing a full range of diagnostic measures to prove or rule out the diagnosis of CIS is extremely important in women of fertile age. Conization should not be omitted as an option from the treatment plan.

Keywords: Ca colli uteri in situ, Conization, Hysterectomy

Въведение

Терминологията за цервикална интраепителна неоплазия (CIN) е въведен през 1968 г. от Richart. Авторът класифицира дисплазията по следния начин:

- ✓ CIN 1 – лека дисплазия;
- ✓ CIN 2 – умерена дисплазия;
- ✓ CIN 3 – съответства както на тежка дисплазия, така и на Ca colli uteri in situ.

През 1990 г. е предложена друга класификация, която е основана на хистопатологична терминология. При нея се говори за две степени на заболяването:

- ✓ нискостепенна CIN, обхващаща аномалиите, съответстващи на койлоцитна атипия и CIN 1 лезии;
- ✓ високостепенна CIN, обхващаща CIN 2 и 3 (Richart, 1990).

Предвид упоменатите класификации, карцином на маточната шийка на място (Ca colli uteri in situ – CIS) е предраково изменение на маточната шийка и е определяно като предшественик на микроинвазивния и инвазивен карцином на маточната шийка (Teoh et al., 2020).

Различни авторски колективи съобщават, че честотата на CIS се е увеличила през последните десетилетия (Liu et al., 2023), въпреки световните тенденции за намаляване на новорегистрираните случаи от рак на маточната шийка (РМШ) (Giannella et al., 2023).

Лечението на CIS е свързано с много и разнообразни фактори. На първо място това е тежестта на заболяването, което определя подхода дали да бъде консервативен или оперативен. На следващо място изборът на лечебен метод е свързан със завършената репродукция на жената (Jiang et al., 2017), както и с нейната възраст (Liu et al., 2023). През 2020 г. J. H. J. Tan et al. оценяват дългосрочните резултати от консервативното лечение при CIS. Авторският колектив прави заключението, че пациентките с CIS могат да бъдат лекувани с ексцизионни процедури, като е важно да са презентативни относно резекционните линии (J. H. J. Tan et al., 2020). Преоценката на поведението зависи от ангажирането на резекционните линии и стадият на заболяването. При установяване на рецидивирание при жени във фертилна възраст се препоръчва извършването на повторна конизация (ре-конизация) (J. H. J. Tan et al., 2020). Различни авторски колективи определят ексцизионните процедури като основни методи в диагностиката и лечението на CIS (Teoh et al., 2020; Ciavattini et al., 2019). Правилното проследяване в следоперативният период

чрез колпоскопски контрол, съчетан с ДНК HPV анализ, е задължително при диагностицирането на ин ситу карцинома при желанието на пациентката за запазване на детородните функции и при условие на неангажирани резекционни линии (Bai et al., 2018; Munro et al., 2015). Подобни заключения и препоръки правят и Lorencet et al през 2024 г., които подчертават, че при отрицателни резултати от конизацията е необходимо 2-годишно активно проследяване.

Като златен стандарт за лечението на CIS е определяна тоталната хистеректомия. Въпреки това, трябва да са добре спазени индикациите за нейното извършване (Bartin et al., 2023), особено при жени във фертилна възраст (Koh et al., 2019). За изключителни индикации се считат:

- ✓ CIS с ангажиране на резекционни линии;
- ✓ Рецидивирание на заболяването;
- ✓ Инвазивен карцином след конизация.

Препоръката на Европейското дружество по онкогинекология (ESGO) от 2018 г. се различава от направената от Koh. Дружеството прави препоръка при ангажирани резекционни линии да се извърши повторна конизация, с цел изключване на обширна инвазия (Cibula et al., 2018).

Цел

Да се представят показанията за извършване на тотална хистеректомия при Carcinoma in situ, доказан след конизация.

Материали и методи

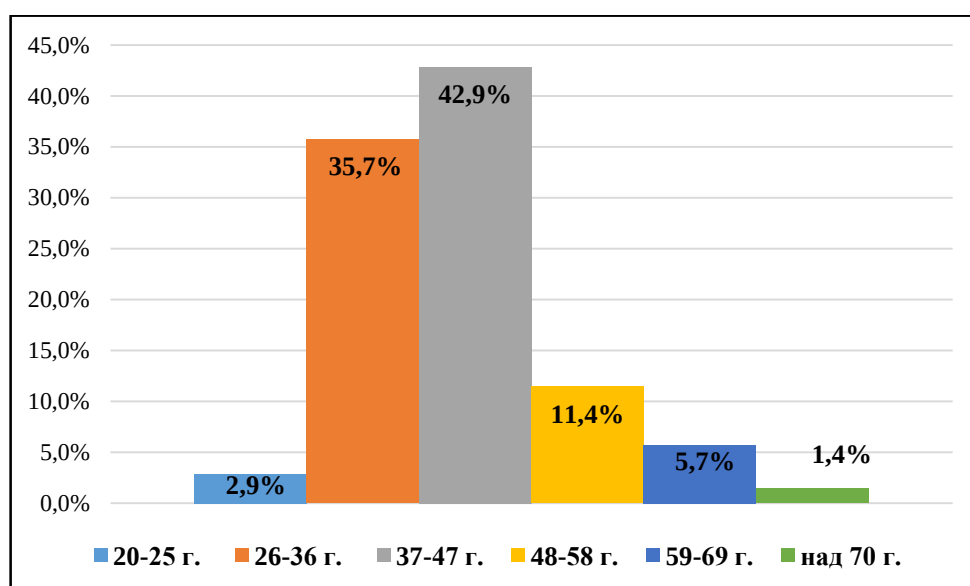
Проведено е документално, ретроспективно проучване на 300 пациентки за периода януари 2022 – януари 2024 г, с извършена оперативна интервенция – конизация на маточната шийка в УМБАЛ „Св. Марина“ ООД – Плевен. Определи се групата пациентки, при които е поставена диагноза Ca in situ и е извършена последваща тотална хистеректомия.

Статистическата обработка е извършена със софтуерен програмен продукт MS Office Excel 2019 и SPSS v.28.

Резултати

През изследвания период в УМБАЛ „Св. Марина“ са извършени 300 оперативни интервенции – конизация на маточната шийка. От всички манипулации се отделиха само тези, при които е хистологично верифициран карцином ин ситу на маточната шийка (CIS). Това са 70 случая или 23.3% от всички извършени конизации за периода.

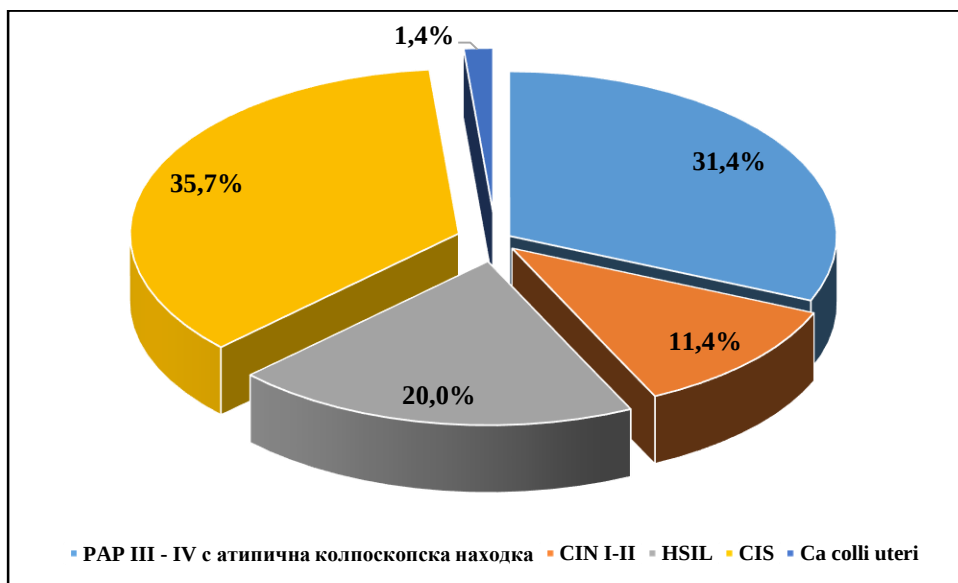
Направи се разпределение на пациентките по възраст. Разделиха се в 5 възрастови групи. Данните са графично представени на Фиг. 1.



Фиг. 1. Разпределение по възраст.

Данните показват, че най-висок е броят на лицата във възрастовите групи 26–36 г. (съставлява 35.7% или това са 25 лица) и 37–47 (представлява 42.9% или това са 30 лица). Предвид начина на заразяване и причинителя на CIS, получената възрастова структура е логична – сексуално активни жени във фертилна възраст. Проучването установява, че средната възраст на изследваната група пациентки е 41.8 (95% CI: 3.64 – 4.06), като в най-млада възраст е една жена на 21 години, а най-възрастната е на 71 г.

Пациентките се разпределиха по първичните диагнози и причини за извършването на конизация (фиг. 2). С най-висок дял са случаите с първично диагностициран CIS, следвани от цитологично сигнализираната група с атипична находка. Най-малко е процентното разпределение на първично доказан от биопсия на маточната шийка микроинвазивен карцином. Това е само един случай.



Фиг. 2. Разпределени по първични диагнози

На следващ етап се извърши сравнителен анализ между диагнозите преди оперативната интервенция и хистологичната верификация след конизацията. При 22 пациентки (31.4%) от групата на цитологично сигнализираните с атипична колпоскопска находка оперативната интервенция е доказала CIS, а при една от тях високостепенна дисплазия (HSIL). При всички пациентки (8 лица) с диагностицирана първична лекостепенна дисплазия (CINI – II), хистологичният препарат от конизацията доказва CIS, а при 14 от лицата с HSIL от биопсия, последващата интервенция също доказва CIS, като само при една от първично доказаните HSIL хистологичният резултат показва ниско степенна дисплазия. Разпределиха се и пациентките с първично доказан CIS от биопсия и резултатът, получен след конизацията. Резултатите показват, че от всички 25 жени, при 14 от тях диагнозата се потвърждава (46.7% от тази група).

При останалите 16 случая се доказва: липса на остатъчен тумор (при 6 лица), HSIL (при 7 лица); кондилом (при 2 пациентки) и цервицит при 1 жена. Данните показват, че няма повишаване на степента на заболяването, тоест нямаме диагностициран инвазивен или микроинвазивен карцином след конизацията. При пациентката с диагностициран микроинвазивен карцином от първична биопсия, конизацията доказва същата диагноза. Данните от извършения анализ са представени в табл. 1

Табл. 1. Сравнение на диагнозите преди и след извършването на конизация

		Диагноза след конизация на маточната шийка											
		CIN I-II		HSIL		CIS		Без тумор		Кондилом		Цервицит	
		Бро й	% *	Бро й	%*	Бро й	%*	Бро й	%*	Бро й	%*	Бро й	%*
Диагноза преди конизация	PAP III-IV n=22			1	1,4	21	30,0						
	CIN I-II n=8					8	11,4						
	HSIL n=14	1	1,4			13	18,6						
	CIS n=25			5	7,1	12	17,1	5	7,1	2	2,9	1	1,4
	Ca colli uteri n=1					1	1,4						
	Общо					55	78,5						

**Изчисленията са направени при n=70*

Получените резултати показват, че потвърждаване на първичната диагноза има при 12 случая (17.1%), а при 43 (61.4%) е доказана по-тежка степен на заболяване. Не е за пренебрегване и броят на случаите, при които се диагностицира по-лека степен на заболяване или дори липса на остатъчни тумори. Такива са 15 случая или 21.4% от всички 70 пациентки. От всички случаи при 40 пациентки (57.1%) хистологичният препарат показва, че няма

ангажиране на резекционните линии, докато при 30 (42.9%) се доказва ангажиране. При 4 пациентки (13.3% от случаите с ангажиране на резекционни линии) е извършена повторна конизация, при която се доказва липса на ангажиране от туморния процес.

При повече от половината пациентки е извършена последваща оперативна интервенция – тотална хистеректомия. Тази група случаи се състои от 30 жени или това са 42.9% от конизираните. Извърши се сравнителен анализ на диагнозите, получени от конизациите и тези, получени след тоталната хистеректомия (табл.2). Резултатите показват, че само при 20.0% (6 случая) има персистенция на заболяването, а при 80.0% (24 случая) конизацията се определя като радикална терапевтична процедура.

Табл. 2. Сравнение на диагнозите от конизацията и от тоталната хистеректомия

Диагноза след конизация		Диагноза след тотална хистеректомия									
		CIS		Ca colli ut.		HSIL		Без тумор		Кондилом	
		Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%
CIS	n=29	5	16,7	1	3,3	6	20	16	53,3	1	3,3
Кондилом	n=1							1	3,3		

**Изчисленията са направени при n=30*

Важно е да се отбележи, че при 9 от пациентките с извършена хистеректомия, хистологичният резултат от предходната оперативна интервенция (конизация) е без ангажиране на резекционна линия. При една от тях водещ проблем за ТН е диагностицирана киста на яйчника.

Обсъждане

През 2020 г. Drumond DG et al. провеждат обсервационно проучване на медицинска документация на 42 конизирани жени. Автотрският колектив

установява средна възраст на пациентките 45 г., което се доближава до средната възраст на изследваната от нас група пациентки (41.8 г.). Получените данни се отдават на факта, че българките започват много по-рано сексуалните си контакти, както и на факта, че не малък е броят на ражданията от жени на възраст под 20 г. (по данни на НСИ през периода 2013–2023 г. това са средно 6 200 раждания).

Проучването показва, че препоръката на ESGO за извършването на повторна конизация при ангажиране на резекционни линии е спазена само при 11.4% от положителните случаи (Cibula et al., 2018). Същевременно процентното разпределение на хистеректомираните случаи, които са без ангажиране на резекционните линии е 19.1% от 45 жени, което също е в разрез с общоприетите онкологични правила.

Заклучение

При жени в детеродна възраст е необходимо да се извърши пълен обем от диагностични мероприятия за доказване и /или отхвърляне на диагнозата *Ca colli uteri in situ*. Органосъхраняващите оперативни интервенции, конизация и при необходимост ре-конизация не трябва да се пропускат като възможност в лечебния план.

Литература

A. Ciavattini, L. Giannella, G. Delli Carpini, et al. Adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: clinical practice guidelines from the Italian society of colposcopy and cervical pathology (SICPCV) Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 240 (2019), pp. 273-277, 10.1016/j.ejogrb.2019.07.014

Bai, H., Liu, J., Wang, Q. et al. Oncological and reproductive outcomes of adenocarcinoma in situ of the cervix managed with the loop electrosurgical excision procedure. BMC Cancer 18, 461 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12885-018-4386-6>

Bartin R, Delangle R, Mergui JL, Azaïs H, Bolze PA, Philip CA, Kerbage Y, Raimond E, Lécointre L, Carcopino X, Castela M, Uzan C, Canlorbe G. Impact of cervical excisional dimensions on endocervical margins status in adenocarcinoma in situ of the uterine cervix: A multicenter study from the FRANCOGYN group. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2023 Sep;52(7):102622. doi: 10.1016/j.jogoh.2023.102622. Epub 2023 Jun 14. PMID: 37321399 .

Cibula D, Pötter R, Planchamp F, Avall-Lundqvist E, Fischerova D, Haie-Meder C, Köhler C, Landoni F, Lax S, Lindegaard JC, Mahantshetty U, Mathevet P, McCluggage WG, McCormack M,

Naik R, Nout R, Pignata S, Ponce J, Querleu D, Raspagliesi F, Rodolakis A, Tamussino K, Wimberger P, Raspollini MR. The European Society of Gynaecological Oncology/European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients with Cervical Cancer. *Virchows Arch.* 2018 Jun;472(6):919-936. doi: 10.1007/s00428-018-2362-9. Epub 2018 May 4. Erratum in: *Virchows Arch.* 2018 May 23;; PMID: 29725757.

Drumond DG, Leite ICG, Rodrigues VO, Pannain GD, Carvalho MAG, Amaral RGRD. Analysis of Conization Results in Patients undergoing Hysterectomy for Uterine Adenocarcinoma. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020 May;42(5):266-271. doi: 10.1055/s-0040-1709191. Epub 2020 May 29. PMID: 32483807; PMCID: PMC10316853.

Giannella, L.; Delli Carpini, G.; Di Giuseppe, J.; Bogani, G.; Sopracordevole, F.; Clemente, N.; Giorda, G.; De Vincenzo, R.P.; Evangelista, M.T.; Gardella, B.; et al. In Situ/Microinvasive Adenocarcinoma of the Uterine Cervix and HPV-Type Impact: Pathologic Features, Treatment Options, and Follow-Up Outcomes—Cervical Adenocarcinoma Study Group (CAS-Group). *Cancers* 2023, 15, 2876. <https://doi.org/10.3390/cancers15112876>

J.H.J. Tan, M.J. Malloy, R. Thangamani, et al. Management and long-term outcomes of women with adenocarcinoma in situ of the cervix: a retrospective study *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 60 (1) (2020), pp. 123-129, 10.1111/ajo.13047

Jiang Y, Chen C, Li L. Comparison of cold-knife conization versus loop electrosurgical excision for cervical adenocarcinoma in situ (ACIS): a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12:e0170587.

Koh WJ, Abu-Rustum NR, Bean S, Bradley K, Campos SM, Cho KR, Chon HS, Chu C, Clark R, Cohn D, Crispens MA, Damast S, Dorigo O, Eifel PJ, Fisher CM, Frederick P, Gaffney DK, Han E, Huh WK, Lurain JR, Mariani A, Mutch D, Nagel C, Nekhlyudov L, Fader AN, Remmenga SW, Reynolds RK, Tillmanns T, Ueda S, Wyse E, Yashar CM, McMillian NR, Scavone JL. Cervical Cancer, Version 3.2019, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2019 Jan;17(1):64-84. doi: 10.6004/jnccn.2019.0001. PMID: 30659131.

Liu J, Wang Y, Wan X, Zou J, Zhu Y, Lv W, Shen Y. Comparison of the safety between cervical conization and hysterectomy for patients with cervical adenocarcinoma in situ. *J Gynecol Oncol.* 2023 Jan;34(1):e8. doi: 10.3802/jgo.2023.34.e8. Epub 2022 Nov 15. PMID: 36424703; PMCID: PMC9807369.

Lorensen, Larissa Chioquetta, et al. "Reevaluation of negative cervical conizations: Frequency, diagnostic errors, risk factors and management." *Pathology-Research and Practice* 257 (2024): 155283. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0344033824001948?via%3Dihub>

Munro A, Leung Y, Spilsbury K, Stewart CJ, Semmens J, Codde J, Williams V, O'Leary P, Steel N, Cohen P. Comparison of cold knife cone biopsy and loop electrosurgical excision procedure in the management of cervical adenocarcinoma in situ: What is the gold standard? *Gynecol Oncol.* 2015 May;137(2):258-63. doi: 10.1016/j.ygyno.2015.02.024. Epub 2015 Mar 11. PMID: 25769659.

National statistical institute of Bulgaria – available in: https://infostat.nsi.bg/infostat/pages/reports/result.jsf?x_2=1027

Richart, R.M. (1968) Natural history of cervical intraepithelial neoplasia. *Clin. Obstet. Gynecol.*, 5, 748–784.

Richart, R.M. (1990) A modified terminology for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet. Gynecol.*, 75, 131–133.

Teoh D, Musa F, Salani R, Huh W, Jimenez E. Diagnosis and management of adenocarcinoma in situ: a Society of Gynecologic Oncology evidence-based review and recommendations. *Obstet Gynecol.* 2020;135:869–878.

✉ **Проф. д-р Надежда Хинкова, д.м.**
Медицински университет – Плевен
Катедра „Акушерски грижи“
e-mail: nadegdahinkova@abv.bg

ЗАСТАРЯВАНЕ НА НАСЕЛЕНИЕТО – РЕАЛНОСТИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА

Д. Цанова

МУ – Плевен, Катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт“

POPULATION AGEING –REALITIES AND CHALLENGES

D. Tsanova

MU – Pleven, Department of „Social Medicine and Health Management“

ABSTRACT:*In recent decades, humanity has witnessed profound demographic changes, among which the most significant is the process of population ageing. In 2023, the number of people aged 60+ globally reached 1.1 billion, and is expected to grow to 1.4 billion by 2030. In European countries, the ageing process began long ago, they are now experiencing a slowdown in the rate of ageing. The negative changes in Bulgaria's population age structure continued at the beginning of this century. The share of the population aged 65+ has increased from 14.3% in 1992 to 16.8% in 2001, to 18.9% in 2011 and to 21% in 2021. With the development of policies aimed at population ageing, it can become not only a challenge, but also an opportunity - for the development of new social practices, for strengthening solidarity between generations and for building a society that values and supports its elderly citizens.*

Keywords: ageing, population, Bulgaria

Въведение

Глобалните общества се намират в процес на т.нар. „революция на дълголетието“ – при някои тя е в начален етап, докато други вече са достигнали по-напреднало развитие. Всички обаче ще преминат през този изключителен преход, при който вероятността за достигане на 65-годишна възраст нараства от под 50% – както е било в Швеция през 90-те години на XIX век – до над 90% в съвременните държави с най-висока продължителност на живота. Допълнително, делът от зрелия живот, прекаран след 65-годишна възраст, се е увеличил от под една пета през 60-те години на XX век до една четвърт или повече в много от развитите страни днес.

Тези промени намират отражение и на макрониво – възрастните хора се превръщат във все по-значима демографска група. Към настоящия момент лицата в напреднала възраст съставляват над една пета от населението в 17 държави, а прогнозите на Отдела по население към Департамента по

икономически и социални въпроси на ООН показват, че до края на XXI век този дял ще бъде достигнат в 155 държави, включващи мнозинството (61%) от световното население.

През последните десетилетия човечеството е свидетел на дълбоки и трайни демографски промени, сред които най-съществено изпъква процесът на застаряване на населението. Това явление е резултат от съчетанието на два основни фактора: устойчивото намаляване на раждаемостта и значителното удължаване на средната продължителност на живота. Ако в миналото дълголетието е било привилегия на ограничен брой общества, днес то постепенно се превръща в глобална реалност.

Това постижение е резултат от значителни успехи в общественото здраве, намаляването на детската и майчината смъртност, както и от съвременните медицински и социални практики, довели до подобряване на преживяемостта и в по-горните възрастови групи. В комбинация със забележимия спад на раждаемостта, тези промени оформят нова демографска реалност – процеса на застаряване на населението.

Днес демографите определят застаряването като една от четирите големи мега тенденции, редом с прираста на населението, международната миграция и урбанизацията. Тези процеси, взаимосвързани и взаимно усилващи се, имат дълбоки и трайни последици върху устойчивото развитие на обществата.

Спадът на плодовитостта и увеличаването на дълголетието водят не само до по-голям абсолютен брой възрастни хора, но и до все по-голям техен относителен дял в общата структура на населението.

Подготовката за социалните, икономическите и културните трансформации, произтичащи от тази нова демографска действителност, е от ключово значение за напредъка към Целите за устойчиво развитие (SDGs) в рамките на Програмата за устойчиво развитие до 2030 г. Застаряването оказва съществено въздействие върху редица глобални приоритети – изкореняване на бедността, гарантиране на здравословен живот и благополучие във всички

възрасти, насърчаване на равенството между половете, достъп до пълна и продуктивна заетост и достоен труд за всички, както и върху усилията за намаляване на социално-икономическите неравенства и изграждане на приобщаващи и устойчиви градове и общности.

Анализ на явлението

Понятието стареене е многопластово и може да се разглежда както на индивидуално, така и на популационно равнище. Разграничаването на тези две нива е от съществено значение за разбирането на демографските, медицинските и социалните измерения на процеса.

На популационно ниво стареенето се определя чрез възрастовата структура на населението, която представлява разпределението на населението по възрастови групи, в процентно съотношение.

Дефинирането на стареенето на индивидуално ниво зависи от избраната перспектива. Според биологичната перспектива стареенето е непрекъснат процес на ограничаване на жизнеспособността на организма и повишаване на неговата уязвимост към заболявания. Този процес започва приблизително от пубертета и продължава през целия живот.

Функционално измерение на стареенето

Групата на възрастните хора е силно хетерогенна по отношение на жизненост, здравословно състояние и трудоспособност. Затова във фокуса на здравната и социалната политика все по-често се поставя функционалната дееспособност, т.е. способността на индивида да се справя самостоятелно с ежедневните дейности:

- Базисни дейности, нормални за ежедневието – хранене, къпане, обличане, използване на тоалетна, лягане и ставане от леглото, контрол върху физиологичните функции (континенция);
- Инструментални дейности, позволяващи автономно съществуване и адаптиране към жизнената среда – пазаруване, приготвяне на храна,

почистване на дома, ползване на транспорт, управление на финансови и социални отношения.

Оценката на тези способности е важен индикатор за качеството на живот и за необходимостта от здравни и социални грижи.

Световни тенденции на застаряването на населението

През 2023 г. броят на хората на възраст 60 и повече години в света е достигнал 1.1 милиарда, като се очаква до 2030 г. да нарасне до 1.4 милиарда или около 16% от общото население. До 2050 г. този брой ще се удвои и ще достигне 2.1 милиарда, като хората на възраст 80 и повече години ще се увеличат трикратно – от 143 милиона през 2020 г. на 426 милиона.

Източна и Югоизточна Азия ще преживеят едно от най-бързите темпове на застаряване. Прогнозира се, че до 2050 г. броят на хората на възраст 60 и повече години ще се увеличи от 630 милиона през 2020 г. на около 1.3 милиарда, което ще представлява една четвърт от населението на региона. В развиващите се държави – очаква се около две трети от хората на възраст 60 и повече години през 2050 г. да живеят в развиващи се държави. В тези страни се прогнозира най-бързо нарастване на възрастното население, като броят им ще се увеличи с 140% в сравнение с 51% в развитите държави. В САЩ броят на хората на възраст 65 и повече години ще се увеличи с 14.2% до 2030 г., достигайки 71.6 милиона души, което ще представлява 20.7% от населението

Данните за застаряването на населението, чрез средната възраст на населението, сочат изразени различия по региони. Ако за периода 1950–2000 г. средната възраст на населението в света общо е нараснала само с 3 години, то към 2050 г. се прогнозира тя да бъде над 33 г. Най-голямо нарастване на средната възраст на населението се прогнозира за Латинска Америка и Карибите – с близо 150%.

Тенденция на застаряването в Европа

Европейците живеят по-дълго от всякога и възрастовият профил на обществото бързо се развива. Такива развития вероятно ще имат дълбоки

последници не само за отделните лица, но също така и за правителствата, бизнеса и гражданското общество, като въздействат, наред с другото, на системите за здравеопазване и социални грижи, пазарите на труда, публичните финанси и пенсионните права.

Броят на лицата на възраст 65 или повече години в Европейския съюз ще се увеличи значително – от 90.5 милиона в началото на 2019 г. до 129.8 милиона до 2050 г. През този период броят на хората на възраст 75–84 години се очаква да се увеличи с 56.1%, докато броят хора на възраст 65–74 години ще се увеличи с 16.6%. До 2050 г. ще имаме 13.5% по-малко хора на възраст под 55 години. Между 2019 и 2050 г. броят на много възрастни хора (85+) се очаква да се удвои – от 12.5 милиона през 2019 г. на 26.8 милиона до 2050 г., докато броят на столетниците се прогнозира да нарасне от 96 600 през 2019 г. до близо половин милион (484 000) до 2050 г. През 2019 г. дялът на лицата 85+ е 2.8%. Има пет държави членки на ЕС, където този дял е по-малък от 2%, като Ирландия, Кипър и Словакия регистрират най-ниски дялове (1.5–1.6%). За разлика от това, Франция, Португалия, Испания, Гърция и Италия имат най-висок дял на много възрастни хора, като най-високото ниво от 3.6% е регистрирано в Италия. Според прогнозите на Бюрото за преброяване на населението в САЩ, през 2050 г. се очаква Словения и България да бъдат държавите с най-застаряващото население.

За разлика от тенденциите за световната популация, в европейските страни процесът на стареене е започнал отдавна, те сега изпитват забавяне на скоростта на стареене, като само за Босна и Херцеговина се очаква четирикратно нарастване на населението на възраст 80 и повече години през периода 2015 до 2050 г.

През 2019 г. средната възраст на населението в ЕС е била 43.7 години. Най-ниска в Люксембург – 39.5, Кипър и Ирландия – 37.7 и значително по-висока в Германия – 46 и Италия – 46.7. Средната възраст на ЕС се очаква да се увеличи с 4.5 години през следващите три десетилетия и да достигне 48.2

години до 2050 г. Към 2070 г. половината от населението на ЕС ще бъде над 49 години според прогнозите на ООН, в сравнение с 46 години в Латинска Америка, 44 години в Северна Америка и 43 години в Азия.

4. Застаряване на населението в България

През последните десетилетия в Р България настъпиха дълбоки социално-икономически и демографски проблеми, които ускоряват процеса на застаряване на населението. Сред тях са:

- Ниска раждаемост, която не обезпечава простото възпроизводство на населението;
- Увеличаване на делът на възрастните и повишаване на възрастовото натоварване;
- Миграции, включително международни, и концентрация на младото население в градските центрове;
- Промени в брачността, раждаемостта и ролята на жените в обществото;
- Либерализация на законите за контрацепция, аборт и развод;
- Трансформации в заетостта и семейните структури.

Тези фактори заедно определят социално-демографската ситуация в страната и очертават контекста на застаряването на населението.

В началото на XX век България е страна с младо население. Според преброяването от 1900 г. населението под 20 г. е 51.1%, а възрастното население (на 65 +) е едва 5.8 %. От средата на XX век процесът на застаряване у нас започва да се развива много по-интензивно поради социално-икономическите промени в страната и свързаните с тях насоки на стопанско развитие и специализация. Миграциите към по-големите градове и промишлени центрове и разпространението на градския начин на живот, предопределят още по-голямото намаление на стойностите на раждаемостта и на дела на децата в общия брой на население. Отливът на младо население от селата към градовете, започнал още през 50-те и 60-те години на XX век, освобождава значителна част от заетите в селското стопанство и в същото време ускорява застаряването

на селското население. По такъв начин за известен период от време идването на младите контингенти в градовете забавя застаряването на градското население като цяло. През следващите десетилетия застаряването на населението продължава както при градското, така и при селското население, като в селата процесът запазва по-голямата си интензивност.

През 70-те години, продължават протичащите процеси на застаряване, които продължават да водят до увеличаване на населението във високите възрастови групи. С течение на времето неговото повсеместно проявление довежда до съществени изменения във възрастовата структура на населението. Активизирането на процеса през втората половина на миналия век довежда до промяна на структурата на населението от прогресивен към стационарен, а в края на периода и към регресивен тип. Негативните изменения на възрастовата структура на населението у нас продължават и в началото на настоящия век. В подкрепа на казаното са данните от последните преброявания. Делът на населението на 65 и повече години е увеличен от 14.3 % през 1992 г. на 16.8 % през 2001 г., на 18.9 % през 2011 г. и на 21% през 2021 г.

И през 2024 г. се наблюдава задълбочаване на процеса на застаряване на населението – в края на 2024 г. лицата на 65 и повече навършени години са 1 544 245, или 22.03% от населението на страната. В сравнение с 2004 г. делът на населението в тази възрастова група нараства с 16 процентни пункта. Процесът на застаряване е по-силно изразен сред жените отколкото сред мъжете. Относителният дял на жените на възраст над 65 години е 25.1%, а на мъжете – 17.9%. Тази разлика се дължи на по-високата смъртност сред мъжете и като следствие от нея – на по-ниската средна продължителност на живота при тях.

В регионален аспект делът на лицата на 65+ е най-висок в областите Видин (31.3%) и Габрово (30,3%). Общо в двадесет области този дял е над средния за страната. Най-нисък е делът на възрастното население в областите София (столица) – 19.2%, и Варна – 21.5% (2023 г.).

Застаряването на населението води до повишаване на неговата средна възраст, която от 40.4 години през 2001 г. нараства на 45.2 години в края на 2023 година. Процесът на застаряване на населението се проявява както в селата, така и в градовете, като в градовете средната възраст на населението е 43 години, а в селата – 46.5 години.

По данни на НСИ (2024 г.) индексът на стареене (ageing index) е 165 % (т.е. на всеки 100 деца има около 165 възрастни хора). В някои региони (Видин, Габрово, Кюстендил) индексът надхвърля 200, което показва изключително неблагоприятна демографска структура.

Процесът на застаряване на населението в България е дългосрочен и необратим в краткосрочен план. Той е резултат както на вътрешни демографски фактори (ниска раждаемост, повишена смъртност), така и на социално-икономически трансформации (миграция, промяна на ролята на жените, урбанизация). Настоящите тенденции изискват активни мерки за адаптиране на социалната и икономическата политика.

Заклучение

Застаряването на населението води до редица социални и икономически предизвикателства, включително натиск върху здравните и социалните системи, намаляване на работоспособното население и увеличаване на разходите за пенсии и здравеопазване. Въпреки това, възрастното население също така представлява растящ пазар за продукти и услуги, насочени към тях, известен като „сребърната икономика“.

В световен мащаб тенденцията е категорична – населението над 60 години нараства бързо и ще продължи да се увеличава в следващите десетилетия. Европа е един от регионите, в които процесът е най-изразен, като редица страни вече срещат сериозни предизвикателства, свързани с пенсионните системи, здравеопазването и социалните услуги. България, като част от този регион, също е изправена пред сериозни демографски проблеми –

висока смъртност, ниска раждаемост, миграция на млади хора и съответно нарастващ дял на възрастното население.

Организацията на здравната помощ за старите хора в България се нуждае от съществени подобрения – както по отношение на достъпността и качеството на услугите, така и по отношение на координацията между здравната и социалната система. С оглед на увеличаващия се дял на хората в напреднала възраст, е необходимо да се развиват интегрирани модели на грижа, които да обединяват медицинска, социална и психологическа подкрепа.

С разработването на политики, насочени към застаряването на населението, то може да се превърне не само в предизвикателство, но и във възможност за развитие на нови социални практики, за укрепване на солидарността между поколенията и за изграждане на общество, което цени и подкрепя своите възрастни граждани.

Литература

Aleksandrova-Yankulovska, S. (2015). *Social Medicine. Basic Course*. Pleven: Publishing center MU – Pleven.

Грънчарова, Г., Янкуловска, С. (2018). *Социална медицина*. Шесто издание. Плевен: Издателски център МУ – Плевен.

Eurostat. (2023). *Population structure and ageing*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/bg

Eurostat. (2023). *Ageing Europe – statistics on population developments*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments#Older_people_.E2.80.94_population_overview

ИМЕ. (2019). *България, ЕС и застаряването*. <https://ime.bg/bg/articles/bylgariya-es-i-zastaryavaneto/>

Найденев К., Трайков Т., Застаряване на населението в България – тенденции, особености и регионални различия. Сборник доклади БГД, 2016, ISBN: 978-619-90446-1-2.

Национален осигурителен институт. (2023). *Доклад за състоянието на пенсионната система в България*. <https://www.noi.bg>

Petkova, K. (2021). “Public Health Challenges in an Ageing Society: The Role of Social Medicine”. *Journal of Social Medicine*, 18(3), 45–58.

World Health Organisation. (2022). *Ageing and health*. WHO Fact Sheet.

Zaidi, A. (2008). *Features and challenges of population ageing: The European perspective*. Vienna: European Centre.

✉ **Доц. д-р Дима Цанова**

Медицински университет – Плевен

Катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт“

e-mail: Dima.Tsanova@mu-pleven.bg

ЗАПЛАЩАНЕ НА ТРУДА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – СЪВРЕМЕННИ ТЕНДЕНЦИИ И НЕРЕШЕНИ ПРОБЛЕМИ

Н. Велева

Медицински университет – Плевен, Катедра „Фармацевтични науки и социална фармация“

PAYMENT IN HEALTHCARE – CURRENT TRENDS AND ISSUES

N. Veleva

Medical University– Pleven, Department of „Pharmaceutical Sciences and Social Pharmacy“

ABSTRACT: *The aim of this study was to analyze healthcare payment systems in terms of the three basic functions of remuneration and relevant system requirements in order to identify their strengths and weaknesses. We juxtaposed different payment types applicable in accordance with Bulgarian legislation in order to outline current trends and issues. Bulgaria should shift from payment for quantity to value-based payment for improving overall healthcare quality and cost-effectiveness.*

Keywords: fee-for-service, capitation, salary, value-based payments

Въведение

Основните цели на здравеопазването като система не са икономически, а са свързани с укрепване, опазване и подобряване на здравето на населението. Постигането на тези цели обаче е свързано с използването на основните икономически ресурси – земя, труд, капитал и предприемачество. Важно е да се подчертае, че човешките ресурси пряко влияят върху осигуряването и ефективното използване на всички други видове ресурси. Следователно за постигането на целите и ефективното развитие на здравната система ключово значение има факторът труд. Трудът представлява обобщено понятие за физическите, психическите и умствените способности на човешките ресурси, заети в сферата на здравеопазването. Техният брой, квалификация и мотивация са определящи за вида, обема и качеството на медицинските дейности, които могат да бъдат реализирани.

Системите за заплащане на изпълнителите на медицинска помощ са важен инструмент за въздействие върху предлагането на здравни услуги. Чрез един или друг начин на заплащане могат да се предизвикат стимули или

санкции за конкретно поведение на здравните заведения и отделните изпълнители на здравни услуги (Veleva, 2018).

В съвременните икономически условия трудовото възнаграждение изпълнява три основни функции: възмездяваща, мотивираща и стабилизационна. Един от най-важните мотиви за оказване на по-голяма по обем и с по-високо качество медицинска помощ е икономическият интерес на заетите в тази сфера. Ето защо системите на заплащане на индивидуалния труд са от изключително значение в икономиката на здравеопазването. Те се разглеждат и като важен елемент на системата за финансиране на здравните заведения.

За разлика от начините на финансиране, които отчитат източника на приходи, системите за заплащане акцентират върху разчетната единица (базата) за получаване на финансовите ресурси. При *един и същ начин на финансиране* (например задължително здравно осигуряване) може да се прилага *една или повече системи за заплащане* на различните изпълнители на здравни услуги.

Основните изисквания към системите за заплащане на труда са следните:

1) Да стимулират по-висока ефективност на здравните организации, т.е. услугите да се произвеждат с най-малките възможни разходи при спазване на стандартите за качество;

2) Да стимулират разпределителна ефективност – да се произвежда правилната комбинация от здравни услуги в съответствие със здравните приоритети, т.е. да осигуряват географска, социална и организационна справедливост в разпределението на ресурсите;

3) Да позволяват контрол на финансовите ресурси в съответствие с политиката на ограничаване на здравните разходи (бюджетна дисциплина);

4) Да носят удовлетвореност за медицинските специалисти;

5) Да носят удовлетвореност за пациентите.

Различните системи за заплащане на изпълнителите могат да бъдат класифицирани според два ключови признака – обвързаност с *обема на*

дейността и момент на определяне на размерана финансирането (Jegersetal., 2002).

Според зависимостта на финансирането от обема на обслужването разграничаваме затворени и отворени системи, а според момента на определяне на размера на финансирането, те са ретроспективни и проспективни.

При затворените (фиксиран) системи заплащането не варира в зависимост от дейността за разлика от отворените (променливи) системи, при които заплащането се увеличава с нарастване на обема на дейността.

При ретроспективните системи разходите на изпълнителите се определят и реимбурсират след извършване на дейността, докато при проспективните системи заплащането се определя предварително без да е обвързано с реалните разходи, генерирани от индивидуалните изпълнители.

Цел

Целта на проучването е чрез сравнителен анализ на системите за заплащане на изпълнителите на медицинска помощ да бъдат идентифицирани техните силни и слаби страни, както и да бъдат очертани съвременните тенденции, нерешените проблеми и начините за повишаване на ефективността им в България.

Материал и методи

Направен е сравнителен анализ на приложимите съгласно българското законодателство системи за заплащане на изпълнителите на медицинска помощ към 2025 г. За аналитична рамка са използвани трите основни функции на трудовото възнаграждение (възмездяваща, мотивираща и стабилизационна) и петте основни изисквания към системите за заплащане, насочени към повишаване на ефективността на здравеопазването.

Нормативната рамка на анализа обхваща: Кодекс на труда, Закон за здравето, Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване,

Национални рамкови договори (НРД) за медицинските и денталните дейности за 2023–2025, Колективен трудов договор (КТД) за сектор здравеопазване 2022–2024 и др.

Резултати и обсъждане

Най-широко разпространените в световната практика (вкл. в България) системи за заплащане на изпълнителите на здравни услуги в извънболничната помощ са *хонорар за услуга, капитация и заплата* (Veleva, 2018; Delcheva, 2013; Jia, 2021).

Хонорар за услуга (fee for service)

Системата „заплащане за услуга“ се прилага при частни здравни заведения, лекарски практики, практики на дентални медици, практики за първична медицинска помощ (ПМП). При нея пациентът или трета страна платец заплаща цената на всеки отделен вид извършена услуга (напр. преглед, лечение на кариес, ехография и т.н.) по утвърден ценоразпис. Това е ретроспективна и отворена система, тъй като се получава заплащане за всяка извършена услуга след нейното реализиране. Тя изпълнява в най-голяма степен критерия за удовлетвореност на медицинските специалисти, тъй като ги компенсира напълно за голямото разнообразие от услуги, които предоставят на пациентите. Стимулите при финансирането за извършена дейност насърчават лекарите да обслужват колкото е възможно повече пациенти. Следователно всичко, което забавя процеса на обслужване на пациента, намалява приходите. При тези условия изпълнителите се стремят да ограничат дейностите, които им носят ниски приходи и водят до съществена загуба на ресурси. Счита се, че финансирането на база извършена услуга подтиква лекарите да предлагат на пациентите частични услуги и ограничават достъпа до основни услуги за сметка на скъпоструващи и неефективни процедури. Това се посочва като основен недостатък на системата от гледна точка на пациента или третата

страна платец наред с невъзможността за планиране и контрол на финансовите ресурси и непрекъснатото нарастване на здравните разходи.

Капитация или заплащане на глава (percapita, feeperpatient)

Това е специфична за здравеопазването система, която не се прилага в други отрасли. При нея се получава фиксирана сума за цялостно обслужване за всеки записан в регистъра или обслужван пациентот дадено здравно заведение или регион. Това е вид абонаментна система типична за заплащане на общопрактикуващите лекари (ОПЛ). Възможно е прилагане на диференцирани ставки за възраст и други критерии. Възможно е получаването на надбавки за стаж, за практики в слабо населени региони, за наемане на медицински сестри и др. Възнагражденията на ОПЛсе определят като комбинация от фиксирани плащания (капитация), хонорар за услуга (за извършени медицински дейности) и потребителска такса. Капитацията представлява над 60% от дохода на лекарите. Допълнителното заплащане за услуга се предоставя за нощни визити, хронично болни пациенти, промоция на здравето, грижи за пациенти със специфични здравни проблеми и др. Възможно е прилагането на финансови стимули за увеличаване на активността на ОПЛ в определени области, например профилактика и промоция на здравето, участие в съвместни срещи с фармацевти и за допълнително обучение (Vekov et al., 2020). Системата е затворена от първата и проспективна. Ползва се от плюсовете на общия бюджет. За разлика от него обаче е съобразена повече с реалните здравни потребности на населението. Позволява въвеждане на принципа „парите следват пациента“.

Системата на *капитация* се различава от *хонорара за извършена услуга* по това, че предлага на изпълнителите на медицински услуги *фиксирана сума за всеки записан в листата потенциален пациент*, която не е обвързана с резултата, а с поетата отговорност. Изпълнителите получават постоянно месечно възнаграждение независимо дали записаните пациенти са се лекували през конкретния месец и за тях са извършени определен набор от услуги или

не. Капитацията намалява риска, който носи непостоянната използваемост на услугите на ОПЛ. Този риск е по-голям, когато броят на регистрираните пациенти е по-малък, т.е. за да бъде рискът приемлив, е необходим голям размер на лекарската практика. Тук се проявява противоречието между ограничения достъп на пациентите при големи практики и ниските доходи на ОПЛ при малки практики. Ниската използваемост при големите практики предопределя разхищението на финансовите ресурси, което е причина за въвеждане на ограничения за броя на записаните пациенти.

Преимуществата на капитацията като система за заплащане на изпълнителите в ПМП са свързани с възможността за планиране и контрол на финансовите ресурси. За лекаря е сравнително лесно да определи възникването на по-голямата част от разходите за фиксирания в рамките на пациентската листа брой пациенти и съответното заплащане на база капитация. Изпълнителите на медицинската услуга използват тази сигурна сума, за да покрият разходите си. За третата страна, платеща, е ясен размера на бъдещите парични потоци към изпълнителите на здравните услуги.

Основен недостатък на системата е, че поставя ОПЛ в потенциален конфликт на интереси, тъй като предоставянето на каквато и да е услуга, е свързано с извършването на известни разходи и поемането на определен финансов риск. Оттук произтича рискът ОПЛ да не предоставят достатъчен обем услуги, доколкото при предоставянето на допълнителни услуги няма да получат допълнителни капитационни средства.

Прехвърлянето на финансовия риск от осигурителя върху ОПЛ стимулира склонността им за осъществяване на *неблагоприятна селекция*, свързана със здравния статус на пациента – записване на нискорискови и млади пациенти (т. нар. „*обиране на каймака*“) и отхвърляне на възрастни пациенти, както и пациенти с висок риск от заболявания, за които се налага значителен разход на ресурси. Решение на проблема с неблагоприятната селекция е прилагането на диференцирани ставки за възраст, за по-голям

здравен риск и други критерии. Възможно е ОПЛ да прехвърлят финансовия риск към вторичната здравна помощ чрез насочване на пациентите към специалист и хоспитализация. Освен това, тъй като пациентите имат право да сменят ОПЛ, има опасност той да загуби пациенти, ако не отговаря на техните изисквания. Следователно ОПЛ са мотивирани да удовлетворяват понякога неоснователните желания на пациентите за издаване на болнични листове или направления за хоспитализация за извършване на скъпоструващи изследвания. По този начин се компрометира ролята на ОПЛ на „пазители на входа“ на здравната система. За положителен ефект от капитационната система се счита това, че тя стимулира изпълнителите да осъществяват по-голяма превантивна дейност, тъй като здравите пациенти търсят лекарска помощ по-рядко.

Въпреки че системата на капитация изглежда ясна и лесно приложима, в основата си тя е сложен механизъм, който изисква значително прецизиране от гледна точка на справедливостта.

Заплата (salary)

При тази система се получава определена сума за отработено време, т.е. заплащането се базира на броя на отработените часове, но не и на дейностите, които се извършват през това време. Обикновено заплатата е многофакторна и зависи от заеманата длъжност, трудовия стаж, квалификацията и др. Системата намира широко приложение в публичните здравни заведения при колективно договаряне. В частния сектор тя се прилага в условията на индивидуално договаряне. Използва се при заплащане на сестринския, административния и друг вид персонал и за заплащане на труда на лекарите в общественния сектор. Счита се, че тази система е най-немотивиращата за медицинските специалисти, поради което се препоръчва използването ѝ като част от смесена система, отчитаща и извършената дейност. За тях комбинацията от ниска основна заплата и нарастващи компенсации за извънреден труд е по-ефективна, отколкото висока основна заплата. Това обаче води до увеличаване на обема за сметка на качеството на извършваната медицинска помощ.

Работната заплата е най-широко прилаганата система за заплащане на изпълнителите на медицинска помощ, които са наети по трудово правоотношение в България. Съгласно Наредба за структурата и организацията на работната заплата (ПМС №4 от 17.01.2007), тя се формира от следните елементи:

- Парично трудово възнаграждение = индивидуално основно трудово възнаграждение + допълнително трудово възнаграждение + поощрения или санкции за постигнати (пропуснати) резултати от труда;
- Натурално трудово възнаграждение (хранителни продукти и други за компенсиране на неблагоприятните и специфични условия на труд);
- Допълнителни изгоди (допълнителен платен годишен отпуск; допълнителни социални осигуровки; безплатна храна; безплатно облекло; почивни станции; професионални абонаменти и други).

При определяне на размера на основното трудово възнаграждение работодателите следва да се съобразяват с изискванията на НРД за медицински и дентални дейности, съгласно които не по-малко от 30% от приходите от НЗОК се разпределят за преките изпълнители на извънболнична медицинска помощ и 40% от приходите на болницата от клинични пътеки и до 40% от други приходи (от платени услуги) се разпределят между персонала на болницата по приети и утвърдени от нея методики. Нормативно е регулирано заплащането на труда в лечебните заведения – търговски дружества с над 50% държавно или общинско участие чрез общ нормативен акт на Министерския съвет (Delcheva, 2013). Трудовите възнаграждения, социалните придобивки и други аспекти на трудовите отношения за работещите в здравния сектор са уреждат в КТД в отрасъл Здравеопазване, който представлява официално споразумение между работодатели и синдикати, под ръководството на Министерство на здравеопазването.

Таблица 1. Ключови характеристики на системите за заплащане на изпълнителите на извънболнична помощ (Olsen, 2009)

	Хонорар за услуга (fee for service)	Капитация (capitation)	Заплата (salary)
Ответно поведение на изпълнителите	Увеличават предлагането на здравни услуги	Стермят се да удовлетворят всички пациенти (но не непременно най-скъпоструващите)	Поставяне на пациента на първо място
Негативни ефекти	Свръхпредлагане на собствени услуги Индукцирано търсене	Недостатъчно предлагане на собствени услуги Обиране на каймака	Разходна неефективност в ПМП Листи на чакащи
Контрол на разходите в ПМП	Лош	Добър	Много добър
Пазител на входа на системата	Добър	Лош	Добър

В Табл. 1 са представени в обобщен вид основните системи за заплащане на изпълнителите в извънболничната помощ с ключовите им характеристики и ясно се вижда, че всяка система има както предимства, така и недостатъци. Това обяснява преобладаващото приложение на смесени системи в практиката и търсенето на нови подходи.

Съвременните тенденции и нерешени проблеми

Съвременните тенденции в системите за заплащане на изпълнителите на здравни услуги в извънболничната помощ могат да бъдат обобщени както следва:

- 1) Плурализъм в системите за заплащане;
- 2) Нарастващо отчитане на обективни пазарни фактори за определяне на заплащането;
- 3) Преход към смесени и по-сложни системи, базирани на заплащане за стойност (**value-based payment**).

Според *Porter* (Porter, 2010) стойността в здравеопазването се състои в получаването на крайните здравни подобрения от страна на потребителя, а не в самото извършване на здравни услуги. В този смисъл адекватната база за заплащане би трябвало да бъде добавената стойност за пациента, а не извършената дейност. Следователно прилагането на смесени и по-сложни

системи за заплащане на изпълнителите като: заплащане за изпълнение (**payforperformance**) и пакетно плащане (**bundlepayment**) е по-близко до концепцията за стойност в здравеопазването (Doran, 2017). При **заплащането за изпълнение** се получават финансови възнаграждения (или санкции) въз основа на постигането на предварително определени терапевтични цели, които могат да включват специфични измерими показатели за качество и ефективност (напр. контрол на кръвното налягане, кръвната захар, тегло и др.); добри практики или удовлетвореност на пациентите. В Австралия например ОПЛ получават бонуси за инвестиране в инфраструктура, допълнителни услуги, удължено работно време или посещения в домове за медико-социални грижи.

Правилният подход за измерване на стойността трябва да обхваща всички здравни услуги, продукти и дейности, които заедно определят доколко успешно са задоволени потребностите на пациента. Пакетното плащане в ПМП е модел, при който еднократно фиксирано плащане покрива набор от услуги за конкретно медицинско състояние или епизод на грижа, а не отделни плащания за всяка услуга. Този подход насърчава изпълнителите да координират лечението, да подобрят ефективността и да намалят разходите, като възнаграждава висококачествените, цялостни грижи за сметка на голям обем отделни услуги. Той може да включва ОПЛ или екип от доставчици, които са отговорни за управлението на целия епизод в рамките на пакетната цена.

Заключение

Системите за заплащане в здравеопазването в България трябва да се променят от плащане за количество към плащане за цялостно качество и медицинска ефективност. Постигането на добавена стойност за пациентите трябва да се превърне в доминираща цел в предоставянето на здравни услуги. Това е така, защото именно тя обединява интересите на всички участници в системата. При увеличаване на стойността печелят пациентите, финансиращите

институции, изпълнителите на здравни услуги, а икономическата устойчивост на здравната система като цяло нараства.

Литература

Veleva, N. (2018). *Ikonomikanazdraveopazvaneto*. Izdatelski Tsentar MU – Pleven.[In Bulgarian].

Jegers M, Kesteloot K, De Graeve D, Gilles W. (2002) A typology for provider payment systems in health care. Health Policy. Jun;60(3):255-73. doi: 10.1016/s0168-8510(01)00216-0. PMID: 11965334.

Delcheva, E. (2013). *Ikonomikanazdraveopazvaneto*. Izdatelski Tsentar – MU-Pleven. [In Bulgarian].

Jia L, Meng Q, Scott A, Yuan B, Zhang L. (2021) Payment methods for healthcare providers working in outpatient healthcare settings. Cochrane Database Syst Rev. Jan 20;1(1):CD011865. doi: 10.1002/14651858.CD011865.pub2. PMID: 33469932; PMCID: PMC8094987.

Vekov, T. et al. (2020). *Ikonomika na zdraveopazvaneto*. Izdatelski Tsentar – MU-Pleven. [In Bulgarian].

Olsen, A.J. (2009) Principles in Health Economics and Policy, Oxford University Press

Doran T, Maurer KA, Ryan AM. (2017). Impact of Provider Incentives on Quality and Value of Health Care. Annu Rev Public Health. Mar 20;38:449-465. [[PubMed](#)]

Porter ME. (2010) What is value in health care? N Engl J Med. Dec 23;363(26):2477-81. [[PubMed](#)]

✉ **Доц. Надя Велева, дм**

Медицински университет – Плевен

Факултет „Фармация“

e-mail: nadia.veleva@mu-pleven.bg

ЗНАЧЕНИЕ НА СТОЙНОСТИТЕ НА СЕРУМЕН НАТРИЙ ПРИ СЛУЧАИ С ЧЕРНОДРОБНА ЦИРОЗА

М. Михайлова, С. Страшилов, П. Тончев

Медицински Университет – Плевен, Катедра „Нефрология, хематология и
гастроентерология“, специалност „Гастроентерология“

MEANING OF SERUM SODIUM VALUES IN CASES OF LIVER CIRRHOSIS

M. Mihailova, S. Strashilov, P. Tonchev

Medical University – Pleven, Department of Nephrology, „Hematology and Gastroenterology“,
Specialty: „Gastroenterology“

ABSTRACT: Hyponatremia is defined as a serum sodium level below 135 mmol/L. It is associated with worsening liver function.

Objective: To determine the prevalence of hyponatremia in cases of liver cirrhosis and its association with existing complications and the severity of liver dysfunction.

Materials and Methods: A retrospective study of 361 cases with newly diagnosed liver cirrhosis from 2007 to 2021 inclusive. The data were analyzed with IBMSPSS Statistics 26.0 and Excel Statistics.

Results: Hyponatremia was present in 29% of the studied population. Its occurrence and frequency increased with the progression of the Child-Pugh stage ($p=.000$). Cases with serum sodium <135 mmol/L have a significantly higher Child-Pugh score ($p=.000$). Hyponatremia is more frequently associated with ascites ($p=.012$), encephalopathy ($p=.001$), and renal function abnormalities ($p=.002$).

Conclusion: Hyponatremia is laboratory finding in liver cirrhosis, associated with its decompensation and late complications. In this context, its detection is linked to a poor long-term prognosis of the disease.

Key words: Hyponatremia, Child-Pugh stage, ascites, encephalopathy, renal dysfunction

Въведение

Хипонатриемията се определя като серумно ниво на натрий под 135 meq/l. Среща се в 35% от случаите с чернодробна цироза и се асоциира с влошаване на чернодробната функция (Kashyap et al., 2016). Тя е честа лабораторна находка при напреднала чернодробна болест и е свързана с намалена възможност на бъбрека да елиминира вода. Установено е, че корелира пряко с HPVG (Janičko et al., 2023). Същата е резултат от спланхникусовата вазодилатация и хипотония,

активиращи барорецепторите, които стимулират секрецията на вазопресин, причиняващ водна задръжка и дилуция (Kim et al., 2009; Shaikh et al., 2010). Появата ѝ оказва негативно влияние върху мозъчната функция, задълбочавайки проявите на порталната енцефалопатия. Асоциира се с резистентен асцит, нарушение в бъбречната функция и съпътстващи инфекции (Kim et al., 2009; Shaikh et al., 2010). Понижението в серумното ниво на натрия не е свързано с възрастта, пола и етиологията на хроничната чернодробна болест (Janičko et al., 2023). В 50% от случаите се установяват преципитиращи фактори като инфекция, кървене от гастроинтестиналния тракт и персистиращ алкохолизъм (Janičko et al., 2023).

MELD score е създаден за оценката чернодробната дисфункция и прогнозиране на тримесечната преживяемост при декомпенсирана чернодробна цироза и свързаните с нея усложнения като варикозно кървене, спонтанен бактериален перитонит и хепаторенален синдром (Singal et al., 2013). Понастоящем намира приложение за подбор на потенциални кандидати за чернодробна трансплантация (Singal et al., 2013). Базира се на три лабораторни показателя: серумен креатинин, билирубин и INR. Случаите с хипонатриемия имат по-висок MELD Na при еднакви други стойности на изследваните показатели (Freitas et al., 2019). В този контекст в последните години е въведена нова формула за неговото определяне, включваща и серумен натрий, като важен предиктор на смъртност. Установено е, че при еднакъв MELD score и съпътстваща хипонатриемия под 130 meq/l прогнозата на болестта е по-лоша (Kim et al., 2013).

Цел

Цел на настоящето изследване е установяване на честотата на хипонатриемията при случаи с чернодробна цироза и връзката ѝ с наличните усложнения и тежестта на чернодробната дисфункция.

Материал и методи

Проведено е ретроспективно изследване на случаи с чернодробна цирроза хоспитализирани и лекувани в Клиника по гастроентерология към УМБАЛ „Георги Странски“ – Плевен ЕАД. Извършено е в съответствие с етичните норми и декларацията от Хелзинки, като използваните данни са изцяло анонимни. Обхванати са общо 361 пациенти на възраст над 18 години в периода 01.01.2017 г.–31.12.2021 г. Анализът на данните е направен само въз основа на първата регистрирана хоспитализация към момента на поставяне на диагнозата. Изключени са лица с анамнеза за остър гастроинтестинален кръвоизлив (лекувани в хирургично отделение), които не са обект на изследването. Средната възраст на изследваната популация е 57.8 ± 11.4 г. От всички 71% (N=258) са мъже и 29% (N=103) жени. Водеща е алкохолната етиология – самостоятелно или в комбинация с ХХВ или ХХС при 262 (72.57%) от тях. При 85 случая се диагностицира алкохолен хепатит, наслоен върху цирроза. Всички са стадирани посредством Child-Pugh класификацията, както следва: Child A – 27% (N=98), Child B – 37% (N=141) и Child C – 34% (N=122). На всички е изчислен MELD-Na score с помощта на он лайн калкулатор по формула:

(<https://www.mdcalc.com/calc/10437/model-end-stage-liver-disease-meld?>)

Случаите без хипонатриемия се определиха при стойност на серумен натрий >135 mmol/l, с лека хипонатриемия $135-130$ mmol/l и тежка хипонатриемия при стойност <130 mmol/l. Данните са въведени и обработени със статистически пакет IBM SPSS Statistics 26.0 и Excel statistics. Използвани са: Chi-square тест (χ^2) за проверка на хипотези за наличие на зависимост между категорийни променливи, ANOVA за определяне на средна стойност и стандартно отклонение на изследваните показатели, Mann-Whitney-U test за сравняване на количествените разлики в стойностите на изследвания показател при липса на нормално разпределение и Корелационен анализ (Pearson's correlation) за изследване на силата и посоката на вероятната зависимост между

две независими количествени променливи. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза, бе прието $p < 0.05$.

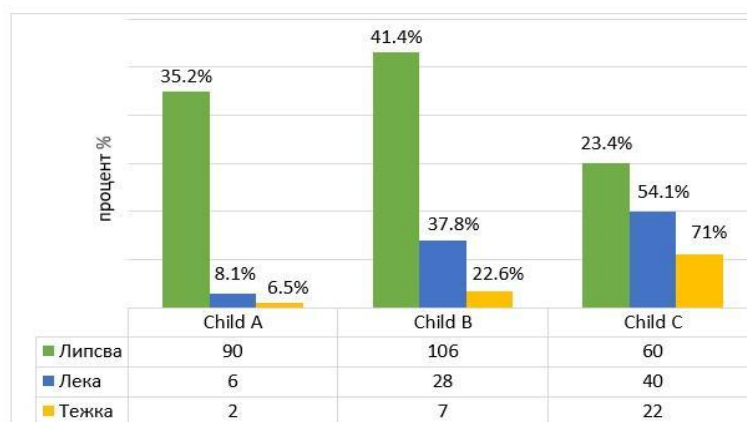
Резултати

Хипонатриемия се среща при 29% от изследваната популация (фиг. 1).



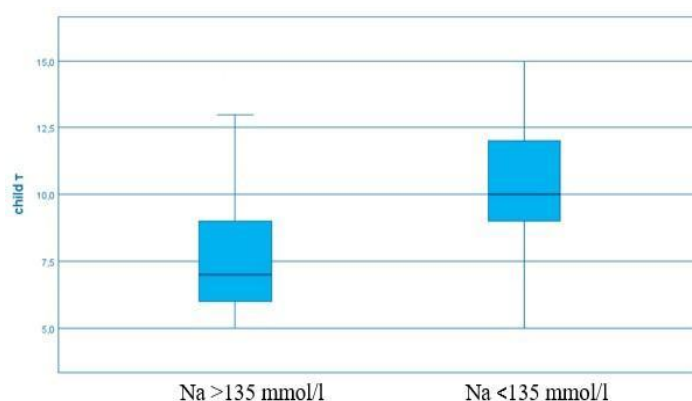
Фигура 1. Разпределение на случаите в зависимост от стойността на натрия в изследваната популация

С нарастване на стадия по Child се увеличава честотата на хипонатриемията, както и нейната тежест. От всички в Child C, при 50.8% (N=62) има хипонатриемия, а от всички в Child A, при 91.8% (N=90) липсва (χ^2 : 53.154, df 4, $p = .000$) (фиг. 2).



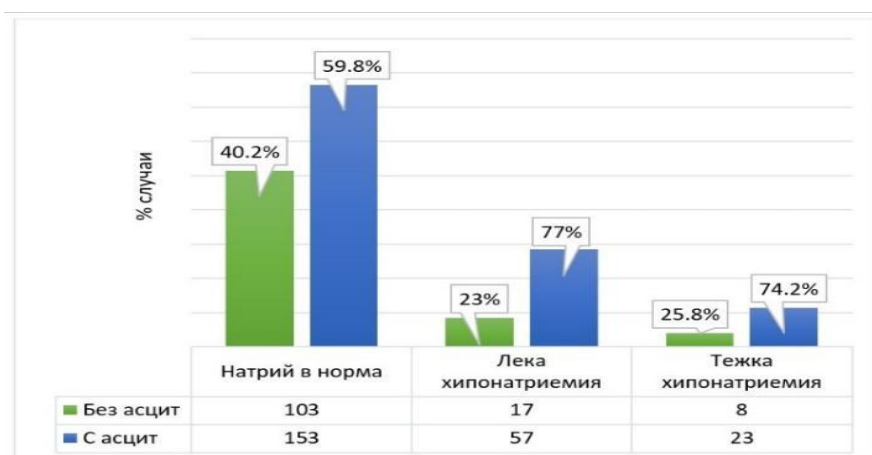
Фигура 2. Разпределение на случаите в зависимост от стойността на натрия и стадия по Child

Случаите със серумен натрий $<135 \text{ mmol/l}$ имат значимо по-голям брой точки по Child (9.85 ± 2.31 , median 10), за разлика от останалите със стойност $>135 \text{ mmol/l}$ (7.78 ± 2.28 , median 7) (Mann Whitney U: 7057.00, Wilcoxon W: Z - 7.144, Asimp.sig. 2-tiled: $p=.000$) (фиг. 3).



Фигура 3. Child точки при случаи без и със хипонатриемия

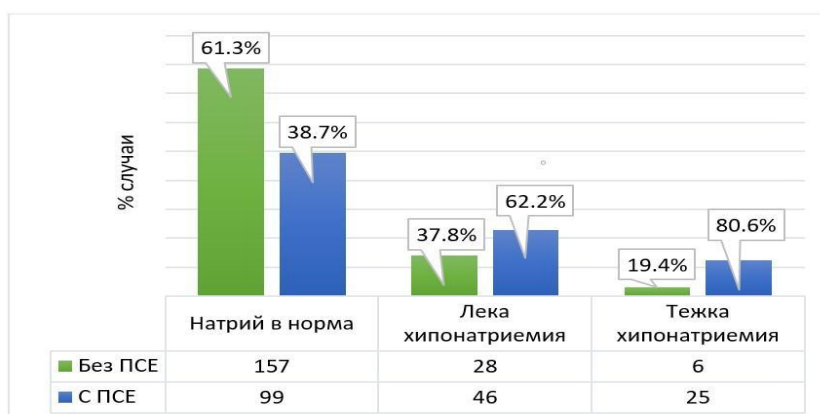
Средната стойност на MELD Na значимо нараства при задълбочаване на хипонатриемията, съответно 13.25 ± 5.66 при натрий $>135 \text{ mmol/l}$, 19.58 ± 7.56 при стойност $135-130 \text{ mmol/l}$ и 23.55 ± 8.01 при натрий $<130 \text{ mmol/l}$ (df 2, $F=56.775$, $p=.000$). При 45% (N=105) от всички с асцит (N=233) има хипонатриемия, а при останалите без при 19.5% (N=25) от тях (N=128). При 77% от тези с лека и 74.2% от тези с тежка хипонатриемия има съпътстващ асцит като получената разлика в групите е статистически значима (χ^2 : 8.854, df 2, $p=.012$). При лекостепенна (N=74) хипонатриемия по-често се наблюдава напрегнат асцит (N=43; 58,1%), както и при тежка (N=31) хипонатриемия (N=14; 45.2%)(χ^2 : 18.009, df 2, $p=.006$) (фиг. 4).



Фигура 4. Разпределение на случаите в зависимост от наличието на асцит

Установи се статистически значима разлика в измерената средна стойност на серумен натрий при случаите без (138.25 ± 4.82 , range 41) и със асцит (136 ± 5.63 , range 31), независимо от минималната разлика между двете групи (df 1, $F=13.289$, $p=.000$).

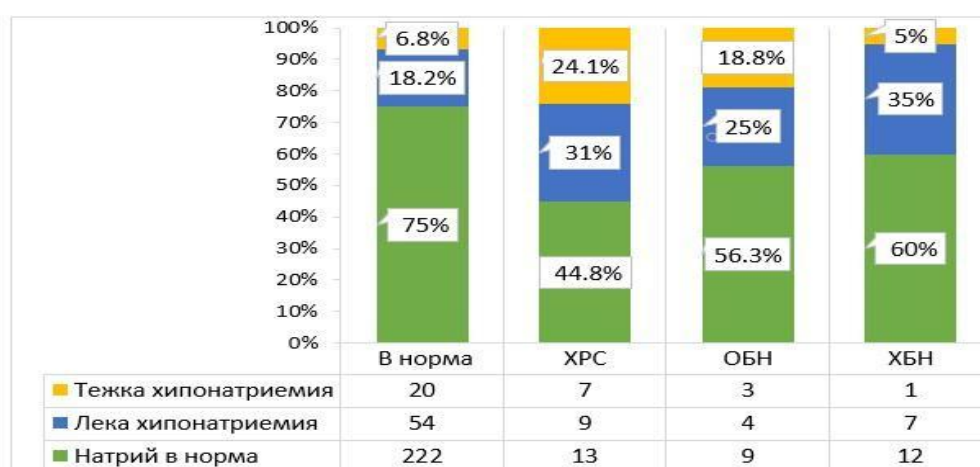
От всички с ПСЕ ($N=170$) в изследваната популация при 41,76% ($N=71$) има хипонатриемия, а при останалите без ПСЕ ($N=191$) само при 17,8% ($N=34$) от тях. От всички с тежка хипонатриемия ($N=31$), 80,6% ($N=25$) имат прояви на ПСЕ, независимо от нейната степен, а от всички с нормално ниво на серумен натрий ($N=256$), само 38,7% ($N=99$). Установи се, че при наличие на ПСЕ често се установява хипонатриемия, като получената разлика между групите е статистически значима (χ^2 : 13.805, df 2, $p=.001$) (фиг. 5).



Фигура 5. Разпределение на случаите в зависимост от наличието на ПСЕ

Налице е статистически значима разлика в измерената средна стойност на серумен натрий при случаите без (138.13 ± 4.48 , range 31) и със ПСЕ (135.44 ± 6.07 , range 47) (df 1, $F= 23.124$ $p=.000$), независимо от минималната разлика между тях.

Честотата на хипонатриемията е значимо по-голяма при съпътстващ ХРС (55,1%), ОБН (44,8%) и ХБН (40%). При 75% ($N=222$) от всички с нормална бъбречна функция липсва хипонатриемия (χ^2 : 20.361 df 6, $p=.002$) (фиг. 6).



Фигура 6. Разпределение на случаите в зависимост от стойността на натрия и отклоненията в бъбречната функция

Случаите сХРС имат значимо по-ниска средна стойност на серумен натрий (132.76 ± 6.66), спрямо останалите без отклонение в бъбречната функция (137.00 ± 4.87) (Mann Whitney U: 2820.00, Wilcoxon W: Z-3.709, Asimp. sig. 2-tiled: $p=.000$). При сравняване на случаите с ОБН (136.13 ± 8.31) и останалите с нормална бъбречна функция не се установи значима разлика (Mann Whitney U: 1970.000, Wilcoxon W: Z-1.135, Asimp. sig. 2-tiled: $p=.256$).

При 85 пациенти от всички с алкохолна етиология ($N=262$) се диагностицира наслоен алкохолен хепатит. Средната стойност на натрия е значимо по-ниска в групата с тежък АХ ($MELDNa > 21$) (табл.1).

Таблица 1. Стойност на серумен натрий при случаи с лек и тежък алкохолен хепатит

Показател mean±sd	MELD Na <20 N=38	MELD Na>21 N=47	ANOVA			Mann- Whitney p<0.05
			df	F	Sig.	
Серумен Натрий	137.82±3.74	131.79±5.73	1	31.198	.000	.000

Установи се слаба отрицателна корелация между стойността на натрия с MELDNa (-.417**) и с изчислените Child-Pugh точки (-.327 **) (Pearson correlation Sign. 2-tailed: p= 0.000).

Обсъждане

Според доклад на EASL от 2018г. стойност на серумен натрий <135 mmol/l е приета като гранична за хипонатриемия (Angeli et al., 2018). Всяко спадане дори с 1 mmol/l е свързано с намаляване на тримесечната преживяемост с 12%. Прогностично 12-месечната преживяемост е по-голяма при случаите с лекостепенна хипонатриемия, в сравнение с останалите с тежка такава (Londoño et al., 2007). В проведеното изследване се установи ниска честота на хипонатриемията в проучваната циротична популация. Резултатът се разграничава от други проучвания, които посочват значимо по-голямо разпространение: 32.99% (Varsha et al. 2023), съответно 36.9% (Adnan et al., 2023), като тежка е налице при 16.6% (Adnan et al., 2023), съответно 23.17% (Varsha et al., 2023) от изследваните. Повечето автори приемат за гранична стойност <130 mmol/l, като посочената от тях честота е значимо по-висока в сравнение с получените от нас данни: 21.6% (Angeli et al., 2006), 30% (Borroni et al., 2000), 37% (Younas et al., 2020), 42% (Gupta et al., 2023), 45.5% (Khalil, 2013). Доказано е, че появата на хипонатриемия в хода на чернодробната цироза е пряко свързана с нейната тежест (Angeli et al., 2018; Nareddy et al., 2020). Същата заедно с MELD предсказва по-точно преживяемостта при чакащи трансплантация, като е установено, че дори при по-нисък MELD и съпътстваща хипонатриемия е налице по-лоша прогноза (Gianotti et al., 2014; Freitas et al., 2019). В проведеното от нас изследване се установи, че наличието ѝ е тясно

свързано с висок Child клас, като 71% от нашите пациенти с тежка хипонатриемия са в Child C, което е съпоставимо с друго проучване, в което честотата ѝ е 79% (Gupta et al., 2023). Тази зависимост е потвърдена и от други автори (Islam et al., 2022; Khalil et al., 2013; Nareddy et al., 2023; Varsha et al., 2023). Средните стойности на MELD Na показаха сигнификантно прогресивно нарастване при задълбочаване на хипонатриемията, което е съпоставимо с данните от друго изследване (Varsha et al., 2023). Установи се зависимост между тежестта на хипонатриемията и появата на асцит, което съответства на резултатите от други проучвания (Angeli et al., 2006; Islam et al., 2013) и същевременно се разграничава от друго, което не намира връзка между тях (Varsha et al., 2023). Предшестващо е доказано, че MELD над 21т., съпътстван от асцит и хипонатриемия под 130 mmol/l се асоциира с висока шестмесечна смъртност. Тази зависимост е налице дори при по-ниски стойности, но с наличен асцит (Kim, 2013). При 55.1% от нашите случаи с ХРС и 44.8% с ОБН има съпътстваща хипонатриемия, с което се потвърди, че същата значимо се асоциира с отклоненията в бъбречната функция. Посочените от други автори гранични стойности на натрий са съответно <130.5 mmol/l –130 mmol/l за тяхната изява (Angeli et al., 2006; Nareddy et al., 2020; Varsha et al., 2023). При 41.76% (N=71) от нашите случаи с ПСЕ, независимо от нейната тежест, има съпътстваща хипонатриемия, за разлика от останалите без, при които тя е налице в 17.8% (N=34) от тях. От друга страна, 62.2% от имащите лека хипонатриемия са с прояви на ПСЕ и 80.6% от тези с тежка такава. Резултатът показва значима връзка между тях, като тази зависимост е доказана в предшестващи проучвания (Adnan et al., 2023; Angeli et al., 2006, Younas et al., 2021).

Връзката между понижената стойност на серумния натрий и изявата на ПСЕ се свързва с промяна на осмотичното налягане и последващ мозъчен оток, което води до отклонение в редица неврологични функции. В този контекст би

могла да се обясни високата честота на ПСЕ при хипонатриемични пациенти, което се наблюдава и въведено от нас изследване (Cordoba et al., 2014).

Заклучение

Наличието на хипонатриемия е важна лабораторна находка при чернодробна цирроза, свързана с нейната декомпенсация и повишена честота на наблюдавани усложнения (асцит, ПСЕ и отклонение в бъбречната функция). В този контекст установяването ѝ е свързано с лоша дългосрочна прогноза на заболяването.

Авторският колектив декларира липса на конфликт на интереси, а проучването е осъществено без необходимост от допълнително финансиране.

Литература

Adnan, Ahmad S, Qasim MI. Hyponatremia and its Clinical Outcome Among Patients with Hepatic Encephalopathy Due to Liver Cirrhosis Presenting to ATH Abbottabad P JMHS. 2023 February; Vol. 17 (2): 357-359 DOI:<https://doi.org/10.53350/pjmhs2023172357>

Angeli P, Wong F, Watson H, et al. CAPPS Investigators. Hyponatremia in cirrhosis: Results of a patient population survey. Hepatology. 2006;(44):1535–42 doi: 10.1002/hep.21412

Angeli P, Bernardi M, Villanueva C et al. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. J. Hepatol. 2018; 69: 406–460. doi: 10.1016/j.jhep.2018.08.009.

Borroni G, Maggi A, Sangiovanni A et al. Clinical relevance of hyponatraemia for the hospital outcome of cirrhotic patients. Dig Liver Dis. 2000; (32): 605-610. 10.1016/s1590-8658(00)80844-0

Cordoba J. Hepatic Encephalopathy: From the Pathogenesis to the New Treatments. ISRN Hepatol. 2014 Jun 4; 2014: 236268. doi: 10.1155/2014/236268. PMID: 27335836; PMCID: PMC4890879.

Freitas ACT, Rampim AT, Nunes CP, Coelho JCU. Impact of meld sodium on liver transplantation waiting list. Arq Bras Cir Dig. 2019 Dec 9; 32 (3): e1460. doi: 10.1590/0102-672020190001e1460.

Gianotti RJ, Cardenas A. Hyponatraemia and cirrhosis. Gastroenterol Rep (Oxf). 2014 Feb; 2 (1): 21-6. doi: 10.1093/gastro/got037.

Gupta PK, Upadhyay S, Singh S et al. Serum Sodium Levels in Liver Cirrhosis Patients: A Comprehensive Evaluation and Clinical Implications. J of Cardiovascular diseases research. 2023 vol 14 (6): 527-530 0975-3583.0786-2833

Islam S, Ghosh CK, Hamid R et al. The Serum Sodium Level and the Severity of Liver Cirrhosis Complications: A Cross Sectional Study in BSMMU, Dhaka, Bangladesh. Bangabandhu Sheikh Mujib Med Univ J. 2022; 15(1): 20-24- <https://doi.org/10.3329/bsmmuj.v15i1.58423>

Janičko M, Dražilová S, Gazda J et al. Clinical Significance and Management of Hyponatremia in Liver Cirrhosis. Gastroenterology Insights. 2023;14(4):446-462. <https://doi.org/10.3390/gastroent14040033>

Kashyap, Chandan Kumar et al. Study Of Serum Sodium And Potassium Level In Patients With Alcoholic Liver Disease Attending Jorhat Medical College Hospital - A Hospital Based Study. International Journal of Health Sciences and Research.2016 (6): 113-116.

Khalil OA, Abdel-Aziz A, El-okely AM et al. Prevalence of hyponatremia and its association with development and severity of complications in cirrhotic patients. Zagazig Univ Med J. 2013; (19): 1-8. 10.21608/ZUMJ.2013.4299

Kim HJ, Lee HW. Important predictor of mortality in patients with end-stage liver disease. Clin Mol Hepatol. 2013; 19 (2): 105-115. doi:10.3350/cmh.2013.19.2.105

Kim JH, Lee JS, Lee SH et al. The association between the serum sodium level and the severity of complications in liver cirrhosis. Korean J Intern Med. 2009 Jun; 24 (2): 106-12. doi: 10.3904/kjim.2009.24.2.106.

Londoño MC, Cárdenas A, Guevara M et al. MELD score and serum sodium in the prediction of survival of patients with cirrhosis awaiting liver transplantation. Gut. 2007 Sep; 56 (9): 1283-90. doi: 10.1136/gut.2006.102764.

Nareddy SR , Aroor AR, Bhat A. Clinical Significance of Serum Sodium Levels in Liver Cirrhosis: A Crosssectional Observational Study. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2020 Nov, Vol-14 (11): OC23-OC26 DOI: 10.7860/JCDR/2020/46798.14225.

Shaikh S, Mal G, Khalid S et al. Frequency of hyponatraemia and its influence on liver cirrhosis-related complications. J Pak Med Assoc. 2010 Feb; 60 (2): 116-20. PMID: 20209698.

Singal AK, Kamath PS. Model for End-stage Liver Disease. J Clin Exp Hepatol. 2013; 3 (1): 50-60. doi:10.1016/j.jceh.2012.11.002.

Varsha N S, Uday B, Nayak A. Study of Serum Sodium Levels in Decompensated Chronic Liver Disease and its Clinical Significance: A Study in A.J. Institute of Medical Sciences, Mangalore International Journal Dental and Medical Sciences Research 2023; 5 (2): 556-561 www.ijdmrjournal.com DOI: 10.35629/5252-0502556561.

Younas A, Riaz J, Chughtai T et al. Hyponatremia and Its Correlation With Hepatic Encephalopathy and Severity of Liver Disease. Cureus. 2021 Feb 6; 13 (2): e13175. doi: 10.7759/cureus.13175.

✉ **Мирослава Иванова Михайлова – Страшилова,**
Медицински университет – Плевен,
Катедра „Нефрология, хематология и гастроентерология“
e-mail: mihailova75.md@gmail.com

ПРОУЧВАНЕ НА *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* ИНФЕКЦИИ ПРИ ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ

М. Ценкова¹, П. Христова², Х. Хиткова²

¹МУ – Плевен, Медицински колеж, Катедра „Медико-диагностични дейности“

²МУ – Плевен, Факултут по Фармация, Катедра по микробиология и вирусология

STUDY OF *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* INFECTIONS IN HOSPITALIZED PATIENTS

M. Tsenkova¹, P. Hristova², H. Hitkova²

¹MU – Pleven, Medical College, Department of Medical-Diagnostic Activities

²MU – Pleven, Faculty of Pharmacy, Department of Microbiology and Virology

ABSTRACT: *Clostridioides difficile* is one of the leading causes of nosocomial diarrheas, which are associated with high morbidity, complications, and recurrences. The disease is strongly linked to antibiotic exposure, prolonged hospitalization, and advanced age. In recent years, both the incidence and severity of *C. difficile* infections (CDIs) have been rising worldwide, emphasizing the need for epidemiological surveillances.

The aim of the present study is to analyze the frequency and dynamics of CDIs among patients in University Hospital „Dr. G. Stranski“ – Pleven during the period 2021–2024. Stool samples from 671 patients with clinical suspicion of CDIs were tested using immunochromatographic tests and the automated system miniVIDAS (bioMérieux, France). All positive samples were confirmed with multiplex real-time PCR for detection of *gluD*, *tpi*, *tcdA*, *tcdB*, *cdtA/B*. The data were statistically processed by SPSS v.25. CDIs were confirmed in overall 84 patients (12.52%), but statistically significant differences were observed across the study years ($p < 0.05$). In 2021, the percentage was the lowest (5.1%), and in 2022, it was three times higher (17.4%). Female patients were predominant (67.9%) compared to male patients (32.1%). Most positive cases occurred in people ≥ 60 years, confirming age as a major risk factor. The comparison of our results with national data (ESAC-Net and EARS-Net) highlighted the relationship between CDIs, high-risk antibiotic use, and antimicrobial resistance. Stewardship, strengthened epidemiological surveillance, and effective hospital infection control strategies are essential.

Keywords: *Clostridioides difficile* infections, frequency, hospitalized patients

Въведение

Clostridioides difficile е сред водещите причинители на нозокомиални диарийни инфекции. Класифициран е от Center of Disease Control and Prevention (CDC) като патоген с висок приоритет за наблюдение и контрол в здравните заведения (Guh et al., 2020; Smits et al., 2025). *C. difficile* е Грам-положителен, спорообразуващ, облигатен анаероб, продуциращ различни фактори на патогенност, най-важните от които са токсин А (TcdA) и токсин В (TcdB). При

хипервирулентни щамове се открива и бинарен токсин (CDT), който усилва действието на токсини А и В.

Основният механизъм на предаване на *C. difficile* е фекално-орален, като разпространението в болничната среда се улеснява от пропуски в санитарно-хигиенния режим, свързани със замърсяване на повърхности, санитарни помещения, медицински инструменти и ръцете на здравните работници (Gerding&Lessa, 2015; Guh et al., 2020; Smits et al., 2025).

Клиничният спектър на *C. difficile* инфекциите (CDIs) варира от асимптоматично носителство до тежки форми като псевдомембранозен колит и токсичен мегаколон, които могат да доведат до септичен шок и висока смъртност (Gerding & Lessa, 2015; Guh et al., 2020). Сред основните рискови фактори се открояват напредналата възраст на болните (≥ 65 г.), продължителната хоспитализация, химиотерапия, прилагане на широкоспектрни антибиотици, имunosупресивни медикаменти и инхибитори на протонната помпа. При хоспитализирани пациенти колонизацията достига 20–30%, а в заведения за дългосрочни грижи – до 50%. При възрастни лица в обществото се съобщава честота на *C. difficile* 2–5%, докато при кърмачета е над 60%, макар клиничните прояви да са редки (Friedman et al., 2013; Schäffler & Breitrück, 2018). В световен мащаб се отчита увеличение на случаите на CDIs придобити в обществото, включително при лица без класическите рискови фактори, напр. антибиотична терапия или скорошна хоспитализация (Khanna & Pardi, 2010; Lessa et al., 2015; Czepiel et al., 2021; Abou Chakra & Pepin, 2023).

През последните години нарастват случаите на CDIs, като се наблюдават по-чести рецидиви, усложнения и повишена смъртност. Това подчертава необходимостта от задълбочени проучвания в тази насока и засилени мерки за превенция и контрол (Czepiel et al., 2021; Ilic et al., 2024).

Цел

Целна настоящето проучване е да се анализира честотата и динамиката на CDIs при пациенти, лекувани в УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – Плевен за периода 2021–2024 г.

Материали и методи

За посочения период в лабораторията по Клинична микробиология на УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – Плевен са изследвани фекални проби от 671 пациенти с клинична картина на CDIs.

За директна детекция на *C. difficile* са използвани бързи имунохроматографски тестове (*NADAL* – Германия, *Certest Biotec* – Испания) и автоматизираната система *miniVIDAS* (*bioMérieux*, Франция). Имунохроматографските тестове се базират на принципа на латерална имунохроматография и е предназначен за качествено откриване на токсини А и В. Основни предимства са бързина, лесно приложение и възможност за използване като скринингов метод, докато недостатъците включват по-ниска чувствителност, риск от фалшиво положителни резултати при оформени или кървави изпражнения, както и ограничена специфичност при асимптоматично носителство.

Автоматизираната система *miniVIDAS* (*bioMérieux*, Франция) използва технологията ELFA (Enzyme-Linked Fluorescent Assay), която се основава на двустъпков „сандвич“ имуноензимен анализ с крайно флуоресцентно откриване. Методът е предназначен за доказване на токсини А и В и се отличава с висока чувствителност и специфичност. Сред основните предимства се открояват надеждността на резултатите и минимизирането на субективните грешки, докато недостатъците включват по-дълго време за получаване на резултат, по-висока цена и необходимост от специализирана апаратура.

Всички положителни проби са подложени на потвърдителен молекулярно-генетичен анализ с *multiplexrealtimePCR* за доказване на *gluD*, *tpi*,

tcdA, *tcdB*, *cdtA/B*. Получените резултати са обработени със SPSS Statistics v.25, като за оценка на различията е приложен χ^2 -тест (Chi-square test) при ниво на значимост $p < 0.05$.

Резултати и обсъждане

Динамиката по години на изследваните пациенти и положителните резултати за *C.difficile* е представена на *Фигура 1*. Анализът показва, че през 2021 г. броят на тестваните пациенти е най-малък – 99, което вероятно е свързано с ограничен достъп до здравни грижи и приоритетно насочване на ресурси към COVID-19. През следващите години броят на изследваните пациенти е двойно по-голям, съответно 178, 211, 183, което демонстрира устойчивост на тенденцията. Тези данни отразяват активизиране на диагностиката, лечението и по-широката антибиотична употреба.



Фигура 1. Динамика по години на изследваните пациенти и положителните резултати за C.difficile

Положителни резултати за *C. difficile* са доказани при 84 от 671 пациенти (12.52%), като през годините процентът на положителните проби варира в широки граници (Фигура 1). През 2021 г. стойностите са най-ниски (5.10%), а през 2022 г. – трикратно по-големи (17.42%). Установените различия между 2021 г. и следващите три години са статистически значими ($p < 0.05$) както по

отношение на общия брой изследвани пациенти, така и по отношение на положителните проби за *C. difficile*.

При проведени проучвания в България по време на COVID-19 пандемията е наблюдавана 21.9% честота на CDI в университетските болници „Александровска“, София и „Св. Георги“ – Пловдив (Velev et al., 2023). По-ниската честота в нашето проучване отразява локалните особености в епидемиологията на CDI, различията в диагностичните подходи и/или в антибиотичната терапия.

Разпределението по пол на пациентите със CDI е показано на *Фигура 2*. Налице е значителен превес на жените (57/67.86%) спрямо мъжете (27/32.14%), като разликата е статистически значима ($p = 0.001$). Съотношението жени/мъже се запазва през всички години от изследвания период и се отнася както за общия брой изследвани пациенти, така и за тези с положителен резултат за *C. difficile*. По-високата честота при жените се свързва с по-честа антибиотична експозиция, повишен риск от уринарни инфекции изискващи лечение с широкоспектрни антибиотици, както и с хормонални и имунологични различия между половете (Czepiel et al., 2021; Ilic et al., 2024).



Фигура 2. Разпределение по пол на пациентите със CDI

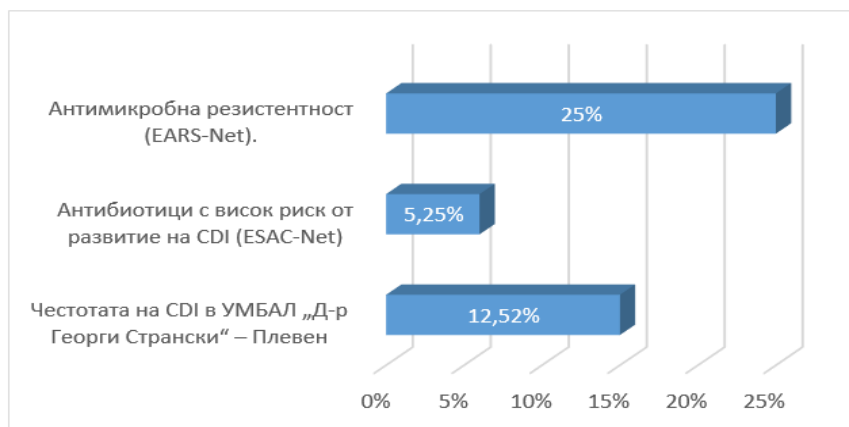
Разпределението по възраст на пациентите със CDI е представено на Таблица 1. Данните показват, че инфекцията засяга предимно лица между 60–79 години (46.43%) и ≥ 80 години (33.33%), които общо съставляват около 80%.

Значително по-нисък е относителният дял на болните под 45 години (8.4%), а единични инфекции се наблюдават във възрастовите групи 0–17 г. и 18–29 г. Нашите резултати съответстват на литературните данни за по-високата честота сред възрастни хора с придружаващи заболявания и потвърждават наблюденията, че напредналата възраст е ключов рисков фактор за CDIs (DePestel & Aronoff, 2013).

Таблица 1. Разпределение по възрастови групи на пациентите със CDIs

Възрастова група	Пациенти, положителни за <i>C. difficile</i>	
	Брой	Процент
0–17 г.	2	2.38%
18–29 г.	1	1.19%
30–44 г.	4	4.76%
45–59 г.	10	11.91%
60–79 г.	39	46.43%
≥80 г.	28	33.33%
Общо	84	100%

Фигура 3 представлява съпоставка между локалните данни за честотата на CDIs в УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – Плевен (12.52%), дела на антибиотиците с висок риск за развитие на CDIs (5.25% от болничната консумация) и нивата на антимикробна резистентност (25% за инвазивни изолати като *E. coli*, *K. pneumoniae*, *S. aureus*). Тази фигура отразява връзката между честотата на CDIs, антибиотичната експозиция и високите нива на резистентност, като подчертава необходимостта от оптимизация на антибиотичната политика и засилени мерки за превенция и контрол. Данните за антибиотичната употреба и резистентност се отнасят за България и са отчетени в рамките на European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network (ESAC-Net) и European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net).



Фигура 3. Връзка между честотата на CDI в УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ Плевен, антибиотиците с висок риск за развитие на CDI (ESAC-Net) и нивата на антимикробна резистентност (EARS-Net)

Заклучение

Установената честота на CDI в УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – Плевен за периода 2021–2024 г. е средно 12.42%, като 2/3 от пациентите са жени. Най-засегнати са лицата над 60 години, което съответства на известните рискови фактори за CDI. Липсата на национален регистър за CDI в България обаче ограничава възможностите за обективна оценка на епидемиологичната обстановка и подчертава необходимостта от изграждане на единна система за надзор. Получените данни, в контекста на значителната употреба на антибиотици и високите нива на антимикробна резистентност, акцентират върху нуждата от оптимизиране на антибиотичната политика в болниците и прилагане на ефективни мерки за контрол и превенция на CDI.

Литература

About Chakra, C.N., & Pepin, J. (2023). *Clostridioides difficile Infection*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431054/> [Accessed March 10, 2025].

Andonova, R., & Plochev, K. (2020). *Clostridium difficile infection – risk factors and therapeutic features*. Clinic for Infectious Diseases, Military Medical Academy, Sofia. [In Bulgarian].

Czepiel, J., Drózdź, M., Pituch, H., Kuijper, E.J., Perucki, W., Mielimonka, A., Goldman, S., Wultańska, D., Garlicki, A., & Biesiada, G. (2021). *Clostridium difficile infection: review*. *Antibiotics*, 10(3), 299–315. <https://doi.org/10.3390/antibiotics10030299>

DePestel, D.D., & Aronoff, D.M. (2013). Epidemiology of *Clostridium difficile* Infection. *Journal of Pharmacy Practice*, 26, 464–475. <https://doi.org/10.1177/0897190013499521>

Furuya-Kanamori, L., Marquess, J., Yakob, L., Riley, T.V., Paterson, D.L., Foster, N.F., Huber, C.A., & Clements, A.C.A. (2015). *Asymptomatic Clostridium difficile colonization: epidemiology and clinical implications*. *BMC Infectious Diseases*, 15, 516.
<https://doi.org/10.1186/s12879-015-1258-3>

Gerding, D.N., & Lessa, F.C. (2015). *Epidemiology of Clostridium difficile infection in and outside of health care facilities*. *Infectious Disease Clinics of North America*, 29(1), 37–50.
<https://doi.org/10.1016/j.idc.2014.11.004>

Guh, A.Y., Mu, Y., Winston, L.G., Johnston, H., Olson, D., Farley, M.M., et al. (2020). *Trends in U.S. burden of Clostridioides difficile infection and outcomes*. *New England Journal of Medicine*, 382(14), 1320–1330. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1910215>

Ilic, M., Milic, N., & Ilic, I. (2024). *Trends in Clostridioides difficile mortality in Europe, 1990–2019*. *International Journal of Infectious Diseases*, 138, 45–52.
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2023.12.045>

Jangi, S., & Lamont, J.T. (2010). *Asymptomatic colonization by Clostridium difficile in infants: implications for disease in later life*. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 51(1), 2–7. <https://doi.org/10.1097/MPG.0b013e3181d29767>

Khanna, S., & Pardi, T.A. (2010). *The growing incidence and severity of Clostridium difficile infection in inpatient and outpatient settings*. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 4(4), 409–416. <https://doi.org/10.1586/egh.10.48>

Lessa, F.C., Mu, Y., Bamberg, W.M., Beldavs, Z.G., Dumyati, G.K., Dunn, J.R., et al. (2015). *Burden of Clostridium difficile infection in the United States*. *New England Journal of Medicine*, 372(9), 825–834. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1408913>

Smits, W.K., Garey, K.W., Riley, T.V., Johnson, S., & Wilcox, M.H. (2025). *Clostridioides difficile is a bacterial priority pathogen*. *Anaerobe*, 93, 102965.
<https://doi.org/10.1016/j.anaerobe.2025.102965>

Vasilev, P.G. (2018). *Studies on the clinico-epidemiological characteristics and some pathogenetic mechanisms in Clostridium difficile infection*. Dissertation abstract. Sofia, Bulgaria. [In Bulgarian].

✉ **Ас. Милена Робертова Ценкова,**

Медицински университет – Плевен,

Медицински колеж, катедра „Медико-диагностични дейности“

E-mail:tsenkovamilena@yahoo.com

ПРОФИЛАКТИКА НА РАК НА МАТОЧНАТА ШИЙКА – НЕОБХОДИМОСТ ОТ ЕФЕКТИВНИ МЕРКИ

Е. Шипкова¹, М. Гицова¹

¹Медицински Университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, специалност
„Управление на здравните грижи“

PREVENTION OF CERVICAL CANCER – THE NEED FOR EFFECTIVE MEASURES

E. Shipkova¹, M. Gitsova¹

¹Medical University – Pleven, Faculty of Public Health, students in the specialty
„Healthcare Management“

ABSTRACT: Every year in Bulgaria, about 700 people fall ill and about 200 women die. The disease is treatable when detected in the initial and precancerous stage, which is detected only by a pap smear. An analysis of the incidence of cervical cancer (specifically Ca in Situ and Ca) from biopsy analysis was performed among women who underwent surgical intervention on the cervix (conization). In the age groups 20-40 and 41-60, the incidence is higher, with no significant differences in incidence between them. In women aged 20 to 40, over 80% have precancerous results, and in women aged 41 to 60, over 70% have proven precancerous lesions. The negative trends of high morbidity and mortality from cervical cancer continue to deepen. There is an urgent need for effective measures and a national policy on the prevention of this socially significant disease.

Keywords: cervical cancer, prevention, morbidity, measures

Въведение

Ракът на маточната шийка е вторият по честота тумор сред раковите заболявания, засягащи женските полови органи. В България всяка година заболяват около 700 и умират около 200 жени. Засяга жените между 30 и 60-годишна възраст. Като рискови групи за заболяване от цервикален карцином се определят жени, които рано започват да водят полов живот, често сменят половите си партньори, боледуват от болести, които се предават по полов път, както и жените с лоша лична хигиена.

Наблюдава се тенденция за увеличение на новозаболените и по последни данни в България се разболяват около 1100 жени годишно. Това означава, че заболяемостта е 28,5 на 100 хиляди жени. В световен мащаб заболяемостта

е 18 на 100 хиляди жени. Това е един от малкото видове рак, който би могъл да бъде предотвратен чрез скринингови мероприятия и профилактични прегледи. Когато се установяват предраковите състояния и бъдат лекувани, може да се избегне развитието на рак. Това е единственият рак, за който съществува ваксина. По данни на СЗО, за периода от 1980 до 2011 г., в България случаите на рак на шийката на матката непрекъснато се увеличават, докато в Западна Европа намаляват. Причината за тази тенденция е в повечето профилактични и скринингови прегледи, които се провеждат там. Страната ни е сред водещите по смъртност от този тип рак в цяла Европа, като смъртността в България е значително по-висока, в сравнение със световните показатели. По данни на Европейската ракова информационна система за 2022 г. (ECIS) България е на 2-ро място по заболяемост от рак на маточната шийка в Европейския съюз (ЕС) с 22,7 заболяли на 100 000 жени, при средна заболяемост за ЕС от 11,7 заболяли на 100 000 жени (Ministry of health, 2025)

Причинител на цервикалният карцином е човешкият папиломен вирус (HPV), и по-специално неговите високо онкогенни подтипове – 16, 18, 31, 33, 35. Той е ДНК вирус, който атакува епителните клетки на кожата и лигавиците на човешкото тяло. Наследствеността не играе особена роля в генезата на рака на маточната шийка. Възрастта оказва влияние върху заболяемостта и локализацията на цервикалния карцином. Ракът на маточната шийка се среща много рядко под 30-годишна възраст, зачестява към 30–40-годишна възраст и достига най-голяма честота във възрастта между 40–60 години. Вероятно има известна връзка между появата на рака и климактеричното преустройство в женския организъм. Преканцерозите представляват различни патологични процеси, предшествващи развитието на инвазивен карцином на маточната шийка. Към тях се отнася цервикалната интраепителна неоплазия/дисплазия (CIN), включваща дисплазиите (CINI– лека, CINII– умерена и CINIII– тежка) и Carcinoma in situ (рак само на повърхностния слой клетки). Диагнозата се

поставя чрез изследване на влагалищното съдържимо, цитологично, колпоскопско и биопсично изследване.

В България масов скрининг за ранна диагностика на РМШ е въведен след 1974 г., а през 2000 г. е приета Национална стратегия за профилактичен онкологичен скрининг. Всички програми за вторична профилактика в България са насочени за изпълнение към лекарите. Заложени са и в профилактичните програми на общопрактикуващият лекар за наблюдение на Здравноосигурените лица над 18-годишна възраст (Stoyanova, Kamburova, 2020), но очевидно тези дейности са недостатъчни и няма желан резултат за обществото. В проучване сред общопрактикуващите лекари в Плевенска област се установи, че според 17% ваксинацията срещу HPV е била ненужна, а 26% не са имунизирани нито един от пациентите си (Kostadinova et al., 2020). През 2012 г. стартира Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка, с което страната ни изпълнява препоръките на СЗО за включване на ваксинирането срещу HPV в националните стратегии за контрол на рака на маточната шийка. Ваксината е препоръчителна, но обществената дезинформираност на населението, липсата на активна информационна кампания, противоречивите мнения сред медицинските специалисти по отношение на безопасността на ваксината и активни „антиваксерски“ съобщения предизвикват колебание и несигурност относно ползата от ваксинирането. В следващите 10 години редица европейски държави постигат ваксинационно покритие до 90% сред подрастващите момичета и започват ваксиниране и сред момчетата, докато в България ваксинирането е дори под 2%. Предприети са различни информационни кампании и дейности сред населението и директорът на дирекция „Обществено здраве“ в МЗ отбелязва, че едва през 2024 г. за първи път се забелязва удвояване на обхвата и достигане на 3–4% ваксинационно покритие срещу HPV. От МЗ отчитат негативните тенденции на заболяемостта и смъртността сред населението, асоциирани с вируса и приемат нова Национална програма за първична профилактика на

ракови заболявания, причинени от човешки папилома вирус през април 2025 г. с осигуряване на безплатна ваксинация (Ministry of health, 2025).

Изводи от проучването, относно информираността за РМШ сред здрави и болни жени, показва общо ниско ниво на информираност сред анкетираните, а всяка пета анкетирана жена не знае колко пъти е желателно да се прави цитонамазка. Всяка десета жена от групата на тези с диагноза РШМ е на мнение, че ако се чувства добре, не е необходимо да ходи на профилактични прегледи (Sabri, 2023). В друго проучване сред студенти от МУ – Плевен 22,5% от анкетираните не са запознати с инфекцията от човешки папилома вирус и показва, че обучението за сексуално и репродуктивно здраве в средното образование е недостатъчно (Stoyanova et al., 2022).

Принципите на СЗО за скрининг са определени преди повече от 50 години като непрекъснато се надграждат. Скринингът за РМШ трябва да започне около 3 години след като една жена започне да води полов живот, но не по-късно. Той трябва да се извършва всяка година с обикновен ПАП – тест или на всеки 2 години, като се изследва цитопатология. На 30-годишна възраст или над тази възраст жени, които са имали 3 нормални тестови резултата подред, могат да бъдат изследвани на всеки 2 до 3 години (Nikolova et al., 2019).

Цел

Целта на настоящото проучване е да се установи динамиката в честотата на разпространение на формите на цервикален карцином при жени с проведена хирургична интервенция (конизация) и биопсичен анализ в УМБАЛ „Света Марина“ – гр. Плевен.

Материал и методи

Проведено е проучване по медицинска документация в хистологична лаборатория при УМБАЛ „Света Марина“ – гр. Плевен. Използвани са статистически методи за анализ и обработка на резултатите.

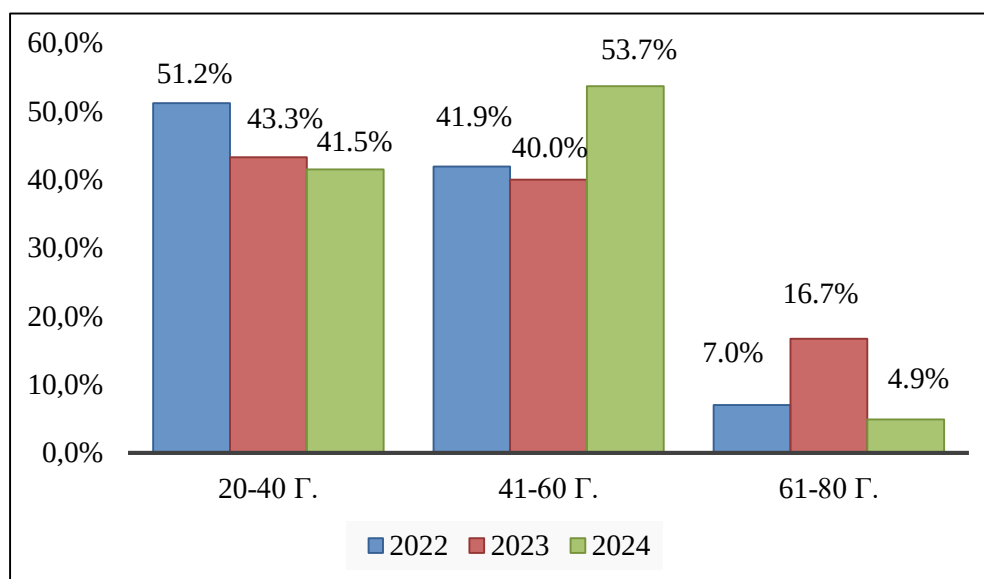
Резултати и обсъждане

От общо 562 направени конизации, 1/5 от тях (n=114, 20,1%) са с установен цервикален карцином, като за 2022 г. те са 43 (37,7%), за 2023 г. са 30 (26,3%), а за 2024 г. са 41 (36,0%). Разпределението им по възраст е представено в Таблица 1.

Таблица 1. Възрастова структура на пациентките за периода 2022–2024 г.

Възраст	2022	2023	2024
20 – 40г.	22 (51.2%)	13 (43.3%)	17 (41.5%)
41 – 60г.	18 (41.9%)	12 (40.0%)	22 (53.7%)
61 – 80г.	3 (7.0%)	5 (16.7%)	2 (4.9%)
Общо	43	30	41

За периода 2022–2024г. в най-младата възрастова група 20–40 г. се наблюдава лек спад на случаите с цервикален карцином, като през 2023г. той е по – осезаем, спрямо 2024г. При жените между 41 и 60 год. се установява покачване на случаите, а в следващата група от 61–80 г. се наблюдава намаляване на случаите за периода, като се наблюдава лека динамика през 2023 г. Най-много са жените с карцином от възрастова група 20–40 г. за периода 2022–2023 г., а за 2024 г. водещо място заема възрастовата група 41–60 г. (Графика 1).



Графика 1.

Разпределение на жените с цервикален карцином по възраст за периода 2022–2024 г.

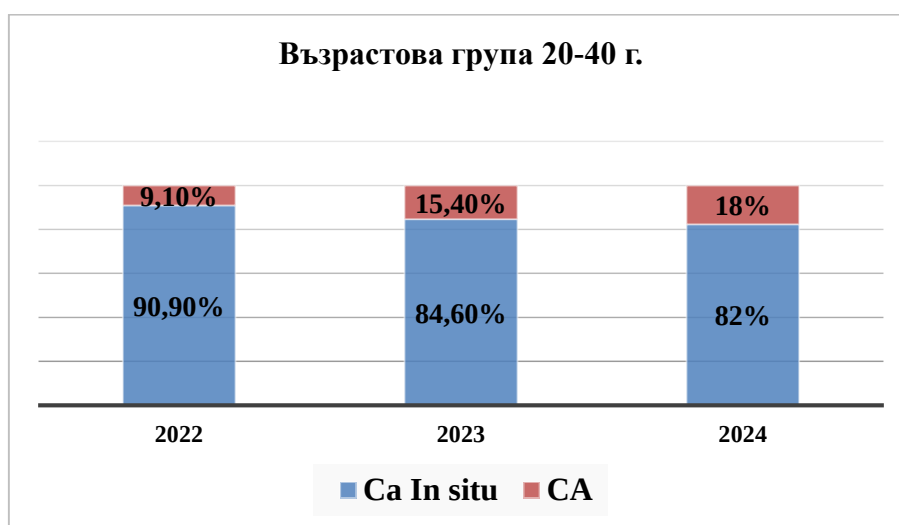
Най-засегнати се оказват жените в активна и трудоспособна възраст. Тревожен е факта, че се наблюдава снижаване на възрастта на болните с цервикален карцином.

В Таблица 2 е представено разпределението на различните възрастови групи спрямо степента на дисплазия.

Таблица 2. Разпределение по степен на дисплазия

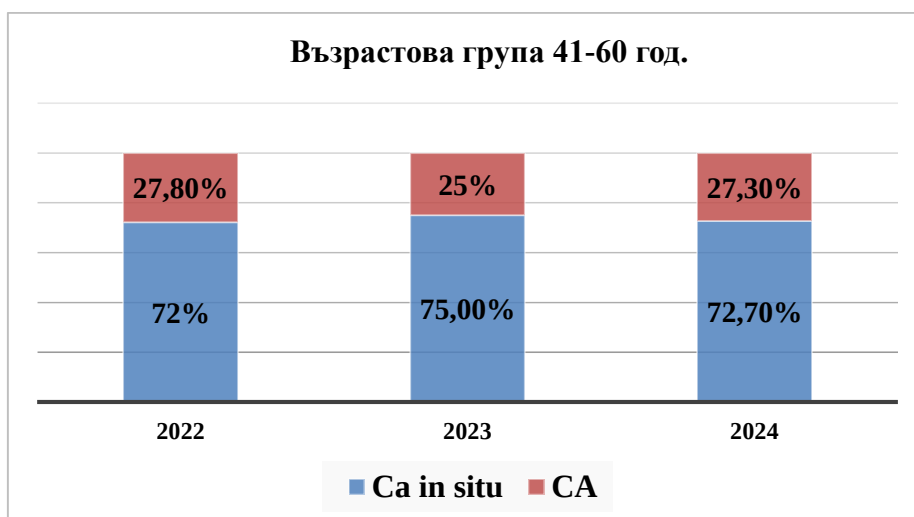
Година	Възрастови групи								
	20–40 години			41–60 години			61–80 години		
	Общо	Ca In Situ	CA	Общо	Ca In Situ	CA	Общо	Ca In Situ	CA
		% (бр.)	% (бр.)		% (бр.)	% (бр.)		% (бр.)	% (бр.)
2022	22	90,9% (20)	90,1% (1)	18	72,2% (13)	27,8% (5)	3	0,0% (0)	100,0% (3)
2023	13	84,6% (11)	15,4% (2)	12	75,0% (9)	25,0% (3)	5	60,0% (3)	40,0% (2)
2024	17	82,4% (14)	17,6% (3)	22	72,7% (16)	27,3% (6)	2	50,0% (1)	50,0% (1)

Получените резултати за всяка отделна възрастова група са представени графично (Графика 2, 3 и 4), където по-ясно се виждат и се потвърждават негативните тенденции за последните три години, както и необходимостта от предприемане на незабавни мерки за профилактика на заболяването.



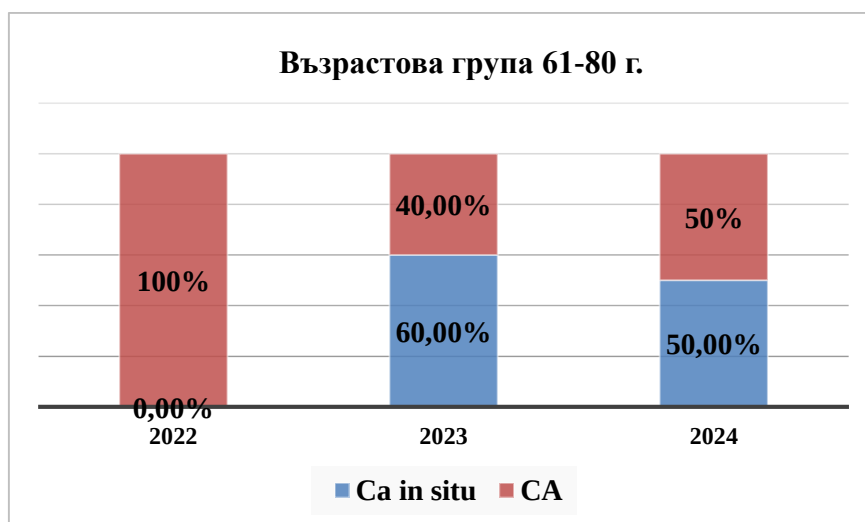
Графика 2. Разпределение на биопсичните резултати спрямо степен на дисплазия във възрастова група 20–40г.

Установява се лек спад на случаите с Cainsitui двойно покачване на абсолютните цервикални карциноми за периода във възрастова група 20–40 год. Всяка жена, след като стане сексуално активна, трябва да ходи на редовни профилактични прегледи, включващи цитонамазка. Скрининговият метод води до ранно диагностициране и намалява броя на смъртните случаи от рак на шийката на матката с около 70%. При редовни профилактични прегледи вирусът се открива и ракът може да бъде предотвратен, защото в ранните стадии той е лечим.



Графика 3. Разпределение на биопсичните резултати спрямо степен на дисплазия във възрастова група 41–60 г.

Установява се висок процент както на случаите с Cainsitu, така и на случаите с абсолютен карцином на маточната шийка, което запазва значително висок процента на жените на възраст между 41 и 60 години, развили цервикален карцином.



Графика 4. Разпределение на биопсичните резултати спрямо степен на дисплазия във възрастова група 61–80г.

Във възрастовата група 61–80 г. се установява по-висок брой на жените с цервикален карцином, което доказва необходимостта от провеждане на периодични профилактични прегледи с цитонамазка дори и след периода на менопаузата. Очевидно е, че повечето жени не посещават гинеколог редовно, а направената при случайно посещение цитонамазка показва, че ракът вече е в

напреднал стадий. Ракът на маточната шийка се открива не само при жени, които водят активен полов живот, но често и при жени в зряла възраст. След преминаване на критическата възраст ракът се развива много бавно, но за съжаление, групата от болели жени се увеличава. Това е така, защото повечето смятат, че след приключване на сексуалния им живот, вече няма опасност от заболявания на половата система и не посещават редовно гинекологичния кабинет.

Заключение

Настоящото проучване е допълнително доказателство за негативната тенденция за страната ни, което показва увеличаване на заболяемостта от РМШ, като тревожен е броят на случаите, в които ракът е в напреднал стадий. Необходими са много по-активни и обединени усилия в системата на здравеопазването, на държавни и местни институции, и в частност на медицинските лица за провеждане на сериозна здравна политика за осъзнаване на проблема и насърчаване на дейностите по профилактика и превенция от РМШ. Проблемът е от сериозна значимост още повече поради факта, че заболяването може да бъде открито чрез профилактични прегледи в период, когато няма изявена симптоматика и лечението е най-успешно.

Литература

Kostadinova, P. S. Kostadinov, I. Stoilova, S. Georgieva, M. Kamburova, G. Atanasova, S. Ivanova. (2020) Primary prevention of cervical cancer in Bulgaria. *European Journal of Public Health*, Volume 30, Issue Supplement5.

Ministerstvo na zdравеопазването. (2025). Natsionalna programa za parvichna profilaktika na rakovi zabolyavania, prichineni ot choveshki papiloma virus (HPV), 2025-2030.

Nikolova, J., V. Georgiev, M. Atanasova, G. Baytchev. (2019). Profilaktika na raka – nastoyashti i badeshti perspektivi. *Prevantivna meditsina*, VII, 2(16), s. 29-33.

Sabri, M. (2023). Preventsiyata na raka na matochnata shiyka i rolyata na spetsialistite po zdravni grizhi. MU-Varna, In Conference Proceedings (pp. 158-167).

Stoyanova, E., E. Mineva, M. Kamburova. (2022). Informiranost na parvokursnitsite ot MU-Pleven относно HPV-asotsiiranite zabolyavania i svarzanite s tyah riskovi faktori. MU-Pleven: Dvadeseta yubileyna natsionalna nauchna sesia za studenti i prepodavateli, 27-28 okt. 2022, s. 65-71.

Stoyanova, E., M. Kamburova. (2020). Neobhodimost ot profilaktichni programi za HPV-asotsiirani zabolyavania. Dokladi ot yubileyna nauchna konferentsia s mezhdunarodno uchastie

„Novi podhodi v obshtestvenoto zdrave i zdravната politika“, 26 – 28 noemvri 2020 g., Pleven, s. 128-133.

☒ **Елица Шипкова**

Медицински лаборант
Хистологична лаборатория
УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен
e-mail: elitsapavlova419@gmail.com

☒ **Мариета Гицова**

Старша медицинска сестра
Клиника Анестезиология и интензивно лечение
УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен
e-mail: mimi_1377@abv.bg

ИНСУЛИНОЗАВИСИМ ДИАБЕТ ТИП 1: РЕТРОСПЕКТИВЕН АНАЛИЗ НА СЛУЧАИТЕ И ВЛИЯНИЕТО НА COVID-19

Т. Трифонова, В. Козова, Е. Аристотелова, И. Христова

Медицински университет , Медицински колеж – Плевен
Катедра „Медико-диагностични дейности“
Специалност „Медицински лаборант“

INSULIN-DEPENDENT TYPE 1 DIABETES: A RETROSPECTIVE ANALYSIS OF CASES AND THE IMPACT OF COVID-19

T. Trifonova, V. Kozova, E. Aristotelova, I. Hristova

Medical University, Medical College – Pleven,
Department „Medico-diagnostic investigations“
Specialty „Medical Laboratory Technician“

ABSTRACT

Insulin-dependent diabetes mellitus type 1 is a chronic autoimmune disease of high social importance. Viral infections, including SARS-CoV-2, can affect glycemic control and be associated with a higher risk of severe course.

Objective

To study the incidence of insulin-dependent diabetes mellitus type 1 among hospitalized patients and to assess the impact of the COVID-19 pandemic on the dynamics of the disease.

Materials and methods

A retrospective study of 3668 hospitalized individuals for the period 2018–2024 was conducted at the Endocrinology Clinic at the University Hospital „Dr. Georgi Stranski“

Results

During the study period, 12.1% of all hospitalized patients had type 1 diabetes. The disease is more common among men (54.9%) than women (45.1%). The most affected age group is 18–44 years. During the pandemic, there was an almost twofold increase in the frequency of newly diagnosed cases – from 5.2% in 2018 and 7.0% in 2019 to 13.6% in 2020 and 13.2% in 2021. Dynamics in gender distribution were also reported, with a dominance of men in 2020–2021.

Conclusion

The COVID-19 pandemic has a significant impact on the frequency and course of insulin-dependent type 1 diabetes.

Keywords: adults, immunodependent, Covid – 19, pandemic, frequency

Въведение

Захарният диабет тип 1 е хронично автоимунно заболяване, което се характеризира с инсулинова недостатъчност, водеща до хипергликемия. Честотата на захарен диабет тип 1 е различна в различните държави, като над 2–3% е засегнатото население в икономически развитите страни. (Shipkov, 2017). В САЩ 23 на 100 000 души на възраст под 65 г. се

диагностицират годишно. В света 465 милиона хора страдат от това заболяване. Предвижда се през 2030 година броят им да нарасне до 578 милиона и до 629 милиона през 2045 година. В България, според статистиката, диабетиците в страната са около 770 хиляди, или 16,55% от населението на възраст между 20–79 години. През 2012 г. процентът е бил 9,6%, а през 2017 г. – 12,5%. Следователно захарният диабет е социално значимо заболяване. Коронавирусната болест (COVID-19) е инфекциозно заболяване, причинено от вируса SARS-CoV-2. Повечето хора, заразени с него, имат лека или умерена симптоматика от страна на дихателната система, без да се изисква специално лечение. Възрастните хора и тези със съпътстващи заболявания като сърдечно-съдови, диабет, хронични белодробни или автоимунни състояния, са по-склонни към тежко протичане.

От началото на пандемията от COVID-19 хората с диабет се определят като рискова група. Лекарите обясняват, че тези пациенти преминават с повече усложнения през вируса, по-голям е и броят на хоспитализациите. Подобно на други вирусни инфекции, и COVID-19 може да протече по-тежко при диабетици, особено при тези с лош гликемичен контрол. Възможността от заразяване при тях не е по-висок, но когато се разболеят, рискът от тежко протичане на инфекцията е по-голям спрямо общата популация. Вероятността да бъдат хоспитализирани е три пъти по-висока спрямо хората, които не са с диабет, а ако е налице придружаващо заболяване, този риск нараства до 4–5 пъти. От редица проучвания става ясно, че 30% от хоспитализираните пациенти в цял свят, които са загинали от COVID-19, са имали неконтролируеми нива на кръвната захар, като това включва не само пациенти, които са страдали от диабет, а и такива, които в хода на инфекцията са повишили кръвната захар. Ковиддиабетът представлява диабет, който възниква в хода на COVID-19 инфекция. Механизмите за този тип диабет не са установени, но се смята, че при възникването му има множество процеси. Счита се, че това може да е недиагностициран захарен диабет, който се установява в момента на

инфекцията или пък хипергликемия от стрес – организмът отключва повишаване на кръвно-захарните нива или се появява като следствие на лечението с кортикостероиди. В много от случаите се налага включване на такава терапия в хода на COVID-19 инфекцията, а това може да отключи така наречената стероидиндуцирана хипергликемия. Може да има пряко или косвено увреждане на бета-клетките на панкреаса от самия вирус, което се наблюдава при други вирусни инфекции, така че механизмите може да са множество. Много често в хода на инфекцията се наблюдава повишаване на кръвната захар дори и при пациенти, които нямат диабет. Проучване в Китай сочи, че смъртността е 1,1% при диабетиците с добър гликемичен контрол, а при пациенти с лош контрол на болестта, смъртността се повишава на 11.1%. Проучване във Великобритания в периода от януари до май 2020 г. показва, че високата кръвна захар е независим рисков фактор за смъртност при болните от коронавирус.

Цел

Целта е да се установи честотата на случаите с инсулинозависим захарен диабет сред хоспитализирани в Ендокринологична клиника лица при УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ – Плевен за периода 2018–2024 г. и се разгледа връзката на COVID-19 със заболяването.

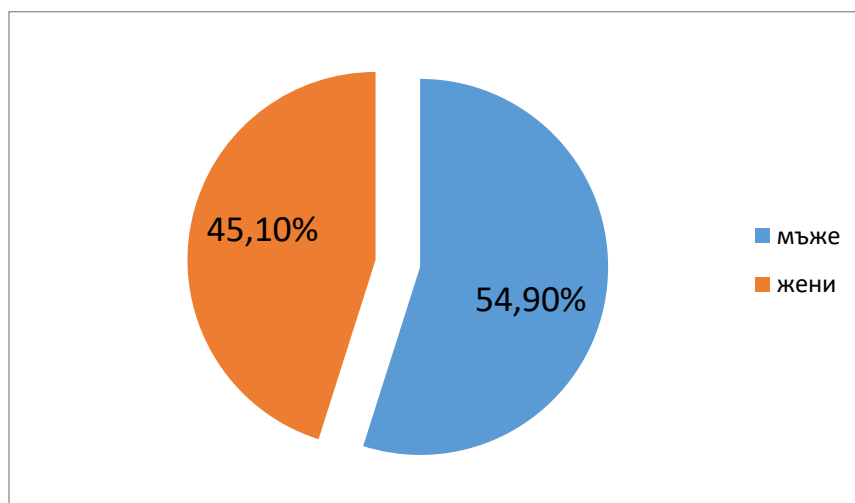
Материали и методи

Направено е ретроспективно проучване на регистрираните със захарен диабет тип 1 възрастни лица по учетната документация на Ендокринологична клиника при УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ за периода 2018–2024 г. За проучвания 7-годишен период са хоспитализирани 3668 лица, от които с диагноза „инсулинозависим захарен диабет“ са 443. Тези пациенти са разпределени по пол и възраст за периода. Влиянието на пандемията от COVID-19 е разгледано на база избрания период за анализ и включване на времето с

епидемичната обстановка в средата му. Направена е статистическа обработка на резултатите и са изведени изводи и заключения.

Резултати и обсъждане

За периода 2018–2024 г. са регистрирани 443 пациенти с диагноза инсулинозависим захарен диабет. От тях 243 (54,9%) са мъже, а 200 (45,1%) – жени (Графика 1).



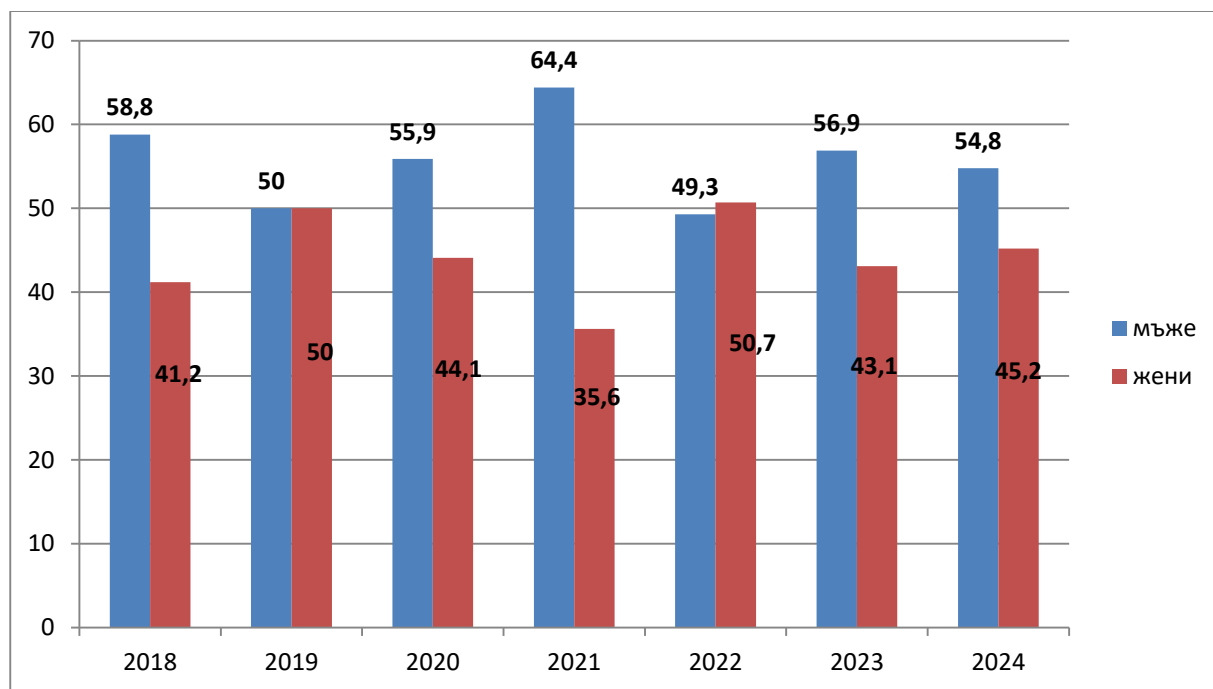
Графика 1. Разпределение на лицата с инсулинозависим захарен диабет по пол за целия проучван период

За периода 2018–2024 година се установява по-висока честота на инсулинозависимия захарен диабет сред мъжете 54,9% спрямо жените – 45,1%. Разпределението им по пол през годините е представено в Таблица 1.

Таблица 1. Разпределение на регистрираните с диабет лица по пол

Година от периода	Общо за година	Мъже по години	Жени по години
2018	34 (100%)	20 (58,8%)	14 (41,2%)
2019	96 (100%)	48 (50,0%)	48 (50,0%)
2020	68 (100%)	38 (55,9%)	30 (44,1%)
2021	59 (100%)	38 (64,4%)	21 (35,6%)
2022	73 (100%)	36 (49,3%)	37 (50,7%)
2023	51 (100%)	29 (56,9%)	22 (43,1%)
2024	62 (100%)	34 (54,8%)	28 (45,2%)
Общо за периода	443 (100%)	243(54,9%)	200(45,1%)

От направеното проучване се установява висок процент на заболяването сред мъжката популация. През отделните години на проучвания период се наблюдава същата зависимост, т.е. доминират мъжете, с изключение на 2022 година, където лек превес има при жените (Графика 2).



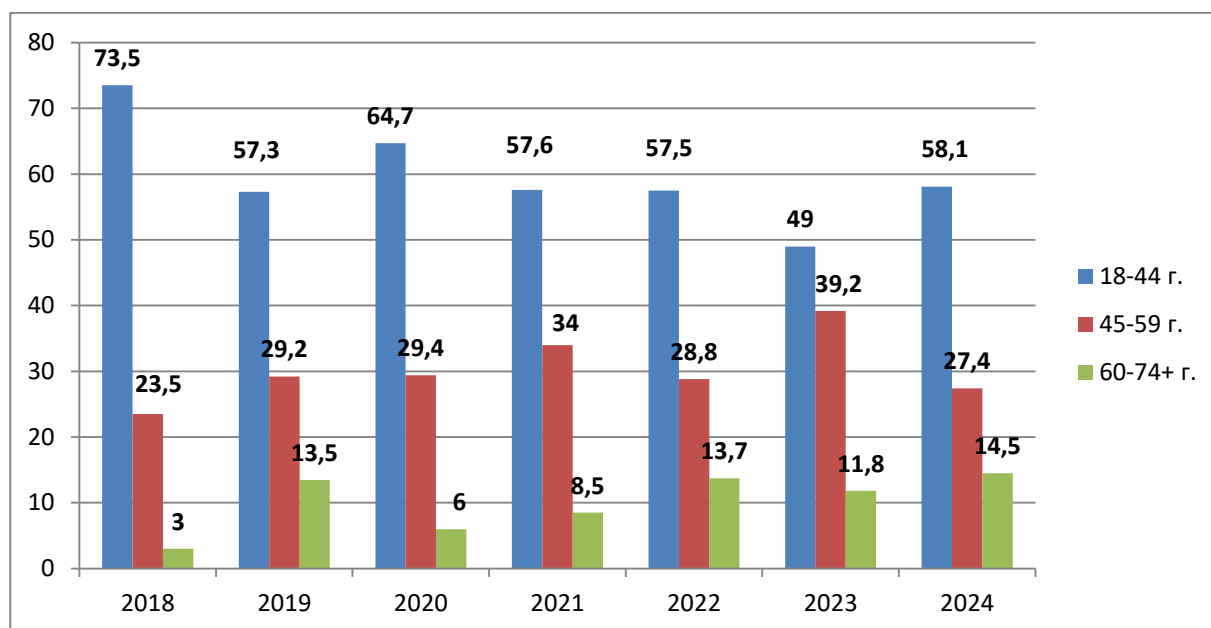
Графика 2. Разпределение на лицата с инсулинозависим захарен диабет по пол

За периода 2018–2024 г. най-висока е честотата сред мъжете, като най-висок е процентът им през 2021 г. (64,4%). При женската популация се наблюдава динамика в честотата с най-висок процент през 2022 г. (50,7%). Нашето проучване потвърждава данните на дългогодишния председател на Българското дружество по ендокринология проф. д-р Анна-Мария Борисова от скрининг, направен през 2024 г., на диабетиците в България. Участвали са 936 лица, от които 479 жени и 457 мъже. Проф. Борисова обяснява, че сравнителният анализ показва увеличение на болните от диабет от 7,9 % през 2006 г. на 15,7% през 2024 г. Освен това уточнява, че повече са мъжете, както и живеещи в градовете. Според Международната диабетна федерация 2021 Global Diabetes Map (10-то издание) разпространението на диабета е малко по-високо

при мъжете, отколкото при жените сред възрастни на възраст 20–79 години (10,8 срещу 10.2%).

През 2020–2021 година, когато е пандемията от Ковид-19, се установява значителен ръст на случаите сред мъжката популация от 55,9% до 64,4%. Наблюдава се намаляване на честотата на диабета при жените до 35,6% през 2021 г., но рязко се повишава в следващата година като дори доминира. Хората с диабет са с повишена податливост към инфекции поради нарушена функция на фагоцитиращите клетки. От друга страна, пандемията оказва голямо въздействие върху емоционалното състояние на лицата. Стресът по време на пандемията, съчетан с намалена физическа активност, влошени хранителни навици, наддаване на тегло и нарушения на съня могат да доведат до влошаване на контрола над диабета.

Класификацията на Световната здравна организация (СЗО) за възрастовите групи е: до 44 години – млада възраст, от 45 до 59 години – средна възраст, от 60 до 74 години – възрастни лица, от 75 до 89 години са стари хора и над 90 години са дълголетници. Изхождайки от тази възрастова структура и преценявайки възрастта на хоспитализираните лица, пациентите от проучването бяха разпределени в 3 възрастови групи: 18–44 г.; 45–59 г. и 60–74⁺ г. Подробното им разпределение и съотношението по между им за проучвания период 2018–2024 г. е представено в Графика 3.



Графика 3. Разпределение на лицата с инсулинозависим диабет по възрастови групи за периода 2018–2024 г.

Най-висока е честотата на инсулинозависимия диабет в млада възраст между 18 и 44 години, с най-голям процент през 2018 г. (73,5%). На второ място са лицата на възраст между 45 и 59 години (средна възраст), с най-висок процент през 2023 (39,2%), а най-ниска честота се наблюдава при пациенти на възраст между 60 и 74⁺ (възрастни лица), с най-висок процент през 2024 г. (14,5%). Нараства относителният дял на хоспитализираните диабетици. Наблюдава се динамика на случаите и в трите възрастови групи, но се запазва висока честота на заболяването сред младото активно население, което е изключително тревожен факт за обществото и подчертава социалната значимост на диабета.

За да установим има ли връзка между епидемията от Ковид-19 и честотата на инсулинозависимия диабет, проучихме регистрираните случаи през периода 2020–2021 г. и ги съпоставихме с предпандемичните години. Резултатите показаха следното: От всички 656 регистрирани през 2018 година с инсулинозависим захарен диабет са 34 лица (5,2%), през 2019 г. от 676 с диабет са 96 лица (7,0%), през 2020 г. от 500 души 68 (13,6%) са с диабет, през 2021 г. от 448–59 (13,2%). Честотата на инсулинозависимия захарен диабет се е

повишила двойно по време на пандемията в сравнение с предпандемичните години. Вирусните инфекции в това число и коронавирусната могат да причинят възпаление, което допълнително да влоши гликемичния контрол при хората с инсулинозависим диабет. Пациентите често имат придружаващи сърдечно-съдови заболявания, затлъстяване и усложнения, които са предпоставка за по-тежко боледуване и висока хоспитализация. Налични са и други публикации, посочващи инфекцията със SARS-CoV-2 за фактор, който може да доведе до развитие на захарен диабет. Проф. Цветалина Танкова, началник на Клиниката по диabetология в Университетска специализирана болница за активно лечение по ендокринология „Акад. Иван Пенчев“ – София съобщава, че *„при около 14% от пациентите, хоспитализирани с COVID-19, се наблюдава поява на новооткрит диабет“*. Ендокринолози от УМБАЛ „Лозенец“ съобщават за увеличаване на случаите на нововъзникнал диабет при хора с COVID-19 в цял свят, и че *„учени от King’s College – Лондон и Monash University – Мелбърн, създадоха международния клиничен регистър CoviDiab, за да определят представянето и хода на диабета при вирусната инфекция. Регистърът трябва да отговори на въпросите дали промените в метаболизма на глюкозата, които възникват остро при тежка форма на COVID-19, ще продължат след отзвучаване на COVID-19; ако диабетът премине, пациентите остават ли изложени на по-висок риск от бъдещ диабет; дали това явление представлява внезапна поява на класически диабет тип 1 и тип 2 или е нов тип диабет?“* Отговорът на тези въпроси е приоритет от жизненоважно значение за лечението, проследяването и наблюдението на диабетно болните.

Заключение

Инсулинозависимият захарен диабет е метаболитно заболяване, характеризиращо се с хипергликемия, която е резултат от нарушение в инсулиновата секреция, в инсулиновото действие или в двете заедно. Честотата

и относителният риск от новопоявил се диабет и хипергликемия са повишени след заразяване с COVID-19, особено при мъжете. Намалената физическа активност, нездравословният и стресовият начин на живот, често прекараните бактериални и вирусни инфекции и много други фактори влияят върху честотата на случаите, не само в България, но и в световен мащаб. Диабет тип 1 е едно от водещите социалнозначими заболявания с нарастващо значение.

Литература

Diabetis cases are increasing during the Covid-19 pandemic, <https://vita.bg/aktualno/sluchaitena-diabet-po-vreme-na-pandemiyata-ot-covid-19-se-uvelichavat-intervyu-s-d-r-maya-hristozova-endokrinolog-v-mbal-vita>, Sept 1, 2025

Georgieva, M. (2022) Zaharen diabet I koronavirus, <https://dr-mgeorgieva.com/novini/zaharen-diabet-i-koronavirus-ima-li-vrazka-262>, Jul 16, 2025

Krustev, Z., T. Shipkov (2017). *Clinical Laboratory and Clinical Medicine*, Sofia, Medinform EOOD, s. 84

Otklyuchva li kovid 19 diabet, (2024 г.), <https://www.lozenetz-hospital.bg/bg/news/zanas/434>, Sep 10, 2025

Povishen risk ot diabet s novo nachalo pri patsienti s COVID-19: sistematischen pregled i meta-analiz, Obshtestveno zdrave, (2023), https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2023.1170156/full?utm_source, Sep 10, 2025

Professor Dr. Filip Kumanov, MD, PhD, andrologist and endocrinologist, <https://benu.bg/blog/mazhko-zdrave/kakvi-problemi-pricinyava-diabet-t-pri-m-zete>, Sep 2, 2025

Type 1 Diabetes, Nutritional and Therapeutic Interventions for Diabetes and Metabolic Syndrome (second edition), <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780128120194000015>, Sept, 1, 2025

✉ **ас. Теодора Детелинова Трифонова**

Медицински университет – Плевен

Катедра „Медико-диагностични дейности“

e-mail: teodora.trifonova@mu-pleven.bg

ВЪЗМОЖНОСТИ НА ОБРАЗНАТА ДИАГНОСТИКА ПРИ ДЕЦА С ХОРМОНАЛНИ И ЕНДОКРИННИ НАРУШЕНИЯ КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ПРИ ДЕЦА С ДЕФИЦИТ НА РАСТЕЖЕН ХОРМОН

Н. Михайлова, В. Цанова, В. Каракопилева

Медицински университет – Плевен, Катедра „Медико-диагностични дейности“, специалност
„Рентгенов лаборант“

DIAGNOSTIC IMAGING POSSIBILITIES IN CHILDREN WITH HORMONAL AND ENDOCRINE DISORDERS QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH GROWTH HORMONE DEFICIENCY

N. Mihaylova, V. Tsanova, V. Karakopileva

Medical university – Pleven, „Medico-diagnostic activities“ Department, „Radiologic technologist“
specialty

ABSTRACT: *Hormonal and endocrine disorders in kids are a challenge for contemporary medicine due to their complexity, variability and long-term effects.*

Growth hormone deficiency (GHD) deserves particular attention as it affects not only physical growth but also the emotional and social well-being of the child. The disease belongs to the group of rare diseases; it is more prevalent in boys.

The possibilities of neuroimaging techniques to provide evaluation of the severity and differentiation of the causes of congenital or acquired endocrine system disorders makes them a valuable aid to a timely and accurate diagnosis, proper treatment, as well as long-term surveillance.

The radiologic technologist is the key specialist performing the procedure, being responsible not only for the precise positioning, immobilization and safety of the child but also for the effective communication and building trust with the young patients and their parents who appear to not only be guardians but also active participants in this case.

Keywords: *diagnostic imaging in kids, growth hormone deficiency, radiologic technologist, quality of life*

Въведение

Хормоналните и ендокринните заболявания при деца представляват предизвикателство за съвременната медицина поради тяхната сложност, вариабилност и дългосрочно въздействие върху физическото и психичното развитие.

Особено внимание заслужава дефицитът на растежен хормон (GHD, ДРХ), който се отразява не само върху физическия растеж, но и върху емоционалното и социално благополучие на детето.

Дефицитът на растежен хормон се дължи на неспособността на хипофизата да произведе достатъчно количество растежен хормон (GH, PX). Данните за честотата на заболяването е между 1:4 000 и 1:10 000 деца в света, с лек превес при момчетата. Средната възраст, на която се диагностицира най-често, е около 7–9 години.

Точната и навременна диагноза е от изключително значение за постигането на добри резултати от лечението. В тази връзка, образната диагностика играе ключова роля, като допринася за цялостната оценка на анатомичните и функционални нарушения в ендокринната система. Чрез образните методи като магнитно резонансна томография (МРТ) и компютърна томография (КТ) се прави оценка на хипофизата, а чрез рентгенография на ръката – оценка на зрелостта на костната система (костна възраст) на детето.

Цел

Целта на разработката е да се представят възможностите и спецификата на образните методи и ролята на рентгеновия лаборант в диагностиката на ендокринните заболявания, както и влиянието на GH-дефицита върху качеството на живот на засегнатите деца.

Материали и методи

Използван е документален метод от проучване и анализ на научната литература и достъпната информация по разглежданата тема, наблюдение и практически опит.

Резултати и обсъждане

Кратка анатомия и физиология на ендокринната система

Ендокринната система включва жлезите с вътрешна секреция – хипоталамус, хипофиза, епифиза, щитовидна жлеза, паращитовидни жлези, надбъбречни жлези, яйчници и тестиси.

Жлезите произвеждат хормони, които се секретират в кръвта и чрез нея достигат до различните органи и системи. Хормоните определят физическото и пубертетно развитие, влияят на мастната, белтъчната и въглехидратна обмяна, помагат за адаптацията на организма към обкръжаващата среда и поддържат хомеостазата му.

Хипоталамусът и хипофизата регулират ендокринните функции в човешкия организъм (Фиг. 1).

Хипоталамусът контролира сърдечния ритъм, артериалното налягане, телесната температура, електролитния баланс, апетита, телесното тегло, бодърстването и съня, функцията на гастроинтестиналния тракт.

Хипофизата е отговорна за повечето жлези с вътрешна секреция и отделя хормона на растежа (соматотропен хормон).

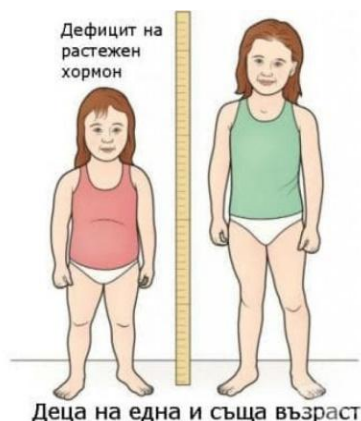


Фиг. 1. Хипоталамуси хипофиза. Анатомия.

Когато ендокринните жлези не произвеждат достатъчно или произвеждат прекалено голямо количество хормони, се развиват заболявания, които могат да засегнат много аспекти от живота.

Дефицитът на растежен хормон (GHD) е ендокринно разстройство, което води до забавен растеж и физическо развитие – изоставане в ръста, нарушено съотношение между височина и тегло, по-късно развитие на вторични полови

белези. Може да бъде вроден или придобит. Крайният ръст на нелекувани болни с хипофизарен нанизъм е около 120–140 см. (Фиг. 2 и 3).



Фиг. 2. Дефицит на РХ



Фиг. 3. Хипофизарен нанизъм

Непатологични причини за нисък ръст

Ниският ръст може да е и наследствено обусловен, а не в резултат на патология или заболяване. Такъв вариант на нисък ръст е конституционалният нанизъм – при двама ниски родители почти всички деца в семейството остават ниски. Състоянието не е съпътствано от органични промени и увреждания.

Признаци на хипофизарен нанизъм

Родителите могат да заподозрат дефицит на растежен хормон, когато децата им растат по-ниски от връстниците си или от другите деца в семейството, когато рядко сменят номера на дрехи и обувки през годините, лицата им често изглеждат по-млади от другите деца на същата възраст. Детето може да има нормални пропорции на тялото, но да е закръглено. Поради малкия ларинкс гласът е висок и писклив. В повечето случаи детето има нормален интелект. Други признаци са: забавяне при поникването на зъби, забавяне на настъпването на пубертета и развитието на вторичните полови белези.

Качество на живот на деца с дефицит на растежен хормон

Качеството на живот (QOL) е възприятието на човека за собственото му състояние на благосъстояние. То включва психологически, физически, когнитивни, социални и функционални елементи.

Поради липсата на пубертет и ниският ръст, у нелекуваните деца могат да възникнат тежки психо-социални проблеми: чувство за малоценност, занижена самооценка и социална изолация, трудности в училище, чувство за „различност“, депресия и тревожност, особено в пубертетната възраст, което влияе върху емоционалното им развитие. Интелигентността на тези децата е нормална, но те са стеснителни и затворени в себе си.

Прогнозата на хипофизарния нанизъм е добра само при ранно диагностициране и правилно проведено лечение.

Диагностика на дефицита на растежния хормон в детска възраст

Диагностичният алгоритъм при съмнение за дефицит на растежния хормон при децата включва:

- Фамилна анамнеза с акцент върху ръст, темп на растеж спрямо връстниците, вторични полови белези;
- Физикално изследване – оценяват се физическите пропорции, ръста и теглото съобразно нормалните стойности за възрастта. Скоростта на растежа < 5 см. годишнов предучилищна и ранна училищна възраст често е първи сигнал за GHD;
- Лабораторни методи:
 - Рутинни лабораторни изследвания – ПКК, ензими и други;
 - Изследване на соматотропен хормон чрез стимулационен тест;
- Образни методи.

Образната диагностика предоставя ценна информация за състоянието на ендокринните органи като хипофиза, щитовидна и надбъбречни жлези, както и за възможни структурни или функционални отклонения в централната нервна система.

Най-често използвани образни методи при съмнение за дефицит на растежния хормон са:

- *Магнитно резонансна томография* на хипоталамо-хипофизарната област;
- *Рентгенография на длан и китка* за определяне на костна възраст;
- *Компютърна томография* на хипофиза. По-рядко използвана при деца

поради използване на йонизиращо лъчение.

Специфика на образните методи при съмнение за хипофизарен нанизъм

Рентгенография на длан и китка

Рентгенографията на ръката за определяне на костна възраст е използван метод в педиатрията за оценка на скелетната зрялост на децата. Рентгенография на лява длан се прилага при съмнение за изоставане на костната възраст спрямо календарната и незавършен скелетен растеж. Изборът на недоминантната лява ръка е стандартна практика с цел унифициране на методологията. Това улеснява сравненията и интерпретацията на резултатите. Оценяват се формата и размера на костните елементи и степента на епифизно вкостяване. Рентгенографията се сравнява със радиографски атлас, който се състои от стандартни изображения за съответната възраст и пол за определяне на етапа на развитие. Стандартният еталон е атласът на Greulich и Pyle (Грюйлих и Пайл). (EASO 2018) ¹ Предимството на този метод са неговите бързина и лесно изпълнение. При дефицит на соматотропен хормон костната възраст е с от 3 до 6 години по-малка от календарната. (Фиг. 4)

¹ Методът на **Greulich & Pyle** е базиран на педиатрична северноамериканска извадка и може да се различава при други популации; при интерпретация се препоръчва отчитане на антропометричните и етнокултурните различия.



Фиг. 4. Забавена костна спрямо хронологичната възраст според атласа на Greulich и Pyle (radiopaedia)

МРТ и КТ на хипофиза при деца

Магнитно-резонансната томография (МРТ) е „Златен стандарт“ за визуализация на хипоталамо-хипофизарната ос. (Kumar & Sharma, 2023) Методът не използва йонизиращо лъчение, което го прави подходящ за педиатричните пациенти. Осигурява висока разделителна способност на меките тъкани, което е от съществено значение за откриване на малки структурни аномалии. Подходяща е за многократно проследяване.

Компютърната томография (КТ) използва йонизиращо лъчение, поради което приложението ѝ при деца е ограничено и се препоръчва само при специфични показания. Подходяща е когато МРТ е недостъпен или не може да се изпълни. По-краткото време на изследване с КТ в сравнение с МРТ е предимство при неспокойни пациенти. Има по-ниска мекотъканна разделителна способност от МРТ, но отлична визуализация на костни структури и калцификати.

Провеждане на КТ и МРТ изследванията. Роля и отговорности на рентгеновия лаборант (Табл. 1).

1. Предварителна подготовка на пациента

- ✓ При МРТ обикновено не се прилага контраст и не се изисква гладуване.
- ✓ При КТ с контраст е необходимо гладуване 4–6 часа преди изследването.
- ✓ При нужда (например малки деца) – обсъжда се възможността за седация с анестезиолог.
- ✓ При МРТ: без метални предмети, импланти или брекети (ако са

несъвместими с магнитното поле);

- ✓ При нужда от контраст: проверка на бъбречна функция.
- ✓ При нужда от седация – участие на анестезиолог.

2. *Информирано съгласие (ИС)*

- ИС е писмено. Правната страна е задължение на лекаря.
- Подписва се от родител/настойник.
- Лаборантът участва в устното разяснение и инструктажа.

3. *Провеждане на изследването*

3.1. *MPT на хипофиза*

- Времетраене: 20–30 минути;
- В някои случаи – i.v. контраст (гадолиниев хелат)
- ✚ Отговорности на лаборанта: подготвя детето – поставя слушалки или тапи

за уши, позиционира го, обездвижва го надеждно, провежда изследването – избор на параметри според възрастта и показанията, наблюдение и комуникация с детето чрез микрофон и/или визуален контакт, оценява качеството на образите и провежда допълнителни серии при нужда.

3.2. *КТ на хипофиза* – прилага се при спешност или противопоказания за МРТ.

- Без или с йоден контраст;
- Времетраене: под 5 минути (бързо, минимален стрес за детето);

✚ Отговорности на лаборанта: прави проверка на лабораторните показатели за бъбречната функция (скорост на гломерулна филтрация), анамнеза за алергия (ако се прилага контраст), поставя периферен венозен източник за контрастното вещество, провежда изследването – наблюдава пациента при въвеждане на контраста (възможни реакции), извършва сканирането с педиатрични параметри, прави оценка на образите за артефакти и покритие на зоната на интерес.

4. *Приключване на изследването*

Рентгеновият лаборант документира параметрите на изследването, реакцията на пациента, предава образите на рентгенолога за интерпретация, при късна алергична реакция – незабавно информира лекарския екип.

Табл. 1. Отговорности на рентгеновия лаборант при МРТ и КТ на хипофиза

Етап	Задължения/отговорности
Подготовка	Подготовка на апаратурата и средствата за имобилизация и комфорт, поставяне на периферен венозен източник, инструкции към родител и дете
Безопасност	Проверка за противопоказания, обездвижване, работа с контраст, наблюдение при седация, реакция при остра непоносимост към контраста
Изпълнение	Позициониране, избор на параметри, провеждане на сканиране
Контрол на качеството	Оценка на образите, повторения при нужда или допълнителни
Документация и комуникация	Предаване на данни на лекаря, съдействие при късна реакция към контраста

Изборът между МРТ и КТ за изследване на хипофизата при деца зависи от клиничните показания и налични специфични обстоятелства около пациента. МРТ е предпочитаният метод за повечето ендокринни и хипофизни нарушения поради липсата на радиация и отличната визуализация на меките тъкани. КТ намира приложение при специфични показания или когато МРТ е противопоказана. Важно е решението за избор на метод да бъде взето съвместно от педиатър, ендокринолог и рентгенолог, като се отчита индивидуалният клиничен контекст на детето. Таблица 2 представя кратко сравнение на основните характеристики на КТ и МРТ при изследване на хипофиза при деца.

Табл. 2. Сравнение на МРТ и КТ на хипофиза при деца

Характеристика	МРТ	КТ
Облъчване с йонизиращо лъчение	Няма	Има
Времетраене на изследването	По-дълго (20–30 минути)	По-кратко (няколко минути)
Разделителна способност	Висока за меки тъкани	Висока за калцификати и костни структури
Необходимост от седация	Често необходима при малки деца	Рядко необходима

Лечение на деца с дефицит на растежния хормон

Лечението на деца с дефицит на растежния хормон се извършва в специализирани болнични заведения с рекомбинантен човешки растежен

хормон. Спирането на лечението е постепенно, под лекарски контрол, след достигане на крайния ръст и добро полово развитие.

Заклучение

Дефицитът на растежния хормон е състояние с комплексно въздействие върху здравето и психиката на детето. Рано поставената диагноза и адекватното лечение значително подобряват физическото развитие и качеството на живот на пациентите.

Съвременната образна диагностика е незаменима част от клиничната практика при педиатрични пациенти с хормонални и ендокринни заболявания. Тя допълва лабораторните изследвания и подпомага поставянето на точна диагноза, насочва към правилно лечение и позволява прецизно проследяване на състоянието в дългосрочен план.

Мултидисциплинарният подход (образна диагностика, ендокринологично лечение и психологическа грижа) е ключът към постигане на пълноценен живот за децата с дефицит на растежен хормон.

Литература

Aryayev, M., & Senkivska, L. (2021). *Quality of life for children with growth hormone deficiency: significance of clinical, psychoemotional and socio-demographic factors. Problems of Endocrine Pathology*, 77(3), 7–13. (Accessed on 16 Oct 2025) <https://doi.org/10.21856/j-PEP.2021.3.01>

British Society for Paediatric Endocrinology and Diabetes BSPED Secretariat, BioScientifica Euro House 22 Apex Court Woodlands, Bristol BS32 4JT - UK Telephone No: + 44 (0) 01454 642208 Internet: <http://www.bsped.org.uk/>

Cappa, M., Pozzobon, G., Orso, M., Maghnie, M., Patti, G., Spandonaro, F., Granato, S., Novelli, G., La Torre, D., Salerno, M., & Polistena, B. (2024). *The economic burden of pediatric growth hormone deficiency in Italy: a cost of illness study. Journal of endocrinological*

ElBakry NM. (2024). *30 Impact of growth hormone therapy on quality of life in short stature children. BMJ Paediatrics Open.*;8:(Accessed on 16 Oct 2025) <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2024-ASPED.30>

Expert Center of Rare Endocrine Diseases (2006). *Defitsit na rastezhen hormone*.UMHAT "Sv. Marina"-Varna (Accessed on 16 Oct 2025)

https://www.svetamarina.com/uploaded/system_documents/4993/DEFICIT_NA_RACTEZHEN_XORMON.pdf

Kumar, A., & Sharma, R. (2023). *Role of MR imaging in the evaluation of pituitary lesions. Oncology Radiotherapy*, 17(3), 101–108. Retrieved from

<https://www.oncologyradiotherapy.com/articles/role-of-mr-imaging-in-the-evaluation-of-pituitary-lesions-101802.html>

Murphy A, Knipe H, Bell D, et al. (2023). *Bone age (radiograph)*. Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 16 Oct 2025) <https://doi.org/10.53347/rID-58722>

European Society for Paediatric Endocrinology ESPE Secretariat, BioScientifica Euro House
22 Apex Court Woodlands, Bristol BS32 4JT - UK Telephone No: + 44 (0) 01454 642208 Internet:
<http://www.eurospe.org/>

✉ **Нина К. Михайлова**

МУ-Плевен, Медицински колеж

Катедра „Медико-диагностични дейности“

e-mail: nina_mihajlova@abv.bg

ПРИЛОЖЕНИЕ НА КОМПЮТЪРНАТА ТОМОГРАФИЯ С КОНУСОВИДЕН СНОП В ЛЪЧЕЛЕЧЕНИЕТО И РАДИОХИРУРГИЯТА НА ЛИНЕЕН УСКОРИТЕЛ

Г. Виолинов¹, П. Виолинов², М. Ганчева-Масо³, Д. Костова-Лефтерова^{4,5,6}, Н.
Михайлова⁵, И. Петров⁷

¹ МБАЛ „Сърце и Мозък“ – гр. Плевен, Отделение по лъчелечение и радиохирургия

² МБАЛ „Авис Медика“ – гр. Плевен, Отделение по образна диагностика

³ УСБАЛ по онкология „Проф. Иван Черноземски“ – София, Клиника по лъчелечение

⁴ МБАЛ „Национална кардиологична болница“ – София

⁵ Медицински университет – Плевен, Катедра Медико-диагностични дейности

⁶ УМБАЛ „Александровска“ – Sofia, България

⁷ МБАЛ „Сърце и Мозък“ – Плевен, Медицинска физика

APPLICATION OF CONE-BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY IN LINEAR ACCELERATOR RADIOTHERAPY AND RADIOSURGERY

G. Violinov¹, P. Violinov², M. Gancheva-Maso³, D. Kostova-Lefterova^{4,5,6}, N. Mihaylova⁵, I.
Petrov⁷

¹ Heart and Brain Center of Clinical Excellence – Pleven, Radiotherapy and radiosurgery department

² МНАТ „Avis Medica“ – Pleven, Medical Imaging Department

³ Specialized Hospital for Active Treatment in Oncology „Prof. Ivan Chernozemski“ – Sofia,
Radiotherapy Department,

⁴ National Cardiology Hospital – Sofia

⁵ Medical University – Pleven, Department of Medical Diagnostic Activities

⁶ Alexandrovska Hospital – Sofia,

⁷ Heart and Brain Center of Clinical Excellence – Pleven, Medical physics

ABSTRACT: *This work presents the capabilities and clinical applications of cone-beam computed tomography (CBCT) in modern radiotherapy and radiosurgery, with a particular emphasis on the central role of radiotherapy radiographers in its implementation. The basic principles of CBCT image acquisition are outlined and compared to conventional CT, highlighting the practical advantages of CBCT in clinical workflows. Key responsibilities, challenges, and decision-making aspects for radiotherapy radiographers are explored, especially in the context of patient positioning and verification. Innovative developments such as 4D CBCT and six degrees of freedom (6DoF) correction are also discussed, underscoring the dynamic evolution of image guidance techniques.*

The integration of CBCT into image-guided radiotherapy (IGRT) and stereotactic radiosurgery has significantly enhanced the precision of target volume localization and visualization of critical organs, leading to improved treatment accuracy and patient safety. Radiotherapy radiographers play a central role in ensuring optimal use of this technology—their technical expertise, attention to detail, and communication within the multidisciplinary team are essential for delivering safe, accurate, and personalized treatment.

Keywords: cone-beam, CBCT, radiotherapy, medical imaging, IGRT

Въведение

В съвременното лъчелечение и радиохирургия, една от най-важните стъпки за постигане на ефективна и безопасна терапия е точното позициониране на пациента при облъчване. Дори минимални отклонения в позицията на тялото, както и на вътрешните органи и различни анатомични структури спрямо лъчевия сноп, могат да доведат до субоптимално облъчване на мишенния обем и/или облъчването на здрави, неподлежащи на облъчване с терапевтична доза, тъкани. За по-прецизно позициониране и верификация на позицията и вътрешната анатомия, както и за намаляване на осигурителните зони към планираните мишенни обеми, в съвременната практика се прилага т.нар. образно-насочвано лъчелечение (IGRT, Image-Guided RadioTherapy), с използването на съвременни образни методи за верификация и корекция на позицията на пациента.

В началото за проверка на позиционирането на пациента са използвани рентгенови филми (портални образи), получени чрез високоенергийното фотонно лъчение от линейния ускорител. Този подход се характеризира с ниска точност, продължително време за изпълнение и висока трудоемкост. С развитието на технологиите биват внедрени електронни портални образни устройства (EPID – Electronic Portal Imaging Device), които използват дигитални детектори, монтирани на гентритото, срещу главата на линейния ускорител. Те осигуряват бърза и точна верификация на позицията на пациента, както и възможност за лесно съхранение и споделяне на образите чрез локална мрежа или информационна система.

EPID технологията обаче продължава да използва високоенергийното фотонно лъчение на ускорителя, поради което получаваните образи не предоставят достатъчно висок контраст и като правило, с някои по-съвременни изключения (Halcyon, Tomotherapy), дават възможност само за 2D визуализация. Така наречените мегаволтни образи „MVобрази“ при EPID

изобразяването дават възможност за ясна визуализация, най-вече на костни структури. EPID технологията не дава добър мекотъканен контраст и не е подходяща за верификация на вътрешната анатомия на пациента. Тези проблеми се решават с интегрирането на киловолтни (kV) рентгенови системи към линейните ускорители, които, като правило, дават по-информативни 2D образи, но са проектирани да осигуряват и възможност за извършване на компютърна томография с конусовиден сноп (CBCT, Cone-Beam Computed Tomography). CBCT позволява получаване на триизмерни образи на пациента на терапевтичната маса на линейния ускорител, в позиция за провеждане на лъчелечение, точно преди всяко терапевтично облъчване. Триизмерните образи се корегистрират и сравняват директно с КТ образите, използвани за планиране на лъчелечението, което позволява оценка и корекция на ротационни (освен на транслационни) отмествания, както и верификация на вътрешната анатомия на пациента с много добър мекотъканен контраст.

kVCBCT дава възможност за получаване на информативни образи със значително по-добро качество и позволява прецизна локализация на мишенните обеми и критичните структури, което прави лечението по-безопасно и ефективно. Прилагането на kVCBCT дава възможност на клиничния екип, включително рентгеновите лаборанти, да наблюдава, коригира и верифицира позицията на пациента и мишенните обеми при всеки един лъчетерапевтичен сеанс и подобрява прецизността на лъчетерапевтичния процес.

Цел

В настоящия доклад се представят възможностите и приложенията на CBCT в лъчелечението и радиохирургията и се подчертава ролята на рентгеновия лаборант в съвременните образно-насочвани лъчелечение и радиохирургия.

Материали и методи

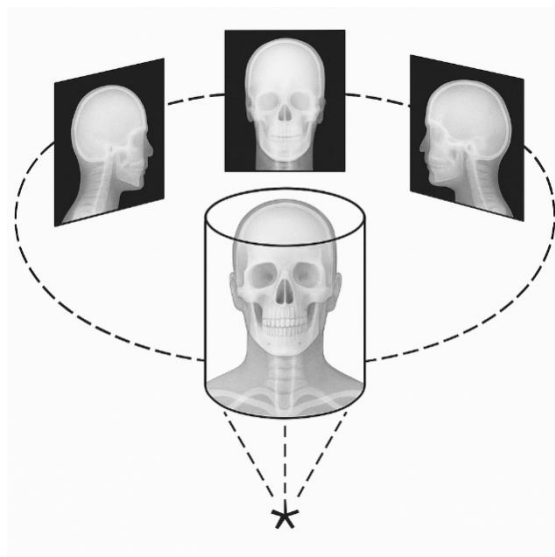
С цел постигане на поставените цели са анализирани основните принципи на образна визуализация чрез СВСТ, като е направено сравнение с конвенционалната компютърна томография (КТ). Представени са практическите предимства на СВСТ метода при приложението му в лъчелечението и радиохирургията, както и основните задачи и предизвикателства, пред които се изправят рентгеновите лаборанти при използването на СВСТ за насочване и верификация на пациентите в клиничната практика. Специално внимание е отделено на някои от най-новите технологични иновации в областта – четириизмерна СВСТ (4D СВСТ) и корекция по шест степени на свобода (6DoF) при позициониране на пациента. Анализът е извършен въз основа на учебни източници, научни публикации, както и натрупания практически технически и клиничен опит на екипа.

Резултати и обсъждане

Основен принцип на получаване на рентгеновия образ при СВСТ

Рентгеновият образ се създава благодарение на способността на рентгеновото лъчение да прониква през човешкото тяло и да взаимодейства различно с отделните органи и тъкани. При преминаването си през тялото рентгеновите лъчи се отслабват в различна степен – по-силно от плътни структури и тъкани с висок атомен номер (като костите) и по-слабо от по-малко плътни тъкани и органи (като мускули, вътрешни органи или кухини, изпълнени с въздух). След преминаването си, вече отслабеното рентгеново лъчение достига до детектор, където се формира двумерен проекционен образ. Областите, при които е погълнато в по-голяма степен рентгеновото лъчение (например през костната тъкан), се изобразяват по-светли. Обратно, областите с по-малка степен на отслабване (въздух или меки тъкани) изглеждат по-тъмни. Именно тези разлики в поглъщането на лъчението обуславят контраста на рентгеновите проекционни образи и служат като основа за последващите томографски и компютърни реконструкции.

В съвременното киловолтно рентгеново изобразяване, включително в лъчелечението и радиохирургията, се използват усъвършенствани цифрови плоски панелни детектори, които дават възможност за моментно получаване на образи с висока разделителна способност. При СВСТ, вместо единичен образ, се получават множество проекции от различни ъгли при завъртане на гентрито около пациента. На фиг. 1 е показан принципът на СВСТ сканиране с илюстрация на ротацията на рентгеновата тръба около пациента и получаването на проекционни образи за реконструкция. Софтуерно от тези проекции се реконструира триизмерно томографско изображение, което позволява много по-точна визуализация на вътрешните структури и тяхната позиция.

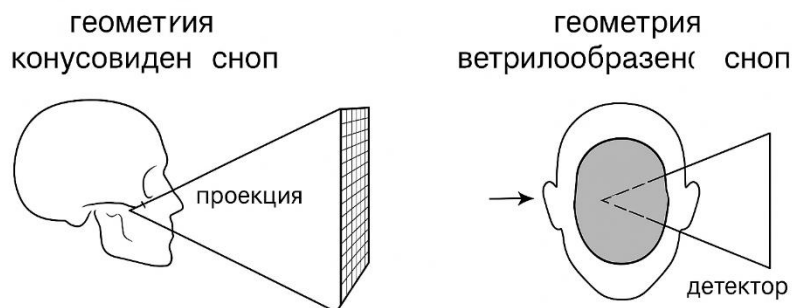


Фигура 1. Принцип на получаване на образа при СВСТ

Сравнение между СВСТ и конвенционална КТ

Компютърната томография с конусовиден сноп (СВСТ) и конвенционалната компютърна томография (КТ) използват рентгеново лъчение за получаване на триизмерни томографски образни данни, но се различават значително по принцип на действие и приложение. Основните разлики в принципа на действие са във формата на рентгеновия лъчев сноп (както подсказва и „конусовиден сноп“ в наименованието) и начина на сканиране. При

СВСТ се използва конусовиден рентгенов сноп и единичен плоско-панелен детектор с голяма площ (*фиг.2*).



Фигура 2. Получаване на томографски образ – СВСТ (ляво) и КТ (дясно)

При СВСТ сканирането се извършва с една ротация на гентрито под определени ъгли около неподвижен пациент. Чрез софтуерна реконструкция от серията двуизмерни образи, получени под различни ъгли, се получава триизмерна томографска реконструкция. При конвенционалната КТ рентгеновият сноп е тесен и ветрилообразен, като при всяко завъртане на рентгеновата тръба около пациента се сканира само тясна област от обема. Крайните томографски образи се получават чрез софтуерно реконструиране от данните от различните проекции. При съвременните КТ и СВСТ системи обемните реконструкции се получават чрез итеративно реконструиране на образа.

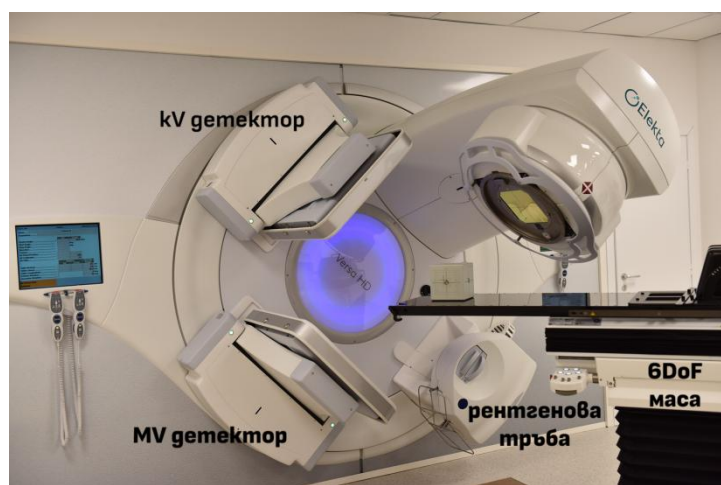
СВСТ уредбите са изключително подходящи за визуализация на висококонтрастни обекти, като например кости. Недостатък е по-ниската контрастна разделителна способност, което прави метода неподходящ за детайлна визуализация и оценка на мекотъканни структури, в сравнение с КТ с ветрилообразен сноп, която осигурява по-добро тъканно разграничение и се използва широко в образната диагностика.

В лъчелечението и радиохирургията, СВСТ се използва основно за позициониране на пациента и верификация на позиционирането му и визуализиране на вътрешната анатомия. Дозата на пациента при СВСТе по-

ниска спрямо тази при КТ, но КТ остава основен метод за получаването на образи с по-добра разделителна способност и мекотъканен контраст за целите на планирането на лъчелечението и радиохирургията.

Приложение на СВСТ в лъчелечението и радиохирургията

СВСТ е ключов метод в съвременното лъчелечение и радиохирургия и неотменна част от лъчетерапевтичния процес приобразно-насочвано лъчелечение (IGRT), като осигурява образи със задоволително качество за целите на позиционирането и верификацията. Интеграцията на СВСТ в ежедневната практика повишава прецизността на провежданото терапевтично облъчване, намалява риска от субоптимално облъчване на мишенните обеми и непредвидено облъчване на здрави тъкани. Системите за СВСТ, интегрирани към линейните ускорители (*фиг.3*), позволяват неинвазивна проверка на позиционирането (транслация и ротация) и вътрешната анатомия на пациента, непосредствено преди и дори по време на облъчването. СВСТ верификацията е особено важна при облъчване на анатомични обекти, които могат да се преместват между процедурите в различни дни например глава и шия, бял дроб, корем, простата и други обеми в малкия таз, където дори минимални размествания в анатомията могат да доведат до критични пропуски в покритието на тумора или непредвидено облъчване на прилежащи здрави органи и тъкани.



Фигура 3. Линеен ускорител – рентгеновата тръба и плоско-панелния детектор се движат синхронно

Ограничения и предизвикателства при СВСТ

Въпреки широкото си разпространение и доказаните клинични предимства, СВСТ има редица ограничения, които следва да се вземат предвид при практическото му приложение. Основен недостатък е по-ниската контрастна разделителна способност в сравнение с конвенционалната КТ. Това прави метода по-малко подходящ за прецизно визуализиране на меки тъкани, особено в анатомични области като корем и таз. Причината за това е свързана с по-големия облъчен обем и наличието на повече разсеяно лъчение, което достига до детектора. В допълнение, при СВСТ често се наблюдават специфични артефакти, които могат съществено да компрометират качеството на получените образи.

Друг важен недостатък е нестабилността на HU стойностите (Hounsfield Units) или т.нар. СТ числа при СВСТ, в сравнение с конвенционалната КТ. При СВСТ не е възможно точното определяне на електронната плътност на сканираната среда. Наличните на пазара СВСТ системи имат ограничено поле на изобразяване в сравнение с конвенционалната КТ, използвана за планиране, което не позволява визуализирането на целия обем на тялото. Последните два недостатъка правят СВСТ образните данни неподходящи за дозиметрични изчисления. Този проблем се адресира в съвременните планиращи системи за адаптивно лъчелечение с възможности за софтуерно „деформиране“ на оригиналната КТ за планиране на лъчелечението на база на актуалния СВСТ образ, както и с възможността при някои най-нови СВСТ системи да се получават образи с достатъчно голямо поле на изобразяване и стабилни HU с еднозначна калибровка към електронна плътност.

Трябва да се има предвид, че дозата на пациента при СВСТ е значително по-висока от получаваната доза при двойка ортогонално спрегнати планарни

проекции за верификация, което изисква рационално използване на методиката и оптимизация на протоколите, особено при ежедневни верификации при IGRT.

Всички тези фактори подчертават необходимостта от добре обучен персонал, внимателна първоначална и продължаваща във времето оптимизация на СВСТ протоколите, както и на адекватно осигуряване на качеството, за да се осигури максимална клинична ефективност при минимален риск за пациента.

4D СВСТ и 6DoF корекции

Четириизмерната компютърна томография с конусовиден сноп (4DCBCT) е усъвършенствана технология, която добавя параметъра време като компонент към триизмерното (3D) томографско изобразяване. Основната ѝ цел е да отчете и визуализира движението на анатомични структури, най-често по време на дихателния цикъл, което е от критично значение при радиохирургия на подвижни органи, като бял дроб, черен дроб, панкреас и др. структури в областта на торакс и корем.

За разлика от стандартното 3D СВСТ, което предоставя един осреднен по времето за сканиране образ, 4D СВСТ позволява сортиране на образите по фаза на дишане и генериране на отделни 3D томографски реконструкции, всяка от които отговаря на определена фаза от дишането (най-често 8–10 фази). Като правило, при 4D СВСТ се получават по-голям брой (понякога в пъти) образи при много по-бавно завъртане на гентритото около пациента. 4D СВСТ позволява по-точно позициониране и верификация на мишенни обеми, които се движат при дишане, например тумори и метастази в белите дробове или горната част на корема (черен дроб, панкреас).

6DoF (6 Degrees of Freedom, 6 степени на свобода) позиционирането при модерните лъчетерапевтични апарати, често роботизирано, се осъществява с помощта на високотехнологична маса за позициониране на пациента. 6DoF дава възможност за шест степени на свобода на движение за прилагане на корекция на позицията не само чрез трансляция по трите основни линейни направления (ляво-дясно, нагоре-надолу, напред-назад), но и чрез ротационни

корекции около всяка от тези оси. 6DoF масата работи съвместно със СВСТ, като след сканирането и сравняването на позицията спрямо референтния образ и получаване на необходимите корекции на позицията, тези корекции се изпращат към 6DoF масата за изпълнение.

Роля на рентгеновия лаборант при използване на СВСТ в лъчелечението и радиохирургията

Рентгеновият лаборант има съществена и активна роля в прилагането на СВСТ в лъчелечението и радиохирургията. Той е не просто технически изпълнител, а важен участник в лъчетерапевтичния процес, отговарящ за тоното позициониране, качеството на образите и безопасността на пациента. Работата на лаборанта изисква високо ниво на технически умения, отлични познания по анатомия, вкл. томографска, и добра комуникация и колаборация в рамките на целия интердисциплинарен лъчетерапевтичен екип.

Основна задача на рентгеновия лаборант е да осигури точно позициониране на пациента при всяка терапевтична фракция. Това включва поставяне на предвидените позициониращи и имобилизационни средства (бордове, подложки, маски, вакуумни дюшеци и др.), позициониране по референтни маркери с използване на лазерната система в процедурното помещение, получаване на СВСТ образни данни в позицията за провеждане на облъчване, ко-регистрация и сравнение между планираната (референтни КТ образи) и реалната (СВСТ) позиция, прилагане на финни корекции на позицията по трите линейни направления и при необходимост – ротационно. Лаборантът задава параметрите и подготвя системата за СВСТ верификация спрямо анатомичната област и предвидения протокол, като зарежда необходимите колиматори, филтри, позиция на детекторния панел.

При разминаване между реалната и планираната анатомия лаборантът сигнализира лекарят лъчетерапевт и медицинския физик.

Лаборантът следи за радиационната безопасност и оптимизираното облъчване на пациентите, свързано най-вече с точното и прецизно изпълняване

на позиционирането и сканирането и намаляване на случаите, при които е необходимо повторно позициониране и сканиране за съответната процедура. Лаборантът също така е в пряк контакт с пациента, осигурявайки и проверявайки спазването на необходимия протокол за процедурите (например изисквано ниво на изпълване на тазови органи) и създавайки атмосфера на доверие и спокойствие, особено при деца, възрастни или тревожни пациенти.

Заклучение

Въвеждането и прилагането на СВСТ в образно насочваното лъчелечение и радиохирургията води до получаването на по-информативни образи и прецизно локализиране на мишенните обеми и критичните структурии осигуряването на по-безопасен и ефективен лъчетерапевтичен процес. Благодарение на тази технология клиничният екип, включително рентгеновите лаборанти, има възможност да наблюдава в 3 (или дори 4 с 4D СВСТ) измерения, коригира и верифицира позицията на пациента и мишенните обеми и близката анатомия при всеки един лъчетерапевтичен сеанс, което играе ключова роля в съвременната лъчетерапевтична практика. Рентгеновият лаборант е основен участник в успешното приложение на СВСТ в практиката. Неговата експертиза, внимание към детайла и ефективна комуникация в рамките на интердисциплинарния екип гарантират качествено, безопасно, точно и персонализирано лечение за всеки пациент.

Литература

Srinivasan, K., Mohammadi, M., & Shepherd, J. (2014). *Applications of linac-mounted kilovoltage Cone-beam Computed Tomography in modern radiation therapy: A review*. Polish journal of radiology, 79, 181–193.

Zhang, Y., Jiang, Z., Zhang, Y., & Ren, L. (2024). A review on 4D cone-beam CT (4D-SVCT) in radiation therapy: Technical advances and clinical applications. *Medical physics*, 51(8), 5164–5180.

Yoo, S., Yin, F. F., & Kim, J. H. (2020). *Four-dimensional cone beam CT-based image-guided adaptive radiation therapy: A review*. *Radiation Oncology Journal*, 38(1), 1–11

Gancheva, M., Parvanova, V., Kostova-Lefterova, D. Patient positioning verification methods in percutaneous radiotherapy and the related additional exposure. *Roentgenologia and Radiologia*, 2025 LXIV (2), 74-82. ISSN 0486-400X

✉ **Георги Виолинов**

МБАЛ „Сърце и Мозък“ – гр. Плевен
Отделение по лъчелечение и радиохирургия
georgiviolinov@abv.bg

✉ **Петьо Виолинов**

МБАЛ „Авис Медика“
Отделение по образна диагностика
petyo.ivaylov@abv.bg

✉ **Михаела Ганчева-Масо**

УСБАЛ по онкология „Проф. Иван Черноземски“
Клиника по лъчелечение
mvgancheva@gmail.com

✉ **Десислава Костова-Лефтерова**

Медицински Колеж – Плевен
Катедра „Медико-диагностични дейности“
dessi.zvkl@gmail.com

✉ **Нина Михайлова**

Медицински Колеж – Плевен
Катедра „Медико-диагностични дейности“
nina_mihajlova@abv.bg

✉ **Иво Петров**

МБАЛ „Сърце и Мозък“
Лаборатория „Медицинска физика“
i.petrov.pn@heartandbrain.bg

**АНАЛИЗ НА КАЧЕСТВОТО НА ПРАКТИЧЕСКОТО ОБУЧЕНИЕ В СПЕЦИАЛНОСТ
„МЕДИЦИНСКА КОЗМЕТИКА“ КЪМ МЕДИЦИНСКИ КОЛЕЖ – ПЛЕВЕН ЗА
ПЕРИОДА 2023–2024 ГОДИНА**

Ц. Иванова¹, Е. Иванова¹, М. Христова¹

¹ Медицински университет – Плевен, Медицински колеж – Плевен, Катедра „Медико-
диагностични дейности“

**ANALYSIS OF THE QUALITY OF PRACTICAL TRAINING IN THE SPECIALTY
„MEDICAL COSMETICS“ AT THE MEDICAL COLLEGE – PLEVEN FOR THE
PERIOD 2023–2024**

Ts. Ivanova¹, E. Ivanova¹, M. Hristova¹

¹Medical University – Pleven, Medical College, Department of Medical-Diagnostic Activities

ABSTRACT

Introduction: Practical training at the Medical College-Pleven is an integral part of the education quality system. It supports the learning process by building on knowledge, skills and competencies, developing the abilities of students majoring in "Medical Cosmetics" in various working conditions. Practical training helps build a connection between theoretical training and the real work environment in order to shape future healthcare professionals and provide quality healthcare services in the field of medical and cosmetic care.

Aim: To analyze the quality of practical training at the Medical College-Pleven, specialty „Medical Cosmetics“ for the period 2023-2024.

Materials and methods: Surveys conducted on practical training, practices and internships (survey 01-04) among students of the "Medical Cosmetics" specialty, first, second and third year in 2023 and 2024.

Results: Regarding the planning, education and location of practical training in 2023, respondents indicated a high percentage of 82.6%, and in 2024 72.7%. A high percentage of respondents indicate the participation of teachers in the management and conducted of practical training, for 2023 - 87%, and in 2024 - 75.7%. In 2023, 65.2% of respondents indicated that the materials base and conditions for practical training outside MU-Pleven are at a high level, and the percentage of dissatisfaction is 34.7%. In 2024, the satisfaction rate with the materials base and conditions is 82%. Over 85% of students believe that the practical training and the knowledge and skills they have acquired will help them in the process of successful implementation on the labor market.

Conclusion: The emergence, realization and prospects of medical cosmetics professionals provide the basis for the development of Cosmetology in Bulgaria and outline important key moments in modern human care for good health and well-being. "Medical beautician" is a profession of the future - with a growing need for well-trained personnel. University education gives us a new vision for the profession and is a guarantee of quality and competitiveness in the labor market.

Keywords: Bulgaria, medical cosmetics, Medical college, practical training, questionnaire survey

Въведение

Медицинският колеж е основно структурно звено в Медицински университет – Плевен с над 75-годишна история, в което се обучават студенти с 3-годишен срок на обучение, образователно-квалификационна степен „професионален бакалавър“, и което успешно съчетава традициите с иновациите в областта на здравните грижи.

Решението за разкриването на професионално направление „Здравни грижи“ със специалност от нерегулираните професии „Медицинска козметика“ е взето на заседание на АС на МУ – Плевен от 06.07.2015 год. – Протокол № 24. С решение на АС на НАОА – Протокол № 25 от 19.07.2016 год., е дадена положителна оценка на проекта за разкриване. Определен е капацитет за обучение на 60 студенти по специалността.

Целта на обучението по „Медицинска козметика“ е подготвяне и създаване на здравни кадри по козметика с висше образование ОКС – „Професионален бакалавър“. Специалност „Медицинска козметика“ предлага възможност за работа в динамична, непрекъснато развиваща се и изключително завладяваща емоциите сфера, в която грижата за външния вид върви ръка за ръка със здравето и самочувствието на пациента. Обучението съчетава теоретична подготовка с практически занятия.

Практическото обучение в Медицински колеж – Плевен е неизменна част от учебните планове на всички специалности, подготвящи здравни кадри. То е задължителна част от висшето образование както в колежите, така и в университетите. Почти ½ от хорариума в учебните планове е предназначен за практическа подготовка (учебно-практически занятия, студентски практики, стаж и др.). Практическото обучение в Медицински колеж – Плевен е съставна част на системата за качество на образованието. То подпомага процеса на обучение, като надгражда знанията, уменията и компетенциите, развивайки способностите на студентите от специалност „Медицинска козметика“ към различни работни условия. Обучението по практика спомага за изграждането на

взаимовръзка между теоретичната подготовка и реалната работна среда, за да оформи бъдещите здравни кадри и да осигури качествени здравни услуги в сферата на медико-козметичните грижи. Прилагането на съвременните методи за практическо обучение (проблемно-базирано обучение, метод на ротация, обучение чрез опит, ролеви игри и др.) поставят акцент върху активното участие на обучаемите в учебния процес, както и развитие на умения чрез реални ситуации.

Обучението по учебна практика се провежда в лицензирани и утвърдени учебни бази по практика, с които университетът има сключени договори за сътрудничество. Сред тях са дерматологични клиники, салони за красота, естетични и СПА центрове, физиотерапевтични клиники и др. Всички те отговарят на държавните изисквания, поставени от регулаторните органи – Министерство на здравеопазването, Регионална здравна инспекция, Комисия за защита на потребителите и др.

Образователните цели, които си поставя Колежа, са в съответствие с нуждите на страната и региона и образователно-квалификационната степен – подготовка на компетентни професионалисти, притежаващи необходимите теоретични знания и практически умения, способни да отговорят на динамичните изисквания на промените в здравните грижи, козметологията, фармацевтичната и медицинската наука и практика.

Професионалното обучение е сложно съчетание от интелектуални и трудови дейности, които взаимно се допълват и като резултат обуславят същността на „професионалната квалификация“. Терминът „практическо обучение“ обхваща всички дейности, методи и подходи, които имат отношение към изграждането на професионални навици и умения. Практическото обучение включва: практическа подготовка (учебно-практическа дейност, стаж в реална работна среда); практически упражнения по профилиращи и общообразователни дисциплини, протичащи чрез лабораторни и семинарни (аудиторни и извънаудиторни) дейности; и др. (Asanova, 2023).

Цел

Целта на научната разработка е да се анализира качеството на практическото обучение в Медицински колеж – Плевен, специалност „Медицинска козметика“ за периода 2023–2024 година.

Материали и методи

- *Анкетно проучване* – за целта на изследването са проведени анкетни проучвания (анкетен лист 01–04 за Проучване на студентското мнение за практическото обучение (практики, стажове) в МК – Плевен през 2023–2024 год. сред 56 студенти от специалност „Медицинска козметика“ първи, втори и трети курс;
- *Анализ на данните от анкетното проучване;*
- *Статистически метод* за обработка на данните от проучването.

Резултати и обсъждане

Медицински колеж следва утвърдената политика на системата за управление на качеството, която е оповестена в сайта на университета и е част от стратегическото управление на Медицински университет – Плевен.

Съобразявайки се с изискванията на организационната процедура при разработването на учебната документация на специалностите от Колежа, вкл. на специалност „Медицинска козметика“ (учебен план, квалификационна характеристика, учебни програми и др.), през периода е изследвано мнението на студентите чрез провеждането на анкетни проучвания. Данните за проведените анкетни проучвания относно броя анкетирани студенти в специалността и годината на провеждане на изследването са обобщени в таблица №1. Пълната информация относно проведените анкетни проучвания е налична в официалния сайт на Медицински университет – Плевен, раздел „Акредитация“, подраздел „Резултати от проведени анкети в МУ – Плевен“ (<https://mu-pleven.bg/index.php/bg/>)

През 2023 и 2024 година от общия брой студенти (93) първи, втори и трети курс, обучаващи се в специалност „Медицинска козметика“, е проведено анкетно проучване сред 56 студенти относно мнението им за практическото обучение (практики, стажове).

За 2023 година от общия брой студенти (45) в специалността са анкетирани 23 студенти, а през 2024 от общия брой обучаващи се в специалността (48), анкетираните студенти са 33.

Таблица 1. Брой анкетирани студенти за 2023, 2024 год. (анкетен лист 01–04 „Проучване на студентското мнение за практическото обучение – практики, стажове“)

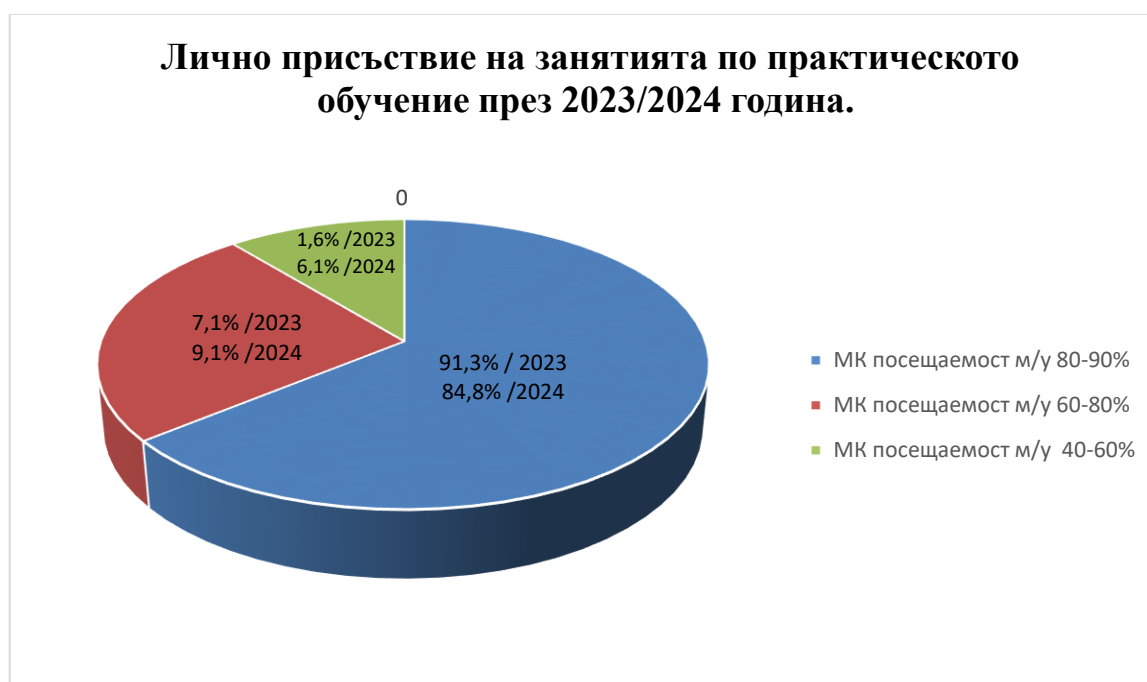
СПЕЦИАЛНОСТ И ГОДИНА НА ПРОВЕЖДАНЕ	КУРС	МЕСЕЦ НА ПРОВЕЖДАНЕ	АНКЕТИРАНИ ЛИЦА	БРОЙ СТУДЕНТИ В КУРСА
Медицинска Козметика (2023 год.)	I-ви II-ри III-ти	м. Март	23	45
Медицинска козметика (2024 год.)	I-ви II-ри III-ти	м. Октомври	33	48
Общо			56	93

Анализ на данните от проведените анкетни проучвания

Един от най-важните критерии за провеждане на практическото обучение е осъвременяване на учебния процес чрез въвеждането на иновативни форми и методи на обучение, целящи повишаване на студентската активност и мотивация за качествено професионално образование.

Анализът на данните от проведените анкетни проучвания в МУ – Плевен, специалност „Медицинска козметика“ през 2023 и 2024 година по отношение на провеждането на практическото обучение (практики и стажове) посочва,

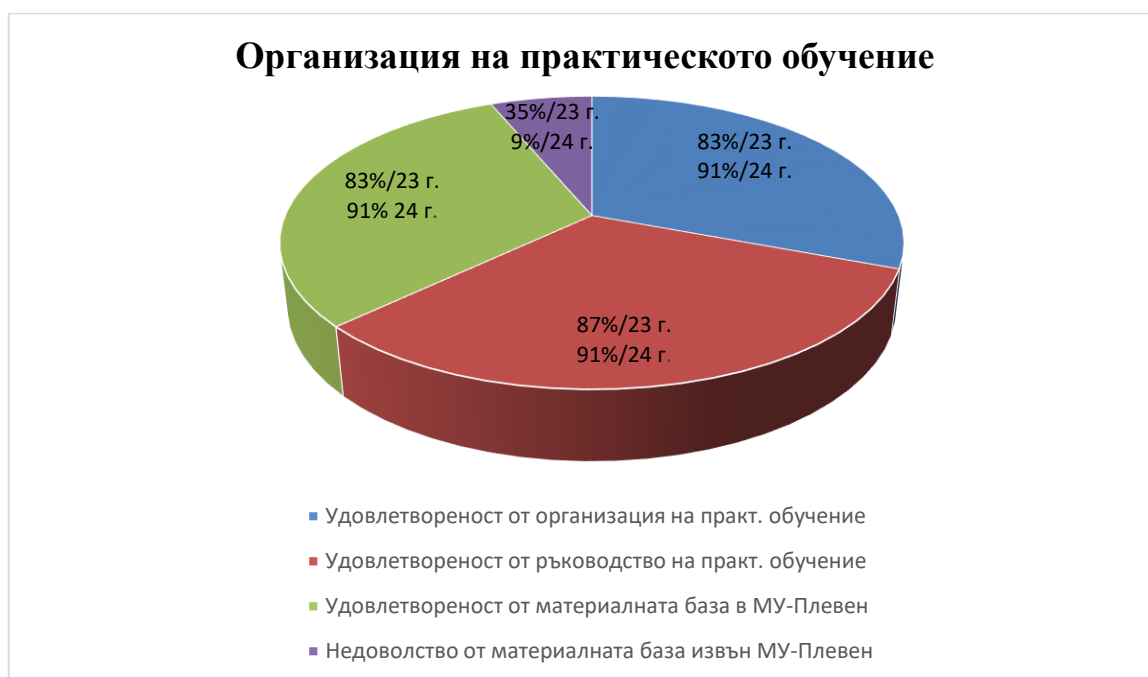
чепри над 80% посещаемост на студентите на занятията по практическо обучение през 2023 година присъствието на студентите е 91,3%, а през 2024 година 84,8%. При посещаемост на студентите в практическото обучение между 60%–80%, през 2023 година показателите сочат 7,1%, а през 2024 година 9,1%. С най-ниски показатели е процентът на посещаемост (между 40%–60%) през двете изследвани години за всички курсове на обучение – 1,6% за 2023 година и 6,1% за 2024 година. Посочените отговори са взети от общо 56 студенти, сред които 23 през 2023 година и 33 студенти през 2024 година(фиг. 1).



Фигура 1. Процентно отношение на присъствието на студентите в практическите занятия за учебната 2023 и 2024 година

През 2023 год. данните от проучването посочват, че 83% от студентите одобряват организацията на практическото обучение (планиране, продължителност, място на провеждане, последователност на темите от практическото обучение). През 2024 година от общия брой анкетирани студенти (33), удовлетворени от организацията на практическото обучение са 30 респондента (91%), а останалите 3 студенти (9%) са посочили отговор „Не“

(1) и „Не мога да преценя“ (2). През 2023 година 87% (20) от респондентите са удовлетворени от участието на преподавателите при ръководството и провеждането на практическото обучение, а през 2024 година, удовлетворените (30) са 91%. Според 65% от студентите материалната база и условията за практическо обучение извън МУ – Плевен е на високо ниво през 2023 година. През 2024 год. 91% от анкетираните студенти са удовлетворени от условията за провеждане на обучението по практика и материалната база извън МУ – Плевен. Процентът на недоволство от условията за провеждане на обучението по практика и материалната база извън МУ – Плевен през 2023 година е 35%, а през 2024 година – 9% (фиг. 2).



Фигура 2. Процентно отношение на практическото обучение според организацията, ръководството, материалната база в МУ – Плевен и извън МУ – Плевен

Сред анкетираните студенти през 2023 година 78,2% от тях смятат, че техните знания и умения, получени по време на практическите занятия, са били обективно оценени от преподавателите, а през 2024 година обективно оценени смятат, че са 82,4% от респондентите.

Висок е процентът на анкетираните през 2023 година – 91%, които са убедени, че усвоеното по време на учебно-практическите занятия, ще им е от полза при изучаването на последващи дисциплини от учебния план на специалността, докато през 2024 година процентът сред анкетираните се понижава – 76,5%.

Според посочените отговори през 2023 год. 91,3% от анкетираните студенти смятат, че проведената практическа подготовка и получените знания и умения ще ги подпомогнат в процеса на успешна реализация на трудовия пазар. През 2024 година 85,3% от респондентите споделят същото мнение.

Получената предварителна теоретична подготовка по време на лекционните занятия е солидна база за получаване на необходимите практически умения при 87% от респондентите през 2023 година и според 79,4% от анкетираните през 2024 година.

Изводи

- Обучението по практика осигурява разнообразие от методи и средства, които разкриват възможности за подпомагане на образователния процес и допринасят за създаване на качествени кадри в сферата на здравните грижи и в частност на медико-естетичните услуги;
- Основен принос на практическото обучение е, че позволява да се отчитат индивидуалните потребности на учащите, както и да се изградят у тях важни знания, умения и компетенции;
- „Медицинският козметик“ е професия с нарастваща нужда от добре обучени кадри. Университетското образование ни дава нова визия за професията и е гаранция за качество и конкурентност на пазара на труда;
- Реалната учебна среда е единствената форма за обучение, която покрива всички изисквания за безопасност и адекватност в усвояването на професионалните знания и практическите умения;

- Обучението по практика, подплатено с нужната теоретична подготовка и практически занятия, гарантира развитието на практически умения, необходими за успешната реализация на здравните кадри на трудовия пазар.
- Тясното сътрудничество между преподаватели и обучаващи се в процеса на практическото обучение води до вдъхновение, насърчава самостоятелното мислене, критичния анализ и практическия опит у учащите се;
- „Медицинският козметик“ е професия на бъдещето – с нарастваща нужда от добре обучени кадри, защото осигурява връзката между здравето и красотата. Тя дава нов поглед върху образованието на лицата, които предоставят медико-козметични услуги самостоятелно или в екип с други медицински специалисти;
- Получената предварителна теоретична подготовка по време на лекционните занятия е солидна база за получаване на необходимите практически умения;
- Продукцията на качествени и конкурентноспособни здравни кадри по медицинска козметика е резултат от добрата организация, ръководството, продължителността, място на провеждане и осъществяването на практическото обучение. Всички тези аспекти от обучението имат съществена роля в професионалната реализация на дипломираните специалисти и са ключов фактор за успешен старт в кариерното им развитие;
- Стремешът към подобряване на материалната база в университета, както и увеличаването на броя на учебно-практичните бази извън МУ – Плевен, предлагащи съвременни и иновативни медико-естетични грижи е главен аспект в обучението на студентите, за да подсили качествено, солидно и надеждно професионално образование.

Заключение

„Медицински козметик“ е професия с перспективи в бъдещето – с нарастваща нужда от добре подготвени здравни кадри в сферата на медико-естетичните грижи. Тя предлага възможност за реализация в динамична, непрекъснато развиваща се и изключително завладяваща емоциите сфера, в която грижата за пациента върви ръка за ръка, както с физическото, така и с психическото му здраве. Реализацията и възможностите за професионалното израстване на специалистите по медицинска козметика дават основата за развитието на козметологията в България и очертават важни ключови моменти в съвременната грижа за човека, за добро здраве и благополучие.

Литература

Asanova B., Disertatstionen trud. (2019). Socialno-medicinski, pedagogicheski i psihologicheski aspekti i inovacii na obuchenieto v specialnost „Medicinska kozmetika“, Medicinski Universitet – Sofiq

Taneva P., Varnenski medicinski forum (2021). Role of practical training in a medical college for the formation of professional abilities and habits in students of the specialty „Medical laboratory assistant“, Medical college-Stara Zagora

Asanova B., (2023). E-prakticheskoto obuchenie: medoti i podhodi. Centralna medicinska biblioteka, Medicinski Universitet – Sofiq, ISBN: 978-619-7491-62-3

Dobreva. A., (2022). Komunikativni umenia v praktikata na medicinskia kozmetik. Medicinski Universitet – Varna, ISBN: 978-619-221-403-6

<https://mu-pleven.bg/index.php/bg/>

✉ **Цветелина Иванова**

Медицински университет – Плевен, Медицински колеж

Катедра „Медико-диагностични дейности“

E-mail: cvetieli85@abv.bg

РОЛЯ НА БОЛКАТА ВЪРХУ СОЦИАЛНОТО ФУНКЦИОНИРАНЕ ПРИ ЖЕНИ С КАРЦИНОМ НА ГЪРДА

И. Иванова^{1,4}, С. Цветкова², М. Камбурова³

¹УМБАЛ „Д-р Г. Странски“–Плевен, Отделение по медицинска онкология

²Медицински университет – Плевен, Факултет „Фармация“, Сектор „Предклинични и
клинични науки“

³Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, Катедра „Социална
медицина и здравен мениджмънт“

⁴Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, Катедра „Социална
медицина и здравен мениджмънт“

ROLE OF PAIN ON SOCIAL FUNCTIONING IN WOMEN WITH BREAST CANCER

I. Ivanova¹, S. Tsvetkova², M. Kamburova³

¹UMHAT „Dr Georgi Stranski“ Pleven, Department of Medical oncology

²Medical University – Pleven, Faculty of Pharmacy, Section „Preclinical and Clinical Sciences“

³Medical University – Pleven, Faculty of „Public Health“, Department of „Social Medicine and
Health Management“

⁴Medical University – Pleven, Faculty of „Public Health“, Department of „Social Medicine and
Health Management“

ABSTRACT

Introduction: Pain and pain-related disability can affect a large percentage of breast cancer patients. The presence of chronic pain negatively impacts social functioning in women.

Objective: The purpose of the study is to analyze the results of questions related to the presence and extent of pain and its impact on social function in women with breast cancer.

Materials and Methods: The study involved 210 women. A demographic questionnaire was used, with pain level interpreted on a scale from 1 to 10. A quality of life questionnaire was included. Excel and SPSS v26 were used to process the data.

Results and Discussion: There is a trend for moderate to severe pain due to the disease or the treatment. There is a moderate correlation between social functioning and the results of the pain questions ($r=.303$, $p=.000$). Pain due to the disease or treatment affects social functioning in women.

Conclusion: Pain can alter social functioning in breast cancer patients. Assessment of the type and intensity of pain in women is necessary to optimize their quality of life.

Keywords: breast cancer, pain, social functioning

Въведение

Дългосрочната преживяемост при жени с рак на гърдата непрекъснато се увеличава благодарение на ранната диагноза и съвременните методи на лечение

(Bjerkeseetal., 2020). Въпреки това, години след приключване на терапията, значителна част от пациентите страдат от множество неприятни последици като болка, умора и психологически дистрес (Bergeretal., 2012; Schouetal., 2014; Reinertsen et al., 2010).

Болката и свързаното с болката увреждане могат да засегнат 25–80% от жените с рак на гърдата (Reinertsen et al., 2010; Shabangu, et al., 2023).

Пациентите най-често изпитват постоянна болка след операция, като разпространението варира от 27% до 46%, в зависимост от вида и обема на оперативното лечение (Filipponi et al., 2024). Тази болка обикновено продължава повече от три месеца, превръщайки се в хронична и има тенденция да остане стабилна до две години, без промяна в честотата и интензитета (Wang et al., 2020). Такава болка има дълбоко въздействие върху качеството на живот не само на пациентите, но и на техните семейства (Filipponi et al., 2022). Болковият синдром е широко разпространен и след лекарствено и лъчелечение при рак на гърдата (Fortner et al., 2003; Wang et al., 2018).

Персистиращата болка се свързва с по-ниска преживяемост (Quinten et al., 2009), а тежката хронична болка е свързана с повишен риск от смъртност, независимо от социално-демографските фактори на жените (Torrance, et al., 2010). Идентифицирани са множество биопсихосоциални променливи, които увеличават риска от развитие на хронична болка при жените с рак на гърдата. Известни рискови фактори за развитие на хронична болка включват: по-ниско ниво на образование; по-нисък социално-икономически статус; безработица; икономическа несигурност; ниски нива на социална подкрепа; лошо качество на съня, депресия, тревожност (Gartner et al., 2009; Lohousse et al., 2022; Poleshuck et al., 2006). Различните лечения на рака на гърдата също имат различни рискови профили за хронична болка (Schou et al., 2014). Освен това някои проучвания разкриват, че по-младата възраст при диагностициране на рак на гърдата е свързана с по-висока честота на хронична болка (Meijuan et al., 2013).

Животът с хронична болка (болка, която е налице през повечето дни за повече от три месеца) се отразява негативно на качеството на живот, поставя по-големи финансови изисквания пред индивида и може да доведе до намалена активност и ограничено участие на жената в семейството и професионално-трудова среда (Muliira et al., 2017). Болката при пациентите с карцином на млечната жлеза може да доведе до загуба на производителност, увеличено използване на ресурси и хоспитализации (Wang et al., 2018) и влошено качество на живот (Fortner et al., 2003). Пациентите с по-високи нива на онкологична болка показват по-лоши резултати по отношение на заетостта и финансите си (Mariotto et al., 2020; Halper et al., 2022).

Лечението на хронична болка при пациентите с рак на гърдата е необходимо за намаляване на страданието на жените, но и за оптимизиране на качеството на живот и възстановяване на нормалното функциониране на пациентите и участието им в житейските роли в семейството, социалната среда и работата.

Цел

Целта на настоящото проучване е да се анализират резултатите от въпросите свързани с наличието, степента на болка и нейното въздействие върху социалното функциониране при жени с карцином на млечна жлеза.

Материали и методи

Представени са резултатите на 210 пациентки с потвърден хистологично карцином на гърдата. Използван е въпросник за демографски показатели, като в това проучване ще се интерпретира степента на болка по скалата от 1 до 10. Използван е валидиран *Въпросник за качеството на живот-EORTC QLQ-C30*. Оценката на качеството на живот чрез този метод е надеждна, информативна и икономична.

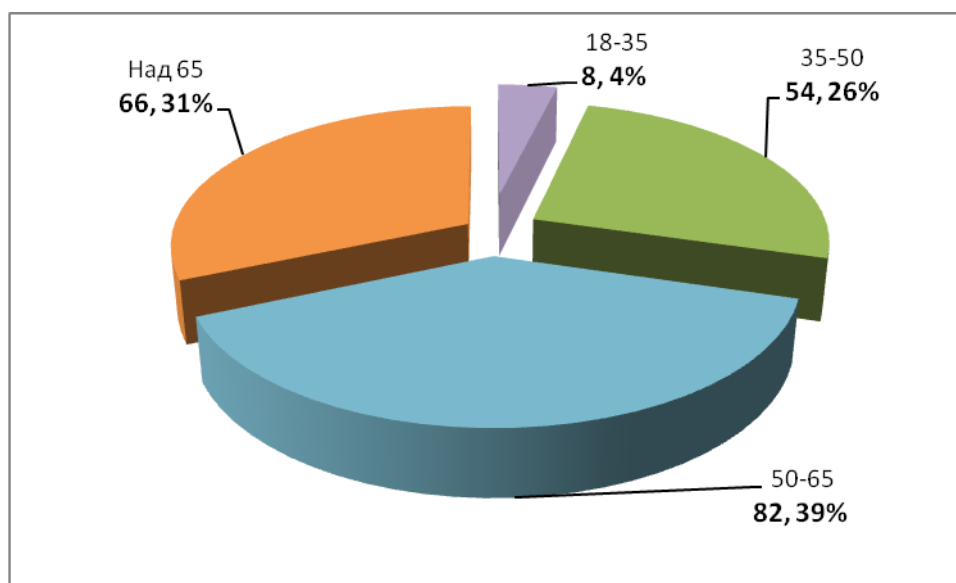
В проучването се интерпретират резултатите от функционална скала

социално функциониране. За статистически анализ и обработка са използвани Excel и SPSS програма v26. Анкетираните лица са подписали информирано съгласие за участие. Спазени са правилата за добронамереност, доброволност, конфиденциалност.

Резултати

В анкетирането взеха участие 210 (n=210) жени с рак на гърдата, на възраст между 29 и 84 години, средна възраст 58.36 години, разпределени в четири възрастови групи.

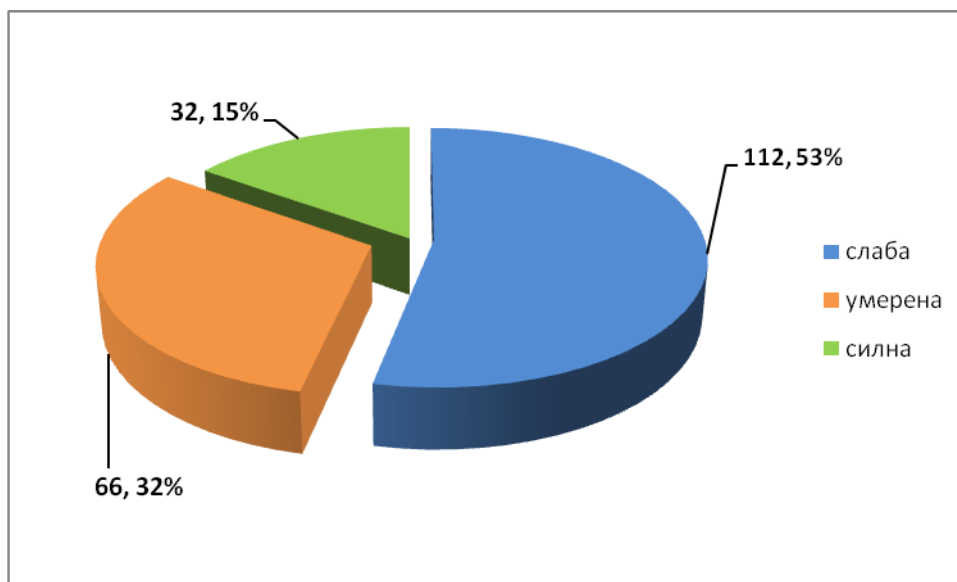
Според разпределението по възраст (фиг.1) най-голям е делът на жените на възраст 50–65 години – 39% (n=82), следвани от възрастовата група над 65 години – 31% (n=66), пациентките от 35 до 50 години са 26% (n=54), а в групата до 35 години попадат 4% (n=8) жени.



Фиг.1. Разпределение на пациентите по възрастови групи (брой,%)

В раздела с демографски въпроси, пациентите бяха помолени да оценят степента на болка за последния месец, по скалата от 1 до 10 (фиг.2). Всички анкетирани лица съобщават за болка, като отговорите варират по степени: 53% (112), изпитват слаба болка, 66 (32%) – умерена, а при 15% (32) е налице силна

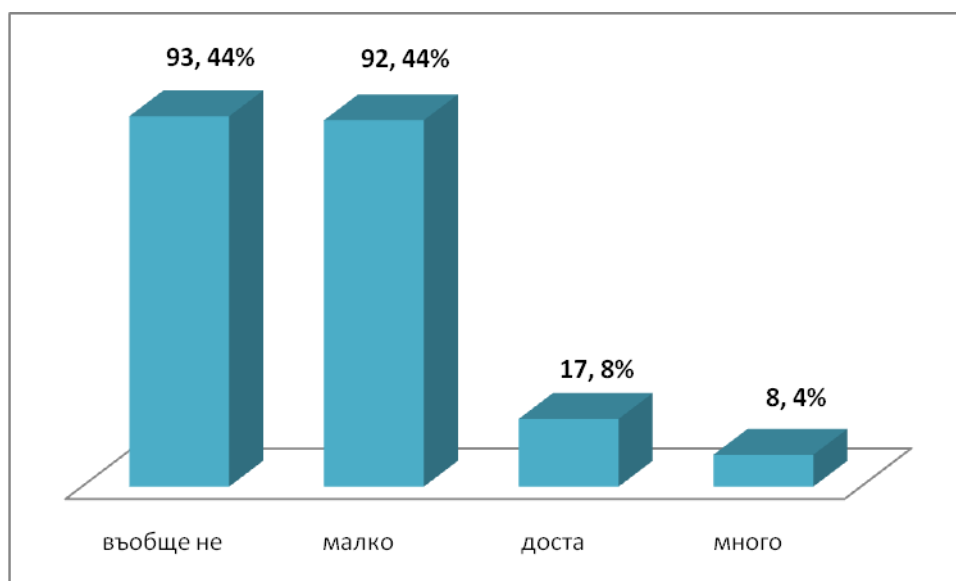
болка. Налице е тенденция за умерена към силна болка при жените с карцином на гърдата.



Фиг.2. Оценка на степента на болка (брой, %)

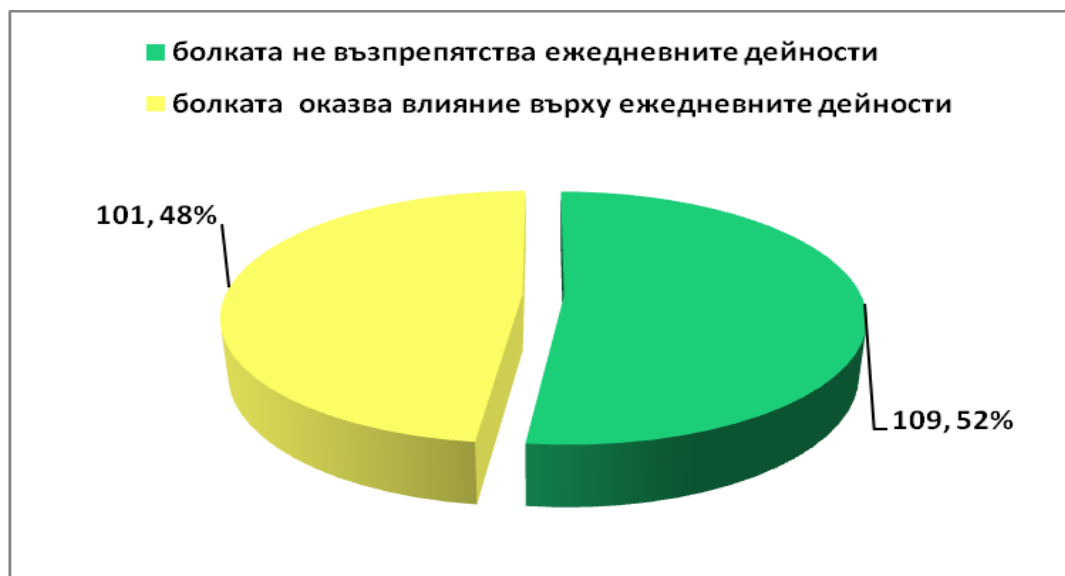
Анализ на симптомна скала „болка“ от въпросник EORTCQLQ-30

Въпросите отправени към анкетираните лица относно *болката* са два: дали пациентката е изпитвала болка и дали тази болка възпрепятства обичайните ежедневни дейности (фиг.3). Болка не се среща при 93(44%) от жените, при 92 (44%) е налице „малко“, при 17 (8%) болката е „доста“, а 8 (4%) жени споделят за „много“ болка.



Фиг.3. Наличие/отсъствие на болка (брой, %)

На въпроса дали болката ограничава дейностите през деня (фиг.4), 109 (52%) пациенти са отговорили, че не им пречи, на останалите 101 (48%) лица отговорите варират, като в различна степен при тях болката ограничава ежедневните им дейности. Болката, дължаща се на заболяването или лечението, създава проблем в нормалното функциониране при жените, когато я има.



Фиг.4. Влияние на болката върху ежедневните дейности (брой, %)

Анализ на скалата „социално функциониране“

Социалното функциониране във Въпросника EORTCQLQ-30 при болните е поместено в рамките на два въпроса. Първият въпрос се отнася до това дали е нарушен семейният живот на болните вследствие на проведеното лечение или физическо състояние. На него 131 (62%) от жените отговарят, че нито болестта, нито физическото им състояние се отразява на семейния им живот и семейните отношения. Другите 79 (38%) лица имат смущения в семействата си вследствие на своето състояние или лечение, т.е. при тях отношенията в семейството са се променили вследствие болестта. Вторият въпрос засяга социалната функция на личността и дали лечението и физическото състояние на болната жена се отразява на обществените ѝ занимания и обществения ѝ живот. От анкетираните 130 (62%) са отговорили, че промяната в тяхното състояние

вследствие болестта не се е отразила върху техния социален живот и социалните контакти. Останалите 80 (38%) са били ограничени в своите социални взаимоотношения и обществени занимания по повод болестта си.

При по-голямата част от анкетираните жени в нашето проучване се вижда, че лечението на заболяването и промяната във функционалното им състояние не възпрепятства социалното им функциониране, не нарушава обществените им занимания и социалния живот.

Обсъждане

- Налице е тенденция за **умерена към силна болка** при жените с карцином на гърдата, вследствие болестта или проведената терапия.
- **Болката**, дължаща се на заболяването или лечението, **влие** на **нормалното функциониране** при жените.
- При по-голямата част от анкетираните жени в настоящото проучване се вижда, че лечението на заболяването и промяната във функционалното им състояние **не възпрепятства социалното им функциониране**, не нарушава обществените им занимания, отношенията в семейството и на работното място.
- Между резултатите от въпросите за болка от *Въпросника* EORTCQLQ-30 и социалното функциониране при проучените жени се открива умерена зависимост при ($r=.303$, $p=.000$). Наличието на болка нарушава нормалното социално функциониране на жените и повлиява техните взаимоотношения с обкръжаващата ги среда – в семейството и на работното място.
- Не се открива корелационна зависимост между възрастта на жените и наличието и степента на болка.

Препоръки

1. Да се идентифицира наличието и степента на болка при жените с карцином на млечната жлеза.

2. Да се насочат пациентите с наличие на болкова симптоматика към съответните специалисти за овладяване на проблема, за да се съхрани качеството им на живот, социалните им взаимоотношения и ролята им в обществото.

3. Болката променя качество на живот при жените с рак на гърдата. Необходими са програми за управление на болката, за да се осигури нормално функциониране на лицата.

Резултатите от това проучване показват, че болката може да промени нормалното функциониране на жените с рак на гърдата. Необходимо е медицинските специалисти рутинно да оценяват вида и интензитета на болката при пациентите, за да оптимизират качеството им на живот.

Заклучение

Лечението на персистираща болка след лечение при жени с карцином на гърдата продължава да бъде предизвикателство. Болката може да ангажира голяма част от пациентите и да доведе до дългосрочен негативен спад в настроението, качеството на живот и цялостното функциониране. Идентифицирането на пациенти в риск позволява прилагането на ранен мултидисциплинарен терапевтичен подход за медикаментозно и нефармакологично управление на болката, за да се осигури нормално социалното функциониране.

Литература

Bjerkset, E., Röhl, K. & Schou-Bredal, I. (2020). Symptom cluster of pain, fatigue, and psychological distress in breast cancer survivors: prevalence and characteristics. *Breast Cancer Res Treat*,180, 63–71 <https://doi.org/10.1007/s10549-020-05522-8>

Berger AM, Visovsky C, Hertzog M, Holtz S, Loberiza FR Jr. (2012). Usual and worst symptom severity and interference with function in breast cancer survivors. *J Support Oncol* 10(3):112–118.<https://doi.org/10.1016/j.suponc.2011.11.001>

Schou Bredal I, Smeby NA, Ottesen S, Warncke T, Schlichting E. (2014). Chronic pain in Breast cancer survivors: comparison of psychosocial, surgical, and medical characteristics between survivors with and without pain. *J Pain Symptom Manage*.;48(5):852–62.

Reinertsen KV, Cvancarova M, Loge JH, Edvardsen H, Wist E, Fossa SD. (2010). Predictors and course of chronic fatigue in long-term breast cancer survivors. *J Cancer Surviv* 4(4):405–414. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0145-7>

Shabangu, N., Thebe, T., Casey, M. (2023). Chronic pain in female breast cancer survivors - prevalence, characteristics and contributing factors: a cross-sectional pilot study. *BMC Women's Health* 23, 613. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02766-6>

Filipponi, C., Masiero, M., Mazzoni, D., Chichua, M., Marceglio, S., Ferrucci, R., Pravettoni, G. (2024). The voices of breast cancer survivors with chronic pain: A qualitative thematic analysis of patients' challenges to painmanagement. *Journal of Psychosocial Oncology*, 43(1), 34–58. <https://doi.org/10.1080/07347332.2024.2348595>

Wang L, Cohen JC, Devasenapathy N. (2020). Prevalence and intensity of persistent post-surgical pain following breast cancer surgery: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Br J Anaesth.*;125(3):346–357. doi:10.1016/j.bja.2020.04.088

Filipponi C, Masiero M, Pizzoli SFM, Grasso R, Ferrucci R, Pravettoni G. (2022). A comprehensive analysis of the cancer chronic pain experience: a narrative review. *Cancer Manag Res.*;14:2173–2184. doi:10.2147/CMAR.S355653

Fortner, B.V., Demarco, G., Irving, G., Ashley, J., Keppler, G., Chavez, J., Munk, J. (2003). Description and predictors of direct and indirect costs of pain reported by cancer patients. *J Pain Symptom Manag*, 25(1), pp.9–18, 10.1016/s0885-3924(02)00597-3

Wang, K., Yee, C., Tam, S., Drost, L.S. (2018). Prevalence of pain in patients with breast cancer post-treatment: A systematic review. *Breast*, 42, pp. 113–127

Quinten C, Coens C, Mauer M, Comte S, Sprangers MA, Cleeland C, Osoba D, Bjordal K, Bottomley A. Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. *Lancet Oncol.* 2009;10(9):865–71.

Torrance N, Elliott AM, Lee AJ, Smith BH. (2010). Severe chronic pain is associated with increased 10 year mortality. A cohort record linkage study. *Eur J Pain.*;14(4):380–6.

Gärtner R, Jensen MB, Nielsen J, Ewertz M, Kroman N, Kehlet H. (2009). Prevalence of and factors associated with persistent pain following Breast cancer Surgery. *JAMA.*;302(18):1985–92.

Lahousse A, Roose E, Leysen L, Yilmaz ST, Mostaqim K, Reis F, Rheel E, Beckwée D, Nijs J. (2022). Lifestyle and Pain following Cancer: state-of-the-art and future directions. *J Clin Med.*;11(1):195.

Poleshuck EL, Katz J, Andrus CH, Hogan LA, Jung BF, Kulick DI, Dworkin RH. (2006). Risk factors for chronic pain following Breast cancer Surgery: a prospective study. *J Pain.*;7(9):626–34.

Meijuan Y, Zhiyou P, Yuwen T, Ying F, Xinzhong C. (2013). A retrospective study of postmastectomy pain syndrome: incidence, characteristics, risk factors, and influence on quality of life. *ScientificWorldJournal.*;2013:159732.

Muliira RS, Salas AS, O'Brien B. (2017). Quality of Life among Female Cancer survivors in Africa: an Integrative Literature Review. *Asia Pac J Oncol Nurs.*;4(1):6–17.

A.B. Mariotto, L. Enewold, J. Zhao, C.A. Zeruto, K.R. Yabroff. (2020). Medical care costs associated with cancer survivorship in the united states. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 29(7), pp.1304–1312, 10.1158/1055-9965

M.T. Halpern, J.S. de Moor, K.R. Yabroff. (2022). Impact of pain on employment and financial outcomes among cancer survivors. *J Clin Oncol*, 40(1), pp.24–31

✉ **Д-р Ивелина Иванова**

Медицински университет – Плевен

Факултет „Обществено здраве“

Катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт“

email: dr_ivelina_ivanova@abv.bg
GSM 0878910306

✉ **Проф. Силвия Борисова Цветкова, д. кл. пс.**

Медицински университет – Плевен,

Факултет „Фармация“

Сектор „Предклинични и клинични науки“

e-mail: sborcvet@abv.bg

✉ **Проф. д-р Мариела Камбурова**

Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“,

Катедра „Социална медицина и здравен мениджмънт“

e-mail: mariela_kamburova@yahoo.com

ЗАХАРЕН ДИАБЕТ – ЗДРАВНИ ПРЕПОРЪКИ И ФАРМАЦЕВТИЧНИ ГРИЖИ

Цв. Илиев¹, Н. Ненкова²,

¹Медицински университет – Плевен, специалност „Помощник-фармацевт“

²Медицински университет – Плевен, Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

DIABETES MELLITUS – HEALTH RECOMMENDATIONS AND PHARMACEUTICAL CARE

Tsv. Iliev¹, N. Nenкова²

¹Medical University – Pleven, specialty „Pharmacist Assistant“

²Medical University – Pleven, Department of „Social and Pharmaceutical Activities“

ABSTRACT: *Diabetes mellitus is a socially significant disease that affects an increasing part of the population worldwide. According to data from the International Diabetes Federation (IDF, 2025), in Bulgaria there are about 482,000 patients diagnosed with diabetes mellitus aged 20-79 years and their number is expected to increase by 2050.*

Diabetes treatment is a complex of providing quality care for patients through timely consultations with a multidisciplinary team, which includes a general practitioner, endocrinologist, nutritionist, pharmacist etc. The information that diabetics receive is essential for them to be aware of the therapeutic plan and to actively participate in it. This is achieved through good communication between doctor and patient, as well as between pharmacist and patient.

This report aims to establish how adherence to health recommendations and pharmaceutical care contribute to self-control in the treatment and prevention of diabetes mellitus.

Keywords: diabetes mellitus, health recommendations, prevention, self-control, pharmaceutical care

Въведение

Захарният диабет е социално значимо заболяване. В наши дни се оказва, че около 589 млн. от населението са с доказан диабет, а 43% от хората остават недиагностицирани. По данни на Международната диабетна федерация европейският регион е с относително голям брой лица (2,7 млн.) с диагностициран диабет Тип 1 [1]. Според Борисова на всеки 10 секунди трима души се разболяват от захарен диабет и един умира от това заболяване. Около 90% от пациентите страдат от захарен диабет тип 2, като техният брой нараства драматично (Borisova, 2019). През последното десетилетие броят на пациентите с диабет на възраст 20–79 години се е увеличил с 62% в световен мащаб (Borisova et al., 2024).

Нарастващият брой заболяли е доста тревожна тенденция както за здравните специалисти, така и за самите пациенти. Високите показатели на заболяемост, смъртност, инвалидизация, както и засягането на млада и детска възраст, поставя захарния диабет в национален здравен приоритет. Оказва се, че все повече пациенти остават с недиagnostициран диабет, което налага обединяването както на пациентите, така и на здравните специалисти към популяризиране на профилактиката на диабета. От съществено значение е информацията, която болните от диабет получават. Пациентите трябва да са запознати с терапевтичния план и активно да участват в него. Това се осъществява чрез добра комуникация между лекар и пациент, както и между фармацевт и пациент.

1. Здравни препоръки за подобряване качеството на живот при захарен диабет

Диагнозата „захарен диабет“ може да се постави като изненадващо заболяване за много хора, съпроводено от несигурност и страх, че ще трябва да се променят доста неща в живота и ежедневието на пациента. Захарният диабет е доживотно заболяване и лечението му продължава цял живот. Профилактиката и терапията се осъществява от ендокринолог и екип от специалисти, включващ офталмолог, нефролог, общ и съдов хирург и др., при изключително активно участие на самия болен (Andreev, 1978). Ключова роля за контрол на високите стойности на кръвната захар имат препоръките на здравните специалисти (подходящ хранителен режим, редовна физическа активност и мотивация за добри резултати в хода на лечението), които имат за цел избягване развитието на усложнения и водене на по-пълноценен начин на живот.

1.1. Диета и хранителен режим

Важна стъпка при изготвянето на плана за лечение е да се определи с какво да се хранят пациентите. Диетата при диабет трябва да е добре

балансирана и съобразена с индивидуалните нужди на всеки пациент. Дневният калориен внос трябва да отговаря на телесното тегло, пола, физическата активност, а също така и на професията и начина на живот. Приетите въглехидрати трябва да са разпределени в храненията. Възможност за регулиране на техния прием дава *Методът на хлебната единица*, който се фокусира върху общото количество приети въглехидрати (Popova, 2017). *Методът на пирамидата* включва честотата на прием на отделните групи храни, като в основата стоят зърнените, а на върха са захарните изделия и други храни, които трябва да се избягват.

1.2. Физическа активност

Правилният диетичен режим винаги трябва да се съчетава и с достатъчна физическа активност. Редовните физически занимания могат да съдействат за трайно намаляване на наднорменото тегло и за по-добър контрол на диабета. Физическите упражнения намаляват инсулиновата резистентност, което спомага за навлизането на глюкозата от кръвта в клетките (Borisova, 2019).

В печатните информационни материали и брошури, предназначени за пациенти с диабет, се срещат някои от следните препоръки: използване на стълби вместо асансьор, пешеходни разходки, каране на колело, както и други развлечения като танци, бягане, пазаруване, плуване и др. [2].

1.3. Мотивация

Захарният диабет е сложно заболяване, което изправя болните пред редица предизвикателства като стрес, тревожност и страх. Стресът при диабет е свързан с нуждата от постоянно дозиране на лекарствените продукти, честотата на техния прием, редовното проследяване на кръвната захар и прием на определена храна, съчетана с подходяща физическа активност (Kostadinov et al., 2022). Целта на здравните специалисти е да предразположат пациентите и да им обяснят правилния начин за лечение. Постигането на висока степен на

информираност и доверие у пациентите е от важно значение за подобряването качеството им на живот. Здравните специалисти дават препоръки, свързани с подобряване състоянието при диабет, които съдържат следните стъпки:

- ✓ *Намаляване на дискомфорта, свързан с промяната* – извършва се на етапи и се фокусира върху нещата, които налагат промяна;
- ✓ *Подобряване на уменията за справяне с проблеми* чрез приемане, оптимизъм, планиране, действие;
- ✓ *Грижа от страна на пациентите* – спазване на диета, подобряване на физическата активност, отговорно спазване на здравните препоръки;
- ✓ *Да се помисли за усложненията* – избягване на консумацията на мазни храни, захарни изделия, ограничаване приема на алкохол и цигари;
- ✓ *Използване на всяка налична подкрепа* от страна на семейство, близки, здравни специалисти и др. [2].

2. Фармацевтични грижи при терапията на захарен диабет

Основна задача при лечението на захарния диабет е нормализиране на обмяната на веществата и регулиране нивата на глюкоза в кръвта. При повечето случаи това се постига чрез подходяща диета, съчетана с физическа активност, които целят да подобрят качеството на живот (Kostadinov et al., 2022).

2.1. Лечение на диабет тип 1

Инсулинът се прилага за лечение на диабет тип 1. Необходимите инсулинови дози се инжектират чрез специални устройства (инсулинови писалки), инсулинови помпи или спринцовки. Определянето на дозовите единици е строго индивидуално при всеки пациент и се определя от кръвно-захарния профил. Необходимо е пациентите да бъдат обучени как да работят с инсулиновите писалки, както и с устройствата за проследяване нивата на кръвна захар (глюкомери и тест-ленти).

2.2. Лечение на диабет тип 2

В началото на заболяването терапията стартира със спазване на стриктна диета и повишена физическа активност, но ако тези мерки не повлияват състоянието, се включват допълнително лекарства от групата на пероралните антидиабетни медикаменти. Употребата им се свързва с възможна проява на нежелани лекарствени реакции (хипогликемии, гадене, алергични реакции и др.), с които пациентите трябва да бъдат запознати. При антидиабетните лекарства е необходимо задължително да се обясни правилната употреба и начина на прием (преди или след храна). Когато пероралните антидиабетни медикаменти се окажат неефективни, към терапията се включва и инсулин. Хранителните добавки са предназначени като допълнение към терапията на диабета, поради това че помагат на човешкото тяло да функционира правилно. Те набавят необходимите витамини и минерали в организма и спомагат за забавяне на прогреса на диабета (Aleksov, 2021). Специалистите твърдят, че спазването на здравните препоръки и добрия самоконтрол допринасят за добър контрол на диабет тип 2, за да се предотвратят усложнения и преминаване в тип 1.

3. Обучение и самоконтрол при диабетно болни пациенти

Лечението на диабета е комплекс от провеждане на качествени грижи за пациентите чрез навременни консултации с мултидисциплинарен екип, в който се включват общопрактикуващ лекар, ендокринолог, невролог, диетолог, фармацевт и др. От съществено значение е поне веднъж годишно да се извършва оценка на пациентския самоконтрол от лекуващия здравен специалист. Целите на грижите и обучението на пациентите е свързано с придобиване на достатъчно познания относно хода, прогреса и контрола на заболяването, съчетани с адекватни способности за справяне с възникнали хипогликемии. Необходимо е да се придобият умения за контрол на хранителния режим, физическата активност и редовното приемане на предписаните перорални лекарствени продукти. Трябва да се усвои техника за

нагласяване на инсулиновата доза, правилна употреба и въвеждане на инсулин. От съществена важност за самоконтрол в хода на лечението е редовното проследяване и записване на измерените нива на кръвна захар (Borisova, 2019).

Фармацевтът е длъжен да запознае пациента с усложненията, които могат да настъпят в хода на заболяването, ако не се прилагат препоръките на здравните специалисти. От съществено значение е спазването на добра хигиена, предимно на краката, поради риска от появата на диабетно стъпало. Обучението, както и фармацевтичните грижи трябва да бъдат непрекъснати и да спомагат за решаване на възникващите проблеми, свързани със състоянието на пациентите с диабет (Dimitrova et al., 2005).

Цели

Цел на настоящия доклад е да се установи доколко спазването на здравните препоръки и фармацевтичните грижи допринасят за провеждане на самоконтрол по време на лечение и профилактика при захарен диабет.

Материали и методи

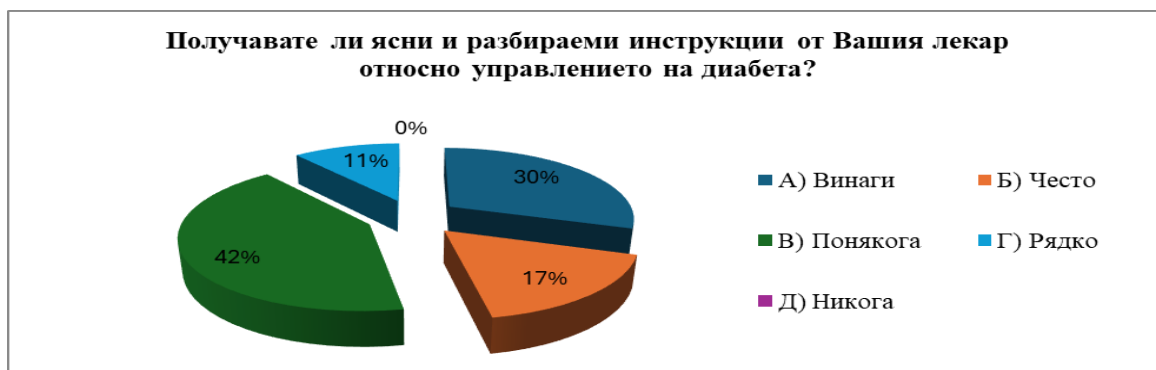
За постигането на поставената цел са използвани следните методи: *документален метод* (литературен обзор на проблема), *инструментален метод* (провеждане на пряка анонимна анкета) и *статистически метод* (анализ и представяне на получените резултати).

Проучването е проведено в продължение на два месеца (февруари – март 2025 г.) в аптека „Феникс“ гр. Плевен. Първичната информация за изследването е събрана от анонимна анкета, проведена с 60 пациенти, от които 12 са с диабет тип 1 и 48 са с диабет тип 2. Данните са обработени с Microsoft Excel и са представени под формата на диаграми. Получените резултати могат да бъдат показателни и информативни, но не изместват професионалната консултация с ендокринолог, личен лекар или фармацевт.

Резултати и обсъждане

Сред анкетираните пациенти с диагноза „захарен диабет“ преобладават предимно жените (69%), а значително по-малък процент (31%) са мъже. На въпроса *„Колко често посещавате ендокринолог или друг лекар, който наблюдава и следи вашето състояние при диабет?“* се отчита, че значителен дял от анкетираните (89%) провеждат медицинска консултация на всеки 6 месеца, малка част от тях (4%) осъществяват това на всеки 3 месеца, а доста по-рядко го правят около 3% от пациентите. Респондентите, които не посещават редовно или ходят веднъж годишно при специалист, са 2%. Здравните консултанти съветват посещенията за проследяване хода на заболяването да се извършват в рамките на всеки 6 месеца. Захарният диабет е хронично заболяване, което изисква непрекъснат мониторинг от страна на лекуващите медицински специалисти. От особено важно значение е да се поддържа добра комуникация между лекар – пациент, както и спазването на съветите, свързани с провежданата терапия.

По отношение на адекватното провеждане на медицински консултации се установява, че немалка част от запитаните (42%) получават понякога необходимите инструкции от лекуващия лекар относно контрол на диабета. Ясни и разбираеми насоки от специалистите придобиват винаги 30% от пациентите, докато 17% посочват, че това се случва често, а останалите 11% твърдят, че се прави рядко (Фиг. 1). Целта на здравните специалисти се състои в това да поднесат необходимата информация относно заболяването по ясен и разбираем начин за пациента. Болният трябва да бъде добре запознат със същността на заболяването, както и с рисковете от усложнения, свързани с неспазването на предписаното лечение.



Фиг. 1. Информираност на пациентите при управлението на диабета

Относно качеството на живот и хранителния режим важна роля имат рекламните източници на информация и препоръките на здравните специалисти, които са длъжни да насърчават пациентите по време на лечението. Около половината от участниците в проучването (47%) заявяват, че са много добре информирани от консултиращите ги лекари от гледна точка на хранителен режим и физическа активност при тяхното състояние, а едва 15% дават отрицателен отговор. Голям дял от диабетиците (39%) декларира, че консултациите им включват препоръчителни мерки за самоконтрол, каквито са проследяването на кръвната захар чрез правилното използване на убождащо средство и глюкомер, както и употребата и съхранението на антидиабетните медикаменти. Изследваните пациенти посочват, че са информирани в значителна степен относно симптомите на хипогликемия и хипергликемия.

Интересни са мненията на участниците в проучването, касаещи получената от специалистите информация, свързана с усложненията от диабета и тяхната превенция. От данните на Фиг.2 установяваме относително равен дял между това доколко пациентите получават достатъчно информация от здравните специалисти за възможните усложнения от диабета и как да се предотвратят. Голям дял от анкетираните (58%) споделят, че разполагат донякъде с нужните насоки относно заболяването, 40% от отговорилите се смятат за напълно осведомени за възможните рискове и тяхната превенция, а едва 2% от пациентите твърдят обратното.



Фиг. 2. Ниво на информираност относно усложнения при захарния диабет

От съществено значение е да се създаде доверие, сътрудничество и добра комуникация между лекар – пациент и фармацевт – пациент. Получените данни относно информацията, която се предоставя в аптеката, сочат, че пациентите със захарен диабет са консултирани често за правилното приемане и съхранение на антидиабетните лекарства. Голяма част от анкетираните (38%) посочват, че фармацевтите ги информират често както за възможните странични ефекти, така и за взаимодействията с други лекарства и храни. За помощ към фармацевтите се обръщат и в случаите, касаещи самоконтрола и лечението. Аптечните специалисти провеждат обучение за правилното използване на различните устройства на своите пациенти и на техните близки.

В отговор на запитването „*Бихте ли се възползвали от допълнителни услуги, предлагани от аптеката?*“ се констатира висок процент (92%) от пациенти, предпочитащи близката аптека за консултация, свързана с правилното измерване на кръвната захар. Едва 6% биха се възползвали от информация относно обучението за използването на инсулинови писалки или помпи. Данните на Фиг. 3 сочат, че само 2% от запитаните клонят към периодичен преглед на лекарствата, които приемат за захарен диабет.



Фиг. 3. Предпочитание към допълнителни услуги, предлагани от аптеката

Фармацевтът е длъжен да подsigурява правилна, точна и ясна информация относно лекарствените продукти и хранителните добавки, както и да предостави необходимите услуги, свързани с лечението на болните от захарен диабет и с подобряване на тяхното здравословно състояние.

Заклучение

Захарният диабет е хронично заболяване, което се нуждае от адекватно приложени и непрекъснати медицински и фармацевтични грижи, както и от мотивирано участие на добре обучен пациент, за да се предотвратят остри усложнения и да се намали рискът от дългосрочни увреждания, които могат да нарушат нормалните функции на организма. Сътрудничеството на всички здравни специалисти е ключов момент в борбата със заболяването.

Основавайки се на резултатите от проведеното проучване, се установява, че пациентите със захарен диабет имат нужда от повече знания и информираност по отношение на заболяването, касаещо профилактиката, навременното диагностициране и лечение, които могат да се явят като важна предпоставка за предотвратяване на по-нататъшни усложнения и инвалидизация.

Бележки

[1]Atlas na diabeta. (2025) IDF, 11. <https://diabetesatlas.org/>Accessed March 26, 2025.

[2] Zhivot s diabet tip 2. Informatsionna broshura za obuchenie na patsienti s diabet. (2021). Sofia: Berlin-Hemi.

Литература

Aleksov, R. (2021). Prirodni produkti pomagat da se namali kravната zahar.<https://www.credoweb.bg/publication/126572/d-r-aleksov-prirodni-produkti-pomagat-da-se-namali-kravnata-zahar>. Accessed March 6, 2025.

Andreev, D. (1978). Diabet. Sofia: Meditsina i fizkultura.

Borisova, A. (2019). Preporaki za dobra klinichna praktika pri zaharen diabet. Sofia: Balgarsko druzhestvo po Endokrinologia.

Dimitrova, Z., V. Petkova, S. Georgiev. (2005). Farmatsevtichni grizhi. Sofia: Universitetsko izdatelstvo „Sv. Kliment Ohridski“.

Kostadinov N., S. Nencheva. (2022). Obuchenieto - klyuchov printsip pri lechenie na patsientite sas zaharen diabet tip 2 i vazhen podhod v ergoterapiyata. KNOWLEDGE – International Journal Vol.50.4, pp. 491-495. [In Bulgarian].

Popova, D. (2017). Preporaki za dietichen rezhim pri zaharen diabet. Sofia: Berlin-Hemi.

Borissova A-M, B. Trifonova, L. Dakovska, N. Topchieva, M. Vukov. (2024). Changes in the Prevalence of Diabetes in Bulgaria over an 18-Year Period (2006-2024). Clinical Medicine Research, Vol. 13, No. 4, pp. 45–54. <https://doi.org/10.11648/j.cmr.20241304.12>. Accessed June 15, 2025.

✉ Цветелин Илиев

Медицински колеж към МУ – Плевен

Специалност „Помощник-фармацевт“

e-mail: cvetelin.iliev@abv.bg

✉ Незабравка Ненкова

Медицински колеж към МУ – Плевен

Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

e-mail: na_nenkova@abv.bg

УПОТРЕБА НА ХРАНИТЕЛНИ ДОБАВКИ И МЕДИЦИНСКИ ИЗДЕЛИЯ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЕОПОРОЗА

Л. Тахсин¹, Н. Ненкова², Ст. Колева³

¹ Медицински университет – Плевен, специалност „Помощник-фармацевт“

² Медицински университет – Плевен, Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

³ Медицински университет – Плевен, специалност „Помощник-фармацевт“

USE OF FOOD SUPPLEMENTS AND MEDICAL DEVICES FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF OSTEOPOROSIS

L. Tahsin¹, N. Nenkova², St. Koleva³

¹Medical University – Pleven, specialty „Assistant Pharmacist“

²Medical University – Pleven, Department of „Social and Pharmaceutical Activities“

³Medical University – Pleven, specialty „Assistant Pharmacist“

ABSTRACT: *Osteoporosis is defined as the „silent disease of the 21st century“. It's a chronic disease with varying severity and progression that leads to an increased risk of fractures. This condition primarily affects postmenopausal women but is also observed in men and patients with certain diseases or due to some medications. Currently, osteoporosis is the third most socially significant widespread disease, but expert forecasts suggest it may take the first place in the coming decades.*

Prevention and treatment require a comprehensive approach, including lifestyle changes, medication therapy, and the use of food supplements. Therapeutic methods aim to slow or prevent bone mass loss and reduce fracture risk.

The purpose of this study is to assess awareness of osteoporosis and determine the use of food supplements and non-pharmacological methods for prevention and treatment.

Keywords: treatment, medical devices, osteoporosis, prevention, food supplements

Въведение

Остеопорозата е хронично заболяване, което води до повишен риск от фрактури. Това е едно от най-честите заболявания на костите и засяга около 10–12% от населението. Установено е, че около 50 милиона европейци и 15 милиона американци са с повишен риск от счупвания поради ниска костна плътност. Според бъдещи прогнози на специалистите годишната честота на фрактурите може да нарасне до 3,94 милиона през 2025 г. и до 6,26 милиона през 2050 г. (Sheytanov, 1998). В момента остеопорозата е третото по социална значимост масово заболяване, но според нарастващата тенденция е възможно в следващите десетилетия да заеме първото място.

Превенцията и лечението изискват комплексен подход, който включва промени в начина на живот, медикаментозна терапия и прием на хранителни добавки. Всяка година на 20 октомври се отбелязва Денят на остеопорозата, който е посветен на осведомеността за заболяването. За да се извършат първоначалните диагностични процедури, някои от големите аптечни вериги в страната провеждат маркетингови кампании, включващи изследвания за измервания на костната плътност и предоставят възможност за консултации със специалисти. Това се прави с помощта на денситометър – апарат, който измерва минералното съдържание в костите и показва тяхната здравина.

Фармацевтичните консултации играят ключова роля в избора на подходящи добавки и медикаменти, осигурявайки насоки за правилния прием на калций, витамини и други важни елементи. Освен предоставените в аптеките фармацевтични грижи, пациентите се насочват към специализирани консултации и провеждане на рехабилитация, която има съществена роля в борбата с остеопороза.

1. Остеопороза – същност, клинична картина и диагностика

Според определението на Световната здравна организация (СЗО) остеопорозата представлява „прогресивно системно заболяване на костния скелет, което се характеризира с понижена костна маса и влошена микроархитектура на костта, водещи до повишена чупливост на костите и повишен риск от фрактури“ (Boyanov, Peneva, 2004). Костите стават по-крехки и податливи на счупвания дори при минимални травми. Това състояние засяга най-често възрастните хора, особено жени след менопауза, но може да се развие и при по-млади хора поради различни рискови фактори като генетична предразположеност, неправилно хранене и заседнал начин на живот.

Наименованието „тихата болест“ на костите произлиза от честото безсимптомно протичане до момента, в който спонтанно или в резултат на минимална травма се появи фрактура. За най-характерна клинична проява се счита болката в най-силно засегнатите кости, както и промяна на прешлените,

предизвикващи изменения на извивката на гръбначния стълб. Остеопорозните фрактури създават опасност за живота и водят до повишена смъртност и инвалидизация (Boyanov et al., 2004).

„Тихата болест“ обикновено протича безсимптомно. За най-характерна клинична проява се счита болката, която се усилва при изправено положение, при движение, при физическа работа и т.н., а се успокоява обикновено в легнало положение. Друга характерна клинична проява е намаляването на ръста, в резултат на което гръбначния стълб се скъсява с 5–10 см. и относително се удължават ръцете. Тази деформация води до последващо намаляване на дихателния капацитет на белите дробове, както и до редуциране на движенията в гръбнака и преди всичко на сгъването (флексията). Наред със скелетните фактори важна роля за развитието на остеопоротични фрактури имат паданията. С напредване на възрастта се нарушава координацията и отслабват рефлексите, което води до увеличена склонност към падания. Придружаващи фактори са неврологични заболявания, атеросклероза, консумация на алкохол, употреба на транквиланти, влошено зрение и др. (Sheytanov, 1998).

Диагнозата на остеопорозата се поставя въз основа на физикални методи и лабораторни изследвания, които установяват нивата на: остеокалцин, калций в кръвта и урината, паратхормон и витамин D. От инструменталните методи за изследване водещо място заема измерването на костната плътност чрез двойно енергийна рентгенова абсорбциометрия, но се прилагат и други методи като количествена компютърна томография или ултразвукова денситометрия.

2. Медикаментозно лечение на остеопороза

Лечението на остеопороза включва терапевтични подходи, които целят да забавят или предотвратят намаляването на костната маса и да намалят риска от фрактури. Тези подходи се използват индивидуално или в комбинация според конкретните нужди на пациента. Един от основните методи е естрогенната терапия, която е особено ефективна при жени в менопауза. Заместителната

терапия с естроген се провежда чрез орални препарати или трансдермални пластири, съдържащи естрадиол.

Друг важен подход за лечение на остеопороза включва калцитонини, които намаляват костната резорбция и понижават нивата на калций и фосфати в серума. Твърди се, че препаратите с калцитонин облекчават костната болка като стимулират освобождаването на ендогенни опиоиди в нервната система.

Бифосфонатите също са широко използвани препарати за лечение. Те инхибират активността на остеокластите, което води до намаляване на костната резорбция. Сред най-често използваните препарати от тази група са *Алендронат*, *Ризедронат* и *Золедронат* (Shinkov, 2006).

За лечение на остеопороза се използва и друг похват, включващ флуоридите, които се прилагат във високи дози и стимулират костното образуване чрез увеличаване на броя и активността на остеобластите. Препаратът натриев флуорид е един от тези надеждни средства, но при неговото приложение може да се наблюдават странични ефекти като гадене, повръщане и болки в долните крайници.

Анаболните стероиди са синтетични деривати на андрогените и също намират приложение при остеопороза. Те стимулират синтеза на белтъци и имат положителен ефект върху костното здраве, особено при остеопороза, свързана с дефицит на полови хормони при мъже. Често използваните препарати в тази категория са *Ретобол* и *Бианабол* (Lambev et al., 2003).

3. Роля на хранителните добавки при остеопороза

Хранителните добавки имат съществени ползи за превенцията и лечението на остеопороза, защото подпомагат поддържането на здрави кости. Те съдържат важни компоненти като калций, витамин D, магнезий и други микроелементи, които стимулират костната минерализация и улесняват усвояването на калция.

Витамин D е хранително вещество, от което се нуждае тялото, за да изгражда и поддържа здрави кости. Количеството витамин D, което произвежда

кожата, зависи от много фактори като сезон, географска ширина, пигментацията на кожата и др. В зависимост от местоживеенето и начина на живот на човека, производството на витамин D може да намалее или да отсъства напълно през зимните месеци. Приемането на мултивитамини с витамин D помага за подобряване на здравето на костите (LeBoff et al., 2022).

Калцийт е друг важен компонент, който участва в образуването на костите и минерализацията на зъбите. Според специалистите само около 40% от приетото с храната количество калций се усвоява от организма (Lambev et al., 2003). Затова при недостиг се прилагат препарати, съдържащи калций под формата на различни соли: карбонат, лактат, аспартат, цитрат и глюконат.

За силата и издръжливостта на костите са нужни и други компоненти като колаген, както и протеоглики и гликопротеини. Колагенът е най-богат на протеини и действа за подсилване на свързващата тъкан, включително и на костите, при които съществува вероятност да бъдат счупени или повредени.

Магнезият също е важен за здравето на костите, защото влияе върху хормоните и процесите, които регулират техния метаболизъм. Той подпомага транспортирането на калция и баланса между изграждането и разграждането на костната тъкан. Установено е, че магнезият подпомага натрупването на минерали в костите, осигурява нормална функция на паращитовидните жлези и подобрява движението на калция към и от костите.

Друг важен елемент е витамин K, който участва в синтеза на остеокалцин. Недостигът му води до повишен риск от остеопороза, особено при възрастни хора и жени след менопауза. Организмът ежедневно изразходва 60–70% от витамин K, затова е важно да се набавя чрез храната или чрез добавки. За пациентите, приемащи антикоагуланти, е важно да се консултират с лекар преди да увеличат приема на този витамин.

Според проучените литературни източници има четири микроелемента със съществено значение за костите – бор, силиций, цинк и мед. Минералът, необходим за превръщането на витамин D в активната му форма и за

увеличаването на активния естроген в тялото, е бор. Силицийт е нужен за формиране на колаген в кости и хрущяли. Цинкът е микроелемент със съществено значение за предотвратяване на остеопороза, който регулира отделянето на калцитонин от тироидната жлеза и влияе на промените, настъпващи в костите. Последният важен за костите минерал е мед, който помага за конструиране на протеинова матрица по-скоро функционално, отколкото структурно (Dzharmano et al., 1999).

Фитоестрогените са растителни съединения, за които е установено, че проявяват естрогеноподобно действие. Консумацията на храни, богати на фитоестрогени, се асоциира с намален риск от остеопороза. Един от най-проучваните фитоестрогени е генистеинът, който е основен изофлавоон в соята. Данните сочат, че консумацията на соя намалява риска от хормонозависими заболявания и подпомага поддържането на костната плътност, особено при жени в менопауза. При прием на богати на изофлавоони храни, се отчита, че намалява загубата на костна маса, а също така се облекчават менопаузалните симптоми. Други фитоестрогени като ресвератрол и кемпферол също могат да подпомогнат костния метаболизъм и да намалят риска от поява на остеопороза (Nashar 2017).

4. Нефармакологични подходи при остеопороза

4.1. Медицински изделия

За намаляване на риска от фрактури и облекчаване на болката се използват различни медицински изделия като корсети, колани, пластири и ортези. Ортопедичните колани и корсети помагат за поддържане на гръбначния стълб, подобряват стойката и намаляват натоварването върху костите. Пластирите съдържат обезболяващи вещества, които облекчават болката. Ортезите и други помощни вещества стабилизират ставите, а бастуни и проходилки се препоръчват за намаляване на риска от падане. Използването на тези изделия помага за по-добър комфорт на пациентите и осигурява безопасност при остеопороза.

4.2. Начин на живот

Начинът на живот играе решаваща роля за развитието на остеопороза и поддържането на здравето на костите. Физическите упражнения имат важен хормонален ефект чрез регулиране на нивата на естроген и глюкокортикоиди, които участват в костния метаболизъм. Редовната физическа активност е ключова за поддържане на костната плътност и здравина. Упражненията с високо натоварване като ходене, бягане, танци и тренировки с тежести, стимулират костната тъкан да расте и да укрепва, докато заседналият начин на живот води до загуба на костна тъкан и може да увеличи риска от остеопороза.

Тютюнопушенето оказва негативно влияние върху здравето на костите като води до намалена костна плътност. Никотинът нарушава костния метаболизъм, затруднява усвояването на калций и засилва възпалителните процеси в организма. Преустановяването на тютюнопушенето е важна стъпка за запазване на здравината на костите. Прекомерната употреба на алкохол също оказва сериозно въздействие върху костното здраве. Установено е, че алкохолът намалява абсорбцията на калций и витамин D (Dzharmano et al., 1999).

Цел

Целта на проведеното проучване е да се оцени информираността относно остеопорозата и да се установи употребата на хранителни добавки и немедикаментозни средства за превенция и лечение на заболяването.

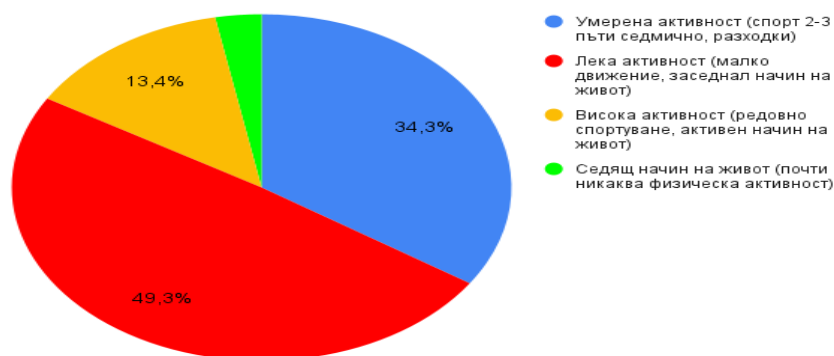
Материали и методи

За целите на проучването са използвани следните методи: документален (проучване на публикувани материали от различни източници относно изследвания проблем), социологически (разработване на анкетна карта и провеждане на анонимна анкета, свързана с целта) и статистически (обработка и анализ на резултатите чрез цифрови стойности и графики).

Резултати и обсъждане

Проучването е проведено онлайн под формата на Гугъл анкета за период от януари до март 2025 г. Изследваните лица са 67 на брой и са с различен пол и възраст. По-голяма част от включилите се в проведената анкета са жени (74,6%) и значително по-малко са мъже (25,4%). Възрастовият спектър на участниците са както следва: 76,1% са до 40 годишна възраст, 10,4% са между 40–50-годишна възраст и 13,4% са между 50–70-годишна възраст.

Разпределението на физическата активност сред анкетираните е представено на Фиг. 1. Данните сочат, че почти половината от тях (49,3%) имат лека активност, следвани от 34,3% с умерена активност. Редовно спортуващите с висока активност са 13,4%, а 3% от участниците водят заседнал начин на живот. Впечатлява фактът, че преобладаваща част от анкетираните провеждат слабо активен или умерено активен начин на живот, което е недостатъчно за поддържане на добро здраве, особено при риск от остеопороза. Малък процент от изследваните са с висока физическа активност, което подчертава нуждата от популяризиране на редовното спортуване.



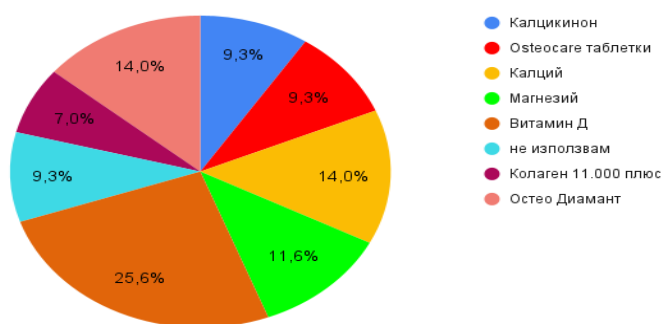
Фиг 1. Разпределение на физическа активност сред анкетираните

Сведенията относно приема на калций с храната показват, че половината от анкетираните (49,3%) приемат храни, богати на калций „от време на време“. С почти същата численост е групата, която приема ежедневно калций – 46,3%, а

само 4,5% от анкетираните включват този елемент в менюто си „рядко или никога“, което е показател за съществуващ риск от дефицит на калций.

За обогатяване на диетата при диагностицирана остеопороза пациентите разчитат на различни медикаментозни средства. Повечето болни (65%) получават от лекари и фармацевти информация относно хранителни добавки, докато 24% се доверяват на онлайн ресурсите. Малък процент от респондентите (1,5%) предпочитат семинари и лекции, а 9,5% използват други източници за информация като справочна литература и лични препоръки.

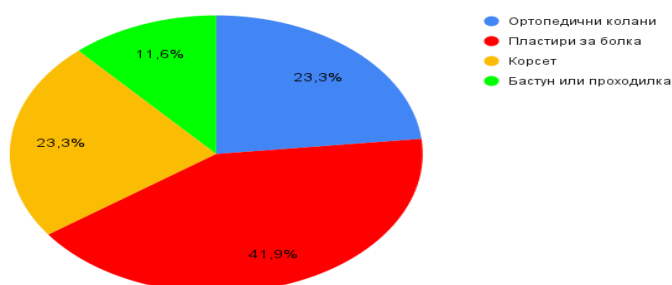
Според представените на Фиг.2 данни се установява, че най-използвана хранителна добавка е *Витамин D* (25,6%), последвана от калций и *Остео Диамант* (по 14%). Към магнезий под различно наименование и лекарствена форма се насочват 11,6% от запитаните, а *Калцикинон* и таблетки *Osteocare* употребяват 9,3% от анкетираните. Колагенът е с най-нисък процент (7%) в предпочитанията на пациентите, а 9,3 % не използват никакви добавки.



Фиг. 2 Използвани хранителни добавки при остеопороза

Настоящото проучване установява, че пациентите с остеопороза са сравнително информирани за ползите от медикаментозното лечение и за допълващата роля на разнообразни медицински изделия. Най-популярната опция е използването на пластир за болка при 41,9% от анкетираните. Ортопедичният колан и корсетите са в помощ на 23,3% от тях, а до бастуни и проходилки стигат едва 11,6% (Фиг.3). Тези предпочитания се обясняват с

лесната употреба и бързото облекчение на болката от използваните пластири, а към ортопедичните средства се прибегва предимно с профилактична цел.



Фиг. 3 Използвани медицински изделия

От отговорите на въпроса „Колко добре сте информирани за остеопорозата?“ съдим, че информираността е сравнително ниска сред анкетираните. Данните сочат, че само 9% са много добре информирани, докато 31,3% смятат, че са достатъчно информирани. С недостатъчни познания са 38,8%, а 20,9% изобщо не са информирани. За подобряване на ситуацията е наложително да се фокусират усилия върху осведомяването на обществото относно превенцията и рисковете от остеопороза.

Заклучение

Според проучената литература и проведеното изследване се установява, че остеопорозата е тихата болест на 21-ви век, но е предотвратимо заболяване, ако се предприемат навреме правилни мерки. В допълваща комбинация с медикаментозно лечение могат да се препоръчат и други ефективни подходи за поддържане на костното здраве като прецизен прием на хранителни добавки и медицински изделия, както и насърчаване към здравословен начин на живот. Това би могло да се осъществи чрез провеждане на здравни кампании, фокусирани върху интегриран подход, който съчетава както традиционни

методи на консултации, така и модерни онлайн формати, чрез което ще се увеличи обхватът и ефективността на информираност сред засегнатите.

Литература

- Boyakov M., G. Peneva. (2004). *Osteoporozata*. Sofia: IK: May.
- Cummings S. R., D. M. Black, M. C. Nevitt et al. (1993). *Bone density at various sites for prediction of hip fractures. The Study of Osteoporotic Fractures Research Group*. Lancet, 1993, Jan 9;341(8837) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8093403/>. Accessed March 12, 2025.
- Dzharmano K., U. Kabat. (1999). *OSTEOPOROZA*. Sofia: EMAS.
- Lambev, Iv., Iv. Krushkov, N. Boyadzhieva. (2003). *Meditinska farmakologia*. Sofia: ARSO.
- LeBoff M.S., S.L. Greenspan, K.L. Insogna et al. (2022). *The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis*. PubMed Central (PMC), Apr. 28;33(10):2049–2102. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9546973/>. Accessed April 18, 2025.
- Nashar M. (2017). Fitoestrogeni: zdravni polzi i vazmozhni nezhelani efekti. *Journal of Varna Medical College*. Varna: Meditsinski universitet, s. 20-30. <<https://journals.mu-varna.bg/index.php/vmf/article/viewFile/1280/1375>> Accessed June 2, 2025. [In Bulgarian].
- Sheytanov Y. (1998). *Revmatichni bolesti*. Sofia: Tsentar za informatsia po meditsina.
- Shinkov A. (2006). Osteoporozata – savremenno povedenie i lechenie. *MEDINFO*, 4, s.1-2. <https://medinfo.bg/wp-content/uploads/magazines/36/article_pdf/43-1152783392-0f38a2da4f8eff4cb90d20b02514e4b1.pdf>. Accessed June 24, 2025. [In Bulgarian].

✉ Лютфие Тахсин

Медицински колеж към МУ – Плевен
Специалност „Помощник-фармацевт“
e-mail: lyutfietahsin@abv.bg

✉ Стефани Колева

Медицински колеж към МУ – Плевен
Специалност „Помощник-фармацевт“
e-mail: skoleva_02@abv.bg

✉ Незабравка Ненкова

Медицински колеж към МУ – Плевен
Катедра „Социални и фармацевтични дейности“
e-mail: na_nenkova@abv.bg

МОТИВАЦИЯ ЗА РАБОТА С ЛИЦА С ПСИХИЧНИ РАЗСТРОЙСТВА В СОЦИАЛНИ УСЛУГИ ЗА РЕЗИДЕНТНА ГРИЖА

В. Спасова

Медицински университет – Плевен, Медицински колеж, Катедра „Социални и
фармацевтични дейности“

MOTIVATION TO ATTEND TO PERSONS WITH MENTAL DISORDERS IN SOCIAL ESTABLISHMENTS FOR RESIDENTIAL CARE

V. Spasova

Medical University – Pleven, Medical College, Department „Social and pharmaceutical activities”

ABSTRACT: Working in social establishments for residential care to persons with mental disorders requires more effort and competence from employees due to the specific characteristics and conditions of users. A survey conducted among 34 persons employed in these establishments shows that remuneration is among the leading motivating factors in work - 73.5% of employees are satisfied with their remuneration. At the top among the factors for high motivation are the nature of work and relationships with colleagues. Demotivating factors are the attitude of users' relatives, the lack of fair distribution of work tasks, as well as the feeling that they are undervalued. The effectiveness of the performed duties depends on the high motivation in work, and in social establishments it is a prerequisite for providing quality services to persons in need.

Keywords: motivation, persons with mental disorders, residential care

Въведение

В контекста на деинституционализация на грижата за възрастни хора и хора с увреждания през последните години в България активно се развива политика в сферата на социалните услуги. Динамично нараства броя на разкритите услуги за дневна и резидентна грижа, приоритетно предназначени за лица с умствена изостаналост, психични разстройства и деменция. В този процес ключов е въпросът за подготовката на кадри с висока квалификация, разнообразни компетенции и професионално значими качества, мотивирани за реализация в социалната сфера във връзка с нарастващата необходимост от предоставяне на качествени и съобразени с индивидуалните потребности на нуждаещите се форми на подкрепа и социални услуги.

Във фокуса на националната политика са проблемите, пред които е изправена системата на социалните услуги, които в близките години ще доведат

до затруднения пред обезпечаването ѝ с кадри, сред които са: застаряваща работна сила, непривлекателни условия на труд и свързаната с тях слаба мотивация, неконкурентно заплащане, ниска оценка на социалната работа, текучество и др.[1]

В продължение на много години, взаимовръзката на човека с професията се изучава чрез призмата на индивидуалната адаптация към дейността, нейната годност, удовлетворение от трудовия процес и подобряване на неговата ефективност. Според С. Будева: „Под влияние на условията на труд, индивидуално-типологичните характеристики на служителите и тяхната възраст, те развиват професионално нежелани качества, които влияят неблагоприятно върху производителността на професионалната дейност“ (Budeva, 2016).

Опитите за стимулиране на необходимото поведение на служителя за по-добро изпълнение на работата днес са най-често срещаното явление в управленската практика. За да може един служител да си върши работата по-добре и да се стреми да постигне възможно най-добрия резултат, той трябва да има мотивация, пряко свързана с работата. Мотивираният служител използва по-добре своите способности, нови възможности и технически средства, което води до желан резултат и по-ефективно функциониране на цялата организация.

В изготвен анализ на потребностите на национално ниво от социални услуги и интегрирани здравно-социални услуги на общинско и областно ниво, които се финансират изцяло или частично от държавния бюджет, се посочва, че „една от предпоставките за ефективност на социалните услуги е наличието на квалифициран и мотивиран персонал. Развитието и обучението на човешките ресурси в тази област е важна предпоставка за качествени услуги, които да съдействат за повишаване качеството на живот на отделните индивиди, семейства и групи [2].

Изложение

Най-важният елемент, който осигурява изпълнението на работата, е мотивацията, т.е. вътрешните сили, които подтикваат служителя да действа и които се проявяват в необходимите характеристики на поведение.

Понятието за мотивация е многостранно, сложно и включва понятия като потребност, стимул, привличане, склонност, стремеж, интерес и др. Общото значение на тези думи е динамизъм, готовност за движение, избор на средства, пътища за постижение, посока на действията. Изброените качества, които характеризират човешката дейност, са необходими за извършване на работа (Ponomarev, 2004).

В психологията мотивацията означава определяне на поведението, въз основа на което се разграничават външна и вътрешна мотивация. Теориите за мотивацията също я класифицират като външна и вътрешна в зависимост от източника, който мотивира човек да действа. Като се вземат предвид силите, които влияят на служителя, могат да се идентифицират два подхода към човешката мотивация.

- **Външна мотивация**, когато действията на човек са причинени от външно влияние, стимул. Такова външно влияние върху човек и неговите действия може да бъде обещание от мениджър за повишаване на служител за добре свършена работа.
- **Вътрешна мотивация**, когато действията на човек са провокирани от потребности, а посоката и методът на дейност са избрани независимо. Подобен израз на вътрешните мотиви на човек би било да си върши добре работата с надеждата, че мениджърът ще го забележи и ще го повиши (Nekhauzen, 1986).

В теорията на управлението мотивацията се разбира като „свкупност от вътрешни и външни движещи сили, които насърчават човек да действа, определят границите и формите на дейност и придават на тази дейност посока, насочена към постигане на определени цели“ (Vihanskiy et al., 1998).

Мотивацията на служителите може да се разглежда като процес на взаимосвързани потребности и действия, тъй като тя не възниква изведнъж, а се развива с течение на времето. Трябва да се отбележи, че мотивацията е непрекъснат процес, тя действа постоянно. „В процеса на мотивация възникват и се актуализират различни потребности и тъй като действието се определя от най-силната потребност, това води до прекъсване или промяна в самия процес на мотивация“ (Ponomarev, 2004).

Когато служителите се чувстват оценени и мотивирани на работното си място, те остават лоялни на работодателя и се стремят към развитие в организацията. [3]

Проучване, свързано с професионалната мотивация и нивата на стрес сред работещите в социалните услуги, установява, че сред факторите за мотивация/текучество на работещите в сектора съществено място заема работната натовареност. Данни относно дейностите, с които са ангажирани служителите, показват, че преобладаващ дял заема времето, свързано с директна работа с потребителите на услугите. На следващо място е работата с документация, следвана от посещения в институции и служби. Останалите дейности заемат незначителен дял от работното време на специалистите. Сред тях са работата със семейства – както директна, така и посещения в дома им, мултидисциплинарни срещи по случай, екипни срещи, супервизии и обучения. [4]

Работата в социалните услуги за резидентна грижа за лица с психични разстройства изисква повече усилия и компетентности от служителите поради специфичните характеристики и състояния на потребителите. Проучването на мотивацията за работа в тези услуги е важно, за да се установят факторите, които влияят на мотивацията за предоставяне на грижи за лицата от целевата група.

Цел

Проучване мотивацията за работа с лица с психични разстройства на заети в социални услуги за резидентна грижа.

Материали и методи

1. Теоретичен анализ.
2. Социологически метод – анкетно проучване чрез полустандартизирана анкетна карта с 13 отворени и затворени въпроса.

Резултати и обсъждане

През периода м. май – м. август 2025 г. беше проведено проучване за установяване мотивацията за работа на служители на социални услуги за резидентна грижа за лица с психични разстройства, чието местоположение е в малки населени места. На доброволен принцип в изследването се включиха служители на следните позиции:

- Управител – 2;
- Социален работник – 2;
- Сътрудник социални дейности – 1;
- Медицинска сестра – 1;
- Рехабилитатор – 1;
- Трудотерапевт – 2;
- Технически сътрудник – 2;
- Домакин – 1;
- Здравен асистент – 9;
- Санитар – 11;
- Общ работник – 2.

От така представените данни е видно, че делът на специалистите е едва 1/5 (20,58%) от всички анкетирувани, а преобладава делът на параспециалистите.

Разпределението на респондентите по пол показва, че значителен дял от заетите (79,38%) са жени, а само 1/5 (20,58%) са мъже. Възрастовото разпределение на анкетираните обхваща диапазона от 23 до 69 годишна възраст, което е представено, условно разпределено, в три групи (Табл.1).

Таблица 1. Разпределение по възрастови групи

Възрастови групи	20–35 г.	36–50 г.	51–69 г.
Дял в %	11,76%	17,64%	70,56%

Анализът на резултатите показва, че над 2/3 от заетите в сектора са над 50 годишна възраст, а представителите на младата и средната възрастова група съставляват малък дял от служителите, от което може да се заключи, че работата в социалните услуги за резидентна грижа за лица с психични разстройства не е желано работно място за млади хора.

Според образователната степен на респондентите разпределението показва, че над 2/3 (70,56%) са със средно образование, на следващо място 11,76% са с полувисше (бакалавър), и по равен дял от 8,82% са с висше (магистър) и основно образование (фиг. 1).



Фиг. 1. Разпределение на респондентите според образователната им степен

Според стажа, който имат служителите в социалната услуга, анализът на резултатите показва, че над половината (55,86%) са заети над 10 г., почти 1/3 (32,34%) са със стаж от 3 до 10 г. и най-малък е дялът на работещите до 3 години. Може да се допусне, че ниското текучество на кадри се дължи на факта, че социалните услуги са базирани в малки населени места, където няма много възможности за трудова заетост, особено за лица във високите възрастови групи с ниска образователна степен.

На въпроса „Имате ли допълнителна подготовка/обучение за работа с лица с психични разстройства“, анализът на резултатите показва, че значителен дял – 79,38% от респондентите имат допълнителна подготовка за работа с лицата от целевата група, а останалите 20,58% нямат такава.

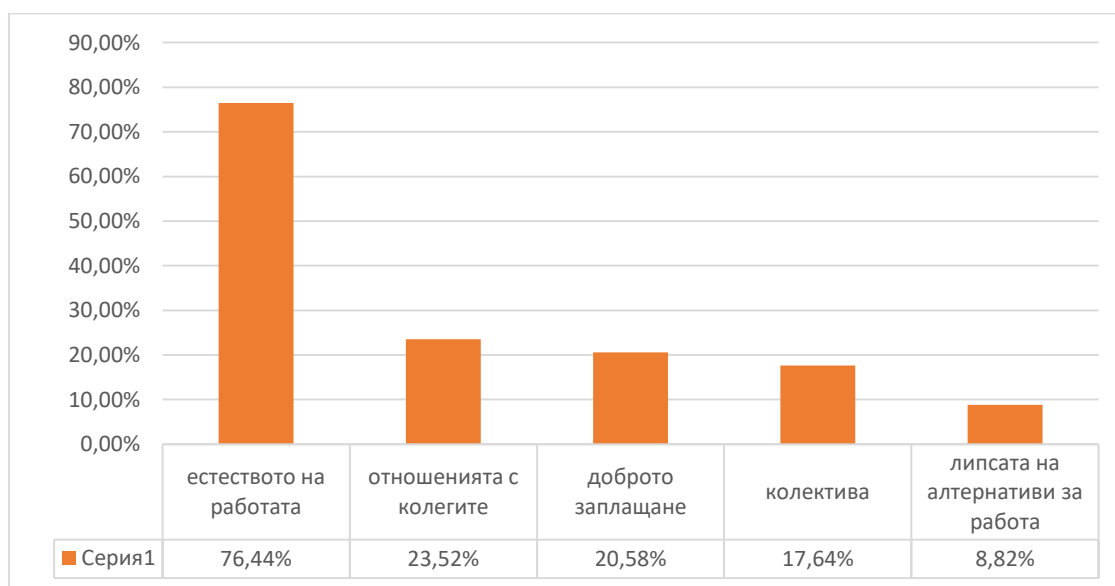
Запитани как характеризират работата с потребителите на социалната услуга, над половината от анкетираните (55,86%) посочват, че изисква повече усилия, на следващо място за почти 1/4 (23,52%) е предизвикателство пред професионализма им, а за останалите 20,58% е работа като всяка друга. По-задълбочен анализ на резултатите показва, че посочилите отговор „работа като всяка друга“ са на позиция санитар и общ работник. За специалистите, пряко ангажирани с дейности с потребителите, изпълнението на задълженията им не се приема като всяка друга работа.

Основен мотиватор в работата е заплащането. На въпроса: „Удовлетворени ли сте от заплащането за извършената работа?“, получените данни сочат, че $\frac{3}{4}$ (73,50%) от анкетираните напълно са удовлетворени от трудовото възнаграждение, което получават, а останалите 26,46% са посочили отговор „отчасти“.

Запитани чувстват ли се мотивирани за работата която изпълняват, анализът на резултатите показва, че 91,14% от респондентите имат лично усещане за висока мотивация, а останалите 8,82% не могат да преценят. Никой не е посочил, че не е мотивиран в работата си.

Следващите два въпроса са насочени към идентифициране на факторите, които имат значение за висока и ниска мотивация за работа, като участниците в проучването имаха възможност да посочат повече от един фактор в двете категории.

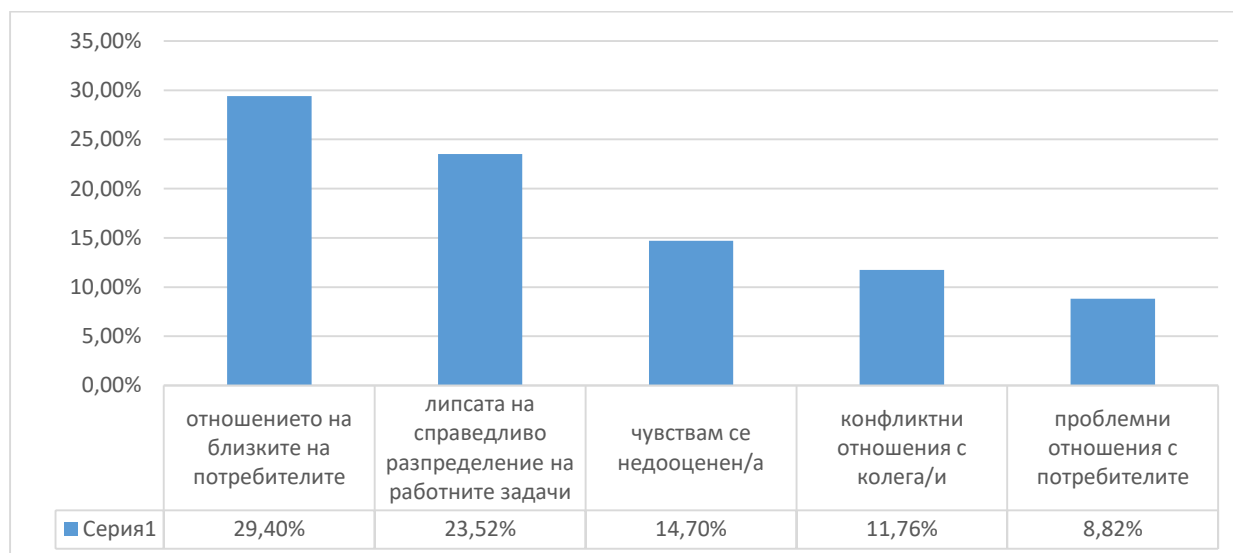
По отношение на факторите, които имат роля за висока мотивация за работа в социалната услуга, най-голям дял от анкетираните – над $\frac{3}{4}$ (76,44%) са посочили „естеството на работата, която изпълнявам“. Факторите, които заемат следващите позиции са от значение за много по-малък дял от респондентите – около $\frac{1}{4}$ (23,52%) посочват „отношенията с колегите“, за $\frac{1}{5}$ (20,58%) фактор е доброто заплащане, за 17,64% е колективът, в който работят и за 8,82% е „липсана други подходящи алтернативи за работа в населеното място“ (фиг.2).



Фиг. 2. Разпределение на респондентите според факторите с роля за висока мотивация

Относно демотивиращите фактори в работата в социалната услуга за резидентна грижа, най-голям дял от респондентите – 29,40% са посочили „отношението от страна на близките на потребителите“ като водещ фактор в негативен аспект по отношение на мотивацията, на следващо място за около $\frac{1}{4}$ (23,52%) демотивираща е „липсата на справедливо разпределение на работните задачи“, при 14,70% понижава мотивацията им усещането, че са недооценени,

за 11,76% са „конфликтни отношения с колеги“ и най-малък дял – 8,82% са посочили, че проблемни отношения с потребители понижават мотивацията в работата. Около 1/5 от анкетиранияте са посочили, че не се чувстват демотивирани (фиг.3).



Фиг. 3. Разпределение на респондентите според демотивиращите фактори

На последно място в анкетата респондентите имаха възможност да изразят свободно мнение за отношението си към лицата с психични разстройства.

Мненията могат да се обобщят до следните: 35,28% от анкетиранияте са декларирали добро отношение към потребителите, други 17,64% посочват, че взаимоотношенията се базират преди всичко на „търпение, уважение, грижа и внимание“, а за 8,82% то е „професионално“.

От анализа на резултатите от проучването можем да направим следните изводи:

- Служителите на социалните услуги за резидентна грижа за лица с психични разстройства са с дългогодишен опит на позицията, която заемат – над половината са със стаж над 10 години;
- Въпреки опита и преминатите обучения за повишаване на уменията и квалификацията, над половината от работещите характеризират работата с лица с психични разстройства като изискваща повече усилия;

- Заплащането на труда е сред водещите мотивиращи фактори и липсата на текучество на персонал в услугите може да се дължи на високия процент удовлетворени от трудовото си възнаграждение служители – 73,5%;
- Водещи фактори за висока мотивация за изпълнение на задълженията са естеството на работата и отношенията с колегите;
- Демотивиращи фактори са отношението от страна на близките на потребителите, липсата на справедливо разпределение на работните задачи, както и усещането, че са недооценени.

Представените резултати от изследването и идентифицираните фактори с позитивен и негативен ефект върху мотивацията за работа на служители в социалните услуги за резидентна грижа за лица с психични разстройства, могат да послужат за коректив по отношение прилагане на стимули за повишаване на мотивацията и мерки за избягване на демотивиращите фактори.

Заключение

Най-важният елемент, който осигурява изпълнението на работата, е мотивацията – вътрешните сили, които карат служителя да действа и които се проявяват в необходимите характеристики на поведение. От него зависи ефективността на свършената работа, а в социалните услуги е предпоставка за предоставяне на качествени услуги за нуждаещите се лица.

Бележки

[1]. Natsionalna strategia za namalyavane na bednostta i nasarchavane na sotsialnoto vklyuchvane, 2030, dostapna na: <https://www.mlsp.government.bg/uploads/35/sv/nsnbnsv-2030-dop-izm-2.pdf>

[2]. Predlozhenie za Natsionalna karta na sotsialnite uslugi, dostapna na: <https://asp.government.bg/bg/deynosti/sotsialni-uslugi/planirane-na-socialnite-uslugi/>

[3]. Then-idei-za-motivatsiya-na-personala, dostapna na: <https://www.edenred.bg/blog/motivirane-na-sluzhitelite/10-idei-za-motivatsiya-na-personala.html>

[4]. Vizia za razvitie na choveshkite resursi v sotsialnata sfera 2024-2030, dostapna na: <https://www.mlsp.government.bg/uploads/3/baneri/digitalni-umeniya/panelisti/za-razvitie-na-choveshkite-resursi-v-sotsialnata-sfera.pdf>

Литература

Budeva, S. 2016, „Professional deformations in social work: Burnout and Secondary traumatic stress“. Forum of Studies of Society, International Conference on Social Sciences and Humanities, 31.03.2016, Craiova, Romania, pp.35-47, Editura Pro Universitaria, Bucharest, Romania, ISBN 978-606-26-0710-4

Hekhauzen X. Motivatsia i deyatelnosty, T. 1, 2 / Per. s nem, M.: Pedagogika, 1986.

Ponomarev, I.P. Motivatsia rabotoy v organizatsii, M.: Editopia URSS, Moskva, 2004. ISBN 5-354-00326-1

Vihanskiy O. S, Naumov A. I. Menedzhment. M.: Gardarika, 1998.

✉ **Доц. Вероника Спасова, д.сд**

Медицински колеж– Плевен, катедра „Социални и фармацевтични дейности“

Тел. 0890581873

e-mail:spasova_v@abv.bg

ЗНАЧИМОСТ НА ПСИХОСОЦИАЛНИТЕ РИСКОВЕ НА РАБОТНОТО МЯСТО ЗА БЕЗОПАСНОСТТА И ЗДРАВЕТО НА СЛУЖИТЕЛИТЕ

М. Гуновска¹, М. Сълева²

¹Медицински университет – Плевен, Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

²Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

PSYCHOSOCIAL RISKS IN THE WORKPLACE, A MAJOR PROBLEM FOR THE SAFETY AND HEALTH OF EMPLOYEES

M. Gunovska¹, M. Saleva²

¹Medical University – Pleven, Department of „Social and pharmaceutical activities“

²Medical University – Pleven, Faculty of „Public Health“, Department of „Health care management, Medical Ethics and Information Technologies“

ABSTRACT: *European Union policy calls for addressing mental health in a comprehensive way across all policy areas, including mental health in the workplace. The purpose of this publication is to present current international trends related to psychosocial risks in the workplace and the options for their management.*

Material and methods: A documentary review and analysis of the results of international studies conducted by the European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) was carried out in the context of international regulatory frameworks for occupational health and safety.

Results and discussion: The health and social care sectors are described as high-risk sectors, as workers face a combination of severe physical and psychosocial risks that reinforce each other. Their harmful effects affect not only individual health, but also the effectiveness of organizations.

Conclusion: With the right approach, psychosocial risks related to work can be prevented or successfully managed. Their management is not only a moral obligation of employers, but also a legal imperative, regulated in European directives and supported by the framework agreements of the social partners.

Keywords: psychosocial risks, safety, health, employees

Въведение

През последните години в света на труда се наблюдават няколко промени и събития, които модифицират работната сила, околната среда, работното оборудване и начина, по който работата е проектирана и организирана с важно въздействие върху здравето и благосъстоянието на работниците (Schulte PA et al., 2022). Работните места се характеризират с определена социална

организация, която включва междуличностни отношения, йерархии и различни управленски подходи. Психосоциалните фактори – начинът, по който е организирана работата, организацията на работното време, социалните взаимоотношения, съдържанието на работата и работното натоварване поставят определени умствени и социални изисквания към всеки работник. Следователно психологическите и социалните аспекти на работата са важни фактори на всяко работно място и признанието, че тези фактори оказват влияние върху здравето и благосъстоянието на работниците, нараства през последните години.

Управлението на психосоциалните рискове на работното място е един от основните проблеми по отношение на безопасността и здравето при работа (БЗР) както в Европа, така и в България. Нарастващата дигитализация, отварянето към колаборативна роботика, новите гъвкави форми на работа и различията, както и неравенствата в работната сила, изострят съществуващите психосоциални рискове, от една страна, и извеждат нови психосоциални рискове, които трябва да бъдат взети под внимание и включени за защита на здравето на работниците, от друга страна (Leka et al., 2015).

През последните години се наблюдава прогресивно влошаване на психичното здраве в Европа, което налага компаниите да предприемат допълнителни действия за подпомагане и управление на здравето на работниците (Leka et al., 2015).

Стратегическата рамка на Европейската комисия за здраве и безопасност при работа 2021–2027 г. призовава за сътрудничество между държавите членки и социалните партньори за предвиждане на възникващи рискове, свързани с промените в света на труда, като утвърждава психосоциалните рискове сред основните приоритети (Leka et al., 2020).

Тази европейска перспектива изисква нов поглед, преминаващ от оценка на риска към управление на риска. В този контекст, трудовата медицина играе централна роля на национално ниво в разработването на насоки, подходи и

модели в тази област, като допринася за създаването на интегриран и основан на участие подход за управление на възникващи психосоциални рискове.

Според Филипов за предотвратяване и управление на психосоциалните рискове организациите разчитат на ефективни подходи за ръководене на своите служители. Методите за управление на персонала се разделят на три основни групи: административни, икономически и социално-психологически, които целят координация на действията за постигане на организационните цели и управлението на риска. Административните методи се базират на власт, характеризират се с императивност и съблюдаване на нормативните актове и вътрешните правила. Икономическите методи използват планиране и критерии за ефективност за развитието на организацията и определяне на трудовата програма. Социално-психологическите методи въздействат върху групата или личността чрез социални и психологически механизми, включвайки взаимоотношения, потребности и условия на труд, фокусират се върху вътрешния свят на човека, неговата личност и поведение (Filipov, 2024).

Психосоциалните фактори на работното място се дефинират като аспекти на дизайна на работата, организацията на работата и управлението, както и свързания социален контекст и работната среда, които могат да окажат въздействие върху психофизическото здраве на работниците (Cox et al., 1995).

Работната среда и естеството на самата работа оказват важно влияние върху здравето и благосъстоянието на работещите хора (Marmot et al., 2006).

Психосоциалните рискове и последиците от тях за психичното и физическото здраве са сред най-проблемните въпроси в областта на безопасността и здравето при работа. Наред с вредното им въздействие върху индивидуалното здраве, психосоциалните рискове могат също така да имат отрицателни последици за ефективността на организациите, както и на националните икономики.

Съществуват сигурни и увеличаващи се доказателства, които показват връзката между свързаните с работата здравни оплаквания и излагането на

психосоциални опасности или взаимодействието между физически и психосоциални опасности с широк набор от здравни резултати за отделния работник и организацията (Coxet al., 2000).

Работните места с високо ниво на стрес оказват влияние върху психологическите процеси и състояния на работниците като професионално прегаряне, синдром на хроничен стрес, който засяга както психофизическите, така и поведенческите аспекти (Leka et al., 2008). Това състояние е актуално за човека, когато е интензивно и продължително във времето и включва изчерпване или преодоляване на личните ресурси, които помагат за справяне.

Според Maslach и Leiter въздействия върху психическото и физическото здраве оказват депресията, мускулно-скелетните нарушения, тревожността, както и поведенческите резултати. Вероятно е те да възникнат като следствие от неадекватно управление на психосоциалните и организационни рискове, а също така могат да имат взаимно негативно влияние върху работния процес (Maslach et al., 2000).

Наличието на служители със симптоми на изтощение в рамките на група може да доведе до допълнително влошаване на работния процес, като увеличава и риска от стрес, което от своя страна може да благоприятства появата на поведенчески феномени.

Цел

Целта на настоящата публикация е да се представят актуалните международни тенденции, свързани с психосоциалните рискове на работното място и възможностите за тяхното управление.

Материал и методи

Извършен е документален преглед и анализ на резултатите от проведени международни проучвания на Европейската агенция за безопасност и здраве при работа (EU-OSHA) в контекста на международната нормативна регулация за здравословни и безопасни условия на труд.

Резултати и обсъждане

А. Международни документи за здравословни и безопасни условия на труд

Силното законодателство и политики за безопасност и здраве при работа могат да намалят вредите, които могат да бъдат избегнати за хората и обществото. Въпреки напредъка в БЗР в държавите членки на ЕС през последните три десетилетия, някои области все още се нуждаят от подобрене. Намаляващият процент на трудовите злополуки се замества от нарастването на психосоциалните и емоционални стресови фактори, засягащи благосъстоянието на работниците.

Директива на Съвета от 12 юни 1989 година за въвеждане на мерки за насърчаване подобряването на безопасността и здравето на работниците на работното място (89/391/ЕИО)

Управлението на психосоциалния риск е сред отговорностите на работодателите, както е посочено в Рамковата директива на ЕС за безопасност и здраве при работа (Директива 89/391/ЕЕС), която задължава работодателите да управляват професионалните рискове по превантивен начин и да установят процедури и системи за здраве и безопасност. Психосоциалните рискове могат и трябва да бъдат включени в общата оценка на риска, извършвана от работодателите. [3]

Стратегическата рамка на ЕС за здравословни и безопасни условия на труд 2021–2027 г.

Стратегическата рамка на ЕС за здравословни и безопасни условия на труд 2021–2027 г. се фокусира върху психосоциалните рискове, като се акцентира, че още преди пандемията от проблеми с психичното здраве са били засегнати около 84 милиона души в ЕС. Половината от работниците в ЕС считат, че стресът е често срещан на тяхното работно място и че той допринася

за около половината от всички загубени работни дни. Близко 80% от управителите са засегнати от свързан с работата стрес. [4]

Придружаващ политически документ на Световната здравна организация (СЗО) и Международната организация на труда – „Психично здраве на работното място: политически документ“

Предоставя прагматична рамка за прилагане на препоръките на СЗО, като е регламентирано какво точно могат да направят правителствата, работодателите, организациите, които представят работодателите и работниците и други заинтересовани страни, за да подобрят психичното здраве на работното място. [2]

Б. Международни проучвания на Европейската агенция за безопасност и здраве при работа (EU-OSHA)

ESENER-1. Европейско проучване на предприятията на EU-OSHA за нови и възникващи рискове (González et al., 2010)

През 2010 година Европейското проучване на предприятията на EU-OSHA, включващо близо 36 000 телефонни интервюта ESENER-1, обхваща предприятия от частния и публичния сектор с десет или повече служители в 27-те държавичленки на ЕС, както и в Хърватия, Турция, Норвегия и Швейцария. Проучването е насочено към нови и възникващи рискове (ESENER-1), като изследва възгледите на мениджърите и представителите на работниците за това как се управляват рисковете за здравето и безопасността на работното им място. От набора от рискове на работното място проучването поставя особен акцент върху нарастващата и сравнително нова област на психосоциалните рискове.

Изследването установява, че най-важните пречки за справяне с психосоциалните рискове в предприятията са възприеманата чувствителност по проблема, заедно с липсата на осведоменост и липсата на ресурси. Управлението на психосоциалните рискове е по-често срещано в сектора на здравеопазването и социалната работа и в по-големите предприятия.

ESENER-1 уточнява, че при документираната политика за БЗР има установена система за управление или план за действие, съществуващи в по-голямата част от предприятията в ЕС (76%). Между държавите има значителни различия, с особено високи нива са Ирландия, Обединеното кралство, Испания и България, а с по-ниски стойности (под 50%) в Люксембург, Турция и Гърция.

Изследването констатира, че въпросите, свързани с БЗР, редовно се обсъждат на срещи на високо ниво от ръководството, като преките ръководители участват в управлението на здравето и безопасността. С най-високи нива на участие на прекия мениджър са Италия (92,4%), Холандия (89%) и България (88,4%).

По отношение на заинтересоваността за психосоциалните рискове, анализирани по сектори, се установява най-голяма загриженост в здравеопазването и социалната работа, следвани от образованието, което съвпада с получените резултатите в други национални и международни проучвания, както и с данни в научната литература.

Мениджърите посочват времевия натиск като най-важната причина за психосоциалните рискове, несигурността на работата, лошото сътрудничество между колегите и лошата комуникация между ръководството и служителите.

Изследването установява, че по отношение на „ad-hoc“ мерките за управление на психосоциалните рискове най-често се съобщава за предоставяне на обучение, промени в организацията на работа, преустройство на работното място, поверително консултиране, промени в договореностите за работното време и накрая процедура за разрешаване на конфликти.

ESENER-2. Второ европейско проучване на предприятия за нови и нововъзникващи рискове (Irastorza, 2015).

Второто европейско проучване на предприятия за нови и възникващи рискове (ESENER-2) на Европейската агенция за безопасност и здраве при работа (EU-OSHA) се провежда през лятото/есента на 2014 г. и анкетира общо 49 320 предприятия във всички сектори на дейност, в които работят поне

петима души. Обхванати са 36 държави: 28-те държавичленки на ЕС (ЕС-28), както и Албания, Исландия, Черна гора, бившата югославска Република Македония, Сърбия, Турция, Норвегия и Швейцария.

Проучването е насочено към начина, по който се управляват рисковете за безопасността и здравето на работните места, с акцент върху психосоциалните рискове, като стрес, свързан с работата, насилие и тормоз.

Изследването установява, че психосоциалните рискови фактори се възприемат като по-опасни в сравнение с другите рискове, почти едно на всеки пет от проучените предприятия съобщава за работа с „трудни клиенти“, изпитва недостиг на време, липса на информация или неподходящи инструменти за ефективно справяне с риска.

Малко повече от половината от предприятията (55%), които работят с „трудни клиенти“, съобщават, че разполагат с процедура за справяне с възможни случаи на заплахи, малтретиране или нападения от клиенти, пациенти или други външни лица. Този дял нараства до 72% сред заведенията в сферата на образованието, здравеопазването и социалната работа.

Резултатите от ESENER-2 показват, че 76% от предприятията в ЕС-28 извършват редовно оценки на риска. Вторият най-важен двигател за действие по БЗР е удовлетворяването на очакванията на служителите или техните представители. Проучването доказва, че значителна част от предприятията, които редовно извършват оценки на риска в ЕС-28 (81%), съобщават, че включват служителите си в проектирането и прилагането на мерки, които следват оценката на риска.

Изследването констатира, че при използването на професионални услуги за безопасност и здраве най-често дейностите се извършват от лекари (68%), специалисти по безопасност и здраве (63%) и експерти по предотвратяване на злополуки (52%). Интересен е фактът, че услугите на психолог се ползват само от 16% от заведенията в ЕС-28.

ESENER-3. Трето европейско проучване на предприятията за нови и възникващи рискове (Irastorza, 2019)

Изследването предоставя международно сравнима информация, която е от значение за проектирането и прилагането на нови политики в областта на безопасността и здравето при работа.

Третото европейско проучване на предприятията за нови и възникващи рискове на EU-OSHA (ESENER-3) проучва тези лица, „които знаят най-добре за здравето и безопасността в предприятията“, за начина, по който се управляват рисковете за здравето и безопасността на работното им място с особен акцент върху психосоциалните рискове.

През пролетта/лято на 2019 г. са анкетирани общо 45 420 предприятия във всички сектори на дейност и в които работят поне петима души. Обхванати са 33 държави: ЕС-28, както и Исландия, Северна Македония, Норвегия, Сърбия и Швейцария.

Някои от психосоциалните рискови фактори присъстват в значителен дял от заведенията в ЕС-28, а именно работа с „трудни пациенти“, клиенти и ученици (61%) и времеви натиск (44%).

Сред заведенията, които съобщават, че имат психосоциални рискови фактори, 21% от тях в ЕС-28 ги възприемат като по-трудни за управление в сравнение с другите рискове, като най-висок дял се отчита в скандинавските страни: Швеция (43% от заведенията), Дания (38%) и Финландия (34%). В сравнение, само 6% от заведенията в Хърватия и 7% в България смятат психосоциалните рискове за по-трудни за решаване, сравнени с другите рискове.

Проучването се фокусира върху тези заведения, които декларират, че психосоциалните рискови фактори са по-трудни за управление от други рискове за БЗР, като ESENER-3 показва, че нежеланието да се говори открито за тези проблеми вероятно е основната трудност за справяне с психосоциалните рискове.

По отношение на формите на представителство на служителите интересен е фактът, че повече от една трета от предприятията в ЕС-28 (34%) не са имали никаква форма на представителство на служителите, като дяловете са най-високи в Португалия (68%), Латвия (63%) и Полша (61%), а най-ниски в България, Литва и Румъния – 11%.

ESENER 2024. Четвърто европейско проучване на предприятия върху нови и възникващи рискове [1]

Четвъртото европейско проучване на EU-OSHA цели да помогне за по-ефективно справяне със здравето и безопасността, да насърчава здравето и благосъстоянието на работниците. През м. май и м. октомври 2024 г. са анкетирани общо 41 458 предприятия. *Въпросникът* е запазен до голяма степен като този в ESENER 2014 и 2019 г., за да има съпоставимости сравнения във времето.

Значителен дял от анкетираните предприятия (76%) в ЕС-27 в ESENER 2024 посочват, че извършват редовно оценки на риска. Ако фокусът се насочи отделно по държави в сравнение с 2019 г., се наблюдава увеличение в няколко държави от ЕС-27, като най-отличителни са Литва, Гърция и Естония. От друга страна, в някои държави се отчита спад в съответните дялове на предприятията, които извършват редовно оценки на риска, като например Унгария, България и Румъния. По отношение на психосоциалните рискове и ползването услугите на психолог, се съобщава от 21% от предприятията в ЕС-27 (19% през 2019 г.).

ESENER 2024 показва, че четири от пет предприятия, които извършват оценки на риска редовно в ЕС-27 (79%), съобщават за включване на служителите си в проектирането и прилагането на мерки, които следват оценка на риска.

Сред заведенията, които съобщават за наличие на психосоциални рискови фактори (21% от тях в ЕС-27), като ги възприемат като по-трудни в сравнение с други рискове, най-високи дялове са установени в скандинавските страни: Швеция (38%), Дания (37%) и Финландия (35%). От друга страна, само 6% от

заведенията в България и 8% в Хърватия считат, че психосоциалните рискове са по-трудни за управление в сравнение с другите рискове. Повече от половината (64%) от анкетираните предприятия в ЕС-27, които извършват оценки на риска, декларират, че разполагат с достатъчно информация за това как да включат психосоциалните рискове в тези оценки на риска. Проучването установява, че този дял варира повече в зависимост от размера на предприятието, отколкото от сектора. Констатациите са разнообразни по държави, като най-високи дялове се регистрират в Нидерландия (79%), Испания (71%), Италия и Дания (70%), за разлика от Малта (38%) и България (45%). ESENER 2024 констатира, че развитието по държави от 2019 г. насам е разнообразно и независимо, че Литва, Естония, Румъния, Хърватия и Унгария, наред с другите, отчитат увеличение, а в някои страни се отбелязва ясен спад, като най-голям е в Словения, Германия, Кипър, Португалия, Латвия и България.

Поради естеството на психосоциалните рискове, може да се очаква мерките в тази област да доведат до пряко участие на служителите и особено висока степен на сътрудничество от всички участници на работното място, но научните доказателства от това проучване не показват това.

Заклучение

Изследванията на психосоциалните рискове, пораждащи стрес, свързан с работата, проведени през последните няколко десетилетия, предоставят солидни доказателства за отрицателни резултати за здравето и безопасността на служителите, произтичащи от работната среда, която оказва прекомерен натиск върху служителите. Следователно свързаните с работата психосоциални рискове и стрес е необходимо да се считат за нови и нововъзникваща област на БЗР, като отчитането на тяхното значение нараства, наред с рисковете, свързани с физическото здраве за БЗР. Предизвикателствата, свързани с този проблем, са многопластови, особено в контекста на днешния променящ се свят на работа, включително цифровизацията и новите форми на договорни отношения.

Бележки

- [1]. First findings of the Fourth European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 2024) https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2025/03/ESENER-first-findings-2024_EN.pdf. Accessed April 15, 2025.
- [2]. World Health Organization. Mental health at work, 2 September 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>. Accessed April 12, 2025.
- [3]. Direktiva na Saveta ot 12 yuni 1989 godina za vavezhdane na merki za nasarchavane podobryavaneto na bezopasnostta i zdraveto na rabotnitsite na rabotnoto myasto. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/ALL/?uri=celex:31989L0391>. Accessed March 12, 2025.
- [4]. Strategicheskata ramka na ES za zdravoslovni i bezopasni uslovia na trud za perioda 2021 – 2027 g. <https://eur-lex.europa.eu/legalcontent/BG/TXT/HTML/?uri=CELEX:52021DC0323&from=EN>. Accessed March 12, 2025.

Литература

- Backhaus I, Hoven H, Di Tecco C, et al. (2022). Economic change and population health: lessons learnt from an umbrella review on the Great Recession. *BMJ Open*;12:e060710.
- Cox T, Griffiths, A. (1995). The nature and measurement of work-related stress: theory and practice. In: Evaluation of Human Work, 3rd Edition. Wilson JR, Corlett N. Eds; Routledge: Abingdon, UK; pp. 553-72.
- Cox, T., Griffiths, A., & Rial-Gonzalez, E. (2000). Research on Work Related Stress. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg.
- González, E.R., W. Cockburn, X. Irastorza. (2010). ESENER - European Enterprise Survey on New and Emerging Risks. European Agency for Safety and Health at Work. https://www.researchgate.net/publication/280254062_ESENER-1_Overview_report Accessed April 8, 2025.
- Irastorza X. (2015). Second European Survey of New and Emerging Enterprises Risks (ESENER-2). European Agency for Safety and Health at Work. <https://www.enshpo.eu/pdfs/news01.pdf>. Accessed April 10, 2025.
- Irastorza X. (2019). Third European Enterprise Survey for New and Emerging Risks (ESENER 3). European Agency for Safety and Health at Work. <https://osha.europa.eu/sites/default/files/esener-2019-overview-report.pdf>. Accessed April 23, 2025.
- Leka S. (2021). The future of working in a virtual environment and occupational safety and health; Discussion paper European Agency for Safety & Health at work. Available online: <https://osha.europa.eu/en/publications/future-working-virtual-environment-and-occupational-safety-and-health> (accessed on 24 January 2022).
- Leka S, Cox T. (2008). The Future of Psychosocial Risk Management and the Promotion of Well-Being at Work in the European Region: A PRIMA Time for Action. In: The European Framework for Psychosocial Risk Management, Leka S, Cox T Eds.; I-WHO: Nottingham, UK; pp. 174–184.
- Marmot, M., Wilkinson, R.G. (2006). Social Determinants of Health, Oxford University Press, Oxford.
- Maslach C, Leiter P. (2000). Burnout e organizzazione. Modificare I fattori strutturali della demotivazione al Lavoro; Feltrinelli: Milano.
- Schulte PA, Delclos G, Felknor SA, Chosewood LC. (2019). Toward an expanded focus for Occupational Safety and Health: A Commentary. *Int J Environ Res Public Health*;16(4946),1–17.
- Schulte PA, Streit JMK, Sheriff F, et al. (2020). Potential scenarios and hazards in the work of the future: a systematic review of the peer-reviewed and gray literatures. *Annals of Work Exposures and Health*; pp. 1–31.

Filipov, F. (2024). Printsipi i metodi za upravlenie na choveshkia kapital v sotsialnata organizatsia. V sbornik s dokladi ot Godishna mezhdunarodna nauchna konferentsia na VVVU „G. Benkovski“, gr. D. Mitropolia, 356-364, ISSN 2738-716X.

✉ **Мариета Гуновска**

Медицински Университет – Плевен,

Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

e-mail:m_gunovska@abv.bg

✉ **гл. ас. Милена Сълева**

Медицински Университет – Плевен,

Факултет „Обществено здраве“

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

e-mail:msaleva@abv.bg

ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА И ВЪЗМОЖНОСТИ ПРЕД ЛИЧНИТЕ АСИСТЕНТИ В ГРИЖАТА ЗА ХОРА С УВРЕЖДАНИЯ

И. Маринова

Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, специалност „Социални
дейности в здравеопазването“

CHALLENGES AND OPPORTUNITIES FOR PERSONAL ASSISTANTS IN THE CARE OF PERSONS WITH DISABILITIES

I. Marinova

Medical University – Pleven, Faculty of Public Health, Specialty „Social work in health care“

ABSTRACT: *The social service „Personal Assistant“ plays a crucial role in the care for persons with disabilities, particularly in the context of an aging population and increasing demand for long-term care. In contemporary society, the care for people with disabilities is not only a matter of social policy but also a key indicator of a society's progress toward equality and social inclusion. A personal assistant is an individual with whom the person with a disability has entered into a contract to provide support in various aspects of daily life – such as personal care, household tasks, assistance at school, university, or in the workplace, driving, verbal interpretation, and more. Personal assistance is a tool that enables independent living.*

Keywords: personal assistant, social service, care.

Въведение

Социалната услуга „Личен асистент“ играе важна роля в грижата за хора с увреждания, особено в контекста на застаряващото население и увеличаващите се потребности от дългосрочна грижа. В България и по света се наблюдава тенденция към намаляване на броя на семействата, които могат да осигурят пълноценна грижа на зависими лица поради трудова заетост, миграция и социално-икономически фактори. В този контекст личните асистенти предоставят грижи за повишаване качеството на живот на хората с увреждания. Въпреки това професията е изправена пред редица предизвикателства, включително недостатъчно финансиране, липса на професионална подготовка, високо физическо и емоционално натоварване, както и ограничена институционална подкрепа.

В съвременното общество грижата за хората с увреждания е не само въпрос на социална политика, но и основен показател за напредъка на едно общество към равнопоставеност и социално включване. Въпреки постигнатите значителни успехи през последните десетилетия в областта на правата на хората с увреждания, много от тях продължават да срещат сериозни препятствия за пълноценно участие в обществения живот. Един от основните инструменти за преодоляване на тези бариери е *личната помощ*, която осигурява подкрепа на хора с увреждания за изпълнение на ежедневни дейности и социална интеграция (Hristova-Balkanska, 2012).

Ролята на личния асистент в този контекст е от основно значение. Той не само, че предоставя ежедневна физическа помощ за хората с увреждания, но също така играе ключова роля в емоционалната им подкрепа и социалната им интеграция. Въпреки важността на тази професия, личните асистенти срещат множество предизвикателства, които затрудняват тяхната работа и ограничават възможностите за развитие на сектора. Сред основните трудности са ниското заплащане, липсата на достатъчно професионално обучение и социално признание, както и често срещаните административни бариери при предоставяне на помощта. [1]

Възможността за усъвършенстване на законовата и институционалната рамка, увеличаването на професионалното обучение и подобряване на условията на труд са ключови стъпки за подобряване на качеството на услугата. В допълнение, съществуването на добри практики и успешни примери от други европейски държави показва, че има път за подобряване на живота на хората с увреждания чрез иновации в социалната помощ. [3]

Цел

Целта на настоящото проучване е да анализира както **предизвикателствата**, с които се сблъскват личните асистенти, така и възможностите за тяхното преодоляване.

Въведение

Теоретични аспекти на социалната услуга „Личен асистент“

Според данните за здравния статус на населението от последното преброяване от септември 2021 г. хората с увреждания в България са близо 10%. [4]

Личният асистент е физическо лице, с което човека с увреждане е сключил договор за подкрепа в различни аспекти от ежедневието – лична грижа, домакински задачи, помощ в училище, университет или на работното място, шофиране, устен превод и т.н. Тези задачи са адаптирани към индивидуалните нужди на потребителя и се възлагат от човека с увреждане.

Към 7 септември 2021 г. призната трайно намалена работоспособност или степен на увреждане имат 654547 лица. От тях 22248 са деца, а 632299 са лицата на възраст 16 и повече навършени години. Показателите за интензитет са съответно 27 на 1000 души от детското население и 124 на 1000 души от населението на възраст 16 и повече години. [6]

Личната помощ е инструмент, който позволява независим живот. Заплаща се чрез целеви парични средства за хора с увреждания, чиято цел е да плащат за всяка необходима помощ. Личната помощ трябва да се предоставя въз основа на индивидуална оценка на потребностите и в зависимост от житейската ситуация на всеки индивид. [1]

Нормативната уредба, регулираща социалната услуга, включва редица закони и подзаконови актове, които определят начина на предоставяне, финансиране и контрол върху тази услуга.

Основните документи, които очертават рамката на тази дейност, са *Законът за социалните услуги (ЗСУ)*, *Законът за личната помощ (ЗЛП)* и съответните наредби. [2]

Законът за социалните услуги урежда принципите, целите и стандартите за предоставяне на социални услуги, включително и на услугата „личен асистент“. В него са заложили основните изисквания за индивидуализация,

достъпност и качество на услугата. Законът посочва, че социалните услуги следва да се предоставят въз основа на оценка на индивидуалните потребности, чрез изготвяне на индивидуален план за подкрепа. [2]

Законът за личната помощ създава специализиран механизъм за предоставяне на индивидуализирана подкрепа на хора с увреждания. Законът регламентира условията за допустимост, критериите за оценка на нуждите, правата и задълженията на ползвателя и асистента, както и финансовите параметри на механизма. Ползвателите на лична помощ са лица с трайни увреждания над 90%, които имат право на чужда помощ, както и деца с увреждания. [1]

Личният асистент осъществява ежедневни дейности и се грижи за личните нужди на клиента, като осъществяване на пряк допир (поддържане на лична хигиена), хигиена на помещението, което потребителят обитава; напомняне за прием на лекарства и осъществява други дейности, поддържащи здравето; придружаване при посещение на лекар и при извършване на различни медицински манипулации и др.

Предизвикателства пред личните асистенти в грижата за хора с увреждания

Личните асистенти, които работят с хора с увреждания, срещат редица предизвикателства, които включват както физическо, така и емоционално натоварване. Тези предизвикателства могат да се проявяват по различни начини, като основните включват:

Физическо натоварване:

- Прехвърляне и мобилизиране на потребителите;
- Дълги часове на работа, включително повтаряеми физически усилия;
- Липса на необходимото оборудване за помощ.

Емоционално натоварване:

- Стрес и изгаряне (burnout) от постоянната грижа;
- Емоционална привързаност към хората, за които се грижат;

- Управление на негативни емоции и поведение на потребителите.

Представяне и анализ на резултатите от проучването

Демографски показатели на респондентите: **По възраст:** под 30 г. – 8%; 30–39 г. – 26%; 40–49 г. – 30%; 50–59 г. – 25%; 50–59 г. – 25%; 60 и повече години – 11%; **По пол:** жени – 73%; мъже – 27%; **Образователна степен:** основно – 22%; средно образование – 59%; висше – 19%; **По местоживееене:** град – 64%, село – 26%. **Професионален опит:** Под 1 година – 14%; от 1 до 3 години – 33%; от 4 до 6 години – 41%; над 6 години – 12%.

По-голям дял от личните асистенти са във възрастова група 40–49 години (30%), следвани от тези на възраст 30–39 години (26%) и 50–59 години (25%). Малък дял са под 30-годишна възраст (8%) и лица над 60 години – 11%. Преобладават лица в активна трудова възраст, което предполага наличие на физически капацитет за изпълнение на изискванията на длъжността.

Преобладават жените (73%) сред личните асистенти, тъй като професията е силно феминизирана, което съответства на националните и международни тенденции в сферата на грижите. Това отразява традиционните социални роли и обществените очаквания.

Повечето лични асистенти са със средно образование (59%), а почти една четвърт – с основно, което може да се обясни с ограничената възможност за професионално израстване.

Значителен дял от анкетираните (74%) имат професионален опит от 1 до 6 години. Делът на асистенти с дългогодишен стаж (над 6 години) е нисък (12%). Повече от половината от анкетираните най-често предоставят услуги, свързани с физически грижи (55%), следвани от здравни грижи (49%) и емоционална подкрепа (42%). Само 2% са отбелязали „друго“. По-голям дял от респондентите (62%) се грижат за свой роднина, а 38% полагат грижи за лице с увреждане, с което нямат роднинска връзка. Фактът, че повече от 1/3 от анкетираните не са роднини на лицата, е показателен за известно разширяване

на отговорността извън рамките на семейството и засилване на ролята на социалните услуги в гражданското общество.

Следващите въпроси са насочени към работната среда и натовареност, както и към емоционалните предизвикателства, които срещат при изпълнение на служебните си задължения. Повече от $\frac{1}{2}$ от анкетираниите (55%) декларират, че емоционалното натоварване и стресът са основните трудности, които те срещат при работа с лица с увреждания, 37% заявяват, че физическото натоварване е сериозен проблем, а почти $\frac{1}{3}$ (33%) са на мнение, че ниското заплащане е трудност, с която те се сблъскват. Останалите предизвикателства включват липса на обучение, проблеми в комуникацията и ограничена подкрепа от специалисти.

Почти половината от респондентите (49%) се чувстват „натоварени“, а 22% – „много натоварени“. Само 4% определят работата си като „малко натоварена“. Потвърждава се, че по-голямата част от личните асистенти изпълняват интензивна и изтощителна дейност, която изисква внимателно управление на времето и енергията.

Повече от половината от анкетираниите съобщават, че срещат неуважително отношение „почти винаги“ (32%) или „често“ (24%). Само 16% никога не изпитвали негативно или обидно поведение от страна на лицата с увреждане. Това налага извода, че в значителен брой случаи съществуват проблеми в отношенията между асистента и потребителя, които биха могли да се смекчат чрез посреднически умения и обучение.

Малко повече от $\frac{1}{3}$ (33%) от респондентите заявяват, че са ставали обект на неуважение „понякога“, 23% „рядко“, 22% „често“ са изпитвали неуважително отношение от членовете на семействата на лицата с увреждане, 13% „никога“ не са били подложени на негативни емоции, само 9% декларират, че това се е случвало с тях „почти винаги“. Това говори за наличието на напрежение между асистентите и близките на потребителите, което може да затрудни грижата и да демотивира служителите.

Не малък дял от анкетираните определят физическото натоварване в работата си като „натоварващо“ (37%) и „изключително натоварващо“ (8%), а повече от $\frac{1}{4}$ (29%) го оценяват като „умерено“. Притеснителен е фактът, че 36% от респондентите често срещат трудности при вдигане, преместване или оказване на физическа помощ на лицето с увреждане, 29% само понякога са се сблъскали с този проблем, което зависи от вида и степента на увреждане на лицета.

Комуникацията е оценена от респондентите като добра (42%), много добра (25%) и отлична (20%), което е положителен знак, че въпреки трудностите, личните асистенти поддържат ефективна връзка с потребителите, само 11% я определят като лоша и много лоша – 2%.

На въпроса „Срещате ли трудности в разбирането на потребностите и желанията на лицето с увреждане, за което се грижите?“ Резултатите са разпределени, както следва: 20% от респондентите заявяват, че никога не срещат трудности, 32% – че това се случва рядко, 31% – понякога, 16% – често, и едва 1% споделят, че изпитват такива трудности постоянно.

Тези данни сочат, че макар значителна част от участниците (52%) да заявяват, че срещат трудности рядко или никога, почти всеки втори човек (общо 48%) поне понякога е изпитвал затруднения в комуникацията с лицето с увреждане.

На въпроса „Колко често изпитвате затруднения в комуникацията с роднините на лицето с увреждане, за което се грижите?“ Една трета от анкетираните (33%) споделят, че понякога срещат затруднения, което показва наличие на епизодични, но значими комуникационни предизвикателства. Почти $\frac{1}{4}$ (23%) посочват, че често имат трудности, а 2% – че това се случва постоянно, което означава, че една четвърт от анкетираните се сблъскват със сериозни проблеми в общуването с роднините. В същото време, 20% никога не изпитват затруднения, а 19% – рядко, което е знак за изградена ефективна комуникация в

някои случаи. Без отговор са останали 3% от респондентите, което може да се дължи на липса на пряк контакт с роднини.

Респондентите имаха възможност да напишат в свободен текст отговор на въпроса „Какви са най-честите проблеми, които срещате в комуникацията с близките на лицето/та с увреждане?“ Получените резултати от 27% от анкетираните могат да се групират в няколко групи:

- Прекомерни изисквания, очаквания (напр. големи изисквания, намеса в работата, близките очакват много);
- Липса на доверие (напр. недоверие, неразбиране, липса на съдействие);
- Разминавания и спорове в мненията;
- Липса на разбиране (напр. липса на комуникация с близките, роднините не се вслушват в съветите, липса на информираност за дейностите на асистента);
- Други трудности (напр. агресия, недостатъчно време, проблем в комуникацията).

На въпроса „Чувствате ли емоционално изтощение в резултат на работата си?“. Малко над $\frac{1}{4}$ от респондентите (26%) декларираат ниско до умерено ниво на емоционално изтощение, „никога“ – 8% и „рядко“ – 18%, което показва рядка или липсваща проява на емоционално изтощение. Това е позитивен индикатор, тъй като $\frac{1}{4}$ от анкетираните се чувстват устойчиви или намират начини да се справят с натоварването. Умерено ниво на емоционално изтощение: „понякога“ – 44%. Високо ниво на емоционално изтощение декларираат анкетираните: „често“ – 25%, „постоянно“ – 3%. Над $\frac{1}{4}$ от респондентите се чувстват емоционално изтощени често или постоянно, което е тревожен показател за наличие на професионално прегаряне (burnout).

Респондентите имаха възможност да напишат в свободен текст отговор на въпроса „Какво е най-голямото емоционално предизвикателство в работата Ви?“ Получените резултати от 25% от анкетираните могат да се групират в няколко групи:

- Привързване, дистанция и емоционален контрол;
- Чувство на безпомощност и вина;
- Стрдание и загуба;
- Психологически натиск от средата;
- Социална изолация и самота;
- Физическо и емоционално изтощение;
- Обща формулировка или липса на проблем („Работа като всяка друга“, „Душевно“).

Може да се обобщи, че личните асистенти изпитват трудност да балансират между професионалната роля и човешкото съчувствие. Преодоляването на прекомерната емоционална обвързаност с потребителя е често срещано предизвикателство. Респондентите споделят, че липсата на възможност да подобрят състоянието на човека, за когото се грижат, води до вътрешна фрустрация и емоционално страдание. Някои от анкетираните съобщават за напрежение, породено от отношенията с близките на потребителя, или от конфликтни и агресивни ситуации. Физическото натоварване, комбинирано с отговорността към уязвим човек, води до съчетано физическо и емоционално изчерпване, което се отразява на психичното здраве.

На въпроса „Смятате ли, че получавате необходимата подкрепа по въпроси, свързани с изпълнение на дейностите от екипа, който администрира личната помощ?“ Почти половината от анкетираните (49%) отговарят положително, което е показател за относително високо ниво на удовлетвореност от подкрепата на администрацията екип. В същото време обаче 34% посочват, че получават подкрепа частично, което сигнализира за непостоянна, непълна или несвоевременна помощ, а 16% изцяло отричат получаването на необходимата подкрепа.

На въпроса „Според Вас какви мерки биха подобрили работата на личните асистенти?“ (Множествен избор – възможност за повече от един отговор, затова сумата надвишава 100%). Малко над половината от

анкетиранияте (51%) декларираат, че „по-добро заплащане“ е мярка, която би подобрила работата на личните асистенти. Това ясно показва, че по-голям дял от респондентите не смятаат заплащането за адекватно спрямо отговорността и натоварването, което носят. Финансовото възнаграждение е водещ фактор за удовлетвореност от работата и мотивация за задържане в професията. На следващо място респондентите поставят „провеждане на професионални обучения“ – 45%. Почти половината от анкетиранияте заявяват, че имат потребности от редовни и целенасочени обучения, които да повишават знанията и уменията им. Малко повече от 1/3 от респондентите споделят, че желаят „осигуряване на психологическа подкрепа“ – 35%. На последно място анкетиранияте поставят „ефективна правна защита на личните асистенти“ – 23%. Те обръщат внимание на липса на защита при конфликти, обиди, агресия или напрежение. Необходима е по-добра регулация и защита на правата на личните асистенти, особено при случаи на злоупотреби или недобронамерено отношение от страна на ползватели или техни близки. Може да се обобщи, че основните нужди на личните асистенти са в три направления:

1. Финансова стабилност – по-добро заплащане.
2. Професионална и емоционална подкрепа – обучения и психическа подкрепа.
3. Организационна и правна сигурност – условия за труд и защита на правата.

На въпроса „Получавате ли психологическа подкрепа във Вашата работа?“ Резултатите показват, че едва 27% от анкетиранияте лични асистенти получават пълноценна психологическа подкрепа, което е сравнително нисък дял, предвид емоционално интензивната същност на професията. По-малко от половината (40%) от респондентите отбелязват, че получават само частична подкрепа, което може да включва епизодични консултации, неформална подкрепа от колеги или непостоянен достъп до специалисти. Почти 1/3 (32%) заявяват, че не получават никаква психологическа подкрепа.

Заключение

В заключение можем да обобщим, че професията на личния асистент е ключова за качеството на живот на хората с увреждания, но същевременно тя изисква висока степен на емоционална и социална устойчивост, както и системна подкрепа. Подобряването на условията на труд, въвеждането на обучения и психологическа помощ, както и по-ясната институционална подкрепа са не само желателни, но и наложителни за повишаване на ефективността и удовлетвореността в тази значима социална услуга.

Нормативни документи:

- [1]. Закон за личната помощ. Държавен вестник, бр. 105 от 18.12.2018 г. Достъпен на: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2137190145> (05.04.2025).
[2]. Закон за социалните услуги. обн. ДВ, бр. 24 от 22.03.2019 г., изм. ДВ. бр.31 от 11 Април 2025 г. Достъпен на: <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2137191914>(05.04.2025).

Интернет източници:

- [3]. Европейска комисия. *Доклад на Европейската комисия за социалната инклузия и правата на хората с увреждания*. Брюксел, 2021. Достъпен на: https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/node/66_bg (05.04.2025).
[4]. Здравен статус на населението към 7 септември 2021 година. Окончателни данни. Преброяване 2021 г. Достъпно на: <https://www.nsi.bg/file/24073/Census2021-hd.pdf> (05.04.2025).
[5]. Лична помощ. Механизмът за овластяване и независим живот на хората с увреждания. Достъпно на: <https://lichna-pomosht.org/> (05.04.2025).
[6]. Национален статистически институт. Здравен статус на населението към 7 септември 2021 година. Достъпно на: <https://www.nsi.bg/press-release/zdraven-status-na-naselenieto-kam-7-septemvri-2021-godina-6857> (05.04.2025).
[7]. Практически насоки за пълноценно общуване с хора с увреждания. Достъпно на: <https://nmd.bg/prakticheski-nasoki-za-palnotsenno-obshtuvane-s-hora-s-uvrezhdaniya/> (05.04.2025).

Литература

Hristova-Balkanska, S. *Sotsialna rabota s hora s uvrezhdania*. Sofia: Universitetsko izdatelstvo „Sv. Kliment Ohridski“, 2012. ISBN 978-954-07-3406-3.

✉ **Ивана Маринова**

Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“,
Специалност „Социални дейности в здравеопазването“

ПРОФЕСИОНАЛНА ГОТОВНОСТ И КОМПЕТЕНТНОСТИ НА СПЕЦИАЛИСТИТЕ В ЦЕНТЪР ЗА НАСТАНЯВАНЕ ОТ СЕМЕЕН ТИП ПРИ РАБОТА В КРИЗИСНИ СИТУАЦИИ

Л. Атанасова

Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, специалност „Социални
дейности в здравеопазването“

PROFESSIONAL PREPAREDNESS AND COMPETENCIES OF SPECIALISTS IN FAMILY-TYPE PLACEMENT CENTERS IN RESPONDING TO CRISIS SITUATIONS

L. Atanasova

Medical University – Pleven, Faculty of Public Health, student in the specialty „Social work in
health care“

ABSTRACT: *Family-type placement centers (FTPCs) are increasingly recognized as a key component in the process of deinstitutionalization, providing an environment that closely resembles a family setting. Their aim is to ensure normal development, social integration, and psycho-social support for children.*

Crisis situations arising in this environment can be either sudden (e.g., aggressive behavior, self-harm attempts, running away from the center) or prolonged and cumulative (emotional breakdowns, conflicts, refusal to participate in activities, etc.).

Professionals working in these centers are required not only to have solid theoretical training and knowledge of the relevant legal framework, but also to possess practical skills for managing complex situations, emotional resilience, teamwork capabilities, and the ability to apply an individual approach to each child.

Keywords: crisis situation, family-type placement center, children at risk

Въведение

В съвременното общество социалната подкрепа на уязвими групи, включително деца, лишени от родителска грижа, заема все повече централно място в държавните и общински политики. Центровете за настаняване от семеен тип (ЦНСТ) се утвърждават като важен елемент от процеса на деинституционализация, предоставяйки среда, максимално близка до семейната, с цел осигуряване на нормално развитие, социална интеграция и психо-социална помощ.

Кризисните ситуации, които възникват в тази среда, могат да бъдат както внезапни (напр. агресивно поведение, опити за самонараняване, бягство от центъра), така и продължителни и натрупващи се (емоционални срывове, конфликти, отказ от участие в дейности и др.).

В този контекст ключова роля имат специалистите, които работят в ЦНСТ – социални работници, психолози, възпитатели, медицински лица и др. От тях се изисква не само добра теоретична подготовка и познаване на нормативната база, но и практически умения за справяне със сложни ситуации, емоционална устойчивост, работа в екип и прилагане на индивидуален подход към всяко дете.

Професионалната готовност включва както първоначалното обучение и квалификация, така и продължаващо усъвършенстване чрез обучения, обмяна на добри практики и участие в интердисциплинарни екипи и супервизия.

Цел

Настоящото проучване има за цел да анализира професионалната готовност и компетентностите на специалистите в ЦНСТ при работа в кризисни ситуации.

Литературен обзор

Броят на социалните услуги за деца и семейства се увеличава над три пъти – от 241 през 2010 г. на 725 през 2023 г. Това включва различни форми на подкрепа, като центрове за обществена подкрепа, дневни центрове и други услуги, насочени към подпомагане на децата и техните семейства. [1]

Към края на декември 2023 г. броят на децата, настанени в институции, намалява до 202. През 2000 г. този брой е бил близо 7 500. Това значително намаление е резултат от усилията за деинституционализация и развитие на алтернативни форми на грижа. [2]

Децата, които живеят в приемни семейства към м. октомври 2023 г. са 1 548, а 4057 деца са настанени при близки и роднини. Тези форми на грижа се насърчават като по-близки до семейната среда и по-благоприятни за развитието на децата.

През декември 2024 г. в домовете за медико-социални грижи за деца са настанени 119 деца с увреждания. В сравнение с предходната година броят им намалява с 45,7%. Това е резултат от националната политика по деинституционализация, която предвижда извеждането на всички деца и закриването на тези заведения. [3]

Резидентната грижа осигурява място за живеене на деца, разделени от своите родители. Тя предоставя грижи в сигурна и защитена среда за децата чрез осигуряване на живот от семеен тип. В резидентна грижа се настаняват деца, само при липса на възможност за настаняване на децата в семейства на роднини или близки или в приемно семейство.

Понятието „кризисна ситуация“ – дефиниция и характеристики

Криза (от гръцки κρίσις) е явление или съвкупност от явления в личен, корпоративен, институционален или обществен план, нестабилно или опасно състояние, засягащо личност, група, общност или цялото общество. Кризата по правило е нежелано и непредвидено обстоятелство, с нежелани последици, но предвидимо. Кризата представлява промяна – внезапна или постепенна – поражда неотложен или спешен проблем, изискващ незабавна намеса за решаването му. Тя може да представлява или да доведе до липса на друга алтернатива или право на избор. [4]

Видове кризисни ситуации в Център за настаняване от семеен тип

В Центъра за настаняване от семеен тип могат да възникнат различни видове кризисни ситуации, които да застрашат благосъстоянието, здравето или сигурността на потребителите и персонала. Тези ситуации могат да бъдат класифицирани в няколко основни категории, като най-опасни са бягства от центъра, палежи и девиантно поведение. Много често част от децата в услугите

не спазват установените правила. Работата в институции от семеен тип е много динамична, тъй като не се знае кога и по какъв повод ще настъпи кризисна ситуация. Ето затова има установени процедури и протоколи, които служат при различните настъпили ситуации като:

Процедури за обучения и възпитание на децата;

Процедури при отсъствие на дете без разрешение или изчезнало дете;

Процедури за действие при възникване на инфекциозни заболявания;

Процедури за действие при спешна медицинска помощ и оказване на долекарска помощ.

Влияние на кризисните ситуации върху децата в риск

Децата често вече са преживели травматични събития, включително изоставяне, насилие, пренебрегване или раздяла със семейството. Кризисните ситуации оказват допълнително негативно въздействие върху тяхното емоционално, психично и физическо състояние. Децата често изпитват тревожност при настъпили кризисни ситуации, независимо дали е свързано с тях или с друго дете от средата. Те са склонни да изпитват депресивни състояния повтарящи се травматични реакции свързани с тяхната история преди настаняването им в центъра (Ivanova, 2022).

„*Рисков фактор*“ (Pushkarova et al., 2010) е понятие, с което се обозначава обстоятелство или съвкупност от обстоятелства, които повишават вероятността конкретно дете да развие отрицателно отклонение в поведението си спрямо абстрактната вероятност такова отклонение да се прояви при произволно дете от общността.

Криминогенен риск – съществува, когато отклонението се изразява в обществено укорима проява (Pushkarova et al., 2010). Деца, бягащи от специализирани институции, е специфичен криминогенен фактор за попадане на децата в ситуация на завишен риск от задълбочаване на девиациите в поведението и попадането им в криминална среда, респективно извършване на престъпление.

Професионална готовност – същност и ключови компоненти

Професионалната готовност на специалистите в Центъра за настаняване от семеен тип е от ключово значение за осигуряване на качествена грижа и подкрепа на децата в риск. Работата с тях изисква не само знания и умения, но и високо ниво на емоционална интелигентност, устойчивост и ангажираност.

В услугата се провеждат ежемесечни екипни срещи за обсъждане на работата с децата/младежите, организацията на предоставяне на услугите, планиране на дейностите в оперативен порядък, където специалистите споделят мнението си и наблюдението си върху децата и тяхното развитие. [5]

Компетентности на персонала в ЦНСТ – теоретична рамка

Професионалната готовност на специалистите в Центровете за настаняване от семеен тип се отнася до наличието на знания, умения, компетентности и личностни качества, които са необходими за ефективното предоставяне на социални услуги на деца и младежи в риск. Тя включва теоретичната подготовка, практическите умения на даденото лице.

Кризисна интервенция и управление на конфликти

Конфликтът е естествена част от човешките взаимоотношения, но не е задължително да се разглежда като техен отрицателен аспект. Когато към един конфликт се подходи конструктивно, той може да се отрази положително върху отношенията, независимо от техния характер. Ролята на екипа е много важна при справяне с кризи, настъпили по време на работния процес. Ролята на екипа е от изключително значение при справянето с кризисни ситуации, възникващи по време на работния процес в Центъра за настаняване от семеен тип. Кризисната интервенция не е само реакция на настъпил инцидент, а също така и проактивен процес на превенция.

Професионалната готовност на служителите в ЦНСТ пряко влияе върху способността на институцията да осигури безопасна, стабилна и подкрепяща среда за всяко дете, особено в уязвими моменти. (Rakovodstvo za obuchiteli. Eksperimentalna laboratoria „Razreshavane na konflikti“, may 2021)

Мултидисциплинарен подход при работа в кризисни ситуации [6]

Мултидисциплинарният подход е ключов фактор при справянето с кризисни ситуации в центровете за настаняване от семеен тип, тъй като обединява експертни знания и умения от различни области.

Ефективното справяне с извънредни обстоятелства изисква координация между различни експерти, за да се гарантира безопасността и благополучието на настанените деца и младежи.

Представяне и анализ на резултатите от проучването

Демографски показатели на респондентите: **По възраст:** до 25 г. – 11,11%; 26–35 г. – 11,11%; 36–45 г. – 33,33%; 46–55 г. – 27,78%; **По пол:** жени – 77,78%; мъже – 22,22%; **Образователна степен:** магистър – 66,67%; бакалавър – 13,33%; средно образование – 20%;

Допълнителни данни за респондентите: **Трудов стаж в ЦНСТ:** над 7 години – 50%, от 4 до 7 години – 27,77%, под 1 година – 16,67%, от 1 до 3 години – 5,56%; **Заемана длъжност в ЦНСТ:** социален работник – 33,33%, детегледач – 33,33%, възпитател – 22,22%, психолог – 11,11%; **Опит при работа с деца в риск:** над 7 години – 66,67%, от 4 до 7 години – 33,33%, под 1 година – 16,67%.

Демографските данни очертават важен контекст за оценка на професионалната готовност на специалистите в Център за настаняване от семеен тип. Преобладаващата част от респондентите са жени (77,78%), което съответства на традиционния профил на заетите в социалната сфера.

Възрастовото разпределение показва, че 1/3 от специалистите са в зряла възраст (33,33%), което предполага наличие на професионален опит и стабилност. Особено положителен е фактът, че мнозинството от респондентите (66,67%) притежават магистърска степен. Този резултат показва високо образователно ниво и потенциал за адекватно справяне със ситуации, изискващи специфични знания, етика и умения за работа с уязвими групи. Почти ¼ (20%) от специалистите са със средно образование.

На въпроса „*Кои от следните ситуации сте срещали в работата си?*“ (анкетиранияте могат да посочат повече от един отговор, затова и получените резултати са над 100%). Най-често срещаните ситуации в ЦНСТ са: бягство от ЦНСТ (66,67%), агресивно поведение на дете – 61,11%. По равен дял от 55,56%: респондентите определят „конфликти между децата“ и „неспазване на вечерния час в ЦНСТ“, най-рядко в социалната услуга възникват ситуации, свързани с опити за самонараняване – 38,89%

Способността на специалистите да реагират бързо, ефективно и с подходящи методи е от решаващо значение за безопасността и психоемоционалното благосъстояние на децата. Повече от половината от анкетиранияте (66,67%) заявяват, че в кризисни ситуации следват установените протоколи/процедури, което говори за наличие на структурирана и предвидима реакция в екипа. Това е положителен индикатор за професионален и системен подход при справяне с кризи. На следващо място специалистите предпочитат „самостоятелно да вземат решения и да действат“ (61,11%), което показва висока степен на лична отговорност и увереност, но също така може да крие риск, ако действията не са координирани с останалите. Интересен е фактът, че 55,56% търсят помощ от директора на ЦНСТ, а 38,89% се консултират с колеги, което говори или за автономност, или за липса на добра колегиална комуникация в критични моменти.

По отношение на готовността на специалистите за работа в кризисни ситуации малко над ½ от анкетиранияте (55,56%) са достатъчно подготвени да реагират, 44,44% изразяват мнение за частична подготовка за реакция в кризисни ситуации.

Повече от половината от специалистите (55,56%) са участвали в обучения за работа в кризисни ситуации, а 44,44% не са се включили, което може да се обясни с получените резултати от въпросите, свързани с трудовия стаж в ЦНСТ и опита за работа с деца в риск.

„Каква допълнителна подкрепа би Ви помогнала в справянето с кризисни ситуации?“ Резултатите ясно показват, че най-силната заявена необходимост е от повече обучения и семинари (72,22%). Това е белег за осъзнатост сред анкетираните относно важността на знанието, подготовката и непрекъснатото професионално развитие като ключов фактор при справяне с кризи. Половината от респондентите (50%) декларира, че подобряването на екипната работа също е важен фактор. Добрата колаборация и вътрешната комуникация в екипа се възприемат като важен инструмент за ефективно справяне с трудни ситуации. Сравнително по-малък дял от анкетираните посочват отговорите, свързани с: „ясни протоколи/процедури“ (27,78%) и „психологическа подкрепа за персонала“ (27,78%).

На въпроса „Каква е най-честата причина за възникване на кризисни ситуации в ЦНСТ според Вас?“ малко над половината от респондентите (55,55%) посочват емоционалните травми и минали преживявания на децата като водещ фактор. Конфликтите между децата са посочени от 27,78% от отговорилите, а 16,67% смятат, че причината е липсата на достатъчно ресурси и персонал. В отворения отговор (опция „Друго“) е изведен още един значим фактор – липсата на екипност сред персонала.

Професионалната готовност на специалистите, работещи в ЦНСТ, включва не само теоретични знания и първоначална квалификация, но и компетентности, които обхващат широк спектър от комуникативни и социални умения до управление на стрес, прилагане на методи за деескалация, спазване на етични принципи в кризисни ситуации, самоконтрол и управление на личните емоции

Самооценката на степента на уменията, които декларираат анкетираните са позиционирани в „над средна степен“, в „много висока степен“ и в „средна степен“. Няма посочени отговори с умения, които владеят респондентите в „ниска степен“ или „много ниска степен“.

Що се отнася до значимите резултати, получени след обработката на данните, повече от половината от анкетираните (61,11%) декларират, че притежават умения над средна степен да управляват конфликти, възникнали в социалната услуга, а 44,44% в средна степен умеят да работят с агресивни деца. Повече от половината (55,56%) са на мнение, че могат да овладеят появата на емоционални кризи.

По равен дял от 44,44% респондентите определят в много висока степен „умението за работа в екип при кризисни ситуации“ и в средна степен „бързо вземане на решения“. Повече от половината от анкетираните (55,56%) са на мнение, че могат да работят под напрежение и стрес, като 66,67% от специалистите смятат, че притежават и „ефективна комуникация с деца в риск“. Значителен дял от респондентите (61,11%) декларират, че имат способността да се адаптират към неочаквани ситуации, 44,44% са на мнение, че притежават умение за „емпатия и разбиране на емоционалните потребности на децата“. В „много висока степен“: 38,89% от специалистите смятат, че умеят да оказват психологическа подкрепа, половината (50%) спазват етичните принципи в кризисни ситуации и 44,44% имат професионални способности за водене на документация в кризисни случаи.

Координацията с външни институции се отчита като притежавано умение „над средната степен“ при 55,56%, както и „самоконтрола и управлението на личните емоции“ при половината от респондентите (50%).

Може да се обобщи, че анкетираните притежават нужните умения, но работата с агресивни деца е умение, което е необходимо да се надгражда.

Положителен е фактът, че 70,59% от специалистите заявяват, че се сблъскват с кризисни ситуации в услугата *рядко*. Това е показател за сравнително стабилна работна среда в ежедневието или наличие на ефективни механизми за превенция и овладяване на напрежение. От друга страна, около 30% от анкетираните посочват, че се сблъскват с кризисни ситуации с различна честота – от *почти всеки ден* (5,89%) до *веднъж-два пъти месечно* (11,76%).

Това показва, че за част от работещите в резидентната грижа, кризите все още са сравнително често явление.

Наличните ресурси са важни за ефективното управление на кризисни ситуации, затова и следващият въпрос е насочен към тях, по-голям дял от респондентите (58,82%) смятат, че човешките, материалните и организационните ресурси са напълно достатъчни, 41,18% ги определят като „частично достатъчни“.

Аналогични са и получените резултати на въпроса, свързан с получената психологическа подкрепа от ръководството на екипа при кризисни ситуации. Повече от половината (66,67%) са напълно удовлетворени, а 1/3 (33,33%) считат, че тя е частична.

По отношение на допълнителни обучения, в които желаят да се включат анкетираните –по-голям дял от специалистите искат да се включат в курсове за „Ефективно управление на агресивно поведение при деца“ (55,56%) и „Ефективни комуникационни стратегии в кризисни ситуации“ (44,44%), което съвпада и с резултатите, получени от въпроса за самооценката на уменията на респондентите. На следващи места те поставят обученията, свързани със: „Самоконтрол и справяне със стреса“ (22,22%) и „Разпознаване и работа с травмирани деца“ (16,67%).

Провеждането на регулярни екипни срещи е важен фактор за ефективното управление на кризисните ситуации. Резултатите от този въпрос показват положителна тенденция към организиране на екипни срещи като част от разрешаването на възникналите неблагоприятни ситуации.

Значителен дял от респондентите заявяват, че в резидентната грижа се провеждат **срещи на екипа: „редовно, веднъж седмично“ – (44,44%) или поне веднъж месечно (44,44%).**

Кризисните ситуации в ЦНСТ често налагат взаимодействие с различни институции като: социални институции, полиция и здравни специалисти. Резултатите на въпроса сочат, че болшинството от участниците (94,12%)

оценяват координацията с външни институции като положителна макар и в различна степен. Най-голям дял (64,71%) определят сътрудничеството като *много добро и ефективно*, което е сериозен показател за добра междуинституционална комуникация и взаимопомощ при кризисни случаи.

Почти 1/3 (29,41%) споделят, че тя е *добра, но има необходимост от подобрене*. Това означава, че макар основната структура да работи, има ситуации, в които координацията не е напълно „гладка“ – възможно е поради забавяния, неясни отговорности или затруднена достъпност до специалисти. Само 5,88% изразяват мнение, че сътрудничеството е *слабо*, което показва, че затрудненията с външни институции са по-скоро изолирани случаи, отколкото системен проблем.

Ефективното управление на кризите изисква не само координация, но и комуникация, сътрудничество между колегите, към което са насочени и следващите въпроси.

Повече от половината от респондентите (52,94%) заявяват, че не изпитват липси в комуникацията и координацията по време на кризисни ситуации, което е положителен индикатор. Това показва наличие на вече установени и работещи механизми за сътрудничество, както вътре в екипа, така и с външни партньори.

Почти 1/3 (29,41%) са на мнение, че има необходимост от по-добро взаимодействие между колегите, което подчертава значението на екипната динамика, взаимната подкрепа и яснота в комуникацията по време на напрежение. Около 1/6 (17,65%) споделят, че липсват по-ясни процедури за действие, този резултат може да се приеме като ключов сигнал за необходимостта от стандартизирани протоколи, които да улесняват действията при кризи и да намалят субективността и хаоса.

Според мнозинството от респондентите (55,56%), *самоконтролът и устойчивостта на стрес* са най-важните качества при управление на кризисни ситуации. На следващо място с равен дял от 33,33%: те поставят *„ефективната*

комуникация“ и „способността за бързо вземане на решения“, което подчертава значението на ясното общуване и бързата реакция.

Търпението и емпатията също се оценяват положително (22,22%), докато лидерските умения са посочени от едва 5,56% от специалистите.

Респондентите имаха възможност да изразят мненията си на отворения въпрос „Според Вас кои са основните предизвикателства пред специалистите в ЦНСТ при работа в кризисни ситуации?“. Отговорите на 38,89% от анкетираните се обединяват около следните твърдения:

- „Вземането на отговорни решения, които да повлияят позитивно на ситуацията.“;
- „Непредсказуемостта на децата, защото те са доста импулсивни.“;
- „На първо място бих посочила емоционалното натоварване в това, което се крие като опасност в непредсказуемото поведение на децата и техните реакции в дадена кризисна ситуация.“;
- „Трябва да се решава веднага, когато настъпи кризисна ситуация.“;
- „Основните предизвикателства са справянето с емоционалните и поведенчески проблеми на децата, които в много от случаите са преживели травми и имат нужда от индивидуален подход и разбиране като форма на подкрепа.“;
- „Екипът на ЦНСТ съвместно да обсъждат и споделят професионалните си трудности да търсят професионални решения, основани на опита в интерес на децата. Основните предизвикателства са свързани с деца с проблемно поведение и ролята на персонала за намиране на добри решения.“;
- „Липса на еднаквост в изискванията спрямо спазване на правата и нормите от възпитателите; нарушения на дневния режим; неприемлив модел на поведение от специалиста.“.

От получените резултати може да се обобщи, че основните предизвикателства в кризисни ситуации са свързани както с поведенческите

особености на децата, така и с вътрешната организация и професионалната подготвеност на екипа.

Заключение

В съвременния социален контекст, белязан от растящи социални и психоемоционални предизвикателства, е особено важно да се инвестира в устойчивото професионално развитие на специалистите в резидентната грижа. Това включва не само осигуряване на ресурсна и методическа подкрепа, но и изграждане на политики, които да гарантират мотивацията, признанието и благосъстоянието на хората, работещи на първа линия.

Настоящата курсова работа подчертава необходимостта от цялостен подход към подготовката и подкрепата на професионалистите в ЦНСТ, с фокус върху превенцията, навременната интервенция и дългосрочната рехабилитация на децата, преживели криза. Единствено чрез добре подготвени, отговорни и мотивирани специалисти може да се гарантира сигурна и подкрепяща среда, която да способства за възстановяването, развитието и интеграцията на най-уязвимите деца в обществото.

Бележки:

- [1]. В България 202 деца са настанени в институции, показва доклад на УНИЦЕФ. Достъпно на: <https://delnik.bg/bulgaria> (20.03.2025)
- [2]. Близко половин милион деца в Европа и Централна Азия живеят в резидентна грижа. Достъпно на: <https://www.unicef.org/bulgaria> (20.03.2025)
- [3]. Национален статистически институт. Достъпно на: <https://www.nsi.bg/> (05.04.2025)
- [4]. SUPPORTS -National training needs assessment report. Достъпно на: <https://www.pulsfoundation.org/images/biblio/SUPPORTS-National-training-needs-assessment-report-PULSE-BG.pdf> (05.04.2025)
- [5]. Наредба за качеството на социалните услуги. Приета с ПМС № 135 от 22.06.2022 г., изм. ДВ. бр.96 от 12 Ноември 2024 г. (05.04.2025)
- [6]. Principles of Quality in Social Services - ESN briefing 2023. Достъпно на: <https://www.esn-eu.org/sites/default/files/2024-01/Principles%20of%20Quality%20in%20Social%20Services%20-%20ESN%20briefing%202023.pdf> (05.04.2025)

Литература:

Ivanova, K. (2022). Razvitie na priobshtavashtoto obrazovanie v Bulgaria: 15 godini pokasno: Sbornik s dokladi ot regionalna konferentsia s mezhdunarodno uchastie - Sofia, 30-31.05.2022 g.

Ministerstvo na truda i sotsialnata politika na Bulgaria. (2021). „Metodicheski ukazania za upravlenie na TsNST“.

Pushkarova I., G. Petrunov, G. Kirilov i kolektiv. (2010). Riskovi kriminogenni i viktimogenni faktori pri detsata. Sofia, 2010.

Rakovodstvo za obuchiteli. Eksperimentalna laboratoria „Razreshavane na konflikti“. Proektat e finansiran ot Fond „Vatreshna sigurnost“ — Politsia, na Evropeyskia sayuz, saglasno Sporazumenie za bezvazmezdna pomosht № 823683. may 2021.

✉ **Лили Атанасова**

Медицински университет – Плевен,

Факултет „Обществено здраве“, специалност „Социални дейности в здравеопазването“

СОЦИАЛНА РАБОТА ЗА СОЦИАЛИЗАЦИЯ СЛЕД ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ НА ЛИЦА С УВРЕЖДАНИЯ

К. Кънчева

Медицински университет – Плевен, Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

SOCIAL WORK FOR SOCIALIZATION AFTER HOSPITALIZATION OF PERSON WITH DISABILITIES

K. Kancheva

Medical University – Pleven, Department of „Social and Pharmaceutical Care“

ABSTRACT: *Social work in cases where a person has been discharged from hospital and requires long-term care at home can be interpreted as preliminary assistance, tailored entirely to the specific needs of each individual case. Many persons are compelled to spend the greater part of the day in their homes, often confined to bed. The reasons vary, but at the core lies the inability, due to chronic or severe illness, to leave their living space without the help of another person. Upon returning to the home environment, several key factors must be assessed: personal capacity and functional abilities, available social resources, and opportunities for restoring social functioning. The problems faced by these individuals are both medical and social in nature and are directly related to their quality of life. Issues concerning long-term home care after hospitalization are becoming increasingly relevant under current conditions of high morbidity rates and an aging population.*

Keywords: social work, person with disability.

Основна цел на това проучване е теоретичното изясняване на необходимостта от физическа и социална активност при хора, за които поради различни заболявания/различни диагнози или напреднала възраст, социалната услуга е „дом“. В този смисъл проблемните области, които се очертават за тези лица са ниска физическа активност, отсъствието на социални контакти и липсата на активен живот в общността. По тези причини се очертава и основният приоритет на интервенцията – недопускане на социална изолация.

Категорията на лицата, ползватели на социални услуги в България е доста разнородна, но техните проблеми и потребности са сходни и могат да бъдат описани с общи алгоритми за справяне. Очаква се, че подобен анализ би имал приложение в практическата работа и в образованието на социалните работници – по конкретно в методическата им подготовка.

Хората с тежки увреждания зависят от помощта на други хора, за да се обслужват в ежедневието си, за да осъществяват дейности, свързани с поддържане на личната хигиена, с хранене, обличане и събличане, домакински дейности, дейности извън дома и други, което ги поставя в зависима позиция от лицето, което полага грижи за тях (Srasova, 2018).

Очертаването на спецификата на този елемент от работата при хора с увреждания може да послужи като ориентир при връзки с други специалисти от подпомагащите професии и съчетанието им в практически подход от мултидисциплинарен характер за създаване на съвременен модел за работа.

Според определение на СЗО здравето е: „състояние на пълно психическо, физическо и социално благосъстояние, а не само липса на болест и недъг“. [1]

За съжаление, в живота на човек настъпва етап, в който той се променя безвъзвратно и се осъзнава нуждата от помощ, дори и при най-елементарни ежедневни занимания. Симптомите могат най-общо да се разделят на моторни, свързани с двигателните способности и немоторни като: комуникационни проблеми, лоша координация, изтощение, проблеми със съня, ментални проблеми (депресия, психоза, апатия, тревожност).

Според данни от проучване през ноември 2017 г. на БАН над 60% от българите страдат поне от едно заболяване, около 65% от анкетираните споделят, че страдат поне от едно хронично, дълготрайно заболяване, което е диагностицирано от лекар.

Ситуацията в страната по отношение на демографските показатели не се различава в ЕС – задълбочаване на негативните демографски процеси, намаляване и застаряване на населението, ниска раждаемост, висока смъртност. [2]

За нуждите на проучването и установяване на необходимостта от социална интервенция трябва да се изясни смисълът на понятието „клиничен“ и да се отнесе към социалната работа. Понятието се отнася до изследване, лечение, помощ и грижа за лице, което е лежачо болно, с нарушено

функциониране, което не може само да се грижи за себе си. Когато лицето е в здравно заведение, терапевтът в този смисъл работи „до леглото му“, за да може да го наблюдава. В социалната работа терминът има по-символичен характер, но целта на специалиста е установяване доколко лицето е ограничено във функционирането си, за да може директно да се предостави необходимата помощ и намесата му да е изцяло и навременно съсредоточена върху дефицита, създавайки за него възможности и предоставяйки необходимите ресурси.

Заболяването се приема като обективна биологична абнормност и промени в тялото, които лекарите лекуват, докато болестта може да се отнесе към субективните преживявания на заболяването, към промените във функционирането, а самото боледуване се отнася до социалните и функционалните последици на заболяването или болестта.

Следователно социалната работа в тези случаи може да се интерпретира като предварителна помощ, ориентирана изцяло персонално за всеки отделен случай.

Тази намеса може да се раздели на няколко основни етапа:

- Установяване и организиране на средата/достъпността и ергономичност за посрещане на лицето от престоя му в здравното заведение;
- Установяване на личостния му капацитет/функционалните му възможности;
- Установяване на социалните ресурси;
- Възстановяване на социалното му функциониране.

Продължителното лечение на лежащо болен човек създава редица затруднения за самото лице, за семейството, за оказващия помощ и подкрепа. Много лица са принудени голяма част от денонощието да прекарват в дома си, предимно в леглото. Причините са различни, но основата е невъзможността поради хроничното или тежко заболяване да напуснат помещението, в което живеят без помощта на друг човек (Kancheva, 2015).

Установяване и организиране на средата/достъпност и ергономичност за посрещане на лицето от престоя му в здравно заведение

Социалната политика в страната по отношение на домашната грижа не предлага облекчения от социален и финансов характер при подготовката на жилището за приемане на лежащо болен човек. За да се осигури максимален ефект при лечението, следва преди настаняване на лицето в жилището да се извърши подготовка на обзавеждането и достъпността. Политиката на страната ни все още не е изцяло съобразена с Европейските стандарти при строителството по отношение на достъпността. В много от по-старите жилищни сгради няма асансьори и коридорите са тесни, което ограничава или свежда до минимум възможностите на лицата, които се придвижват с помощта на технически помощни средства (патерици, инвалидни колички и др.) за самостоятелно, независимо от помощ придвижване извън сградата.

Стаите в дома на лицата не приличат на тези в здравните заведения, което затруднява възможностите за пълноценна грижа. Подредбата вътре също трябва да е съобразена със спецификата на състоянието на лицето, тъй като преди възникване на неблагоприятното състояние обзавеждането е било изцяло по вкуса на живущите вътре, изпълнено с мебели, избирани спрямо вкуса, а не спрямо функционалността им, създавайки индивидуален уют. При настаняване в жилището на лице, което ще е продължително болно (лежащо) следва обстановката да е съобразена с възможността за самостоятелност на лицето или пълна функционалност на оказващия грижи, тъй като основната цел е да се подобри качеството на живот у болния.

Установяване на личностния му капацитет/функционалните му възможности

Трябва да се определи доколко е самоосъзнаването на лицето, дали осъзнава слабостите на състоянието, в което се намира, отношението му към ситуацията, емоциите и мотивите, които го водят. Възможно е специалистът да

се сблъска с немалък спектър от проблеми, като нарушения в психичното здраве на клиента/потребителя – стрес, депресия, тревожност, дезадаптивни нарушения, поведенчески нарушения и др. Те от своя страна възпрепятстват лицето да задоволи в най-пълна степен психо-социалните си потребности.

От функционална гледна точка трябва да се установи доколко са запазени физическите му възможности и кое пречи на възстановяването. Определено съществува връзка между психическото състояние и физическите възможности на лица, които са продължително болни, като продължителното емоционално разстройство е една от основните пречки при физическото възстановяване. В характера на социалната работа с такова лице специалистът трябва да създаде непосредствени отношения с него, използвайки всичко видяно и чуто от него. Трябва да разбере индивидуалната специфичност на проблемите на конкретното лице, произхода им, проявленията и начина по който се отразяват по отношение на функционалността му.

Установяване на социалните му ресурси

Работещите специалисти в системата на здравеопазването, са хора с висок професионален опит и отлично познаване на системата, в която работят. Въпреки това, за подобряване на качеството на грижите на хората с увреждания е необходим специалист, който от една страна, да познава социална система, за да може да дава насоки според конкретното състояние, а от друга страна, да комуникира със здравната система успешно и в случаите, които го налагат (Kancheva, 2017).

Възстановяване на социалното му функциониране

Основен приоритет в социалната политика на страната през последното десетилетие е преходът от институционални грижи към такива в общността. До скоро институцията имаше ролята на изпълнител при здравни грижи и социални нужди, но при навлизането на социалните услуги в общността ролята

вече трябва да се измести и единственото правилно решение е въвеждането на един обединен подход при грижите за хората с увреждания (Spasova, 2018).

Възстановяването на лице след продължително лечение по отношение на функционирането му е доста дълъг период, който включва в себе си много аспекти. Самообслужването и дейностите от ежедневието са от изключително значение за самостоятелността на един човек (Toruzov, 2009). Именно самостоятелността при дейностите в ежедневието създава усещането за справяне в индивида, което помага при възстановяване на социалното му включване.

Съществена роля има семейството и приятелският кръг при този процес, тъй като това са хората, които подпомагат лицето в действията му, недопускат социална изолация и се стремят към разширяване на социалния спектър.

Изводи

Увреждането, водещо до трайно намалена възможност за напълно функциониране, е социален феномен, социален факт, с който се сблъскват всички общества (Ivkov, 2006). Инвалидността не е атрибут на човека, а по-скоро комплексно натрупване на условия, много от които се създават от социалната среда. [3] Проблемите на тези хора са от здравен и социален характер и са пряко свързани с качеството им на живот.

При възникване на ситуация, при която лице ще е продължително „лежащо“ болно, е от изключително важно значение специалистът да е наясно с всички основни етапи от организирането на домашната грижа, за да не се допусне социална изолация на лицето нито като самоизолиране, нито като архитектурна бариера. Това състояние променя живота на човек и създава усещането за зависимост.

Заключение

Много от хората с увреждания могат да водят пълноценен живот, тъй като имат потенциал, който може да е запазен или да бъде възстановен/съхранен до етапа на загуба и надграден при работа с лицето. Но при всички тях се наблюдава снижена самооценка, чувство на самота и безпомощност.

Проблемите с продължителната домашна грижа след хоспитализация стават все по-актуални в съвременните условия на висока заболяемост у населението и застаряването му. До сега действащите модели на грижа са остарели морално и функционално, а новата система от мерки не отговаря изцяло на съвременните изисквания.

Настоящата публикация няма претенции за изчерпателност по темата, но прави опит за полагане на основите за създаване на алгоритъм при домашните грижи от социална гледна точка, тъй като този тип грижа е дълъг във времето, понякога до края на живота на лицето.

Бележки

[1]. www.who.int

[2]. Министерство на труда и социалната политика. Отчет за 2022 за изпълнение на Актуализираната Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012 – 2030 г.)

[3]. Международна класификация на функционирането Инвалидност и здраве, 2002

Литература

Ivkov, B., Mediko-sotsialni i sotsiologicheski klasifikatsii na vidovete invalidnost, el.spisanie LiterNet № 3(76) 2006

Kancheva, K. Analysis of the social, protection system for disability persons. KNOWLEDGE International Journal, 16 (1), 2017, Skopje, Serbia: 437-441 ISSN 1857-923X

Kancheva, K. The transition from health facility to home and community for people with disabilities. KNOWLEDGE International Journal, 22 (5), 2018, Skopje, Serbia: 1419-1425. ISSN 1857-923X

Kancheva, K., Osiguravane na dostapna sreda pri grizhite za lezhashto bolni litsa v domashni uslovia, izd.Faber, V.Tarnovo, 2015

Spasova V. (2018) Problems of those providing cares for person with intellectual impairments in family environment. Sbornik s nauchni izsledvania, str.317-322I Universitetsko izdatelstvo „Sv. Sv. Kiril i Metodiy“ Veliko Tarnovo ISSN 2603-4093

Topuzov, I.Ergoterapia, parva chast, Sofia, 2006

✉ **Калина Кънчева**

Медицински университет – Плевен

Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

e-mail: kalinakk@abv.bg

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОТО НА ПРЕДОСТАВЯНАТА СОЦИАЛНА УСЛУГА „ДНЕВЕН ЦЕНТЪР ЗА ПОДКРЕПА НА ДЕЦА С УВРЕЖДАНИЯ“

К. Кънчева

Медицински университет – Плевен, Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

QUALITY MANAGEMENT IN THE PROVISION OF THE SOCIAL SERVICE „DAY CENTER FOR SUPPORTING CHILDREN WITH DISABILITIES“

K. Kancheva

Medical University – Pleven, Department of „Social and Pharmaceutical Care“

ABSTRACT: *Social services have a significant impact on the quality of life of individuals who rely on them. This impact may be expressed both in supporting independent living in the child's or individual's home environment, as well as in assistance with specific daily activities. In the context of social services for children and young people with disabilities, quality assessment becomes even more crucial, since such services prove to be key for children's development and for supporting their families.*

A social service can be considered of high quality when it is accessible, guided by clearly defined policies and procedures, meets specific requirements for nutrition, healthcare, and material conditions, and is delivered by competent staff.

Specialists are often required to work with parents who, for years, have been caught in the constraints of daily routines dictated by the care for their child. The high level of competence and motivation of professionals is a fundamental guarantee for ensuring quality in the provision of social services.

Keywords: quality, social services, children and young people with disabilities.

Въведение

Социалните услуги оказват голям ефект върху качеството на живот на нуждаещите се от тях лица. Това може да се изрази както при подпомагане за самостоятелен/независим живот в дома на детето/лицето, така и в отделни дейности от ежедневието, предоставяни в дневни центрове и центрове за рехабилитация като: информиране и консултиране, застъпничество и посредничество, терапия и рехабилитация, както и обучение и подкрепа за придобиване на трудови умения.

В областта на предоставянето на социални услуги от години усилията са чрез съпътстващи инициативи и дейности да се атакуват проблеми, а не техните

следствия със социален характер, т.е. усилията на властите е нужно да бъдат насочени към провеждане на активни изпреварващи политики, които минимализират необходимостта от реализация на мерки, насочени към предоставяне на социални услуги в чист вид.

Качеството на социалните услуги се определя като степен, в която предоставените услуги удовлетворяват потребностите на потребителите и допринасят за подобряване на тяхното благосъстояние. В съвременното общество осигуряването на подходящи социални услуги е ключов фактор за подобряване качеството на живот на уязвимите групи. В контекста на здравеопазването социалните дейности играят съществена роля в подкрепата на децата с увреждания и техните семейства, като осигуряват условия за развитие, рехабилитация и социална интеграция.

В България броят на потребителите на социални услуги, както и списъкът на предоставяни такива непрекъснато нарастват.“ (Shishmanova et al., 2021).

Литературен обзор

Социалните услуги възникват (планират и реализират), за да отговорят на възникващите потребности на уязвими групи от населението. Според *Закона за социалните услуги (ЗСУ)* „Качество на социалните услуги“ е съвкупност от характеристики на социалните услуги, които удовлетворяват потребностите на лицата, които ги ползват и водят до превенция и/или преодоляване на социалното изключване, реализиране на права и подобряване качеството на живот (Boneva, 2013).

Правна рамка

Принципите, залегнали в международните актове и стандарти се отразяват при промяната на българското законодателство. Основната правна рамка на социалните услуги е регламентирана в *Закон за социалните услуги (ЗСУ)* [1] и *Наредба за качеството на социалните услуги*. Законът за социалните услуги [2] (обн., ДВ, бр. 24 от 22.03.2019 г., в сила от 1.07.2020 г.)

урежда специфични обществени отношения, свързани с предоставянето, ползването, финансирането, качеството, контрола и мониторинга на социалните услуги. Това са ключовите въпроси, чието регулиране е от значение за сектора на социалните услуги, което от една страна, е свързано с осигуряване на достъп до социална подкрепа и посрещане на потребностите и реализиране на правата на хората, а от друга – с ефективното функциониране на системата на национално и местно ниво. Новата правна регламентация е развита в контекста на три основни цели:

1. Достъпност на социалните услуги;
2. Качество и ефективност на социалните услуги;
3. Интегрираност на подкрепата.

Наредба за качеството на социалните услуги

Целта на *Наредбата* е да се създадат условия за повишаване на качеството на социалните услуги и тяхната ефективност в подкрепа на хората, които ги ползват. С наредбата се определят стандартите за качество на социалните и интегрираните здравно-социални услуги и критериите за тяхното изпълнение. Те са съобразени с вида на социалната услуга и специфичните потребности на хората, които я ползват.

Ефективност и качество на социалната услуга

Трудно може да се даде точно определение на качество – то може да е добре свършена работа, професионализъм, може да доведе до удовлетвореност на потребителите, добри финансови резултати и др. Независимо от липсата на точна дефиниция на термина, все по-често го срещаме в различни стратегически и нормативни документи. В стандартите на Международната организация по стандартизация ISO качеството се определя като „*степента, до която съвкупност от присъщи характеристики удовлетворяват изисквания*“, като под изискване следва да се разбира „*формулиране потребност или очакване, което обикновено се подразбира или е задължително*“ (Boneva, 2013).

Предпоставки за ефективност и качество на социалната работа

Значимостта на ефективността и качеството на социалната работа се определят основно от следните предпоставки:

- Повишените изисквания към социалната система, характера и вида на социалните потребности постоянно се увеличават и се изменят това произтича от повишения общ стандарт на живот и бързо изменящия се облик на обществената, битовата и производствената среда;
- Увеличаващия се контингент от потребители на социална помощ. Естествена причина затова е повишаващият се стандарт на живот на населението. У нас този брой се увеличава постоянно поради ниските доходи, пенсии, социални помощи, високата безработица, влошените демографски показатели, драстичното обедняване на нацията, влошаването на физическото и психическото състояние на населението и др.;
- Важна предпоставка за ефективността и качество на социалната работа се явява и сегашното състояние на някои социални заведения, които се намират в стари неподходящи сгради, липсват финансови средства за оборудване. Ниските трудови възнаграждения и ниския социален статус на социалните работници задълбочават все повече този негативен процес;
- Съществено значение за ефективността и качество на социалната работа имат социалните бедствия, като кризисно състояние се определят постоянно растящите психични отклонения, масовата употреба на алкохол, наркотици и психотропни вещества, тероризъм и др.;
- Допълнителна предпоставка за влошаване на социалната дейност представлява и извършващите се реформи в социалната сфера и здравеопазването, това оказва влияние върху ефективността и качество на социалната работа;
- Съществена предпоставка на ефективността и качество на социалната работа се явява тяхното теоретично изследване и практическа реализация,

необходими са нови форми, съвременни подходи, стандарти, критерии, норми и нормативи за социалната работа, които в крайна сметка ще доведат до ново по-високо в качествено отношение ниво на социална сигурност.

Определения

При определяне съдържанието на ефективността и качество на социалната работа трябва да се има предвид, че тя е многостранна и комплексна дейност на държавата и обществото за гарантиране социалната сигурност на населението, в нея се включват елементи на здравната и правна помощ, на образованието и културата. Ефективността и качество на социалната работа представлява комплекс от организационни и ресурсни характеристики на професията и психическа нагласа на социалните работници за пълно задоволяване на социалните потребности и постигането на социална сигурност на населението при икономично и ефективно използване на ресурсните възможности на региона и страната.

Качеството като фактор при предоставянето на социални услуги

В страната едва през последните 10 г. се заговори за качество на социалната работа и социалните услуги. Различни Неправителствени организации направиха опит за адаптиране на чужди практики, които да осигурят качество при предоставяне на социалните услуги. При предоставянето им започна да се взема под внимание мнението на кандидат-потребителя или на законния му представител, т.е. клиентът/потребителят стана активен участник при вземане на решение за действия в най-добър интерес за него.

Разработи се система от социални услуги, базирани в общността като алтернатива на доскоро действащия модел.

Динамично се променя законодателството в социалната сфера, в което има по-ясни критерии и стандарти за качество на предоставяните социални услуги, както и наличието на контролни механизми върху качеството на предоставяните услуги по отношение на спазването на основните права на

ползвателите. Разработиха се нови социални услуги в общността, които се оказаха ефективни и по този начин се популяризираха нови добри практики.

Минимално необходими условия за наличието на качествени социални услуги са:

- 1. Гъвкави социални услуги;*
- 2. Ориентирани към потребителя социални услуги;*
- 3. Приоритет на услугите в общността;*
- 4. Добра и ясна регламентация на стандартите за качество;*
- 5. Ефективни, целенасочени и всеобхватни контролни механизми;*
- 6. Равнопоставеност на доставчиците;*
- 7. Публичност на информацията по отношение на предлаганите социални услуги;.*
- 8. Обществен контрол.*

В контекста на социалните услуги за деца и младежи с увреждания, оценката на качеството става още по-важна, тъй като тези услуги се оказват ключови за развитието на децата и подкрепата на техните семейства. Една социална услуга е качествена, когато е достъпна, има разписани политики и процедури, отговаря на определени изисквания за хранене, здравни грижи и материална база, разполага с компетентен персонал и т.н.

Резултати и обсъждане

Емпиричното изследване е проведено през месец април 2025 г., след предварително одобрение от страна на ръководителя на Дневен център за подкрепа на деца с увреждания гр. Ловеч.

Целевата група на услугата са деца и младежи с различни видове увреждания: двигателни, зрителни, ментални и множествени и др. и техните семейства. Такива центрове има 18 в страната, от които 2 в ловешка област.

Капацитетът на услугата е 30 места дневна грижа и 60 места консултативни услуги.

В проучването се включиха всички специалисти, които работят с услугата (10 души): социален работник – 3 специалисти, психолог, възпитател – 2 специалисти, логопед, рехабилитатор, медицинско лице и трудотерапевт.

Разпределението им по пол е: преобладават жените (90%), останалите 10% са мъже. Факт, характерен за всички социални услуги, е, че професиите в социалната сфера са предпочитани предимно от жени. По отношение на възрастта – най-младият специалист е на 29 г. и е социален работник, най-възрастният е на 55 г., също социален работник. Средната възраст на лицата, които са посочили възрастта си, е 42,5 г. (едно от анкетираните лица не е посочило възрастта си). Всички анкетирани лица са с висше образование и всеки от тях работи на длъжност, която отговаря на изискванията за заеманата позиция. Специалистите, които работят в тази социална услуга, са средно от 3 г. и 3 месеца, но има и специалисти от създаването на услугата (над 10 г.).

Почти всички специалисти в социалната услуга (90%) преди да заемат длъжност са имали завършени обучения и квалификационни курсове за работа с конкретния вид потребители. Изключение прави единият възпитател, но може да се обясни с липсата на допълнителни квалификационни обучителни форми за конкретния вид специалисти.

След като са заели длъжността си в разглежданата услуга, повече от половината от анкетираните лица (60%) се включват до 5 пъти годишно в обучения и квалификационни курсове за повишаване на компетентността си. Равен дял (по 20%) не са се включвали никога или повече от 5 пъти в годината. Положителен е фактът, че почти всички специалисти в услугата се включват системно в обучения или квалификационни курсове.

За по-голямата част от тях (70%) услугата е обезпечена с необходимите материали за работа/средства/ съоръжения според конкретната специфика. Останалите 30 % не са на такова мнение.

Почти всички респонденти – 80% са на мнение, че имат осигурена достатъчност на груповата работа, останалите 20 % не смятат така.

Почти всички (90%) от специалистите са на мнение, че им е осигурена достатъчност при индивидуалната работа с потребителите.

Всички респонденти (100%) считат, че тяхната специфична професионална дейност с потребителите е ориентирана към резултатите, а не към отчитането им като дейност.

Доколко са мотивирани в работата си – след като имаха посочени няколко основни фактора, които кореспондират с мотивацията, от проучването се получиха следните резултати (Табл. №1):

Табл. № 1. Мотивиращи фактори

Фактори	никога	понякога	често	почти винаги	винаги
Заплащане	10%	40%		50%	
Възможността да работите по специалността си			10%		90%
Работата в екипа		10%	10%	20%	60%
Сътрудничеството с колегите			10%	20%	70%
Работодателя ми е толерантен	10%		20%	10%	60%
Работното време		20%		30%	50%

Отговорите на този въпрос могат да се обяснят с няколко аргумента:

- Лица, които са положили усилие, за да получат конкретно образование, е съвсем обяснимо да очакват и подходящо заплащане;

- Да търсят възможност да работят по професията, за която са положили труд да получат.

Добрата микросреда е търсена за специалист, който иска да има възможност да изпълнява качествено задълженията си. Не на последно място стоят и въпросите, свързани с толерантността на работодателя и работното време – фактори, които при специалисти, които са добри в професията си, са от основно значение при избора им за заемане на длъжността. След изясняване на мотивиращите фактори се обърна внимание на тези, които демотивират специалистите при избора им на работно място

Табл. № 2. Демотивиращи фактори

Фактори	никога	понякога	често	почти винаги	винаги
Заплащането не отговаря на усилията, които полагам	20%	70%	10%		
Липсата на признание за труда, който полагам	20%	70%	10%		
Неравномерното разпределение на работата между работещите	50%	40%	10%		
Конфликтни отношения в колектива	60%	40%			
Липса на позитивни резултати от извършената работа	50%	40%	10%		
Бавен или отсъствие на напредък от положените усилия	10%	60%	30%		
Липса на сътрудничество от страна на потребителя	10%	70%	20%		

Резултатите от този въпрос може да се обобщят по следния начин – за работещите специалисти няма преобладаващ демотивиращ фактор. Равномерното разпределение на отговори в „никога“ и „понякога“ не дава възможност да се обобщи кой от тях в по-голяма степен действа демотивиращо,

които отговори показват, че услугата независимо, че функционира от няколко години, представлява и една добра възможност за трудова реализация, което кореспондира и с трудовия стаж в нея на половината от специалистите от откриването, както и от това, че всички длъжности са заети. Отсъствието на отговори като „почти винаги“ и „винаги“ показва единствено отсъствие на демотивиращи фактори.

„Намирате ли, че е обективна индивидуалната оценка на потребностите на потребителите в социалната услуга?“ На този въпрос малко над половината анкетирани лица (60%) смятат, че е обективна, но не за всички потребители, малко под 1/3 (30%) отговарят, че е обективна за всички потребители, останалите 10 % категорично отговарят с „Не“.

По отношение на индивидуалните планове и доколко са адекватни спрямо потребностите на потребителите – малко повече от половината (60%) смятат, че са адекватни, но не за всички потребители, останалите 40% смятат, че са адекватни при всички потребители. Нито един респондент не е отговорил, че са неадекватни.

Доколко потребителят присъства като активен участник, а не като обект на работа – и при планирането, и при самата работа – 40 % от специалистите смятат, че важи не за всички потребители. Еднакъв е делът на посочилите, че потребителят е активен участник, а че не е – 30%. Това може да се обясни с възможностите, които има всеки един от тях. Твърде често диагнозата, състоянието и характера на потребителя са пречка в активното им включване в планирането и работата с тях.

Дали услугата е със семейно ориентиран подход – въвличане на близките при изпълнение на дейностите в домашна среда, тук специалистите са категорични, че е със семейно ориентиран подход, но 50% смятат, че е валидно за всички потребители, останалата половина смятат, че не е при всички потребители на конкретната социална услуга.

Заключение

Социалната услуга „Дневен център за подкрепа на деца и младежи с тежки множествени увреждания и техните семейства“ е насочена към ниско функционални деца с много придружаващи заболявания и дефицити към основното заболяване. За всеки потребител от екипа се поставят цели, които да се постигнат. Често се налага специалистите да работят и с родители, които години наред са в капана на ежедневието, обусловен от грижите към детето им. Високата компетентност и мотивация на работещите специалисти са гарант за качеството при предоставяне на социалната услуга.

Бележки:

- [1]. Закон за социалните услуги, изм. ДВ. бр. 31 от 11 Април 2025 г.
- [2]. Наредба за качеството на социалните услуги, Приета с ПМС № 135 от 22.06.2022 г., изм. ДВ. бр. 96 от 12 Ноември 2024 г.

Литература

- Boneva, S., Kachestvo, standartizatsia i standarti – sashtnost, znachenie, vzaimovrazka (Science&Technologies)2013, St. Zagora
- Nedyalkov A., Al. Petkov, M. Kirova, M. Boneva, Integrirane na sistemata za upravlenie v organizatsiite, Ruse, 2018
- Nedyalkov, A. (2010). Izsledvane i usavarshenstvane na informatsionnata sistema za operatsionen enidzhmant v malki i sredni predpriyatia (disertatsia). Ruse: Rusenski universitet „Angel Kanchev“
- Shishmanova, P., E.Parashkevova, E.Lazarova i dr. Strategichesko planirane na sotsialnite uslugi – sastoyanie i perspektivi. (2021) Almanah Nauchni izsledvania, t. 29

✉**Калина Кънчева**

Медицински университет – Плевен

Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

e-mail: kalinakk@abv.bg

ИНОВАТИВНИ СРЕДСТВА ЗА ЕФЕКТИВНА КОМУНИКАЦИЯ С ИНТУБИРАНИ И ТРАХЕОСТОМИРАНИ ПАЦИЕНТИ

Г. Пачкова¹, М. Сълева²

¹Медицински Университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, специалност
„Управление на здравните грижи“

²Медицински Университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, Катедра „Управление
на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

INNOVATIVE TOOLS FOR EFFECTIVE COMMUNICATION WITH INTUBATED AND TRACHEOSTOMATIZED PATIENTS

Galia Pachkova¹, Milena Saleva²

¹Medical University – Pleven, Faculty of Public Health, student in the specialty „Healthcare
Management“

²Medical University – Pleven, Faculty of Public Health, Department of „Health care Management,
Medical Ethics and Information Technologies“

ABSTRACT: *Intubated and tracheostomized patients are often in critical condition and require intensive monitoring, adequate respiratory support and effective communication. They often experience anxiety, stress and frustration due to communication limitations, which are also transmitted to the staff. Patients who cannot communicate effectively are at increased risk of a number of preventable adverse events. In modern healthcare, various innovative tools can be successfully applied to communicate the needs of patients in intensive care units. International experience shows that the application of such tools significantly reduces the risks of various complications, guarantees autonomy and comfort of patients, reduces their suffering, builds trust and security with the team. Effective communication of needs is also a key factor in ensuring patient safety. The introduction of modern tools for communication with these patients has proven to be important for the quality of healthcare.*

Keywords: innovative tools, effective communication, intubated patients, tracheostomized patients, healthcare

Въведение

Грижата за интубираните и трахеостомирани пациенти изисква специализирани знания и умения от страна на медицинските сестри. Тези пациенти често са в критично състояние и се нуждаят от интензивно наблюдение, адекватна респираторна поддръжка и ефективна комуникация, въпреки ограниченията в говора. Освен общите грижи, особено внимание е необходимо да се обърне на психологическите и социални аспекти на работата

с тези пациенти, тъй като те често изпитват тревожност, стрес и фрустрация поради ограниченията в общуването.

Специфика на грижите за интубирани и трахеостомирани пациенти

Интубацията е необходима при остра дихателна недостатъчност, кардиопулмонален арест, тежка травма на главата, оперативни интервенции, обструкция на дихателните пътища, интоксикация и коматозни състояния. Сестринските грижи за интубиран пациент изискват мониториране на жизнените показатели; осигуряване на адекватна оксигенация чрез регулиране на параметрите на механичната вентилация; хигиената на дихателните пътища с редовна аспирация на секрети и предотвратяването на инфекции. Контролът на налягането в маншета спомага за предотвратяване на исхемични увреждания на трахеалната лигавица. Грижите за устната кухина са необходими за предотвратяване на сухота и инфекции. Друг аспект на грижите са за предпазване от развитие на декубитални рани чрез редовна смяна на положението в леглото и хигиенни грижи. Психологическата подкрепа чрез обяснение на процедурите и редовно присъствие до пациента също спомагат за подобряване на прогнозата и качеството на живот на пациентите.

Грижата за пациенти с трахеостома изисква специализирани познания и внимание от страна на медицинските сестри. Осигуряването на емоционална подкрепа на пациентите също е важно за тях. Чрез адекватни сестрински грижи се намалява рискът от усложнения и се подобрява качеството на живот. Ефективната комуникация е ключов компонент за посрещане на много нужди на пациентите, включително предоставяне на информация, изразяване на симптоми и емоции, както и за участие във вземането на решения.

Цел

Целта на настоящия доклад е да се представят съвременни и иновативни методи и средства за ефективна комуникация с интубирани и трахеостомирани пациенти, които могат да бъдат приложени в интензивните отделения за

осигуряване на качествени здравни грижи, които да съответстват на действителните нужди на пациентите.

Материал и методи

Проведен е преглед на научни публикации относно съвременните възможности и стратегии за допълваща и алтернативна комуникация с интубирани и трахеостомирани пациенти.

Резултати и обсъждане

Комуникацията с интубирани и трахеостомирани пациенти, които са в съзнание, е предимно чрез използване на мимики и жестове, като често пъти сестрата просто предугажда нуждите на пациентите. Този подход обаче не гарантира, че тя е разбрала точно нуждите на пациента и действа по своя лична преценка. Общуването с тези пациенти е затруднено и според медицинските сестри се компрометира възможността за предоставяне и получаване на правилна и пълна информация (Tolotti et al., 2018). Ефективната комуникация е изключително важна за осигуряване на комфорт, разбиране на нуждите и намаляване на чувства като безсилие, гняв, тревожност и фрустрация не само сред пациентите, но и сред сестрите. Основни принципи на успешната комуникация в тези случаи са спокойствие и търпение, ясен зрителен контакт и опростяване на въпросите.

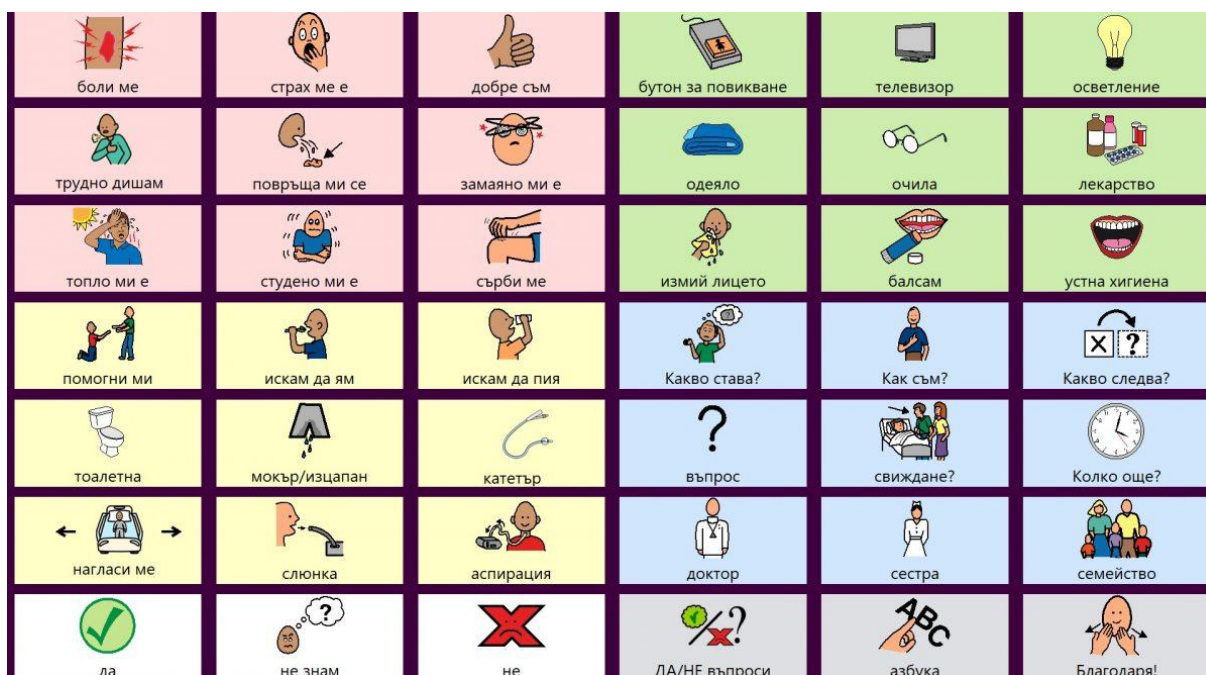
Наблюдение на невербалните сигнали като мимики, движения на главата и очите могат да дадат важна информация за състоянието и желанията на пациента. Различните пациенти предпочитат различни начини на общуване, затова е необходимо да се прилага индивидуален подход според нуждите и възможностите на пациентите.

Начините на комуникация с интубирани и трахеостомирани пациенти са:

Невербална комуникация – кимане с глава и движения на очите. Пациентите могат да използват движения като „да“ и „не“, за да отговорят на

въпроси. Често срещани методи включват жестове с ръце например показване с пръсти на числа или конкретни знаци за съгласие, несъгласие, дискомфорт, както и четене по устните. Липсата на умения за четене по устните сред здравните специалисти обаче често води до недоразумения. Освен това, тези отнемачи време методи могат да „източат“ енергията на пациентите, правейки ги неспособни да общуват ефективно.

Нискотехнологичните стратегии за допълваща и алтернативна комуникация са писане на думи. Ако пациентите са със запазени когнитивни способности и фина моторика, може да им се предложат химикал, хартия или дъска. В случай, че фината моторика е запазена, но пациентът не може да пише, се предлагат комуникационни карти или табла, които се състоят от икони и картинки, представляващи основни нужди. Освен това могат да се добавят азбучни и символни таблици, което позволява на пациентите да сочат към отделни букви/символи, за да образуват думи и/или изрази. Таблата за комуникация представляват лист или табло с основни думи, като „болка“, „жажда“, „топло“, „студено“, където пациентът може да сочи желанията си. Фондация „АСИСТ– ПОМАГАЩИ ТЕХНОЛОГИИ“, популяризира и предлага средства за допълваща и алтернативна комуникация. Това са табла със свободен достъп за медицински нужди за общуване с пациенти в болница и интензивни отделения и реанимация, които временно не могат да говорят (снимка 1), (Assistfoundation, 2020).



Снимка 1. Табло за комуникация за пациенти в интензивни отделения и реанимация

Табло за комуникация, създадено от Widgit Health, което съдържа 26 основни фрази и символи за пациентите, избрани след проучване на д-р Bronwyn Hemsley, в което се установяват най-важните фрази, нужни на пациентите. Таблото е преведено на български и също може да се свали от сайта на фондацията (снимка 2).



Снимка 2. Табло за комуникация, създадено с пациенти в болница и интензивни отделения и реанимация

Осигуряването на подобни табла за интензивните и реанимационни отделения у нас е отговорност на съвременните ръководители по здравни грижи (снимка 3).

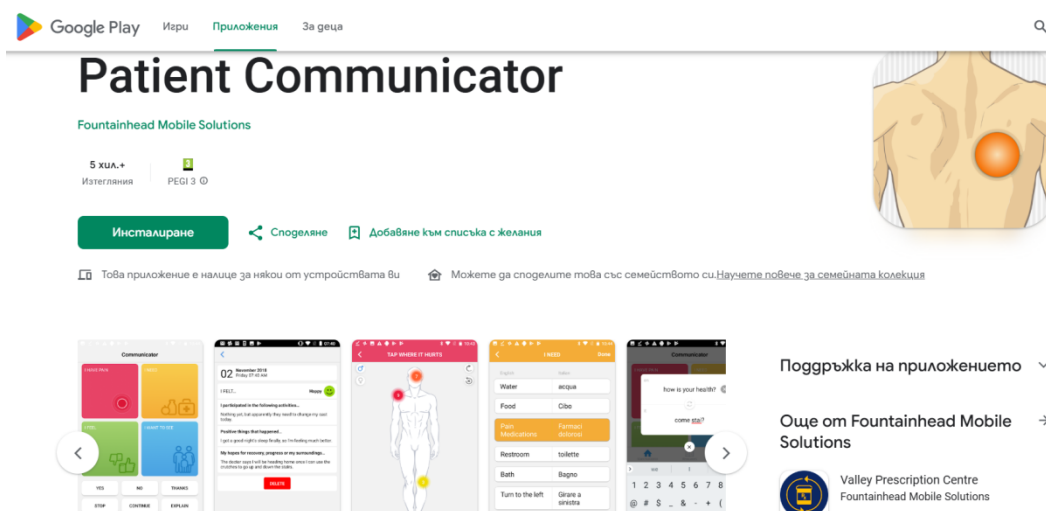


Снимка 3. Прилагане на табло за комуникация при интубиран пациент

Към **високотехнологичните стратегии и иновативни средства за допълваща и алтернативна комуникация** се отнасят електронни устройства за писмена комуникация – таблети, телефони или специализирани устройства за алтернативна комуникация. Тук се отнасят също компютърно-базирани комуникационни приложения, таблетни компютри, устройства за проследяване на погледа или за генериране на реч (Çelebi et al., 2025).

Обществото по интензивна медицина (Society of Critical Care Medicine) разработи приложението „ICU Patient Communicator“, което позволява комуникация с помощта на преносимо устройство чрез инсталиране на приложение (снимка 4). Приложението позволява на пациентите да избират от редица икони със заглавия „Имам болка“, „Имам нужда“, „Чувствам“ и „Искам да видя“. Избира се икона, след това се появява падащо меню или изображение на тялото, което позволява на пациента да избира конкретни съобщения или да посочва към област на тялото, изпитваща болка. Приложението включва също

езиков преводач, опция за водене на ежедневен дневник и ресурси за пациенти и членове на семейството като например „ICU Stay Booklet“ (Modrykamien, 2019).



Снимка 4. Приложение за смарт телефон или таблет „Patient Communicator“

Други възможни решения за комуникация са **програми за синтез на говор** чрез използване на приложения, които преобразуват написан текст в говор. Бутонни устройства с предварително записани фрази намират приложение при по-тежки състояния, като се използват предварително програмирани бутони с гласови съобщения.

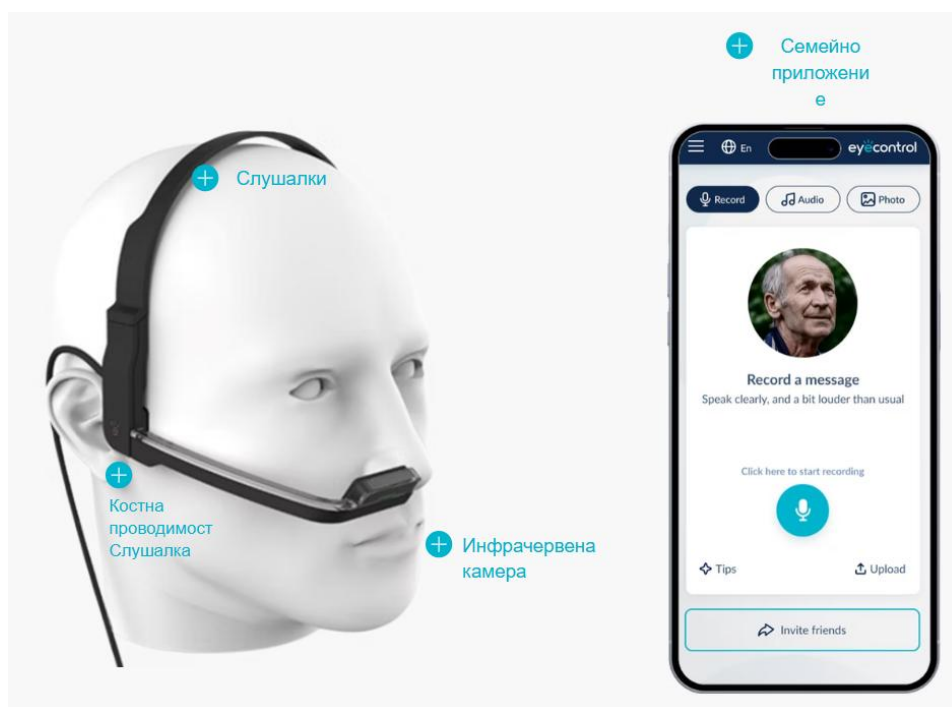
При някои трахеостомирани пациенти е възможно да се възстанови частично говорът чрез **„говорни клапи“**. При тях се позволява преминаване на въздух през гласните струни, което прави възможно частичното възстановяване на речта (O'Connor et al., 2021).



Снимка 5. Говорни клапи при трахеостомирани пациенти

Логопедичната терапия за пациенти с продължителна трахеостомия също има своето място в правилно общуване с пациентите, като логопедът може да помогне за възстановяване на гласовата комуникация.

Развитието на съвременните технологии позволи наскоро да бъде разработено **преносимо устройство за персонална комуникация** (EyeControl, EyeFree Assisting Communication Ltd., Тел Авив, Израел), което избягва използването на екрана. Представлява инфрачервена камера, монтирана на главата, проследява движенията на очите и изпраща информация до малък процесор, който преобразува движенията в комуникация. Пациентът може да избира от меню, което включва „думи и фрази“, „приложение“, „азбука“, „режим на почивка“ и „настройки“. След като съобщението бъде избрано, устройството включва аудио обратна връзка към потребителя, а предходната комуникация се предава към изходния високоговорител или свързаното Bluetooth устройство (снимки 6 и 7), (EyeControl Company).



Снимка 6. Устройство за персонална комуникация EyeControl-Med за пациент в интензивно отделение



EyeControl-Med: The first personalized ICU communication platform

EyeControl-Med is uniquely designed to support ICU patients across all levels of awareness and cognitive ability, addressing their needs throughout the recovery process.

Снимка 7. Приложение EyeControl-Med на пациент в интензивно отделение

Ролята на медицинската сестра за ефективна комуникация е от голямо значение за правилното комуникиране и установяване на конкретните нужди и

потребности на пациентите. Съвременните стратегии за комуникация обхващат действия за:

- подкрепа и насърчаване – помагане на пациента да изрази желанията си, без да се чувства безпомощен;
- обучение на пациента и семейството – запознаване с различните методи на комуникация;
- създаване на удобна среда за комуникация – елиминиране на фоновия шум, добро осветление за улесняване на невербалната комуникация;
- оценяване на комуникационните способности – при възстановяване на пациента може да се премине към по-сложни методи на комуникация;
- прилагане на иновативни средства за успешно комуникиране.

Заклучение

Използването на невербални методи, комуникационни табла и редица технологични средства значително подобрява взаимодействието между медицинския персонал и пациента. Проучванията показват, че иновативни средства като софтуерни приложения за телефон или таблет, както и устройства за проследяване на погледа са доста по-ефективни в подпомагането на пациентите да изразят своите нужди. Отговорност на съвременните ръководители по здравни грижи е прилагането на грижи, базирани на доказателства в звената, които ръководят. Въвеждането на иновации, които осигуряват ефективна и подкрепяща комуникация с интубирани и трахеостомирани пациенти допринася за тяхното възстановяване и психологическо благополучие.

Литература

Assist Foundation. (2020). Tabla za komunikatsia s patsienti v intenzivni otdelenia i reanimatsii. Avail. at: <https://assistfoundation.eu/blog/category/niskotehnologichni-dak/медицински-нужди>

Çelebi, C., K.Ö. Yeşilyurt. (2025). Ensuring Effective Communication with Patients Receiving Mechanical Ventilation Support in Intensive Care Units: Current Communication Materials. Cyprus J Med Sci. Volume 10(4):228–235.

EyeControl Company. Avail. at: <https://www.eyecontrol.co.il/eyecontrol-med>.

4. Modrykamien, A.M. (2019). Strategies for communication with conscious mechanically ventilated critically ill patients. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2019 Jul 22;32(4):534–537.

O'Connor, L.R., N. Morris, J. Paratz. (2021). The safety and efficacy of prolonged use of one-way speaking valves. Australian Critical Care. Vol. 34, Issue 4, p. 319–326.

Tolotti, A., A. Bagnasco, G. Catania, G. Aleo, N. Pagnucci, L. Cadorin, M. Zanini, G. Rocco, A. Stievan, F. Carnevale, A.C. Sasso. (2018). The communication experience of tracheostomy patients with nurses in the intensive care unit: A phenomenological study. Intensive and Critical Care Nursing 2018; 46(6):24–31.

✉ **Мед. сестра Галя Боянова Пачкова**

Трето Отделение за анестезиология и интензивно лечение

УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен

e-mail: galiaboianova@abv.bg

✉ **Гл. ас. Милена Сълева, д.оз.**

Медицински Университет – Плевен

Факултет „Обществено здраве“

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

e-mail: milena.saleva@mu-pleven.bg

МОДЕЛИРАНЕ НА КОМУНИКАТИВНИ УМЕНИЯ ПРИ СТУДЕНТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ: ИНОВАТИВНИ ПОДХОДИ И ОБУЧИТЕЛНИ СТРАТЕГИИ

Й. Панковска¹, З. Енчева²

¹Медицински Университет – Плевен, Катедра „Медико-диагностични дейности“

²Медицински Университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

MODELING COMMUNICATION SKILLS IN HEALTH CARE STUDENTS: INNOVATIVE APPROACHES AND TEACHING STRATEGIES

Y. Pankovska¹, Z. Encheva²

¹Medical University – Pleven, Department „Medico-diagnostic Investigation“

²Department of „Health Care Management, Medical Ethics and Information Technologies“, Faculty of „Public Health“

ABSTRACT: *This review article examines the role and importance of communication skills for the professional training of healthcare students in the context of a digitalizing society and a transformed healthcare environment. It focuses on interpersonal interaction and the need for adaptation in teaching methods. The aim of the report is to analyze existing international and national practices for effective teaching strategies and to formulate recommendations for improving the educational process. A review of publications in the period 2013-2024 in various databases was used. Simulation methods, role-playing games, training with standardized patients and interdisciplinary approaches are presented. The review emphasizes the need for institutional support, trained teachers and the importance of the connection between the academic and clinical environment. Integrated practical communication training is key to building emotionally intelligent and professionally prepared healthcare professionals.*

Keywords: communication skills, students, healthcare, training strategies, emotional intelligence

Въведение

Навлизането на модерните технологии трайно променя не само света около нас, но и нас самите. Средата, в която живеем, учим и работим, оказва съществено влияние върху моделите на поведение, начина на общуване и възприемане на информация. Интернет и социалните мрежи изцяло трансформираха линейността в комуникацията и динамиката на взаимодействията, придоби характеристика на бързи, сегментирани и по-повърхностни взаимоотношения.

Тези промени неминуемо оказват рефлективно отражение и върху процесите в здравеопазването и качеството на предоставяните здравни грижи. Комуникацията между здравния специалист и пациента е измерител за изграждане на доверие и е инструмент за ефективност в колаборативната симбиотика между пациент и специалист, която гарантира ефективността на вземаните здравни решения. Умения като активно слушане, формулиране на етични послания, адаптивност към емоционалното състояние на пациента и транскрипция на невербални съобщения са сигнификантни за двупосочността на процеса на общуване и тяхното наличие е гарант за неговата двуканалност.

Към пазара на труда се е запътило едно цяло, напълно различно от досегашните, силно технологично поколение студенти здравни работници. Тяхната висока дигитална компетентност обаче е съпътствана от променени когнитивни способности, дефицити в аналитичното мислене и затруднения в живото общуване, които възпрепятстват хомогенността на процеса „интеракция“. Сериозността на тази фактология поражда съмнение за ригидност в емоционалната интелигентност на специалиста по здравни грижи. Усещането за емпатия, девиантно заобикаля досегашните негласни стандарти. Променена е способността за открито и уважително изразяване на мисли и чувства, което свидетелства за дефицити в асертивната комуникация.

Неотложната необходимост от флексибилна адаптация налага незабавна намеса в методите на преподаване в университетите. Условностите на средата и нуждите на новия модел студенти, потребители на модерния свят, налага в медицинската практика модела на студент не само с технически компетенции, но и с умения за емоционална и етична ангажираност.

Непрекъснато променящата се, в контекста на социално-културна динамика, здравна среда извежда обучението по комуникация като компонент от първостепенна значимост в подготовката на бъдещите здравни кадри.

Цел

Целта на настоящата публикация е да изследва и обобщи някои съществуващи вече у нас и в чужбина практики, свързани с обучението по комуникативни умения на студентите по здравни грижи.

Задачи

- Да се дефинира ролята на комуникативните умения в професията на медицинския специалист за подобряване качеството на здравните грижи;
- Да се представят някои от основните иновативни методи и обучителни техники, прилагани в национален аспект и да се сравнят с международните;
- Да се направи анализ на български научни публикации, свързани с темата;
- Да се формулират препоръки за обучителни стратегии във висшето медицинско образование в България.

Материали и методи

Настоящата обзорна статия е базирана на систематизиран преглед на съществуващи литературни източници в областта на обучението по комуникативни умения при специалистите по здравни грижи. Целта на използваната методология е да се представи цялостната визия за обучението по комуникативни умения в медицинските университети, което да подпомогне прилагането на добри образователни практики в бъдеще.

Използвани са академични бази данни от PubMed, Scopus, Google Scholar, както и материали от български научни сборници и университетски публикации. Обследваните статии са за периода 2014 – 2024 г. С помощта на ключови думи избраните публикации са анализирани с цел селектиране на съдържание, което разглежда методи на обучение, ефективност на методите на обучение, оценка на ефективността, предимства и предизвикателства. Сравнени са международни и български добри практики.

Резултати и обсъждане

Съвременните изследвания в областта на обучението по здравни грижи все по-ясно очертават необходимостта от целенасочено развитие на комуникативните умения у студентите чрез прилагане на иновативни подходи. Емпирични данни от международната литература потвърждават, че стимулационното обучение, ролевите игри, работата със стандартизиран пациент, както и интердисциплинарното обучение водят до съществени подобрения в комуникативната компетентност на бъдещите медицински специалисти (Cant et al., 2020).

Симулационното обучение е свързано с повишаване на психомоторните умения, самочувствието и удовлетвореността сред студентите (Cant et al., 2017). Проучването е публикувано през 2017 г. в списание *Nurse Education Today* и обхваща 700 изследвания, проведени между 2010 и 2015 г., разглеждащи ефективността на симулационното обучение в бакалавърското медицинско образование. Над 80% от студентите, преминали през симулационно обучение, съобщават за позитивни резултати, повишена увереност в общуването с пациенти, по-добра интерпретация на вербалните и невербални символи, по-ефективно справяне със стресови комуникативни ситуации. Подобни резултати се отчитат и при изследването на Padilha и съавтори (2019). Проучване, проведено в Португалия и публикувано в *Journal of Medical Internet Research* (Padilha et al., 2019), е свързано с прилагане на виртуални симулации в дистанционна форма, при което студентите демонстрират подобрене в емпатийното общуване и клиничната преценка след участие във виртуални казуси с пациенти. Систематичен преглед на 51 проучвания за ефективността на виртуалните симулации на пациенти в обучението на здравни специалисти в сравнение с традиционното обучение показват подобрене в уменията за клинично разсъждение, комуникативни умения, технически умения за изпълнение на манипулации и работа в екип (Kononowicz et al., 2019). Прилагането на виртуална човешка симулация в друго изследване в САЩ за

обучение в емпатична комуникация между пациент и здравен специалист, както и между самите здравни професионалисти, показва не само по-добри резултати в комуникативните умения на обучаемите, но и ги мотивира да научат повече за комуникацията (Fitzgerald et al., 2019).

Интердисциплинарното обучение, при което студенти по здравни грижи работят съвместно с колеги от други специалности (медицина, фармация, социални дейности), се налага като водеща стратегия в страни като Канада, Великобритания и САЩ. Проучването „*Using Simulation to Facilitate Transition to the Nurse Educator Role: An Integrative Review*“, публикувано в списание *Nurse Education Today* изследва влиянието на симулационните методи в прехода на медицинските сестри от клинична практика към преподавателска роля (Reeves et al., 2020). Изследването показва, че този подход подобрява междуличностната комуникация и намалява вероятността за грешки, свързани с погрешно интерпретирана информация между професионалистите в клиничната практика.

В България се наблюдава известен дефицит по отношение на комуникативните умения. Проучване сред 112 студенти на три медицински университета в страната показва, че едва 32% от студентите се чувстват уверени в комуникацията с пациенти в напрегнати или конфликтни ситуации (Ivanova et al., 2021). Основните предизвикателства в комуникацията, които посочват участниците са липсата на практическо обучение, недостатъчна обратна връзка от преподавателите и ограниченото време, отделено на комуникативните умения в учебния план.

В проучване на Валентинова (Valentinova, 2022) 93,2% от 478 студенти от Медицински университет – Плевен са на мнение, че комуникативните умения са от съществено значение в медицинската практика, но само 58,5% от тях се чувстват уверени в способностите си за ефективна комуникация с пациенти. Петокурсниците показват по-висока степен на увереност (63,3%) в сравнение с второкурсниците (54,2%). Основните предизвикателства, които участниците

посочват, са недостатъчното време за обучение по комуникативни умения, липсата на практическа насоченост и потребността от по-структурирана и практическа насоченост в рамките на учебната програма (Valentinova, 2022).

В някои висши учебни заведения в България вече се наблюдават положителни резултати след въвеждане на иновативни методи и подходи в обучението. В Медицински университет – Варна и МУ – Пловдив са въведени пробни симулационни програми, включващи ролеви игри и обучение с помощта на симулирани пациенти. Според Петрова и Христов, тези иновативни подходи водят до значително по-добри резултати в способността на студентите да водят трудни разговори с пациенти, да изразяват съпричастност и да формулират информацията по достъпен за пациента начин (Petrova et al., 2022). Други автори предлагат модел за развитие на комуникативната компетентност при студентите по здравни грижи, който интегрира организационна, прагматична и стратегическа насоченост. Проучване сред 145 студенти показва, че при наличие на подходяща учебна среда и активни обучителни методи – като ролеви игри и практически занимания – се повишава мотивацията, увереността и ефективността в общуването с пациенти (Nikolova et al., 2023).

В сравнение със световната практика, обучението по комуникативни умения в България по-скоро е ограничено до теоретични занятия и спорадични практически упражнения. И докато международните програми акцентират на межкултурната комуникация и дигиталните технологии в здравните взаимодействия, в българския вариант тези теми все още се разглеждат предимно на теоретично ниво (Svetoslavova et al., 2019).

Статистиката ясно показва, че иновативните обучителни стратегии – включително симулационното обучение, използването на виртуални технологии и интердисциплинарни подходи – са ефективни инструменти за моделиране на комуникативните умения при студентите по здравни грижи.

За България предизвикателствата са свързани с необходимостта от институционална подкрепа, обучение на преподавателския състав, както и

интегриране на обучителни методи в учебните програми. Чрез възприемане на международния пример за добри практики може да се лансира стратегията за обучение на здравни специалисти, адекватно подготвени за ефективна комуникация, в контекста на емпатийното отношение.

Обзорът на литературните източници показва, че в повечето европейски и световни университети се наблюдава стремеж към интегриране на структурирано обучение по комуникативни техники още от първите курсове на медицинското образование. Според редица изследвания в страната, както и от данни на МУ – Плевен и МУ – Варна, в българската практика обучението по комуникация все още често остава на заден план (Andreeva et al., 2022; Valentinova, 2022; Ilieva, 2022; Svetoslavova et al., 2019). Добра практика е използване на симулационни центрове и въвеждане на свободноизбираеми дисциплини с комуникационна насоченост, но тези инициативи не са широко разпространени. Освен това остава неясно дали са разработени и се прилагат необходимите специфични сценарии за тези практически занятия в симулационните центрове и доколко е застъпена комуникацията на студента с пациента или се набляга повече на техническите умения и прилагане на теоретичните знания на практика.

Препоръки за обучителни стратегии във висшето медицинско образование в България

Положителните тенденции в България включват повишен интерес към симулационно обучение и тренинги, поставящи комуникацията в центъра на грижата за пациента. Като евентуални препятствия могат да се посочат някои предизвикателства, свързани с натоварените учебни програми, липсата на стандартизирани национални изисквания и слабото взаимодействие между академичната и клиничната среда. За да бъде ефективно обучението по комуникация в медицинските университети, то трябва да бъде добре интегрирано, подкрепено практически и обезпечено със система за обратна

връзка. Необходими са усилия за изграждане на преподавателски капацитет, създаване на обучителни стандарти и обмен на добри практики между висшите медицински училища.

Съвременни подходи, които са с доказана ефективност в медицинското висше образование са симулационно обучение със стандартизиран пациент, ролеви игри, структурирани дискусии, тренинги и интегрирано преподаване в различни дисциплини. От съществена важност е обучението да бъде съпроводено с оценка на резултатността и индивидуализирана обратна връзка.

Заключение

Обучението и развитието на комуникативните умения при студентите по здравни грижи в медицинските университети е ключов елемент от подготовката на съвременните медицински специалисти. Анализът на научната литература и практиките, в международен план и в България, показват, че ефективната комуникация между здравен работник и пациент е в пряка корелация с качеството на предоставяната грижа, безопасността на пациента, неговата удовлетвореност и успешна терапия.

Съвременното поколение студенти се характеризира с висока дигитална компетентност, но и с редица затруднения в реалната междуличностна комуникация. Това обуславя необходимостта за в бъдеще да бъдат прилагани иновативни, активни и практически ориентирани подходи в обучението, които да надграждат традиционната лекционна форма чрез развиване на умения за съпреживяване и взаимодействие.

Комуникацията не е просто умение, което се развива спонтанно или по подразбиране – тя трябва да се наложи като професионална компетентност на здравния специалист и да се обвърже с планирано и целенасочено обучение, адаптирано към очакванията и нуждите на обществото.

Литература

- Andreeva, R., V. Hadzhideleva. (2022). Obuchenie po komunikatsia v meditsinskite universiteti: sastoyanie i perspektivi. Nauchni trudove na MU – Sofia.
- Cant, R. P., S. J. Cooper. (2017). Use of simulation-based learning in undergraduate nurse education: An umbrella systematic review. *Nurse Education Today*, 2017 Feb;49:63-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27902949/>.
- Fitzgerald, L. F., Green, C., Simpson, T., Brown, K. (2019). Medical students' experiences and outcomes using a virtual human simulation to improve communication skills: Mixed methods study. *J Med Internet Res*, 2019;21(11):e15459, <https://doi.org/10.2196/15459>.
- Ilieva, M. (2022). Efektivnost na komunikatsionniya protses kato faktor, vliyaesht na psihoemotsionalnoto sastoyanie na meditsinskite sestri. *Sestrinsko delo*, 54(3), 42–47.
- Ivanova, I., M. Dimitrova. (2021). Studentite po zdravni grizhi v Bulgaria: komunikatsionni umenia i predizvikatelstva. *Balgarski meditsinski zhurnal*.
- Kononowicz, A., L. Woodham, Edelbring S, N. Stathakarou, D. Davies, N. Saxena, Car. L. Tudor, J. Carlstedt-Duke, J. Car, N. Zary. (2019). Virtual Patient Simulations in Health Professions Education: Systematic Review and Meta-Analysis by the Digital Health Education Collaboration. *J Med Internet Res* 2019;21(7):e14676.
- Nikolova, M., Andonova, A., Kyuchukova, S., Todorova, T. (2023). Model za formirane i razvitie na komunikativnata kompetentnost na studentite meditsinski sestri. *Knowledge: International Journal*, Vol. 58, pp. 573–578. <https://ojs.ikm.mk/index.php/kij/article/view/7060>.
- Padilha, J. M., Machado, P. P., Ribeiro, A., Ramos, J., Costa, P. (2019). Clinical virtual simulation in nursing education: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 2019 Mar 18;21(3):e11529, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30882355/>.
- Petrova, S., & Hristov, T. (2022). Inovativni podhodi v obuchenieto po komunikatsia v Meditsinski universitet – Varna. *Sbornik na MU – Varna*.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: Effects on professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD002213. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>.
- Svetoslavova, M., & Borisova, N. (2019). Komunikatsionni umenia v obuchenieto po zdravni grizhi: analiz na uchebnite programi v Bulgaria. *Spisanie za meditsinsko obrazovanie*.
- Valentinova, T. (2022). Izsledvane na naglasite i mneniyata na studentite po meditsina otnosno obuchenieto im po komunikatsionni umeniyata. *Nauchni trudove na MU – Pleven. Journal of IMAB*, Vol. 28, pp. 4338–4344. <https://doi.org/10.5272/jimab.2022282.4338>.

✉Ас. Йонита Панковска

Медицински университет – Плевен
Катедра „Медико-диагностични дейности“
Сектор „Рентгенов лаборант“
e-mail: Yonita.Pankovska@mu-pleven.bg

✉Ас. Зиная Енчева

Медицински университет – Плевен
Факултет „Обществено здраве“
Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“
e-mail: zinaya.encheva@mu-pleven.bg

ПРИЛОЖЕНИЕ НА ЕЛЕКТРОНЕН ГРАФИК В РАБОТАТА НА РЪКОВОДИТЕЛИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Д. Илиева¹, М. Драганова²

¹Медицински Университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, студент в специалност
„Управление на здравните грижи“

²Медицински Университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, Катедра „Управление
на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

APPLICATION OF ELECTRONIC TIME SCHEDULE IN THE WORK OF HEALTHCARE MANAGERS

D. Ilieva¹, M. Draganova²

¹Medical University – Pleven, Faculty of „Public Health“, students in the specialty
„Healthcare Management“

²Department of „Health Care Management, Medical Ethics and Information Technologies“

ABSTRACT: *The role of modern healthcare managers is a serious challenge against the backdrop of the continuous expansion of hospital care structures and the chronic shortage of healthcare professionals. The variety of managers' activities often causes tension and stress, mainly due to the lack of sufficient time. The purpose of the report is to present an electronic schedule introduced into the work of a senior laboratory technician. The schedule is analogous to the paper version used in the medical institution. With the help of mathematical formulas and built-in references between individual pages, the entered information is automatically filled. In this way, the working hours of on-call staff, the reporting of holidays and the use of sick leave are automatically calculated without error. The electronic schedule allows for the optimal distribution of 25 employees on work shifts, saves time and prevents duplication of on-call staff.*

Keywords: electronic schedule, senior manager, healthcare

Въведение

Ролята на съвременните ръководители по здравни грижи за осигуряване на качествени здравни грижи е сериозно предизвикателство на фона на непрекъснатото разрастване на структурите за болнична помощ и хроничен недостиг на професионалисти по здравни грижи. Ръководенето и координирането на дейностите на редовите професионалисти по здравни грижи е само част от управлението на човешките ресурси в здравната организация, която поставя редица високи изисквания към уменията и способностите на

старшите ръководители по здравни грижи (Grancharova et al., 2022). Многообразието на дейностите, които те изпълняват често пъти предизвиква напрежение и стрес най-вече поради недостиг на достатъчно време (Draganova, 2014). Проучване доказва, че старшите ръководители на здравните грижи, в това число и старши медицински лаборант поради недостиг на персонал, са ангажирани с редица несвойствени дейности (Draganova, 2016), поради което не им остава време за мениджърски дейности. Оптимизирането на организацията на работа чрез електронни работни графици и подходящо управление на времето е сред първите предложени от магистрите от специалност „Управление на здравните грижи“ мерки за осигуряване на качествени здравни грижи в условия на недостиг на човешки ресурс (Draganova et al., 2020). Разработване и въвеждане на електронен график в работата на старшата медицинска сестра показва значително оптимизиране на работата като редуцира максимално възможността за грешки и спестява време (Stateva et al. 2020).

Цел

Целта на доклада е да представи електронен график, въведен в работата на старшия медицински лаборант в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен. Графикът е аналогичен на хартиения вариант, който се използва в лечебното заведение.

Материал и методи

Представен е опитът на старшия медицински лаборант с новосъздаден електронен график, който е аналог на утвърдения хартиен формуляр, с който е разработен в Excel съвместно с IT специалист. С помощта на математически формули и вградени препратки между отделните страници въведената информация се попълва автоматично на необходимите места за всеки отделен служител. По този начин автоматично се изчисляват работните часове по дежурства, отчита се ползването на отпуск и на болнични без грешка.

Резултати и обсъждане

Електронният график позволява оптимално разпределение общо на 25 лаборанти от Първа база, 10 – от Втора база и 5 санитари по работни смени, спестява време и недопускане на дублиране на дежурства.

Описание на електронния график по страници

Първа страница

Въведени са имената на служителите. При постъпване/напускане се добавят/изтриват. На същата страница са въведени датите на републиканските празници за текущата година, а също така се въвежда и 1.01. на следващата (снимка 1). Това е необходимо, тъй като часовете, отработени в тези дни, са с по-висока стойност и за тези дни е въведена различна оцветка на работния график, за да се отличават. В сивата зона се въвеждат предварително почивните дни, следващи републиканските, тъй като те също имат стойност като съботите и неделите.

презиме, фамилия	почивни+празници	12	празници за	100%	2024			
за Илиева			1.01.2025 г.	100	ЯНУАРИ		почивни не релу	10%
рова Недялкова			3.03.2025 г.	100	МАРТ		26.05.2025 г.	10
ва Димитрова				100	АПРИЛ			10
ова Терзиева			1.05.2025 г.	100	МАЙ			10
а Ангелова			6.05.2025 г.	100	МАЙ			10
ва Пейчева			24.05.2025 г.	100	Май			10
дялкова			6.09.2025 г.	100	СЕПТЕМВРИ			10
ва Георгиева			22.09.2025 г.	100	СЕПТЕМВРИ			10
ва Тошева			24.12.2025 г.	100				10
Славова			25.12.2025 г.	100				10
жкар			26.12.2025 г.	100	Декември			10

Снимка 1. Първа страница на електронен месечен график (служители).

Втора страница

Това е основната страница, тъй като тя съдържа график и отчет в едно и тук се извършват всички операции по създаването на тези два документа. Избира се месецът, годината и графикът веднага позиционира работните и почивните дни. Въвеждайки броя на работните дни, веднага срещу всеки се

Снимка 2. Втора страница на електронен месечен график (График)

ДВАДЕСЕТ И ТРЕТА НАЦИОНАЛНА НАУЧНА СЕСИЯ ЗА СТУДЕНТИ И ПРЕПОДАВАТЕЛИ
„НАУКА С МИСИЯ – ЗНАНИЯ В ПОДКРЕПА НА ЗДРАВЕТО“ – 30-31 ОКТОМВРИ 2025 Г.
гр. Плевен

Месец	Норма	Отработени	Часове +	Часове -	болничен	отпуск	Договор	Явяване на работно място	Отпуск по майчинство	отпуск по болест	неплатен отпуск	с разреш. на адм.	самостоятелна	празнични и почивни дни	ВСИЧКО	В т.ч. брой нощни часове	Месечна норма часово-часове	извършен труд (50%) брой часове	извършен труд – 50% бр. часове по таблица	Часове, отраз. по
Имена	27 28 29 30																			
вее Славова	Д	Д	147	156	9		7	16						12	156	48	147	9	36	
нчова Али	Н	Д	147	148,5	1,5		7	20						12	148,5	32	147	1,5	36	
нчова Николова	II	7	147	147			7	21						12	147		147			
юва Нейкова	7	Д	77	90,5	13,5		10	11						12	90,5		77	13,5		
ианова Иванова	Б		63	126,5	63,5		3	17						12	126,5		63	63,5		
етрова	О	7	48	74,5	26,5		5	13						12	74,5		48	26,5		
нова Господинова	/	М	54	107	53		3	12						12	107	48	54	53		
истова Пейчева	А	Н	56	58,5	2,5		5	9						12	58,5		56	2,5		
анасова Попова	Н		39	36		-3	8	3						12	36	16	39			

Снимка 3. Електронен месечен график на лаборантите (Отчет)

В долната част на графика има таблица, която сумира автоматично колко души в конкретния ден са: Първа, Втора, Дневна и Нощна смяна (снимка 4).

първа смяна	4	8	8	8	8	7	5	5	8	8	8	8	7	4	4	8	8	8	8	7	4	5	8
втора смяна	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5
нощна смяна	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Снимка 4 Втора страница на електронен месечен график (разпределение по смени)

Цялата информация се копира отново автоматично на следващите страници, които са оформени като *График за информационното табло*, отдел ТРЗ и *Месечен отчет* (снимка 5) за отдел ТРЗ. Вмъкнати са редовете за подпис на Началник, Главна сестра и Старши лаборант, както е по изискване, а също и таблица с времетраенето на дежурствата. В момента, в който е готов графикът, е готов и отчетът.

Когато се прави нов месечен график, се копира от стария, изтриват се данните от таблицата с дежурствата и се въвежда числото на новия месец, за да се позиционират работните и почивните/празничните дни. Ако няма промени в състава, имената не се трият, за да не се въвеждат отново. Старите графици/отчети се съхраняват и на хартиен носител, и в електронен вариант.

ДВАДЕСЕТ И ТРЕТА НАЦИОНАЛНА НАУЧНА СЕСИЯ ЗА СТУДЕНТИ И ПРЕПОДАВАТЕЛИ
„НАУКА С МИСИЯ – ЗНАНИЯ В ПОДКРЕПА НА ЗДРАВЕТО“ – 30-31 ОКТОМВРИ 2025 Г.
гр. Плевен

УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ЕАД - ПЛЕВЕН																															Явяване на работа в т.ч. болнична	Разрешен отпуск	Отпуск по заболяване	Отпуск по болест	Отпуск по бременност	Отпуск по семейни обстоятелства	Отпуск по социални причини	Отпуск по други причини	Всичко	В т.ч. брой работни дни	Месечен норматив																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
МЕСЕЧЕН ОТЧЕТ						Клинична лаборатория – Първа база																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
ски лаборанти	График за месец												6	ком										2025		година		Брой работни дни :										21																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

Снимка 5. Месечен отчет за отдел ТРЗ

Заклучение

Чрез използването на електронен график в работата на старшите професионалисти по здравни грижи се спестява значителна част от времето, което е необходимо за изработването му, недопускане на грешки и оптимално разпределение на работните часове на служителите, особено в по-големи колективи. Осигуряването на свободно време е важен фактор за съвременния професионалист по здравни грижи.

Литература

Draganova, M. (2014). Upravlenskiyattrudvoblasttanazdravnitegrizhi. Sestrinsko delo, 2014, god. HLVI, br. 1, s. 3-9.

Draganova, M. (2016). Upravlentie na vremeto, Izdatelstvo – MU – Plevен.

Draganova M., M. Saleva. (2020). Vazmozhnosti za osiguryavane na kachestveni zdravni grizhi v uslovia na nedostig na choveshki resurs. Sbornik dokladi, Yubileyna nauchna konferentsia s mezhdunarodno uchashtie 15 godini Fakultet „Obshtestveno zdrave“, „Novi podhodi v obshtestvenoto zdrave i zdravnata politika“, 26-28 noemvri 2020 g., s. 214-218.

Grancharova, G., M. Draganova. (2022). Osnovi na upravlението na zdravните grizhi. Steno.

Stateva, A., K. Statev. (2020). Optimizirane rabotata na starshata meditsinska sestra chrez izpolzване na elektronen grafik na smenite. Sbornik dokladi ot Yubileyna nauchna konferentsia s mezhdunarodno uchastie „Novi podhodi v obshtestvenoto zdrave i zdravната politika“, Pleven, 26-28 noemvri 2020 g., s. 236-240.

✉ **Димана Илиева**

Старши медицински лаборант

УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен

Клинична лаборатория

e-mail: miti94.1972@abv.bg

✉ **Проф. Макрета Драганова, д.м.**

Медицински Университет – Плевен

Факултет „Обществено здраве“

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

e-mail: makreta.draganova@mu-pleven.bg

СЪВРЕМЕННИ ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА В РАБОТАТА НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА В ДНЕВЕН СТАЦИОНАР ЗА БОЛНИ С ПСИХИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

А. Събева¹, М. Сълева²

¹Медицински Университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, специалност
„Управление на здравните грижи“

²Медицински Университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, Катедра „Управление
на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

MODERN CHALLENGES IN THE WORK OF A NURSE IN A DAY CARE FACILITY FOR PATIENTS WITH MENTAL DISEASES

A.Sabeva¹, M. Saleva³

¹Medical University – Pleven, Faculty of „Public Health“, Specialty „Healthcare Management“

²Medical University – Pleven, Faculty of „Public Health“, Department of „Health care
Management, Medical Ethics and Information Technologies“

ABSTRACT: *The work of a nurse in a day institute for patients with mental illnesses is associated with many modern challenges. Among the main problems are psycho-emotional workload, staff shortage, low public recognition and limited opportunities for professional development. Additional difficulties are created by the lack of job security and the absence of coordination in the multidisciplinary team. The aim of the report is to present the contemporary challenges and opportunities for the development of day-care for patients with mental illnesses. A SWOT analysis of the activities of the nurse in the day-care unit of the Department for Dispensary monitoring of Patients with Mental Illness at the University Hospital "Dr. Georgi Stranski" Pleven was carried out. Many of the weaknesses can be overcome not through large resources, but through better organization, inter-institutional cooperation and innovative forms of work. Combating stigmatization and ensuring security in the workplace are important for the motivation of nurses and the effectiveness of health care.*

Keywords: mental illness, nurse, health care, day-care unit

Въведение

Психичното здраве е фундаментален компонент от цялостното благосъстояние на човека. В последните десетилетия се наблюдава тревожна тенденция към нарастване на психичните разстройства сред различни възрастови групи. Един от водещите фактори е хроничният стрес, предизвикан от високи изисквания на работното място, нестабилност на трудовия пазар, финансови затруднения и социални очаквания. В комбинация с липсата на баланс между работа и личен живот, тези обстоятелства водят до

професионално прегаряне (бърнаут), тревожност и депресивни състояния. Социалната изолация, засилена от урбанизацията, дигитализацията и индивидуализма, значително влошава психичното здраве. Технологиите предлагат нови форми на свързаност, но злоупотребата със социални мрежи често води до сравнение с идеализирани образи, ниска самооценка и чувство за изолация. Особено уязвими са младите хора, подложени на кибертормоз и онлайн натиск. Информационното пренасищане и постоянният поток от тревожни новини увеличават усещането за безпомощност и несигурност. Екологичният стрес и глобалните кризи (като пандемии и военни конфликти), пораждат колективна тревожност и усещане за нестабилно бъдеще. Нездравословният начин на живот също играе роля – недоспиване, лошо хранене, липса на физическа активност и злоупотреба с вещества, водят до химически дисбаланси в мозъка и отслабват психическата устойчивост. Не на последно място, психологическите резерви в обществото ни за търсене на психологична или психиатрична помощ, съчетана със стигмата около психичните заболявания, възпира много хора от търсене на професионална подкрепа в ранен етап, което утежнява състоянието им. Всички тези фактори подчертават необходимостта от нов подход към психичното здраве в контекста на съвременния живот. Необходима е не само превенция и осведоменост, но и структурна промяна в работната, образователната и социалната среда, която да подпомага психичното благосъстояние.

Преглед на публикациите у нас показва, че те са насочени предимно към грижите и ролята на медицинската сестра по време на болничното лечение. Специфични изисквания към знанията и уменията на тези професионалисти например са гъвкавост и прилагане на разнообразни подходи, умения за различаване на истински от симулирани симптоми, комуникативни умения, задълбочени знания за лекарствата в психиатрията, в комплексната терапия, повишено вниманието към безопасността на пациента и персонала (Draganova et al., 2013).

Крушкова обобщава социалните аспекти на живота на пациенти с шизофрения в общността и представя основни стъпки в организиране на програма за психосоциална рехабилитация на тези пациенти в центрове за дневни грижи (Krushkova, 2013). Авторката обръща внимание на планирането на дейностите съобразно индивидуалните потребности на болните, дългосрочната грижа в процеса на социализация към относително независим живот, необходимост от различни програми за справяне с липсата на приемственост.

Стигматизацията на хората с психични заболявания е също сериозен негативен фактор, който възпрепятства процесите на интегриране на тези лица в обществото и сериозно се подхранва основно от наличие на дезинформация и липсата на отношение на властимащите, които в този смисъл „толерират съществуването му“ (Kozhuharov, 2015). Проучването на мнението на лица, диагностицирани с психично заболяване и здрави лица показва, че стигматизацията в обществото ни се захранва и от недостатъчната връзка на обществото с лицата с тези заболявания.

Липсата на приемственост на грижите, на терапията и на информацията за всеки пациент е сред основните проблеми на психиатричните грижи наред с неравномерното разпределение на психиатричните кабинети за амбулаторна помощ, недостатъчно финансиране и несъответствието между отделните професионалисти със сериозен дефицит основно на медицински сестри (Ilieva, 2024). Психосоциалната рехабилитация също има доказано значение за облекчаване на страданието и за реинтеграция на пациентите в извънболнична среда. Необходимостта от създаване на нови дневни центрове, осигуряващи комплексна грижа, са една от възможностите за подпомагане на психосоциалната рехабилитация и адаптация на лицата (Sartalanska-Draganova, 2012).

Относно грижите за зависими пациенти с психическа коморбидност в общността, Радева установява положителни нагласи сред пациенти и

психиатрични медицински сестри за разкриване на специализирана сестринска практика за подпомагане, възстановяване на социалните функции и подобряване на качеството на живот (Radeva, 2023).

Цел

Целта на настоящата публикация е да се представят съвременните предизвикателства и възможностите за развитие на грижите в работата на медицинската сестра в дневен стационар за болни с психични заболявания.

Материал и методи

Извършен е SWOT анализ на дейността на дневен стационар на Отделение за диспансерно наблюдение на болни с психични заболявания към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен, който разкрива потенциалните възможности за развитие на здравните грижи за тези пациенти и предизвикателствата пред медицинските сестри.

Резултати и обсъждане

Организация на работа и проблеми в дневен стационар за психично болни

Дневният стационар за психично болни представлява междинна форма между болничното и амбулаторното лечение. Осигурява се структурирана терапевтична и рехабилитационна подкрепа на пациенти с психични разстройства, които не изискват денонощно наблюдение, но имат нужда от професионална помощ и контрол през деня. Основната цел е да се предотвратят рецидиви, да се насърчи социалната интеграция и да се подпомогне процесът на възстановяване в естествена среда с последваща ресоциализация.

Работата в дневния стационар се организира по програма, съобразена с нуждите на пациентите и включва:

- Прием на пациенти, насочени от психиатър или след болнично лечение чрез предварителна оценка на състоянието;

- Работа в мултидисциплинарен екип, включващ психиатър, клиничен психолог, медицинска сестра, социален работник и трудотерапевт. Всеки член на екипа има специфични задачи, насочени към лечението и рехабилитацията;
- Терапевтични дейности – индивидуални и групови психотерапии, арттерапия, музикотерапия, занимания с ръкоделие и други форми на изразяване и комуникация;
- Медикаментозно наблюдение, при което пациентите приемат предписаните лекарства под контрол;
- Образователни и социални занимания, насочени към развитие на комуникативни и житейски умения, необходими за самостоятелен живот.

Пациентите посещават дневния стационар по график, като престоят им обикновено продължава между 4 и 6 часа дневно без преспиване. Това позволява съчетание между терапевтична помощ и живот в домашна среда.

Основни проблеми и предизвикателства в работата на медицинската сестра в дневния стационар

Въпреки приноса си за психичното здравеопазване, дневните стационари в България срещат редица трудности, които ограничават тяхната ефективност:

- Ограничено финансиране – материалната база е остаряла и неприветлива, като създава чувство на незаинтересованост на институциите към тези пациенти и омаловажаване на техните проблеми; недостиг на съвременно оборудване и трудности при осигуряване на разнообразни терапевтични дейности, уютна обстановка и среда, осигуряваща подкрепа и създаваща чувство за сигурност и защита;
- Недостиг на квалифицирани специалисти, особено в по-малки населени места, където често липсват психиатри, медицински сестри, психолози и социални работници;
- Функциониращи дневни центрове само в големите градове в страната, което ограничава достъпа на всички нуждаещи се от дневна грижа и подпомагане при ресоциализация в обществото;

- Липса на добра координация със социалната система, което затруднява социалната рехабилитация, достъпа до услуги, трудово включване и жилищна подкрепа;

- Обществена стигматизация, която затруднява интеграцията на пациентите и намалява мотивацията за участие в рехабилитационни дейности.

На табл. 1 е представен SWOT анализ на дейността на дневния стационар в Отделение за диспансерно наблюдение на болни с психични заболявания, който считаме, че отразява настоящата ситуация и в останалите дневни центрове в страната.

Табл. 1. SWOT Анализ на Дневен стационар за болни с психични заболявания

СИЛНИ СТРАНИ	СЛАБИ СТРАНИ
1. Индивидуализирана грижа с ежедневен мониторинг. 2. Поддържане на връзка с домашната среда. 3. Намаляване на стигмата чрез избягване на хоспитализация. 4. Екипен подход – психиатър, психолог, социален работник, медицинска сестра. 5. Подходящо за рехабилитация след остра фаза. 6. Обогатена програма: арттерапия, психообразование.	1. Ниско възнаграждение на персонала. 2. Недостиг на персонал. 3. Ограничени ресурси и оборудване. 4. Ниска мотивация на някои пациенти. 5. Недостатъчна информираност за услугата. 7. Ограничен капацитет (брой места и дни за включване).
ВЪЗМОЖНОСТИ	ЗАПЛАХИ
1. Включване в национални и европейски проекти и програми. 2. Създаване на партньорства с общини, НПО, училища. 3. Разширяване на дейността чрез мобилни екипи. 4. Повишаване на дигиталната достъпност (телетерапия, онлайн групи). 5. Привличане на доброволци. 6. Провеждане на информационни кампании сред общността.	1. Недостатъчно финансиране. 2. Обществена стигма към психичните заболявания. 3. Трудности за набиране на персонал. 4. Политическа неангажираност и законови регламенти, ограничаващи дейността. 5. Зависимост от други институции.

Перспективи за развитие на здравните грижи

Необходимостта от ефективни дневни грижи нараства с тенденцията към деинституционализация и преминаване към общностно базирана грижа. За да се повиши ефективността на дневните стационари, е нужно:

- ✓ Разширяване на мрежата от дневни центрове на територията на страната;
- ✓ Увеличаване на финансирането и подобряване на материалната база;
- ✓ Обучение и задържане на кадри чрез стимули и професионално развитие;
- ✓ Подобряване на междуинституционалното сътрудничество между здравната, социалната и образователната система;
- ✓ Повишаване на обществената информираност с цел преодоляване на стигмата към психично болните.

Как възможностите, представени в анализа могат да неутрализират слабостите в дневния стационар? На Табл. 2 сме предложили набор от мерки за преодоляване на слабите страни.

Табл. 2. Мерки за справяне и преодоляване на слабите страни в дейността на дневния стационар

Слаба страна	Мерки за справяне и преодоляване
Ограничения, свързани с работното време и труден достъп до услугата.	- Разширяване на дейността чрез мобилни екипи или въвеждане на дистанционна (телетерапия) подкрепа извън работно време.
Недостиг на персонал	- Подобряване на условията на труд за персонала. - Участие в национални програми за финансиране на допълнителни щатове или обучения. - Сътрудничество с НПО и университети за стажанти или доброволци
Ограничени ресурси и оборудване	- Достъп до европейски проекти и финансиране по здравни фондове. - Дарения чрез местни партньорства.
Ниска мотивация на пациенти	- Подобряване на битовите условия в

	дневния стационар и създаване на уютна обстановка и атмосфера за потребителите. - Повишаване на ангажираността чрез разнообразни терапевтични дейности и индивидуализиран подход. - Интегриране на психообразование и тренинги за лични цели.
Недостатъчна информираност за услугата	- Провеждане на информационни кампании в общността, включително чрез социални мрежи и общински медии.
Ограничен капацитет	- Оптимизиране на работния процес чрез по-гъвкаво разписание, ротация на групи и насочване към партньорски услуги

Изводи

1. Работата на медицинската сестра в дневен стационар за психично болни е изключително натоварена и комплексна, тъй като съчетава медицински, психологически и социални дейности.

2. Съществува остър недостиг на сестрински персонал, което води до работно претоварване, понижено качество на грижите и висок риск от професионално прегаряне.

3. Липсата на адекватни условия на труд, остаряла инфраструктура и ограничен достъп до обучения затрудняват прилагането на съвременните практики в грижата за психично болни пациенти.

4. Стигмата към психичните заболявания и професионалистите в тази област остава сериозен социален проблем, който влияе негативно на мотивацията и самочувствието на медицинските сестри.

5. Несигурността и опасността на работното място поради непредсказуемото поведение на някои пациенти изискват въвеждането на по-ефективни мерки за защита на персонала.

6. Липсата на координация между различните специалисти в екипа намалява ефективността на грижите и подкопава усилията за цялостно възстановяване на пациентите.

7. Необходима е цялостна реформа в системата на психиатричните грижи, включваща повишаване на заплащането, модернизация на базата, продължаваща квалификация на персонала и борба със стигмата.

Заклучение

Медицинската сестра в дневния психиатричен стационар се изправя пред множество предизвикателства, които изискват комплексни решения, включително по-добро финансиране, промяна на обществените нагласи и засилено внимание към професионалното обучение и подкрепа.

Много от слабостите могат да бъдат преодоляни не чрез големи ресурси, а чрез по-добра организация, междуинституционално сътрудничество и иновативни форми на работа. Възможностите, очертани в анализа, дават реална основа за развитие и устойчивост на дневния стационар.

Литература

Draganova, D., N. Angelova-Barbolova. Razvitie na sestrinskite grizhi v psihiatriyata. Izvestia na sayuza na uchenite – Varna. 2013/2 Tom XVIII, str. 71–75.

Ilieva, M. Psihiatrichnite zdravni grizhi v Bulgaria: SWOT analiz. Nauchni trudove na Rusenski Universitet. 2024, tom 63, seria 8.3., str. 71–76.

Krushkova, S. Osnovni stapki v organiziraneto na programa po psihosotsialna rehabilitatsia pri litsa s hronichni psihichni zabolyavania /shizofrenia/ m tsentrove za dnevni grizhi. Nauchni trudove na Rusenski Universitet. 2013, tom 54, seria 8.1, str. 80–84.

Kozhuharov, H., K. Taskov, I. Boncheva. Stigmata „Psihicheska bolest“. Varnenski meditsinski forum. 2015, t.5, br.2, 71–78.

Sartalanska-Draganova, B. Myasto i rolya na psihosotsialnata rehabilitatsia pri lechenieto na bolni v hronichen stadiy na shizofrenia. Nauchni trudove na Rusenski Universitet. 2012, tom 51, seria 8.3, str. 161–165.

Radeva, T. Sestrinski grizhi pri zavisimi patsienti s psihicheska komorbidnost. Avtoreferat. Sofia, 2023.

✉ **Анушка Събева**

Старша медицинска сестра

Районен център по трансфузионна хематология - Плевен

e-mail: anushka76.as@abv.bg

✉ **Гл. ас. Милена Сълева**

Медицински Университет – Плевен

Факултет „Обществено здраве“

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

e-mail: milena.saleva@mu-pleven.bg

НАШЕСТВИЕТО НА ТЕХНОЛОГИИТЕ – ПОЛЗИ И ВРЕДИ ЗА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

Р. Николова-Мерсиноглу¹, А. Статева², М. Драганова²

¹Медицински Университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, специалност
„Управление на здравните грижи“

²Медицински Университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, Катедра „Управление
на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

THE INVASION OF TECHNOLOGY – BENEFITS AND HARMS FOR PUBLIC HEALTH

R. Nikolova-Mersinoglu¹, A. Stateva², M. Draganova²

¹Medical University – Pleven, Faculty of „Public Health“, Specialty „Healthcare Management

²Medical University – Pleven, Faculty of „Public Health“, Department of „Health care
Management, Medical Ethics and Information Technologies“

ABSTRACT: *We live in an era in which technologies do not simply invade our lives, they shape, manage, and direct them, rewriting history. From the moment we wake up to the alarm on our smartphone until the last scroll before going to sleep, the digital space envelops us with promises of convenience, comfort, and connection. But what is the price of all these goodies or modern privileges? Have we not actually become more alienated from our loved ones, more distant from ourselves, and more so than ever before? The purpose of the publication is to present the benefits and harms of the technological world and its captivating power, emphasizing games, not only as entertainment, but also as a tool for control. The emphasis of the presented studies is on the manner of using digital devices and avoiding (mis)use.*

Keywords: technologies, digital world, benefits, harms

Въведение

Докато си споделяме локацията и проверяваме актива на „лайковете“ ни, забравяме как се споделят истинските чувства и как се гради доверие. Търсим сигурност в облачето от екрана, а не виждаме код „червено“ за опасностите, които крие дигиталният свят. „Пристрастяване“, „зависимост“ и „фиксация“ са термини, които се отнасят вече и за непрестанно нарастващия брой индивиди, обвързани с различни технологични устройства по един проблемен за обществото начин. Погледнато от друг ъгъл, използвани съзнателно и правилно дозирано, технологиите могат да бъдат един

невероятен инструмент за напредък. Човечеството винаги е търсело начини да улесни труда си, да съкрати разстоянията и да преодолее ограниченията на тялото и на ума. Това със сигурност е част от неговата еволюция. Ретроспекцията в исторически контекст ни връща във времената на индустриалната революция, когато човешкият труд се заменя с машини, а промяната по онова време е толкова мащабна, че това дава отражение не само върху икономиката, но и върху начина на живот на хората. Променя се ритъма на дните, семейните и социалните отношения. Смартфонът е емблема на съвременния човек – той е джобна енциклопедия, фотоапарат, камера, будилник, навигатор, портфейл, дневникът с планирани задачи и какво ли още не..., включително и бягство от реалността. Уеб базираните игри не изискват просто участие, те ангажират съзнанието, времето и емоциите. Някои виртуални приложения обучават, други свързват хора от различни краища на света, а трети моделират поведение и създават зависимост. При тях често се измества реалността, като се предлага фалшиво усещане за постижение, принадлежност или контрол. Светлата част от игрите са един успешен стимулатор на логическо мислене, креативност, добра координация и катализатор на работата в екип. Не може да не се отчете приносът на технологиите в почти всяка една сфера на съвременния живот. Но ако преди време хората са се страхували от физическа загуба на свобода, днес тя се разменя доброволно срещу „удобство“ „забавление“, „бягство“. Тревожен е фактът за подмяната на човешката воля с автоматизирана реакция, което се проектира в действията по отношение на това кога отваряме телефона, кога влизаме в социалните мрежи, кога спираме. Това е зависимост, а именно „загуба на вътрешна автономия“. Повечето хора взимат устройството от мига, в който са се събудили. Докато пият сутрешното си кафе или се хранят, едновременно с това са с поглед в екрана. Живата комуникация се пренебрегва, а реалните общувания се редуцират за сметка на тези онлайн. С времето неусетно се появяват и симптоми като главоболие, безсъние,

непълноценно и лошо хранене, което води до положително и отрицателно отражение в теглото, проблеми с очите, болки в гърба, емоционални отклонения – възбуда, вина и страх.

Различните екранни активности са причина за намаляване на структурната и функционалната пластичност на мозъка и при подрастващото поколение, и при хората в зряла възраст. При индивидите в преходна възраст дългият и неконтролируем разход на време пред монитора оказва негативен ефект върху физическата активност, която от своя страна е фактор за правилния неврологичен и телесен растеж, както и за езиковото развитие.

Цел

Целта на доклада е да насочи вниманието към ползите и вредите от технологичния свят и неговата завладяваща сила, акцентирайки върху игрите, не само като развлечение, но и като инструмент за контрол.

Материал и методи

Извършен е преглед на научна литература и публикации с резултати от изследвания относно ползите и вредите на съвременните технологии и влиянието им върху поведението и личностното развитие.

Резултати и обсъждане

В последните години се наблюдава значително количество научна и публицистична литература, разглеждаща влиянието на технологиите върху човешкото поведение и хорското развитие. Наблюдават се изменения както в междуличностните отношения, така и в редица когнитивни процеси. Изследванията варират от ентусиазирани анализи на ползите до критични оценки на зависимостите и социалната изолация, които новите технологии пораждат.

Темата за технологиите и човешката воля дълго време се разглежда от

професори в Harvard Business School. Със съдействието на научното издателство Public Affairs е публикувана книгата „Епохата на наблюдението“, в която авторката споделя, че съвременните иновации не просто ни предлагат избори – те моделират поведението ни, като анализират и прогнозират действията ни (Zuboff, 2019). Американската професорка е една от пионерите, която въвежда термина „поведенчески излишък“, който се превръща в продукт за продажба или казано с други думи преобразува се в пазарна стока. Това поражда въпроса за свободната воля и автономността на индивида в условията на дигитален контрол. Личните данни на потребителите се превръщат в стока, а поведението им в предсказуем и манипулируем модел.

В някои научни проучвания виртуалните игри се описват като културен и психологически феномен (Griffiths, 2016). Интернет забавленията се разглеждат като позитивна сила, която развива креативност, устойчивост и спомага за сътрудничество. Според поведенческия психолог и специалист по зависимости Грифитс, „прекомерната употреба на дигитални игри води до социална изолация, тревожност и загуба на контрол над ежедневието“. Десетки негови публикувани научни статии ни подчертават, че разходът на време пред екраните е гарант за непълноценна човешка комуникация и подмяна на живото общуването. Тази критика се допълва и от друг автор (Baudrillard, 1981), който изтъква, че в постмодерната епоха реалността е изместена от своите дигитални образи, т. нар. „симулакруми“. Така преживяването на автентични човешки емоции и отношения се замества от виртуални такива подобни – емотикони, статуси и аватари. Действителността бива заменена със симулацията, което ерозира способността да се различава истинско от фалшиво не само в информацията, но и в преживяванията.

През 2017 г. са публикувани данни от проведено научно проучване за промените, които предизвикват видеоигрите в различни зони на мозъка, като

промените са не само върху способностите му, но и върху неговата структура. Докладвани са данни от проведен мета-анализ на 116 научни изследвания, като една част от тях се фокусират върху структурните мозъчни промени, друга върху функционалните такива и поведенческите изменения. Прочетеното в материала фиксира както положителните ефекти върху когнитивните способности, така и представлява своеобразно предупреждение за риск от пристрастяване и негативни поведенчески промени. Наблюдаваните промени са сходни с промените при други пристрастявания (Palaus et al., 2017).

Едно от многото направени изследвания в UCLA Longevity Center към университета в Калифорния е по темата „Мозъкът и технологиите“. Публикуваната статия подробно засяга темата за ежедневната употреба на интернет, социалните мрежи и мобилни устройства и как тази употреба променя начина, по който мозъкът обработва информацията (Small et al., 2020). Екип от известни психиатри и невролози констатира, че „мозъците на дигиталните туземци“ (родените с технологиите) се различават от тези на „дигиталните пришълци“ (родените преди дигиталната ера). Бързите навременни реакции и мултитаскинг са едни от дивидентите на разглеждания проблем, но съществуват и рискове като влошено внимание, повърхностно мислене, намалена емпатия и социални умения.

Систематичен преглед на 15 международни проучвания безспорно показва връзката между прекомерното използване на дигитални устройства в ранна детска възраст и развитието на различни дефицити като забавяне в езиковото развитие, затруднения с вниманието и когнитивния контрол, проблеми със социализацията и емоционалната регулация. Подчертава се необходимостта от образователни програми, насочени към родители, възпитатели и цялата общественост, от които зависи формирането на здравословно поведение, което включва и управление на времето пред екран и използването на дигиталните технологии заради сериозните последи за

развитието на децата (Malincheva, Shtereva, 2025). Анализът на статии и изследвания относно това как се отразяват съвременните медии, технологии и мобилните телефони върху подрастващите разкрива тревожни резултати. Ограничаване на креативността, негативно въздействие върху съня и способността за учене, предизвикване на пристрастяване, негативно въздействие върху душевното здраве и причиняване на поведенчески проблеми сред децата са само част от ефектите (Bakardzhieva et al., 2021).

Редица публикации на автори от Международното Висше бизнес училище, гр. Ботевград проучват и обсъждат въпроса как интелигентните технологии влияят върху комуникационните процеси. И тук широко се застъпва идеята, че макар интернет приложенията да улесняват комуникациите, те променят и видоизменят динамиката и естеството на междуличностните отношения. Или с други думи, налагат се нови форми на емоционална интелигентност. В статията „Влияние на интелигентните технологии в процеса на общуване“ (Borisova et al., 2024), авторите обобщават, че „изкуственият интелект ще замени изцяло хората в определени професии, но ще помогне същевременно за пренасочването им към други дейности, където няма как да се замени човешкият фактор“. Причината е една – колкото и интелигентни да са иновациите, на тях им липсва съпричастност, емоция, креативност и други качества, важни за осъществяване на ефективно общуване.

Проучване на психологически и социални детерминанти на поведението при юноши, които играят видеоигри от България, Гърция, Италия и Португалия показва, че най-висок относителен дял (4,6%) от лицата, които са зависими към видео игри са от България (Karabelyova et al., 2025). С изследването се доказва, че с увеличаване на времето за игра се повишава и вероятността за пристрастяване, за което е установено, че влияе негативно върху всекидневното функциониране на лицата.

Дигитализацията в здравеопазването, от друга страна, има също

отражение върху обществото и изисква интегриране на етични норми при прилагане на цифровите технологии в практиката. Дейностите са насочени към наблюдение на здравословното състояние, контрол върху заболяванията и др. Спазването на етичните принципи при работа в дигитална среда е необходимо условие за опазването на правата на пациентите и изграждане на доверие в здравните органи (Bakova et al., 2023). Развитието на изкуствения интелект също поставя редица въпроси за дискусия от етична гледна точка. Особено внимание се обръща на въвличането на робот асистенти в грижите за възрастни пациенти, при които съществува риск да се превърнат в обект без автономност и достойнство. В контекста на общественото здраве това повдига етичен въпрос за отговорността на обществото относно истинската цел на използване на роботите – полза за възрастните хора или премахване на емоционалната тежест на обществото при грижата за тях (Anov, 2022).

Изводи

1. Ползите на технологиите са убедителни – телемедицината, дистанционното обучение, бързата комуникация облекчават ежедневието и ни спестяват време и средства. Съвременно предизвикателство в употребата на технологиите е запазване на волята като човешка способност в епоха, в която всичко е лесно, бързо и достъпно.

2. Преживяването на реалността през симулации, филтри и аватари води до загуба на чувство на човек за себеусещане, загуба на воля, която не е резултат от толкова голяма слабост в характера, колкото е следствие от системна подмяна на мотивацията с алгоритмично управлявани награди.

3. Необходими са допълнителни проучвания относно влиянието на технологиите не само от гледна точка на функционалността, но и на етичните, социалните и психологически последици за индивидите и за обществото. Безконтролната употреба на дигитални платформи и технологии оказва ефекта на т.нар. „психологическа дресура“, при която мозъкът започва

да търси бързи решения, а усилията, постоянството и търпението губят стойност.

4. За превенция на общественото здраве е необходимо разработване на мерки за предотвратяване на развитие на „екранна зависимост“ като:

- развиване на дигитална етика и медийна грамотност още в училищна възраст с цел да се формира критично мислене и осъзнато потребление;
- Ограничаване на времето за екранна активност, особено в ранна възраст за сметка на активни, дейни игри, общуване и четене;
- организиране на инициативи и мероприятия, които насърчават живото общуване, творчеството, спорта и реалния контакт.

Заключение

Навлизането на технологиите в ежедневието на съвременното общество е дълбока трансформация на начина, по който човек мисли, чувства и общува. Опасността се появява при неконтролируемото потребление, при което човек се отдръпва от самия себе си, спира да мечтае и копира желания. Когато технологията измести личния избор, а екранът стане посредник между хората, се поражда дълбок разрыв с човешката същност. Емоционалната комуникация деградира, като дълбочината на чувствата отстъпва пред бързината и визуалния ефект. Истинската воля всъщност е способността да успееш да съхраниш и избереш себе си.

Литература

- Zuboff, S. (2019). The age of surveillance capitalism: The fight for a human future at the new frontier of power. PublicAffairs.
- Griffiths, M. (2016). The relationship between addictive use of social media and symptoms of psychiatric disorders: A large scale cross sectional study. Psychology of Addictive Behaviours
- Baudrillard, J. (1981). Simulacra and simulation. <https://0ducks.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/12/simulacra-and-simulation-by-jean-baudrillard.pdf>. Accessed July 24, 2025.
- Palaus, M., E. M. Marron, R. Viejo-Sobera, D. Redolar-Ripoll. (2017). Neural basis of video gaming: A Systematic Review. Frontiers in Human Neuroscience. Vol. 11, Article 248. file:///C:/Users/User/Downloads/Neural_Basis_of_Video_Gaming_A_Systematic_Review.pdf.
- Small, G., J. Lee, A. Kaufman, J. Jalil, P. Siddarth, H. Gaddipati, T. D. Moody, S.Y.

Bookheimer. (2020). Brain health consequences of digital technology use. Dialogues Clin Neurosci, 22(2): 179-187. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32699518/>

Malincheva, N., K. Shtereva. (2025). Vazdeystvie na digitalnite ustroystva varhu razvitiето na ezika v ranna detska vazrast – sistematischen pregled. Orbis Linguarum, vol.23(2):34–46.<https://doi.org/10.37708/ezs.swu.bg.v23i2.3>, Accessed 24 July, 2025.

Bakardzhieva, D., L. Parizhkova. Vazdeystvie na savremennite medii i tehnologii varhu detsata. (2021) Sbornik s dokladi „Obshtestvto na znaniето i humanizmat na XXI vek.“, s. 348-356.

Borisova, L. G. Rashkova. (2024). Vliyanie na inteligentnite tehnologii v protsesa na obshtuvane. Sofia: IBS Press, 440–454. <https://ibsedu.bg/wp-content/uploads/2024/12/440-454-lalka-borisova-gergana-rashkova.pdf>.

Karabelyova, S., R. Stoyanova, Y. Bushnyashki. (2025). Psihologicheski i sotsialni determinanti na povedenieto, svarzano s videoigri pri yunoshi. Balgarsko spisanie za obshtestveno zdrave, tom 17(1), s. 18–29.

Bakova, D., A. Yaneva, A. Mihaylova, D. Shopova, M. Semerdzhieva. (2023). Nyakoi etichni aspekti svarzani s digitalnite tehnologii i izkustvenia intelekt v zdraveopazvaneto. Upravlenie i obrazovanie, tom 19(5), s. 15–18.

Anov, A. Za doverieto i izkustvenia intelekt v meditsinata. Eticheski izsledvania, 2022, 7(2): s. 233–244.

✉ **Мед. сестра Ренета Николова-Мерсиноглу**

Частна болница „Лито“, Паралимни, Кипър

Операционен блок

e-mail: r25071976@icloud.com

✉ **Ас. Антония Статева**

Медицински Университет – Плевен

Факултет „Обществено здраве“

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

e-mail: antoniya.stateva@mu-pleven.bg

✉ **Проф. Макрета Драганова, д.м.**

Медицински Университет – Плевен

Факултет „Обществено здраве“

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

e-mail: makreta.draganova@mu-pleven.bg

СИНДРОМ НА СЪОГРЕН – СИНДРОМЪТ НА СУХОТАТА

Б. Чомаковска

Медицински университет – Плевен, Департамент за езиково и специализирано обучение

SJOGREN'S SYNDROME – THE DRYNESS SYNDROME

B. Chomakovska

Medical University – Pleven, DLST

ABSTRACT: *Autoimmune diseases are conditions in which the immune system turns against our own bodies and forms antibodies, which results in damage to tissues, organs and systems. Sjögren's syndrome is a chronic autoimmune disease. It is characterized by dysfunction and destruction of the exocrine glands, specifically the salivary and lacrimal glands, which causes damage to them and leads to dry mouth and dry eyes. The disease may occur as a primary or as a secondary syndrome accompanying other autoimmune diseases. Symptomatic and immunosuppressive treatment is administered.*

Keywords: autoimmune disease, Sjögren's syndrome, antibody, dryness

Въведение

Започваме с определението за „болест“ [1]. Това е нелека задача, но все пак предлагаме една дефиниция, която е от полето на медицината: „Болестта (на лат. morbus, i m [2]) е състояние на организма, предизвикано от действието на прекомерно силни или необичайни дразнители, протичащо при нарушена хомеостаза и понижено качество и ефективност на жизнените процеси“ (А. Стефанов, 2023, pp. 4).

Автоимунните заболявания са болестни състояния, при които имунната система се обръща срещу собствения ни организъм и образува антитела, които като с „прицелна бомбардировка“ атакуват определени структури на организма, което води до увреждане на тъкани, органи и системи (Смитиенко, 2021). Съществуват най-различни автоимунни заболявания: автоимунен тиреоидит – „болест на Хашимото“ [3] (заболяване на щитовидната жлеза), анкилозиращ спондилит – „болест на Бехтеров“ [4] (заболяване на гръбначния стълб), ревматоиден артрит [5] (възпалително заболяване на ставите) и др.

Цел

Да се представи същността на автоимунното заболяване Синдром на Съогрен.

Материали и методи

Работа с актуални статии и публикации, разговори с пациенти и лекари.

Резултати и обсъждане

Синдромът на Съогрен е хронично автоимунно заболяване. Характеризира се с дисфункция и деструкция на екзокринните жлези, особено на слюнчените и слъзните, което предизвиква увреждането им и води до сухота в устата и в очите. Това заболяване носи името на шведския офталмолог Хенрих Съогрен, който за пръв път описва неговите симптоми през 1933 година (Ollier, Symmons, 1992) и написва дисертация на немски език, която изследва пациенти, при които се наблюдава кератит сика [6], ксеростомия [7] и артрит (George, 2022).

Тази болест може да протича като първичен или като вторичен синдром на Съогрен, който придружава други автоимунни болести (Божков, Попова, 1992), и засяга предимно жени между тридесет и четиридесет години, като жените боледуват десет пъти по-често от мъжете. Вторичният синдром се среща при 30% от болните с ревматоиден артрит и при 10% от болните с системен еритематозен лупус, в които случаи синдромът на сухота в очите и устата възниква като усложнение от основното заболяване (Божков, 1997).

Освен слюнчените и слъзните жлези могат да бъдат засегнати и овлажняващите жлези в носа, фаринкса, трахеята, кожата и стомаха. Често болният има проблеми при дъвчене и преглъщане, има болки и афти в устата и честа поява на зъбни кариеси, като понякога се стига дори до загуба на зъби. Езикът обикновено е гладък, с фисури и атрофия на филиформените папили. Пациентите без зъби съобщават за дискомфорт при употребата на протези

(Menelaos, 2004), но вече съществуват зъбни импланти, които се поставят посредством хирургична интервенция в костта на челюстта с цел да се заместят корените на липсващите зъби. Поддържаните от импланти дентални протезни конструкции (корони, мостове и протези) се понасят много добре от пациентите.

Хроничната сухота в очите води до персистиращо дразнене и до разрушаване на роговичния булбарен епител на конюнктивата. Често оплакване е усещането за пясък в очите или парене, а пациентите не могат да понасят дим, въздушни течения или светлина.

Повечето пациенти се чувстват изморени и изтощени, а при 12-30% от пациентите се открива фибромиалгия [8]. Много често се срещат артралгия [9], миалгия [10] и сутрешна скованост.

Сухотата на фаринкса и хранопровода може да предизвика дисфагия [11]. Може да доведе до хроничен атрофичен гастрит [12] и лимфоцитни инфилтрати на стомашната мукоза [13], които до голяма степен напомнят на тези в малките слюнчени жлези. При пациенти с първичен синдром на Съогрен в редки случаи се уврежда черният дроб (5%) и, ако това се случи, то протича субклинично. При приблизително една трета от пациентите със синдром на Съогрен има данни за дистална бъбречна тубулна ацидоза [14], която обикновено е субклинична и се изразява в мускулна слабост и повтарящи се бъбречни колики, които могат да доведат до нефрокалциноза [15], ако не се лекуват.

„Феноменът на Рейно“ [16] се среща при повече от 35% от пациентите. Нокътната плочка често разкрива склеродермоподобни лезии при пациенти с първична синдром на Съогрен.

Възпаление на малките съдове се наблюдава при 20-30% от пациентите с първичен синдром, най-често – васкулит [17] на кожата с лезии. Възможно е да се установят и рецидивираща уртикария и пръстеновиден еритем на лицето, както и системен некротизиращ васкулит с висцерално засягане на бъбреците, белия дроб и стомашно-чревния тракт. Той обаче е рядък (Menelaos, 2004).

При първичния синдром на Съогрен има повишен риск от развитие на лимфоми [18]. Съпоставен с риска спрямо здрав човек, този риск може да достигне 44 пъти по-висока честота (Панчовска, 2024).

Как се лекува синдромът на Съогрен?

Това заболяване не може да се излекува напълно. Болните се консултират непрекъснато с ревматолог, когато се налага и с офталмолог и стоматолог.

За да бъде доказано това заболяване, се правят кръвни изследвания и се установява наличието на антитела, насочени срещу SSA [19] и антитела, насочени срещу SSB [20], увеличени стойности на СУЕ [21], както и леко понижаване на броя на левкоцитите и еритроцитите.

Офталмологът може да измери сухотата в очите посредством тест на Ширмер – под клепача се поставя тънка хартиена лентичка и след петминутен престой се определя колко е овлажнена от сълзите. За да се преодолее симптома „сухо око“, се използват овлажняващи капки за очи и гелове, а ако това лечение се окаже неефективно, може да бъдат предписани капки за очи с нестероидни противовъзпалителни средства.

Стоматолозите определят каква е степента на сухотата в устната кухина, като преценяват каква е скоростта на слюноотделянето. Симптомът „суха уста“ може да се облекчи с овлажняващи спрейове и гелове, както и със смучене на кисели бонбони или пастили без захар. Дъвката и лимонът също действат добре.

Ревматолозите предписват на пациентите медикаменти от рода на преднизолон, хидроксихлорохин, метотрексат, азатиоприн (Смитиенко, 2021, рр. 55). При болки в ставите се приемат нестероидни противовъзпалителни средства. Заболяването се повлиява добре от приема на Витамин Д3, Омега 3 мастни киселини и селен.

Животът на болния може да се подобри значително при спазване на хранителен режим. Той не може да излекува пациента, но може да облекчи симптомите му и да подобри качеството му на живот. Храната трябва да е

богата на зеленчуци, протеини от растителен произход и плодове. Трябва да се намали консумацията на храни, които могат да предизвикат възпаление, най-вече на глутен [22], както и червено месо, преработени и пържени храни, млечни продукти, захар и сладкиши, алкохол, газирани напитки, рафинирани зърнени храни, рафинирани растителни масла. Препоръчва се да се консумират храни с противовъзпалителен ефект, като например зеленолистни зеленчуци, ядки, плодове, куркума, джинджифил, чесън, тлъсти риби, маслини и зехтин, авокадо, както и пълнозърнести храни. По-течните храни (сосове, супи и бульони) и консумацията на течности по време на хранене могат да улеснят преглъщането.

В много лаборатории може да се направи тест за хранителна непоносимост (еднократно се взема венозна кръв), който дава възможност за промяна в хранителния режим и терапията на различни заболявания, като показва какви храни болният може да консумира.

Заклучение и благодарности

Не е ясна причината за появата на това заболяване, но болните трябва да са благодарни, че макар и да не се лекува, съществува поддържаща имуносупресивна терапия и при правилен и системен подход [23] и диета за постепенно адаптиране и лечение пациентите се връщат към обичайния си живот на здрави хора.

Изказвам най-искрени благодарности към всички ревматолози, които лекуват с лекота своите пациенти и продължават да правят проучвания в сферата на автоимунните заболявания.

Бележки

1. Болест – телесно или душевно разстройство, нарушение на нормалната жизнена дейност на организма, липса на здраве (Андрейчин, 1995, pp. 70).
2. morbus, i m – болест, заболяване (състояние да бъдеш болен, разстройство на здравето) (Арнаулов, 1975, pp. 315).
3. thyroiditis, tidis f – тиреоидит, възпаление на щитовидната жлеза (Арнаулов, 1975, pp. 542) или strumitis, tidis f – струмит, възпаление на струмозно увеличена щитовидна жлеза.

4. spondylitis ankylosans – анкилозиращ (когато има наличие на неподвижност на една става вследствие на патологично срастване на ставните повърхности) спондилит (spondylitis, tidis f – възпаление на един или повече прешлени) (Арnaudов, 1975, pp. 27, 498).

5. arthritis rheumatoides – ревматоиден артрит (arthritis, tidis f – заболяване на ставите от различен произход (Арnaudов, 1975, pp. 40).

6. keratitis sicca – възпаление на роговицата, едно от най-честите поражения на предния отдел на окото, в случая придружено със сухота (keratitis, tidis f – кератит; siccus, a, um – сух (Арnaudов, 1975, pp. 264; 485).

7. xerostomia, ae f – ксеростомия – сухота в устата, дължаща се на намаляване или липса на слюнчена секреция (Арnaudов, 1975, pp. 592).

8. fibromyalgia, ae f – болка в мускулната и съединителната тъкан (Арnaudов, 1975, pp. 172).

9. arthralgia, ae f – болка в ставата (Арnaudов, 1975, pp. 40).

10. myalgia, ae f – мускулна болка (Арnaudов, 1975, pp. 322).

11. dysphagia, ae f – затруднено преглъщане (Арnaudов, 1975, pp. 137).

12. gastritis atrophica chronica – хронично, атрофично възпалително заболяване на стомашната лигавица (Арnaudов, 1975, pp. 186).

13. infiltratus lymphocytorum mucosae gastricae – лимфоцитни инфилтрати на стомашната лигавица (Арnaudов, 1975, pp. 246).

14. acidosis tubularis renalis distalis – дистална бъбречна тубуларна (имаща форма на тръба) ацидоза (увеличаване на киселите вещества в кръвта и тъканите или намаляване на алкалния резерв на кръвта) (Арnaudов, 1975, pp. 6).

15. nephrocalcinosis, is f – отлагане на калциеви соли в бъбреците (Арnaudов, 1975, pp. 64).

16. Феноменът на Рейно представлява процес, при който има ограничение на кръвотока, най-често в пръстите на ръцете и стъпалата.

17. vasculitis, itidis f – възпаление на малък кръвоносен или лимфен съд (Арnaudов, 1975, pp. 576).

18. lymphoma, atis n – тумор със строеж на лимфен възел (Арnaudов, 1975, pp. 290).

19. Sjogren Syndrome Antigen – автоантитела от групата на анти-нуклеарните автоантитела.

20. Тези антитела са с по-малка значимост, при тях се наблюдава често и повишаване на ревматоидния фактор.

21. СУЕ – скорост на утаяване на еритроцитите. Кръвен тест, който измерва колко бързо червените кръвни клетки се утаяват на дъното на епруветка и е показател за възпаление, инфекции, автоимунни заболявания и други нарушения в организма.

22. Глутенът представлява сложен белтък, който се открива в повечето житни култури. „Gluten, inis n – клей, лепило“ (Войнов, 1990, pp. 286) идва от латинската дума „лепило“, защото придава лепкавата консистенция при смесването на брашно и вода.

23. Посещение при ревматолог, офталмолог и стоматолог на всеки шест месеца.

Литература

Andreychin L. (1995). Balgarski talkoven rechnik. Sofia: Nauka i izkustvo.

Arnaudov, M. (1975). TERMINOLOGIA MEDICA POLYGLOTTA. Sofia: Meditsina i fizkultura.

Bozhkov B. Avtoimunitet i avtoimunni bolesti. Sofia: Meditsinsko izdatelstvo „Arso“.

Bozhkov B., Popova, D. (1992). Avtoimunen otgovor i avtoimunni bolesti. Sofia: Izdatelstvo Venel OOD.

George A. B. (2022). The Genesis of Sjögren. *Z Rheumatol.* 2022 Nov; 81(9):787-791. doi: 10.1007/s00393-022-01261-x. Epub 2022 Aug 26. Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature.

Menelaos N. (2004). *Sjögren's syndrome*. Department of Pathophysiology, School of Medicine, National University of Athens, 75 Mikras Asias str., 11527 Athens, Greece

Ollier, W, Symmons D.P.M (1992). Autoimmunity. Oxford: Press Ltd, p. 91.

Panchovska M. (2024). Parvichen sindrom na Sjogren i risk ot razvitie na limfomi. *Revmatologia*, Vol. XXXII, N 1/ 2024.

Smitienko I. (2021). Imunitet atakuva. Sofia: Izdatelstvo ERA.

Stefanov A. (2023). Ezik i praktika v meditsinata – Filosofia, meditsina, tehnologii. *NotaBene*, kn. 61, 2023, 1 – 6. <https://notabene-bg.org/read.php?id=1454>. Posledno poseshenie na: 26.05.2025.

Voynov M., Milev Al. (1990). Latinsko-balgarski rechnik. Sofia: Nauka i izkustvo.

✉ **Гл. ас. Боряна Чомаковска, д.ф.**

Университет: Медицински университет – Плевен

Катедра: Департамент за езиково и специализирано обучение

Адрес: гр. Плевен, ул. Кл. Охридски 1

e-mail: boryana_chomakovska@abv.bg

ФОБИЯ – СТРАХ ИЛИ БОЛЕСТ

Б. Чомаковска

Медицински университет – Плевен, Департамент за езиково и специализирано обучение

PHOBIA - FEAR OR DISEASE

B. Chomakovska

Medical University – Pleven, DLST

ABSTRACT: *This paper aims to present and comment on some medical terms in the field of psychiatry included in Stoimenov and Rachev's Dictionary of Clinical Psychiatry in terms of their etymology and structure, which are composed with the combining form -phobia.*

Fear is a set of negative feelings and emotions activated by a phenomenon or object that is considered a threat. Great fear turns into a phobia. The phobia comes from the ancient Greek word φόβος - fear. The phobic state is expressed by experiencing an unreasonable, inadequate, or disproportionate fear of various objects, phenomena, and situations. These situations do not arouse a sense of fear in other individuals, and even the patient has not experience such fear before becoming ill.

There are more than 140 phobias that will be presented and analysed.

Keywords: phobia, fear, psychiatry, disease

Въведение

Съвременната медицинската терминология е изградена предимно на базата на латински термини, но съдържа в лексикалния си пласт много гръцки словообразователни елементи, които водят началото си от Хипократ (ок. 460 – ок. 377 г. пр. Хр.), от времето на Тиберий и Нерон (8 книги „De medicina“), а също и термини, възникнали през средните векове. По-късно с развитието на науката се създават нови термини, използващи почти същата гръцко-латинска основа. През XIX век в медицинската терминология започват да проникват и думи с произход от съвременните европейски езици.

Клиничната терминология обхваща общомедицински термини, назоваващи физиологични и патологични състояния или нарушения, диагностични и терапевтични процедури, хирургически интервенции и медицински инструментариум (Лунгарова, Чомаковска, 2023, pp. 69). Състои се от едносъставни, производни и сложни термини, съставени от терминоелементи,

които може да се обособят в три групи: префикси, коренови елементи и суфикси.

Съществуват два метода на словообразуване: афиксални и неафиксални. Чрез афиксалния от един основен терминоелемент се образуват нови думи, като към корена се добавят представки или наставки. Най-често използваният суфикс е -ia, който се използва най-вече за означаване на процес или патологично състояние, например psychopathia – psycho+pathos+ia, (букв. болест/страдание на душата) (Арnaudов, 1975, pp. 428).

Неафиксалният метод се прилага за образуване на сложни термини чрез комбинация на няколко терминоелемента. Ако в структурата на един термин има повече от един корен, то той е сложен. Например: psychoanalysis – психоанализа /букв. освобождаване на душата/; psychogenes – психогенен (букв. душевно причинен); psychotherapia – психотерапия (букв. лечение чрез психично въздействие) (Арnaudов, 1975 pp.429).

Съществуват различни конфигурации на производните термини. Те са представени от следните словообразователни модели:

префикс + корен: dys- + -phasia – нарушение на речта;

корен + суфикс: phren- + -itis – възпаление на ума (душевна болест);

префикс + корен + суфикс: en- + cephal- + -itis – възпаление на мозъка;

корен + корен: clepto- + -mania – (болестно) влечение към крадене на предмети;

префикс + корен + корен + суфикс: peri- + -oste- + -o- + -myel- + -itis – възпаление на цялата кост, с периостеума и костния мозък.

Цел

Ще се изследват някои медицински психиатрични термини, включени в Психиатричния клиничен речник на Йордан Стоименов и Иван Рачев, от гледна точка на етимологията и структурата им, съставени с кореновия елемент фобия.

Материали и методи

Основните методи са работа с психиатрични термини, които са включени в споменатия по-горе Психиатричен клиничен речник, както и словообразователен анализ.

Резултати и обсъждане

Страхът е комплекс от негативни чувства и емоции, активирани от явление или обект, считан за заплаха. Големият страх се превръща във фобия. Терминът произхожда от старогръцката дума φόβος – страх. Фобийното състояние се изразява в изживяване на необоснован, неадекватен или несъразмерно голям страх пред различни обекти, явления и ситуации. Тези ситуации не възбуждат чувство за страх у останалите индивиди, а дори и болният не е изпитвал такъв страх, преди да се разболе.

Фобията е невротичен страх; най-често се касае за натраплив страх; в други случаи в основата на фобията стои някаква свръхценна идея. Фобийните тревожни разстройства са една доста голяма на брой група. Съществуват над 140 вида, като от тях ще повечето изцяло са от гръцки произход, деветнадесет са със втори терминоелемент -phobia и първи от латински произход, два термина са с първа част от френски и един от испански произход.

Латинската дума за страх е pavor, oris m. Това съществително име е образувано от глагола paveo – треперя, треперя от страх, много се боя (Войнов, Милев, 1990, pp.492); pavor, oris m – страх, много силен страх или уплаха (Арнаутов, 1975, pp. 383). Често се използва в комбинация с прилагателното име nocturnus, a, um – нощен: Pavor nocturnus – нощен страх, нощни изплашвания у малки деца (2-8г.) – прекъсване на съня от внезапно ставане с израз на уплаха, треперене и вик, без детето да си спомня на сутринта за случилото се. Това е форма на нервна проява.

Фобията е интензивен, ирационален страх от конкретен обект, ситуация или дейност, който е непропорционален на реалната опасност. Тя е вид тревожно разстройство.

Фобийните разстройства се провокират само или предимно от някои добре определени обекти или ситуации, които са външни за лицето, което изпитва страх, и не представляват опасност в конкретния момент. Симптомите на фобията могат да бъдат физически, емоционални и поведенчески (паника или силна тревожност при мисълта за обекта/ситуацията, чувство на загуба на контрол, натрапчиви мисли, свързани със страха). В резултат на това тези ситуации или обекти се избягват или се понасят със страх.

По своето съдържание фобиите биват:

обектни – има предизвикващ страх обект;

ситуативни – някаква ситуация (природно явление, тъмнина, самота);

социални – възникват при социалните контакти на индивида (празненства, посещения на близки и др.).

Съществуват следните видове фобии:

Аерофобия – страх от въздух, от гълтането му или от въздушно течение (Стоименов, Рачев, pp. 14); лат: аërophobia.

Автофобия – страх от самота (Стоименов, Рачев, pp. 10); лат: autophobia.

Акарофобия – страх от заболявания, протичащи със сърбеж (Стоименов, Рачев 1988, pp. 14); лат: acarophobia.

Антропофобия – страх от хора (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 30); лат: anthropophobia.

Арахнофобия – страх от паяци (Стоименов, Рачев 1988, pp. 31); лат: arachnophobia.

Астрофобия – страх от гръмотевици, от светкавици (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 155); лат: astraphobia. Синоними: астрапофобия и кераунофобия.

Акрибофобия – натрапливо опасение дали правилно е разбран смисълът на прочетеното (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 15); лат: acribophobia.

Акрофобия – натраплив страх от високи, „замайващи“ места, страх от височина или високи места (Стоименов, Рачев, pp. 15); лат: acrophobia.

Агорафобия – страх от преминаване през открити широки места и площи (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 12); лат: agoraphobia.

Айхмофобия – страх от островърхи предмети – ножове, гвоздеи, куки (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 14); лат: aichmophobia.

Аматофобия – страх от прах, от зацапване или замърсяване с прах (Стоименов, Рачев, pp. 22); лат: amatorphobia.

Амихофобия – страх от увреждане на кожата (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 23); лат: amychophobia.

Ангинофобия – страх от пристъп на стенокардия (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 23); лат: anginophobia.

Анемофобия – страх от буря (Арнаутов, 1975, pp. 27); лат: anemophobia.

Андрофобия – болестна омраза на жени към мъже (Стоименов, Рачев 1988, pp. 27); лат: androphobia.

Апифобия – страх от пчели и оси (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 31); лат: apiphobia. Синоним е мелисофобия.

Бронтотфобия – страх от гръм (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 49); лат: brontophobia.

Базофобия – страх от ходене (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 42); лат: basophobia.

Барофобия – страх от повдигане на тежести (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 43); лат: barophobia.

Батеофобия – страх от бездна (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 43); лат: batheophobia.

Белонофобия – страх от докосване на остри предмети (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 44); лат: belonophobia.

Бромхидрофобия – страх от поява на миризма на собственото тяло (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 49); лат: bromhidrophobia.

Вертигофобия – страх от настъпване на световъртеж и загуба на равновесие (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 53); лат: vertigophobia.

Гамофобия – страх от сключване на брак (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 60); лат: gamophobia.

Гатофобия – страх от котки (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 60); лат: gatophobia

Геронтофобия – страх от среща с лица в старческа възраст (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 60); лат: gerontophobia.

Гефирофобия – страх от преминаване през мост (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 61); лат: gerhygophobia.

Гинекофобия – страх от жени (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 62); лат: gynecophobia.

Графофобия – страх от писане (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 64); лат: graphophobia.

Декстрофобия – страх от предмети, намиращи се вдясно от тялото (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 70); лат: dextrophobia.

Демонофобия – страх от демони (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 78); лат: daemonophobia.

Демофобия – страх от тъпата (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 78); лат: demophobia.

Динофобия – страх от настъпване на световъртеж при стоене на височина (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 87); лат: dinophobia.

Дисморфофобия – мъчително преживяване на физическа непълноценност във връзка с реални или въображаеми анатомични недостатъци (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 89); лат: dysmorphophobia.

Дорафобия – страх от поникване на косми след пипане на козината на животно (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 93); лат: doraphobia.

Дорофобия – страх от получаване или поднасяне на подарък (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 93); лат: dorophobia.

Дромофобия – страх от пътуване (Стоименов, Рачев, 1988, 94); лат: dromophobia.

Ейзотропофобия – страх от огледало (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 95); лат: eisoptrophobia.

Епитаксиофобия – страх от кръвотечение от носа (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 124); лат: epistaxiophobia.

Ергазиофобия – страх от извършване на движение (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 124); лат: ergasiophobia.

Ергофобия – страх от работа (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 125); лат: ergophobia.

Ереутофобия – страх, настъпващ при гледане на червени предмети (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 125); лат: ereuthophobia.

Еротофобия – страх от полов акт (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 126); лат: erotophobia.

Зоофобия – страх от животни (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 133); лат: zoophobia.

Иофобия – страх от отрови (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 144); лат: iophobia.

Кайрофобия – страх от рязка промяна на времето (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 147); лат: cairophobia.

Канкрофобия – страх от раково заболяване (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 149); лат: cancrophobia.

Кардиопатофобия – страх от сърдечно заболяване (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 150); лат: cardiopathophobia.

Кеирофобия – страх от бръснене (Стоименов, Рачев, 1988, pp. 154); лат: keiophobia.

Кенофобия – страх от големи и празни пространства (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 154); лат: kenophobia.

Кераунофобия – страх от гръмотевици (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 154); лат: keraunophobia.

Кинофобия – страх от куче (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 156); лат: kynophobia.

Клаустрофобия – страх от затворени помещения (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 157); лат: claustrophobia.

Клептофобия – страх от кражба (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 157); лат: cleptophobia.

Климакофобия – страх от качване по стълба (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 158); лат: climasophobia.

Коинонифобия – страх от влизане в помещение, където са намират много хора (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 160); лат: coionophobia.

Коитофобия – страх от полово сношение (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 160); лат: coitophobia.

Компютърфобия – страх от работа с компютър (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 162); лат: computerophobia.

Копофобия – страх от преумора (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 168); лат: sorophobia.

Кремнофобия – страх при поглеждане в бездна (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 171); лат: cretnophobia.

Ксенофобия – страх от чужди хора (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 175); лат: xenophobia.

Лайтматофобия – страх у ескимосите от падане във водата (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 177); лат: laitmatophobia.

Лалофобия – страх от говорене (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 177); лат: lalophobia.

Латерофобия – страх да се лежи на едната страна на тялото (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 178); лат: laterophobia.

Лепрофобия – страх от заболяване от лепра (проказа) (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 179); лат: leprophobia.

Логофобия – страх от загуба на способността за произнасяне на необходимите думи (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 183); лат: logophobia.

Луофобия – страх от заразяване със сифилис (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 183); лат: luophobia.

Менофобия – страх от менструация (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 190); лат: menophobia.

Металофобия – страх от докосване на метали (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 183); лат: metallophobia.

Мизофобия – страх от замърсяване или заразяване чрез докосване на предмети или други лица (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 190); лат: mysophobia.

Митофобия – страх от неправилно или изопачено излагане на факти (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 198); лат: mythophobia.

Монофобия – страх от самота (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 200); лат: monophobia.

Морфинофобия – страх от употреба на морфин (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 201); лат: morphinophobia.

- Некрофобия* – страх от трупове (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 200); лат: necrophobia.
- Неофобия* – страх от нови идеи (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 219); лат: neophobia.
- Никтофобия* – страх от тъмнина, особено от нощната (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 221); лат: nyctophobia.
- Нозофобия* – страх от болести (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 221); лат: nosophobia.
- Одинофобия* – прекален страх от болка (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 223); лат:odynophobia.
- Одонтофобия* – страх от зъболекар. (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 223); лат: odontophobia.
- Ойкофобия* – страх от къща (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 223); лат: oicophobia.
- Оксифобия* – страх от островърхи предмети (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 14); лат: oxuphobia.
- Омброфобия* – страх от дъжд (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 226); лат: ombrophobia.
- Ономатофобия* – страх от гледане, чуване или изговаряне на определено име или дума. Стоименов, Рачев, 1988 pp. 227); лат: onomatophobia.
- Офидиофобия* – страх от змии (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 230); лат: ophidiophobia.
- Охлофобия* – страх от демони (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 78); лат: ochlophobia.
- Пантофобия* – страх от всичко, от всички възможни предмети или явления (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 233); лат: pantophobia.
- Паразитофобия* – страх от насекоми, паразити (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 233); лат: parsitophobia.
- Паралипофобия* – страх да не би да не бъде изпълнен собственият дълг (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 235); лат: paralipophobia.
- Парафобия* – слабо изразена степен на фобия (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 239); лат: paraphobia.
- Патофобия* – страх от болести (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 243); лат: pathophobia.
- Пейрафобия* – страх от публична изява (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 243); лат: peiraphobia.
- Пелафобия* – страх от оплешивяване (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 243); лат: pelaphobia.
- Педикулофобия* – страх от от въшки (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 243); лат: pediculophobia.
- Педофобия* – страх от деца (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 243); лат: pedophobia.
- Пенияфобия* – страх обедняване (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 244); лат: peniaphobia.
- Петофобия* – страх от незадържане на чревни газове в присъствие на странични хора (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 245); лат: pettophobia.
- Пирофобия* – страх от огън, от пожар (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 247); лат: pyrophobia.
- Плурифобия* – страх от много болести, ситуации, обекти или функции (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 247); лат: pluriphobia.

Потамофобия – страх при гледане на стремително движение на вода (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 286); лат: potamophobia.

Психрофобия – страх от хлад (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 247); лат: psychrophobia.

Сидеродромофобия – страх от пътуване с влак (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 247); лат: siderodromophobia.

Симболофобия – страх от предмети, явления, събития, съновидения, в които които че ли е скрит смисъл (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 301); лат: symbolophobia.

Ситофобия – страх от приемане на храна (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 305); лат: sitophobia.

Сифилофобия – страх от заболяване от сифилис (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 301); лат: syphylophobia.

Скабиофобия – страх от заболявания, протичащи със сърбеж (главно краста) (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 306); лат: scabiophobia.

Скопофобия – страх у болен да не изглежда смешен (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 301); лат: scorophobia.

Сомнофобия – страх от съня (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 308); лат: somnophobia.

Спектрофобия – страх от огледала (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 309); лат: spectrophobia.

Стазобазофобия – страх от стоене прав и от ходене (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 309); лат: stasobasophobia.

Таласофобия – страх от пътуване по море (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 319); лат: thalassophobia.

Танатофобия – страх от смъртта (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 319); лат: thanatophobia.

Тафефобия – страх от погребения (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 319); лат: thaphophobia.

Тениофобия – страх от заразяване с тения (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 321); лат: taeniorphobia.

Термофобия – страх от топлина (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 323); лат: thermophobia.

Токсикофобия – страх от отравяне (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 324); лат: toxicophobia.

Тредекафобия – страх от числото тринадесет (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 327); лат: tredecaphobia.

Трихофобия – страх от попадане на косми в храната (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 327); лат: trichophobia.

Тромофобия – страх от поява на треперене пред чужди хора (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 327); лат: tromophobia.

Туберкулозофобия – страх от туберкуозна инфекция (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 327); лат: tuberculophobia.

Тунелофобия – страх от пътуване през тунел с влак (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 328); лат: tunnelophobia.

Уранофобия – страх от небето (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 329); лат: uranophobia.

Урофобия – страх от поява на позив за уриниране (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 329); лат: urophobia.

Фагофобия – страх от поглъщане на храна (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 329); лат: phagophobia.

Фармакофобия – страх от приемане на лекарствени средства (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 332); лат: pharmasophobia.

Фобофобия – страх от поява на фобия (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 334); лат: phobophobia.

Фотофобия – страх от светлината (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 335); лат: photophobia.

Хайрофобия – страх от поява на чувство на радост (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 338); лат: chairophobia.

Хамартофобия – страх от извършване на грех (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 345); лат: hamartophobia.

Хаптофобия – страх от докосване на обкръжаващите хора (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 345); лат: haptophobia.

Харнаксофобия – страх от ограбване (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 345); лат: harpaxophobia.

Хедонтофобия – страх от удоволствия (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 347); лат: hedontophobia.

Хелиофобия – страх от слънце (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 347); лат: heliophobia.

Хидрозофобия – страх от изпотяване (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 348); лат: hidrosophobia.

Хидрофобия – дуквално водобоязън (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 348); лат: hydrosophobia.

Хиерофобия – страх от предмети на религиозния култ (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 348); лат: hierosophobia.

Хилофобия – страх от гора (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 348); лат: hilophobia.

Хионофобия – страх от сняг (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 348); лат: chionophobia.

Хипенгиофобия – страх от отговорност (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 348); лат: hypengiophobia.

Хипсофобия – страх от високи места (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 354); лат: hypsogiophobia.

Хомилофобия – страх от общуване с хора (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 356); лат: homilophobia.

Хрематофобия – страх от докосване до пари (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 356); лат: chrematophobia.

Хроматофобия – страх от някакъв цвят (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 357); лат: chromatophobia.

Церебротуморофобия – страх от злокачествено новообразувание в мозъка (Стоименов, Рачев, 1988 pp. 359); лат: cerbrotumorphobia.

Заключение и благодарности

Фобиите срещат се при хора от всички възрасти. Характеризират се с необичайна реакция на страх или застрашеност. Лицата, диагностицирани с фобии, страдат от чувство на ужас и неконтролируем страх, преувеличени реакции към опасност, която в действителност не е животозастрашаваща, и обикновено се съпровождат от физически реакции, свързани с екстрем, невротичен страх: паника, учестено сърцебиене или съкратено дишане.

Откриват се над 140 вида фобии, като постоянно техният списък нараства, защото се появяват нови реалии. От словообразователна гледна точка всички те са образувани с крайния терминоелемент -phobia. Когато в началото на думата се прибави друг терминоелемент, видът на страха се променя.

Литература

- Arnaudov, M. (1975). Terminologia medica polyglotta. Sofia: Meditsina i fizkultura.
Voynov M., Milev Al. (1990). Latinsko-balgarski rechnik. Sofia: Nauka i izkustvo.
Voynov (et al.). (1992). Starogratsko-balgarski rechnik. Sofia: Otvoreno obshtestvo.
Lungarova P., Chomakovska B. (2023). Cursus latinus medicinalis. Pleven: Izdatelski tsentar MU – Pleven.
Stoimenov Y., Rachev I. (1988). Psihiatrichen klinichen rechnik. Sofia: Meditsina i fizkultura.

✉ **Гл. ас. Боряна Чомаковска, д.ф.**

Университет: Медицински университет – Плевен

Катедра: Департамент за езиково и специализирано обучение

Адрес: гр. Плевен, ул. Кл. Охридски 1

e-mail: boryana_chomakovska@abv.bg

ЕМОЦИОНАЛНАТА ИНТЕЛИГЕНТНОСТ НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА – КЛЮЧЪТ КЪМ ЕФЕКТИВНАТА ГРИЖА И ПАЦИЕНТСКОТО БЛАГОПОЛУЧИЕ

А. Петракиева¹, Ц. Райкова¹, Р. Николова-Мерсиноглу¹

¹Медицински Университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, специалност
„Управление на здравните грижи“, Магистър

EMOTIONAL INTELLIGENCE OF THE NURSE - KEY TO EFFECTIVE CARE AND PATIENT WELL-BEING

A. Petrakieva¹, Ts. Raykova¹, R. Nikolova-Mersinoglu¹

¹Medical University – Pleven, Faculty of Public Health, student in the specialty “Healthcare
Management”, Master Degree

ABSTRACT: Emotional intelligence is a key factor that determines the effectiveness and professionalism of healthcare workers and affects their skills in recognizing, understanding and managing not only their own emotions, but also those of patients and colleagues. The manifestation of emotional intelligence in a nurse means not to ignore the pain, but to stop and take someone else's burden with you for a moment - without owning it. The applicability of emotional intelligence as a modern approach in the work of a nurse for effective communication in healthcare is analyzed. A review of scientific publications shows that the ability to manage one's own emotions positively affects nurse-patient relationships, which is reflected in patient well-being. The study and mastery of skills related to emotional intelligence in nurses should be studied at universities. Understanding the emotional state of patients improves communication and trust, which is a key moment in providing quality healthcare.

Keywords: emotional intelligence, nurse, healthcare, patient, education

Въведение

Емоционалната интелигентност /ЕИ/ е способността да разпознаваме, разбираме, управляваме и използваме собствените си емоции по позитивен начин, както и да разпознаваме и разбираме емоциите на други хора. Основни компоненти на ЕИ са:

- *самосъзнаване* – разпознаване на собствените емоции и разбиране за тяхното влияние върху мислите и поведението;

- *самоконтрол* – управление и контрол на собствените емоции, особено в стресови ситуации;

- *мотивация* – вътрешна мотивация за постигане на цели и позитивно мислене;

- *емпатия* – способността да разбираме и преживяваме емоциите на другите;

- *социални умения* – ефективно комуникиране, изграждане на отношения и управления на конфликти.

Според Д. Голман емоционалната интелигентност не ни е дадена по рождение, а е научен инструмент, който подлежи на придобиване, усъвършенстване, обучение и практика (Goldman, 2011).

Една от сферите, за която няма съмнение колко голяма е ролята на емоционалната интелигентност, е здравеопазването. Това се дължи на социалната значимост на професията и промяната на емоциите в процеса на работа.

Каква връзка има емоционалната интелигентност на медицинската сестра с предлаганите здравни грижи? Умението на медицинската сестра да разпознава, разбира и управлява собствените си емоции, както и да разпознава, възприема и уважава емоциите на пациентите и техните близки, е важен момент в предоставянето на качествени здравни грижи. Връзката между ЕИ и качествените здравни грижи се състои в следното:

- *подобрява комуникацията* – емоционално интелигентната медицинска сестра е способна да изслушва внимателно и да реагира адекватно на нуждите на пациентите, което подобрява разбирането и сътрудничеството;

- *подпомага пациентското благополучие* – емоционалната подкрепа, която предоставя медицинската сестра, спомага за намаляване на страха, тревожността, стреса и болката, което допринася до по-бързото възстановяване на пациентите и тяхната удовлетвореност от предлаганите здравни грижи;

- *подпомага управлението на собствените емоции* – работната среда на медицинската сестра често е стресова, недостигът на медицински сестри на национално ниво и допълнителната натовареност са предизвикателство в работата на сестрите. Високата ЕИ спомага за по-добра концентрация и ефективност в сегашните условия на труд;

- *способства за работа в екип* – емоционално интелигентната медицинска сестра подобрява сътрудничеството и комуникацията с колегите, което неминуемо се отразява и на предлаганите сестрински грижи;

- *улеснява превенцията на конфликти* – разбирането и управлението на емоциите спомагат за избягване и ефективно решение на конфликти както между колеги, така и между специалисти по здравни грижи, пациенти и техните близки.

Цел

Да се анализира приложимостта на емоционалната интелигентност като съвременен подход в работата на медицинската сестра за ефективна комуникация в здравните грижи.

Материал и методи

Извършен е преглед на научни публикации, свързани с емоционалната интелигентност, в електронни бази данни.

Резултати и обсъждане

През 2017 г. е разработена програма за допълнителен тренинг, свързан с емоционалната интелигентност на болногледачи в България. Модулът се провежда през 7 дни в две последователни седмици с 16 участници. Анализът на резултатите и апробирането на програмата показва, че обучението е дало значим ефект върху таргетираните компетенции, а именно: емпатия, управление на конфликти и изглаждане на противоречия (Dimitrov, 2021). Според друга статия студентите от специалност „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ в Медицински университет – София притежават от средно до високо ниво на емоционална интелигентност, разпределени по измерения на подскали (Yancheva-Stoycheva, Stoilova, Sokolova, 2024). С най-високо ниво на тежест при медицинските сестри са подскалите: самотивация, емпатия и

управление на емоциите. Обединени, тези качества създават стабилна основа за ефективна, състрадателна и професионална здравна грижа. Тези медицински сестри, които притежават способността да управляват собствените си емоции, влияят положително на пациентското благополучие (Landa, Lopez-Zafra, 2010). Резултати от метаанализ на 395 проучвания на ЕИ с 65 300 участници за цялостното въздействие на емоционалната интелигентност върху студентите и практикуващите медицински сестри показват, че обучението по ЕИ подобрява критичното мислене и емоционалната компетентност. Това е достатъчно доказателство да се аргументира включването на тази тема в учебните програми на медицинските сестри (Michelangelo, 2015).

В практиката си медицинските сестри се сблъскват с редица различни стресови ситуации. Процесът на умирање е една от тях. При пациенти в терминален стадий на заболяването са необходими не само подходящи палиативни грижи, но и лични умения на медицинската сестра като емпатия, комуникация и управление на собствените емоции. Във връзка с това е установено, че студентите медицински сестри с по-висока емоционална интелигентност имат по-добри стилове за справяне в стресови ситуации и по-голямо удовлетворение от професионалното си развитие (Alcanero-Camarero, Sarabia-Cobo, Conzales-Gomez, Ibanez-Rementeria, Lavin-Alconero, Sarabia-Como).

От множество научни публикации става ясно, че ЕИ трябва да се усъвършенства и практикува още в университетите по време на обучението на медицинските сестри. В европейските страни например се предлагат различни форми на продължаващо обучение за придобиване и усъвършенстване на умения, свързани с емоционалната интелигентност на сестрите. По този начин се подобрява и способността им да са от полза на пациентите и техните близки. По-доброто разбиране на емоционалното състояние на пациентите подобрява комуникацията и доверието, което е ключов момент в предлагането на качествени здравни грижи (Smith, Profetto-McGrath, Gumming). В друго

проучване сред медицински сестри е установена позитивна връзка между способността да бъдем състрадателни към себе си и емоционалната интелигентност, което е фактор, който ги прави подготвени да бъдат състрадателни към пациентите, като едновременно с това разбират и управляват собствените си емоции (Hefferman, Griffin, McNulty, Fitzpatrick, 2010). Авторите отчитат значимостта на тази връзка за удовлетвореността на пациентите от полаганите за тях грижи.

Страдат ли предлаганите съвременните здравни грижи от липса на емоционална интелигентност и как се отразява това на пациентите? Най-близкото лице на пациента при престоя му в лечебните заведения е медицинската сестра. Поради тази причина и емоционално интелигентната медицинска сестра първа разпознава емоционалното състояние и реакции на пациента. Условиата на недостиг на медицински сестри и прекалената натовареност на работещите водят до пренебрегване на реакциите и емоциите на пациентите. Това влошава качеството на предлаганите услуги. Емоционалната интелигентност на медицинските сестри трябва да се развива и усъвършенства, да се използва нейното положително влияние върху предлаганите здравни грижи и пациентското благополучие (Donkina, Doynovska, 2012).

Когато прочетем всичко изложено дотук, не можем да не си зададем въпроса: *А достатъчно ли внимание обръщаме на невидимото?* Там, където няма лабораторни показатели, а има поглед, който търси разбиране. Оказва се, че именно емоционалната интелигентност е онзи невидим актив, който променя цялостната динамика в здравните грижи. Данните ясно сочат, че емоционално интелигентните сестри подобряват комуникацията, сътрудничеството в екипа и най-вече – благополучието на пациента.

И въпреки тези изводи практическите програми за обучение остават ограничени, често незадължителни и понякога дори липсващи. Това ни навежда на ясна мисъл – има нужда от още. Необходими са още изследвания, още

модули в обучителните планове, още осъзнаване в здравната система за важността на този „мек“ компонент с твърди резултати. Нужни са и повече междуинституционални проекти, които да не разглеждат емоционалната интелигентност като „личностна черта“, а като професионален инструмент със сериозен принос за цялостната ефективност на здравните грижи.

В един идеален свят медицинската сестра не би трябвало да избира между компетентност и съчувствие. А емоционалната интелигентност е мостът, по който спокойно може да преминат и едното, и другото – заедно.

Изводи

1. Емоционалната интелигентност е съществена част от професионализма на медицинската сестра, тъй като тя не само подобрява качеството на здравните грижи, но и изгражда доверие, сътрудничество и човешка връзка с пациента.

2. Развитието и усъвършенстването на емоционалната интелигентност не трябва да бъде оставено на случайността – необходимо е тя да бъде заложена в обучителните програми на бъдещите здравни специалисти и активно подкрепяна в ежедневната практика.

3. В условията на натоварена и често напрегната болнична среда именно емоционално интелигентната медицинска сестра е тази, която съумява да поддържа баланса между професионалната ефективност и човешкото състрадание.

И най-вече именно тя е онова качество, което превръща болничната стая в място на надежда. Колкото и каквито изводи още да направим, емоционалната интелигентност не трябва да бъде просто извод, тя трябва да бъде увод – увод в професията, в общуването, в човешкото отношение; да бъде не последна точка, а началото на всичко стойностно в здравните грижи.

Заклучение

В края на това пътуване става ясно едно – емоционалната интелигентност не е просто добавена стойност, тя е сърцето зад униформата. Тя е онзи пулс, който не се улавя с апаратура, но се усеща от пациента още с първия контакт. В свят, където медицинската сестра често е между диагнозата и човека, именно нейната способност да бъде емоционално интелигентна създава разликата между процедура и грижа, между обслужване и човешко присъствие.

Емоционалната интелигентност не се включва с копче, тя се изгражда с осъзнаване, практика и образователна подкрепа. Време е тя да намери своето достойно място не само в ежедневната медицинска практика, но и в университетските програми, в политиките по здравни грижи, в културата на всяко лечебно заведение, защото в основата на добрата медицина не стои само знанието, а и способността да видиш болката и да отговориш на нея човешки.

Литература

Alcanero-Camarero, A., C. Sarabia-Cobo, S. Conzales-Gomez, I. Ibanez-Rementeria, L. Lavin-Alconero, A. Sarabia-Como. (2018). Nursing students' emotional intelligence, coping styles and learning satisfaction in clinically simulated palliative care scenarios: An observational study, *Nurse Education Today*, (61) 94-100, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691717302678>, Accessed June 30, 2025.

Dimitrov, Ya. (2019). Emotsionalnata inteligentnost – podhodi i predizvikatelstva pred neynoto razvivane v ramkite na savremennite biznes organizatsii. *Godishnik na VUFS, Izdatelstvo „Sv. Grigoriy Bogoslov“*. 2021, tom XIII, 175-199.

Donkina, V., R. Doynovska. (2012). Emotsionalnata inteligentnost i psihologichna gramotnost v meditsinskite grizhi, „Sestrinsko delo“, (3)24-28, https://www.researchgate.net/publication/348233487_EMOTIONAL_INTELLIGENCE_AND_PSYCHOLOGICAL_LITERACY_IN_NURSING. [In Bulgarian].

Goldman, D. (2011). Emotional Intelligence Izdatelstvo „Iztok-Zapad“, 7-12, <https://alephia.net/wp-content/uploads/2017/11/Emotsionalnata-Inteligentnost-Danial-Golman.pdf>. Accessed June 23, 2025.

Hefferman, M., M. Griffin, S. McNulty, J. Fitzpatrick. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses, *International Journal of Nursing Practice*, (16),366-373, <https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/Self-CompassionNurses.pdf>, Accessed June 25, 2025.

Landa, J., E. Lopez-Zafra. (2010). The Impact of Emotional Intelligence on Nursing: An Overview, *Psychology*,(1), 50-58, https://www.scirp.org/pdf/psych.20100100008_73793477.pdf.

Michelangelo, L. (2015). The overall impact of emotional intelligence on nursing students and nursing, *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, (2), 118-124, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2347562521003656>, Accessed June 25, 2025.

Smith, K., J. Profetto-McGrath, G. Gunning. (2009). Emotional Intelligence and nursing: an integrative literature review, National Library of Medicine, 46(12):1624-36, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19596323/>, Accessed June 25, 2025.

Yancheva-Stoycheva, M., I. Stoilova, I. Sokolova. (2024). Izsledvane na emotsionalna inteligentnost po podskali pri studenti ot MU-Sofia. Sestrinsko delo, 56(1) 34-41, https://cml.mu-sofia.bg/CML/sestrinsko_delo/page262.htm. [In Bulgarian].

✉ **Алена Петракиева**

Старша медицинска сестра

Комплексен онкологичен център“ – Русе

Диагностично-консултативен блок

e-mail: alena7506@abv.bg

Цеца Райкова

Медицинска сестра

Медицински институт на МВР гр. София

Клиника по обща, коремна и съдова хирургия

e-mail: cveti_raikova1975@abv.bg

Ренета Николова-Мерсиноглу

Медицинска сестра

Частна болница „Лито“, Паралимни, Кипър

Операционен блок

e-mail: r25071976@icloud.com

СТАНДАРТИЗИРАН ПЛАН ЗА СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ТРАВМАТИЧНО-ОРТОПЕДИЧНИ ХИРУРГИЧНИ ПАЦИЕНТИ

В. Йолова¹, М. Сълева¹, М. Драганова¹, Д. Вачева²

¹Медицински университет – Плевен, катедра „Управление на здравите грижи, медицинска етика и информационни технологии”

²Медицински университет – Плевен, катедра „Физикална медицина, рахабилитация, ерготерапия и спорт”
Факултет „Обществено здраве”

STANDARDIZED NURSING CARE PLAN FOR TRAUMA-ORTHOPAEDIC SURGICAL PATIENTS

V. Yolova¹, M. Saleva¹, M. Draganova¹, D. Vacheva²

¹Department of Health Care Management, Medical Ethics and Information Technologies

²Department of Physical Medicine, Rehabilitation, Occupational Therapy and Sports
Faculty of Public Health, Medical University – Pleven

ABSTRACT: *The aim of this scientific communication is to propose a Standardized Nursing Care Plan for trauma-orthopedic surgical patients by stimulating motor activity. Preparation of an Individual Care Plan, in accordance with basic human needs, is important for patients with impaired locomotor activity for full recovery, promotion of confidence and reduction of the degree of dependence. The basis of nursing assessment is the perspective of physical, mental and social unity, thanks to which the care needs of the patient and his family are determined. In recent years, research has been deepened in health care for specific diseases or for certain groups of people, which provides grounds for the implementation of evidence-based care. The proposed Standardized Nursing Care Plan stimulates motor activity and improves the independent performance of activities of daily living.*

Keywords: nursing care plan, lower limb trauma, surgical intervention, impaired locomotion

Въведение

Реализирането на здравни грижи, в т.ч. сестрински, е сложен и динамичен процес, променящ се под въздействието на редица фактори, свързани основно с потребностите на обществеността и условията на живот (Camal Sanchez, 2018). Управлението на здравните грижи е сравнително нова научна област за България, която се базира на общата теория на управлението (Draganova, 2006). Въз основа на многобройните определения за мениджмънт управлението на здравните грижи се дефинира като „процес на планиране, организиране, координиране и контролиране на ресурсите за постигане целите на организациите (лечебните заведения) (Grancharova, Draganova, 2022).

Стандартизираните планове определят медицинските грижи за група

пациенти със сходни ежедневни нужди, а индивидуалните планове се изготвят, за да отговорят на уникалните нужди на конкретен индивид (Raynova, Bikova, 2014). Те дават възможност предоставяните здравни грижи да са ориентирани към конкретния пациент в определен етап от лечебно-оздравителния процес, т.е. да бъде приложен холистичният подход, както и пациент-центрирани грижи (Markova, Stambolova, Chaneva, 2006), а използването на специфичен формуляр за индивидуален план за грижи е обективна предпоставка за предоставяне на грижи, базирани на доказателствата (Krasteva, 2006).

За изготвяне на индивидуален план за грижи е необходимо да бъде събрана определен обем информация за пациента, т.е. да се направи здравна оценка от гледна точка на грижите (Health Assessment in Nursing). Събирането на обективни и субективни данни от медицинската сестра определя оценъчна рамка, чрез която се идентифицират потребностите на пациента и се валидират приоритетните му проблеми с неговото активно участие (Hande, Jackson, 2024). С документирането на събраната информация се реализира първият етап от сестринския процес (Boman, Dowie-Baker, Fish, 2019). Едно от необходимите и задължителни условия за определяне на качеството на здравните грижи са стандартите и специфичната сестринска документация (протоколи, технически фишове, алгоритми, скали за оценка състоянието на пациента, стандартизирани и индивидуализирани планове за грижи (Evaluating and Improving Nursing Quality).

Редица проучвания доказват, че към настоящия момент в България все още не може да се говори за приложение на сестринския процес в практиката, въпреки че се изучава от 1996 г. Един от ключовите моменти за реализирането му е събирането на обективна и субективна информация за пациента (първи етап на сестринския процес) (Mircheva, 2001). Субективната информация се получава от пациента, близките на пациента, съпровождащата го документация (Markova, 2006). За събиране на обективна информация има нужда от използването на обективизиращи механизми, каквито са методите на

изследване (Drumev, Vacheva, 2025), скали за оценка, скали за измерване, индекси и други доказали се в практиката инструменти, които да дадат възможност за обективно определяне на индивидуалните потребности на пациента (Stambolova и кол., 2004; Lv, Yang, 2021). В световната практика са разработени и се прилагат разнообразни инструменти/скали за обективна оценка на състоянието на пациента, които могат да бъдат полезни за определяне на потребностите му и адекватно планиране на индивидуалните грижи (Bisset, Hondrodinou, Mincheva, 2018). На този етап в България се наблюдава използване на някои от скалите само в отделни лечебни заведения, но все още няма утвърдена и въведена на национално ниво практика за прилагане на скали за здравна оценка на пациентите от медицинските сестри (Draganova, Saleva, 2022). Уместно е прилагането на утвърдената в международната сестринска практика Скала на зависимост от грижи (Care dependency scale-CDS), която е преведена на повече от 20 езика и за която преподаватели от МУ-Плевен са получили разрешение от авторите за тестване и имплементиране в здравните грижи у нас, където е приложимо (Balaburova, 2021). Прилагането на тези скали е стъпка към реализиране на сестринския процес, както и възможност за синхронизиране на съвременната българска сестринска практика с европейската.

Цел

Цел на настоящото проучване е да се представи проект на „Стандартизиран план за здравни грижи“ при травматично-ортопедични хирургични пациенти на долен крайник, извършвани от медицинската сестра в лечебното заведение.

Материал и методи

Проектът се предлага на база на литературен анализ на български и международни литературни източници, публикувани резултати от научни

проучвания за оптимизиране на грижите за по-добро възстановяване и въз основа на дългогодишни наблюдения и грижи при работа с травматично-ортопедични хирургични пациенти с травми и заболявания на долен крайник. Стандартизираният план за грижи е основен документ, който се прилага за всеки пациент и е основа за изготвяне и на индивидуалния план за грижи за пациента спрямо неговите индивидуални потребности. Изготвянето на плана е в съответствие с Наредба № 1 от 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри и другите медицински специалисти могат да извършват самостоятелно или по назначение. Стандартизираният план за сестрински грижи отразява холистичния подход в грижите за пациента в условията на екипно сътрудничество с други специалисти.

Резултати

На база на литературния обзор и личен опит, предвид спецификата на здравните грижи, бе изработен Проект на Стандартизиран план за грижи при ортопедични хирургични пациенти с травма или заболяване на долен крайник в лечебно заведение, както следва:

Стандартизиран план за професионалните дейности, извършвани от медицинската сестра при ортопедични хирургични пациенти с травма или заболяване на долен крайник в лечебното заведение – Проект
(КП № 217.1, № 218, № 219, № 159, АПр 23)

Въведение: Стандартизираният план обхваща дейности и специфични здравни грижи за пациенти с травма или ортопедично заболяване на долен крайник, постъпили за хирургично лечение в болнично заведение по посочените клинични пътеки [1], [2], [3], [4], [5]. Лечението на тези пациенти е в зависимост от големината и вида на травмата или стадия на развитие на заболяването, както и от сложността на хирургична намеса. След дехоспитализация тези пациенти се нуждаят от продължаваща грижа, която да е адекватна, правилна и целенасочена.

Желани резултати: Следоперативният период представлява критична фаза в процеса на възстановяване на пациента. Медицинската сестра играе ключова роля в проследяването на жизнените показатели и болковия синдром, превенцията на усложненията, рехабилитационните мероприятия, емоционалната подкрепа. Спецификата на здравните грижи при пациенти с определени здравословни проблеми и двигателни ограничения (нозологична група на заболяването; придружаващи заболявания; възможност за извършване на двигателна активност – на легло, в движение, самостоятелно с помощни средства, с придружител) изисква индивидуален подход към пациента. Професионалните дейности, които извършва медицинската сестра самостоятелно, по назначение или в колаборация с друг медицински специалист, се определят в зависимост от индивидуалните особености на пациента, хода на заболяването и периода на лечение (остър, подостър, предоперативен, ранен и късен следоперативен, хроничен). Подготовката на пациента и неговите близки за периода след изписване от болничното заведение, даването на указания за продължаване на лечението в домашна обстановка и извършването на здравно-просветна дейност са също важна част от всеки план за сестрински грижи.

Краткосрочна цел: навременно и координирано организиране на изпълнението на назначените дейности в зависимост от индивидуалното състояние на пациента; настаняване в подходящо положение в ортопедично легло.

Дългосрочна цел: полагане на качествени, адекватни и навременни сестрински грижи за по-бързо възстановяване на пациента, като не се допуснат усложнения от обездвижването (залежаване), като застойни прояви, декубитални рани, чревни и уринарни проблеми, промени в нивото на кръвната захар.

Съдържание:

I. Общ план на професионални дейности при ортопедично-хирургични пациенти с травма или заболяване на долен крайник;

II. Специфични сестрински дейности при ортопедично-хирургични пациенти с травма или заболяване на долен крайник в предоперативен период;

III. Специфични сестрински дейности при ортопедично-хирургични пациенти с травма или заболяване на долен крайник в следоперативен период;

IV. Специфични сестрински дейности, стимулиращи двигателната активност при ортопедично-хирургични пациенти с травма или заболяване на долен крайник:

A. Сестрински грижи по време на дневна смяна на дежурната медицинска сестра;

B. Сестрински грижи по време на нощна смяна на дежурната медицинска сестра.

I. Общ план на професионални дейности

**при ортопедично-хирургични пациенти с травма или заболяване
на долен крайник**

1. Приемане и настаняване в болничното отделение по установения ред;

2. Запознаване на пациента с Правилника за вътрешния ред на болничната структура, с персонала и правата му на пациент;

3. Попълване на необходимата медицинска документация и вземане на информирано съгласие от пациента с подпис;

4. Осигуряване на траен венозен източник;

5. Изготвяне на **Индивидуален план за грижи** с помощта на:

✓ *Чек-лист за определяне степените на възможност за извършване на дейност;*

✓ *Скала за болка (VAS) – субективна оценка на болката от 0 до 10;*

✓ *Скала за зависимост от грижи (Care dependency scale) – с разрешение от авторите за тестване и въвеждане в сестринската практика в България;*

✓ *Оценка за риска от декубитус;*

✓ *Тест за „Локомоторна дейност“ (от 0 до 15 т.) при затруднена локомоторна дейност след травма на долен крайник (Кинов и Тивчев, 2014), модифициран от М. Кръстанова (2016);*

✓ *Скала за емоционално състояние и тревожност (използва се при нужди от психо-социална подкрепа).*

6. Хигиенни грижи – извършване на хигиенен тоалет: сутрешен, вечерен, специализиран, противодекубитален и др.;

7. Планиране на храна според назначената от лекаря хранителна диета;

8. Следене на жизнените показатели на пациента и отразяване в медицинската документация;

9. Наблюдение на външния вид, активността и общото състояние на пациента;

10. Прилагане на назначената медикаментозна терапия в определените от лекар часове и дози;

11. При прилагане на антибиотична терапия да се направи проба за чувствителност на пациента;

12. Подготовка на пациента за извършване на назначените изследвания;

13. Постоперативно наблюдение и подпомагане при възстановяване;

14. Подпомагане на движението;

15. Подпомагане за избягване на опасности;

16. Изписване на пациента от болничната структура, подготовка на необходимите медицински документи, даване на указания за контролни прегледи и медикаментозната терапия;

17. Извършване на необходимата здравно-просветна дейност за продължаване на лечението в домашни условия.

II. Специфични сестрински дейности при ортопедично-хирургични пациенти с травма или заболяване на долен крайник

в предоперативен период (продължителност от 1 до 3 дни)

1. Провежда необходимата психологическа подготовка на пациента, като го уведомява за деня и часа на извършване на предстоящата оперативна интервенция;
2. Подготвя оперативното поле за оперативната интервенция;
3. Подготвя се стомашно-чревният тракт, като се извършва двукратна очистителна клизма (в 22 часа преди деня на операцията и в 6 часа преди самата операция), а в деня на операцията пациентът да е „гладен и жаден“;
4. Подготвя документацията за операционната;
5. Провежда назначената индивидуална анестезиологична премедикация според назначението на лекар;
6. Придружава пациента до операционната зала с необходимата медицинска документация и го предава на операционния екип.

III. Специфични сестрински дейности при ортопедично-хирургични пациенти с травма или заболяване на долен крайник

в следоперативен период (продължителност от 4 до 7 дни)

*(*Някои дейности се извършват съвместно с друг медицински специалист, като медицинската сестра координира и следи за организиране на дейностите между тях)*

1. Подготвя хирургично-ортопедичното легло и необходимата медицинска апаратура за пациента след операцията;
2. Приема пациента от операционната зала и го поставя на леглото в необходимото положение (пример: на гръб с поставен валяк между бедрата за поддържане на абдукторна позиция на оперирания крайник при артропластика на ТБС);
3. Проследява състоянието на пациента и отбелязва в медицинската документация – реанимационен лист, диуреза, състояние на дренажите, състояние на катетъра, състояние на превръзката, общо състояние;

4. Провежда медицинската терапия, включваща допълнително обезболяващи медикаменти, антикоагуланти, антибиотици и др.;
5. Отговаря за храненето след преживяната анестезия и оперативна интервенция;
6. Наблюдава състоянието на оперативната рана (наличие на кръвене, супурация и др.);
7. Поставя стерилна превръзка и индивидуална ортеза на оперирания крайник;
8. Провежда дихателна гимнастика и лечение чрез положение за предотвратяване на застойни явления и усложнения (Krastanova, 2015);
9. Грижи се за поддържане личната хигиена на пациента, вкл. след уриниране и дефекация;
10. Грижи се за профилактика на декубитални рани, на вътреболнични инфекции, усложнения от страна на оперативната рана, застойни явления от страна на белодробната и сърдечно-съдовата система;
11. Грижи се за психо-емоционалното състояние на пациента – разговори, внимание, позитивно отношение;
12. Координира и организира назначаването и провеждането на рехабилитационните процедури от специалист – *рехабилитатор, включващи активна и пасивна кинезитерапия, етапно вертикализиране на пациента и обучение в ходене с помощни средства* (Drumev, Vacheva, Petkova 2023);
13. Провежда обучение за подпомагане на извършването на дейности от ежедневието при нарушена или затруднена локомоторна дейност в резултат на травма или заболяване на долен крайник и проведена хирургична интервенция (Teneva, 2021);
14. Подготвя пациента за дехоспитализация; оформя необходимата медицинска документация;
15. Изготвя индивидуален план за грижи съобразно определения следболничен режим;

16. Обучава близките на пациента за реализиране на индивидуалния план за грижи – комуникира с близките му и дава указания за грижа за оперативната рана, превръзки, премахване на конците, медикаментозна терапия, контролни прегледи и др.

IV. Специфични сестрински дейности, стимулиращи двигателната активност при ортопедично-хирургични пациенти с травма или заболяване на долен крайник

*(*Някои дейности се извършват съвместно с друг медицински специалист, като медицинската сестра координира и следи за организиране на дейностите между тях)*

A. Сестрински дейности по време на дневна смяна на дежурната медицинска сестра

1. Сутрешен тоалет на пациента – подпомагане и насърчаване за самостоятелно извършване;
2. Закуска на пациента, препоръчително от изходно положение седеж;
3. Подготовка на пациента за сутрешна визитация, по възможност самостоятелно;
4. Подготовка и извършване на назначената сутрешна медикаментозна терапия на пациента (за таблетните форми препоръчително от изходно положение седеж);
5. Извършване на назначена инфузионна терапия;
6. Стерилна превръзка;
7. Сваляне на катетър (при назначение);
8. Сваляне на дренаж (при назначение);
9. Кинезитерапия, проведена на пациента от рехабилитатор;
10. Подпомагане и насърчаване за самостоятелно ходене до санитарните помещения (WC);
11. Подпомагане при хранене на обяд на пациента (препоръчително от изходно положение седеж);

12. Осигуряване на свободно време и следобедна почивка;
13. Осигуряване на свиждания на пациентите, препоръчително от изходно положение седеж и вертикализиране;
14. Измерване и проследяване на телесната температура;
15. Прилагане на вечерната медикаментозна терапия на пациента, препоръчително от изходно положение седеж;
16. Подготовка и извършване на назначена инфузионна терапия;
17. Вечеря на пациентите;
18. Осигуряване на свободно време и вечерна почивка;
19. Насърчаване за самостоятелно ходене до санитарните помещения (WC) под контрол на сестра или санитар.

**Б. Сестрински дейности по време на нощна смяна
на дежурната медицинска сестра**

1. Подпомагане и насърчаване за самостоятелно извършване на вечерен тоалет на пациента;
2. Подготовка за вечерна визитация, по възможност самостоятелно;
3. Провеждане на вечерна визитация;
4. Обезболяване на пациента при нужда;
5. Следене на общото състояние на пациента;
6. Вземане на кръв за ПКК;
7. Измерване на сутрешна телесна температура;
8. Измерване на диуреза;
9. Подпомагане и насърчаване за самостоятелна подготовка на пациента за сутрешен тоалет.

Заклучение

Хирургичните грижи са специфична област от здравните грижи, които са свързани с много сериозни отговорности на медицинската сестра, като се изисква професионална квалификация за наблюдение и на общото състояние на

пациента. Професионалистите по здравни грижи от всяко едно направление извършват общомедицински и специфични дейности съобразно медицински стандарти. Тяхната дейност е пряко свързана и специализирана със структурата на звеното и потока на пациенти, ползващи съответните услуги. Всяка дейност, изпълнявана от медицинските сестри, е съобразена с техните компетенции, квалификация и опит.

При травма или заболяване на долен крайник и проведена хирургична интервенция се затруднява походката на пациента и е необходим продължителен период от време, изискващ използване на помощни средства при ходене. С цел постигане на по-бързо и пълноценно функционално възстановяване след травматично състояние на долен крайник е необходимо задълбочено изследване на резултатите от проведена екипна дейност, която да ускорява възстановяването на локомоторните възможности на пациентите. Една от тези дейности е предложеният Стандартизиран план за сестрински грижи при травматично-ортопедични хирургични пациенти, стимулиращ двигателната активност за подобряване на самообслужването и извършване на ежедневни битови и трудови дейности.

Бележки

1. КП № 217.1 Оперативни процедури с голям обем и сложност на таза и долния крайник.
2. КП № 218 Оперативни процедури с алопластика на тазобедрена и колянна става.
3. КП № 219 Оперативни процедури на таза и долния крайник със среден обем и сложност.
4. КП № 159 Артроскопски процедури в областта на скелетно-мускулната система (на коляно и на глезен)
5. АПр № 23 Малки оперативни процедури на таза и долния крайник (*АПр – Амбулаторна процедура)

Литература

- Balaburova, M. (2021). Upravlennie na zdravnite grizhi pri patsienti prezhivevi ishemichen mozachen insult v Bulgaria. Disertatsionen trud. [In Bulgarian]
- Bisset A., M. Hondrodinou, P. Mincheva. (2018). Application of functional assessment of ADL in neurorehabilitation. *Proceedings Of University Of Ruse*, Volume 57, Book 8.4., 23- 26.
- Boman, E., Dowie-Baker, J.-A., & Fish, P. (2019). Orthopaedic nurses' engagement in clinical research: An exploration of ideas, facilitators, and challenges. *International Journal of Orthopaedic Trauma Nursing*, 35, 100699. <https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2019.04.002>, Accessed August 18,

2025.

Camal Sanchez, C. A. (2018). Current status of fellowship programs for advanced practice registered nurses in the nurse practitioner role. *Nurse Educator*, 43(1), 42–44. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000392>, Accessed August 18, 2025.

Draganova, M. (2006). Kachestvo na zdravni grizhi, sestrinski protses i sestrinska dokumentatsia. *Zdravni grizhi*, God. IV, (1):27-29. [In Bulgarian]

Draganova, M., Saleva, M. (2022). Skalite za otsenka kato sredstvo za sabirane na obektivni dannii za pazienta v sestrinskata praktika. *Sbornik-dokladi ot XVI Natsionalen forum po zdravni grizhi „Zdravnite spetsialisti – klyuch kam po-dobro obshtestveno zdrave“*. 21-22 Oktomvri 2022, Shumen.

Grancharova, G., Draganova, M. (2022). *Osnovi na upravlението na zdravните grizhi s modul „Zdravni proekti“*. Izd. Steno-Varna. [In Bulgarian]

Drumev, A. Vacheva, D. (2025). Researching the recovery of locomotor activity after traumatic conditions of the lower limb. *Journal of Biomedical & Clinical Research*. 2025, 18(1):33-46. [In Bulgarian]

Drumev, A., Vacheva, D., Petkova, I. (2023). Obuchenie v hodene s pomoshtno sredstva – riskove i sigurnost za patsienta. *Strategii na obrazovaniето i nauchnata politika*. Tom. XXXI (5s): 122-131. [In Bulgarian]

Hande, K., & Jackson, H. (2024). Navigating the pathway to advanced practice: A grounded theory of nurse practitioner role transition in a fellowship. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 36(4), 221–232. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000001000>, Accessed August 18, 2025.

Krastanova, (2016). Kompleksen terapevtichen i rehabilitatsionen podhod pri patsienti s artroplastika na tazobedrena stava. *ITs na MU – Pleven*, 2016. [In Bulgarian]

Krasteva, N. (2006). Sestrinski grizhi – teorii i kontseptsii. *Glava IV, Sestrinska diagnoza*, Plovdiv: MU – Plovdiv, 105-128. [In Bulgarian]

Lv, H., & Yang, N. (2021). Clinical effect of application of nursing concept of rehabilitation surgery for improvement of quality of postoperative recovery in orthopedics. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 16(1), 471. <https://doi.org/10.1186/s13018-021-02610-3>, Accessed August 18, 2025.

Markova, S. (2006). Natsionalna zdravna strategia na sestrinstvoto, *Zdravni grizhi*, tom IV, (2):4-7. [In Bulgarian]

Markova, S., Stambolova, I., Chaneva, G. (2006). Avtonomnost i otgovornosti v sestrinskata praktika. *Sestrinsko delo*, (2):8-12. [In Bulgarian]

Mircheva, I. (2001). *Medicsinska informatika*. Varna: MU, 244. [In Bulgarian]

Taneva, N., Paskaleva, R. (2021). Kineziterapia v kasen vazstanovitelen period pri mekotakanni uvredi na kolennia kompleks. *Upravlениe i obrazovanie*, Tom 17 (1):182-188. [In Bulgarian]

Raynova, A., Bikova, P. (2014). Potrebnostite na patsienta po V. Henderson – klyuchov segment v sestrinskia protses. *Vtora natsionalna studentska sesia, MU – Pleven, fakultet „Zdravni grizhi“*, 27.03.2014 – 28.03.2014 g., Rezyumeta, 94-95. [In Bulgarian]

Stambolova, I. i kol. (2004). Sestrinska dokumentatsia – traditsionna praktika i badeshte na sestrinskoto dosie. *Zdravni grizhi*, god. II, (4):20-24. [In Bulgarian]

✉ **Ас. Виолета Мариусова Йолова**

Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

Плевен, ул. „Климент Охридски“, №1

e-mail: yolovavioleta@gmail.com

Гл. ас. Милена Колева Сълева, д.оз.

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии” Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве”
e-mail: milena.saleva@mu-pleven.bg

Проф. Макрета Тодорова Драганова, д.м.

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии” Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве”
e-mail: makreta_99@yahoo.com

Доц. Данелина Емилова Вачева, д.м.

Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве”
Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт”
Плевен, ул. „Климент Охридски”, №1
e-mail: danelina@abv.bg

НИВО НА ИНФОРМИРАНост НА ПАЦИЕНТИТЕ С ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ ОТНОСНО СЪЩНОСТТА НА ЗАБОЛЯВАНЕТО ИМ

Ц. Петкова¹, Е. Димитрова¹, М. Драганова²

¹Медицински университет - Плевен, Факултет Здравни грижи, катедра „Сестрински
терапевтични грижи”

²Медицински университет - Плевен, Факултет Обществено здраве, катедра „Управление на
здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии”

LEVEL OF AWARENESS OF PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE REGARDING THE ESSENCE OF THEIR DISEASE

Ts. Petkova¹, E. Dimitrova¹, M. Draganova²

Medical University - Pleven, Faculty of Health Care, Department of Nursing and Therapeutic Care

Medical University - Pleven, Faculty of Public Health, Department of Health Care Management,
Medical Ethics and Information Technologies

ABSTRACT: *Understanding chronic obstructive pulmonary disease (COPD), its risk factors, symptoms, complications, and prevention strategies is of utmost importance for patients. This knowledge allows them to better control their condition, leading to prolonged survival and improved quality of life. The anonymous survey was conducted between November 2022 and April 2023. Awareness of the disease: 46.67% of participants (n=35) reported being only partially familiar with the nature of their condition. Sources of information: 84.13% of respondents (n=63) stated that they had received their initial information about COPD from their treating pulmonologist. Exacerbations: 74.67% (n=56) reported having experienced an exacerbation, which corresponds to the high proportion of patients with more than 3–4 hospitalizations. Lack of knowledge during crisis: 69.33% (n=52) did not know how to respond in the event of an exacerbation, indicating insufficient awareness and an inability to reduce the risk of adverse events.*

These findings highlight the need for systematic patient education and counseling to ensure they are better prepared to manage their condition and prevent future complications.

Keywords: COPD, awareness, patients

Хроничната обструктивна белодробна болест (ХОББ) е възпалително белодробно заболяване, придружено с остри екзацербации и хронични симптоми, които водят до чести хоспитализации и понижено качество на

живот. Познаването на болестта, свързаните с нея рискови фактори, симптоми и усложнения, както и начина за предотвратяването им е от изключителна важност за пациентите. Това им позволява да контролират заболяването си, като по този начин удължават и подобряват качеството си на живот (GOLD, 2023).

У нас специалистите смятат, че честотата на ХОББ е значително над средната за Европа и обхваща над 10% от населението над 40-годишна възраст. Причината за това е масовото разпространение на тютюнопушенето в България (Toncheva & Pavlova, 2010). Тя е във възход като една от петте „най-убийствени“ болести (WHO, 2020).

В момента ХОББ остава нелечимо заболяване, а съответният процес на лечение – включващ мерки като многократна хоспитализация – води до високи икономически разходи за страните (Bjerner 2014). Разходите за хоспитализация представляват приблизително 70% от свързаните с ХОББ преки медицински разходи, които в световен мащаб кумулативно надхвърлят 18 милиарда щатски долара (Lavorini & Corbetta, 2008). По този начин прилагането на ефективно управление на заболяването при пациенти с ХОББ става все по-важно.

Цел

Да се установи нивото на информираност на пациентите с хронична обструктивна белодробна болест относно същността на заболяването им и нуждата от допълнително обучение.

Материали и методи

Социологически методи:

- Документален метод – проучена е достъпната литература по проблема;
- Анкетен метод

✓ проведено е анонимно анкетно проучване, обхващащо 75 хоспитализирани пациенти с ХОББ в 2 лечебни заведения на гр. Плевен;

✓ проведено е анонимно анкетно проучване с 13 медицински сестри, работещи в лечебни заведения, в които е проведено изследването;

✓ проведено е анонимно анкетно проучване с 8 от лекарите – пулмолози в лечебните заведения, където е проведено проучването.

Статистически методи:

Получените данни са обработени с програмни продукти MS Office Excel, SPSS Statistics Version 20.

Резултати и обсъждане

Анонимното анкетно проучване е проведено в периода м. ноември 2022 г. – м. март 2024 г. в Клиниката по пневмология и фтизиатрия „Проф. Стефан Тодоров“ и ДКБ по пулмология в УМБАЛ – Плевен. За целите на изследването е разработена оригинална анкетна карта, съдържаща 24 затворени и 2 отворени въпроса. Обхванати са 75 хоспитализирани пациенти с ХОББ.

Табл. 1. Характеристика на изследваните пациенти по възраст, пол, населено място, образование и социално положение.

Характеристика	n= 75	Относителен дял (%)
Възраст		
51 – 60 г.	19	25,33
61 – 70 г.	32	42,67
Над 70 г.	24	32
Град Плевен	36	48
Малък град	17	22,67
Село	22	29,33

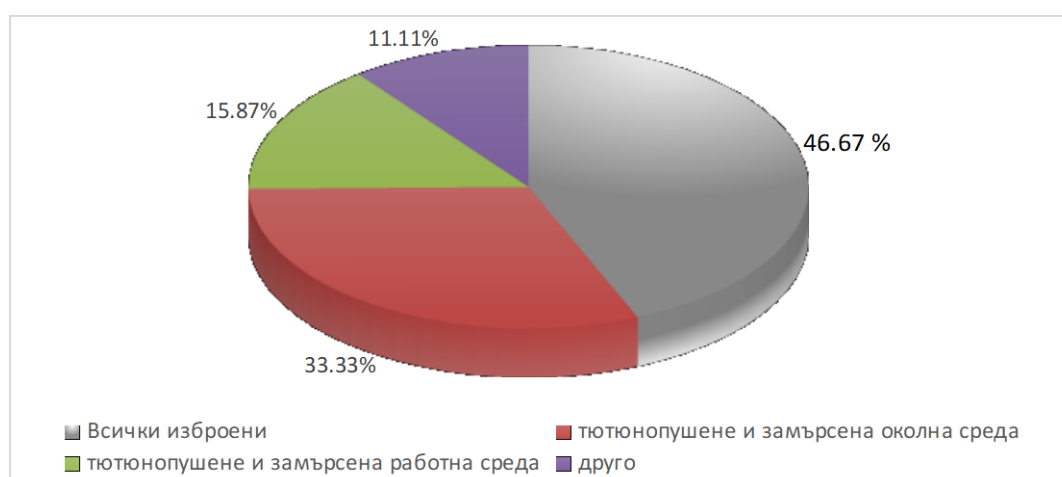
Висше	39	52
Средно	32	42,67
Основно	4	5,33
Омъжена/женен	43	57,33
Неомъжена/неженен	4	5,33
Разведен/а	6	8
Вдовец/вдовица	22	29,33
Мъж	44	58,67
Жена	31	41,33

Резултатите показват, че преобладават пациентите на възраст над 60 години (n=56; 74,67%), по-малък е делът на пациентите във възрастовата група 51 – 60 години (n=19; 25,33%). В по-младите възрастови групи засега не са установени участници в провежданото проучване. Разпределението по пол показва превес на мъжете – 44 (58,67%), както бе установено и от проучването на достъпната литература. В зависимост от населеното място преобладават пациентите от град Плевен – 36 (48%) и от по-малките градове – 17 (22,67%), малка част от пациентите живеят и в селата 22 (29,33%). Този факт може да се обясни с процеса на демографска криза, който протича в нашата страна през последните десетилетия (Табл. 1).

Броят на пациентите, хоспитализирани поради обостряне на заболяването в периода до 6 месеца след предишната хоспитализация, е 51 (68%), като на 54 (72%) от тях им се налага да постъпват повече от 3 пъти в годината за лечение. Това говори за недобър контрол на заболяването и неправилно провеждане на медикаментозното лечение в домашни условия.

От съществено значение за пациентите с ХОББ е да познават рисковите фактори, свързани със заболяването, които влошават качеството им на живот и водят до честите екзацербации и нуждата от хоспитализация.

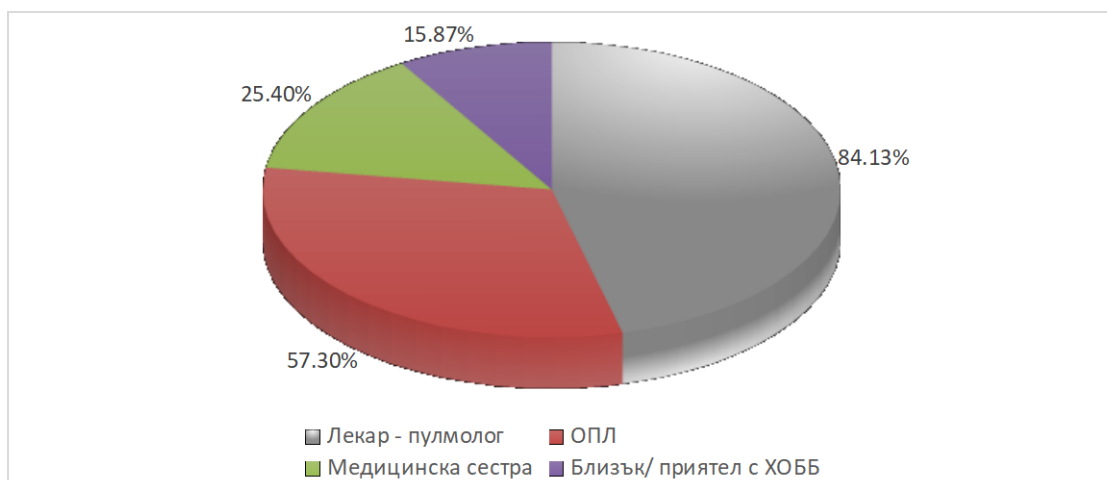
На фиг. 1 е представено разпределение на пациентите според информираността им за рисковите фактори, оказващи влияние върху хода на заболяването им.



Фиг. 1. Информираност на пациентите относно рисковите фактори свързани със заболяването ХОББ.

Установява се, че значителна част $n=35$ (46, 67%) от респондентите са запознати отчасти с факторите, които биха оказали неблагоприятно въздействие върху заболяването им. Някои от анкетираните пациенти ($n=7$, 11,11%) са дали и отговори извън изброените, в графа „друго“ като: самолечение, излагане на студ, нередовен прием на лекарства и др.

Заедно с рисковите фактори пациентите с ХОББ трябва да бъдат запознати и със спецификата на заболяването. С навлизането в дигиталната ера хората имат достъп до огромен обем информация, която в повечето случаи остава недоразбрана или е недостоверна. Важно да бъде получена от специалист, за да е пълна и да е представена по достъпен начин (фиг. 2).



Фиг. 2. Разпределение на респондентите според източника на информация, свързана със спецификата на заболяването.

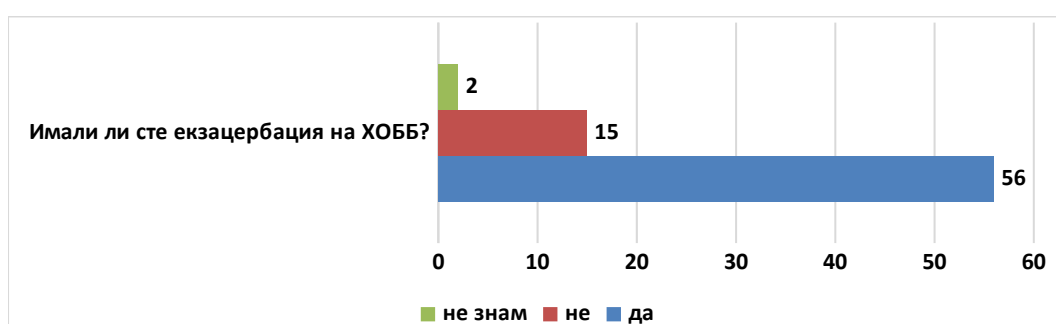
Голяма част от пациентите споделят ($n=63$; 84,13%), че са получили първична информация относно заболяването си от лекуващия ги пулмолог, което доказва, че тя е достоверна и поднесена по правилния начин. Тревожен е фактът, че 12 (15,87 %) от анкетираните са получили информация относно заболяването си от близък с ХОББ. Този факт говори за пропуски в системата при обгрижване на пациентите и е възможност за оптимизирането ѝ.

За пациентите с хронични заболявания и в частност за тези с ХОББ е важно поддържането на здравословен начин на живот. Правилният хранителен и двигателен живот води до подобряване на състоянието и намалява риска от екзацербации.

Установява се, че малко над половината респонденти ($n=42$, 56%) са запознати с хранителния и двигателен режим, който трябва да спазват с оглед запазване и подобряване на състоянието си. По-тревожен е фактът, че голяма част от пациентите не са запознати или изобщо не са чували за белодробна рехабилитация ($n=53$, 70,67%). Белодробната рехабилитация е програма, предназначена за хора с хронични белодробни заболявания. Основната ѝ цел е да им даде възможност да постигнат и поддържат своето максимално ниво на независимост и функциониране. Най-успешните програми за рехабилитация са

тези, при които услугите се предоставят от физиотерапевт, медицинска сестра, лекар, психолог или социален работник и диетолог, работещи като екип (5).

Причината за възникването на остра екзацербация обикновено е неизвестна, въпреки че някои обостряния са резултат от бактериални или вирусни инфекции. Тютюнопушенето, дразнещата инхалационна експозиция и високите нива на замърсяване на въздуха също допринасят за тези състояния. Наличието на чести екзацербации говори за лош контрол на заболяването (Фиг.3).



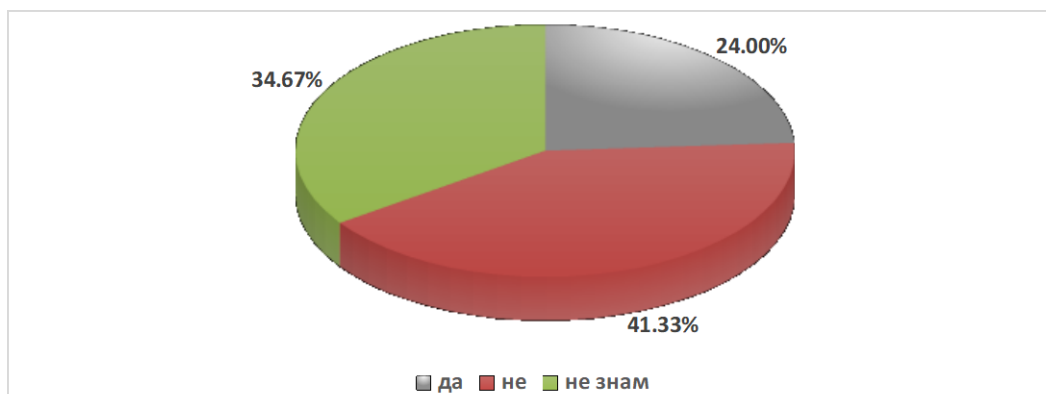
Фиг. 3 Относителен дял на пациентите с ХОББ, получили екзацербации.

Вижда се, че дялът на респондентите, който са имали екзацербация на ХОББ, е много голям – 74,67% (n=56). Това кореспондира с големия процент на пациентите с повече от 3 или 4 хоспитализации.

Много голям е и дялът на пациентите, който не знаят как да се справят в такава ситуация – 69,33% (n=52). Това свидетелства за недостатъчна информираност, както и за невъзможност на пациентите да реагират адекватно и да намалят риска от инциденти. И двата получени резултата се потвърждават от мнението на анкетираните пулмолози и работещите в клиниката медицински сестри.

Много често пациентите с ХОББ се нуждаят от грижите на семейството или роднини за приема на медикаменти, извършване на хигиенни и физиологични нужди, както и за всичко, свързано с ежедневните дейности. Необходимо е лицата, които осъществяват тази грижа, да са запознати с някои специфики на заболяването, приема на лекарства и инхалаторни средства,

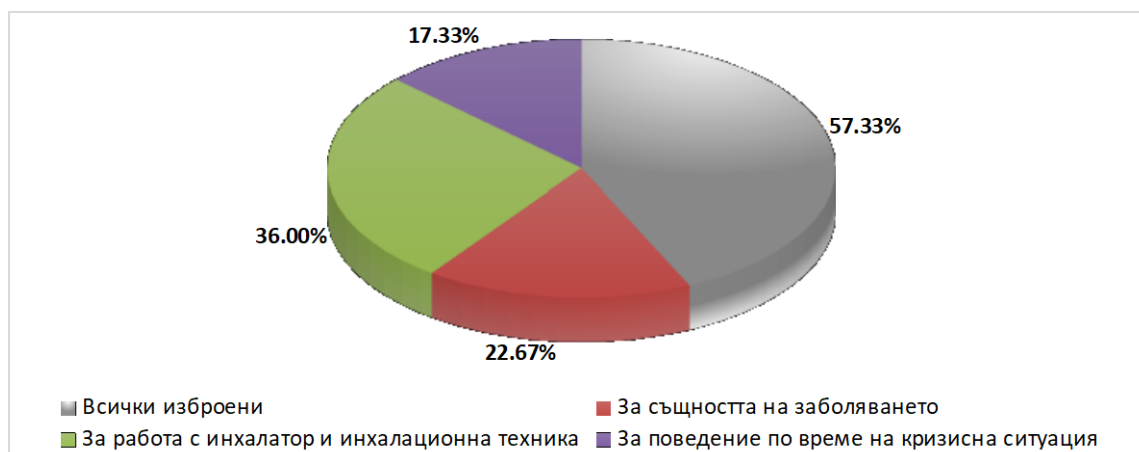
двигателен и хранителен режим и начини за оказване на помощ при необходимост (Фиг.4).



Фиг. 4 Информираност на близките на пациентите относно рисковите фактори и спецификите на заболяването.

Вижда се, че 76% (n=57) от анкетираните пациенти съобщават, че близките им не са запознати със спецификата на заболяването, начините за справяне с кризисни ситуации и възможностите за ограничаване на рисковите фактори, водещи до подобряване на състоянието им.

Голяма част – 77,33 % (n=58) от изследваните лица, споделят, че се нуждаят от допълнителна информация за същността на заболяването им, а конкретиката ѝ е представена на фиг. 5.



Фиг. 5 Мнение на пациентите относно вида на желаната допълнителна информация, свързана със заболяването им.

Най-голям е делът на респондентите (57,33%, n=43), желаещи да получат информация относно всичко, свързано със заболяването им. Останалите пациенти желаят да получат информация за работата с инхалаторни средства и

правилна инхалаторна техника – $n=27$ (36%), за същността на заболяването – $n=17$ (22,67 %) и за поведението по време на криза – $n=13$ (17,33%).

Като най-предпочитан източник на информация (за заболяването ХОББ, използването на инхалаторни средства и правилна инхалаторна техника, начин на живот, свързан със заболяването и т.н.) пациентите избират лекуващия ги лекар – пулмолог – $n=38$ (50,67 %) и ОПЛ – $n=18$ (24 %), а останалите са предпочели използването на брошура – $n=12$ (16%) и интернет – $n=7$ (9,33%). Получените резултати се потвърждават и от мнението на анкетираниите лекари – пулмолози и работещите с тях медицински сестри.

Няма претенции за изчерпателност на проучването, тъй като броят на пациентите е 75 и са само хоспитализирани болни. Това не означава, че резултатите не са релевантни.

От казаното дотук могат да се направят следните **изводи**:

1. Установява се, че значителна част от респондентите – $n=35$ (46, 67 %), са запознати отчасти с факторите, които биха оказали неблагоприятно въздействие върху заболяването им.
2. Голяма част от пациентите – $n=63$ (84,13%), споделят, че са получили първична информация относно заболяването си от лекуващия ги пулмолог, което доказва, че тя е достоверна и поднесена по правилния начин.
3. Особено голям е делът на пациентите, които не знаят как да се справят в кризисна ситуация – $n=52$ (69,33 %), което свидетелства за недостатъчна информираност, както и невъзможност на пациентите да реагират адекватно и да намалят риска от инциденти.

Заклучение

В заключение може да се каже, че нивото на информираност на участващите в проучването пациенти е задоволително, но се установяват възможности за оптимизиране на първоначалното им обучение. Категорично бе

установена необходимостта от поддържащо обучение с цел разширяване на знанията на пациентите за:

- същността на заболяването;
- начина на живот, който трябва да спазват;
- справяне с кризисни ситуации;
- правилно прилагане на инхалаторна техника;
- индивидуалните нужди на всеки пациент.

Положително ще повлияе в този процес на обучение да се включат и членовете на семейството на болните с ХОББ.

Благодарности

Изказваме признание за подкрепата на вътрешен проект № D1-2025 на Медицински Университет – Плевен.

Литература

- Bjermer, L. (2014). The Importance of Continuity in Inhaler Device Choice for Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Respiration*, 88, 346–352.
- Chapman, K.R., Voshaar, T.H. & Virchow, J.C. (2005). Inhaler choice in primary care. *European Respiratory Review*, 14, 117–122.
- Flume, P.A., O’Sullivan, B.P., Robinson, K.A. et al. (2007). Cystic fibrosis pulmonary guidelines: chronic medications for maintenance of lung health. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 176, 957–969.
- GINA – Global Initiative for Asthma. (2006). *GINA report. Global strategy for asthma management and prevention*. Bethesda: National Heart Lung and Blood Institute, National Institutes of Health.
- GOLD – Global Initiative for Obstructive Lung Disease. (2009). *GOLD report. Global strategy for diagnosis, management and prevention of COPD*. Bethesda: National Heart Lung and Blood Institute, National Institutes of Health.
- Heijerman, H., Westerman, E., Conway, S. et al. (2009). Inhaled medication and inhalation devices for lung disease in patients with cystic fibrosis: a European consensus. *Journal of Cystic Fibrosis*, 8, 295–315.
- Laube, B.L., Janssens, H.M., de Jongh, F.H.C. et al. (2011). ERS/ISAM Task Force: Inhalation Therapies. *European Respiratory Journal*, 37, 1308–1331.
- Lavorini, F. & Corbetta, L. (2008). Achieving asthma control: the key role of inhalers. *Breathe*, 5(2), December.
- Grancharova, G., S. Aleksandrova-Yankulovska, Osnovi na sotsialnata meditsina, Steno, 2021 g., 268 ; ISBN: 9786192411527;
- Pavlov P. i satr. Novi epidemiologichni dannii za HOBB v Plevenski region Torakalna meditsina Tom IV avgust 2012, br 2, 44 – 50.
- Toncheva S., Borisova, Promotsiyata na zdrave – predizvikatelstvo pred zdravnite profesionalisti , conf.uni-ruse.bg/bg/docs/cp12/8.3/8.3-2.pdf

Toncheva S, Pavlova S. Zdravno obuchenie na patsientite – funktsia na meditsinskata sestra. Zdravni grizhi. 2010, 8(1), 6-10.

Toncheva S, Prinovat na meditsinskata sestra za pokachestveno zdravno obuchenie na patsientite. Zdravna iekonomika i menidzhmant. 2004, 14 (2), 32-37.

Yanev N, Ivanov Ya. Prodolzhitelno prosledyavane na bolni s HOBB. Torakalna meditsina 2016;8(1):28-43.

✉ **Цветина Петкова**

Медицински университет – Плевен

Факултет „Здравни грижи“

Катедра „Сестрински терапевтични грижи“

Гр. Плевен, ул. „Свети Климент Охридски“ № 1

e-mai: petkova.cvetina@gmail.com

ВЛИЯНИЕ НА КОМУНИКАЦИЯТА ЛЕКАР-ПАЦИЕНТ ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

В. Недкова-Миланова¹, Н. Коларова-Янева²

¹Катедра” Обща медицина, съдебна медицина и деонтология”, Факултет”Обществено
здраве”, МУ-Плевен

²Медицински колеж, МУ-Плевен

THE INFLUENCE OF DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION ON THE QUALITY OF HEALTHCARE IN GENERAL PRACTICE

V. Nedkova-Milanova¹, N. Kolarova-Yaneva²

¹Department of General Medicine, Faculty of Public Health, Medical University-Pleven, Bulgaria

²Medical College, Medical University –Pleven, Bulgaria

ABSTRACT: *Effective doctor-patient communication in general practice ensures good working relationships and increased patient satisfaction. It can improve patient understanding of treatment, adherence to prescriptions and improve therapeutic outcomes. The aim of this review was to establish the relationship between good doctor-patient communication and its impact on the quality of healthcare in general practice. Material and methods:* A literature review from medical databases – PubMed, Scopus, Google Scholar was presented. **Results:** The 24 articles reviewed for the period 2014 - 2024 showed that trust and communication were positively related to patient satisfaction and the quality of medical services. Good communication created an opportunity to build trust, which contributes to the provision of good healthcare by the doctor. Frequent meetings with the patient, active listening and empathy can improve the communication process and help build trust. Shared decision-making was a prerequisite for partnership relationships and was more likely for the patient to complete the prescribed treatment. **Conclusion:** The use of effective communication skills and the building of trust between the doctor and the patient is associated with better treatment, better health outcomes, and better quality of medical services in general practice.

Keywords: doctor-patient communication, health care, satisfaction in general practice

Въведение

Ефективната комуникация лекар-пациент е в основата на изграждане на терапевтична връзка и влияе върху качеството на здравни грижи в общата медицинска практика (ОМП). В ежедневната си дейност семейният лекар е постоянно в процес на общуване и трябва да умее да направлява и прогнозира неговия изход. Общуването е средство, подпомагащо не само правилната диагностика, но и цялостното лечебно въздействие на лекаря – не само и не толкова върху болестта, колкото върху личността на пациента (Allen J. et al., 2023; Azimzadeh S. et al., 2024).

Комуникативните умения са неразделна част от добрата медицинска практика. Доброто общуване е важно за изграждане на професионални взаимоотношения между пациента и неговия лекар. Добрата комуникация в общата медицинска практика може да подобри разбирането на пациента за лечението, спазването на предписанията и терапевтичните резултати. Общопрактикуващите/семейните лекари трябва да имат добри комуникативни умения, което е от решаващо значение за предоставяне на висококачествена медицинска грижа (Pereira Gray D. et al., 2016; Olaisen R.H. et al., 2020). Умелата комуникация помага на лекарите да установят добри работни взаимоотношения, да събират и споделят важна информация и да работят ефективно с пациента, членовете на семейството му и обществеността. Личният лекар оказва важна роля за дългосрочното здраве както на своите пациенти, така и на техните семейства. На Фигура 1 е представена схема на модела във взаимоотношенията лекар-пациент.



Фиг. 1. Комуникация лекар – пациент в медицинската практика.

На Фигура 2 са систематизирани факторите, които оказват влияние върху ефективността на медицинския преглед (Goranov M. et al., 2001; Tacheva V,

2014). Важно значение от страна на пациента имат неговата личност и сътрудничество, а от страна на лекаря – личностовите му особености, компетентност и удовлетвореност от професията. Не е без значение и разстоянието между лекаря и пациента, удобното разположение на пациента, както и подходящото аранжиране на местата за разговор в лекарския кабинет.

**Фактори от страна
на пациента**

- Особености на личността на пациента
- Сътрудничество на пациента
- Заболяването на пациента

**Фактори от страна
на лекаря**

- Личностови особености на лекаря
- Компетентност
- Удовлетвореност от работата

**Фактори, свързани
с обстановката**

- Разстояние
- Удобство
- Спокойна атмосфера

Фиг. 2. Фактори, влияещи върху общуването лекар – пациент в общата медицинска практика (ОМП).

Цел

Целта на настоящия обзор е да се установи връзката между добрата комуникация лекар-пациент и влиянието ѝ върху качеството на здравните грижи в общата медицинска практика.

Материали и методи

Представена е литературна справка от медицински база данни – PubMed, Scopus, Google Scholar за периода 2014 – 2024 г., като бяха използвани ключови думи „комуникация лекар-пациент“, „обща медицинска практика“, „влияние общуване“ в българската и английската литература. Приложен е документален

метод чрез изследване на литературни източници, имащи отношение по разглежданата тема.

Статиите бяха разделени в три категории за обсъждане: изучаващи доверието и комуникацията, изучаващи удовлетвореността на пациента, изучаващи качеството на здравни грижи. За събиране на информация в голяма част от проучванията беше използван анкетен метод, пряко стандартно интервю или смесен метод с прилагане на полуструктурирани въпросници, включващи отворени и затворени въпроси.

Критерии за включване в проучването:

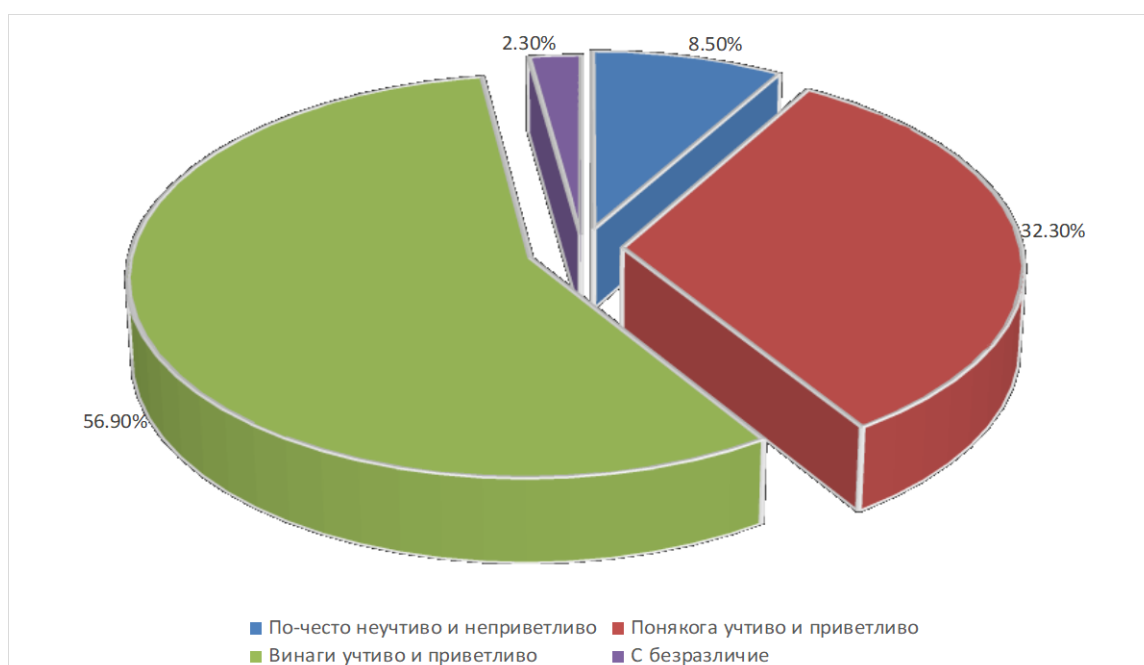
- Изследване на ефекта от взаимодействието между пола и възрастта на лекаря и пациента;
- Изследване на начина на комуникация (вербален или невербален) и въздействието му върху лекаря и пациента;
- Използване на валидиран и надежден инструмент за измерване на комуникативните умения и проучване на тестове за надеждност и валидност.

Резултати и обсъждане

От прегледаните статии 24 отговаряха на критериите за включване в проучването. Проучванията бяха проведени в САЩ, Обединеното кралство, Дания, Австралия, Португалия, Гърция, Литва, България, Япония, Турция, Бангладеш, Иран.

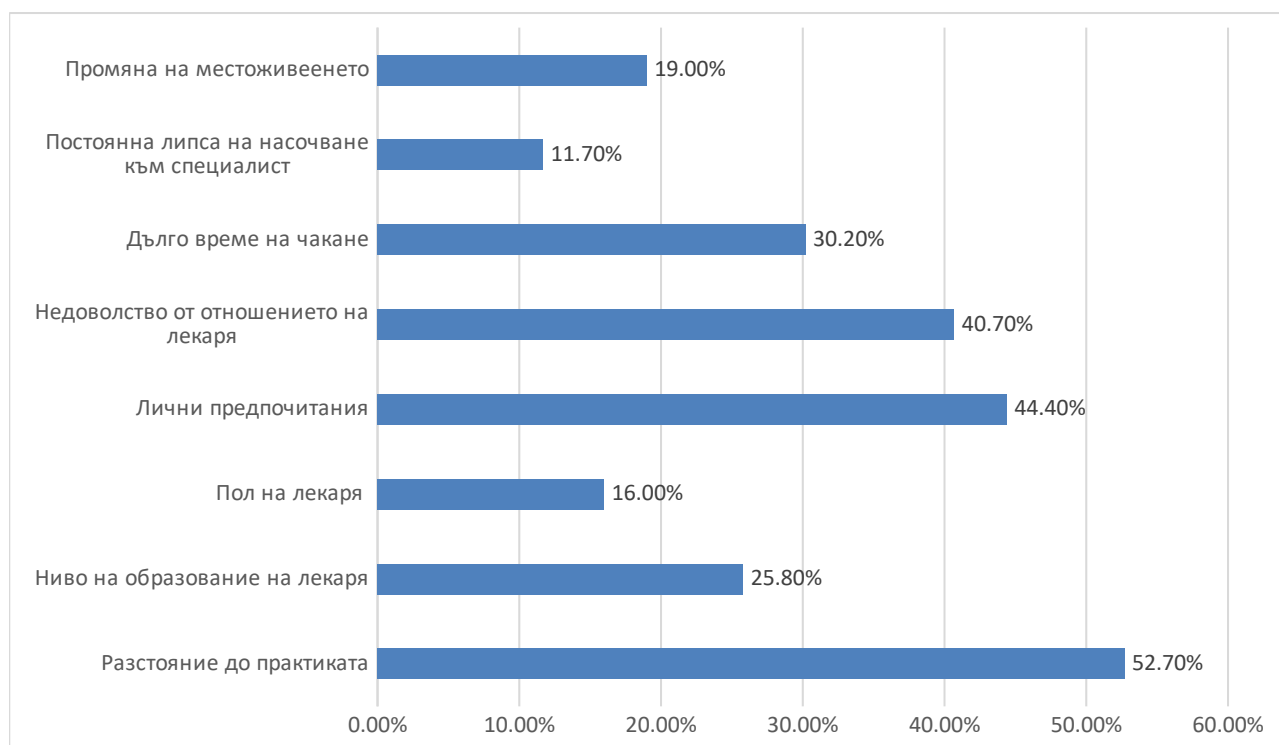
Установихме, че удовлетвореността на пациентите се влияе от множество фактори (Empel G. et al., 2023), някои от които, свързани с комуникацията, могат да бъдат подобрени, за да се предложи по-добро здравно обслужване на пациента. Подобреното обслужване в дадена практика оказва влияние върху избора на семеен лекар. Резултатите от различни публикации, включени в нашия обзорец преглед, показва, че зрителният контакт, подходящата поза и изслушването на пациента са част от невербалните комуникативни умения,

оказващи влияние върху контакта с пациента (Ivanova N. et al., 2014). Резултатите от медицинската консултация и по-нататъшния ѝ ход зависят от посрещането на пациента още на вратата. Многократно правени изследвания установяват зависимост между усещането на пациента за приятелско и добронамерено отношение от страна на лекаря и ефективността на консултацията, която се измерва и чрез удовлетвореността на пациента от нея. Множество проучвания доказват, че неподходящото посрещане на пациента оказва отрицателно влияние на взаимоотношенията лекар-пациент и резултатите от медицинската консултация (Фигура 3).



Фиг. 3. Удовлетвореност на пациентите от начина на посрещане от ОПЛ, докладвани от публикации, включени в нашия обзорен преглед.

В няколко проучвания са посочени честите причини, които водят до смяна на личния лекар (Topak N.Y. и Demirci H., 2019; Prazeres F. и Passos L., 2020; Vasileva B.I. и Karcheva M.D., 2021). Анализът на включените в проучването ни публикации показва, че това са личните предпочитания на пациента и семейството му, личностните особености на лекаря, достъпността до лекаря и разстоянието до практиката (Фигура 4). Улесненият достъп до здравни заведения и до личния лекар е свързан с по-добри здравни резултати.



Фигура 4. Чести причини за смяна на личния лекар, докладвани от публикации, включени в нашия обзорец преглед.

Проучване на Торак N.Y. и Demirci H., 2019 г. установи, че честа причина за смяна на личния лекар са някои предпочитания към него. Социално-демографските фактори, които се считат за важни, са полът и възрастта на лекаря. Хората са склонни да предпочитат лекари, които са на същата възраст и пол като самите тях. В настоящото проучване 16% от участниците са отговорили с „да“ на въпроса „Повлияно ли е решението Ви да смените лекаря, защото е жена?“. Жените са по-чувствителни към комуникативните умения на лекарите и въздействието им върху взаимоотношенията и удовлетвореността на пациентите. Липсата на специализирано лечение също е една от причините пациентите да сменят лекаря си. Това може да показва и комуникационен проблем, който демонстрира неспособността на лекаря ясно да обясни здравословните проблеми на пациентите. Това изследване показва, че немаловажен фактор е и компетентността, образованието и професионалният опит на лекаря. Около 25% от анкетираните посочват, че обучението и специализацията на личния лекар е повлияло положително при решението им

да го сменят. Изграденото доверие и подходящата комуникация са положително свързани с удовлетвореността на пациентите и качеството на медицинските услуги (Baker R. et al., 2020; Žvinakis P. et al., 2021). Добрата комуникация създава възможност за изграждане на доверие, което допринася за предоставяне на добри здравни грижи от страна на лекаря. Честите срещи с пациента, активното слушане и проявената емпатия (Xin Z. et al., 2023; Joo J.Y. et al., 2023) могат да подобрят комуникационния процес. Съвместното вземане на решение (Kowalski C.J. et al., 2024) е предпоставка за партньорски взаимоотношения и е с по-добра вероятност пациентът да изпълни предписаното лечение.

Заклучение

Използването на ефективни комуникативни умения и изграждането на доверие между лекаря и пациента са свързани с по-добро лечение, по-добри здравни резултати и по-добро качество на медицинските услуги в общата медицинска практика. Необходимо е включване на подходящи стратегии за подобряване на вербалната и невербалната комуникация лекар-пациент и повишаване на удовлетвореността на пациента от медицинската консултация.

Литература

- Allen J., Gay B., Crebolder H., Heyrman J. et al. (2023). The European Definition of General Practice/Family Medicine Wonca Europe. Edition. [(accessed on 26 December 2024)].
- Azimzadeh S., Azami-Aghdash S., Tabrizi J.S. et al. (2024). Reforms and innovations in primary health care in different countries: scoping review. *Prim Health Care Res Dev*, 25: e22.
- Pereira Gray D., Sidaway-Lee K., White E. et al. (2016). Improving continuity: THE clinical challenge. *Innovate Educ. Inspir. Gen. Pract.*, 9, 635–645.
- Olaisen R.H., Schluchter M.D., Flocke S.A. et al. (2020). Assessing the longitudinal impact of physician-patient relationship on functional health. *Ann. Fam. Med.*, 18, 422–429.
- Goranov M., Balashkova M., Velinova S. et al. (2001). Osnovi na obstata medicina. VMI – Pleven, 2001. Osnovi na obstata medicina. *VMI Pleven*. [In Bulgarian].
- Tacheva V. (2014). Komunikativni umenia v medicinskata praktika. *Steno, Varna*. [In Bulgarian].
- Empel G., Gravelle H., Santos R. (2023). Does quality affect choice of family physician? Evidence from patients changing general practice without changing address. *Econ. Model.* 126, 106395.
- Ivanova N., Dimitrova D., Kirov L. (2014). Profil na udovletvorenostta na pacientite ot profesionalното поведение na obstopraktikuvastite lekari. *Zdraven menidgment*. 3, 28-32.

- Topak N.Y., Demirci H. (2019). Factors affecting the decision to change the family physician. *Fam. Med. Prim. Care Rev*, 21, 174–179.
- Prazeres F., Passos L. (2020). Mudança de Médico de Família: A Realidade de uma Unidade de Saúde. *Acta Med. Port*, 33, 214–215.
- Vasileva B.I., Karcheva M.D. (2021). Reasons for Change of General Practitioner—Study Among Patients. *J. IMAB—Annu. Proceeding Sci. Pap.*, 27, 3847–3850.
- Baker R., Bankart M.J., Freeman G.K. (2020). Primary medical care continuity and patient mortality: A systematic review. *Br. J. Gen. Pract.*, 70, E600–E611.
- Žvinakis P., Kalibataitė R., Kalibatas V. (2021). Patients’ Shift from Public to Private Primary Health Care Providers in Lithuania: Analysis of the Main Reasons. *Inq. J. Health Care Organ. Provis. Financ.*
- Frandsen B.R., Joynt K.E., Rebitzer J.B. (2015). Care fragmentation, quality, and costs among chronically ill patients. *Am. J. Manag. Care.*, 21, 355–362.
- Xin Z, Linzi L., Quan Z. et al. (2023). Physician Empathy in Doctor-Patient Communication: A Systematic Review. *Health comm.*, 39(5), 1027-1037.
- Joo J.Y. (2023). Fragmented care and chronic illness patient outcomes: A systematic review. *Nurs. Open.*, 10, 3460–3473.
- Kowalski C.J., Redman R.W., Mrdjenovich A.J. (2024). The Doctor-Patient Relationship, Partnership Theory, and the Patient as Partner: Finding a Balance Between Domination and Partnership. *Europ Journ of Epidem.*, 32, 205-223.
- Nørøxe K.B., Vedsted P., Bro F., Carlsen A.H., Pedersen A.F. (2019). Mental well-being and job satisfaction in general practitioners in Denmark and their patients’ change of general practitioner: A cohort study combining survey data and register data. *BMJ*, 9, e030142.
- Nuno J., Fernandes S., Silva T.R., et al. (2021). What attributes do patients prefer in a family physician? A cross-sectional study in a northern region of Portugal., *BMJ*, 11, e035130.
- Thomas H., Lynch J., Burch E. et al. (2023). Where the joy comes from: A qualitative exploration of deep GP-patient relationships. *BMC Prim. Care.*, 24, 268.
- Bazyar M., Yazdi-Feyzabadi V., Bahmani M. et al. (2022). Preferences of people in choosing a family physician in rural areas: A qualitative inquiry from Iran. *Prim. Health Care Res. Dev.*, 23, e57.
- Agarwal S.D., Pabo E., Rozenblum R. et al. (2019). Professional Dissonance and Burnout in Primary Care: A Qualitative Study. *JAMA Intern. Med.*, 180, 395–401.
- Amin ZA, Kabir MI, Karami JH, Nahar N. 2018. Doctor-patient communication to improve adherence to anti-hypertensive treatment. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 44(3), 145-151.
- Chandra S, Mohammadnezhad M. (2021). Doctor-patient communication in primary health care: a mixed-method study in Fiji. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(14), 7548.
- Back A., Park E., Greer J. et al. (2014). Clinician roles in early integrated palliative care for patients with advanced cancer: a qualitative study. *National Library of Medicine*, 17(11), 1244-8.
- Fugimori M., Shrai Y., Asai M. et al. (2014). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *National Library of Medicine*, 32(20), 2166-72.
- Katsaliaki K. (2022). Evaluating patient and medical staff satisfaction from doctor-patient communication. *Intern Journ of Health Care Quality Assurance*, 35(1), 38-55.

✉Д-р Ваня Недкова – Миланова, д.м.
Медицински Университет – Плевен
Сектор „Обща Медицина“
e-mail: vania_milanova@yahoo.com

АНАЛИЗ НА СТУДЕНТСКИТЕ ЗАДЪЛЖЕНИЯ В АКАДЕМИЧНА СРЕДА ЧРЕЗ АДАПТИРАНА СКАЛА „ЗАДЪЛЖЕНИЯ НА СЛУЖИТЕЛЯ“ ОТ „ВЪПРОСНИК ЗА ПСИХОЛОГИЧЕСКИ ДОГОВОР“ НА ДЕНИЗ РУСО

Ф. Филипов

Медицински университет – Плевен, катедра „Социални и фармацевтични дейности“

ANALYSIS OF STUDENT OBLIGATIONS IN THE ACADEMIC ENVIRONMENT THROUGH AN ADAPTED „EMPLOYEE OBLIGATIONS” SCALE FROM THE „PSYCHOLOGICAL CONTRACT INVENTORY” BY DENISE ROUSSEAU

F. Filipov

Medical University – Pleven, Department of Social and Pharmaceutical Care

ABSTRACT: *This study examines students’ perceived obligations toward their university using an adapted „Employee Obligations” scale from Denise Rousseau’s Psychological Contract Inventory (PCI). The research aims to explore the structure and reliability of the adapted instrument and to provide a descriptive profile of student obligations in an academic context. Data were collected from a university student sample, and statistical analyses included descriptive measures (mean values, standard deviations, coefficients of variation) and an assessment of the instrument’s internal consistency and construct validity. Results indicated high levels of loyalty, stability, and personal development orientation, alongside lower emphasis on short-term and narrowly defined obligations, reflecting a predominantly long-term, intrinsically motivated academic commitment. Significant homogeneity was observed in key obligation areas, while greater variability emerged regarding the temporal scope of commitment. The findings contribute to extending psychological contract theory into higher education and suggest directions for further research on student–university relationships.*

Keywords: *student obligations, psychological contract, academic environment*

Въведение

Възприемането на академичните задължения от страна на студентите е същностен компонент за разбирането на тяхната ангажираност, мотивация и академично представяне във висшето образование. Изследванията показват, че студентите концептуализират своите задължения през призмата на т. нар. академичен психологически договор, който представлява система от неформални очаквания и взаимни ангажименти между тях и университетската институция. Тези очаквания покриват както поведенческите (участие в занятия, изпълнение на задачи), така и емоционалните и когнитивните аспекти на

ангажираността (Amerstorfer & Freiin von Münster-Kistner, 2021; Itzkovich, 2021).

Съвременната литература дефинира студентските задължения като многомерна конструкция, включваща поведенческо участие (редовно присъствие, активно участие), емоционална свързаност (чувство за принадлежност и удовлетвореност в обучението) и когнитивен ангажимент (инвестиция в учене, саморегулация, стремеж към овладяване на сложни знания). Тези измерения не съществуват изолирано, а се преплитат и подсилват взаимно, оформяйки начина, по който студентът възприема своята роля в академичната среда (Suscano, Mahilum, Quipse, Andung, Aya-Ay, Marani, Palomares, Bais, & Esperat, 2025; Li & Xue, 2023).

Теоретичната рамка „психологически договор“

Психологическият договор се определя като „индивидуални вярвания относно взаимните задължения между служителя и организацията“ (Rousseau, 1989), които са неформални, неподписани и често не напълно осъзнати, но същевременно оказват значимо влияние върху поведението и мотивацията на служителите. Концепцията е въведена през 1960 г. от Кр. Аргирис (Argyris, 1960) с акцент върху отношенията между група работници и ръководител, като Русо (Rousseau, 1989) реинтерпретира психологическия договор чрез когнитивна перспектива и насочва вниманието към субективните възприятия на индивида. В този контекст нейни по-късни работи и последващи изследвания изясняват значението на психологическия договор като аналитичен инструмент за разбиране на очакванията, ангажираността и реакциите на служителите при промени в организацията (Rousseau, 2008).

Адаптиране на въпросника за студентски контекст

В научната литература, касаеща висшето образование, акцентът върху възприемането на академичните задължения се свързва с идеите за персонална

отговорност и автономност на студентите. Преходът от по-зависими учебни практики към самоорганизирано овладяване на знания води до значителни промени във възприятието за ролята на студента. Различни емпирични изследвания показват, че студентите, които възприемат задълженията си активно, проявяват инициатива, участват регулярно и поемат допълнителни академични задачи, демонстрират по-високи нива на академична успеваемост и социална интеграция (Kahu & Nelson, 2018).

Изборът на скалата „Задължения на служителя“ от Въпросник за психологически договор на Дениз Русо като основен инструмент в настоящото изследване се обосновава както от научни, така и от приложни съображения.

Статистическо изследване

За постигане на целите на настоящото изследване се проведе количествен анализ на данните, събрани чрез адаптираната за академична среда скала „Задължения на служителя“ от Въпросник за психологически договор на Дениз Русо (Rousseau, 2008). Изследваната извадка включва 108 студенти, обучавани на един университет, които са от първи до трети курс. Отговорите си те нанасят в петстепенна скала тип Ликерт, където 1 - Изобщо не е вярно; 2 - Донякъде вярно; 3 - В известна степен вярно; 4 - Умерено вярно и 5 - В голяма степен вярно. При обработката на данните са използвани статистически методи, позволяващи както описателно представяне на резултатите, така и проверка на определени изследователски хипотези и оценка на структурната надеждност на скалата.

Изчислените стойности на коефициента на вътрешна консистентност на Кронбах показват висока надеждност както за целия адаптиран въпросник за психологически договор ($\alpha = 0.954$), така и за скалата „Задължения на студента“ ($\alpha = 0.889$). Тези стойности свидетелстват, че твърденията в отделните скали са високо съгласувани и измерват единна латентна конструкция.

Цел

Да се изследват възприеманите задължения на студентите към университета чрез адаптираната скала „Задължения на студента“ от Въпросник за психологически договор (Rousseau, 2008).

Задачи

Да се извърши теоретичен преглед и състави концептуална рамка на понятието „психологичен договор“.

Да се адаптира изследователският инструмент за използване в академична среда.

Да се извършат статистически анализи.

Да се интерпретират резултатите и на тази основа да се формулират изводи и препоръки.

Хипотеза

H1: Очаква се разпределението на средните стойности по подскалите на „Задължения на студента“ да отразява балансирана академична ангажираност. Предполага се, че студентите ще демонстрират по-висока степен на съгласие с подскалите, които изразяват лична ангажираност, устойчивост и стремеж към развитие (като „Лоялност“, „Стабилност“, „Развитие“), докато подскалите, свързани с краткосрочност и ограниченост на задълженията, ще получат по-ниски оценки. Това предполага наличие на вътрешно мотивирана дългосрочна принадлежност към университета и преобладаваща ориентация към личностно и академично израстване.

Методи на анализ

Описателна статистика – средни стойности, стандартни отклонения, коефициенти на вариация.

Психометрични анализи – надеждност, вътрешна съгласуваност на инструмента, конструктивна валидност на адаптираната скала.

Корелационен анализ – корелационна матрица между всички подскали, Пийрсонови корелационни коефициенти с тестване на статистическа значимост.

Анализ на разпределенията – честотни разпределения по диапазони (ниски, средни, високи оценки).

Резултати и обсъждане

Описателна статистика

Таблица № 1 Резултати от статистическата обработка на отговорите за средна стойност, стандартно отклонение и коефициент на вариативност.

Подскала	Средна стойност	Стандартно отклонение	Коефициент на вариативност (%)
Краткосрочни задължения	2.14	1.12	52.3
Лоялност	3.89	0.78	20.1
Тясно дефинирани задължения	2.72	0.94	34.6
Подкрепа за постижения	3.52	0.66	18.8
Развитие	3.61	0.73	20.2
Външна пазарна реализируемост	2.83	0.85	30.0
Стабилност	4.05	0.54	13.3

Подскала „Краткосрочни задължения“

Интерпретация: Ниската средна стойност показва, че студентите обикновено не възприемат отношенията си с университета като временни или лесно прекратими. Разсейването на отговорите е умерено, което подсказва, че

има подгрупи студенти с по-краткосрочна ориентация и такива със силно дългосрочна перспектива.

Подскала „Лоялност“

Интерпретация: Високата стойност свидетелства за значително чувство на обвързаност, готовност за лични усилия в полза на обучението и позитивна идентификация с университета. Ниското отклонение говори за относителна хомогенност на групата по този показател.

Подскала „Тясно дефинирани задължения“

Интерпретация: Средната стойност е в ниския до умерен диапазон, което означава, че за повечето студенти задълженията не се ограничават само до минимално изискуемите академични дейности. Това предполага склонност да се ангажират и извън строго дефинираните изисквания. Стандартното отклонение показва умерена вариативност. Част от участниците са с нагласа „само колкото трябва“.

Подскала „Подкрепа за постижения“

Интерпретация: Стойността е сравнително висока и показва, че студентите проявяват готовност да се адаптират към нарастващи академични изисквания и да приемат академични предизвикателства. Това е индикатор за устойчива вътрешна мотивация и положително отношение към усъвършенстването.

Подскала „Развитие“

Интерпретация: Показателят е в горната част на скалата, което сочи, че студентите активно търсят възможности за учене, развиване на умения и надграждане на знанията си. Това може да се свърже с по-висока академична ангажираност и ориентация към кариерно развитие.

Подскала „Външна пазарна реализуемост“

Интерпретация: Умерено ниските стойности показват, че често студентите не поставят на преден план академичните дейности, които директно увеличават тяхната конкурентоспособност на пазара на труда. Това може да се дължи на фокус върху текущото обучение, а не върху бъдещи професионални стратегии,

но и на липса на достатъчно възможности за такива дейности в академичния контекст.

Подскала „Стабилност“

Интерпретация: Това е най-високата средна стойност сред всички подскали. Тя показва, че студентите възнамеряват да останат в университета до завършването си и чувстват висока степен на принадлежност и сигурност в обучението си. Ниското стандартно отклонение говори за много малки различия между участниците, а стабилността е споделяна ценност.

Коефициентът на вариативност (КВ) представлява относителна мярка за изменчивостта на резултатите, изразена в проценти. Колкото по-нисък е коефициентът на вариативност, толкова по-еднородни са отговорите на студентите за дадената подскала. В контекста на подскалите на „Задължения на студента“ той позволява да се сравнява еднородността на отговорите между различни подскали дори когато техните средни стойности са различни по големина. В настоящото изследване стойностите на КВ варират от 13.3% до 52.3%, което говори за различна степен на разпръснатост на мненията по отделните измерители. Най-ниски коефициенти на вариативност се наблюдават при подскалите „Стабилност“ (13.3%) и „Подкрепа за постижения“ (18.8%), което означава, че оценките на студентите по тези измерители са силно концентрирани около средната стойност и групата е сравнително еднородна в преценките си. Това може да се интерпретира като наличието на ясно споделени убеждения и нагласи сред повечето участници, що се отнася до намерението да завършат обучението си в университета и готовността да отговорят на академични предизвикателства. Подскалите „Лоялност“ (20.1%) и „Развитие“ (20.2%) също показват ниска до умерена вариативност, което говори за сходни възприятия относно личната обвързаност с университета и стремежа към усъвършенстване. От друга страна, най-високи нива на вариативност се регистрират при „Краткосрочни задължения“ (52.3%), което сочи значително разпръсване в оценките, т. е. в групата съществуват различни и понякога

противоположни нагласи относно времевия хоризонт на ангажираността към университета. Подобно, „Тясно дефинирани задължения“ (34.6%) и „Външна пазарна реализуемост“ (30.0%) показват умерено висока разпръснатост на отговорите, което може да се обясни с наличието на разнообразни лични стратегии и приоритети сред студентите.

Високите коефициенти на вариативност при „Краткосрочни задължения“ (52.3%) и „Тясно дефинирани задължения“ (34.6%) не е задължително да показват нееднородност на извадката или методологични проблеми. В психологическите изследвания коефициентите на вариативност могат да варират значително в зависимост от природата на измерваните конструкти, като по-високи стойности се очакват при изследване на комплексни нагласи и мотивационни измерения (Ruscio & Roche, 2012). Вариативността в психологическите данни често отразява реални индивидуални различия в изследваните популации, а не недостатъци в методологията (Salthouse, 2007). Това, което се наблюдава тук, всъщност потвърждава теоретичните очаквания за психологическия договор в академична среда. „Краткосрочни задължения“ (КВ 52.3%) отразява естествената поляризация между студенти с различни времеви хоризонти на ангажираност. „Тясно дефинирани задължения“ (КВ 34.6%) показва индивидуални различия в разбирането за обхвата на студентските отговорности. Останалите пет подскали показват умерена до ниска вариативност: „Външна пазарна реализуемост“ (30.0%), „Развитие“ (20.2%), „Лоялност“ (20.1%), „Подкрепа за постижения“ (18.8%) и „Стабилност“ (13.3%), което сочи за консенсус в тези области и потвърждава теоретичните очаквания.

Корелационен анализ и разпределение по честоти

Таблица № 2 Корелационна матрица между подskalите на „Задължения на студента“.

Подскала	1	2	3	4	5	6	7
1. Краткосрочни задължения	1.00	-0.126	0.275	0.115	0.162	0.021	-0.020
2. Лоялност	-	1.00	-0.325*	0.457**	0.360*	0.425**	0.152
3. Тясно дефинирани задължения	-	-	1.00	-0.187	-0.162	-0.145	0.052
4. Подкрепа за постижения	-	-	-	1.00	0.699***	0.628***	0.369*
5. Развитие	-	-	-	-	1.00	0.775***	0.331*
6. Външна пазарна реализуемост	-	-	-	-	-	1.00	0.493**
7. Стабилност	-	-	-	-	-	-	1.00

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Анализът на взаимовръзките между подskalите разкрива интересни закономерности в структурата на студентските задължения (Таблица 2). Установени са статистически значими положителни корелации между „Развитие“ и „Подкрепа за постижения“ ($r = 0.699$, $p < 0.001$), както и между „Развитие“ и „Външна пазарна реализуемост“ ($r = 0.775$, $p < 0.001$), което потвърждава теоретичните очаквания за връзката между академичната мотивация и професионалното развитие. От особен интерес е слабата отрицателна корелация между „Краткосрочни задължения“ и „Стабилност“ ($r = -0.020$), която показва относително независим характер на тези две измерения. „Лоялност“ корелира отрицателно с „Тясно дефинирани задължения“ ($r = -$

0.325, $p < 0.01$), което показва, че студентите с по-силна емоционална ангажираност към университета са склонни да надхвърлят минималните изисквания. Силната корелация между „Подкрепа за постижения“ и „Външна пазарна реализуемост“ ($r = 0.628$, $p < 0.001$) предполага, че студентите възприемат академичното съвършенство и професионалната подготовка като взаимосвързани цели.

Честотни разпределения по подскали

Дефинираме диапазоните на разпределение по следния начин: ниски оценки: под 2.5 точки; средни оценки: 2.5-3.9 точки и високи оценки: 4.0-5.0 точки.

Детайлният анализ на разпределенията по честоти показва ясна поляризация в студентските нагласи. При „Стабилност“ 68.6% от студентите ($n = 70$) оценяват ангажимента си с високи стойности (4-5 точки), докато само 9.8% ($n = 10$) дават ниски оценки (под 2.5 точки). Подобна тенденция се наблюдава при „Външна пазарна реализуемост“ с 49.0% високи оценки ($n = 50$) и 8.8% ниски ($n = 9$), както и при „Развитие“ с 47.1% високи ($n = 48$) и 11.8% ниски оценки ($n = 12$).

Обратната картина се откроява при „Краткосрочни задължения“, където 47.6% от участниците ($n = 49$) дават ниски оценки, а само 15.5% ($n = 16$) – високи. Аналогично, „Лоялност“ получава ниски оценки от 39.8% от студентите ($n = 41$) при високи от едва 13.6% ($n = 14$), а „Тясно дефинирани задължения“ - ниски от 49.5% ($n = 51$) при високи от 18.4% ($n = 19$).

Интересно е разпределението при „Подкрепа за постижения“, където преобладават средните оценки (46.1%, $n = 47$), докато високите (29.4%, $n = 30$) и ниските (24.5%, $n = 25$) са относително балансирани, което сочи за по-голямо разнообразие в мненията относно институционалната подкрепа.

Заклучение

Формираната на теоретична основа хипотеза, опираща се на теорията за психологическия договор, предполага по-високи средни стойности по подskalите „Лоялност“, „Стабилност“ и „Развитие“ и по-ниски по „Краткосрочни задължения“ и „Тясно дефинирани задължения“. Емпиричните резултати потвърждават това очакване. Трите водещи подскали показват високи стойности, а краткосрочните и ограничените ангажименти са под средното ниво. Анализът на коефициента на вариативност разкрива висока еднородност при „Стабилност“ и „Подкрепа за постижения“. Обратно, „Краткосрочни задължения“ се отличава с висока вариативност, показваща съществуването на подгрупи студенти с противоположни нагласи относно времевия хоризонт на своето обучение. Така се откроява емпиричен парадокс – съвместно присъствие на много висока консистентност в ключови зони на академичния психологически договор и силна поляризация по отношение на дългосрочната ангажираност, което поставя под въпрос хомогенността на мотивационната динамика в студентската общност (Dotzel, Bonefeld, & Karst, 2022; Trolan & Parker, 2022) и открива възможности за нови модели, изследващи латентните различия и рисковите групи.

Въпреки че формалната цел на изследването се ограничава до описанието на студентските задължения и съответните анализи, констатациите от изследването имат значимо приложно измерение за управлението на висшето образование. Откритият парадокс между високата консистентност в дългосрочните ангажименти (стабилност, развитие) и силната поляризация при краткосрочните нагласи предоставя ценна информация за идентифициране на рискови групи студенти и разработване на диференцирани стратегии за задържане. Високите стойности по „Стабилност“ при ниска вариативност създават възможности за прогнозиране на академичната устойчивост и планиране на ранни интервенции. Данните могат да се използват при съставянето на учебни планове, балансирането между институционални

очаквания и студентски възможности, както и създаването на устойчиви модели на академично партньорство. По този начин дескриптивното изследване на студентските задължения се превръща в инструмент за стратегическо планиране в образователната политика и подобряване на качеството на академичната среда.

Литература

- Amerstorfer, C. M., & Freiin von Münster-Kistner, C. (2021). Student perceptions of academic engagement and student-teacher relationships in problem-based learning. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 713057. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.713057>.
- Argyris, C. (1960). *Understanding Organizational Behavior*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Dotzel, S., Bonefeld, M., & Karst, K. (2022). Students' attitudes towards performance heterogeneity and their relation to contextual factors. *European Journal of Psychology of Education*, 37(1), 101–121. <https://doi.org/10.1007/s10212-020-00514-8>
- Itzkovich, Y. (2021). Constructing and validating students' psychological contract violation scale. *Frontiers in Psychology*, 12, 685468. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.685468>.
- Kahu, E. R., & Nelson, K. (2018). Student engagement in the educational interface: Understanding the mechanisms of student success. *Higher Education Research & Development*, 37(1), 58–71.
- Li, J., & Xue, E. (2023). Dynamic interaction between student learning behaviour and learning environment: Meta-analysis of student engagement and its influencing factors. *Behavioral Sciences*, 13(1), 59. <https://doi.org/10.3390/bs13010059>.
- Rousseau, D. M. (1989). Psychological and implied contracts in organizations. *Employee Rights and Responsibilities Journal*, 2(2), 121–139.
- Rousseau, D. M. (2008). *Psychological Contract Inventory [Measurement tool]*. Carnegie Mellon University, Heinz School of Public Policy and Management.
- Ruscio, J., & Roche, B. (2012). Variance heterogeneity in published psychological research: A review and a new index. *Methodology*, 8(4), 1-11.
- Salthouse, T. A. (2007). Implications of within-person variability in cognitive and neuropsychological functioning for the interpretation of change. *Neuropsychology*, 21(4), 401-411.
- Suscano, S. E., Mahilum, I. B., Quipse, J. T., Andung, L. J. C., Aya-Ay, R. W., Marani, C. J. V., Palomares, R. L., Bais, R. L., Jr., & Esperat, H. P. (2025). The role of student engagement in shaping academic performance. *Psychology and Education: A Multidisciplinary Journal*, 31(5), 520–525. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14772893>.
- Trolan, T. L., & Parker, E. T., III. (2022). Shaping students' attitudes toward diversity: Do faculty practices and interactions with students matter? *Research in Higher Education*, 63(5), 849–870. <https://doi.org/10.1007/s11162-021-09673-6>.

✉ **Доц. Филип Филипов, д.пс.**

Медицински университет - Плевен

Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

Адрес: гр. Плевен, ул. „Св. Климент Охридски“ № 1

e-mail: filip.iv.filipov@abv.bg

ПСИХОЛОГИЧЕСКИ УМЕНИЯ ЗА МОТИВАЦИОННО ИНТЕРВЮИРАНЕ У СОЦИАЛНИ РАБОТНИЦИ ПРИ КОНСУЛТИРАНЕ НА БЕЗРАБОТНИ ЛИЦА

Ф. Филипов

Медицински университет – Плевен, катедра „Социални и фармацевтични дейности“

PSYCHOLOGICAL SKILLS FOR MOTIVATIONAL INTERVIEWING AMONG SOCIAL WORKERS IN COUNSELING UNEMPLOYED INDIVIDUALS

F. Filipov

Medical University – Pleven, Department of Social and Pharmaceutical Care

ABSTRACT: *This report explores the critical role of psychological skills in motivational interviewing by social workers counseling unemployed individuals. It examines the theoretical foundations and practical significance of competencies such as empathy, active listening, emotion regulation, and trust-building within the context of social work. Special attention is given to the unique psychosocial challenges faced by unemployed clients and the potential for motivational interviewing to increase engagement, self-efficacy, and readiness for change. The report analyzes the main steps of the motivational interviewing process—engaging, focusing, evoking, and planning—and illustrates how specific psychological skills enhance the effectiveness of each stage. Innovative training approaches, continuous supervision, and interdisciplinary mentoring are discussed as key factors in developing effective practice. The findings highlight that well-developed psychological skills not only improve clients' outcomes and integration prospects but also foster professional satisfaction and resilience among social workers.*

Keywords: psychological skills, motivational interviewing, social work.

Въведение

Темата за психологическите умения в социалната работа придобива все по-голяма значимост в контекста на динамично променящата се социална среда, нарастващата социална уязвимост и необходимостта от ефективна подкрепа за индивидите в криза. Психологическите умения представляват специфичен набор от личностни и когнитивно-поведенчески способности, които подпомагат социалния работник при разбирането, оценката и въздействието върху вътрешния свят и мотивационните процеси на клиента. Те се различават от професионалните компетенции (свързани с институционални знания, правни рамки и административни процедури) и от социалните компетенции (свързани с ефективната комуникация и работа в екип), като акцентират върху емпатията,

активното слушане, самоосъзнаването, регулирането на емоции и способността за изграждане на доверие. Тези умения са ключови в интервенции, при които личната мотивация и вътрешната готовност за промяна играят централна роля.

Мотивацията като вътрешен двигател на поведението е сред основните психични фактори, които обуславят промяната в живота на човека. Тя насочва усилията към постигане на цели, преодоляване на пречки и изграждане на смисъл. При лица, изпаднали в продължителна безработица, често се наблюдава срив в мотивационната система: загуба на контрол, чувство за безпомощност, ниска самооценка и социална изолация. Тези състояния са резултат от особено рисковото психосоциално положение на безработните, което съчетава икономическа несигурност, загуба на социална роля и идентичност, както и ограничени възможности за самоактуализация.

Настоящият доклад си поставя за цел да анализира процеса на формиране и прилагане на психологическите умения в рамките на мотивационното интервюиране, като се акцентира върху тяхното значение за повишаване на мотивацията и възстановяване на социалното функциониране при клиенти, изправени пред състояние на социално изключване и безработица.

Психологически умения – същност, формиране и приложение

Психологическите умения представляват съвкупност от когнитивни, емоционални и комуникативни способности, които подпомагат ефективното взаимодействие и работа със социалните клиенти. В литературата се дефинират като комплекс от социално значими личностни характеристики, включващи самоосъзнаване, емпатия, саморегулация, активно слушане и способност за изграждане на доверие (Boyatzis, 2009; Goleman, 2011). Те са базисни компетентности за социалните работници, чиито професионални задачи постоянно поставят високи изисквания по отношение на междуличностната комуникация и емоционалната стабилност (Domakin, 2015). Критичната роля на психологическите умения в социалната работа се аргументира от редица

изследвания, в които се посочва, че овладяването на умения като емпатия, рефлексия и комуникативна гъвкавост води до по-добри резултати при предоставяне на услугата, повишена степен на удовлетвореност у клиентите и намаляване на риска от професионално прегаряне сред работещите (Gerdes & Segal, 2009; Graham et al., 2017). Гоулман (Goleman, 2011) подчертава значението на емоционалната интелигентност, която съчетава умения за разпознаване и регулиране на собствените и чуждите емоции и е сред ключовите фактори за ефективна социална интервенция.

Научните резултати сочат, че развитието на психологически умения корелира положително с професионалната ефективност, способността за работа с трудни случаи и устойчивостта на социалните работници към стресови ситуации (Morrison, 2007; Graham et al., 2017). Способността да се създава безопасна, приемаща и мотивираща среда за клиента е пряко свързана с нивото на психологическите умения у социалния работник (Gerdes & Segal, 2009), което прави тези компетенции критични за качествената и етична социална практика.

Формирането на психологически умения при социалните работници изисква съчетаване на различни процеси и обучителни методи. Учебната подготовка създава теоретична основа и развива първични компетенции, особено когато се осъществява чрез интерактивни подходи и практически задачи (Domakin, 2015). Супервизията осигурява подкрепа, структурирана обратна връзка и възможност за анализ на професионалното поведение в реални ситуации, което води до по-качествено овладяване на уменията (Beddoe, 2010). Ролевите игри и симулациите са доказано ефикасен инструмент за трениране и подсилване на комуникативни, емпатийни и мотивационни компетенции (Holland, 2011). Практиката в реална работна среда, съчетана със системна саморефлексия и получаване на обратна връзка от колеги и клиенти, подпомага развитието и адаптацията на уменията (Morrison, 2007).

Развитите психологически умения съществено намаляват съпротивата към промяна, като социалният работник осигурява подкрепяща среда и спомага клиентът да осъзнае собствените си ресурси и възможности (Miller & Rollnick, 2013; Morrison, 2007). Прилагането на мотивационни техники, както и чувствителност към културни и личностни особености, водят до по-висока ефективност на интервенциите, по-добри резултати при интеграция на безработни лица и по-устойчива промяна (Goleman, 2011; Sheafor & Horejsi, 2012).

Мотивацията на личността – теория и значения

Мотивацията е фундаментален психологически процес, който задвижва, направлява и поддържа поведението на личността (Deci & Ryan, 2008). Тя се подразделя на вътрешни мотиви, идващи от собствените интереси, удоволствие и ценно преживяване, и външни стимули, свързани с външни награди, одобрение или натиск (Deci & Ryan, 2008; Ryan & Deci, 2020). Мотивацията има централно значение за психичното благополучие, устойчивостта на човека и ефективността на социалното функциониране. Вътрешната мотивация е свързана с повече инициатива, по-голямо удовлетворение и трайна промяна, докато външната често предизвиква повърхностно или временно поведение.

Факторите, които оказват влияние върху поява, поддържане и загуба на мотивация, включват социалната среда, подкрепящи взаимоотношения, усещане за принадлежност и признание, самоуважението, както и минали успехи и неуспехи (Deci & Ryan, 2008). Негативният опит и липсата на подкрепа често водят до спад на мотивацията, пасивност и демотивация, докато социалното утвърждаване и позитивната обратна връзка съдействат за възстановяване и укрепване на мотивационните процеси (Bandura, 1997).

Безработицата често води до подкопаване на личната мотивация, проявяваща се чрез демотивация, спад на самооценката и усещане за социална изолация. Дългосрочната загуба на работа е свързана с пасивност и занижена самоефективност, което затруднява търсенето на нова заетост (Wanberg, 2012).

Социалната изолация, характерна за безработните, също противодейства на поддържането на вътрешна мотивация, като ограничава достъпа до подкрепа и утвърждаване от социалната мрежа (McKee-Ryan et al., 2005). Емпирични изследвания показват, че продължителната безработица води до увеличена депресивност, отчуждение и дори до заучена безпомощност, където мотивацията за търсене на решения отслабва значително (Wanberg, 2012; McKee-Ryan et al., 2005).

Мотивационно интервюиране – концепция и приложение

Мотивационното интервюиране е клиент-центриран консултативен подход, целящ да засили вътрешната мотивация за промяна чрез изследване и разрешаване на амбивалентността (Miller & Rollnick, 2013). Основните принципи на това интервюиране включват емпатично изслушване, подкрепа на автономията, работа със съпротивата и представяне на промените като личен избор (Hettema, Steele, & Miller, 2005). Методиката акцентира върху активното ангажиране на клиента, създаването на връзка и фокусирането върху значими за него цели.

Целите на мотивационното интервюиране са стимулиране на клиента да поеме отговорност за собствения си процес на промяна и повишаване на вътрешната мотивация посредством диалог, саморефлексия и утвърждаване (Miller & Rollnick, 2013; Lundahl et al., 2010). Чрез активно слушане, задаване на отворени въпроси и отразяване на изказванията социалният работник помага на клиента да осмисли собствените си ценности, приоритети и личен потенциал. В процеса се изгражда доверие и уважение към автономността на клиента, което стимулира по-голяма отговорност за решенията. Мотивационното интервюиране намира широко приложение в социалната работа при работа с безработни, рискови групи, зависими лица и в психотерапията, но е приложим и при зависимости, здравни промени и ситуации, изискващи устойчиво личностно развитие.

Процедура на мотивационното интервюиране

Класическата структура на мотивационното интервюиране се основава на четири основни процеса: ангажиране, фокусиране, пробуждане и планиране. Ангажирането представлява първия етап, в който интервюиращият създава основа за доверие, приемане и сътрудничество с клиента, като се набляга на емпатично слушане и установяване на връзка (Miller & Rollnick, 2013). Следва фокусирането, което насочва разговора към определена тема или цел на промяната, съобразена със значимите нужди и желания на клиента (Hettema et al., 2005). Пробуждането е най-същественият процес, тъй като тук се търсят и засилват личните мотиви и аргументи на клиента за промяна – интервюиращият отразява амбивалентността, засилва „говоренето за промяна“ и утвърждава силните страни. Последният етап е планирането, при който се разработват конкретни стъпки за действие и се изгражда ангажимент към промяната. Подготовката за мотивационно интервюиране изисква изграждането на подкрепяща атмосфера и доверително взаимодействие, което повишава вероятността за успех (Lundahl et al., 2010).

Воденето на мотивационно интервю се основава на прилагането на отворени въпроси и активно слушане, което подпомага клиента да изследва своите ценности и мотиви за промяна. Отразяването на казаното (рефлектиране) е ключова техника, чрез която социалният работник разбира по-задълбочено гледната точка на клиента и подчертава позитивния потенциал, което създава доверие (Hettema et al., 2005). Утвърждаването и предоставянето на позитивна обратна връзка увеличават увереността и поддържат фокуса върху успехите, а не върху неуспехите, като подкрепят процеса на промяна (Lundahl et al., 2010).

Работата с амбивалентност включва разпознаване и валидиране на противоречивите чувства и аргументи на клиента. Чрез търпеливо и безоценъчно изследване се подпомага преминаването към някакво решение. Формулирането на конкретни цели за промяна се случва в края на интервюто

чрез разясняване и структуриране на желаните действия на клиента, които се превръщат в ясен план за развитие (Miller & Rollnick, 2013; Lundahl et al., 2010).

Роля и значение на психологическите умения на социалния работник в мотивационното интервюиране

Основните психологически умения на социалния работник са интегрална част от всяка стъпка в мотивационното интервюиране. В процеса на ангажиране се използват умения за емпатия и активно слушане, които създават подходяща атмосфера и изграждат начално доверие.

Овладеяването на психологически умения от страна на социалния работник води до повишена ефективност на мотивационното интервюиране, като подпомага установяването на доверие, открита комуникация и адаптиране към индивидуалните особености на клиента. Чрез умело използване на емпатия, активно слушане и утвърждаване се изгражда подкрепяща атмосфера, която позволява по-лесно преодоляване на съпротивата и амбивалентността.

Професионалната ефективност на социалния работник се засилва чрез способността овладените умения да се прилагат в съответствие с уникалните нужди на всяко лице. Индивидуалният стил и адаптацията на социалния работник не се изчерпват само с промяна на комуникационния подход, но обхващат и начина на поставяне на цели, избор на техники за подкрепа и темпото на консултацияния процес. Отчитането на фактори като социален статус, образователен опит, психично здраве и културни ценности на клиента дава възможност за изграждане на реалистични и приложими стратегии за развитие (Zoabi & Gal, 2020). С умение да преценява и реагира на вербалните и невербалните сигнали социалният работник може активно да насърчава клиентите, да засилва чувството им за компетентност и да подкрепя поетите стъпки за промяна. Така ролята на професионалиста се трансформира от консултант в партньор по пътя към личностна и социална реализация (Disney & Carnes, 2022).

Препоръки за практика и обучение

Усъвършенстването на обучителните програми за социални работници изисква внедряването на иновативни, интерактивни и адаптивни подходи, които да отговарят на динамичните нужди на съвременното общество и спецификите на целевите групи като безработните. Една перспективна идея е интегрирането на симулационни центрове, в които обучаемите могат да тестват различни техники за мотивационно интервюиране чрез виртуална реалност или ролева игра със специално обучени актьори-клиенти. Това позволява реалистична практика в контролирана среда, където грешките са средство за учене, а обратната връзка е незабавна и многопластова, както от преподаватели, така и от софтуер, анализиращ невербалната комуникация и емоционалната динамика на ситуацията.

Друг иновативен аспект е използването на микро-обучения с кратки видеолекции и интерактивни казуси, които могат да се прилагат и да се персонализират според индивидуалния стил на учене и текущите професионални предизвикателства на социалния работник. Практиката на обучение чрез колеги, които си разменят ролите на консултант и клиент, осигурява постоянен поток от супервизия и подкрепа дори извън формалните структури. Освен това внедряването на анонимни онлайн платформи за обмен на трудни казуси и споделяне на добри практики би могло да промени традиционния модел на супервизия, да намали усещането за изолация и да насърчи откритостта към професионално развитие. Такива новаторски подходи дават възможност за по-гъвкаво, ефективно и устойчиво изграждане на ключови психологически и мотивационни умения в социалната работа (Beesley et al., 2024; Beloeva & Venelinova, 2024).

Прилагането на „рефлексивни лаборатории“ в обучението и супервизията може да бъде мощен катализатор за професионално усъвършенстване. В рамките на такъв формат социалните работници участват в редовни сесии за саморефлексия, в които анализират собствени консултативни казуси,

емоционални реакции и решения чрез водене на дневници, групови дискусии и визуално проследяване на психологически процеси. Тази практика позволява съзнателно откриване и коригиране на лични стилистични бариери, модели на комуникация или зона на несигурност. Осигурява се безопасно пространство за експериментиране с нови техники, където моделът на учене е цикличен, а подкрепата идва не само от супервайзъри, но и от цялата професионална общност (Collins et al., 2025; Government Support for Social Workers, 2025).

Въвеждането на менторство с участието на специалисти от други професионални сфери означава социалните работници да получават подкрепа, съвети и обучение от експерти, които работят например в психотерапията, образованието, бизнес консултирането или здравеопазването. Така те могат да се възползват от чуждия опит, да научат нови методи и гледни точки за работа с хора, които често не се преподават в традиционните програми за социална работа. Този подход разширява професионалния кръгзор, насърчава иновативното мислене и подпомага социалните работници да откриват и прилагат нестандартни решения в ежедневната си практика (O'Donoghue, 2003).

Заклучение

Психологическите умения и мотивационното интервюиране са ключови елементи в професионалния арсенал на социалния работник, особено при консултиране на безработни лица. Те подпомагат изграждането на доверие, активирането на личния потенциал и преодоляването на бариерите към промяната, като осигуряват подкрепяща среда за социална и професионална реинтеграция. Прилагането на мотивационното интервю чрез стъпки като ангажиране, фокусиране, пробуждане и планиране позволява социалният работник ефективно да съдейства за изграждане на вътрешна мотивация у клиента и постигане на устойчиви резултати. В съвременната социална работа успешното съчетаване на индивидуален стил, професионална гъвкавост и готовност за учене води не само до подобрени резултати за клиентите, но и до

повишена професионална удовлетвореност и устойчивост на социалния работник.

Литература

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman and Company.

Beesley, P., Watts, L., & Harrison, M. (2024). Collaborative experiential learning in social work practice learning: A narrative inquiry into social work student supervision. *Social Work Education*, 43(1), 71-91. <https://doi.org/10.1080/02615479.2023.2245837>

Beloeva, S., & Venelinova, N. (2024). Conceptual model of training in remote virtual supervision in social work. *Strategies for Policy in Science and Education*, 32(5s), 65-76. <https://doi.org/10.53656/str2024-5s-6-con>

Beddoe, L. (2010). Surveillance or reflection: Professional supervision in 'the risk society'. *British Journal of Social Work*, 40(4), 1279–1296. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq018>

Boyatzis, R. E. (2009). Competencies as a behavioral approach to emotional intelligence. *Journal of Management Development*, 28(9), 749–770. <https://doi.org/10.1108/02621710910987647>

Collins, C. R., Sauce, H., Wafer, A., & Guzman, E. (2025). Using reflective journaling in supervision as a means of promoting self-care practices. *Social Work*, swaf019. <https://doi.org/10.1093/sw/swaf019>.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 49(3), 182–185. <https://doi.org/10.1037/a0012801>.

Disney, L., & Carnes, S. (2022). But culturally competent for whom? Ethics and cross-cultural dilemmas in COVID-era social work. *International Journal of Social Work Values and Ethics*, 19(2), 209-226. doi: 10.55521/10-019-212

Domakin, A. (2015). The Importance of Practice Learning in Social Work: Do We Practice What We Preach? *Social Work Education*, 34(4), 399–413. <https://doi.org/10.1080/02615479.2015.1031641>

Gerdes, K. E., & Segal, E. A. (2009). A Social Work Model of Empathy. *Advances in Social Work*, 10(2), 114–127. <https://doi.org/10.18060/164>

Goleman, D. (2011). *The brain and emotional intelligence: New insights*. Northampton: More Than Sound.

Government Support for Social Workers. (2025). Promoting psychological safety. Support for social workers. Retrieved August 15, 2025, from <https://support-for-social-workers.education.gov.uk/employer-standards/standard-5/promoting-psychological-safety>

Graham, J. R., Shier, M. L., & Nicholas, D. (2017). Workplace factors that predict psychological distress in social workers in Canada. *International Social Work*, 60(4), 974–989. <https://doi.org/10.1177/0020872815594227>

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91–111. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143833>

Holland, S. (2011). *Practical Social Work Skills* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.

Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137–160. <https://doi.org/10.1177/1049731509347850>

McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53–76. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Morrison, T. (2007). Emotional intelligence, emotion and social work: Context, characteristics, complications and contribution. *British Journal of Social Work*, 37(2), 245–263. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl327>

O'Donoghue, K. (2003). Social workers and cross-disciplinary supervision. *School of Sociology, Social Policy and Social Work, Massey University*. Retrieved September 25, 2025, from <https://www.geocities.ws/kieranodsw/crossdisciplinarysup.PDF>.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61, 101860. <https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>.

Sheafor, B. W., & Horejsi, C. R. (2012). *Techniques and Guidelines for Social Work Practice* (9th ed.). Boston: Pearson.

Wanberg, C. R. (2012). The individual experience of unemployment. *Annual Review of Psychology*, 63, 369–396. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-120710-100500>.

Zoabi, K., & Gal, I. (2020). Empowerment Potential of Social Work Techniques among. *Global social work: cutting edge issues and critical reflections*, 51.

✉ **Доц. Филип Филипов, д.пс.**

Медицински университет - Плевен

Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

Адрес: гр. Плевен, ул. „Св. Климент Охридски“ № 1

e-mail: filip.iv.filipov@abv.bg

СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ ПРИ МЛАДИ ПАЦИЕНТИ: ПРОМЕНИ В ТЕНДЕНЦИЯТА И НЕДООЦЕНЕНИ ПРИЧИНИ

С. Аврамова, Н. Димова

Медицински университет - Плевен, Катедра “Пропадевтика на вътрешните болести”

HEART FAILURE IN YOUNGER PATIENTS: CHANGING TRENDS AND OVERLOOKED CAUSES

S. Avramova, N. Dimova

Medical University – Pleven, Department of Propaedeutics of Internal Diseases

ABSTRACT: Heart failure (HF) is traditionally considered a disease of older adults. However, recent epidemiological data indicate a growing burden of HF in younger populations worldwide. The causes are diverse, ranging from genetic cardiomyopathies and myocarditis to lifestyle-driven conditions such as hypertension, ischemic heart disease, and substance abuse. This article reviews the changing trends in HF incidence among young adults, highlights the most frequent and overlooked etiologies, and discusses underlying drivers of the trend. Recognition of these patterns is critical for early diagnosis, targeted prevention, and appropriate management strategies.

Key words: Heart failure, Young patients, Etiology

Introduction

Heart failure is a major cause of morbidity and mortality globally, with rising prevalence across all age groups. Historically, HF has been regarded as a disease of the elderly, most often associated with ischemic heart disease and chronic hypertension. Yet, in the past three decades, an alarming shift has been observed: the incidence of HF in adults under 50 years of age is increasing in many parts of the world.

This trend has profound clinical and social implications. HF in young adults not only leads to premature disability but also places a long-term burden on healthcare systems and society due to loss of productivity. Understanding the underlying causes and drivers of this phenomenon is therefore essential.

Epidemiology: Is Heart Failure in the Young Increasing? Global Data

Between 1990 and 2021, the number of adults aged 20–49 living with HF rose from **3.36 million to 6.14 million worldwide**. The age-standardized prevalence increased from **160 to 183 per 100,000** individuals. Cardiomyopathy, myocarditis, ischemic heart disease, and hypertensive heart disease remain the most common causes, but disorders related to substance use and metabolic disease have also grown rapidly.

Regional Data

1. **France (2013–2018):** In a nationwide study of nearly 1.5 million HF hospitalizations, **4.7%** of patients were aged 18–50 years. The incidence of HF in young adults rose significantly during this period, especially among men aged 36–50, with ischemic heart disease the predominant cause in older cohorts and non-ischemic etiologies more common in those under 35.

2. **Sweden (1987–2006):** The incidence of HF increased by **50% among 18–34-year-olds** and **43% among 35–44-year-olds** over two decades.

3. **United States (CARDIA study):** In a 20-year follow-up of adults aged 18–30, HF incidence was significantly higher in Black participants compared to whites, strongly linked to uncontrolled hypertension, obesity, and diabetes.

Together, these data confirm that HF in the young is no longer rare, and its incidence is rising in parallel with shifts in cardiovascular risk profiles.

Major Causes of Heart Failure in Younger Patients

1. Cardiomyopathies and Genetic Disorders

Genetic cardiomyopathies are among the most important causes of HF in the young.

1. **Hypertrophic cardiomyopathy (HCM)** is the most common inherited heart disease, with a prevalence of 1 in 500. It often remains

asymptomatic until the third or fourth decade of life, when it may manifest as HF, arrhythmias, or sudden cardiac death.

2. **Dilated cardiomyopathy (DCM)** may be familial or secondary to alcohol, viral infection, or autoimmune disease.

3. **Arrhythmogenic cardiomyopathy (ACM)** is particularly prevalent among young athletes, where repetitive endurance exercise can accelerate disease progression.

2. Myocarditis

Myocarditis is a frequent but often underdiagnosed cause of HF in the young, particularly in men aged 20–40. Viral infections (including SARS-CoV-2) are leading triggers. Myocarditis accounts for up to **20% of sudden cardiac deaths** in young adults and may progress to dilated cardiomyopathy.

3. Ischemic Heart Disease (IHD)

Although ischemic HF is classically a disease of older men, its incidence among younger adults is increasing. Early atherosclerosis, accelerated by smoking, diabetes, obesity, and dyslipidemia, can lead to premature coronary artery disease. The French and Swedish datasets demonstrate that IHD now accounts for a significant proportion of HF cases in individuals aged 36–50.

4. Hypertensive Heart Disease

Hypertension precedes HF in up to **90% of cases** and remains one of the most common underlying causes. Importantly, hypertension is increasingly seen in young adults due to obesity, sedentary lifestyles, and dietary risk factors. Left ventricular hypertrophy and diastolic dysfunction can develop silently for years before symptomatic HF emerges.

5. Congenital Heart Disease (CHD) Survivors

Advances in pediatric cardiology and surgery have markedly improved survival in children born with congenital heart defects. However, these patients face

a **nine-fold higher lifetime risk of HF**, often presenting decades earlier than the general population. Children with CHD are estimated to have a **220-fold higher risk** of developing HF compared to peers without CHD.

6. Substance Use and Toxicity

Alcohol, cocaine, and methamphetamine are well-documented causes of cardiomyopathy and HF in young adults. Alcoholic cardiomyopathy typically arises after years of heavy consumption, while cocaine and methamphetamine can cause acute toxicity, arrhythmias, and dilated cardiomyopathy. Drug-related cardiomyopathy is a growing contributor to HF in regions with high substance abuse rates.

7. Tachycardia-Induced Cardiomyopathy

Sustained arrhythmias such as atrial fibrillation, atrial flutter, or supraventricular tachycardia can lead to reversible HF if untreated. Recognition of this form is critical because timely rhythm or rate control may fully restore cardiac function.

8. Emerging and Environmental Causes

Recent literature has emphasized the role of metabolic syndrome, autoimmune diseases, chronic infections, and environmental pollutants. The COVID-19 pandemic has further drawn attention to viral myocarditis and post-infectious inflammatory syndromes as contributors to HF in young adults.

Why Is Heart Failure in the Young Increasing?

Several factors explain the observed epidemiological shift:

1. **Rising burden of risk factors** – Obesity, hypertension, and diabetes are increasingly prevalent in adolescents and young adults.
2. **Improved survival of CHD patients** – More children born with complex congenital heart disease now survive into adulthood, carrying

long- term risk of HF.

3. **Substance abuse** – Alcohol and recreational drugs are increasingly recognized as toxic contributors to HF.

4. **Better diagnosis and awareness** – Improved imaging and biomarker use have increased detection rates, especially of myocarditis and cardiomyopathies.

5. **Environmental and lifestyle changes** – Sedentary lifestyles, stress, and pollution contribute to metabolic and cardiovascular strain at younger ages.

Clinical Implications

The rising incidence of HF in younger adults has important consequences:

1. **Delayed diagnosis:** Young patients are often misdiagnosed because

HF is considered “unlikely” at their age.

2. **Aggressive disease course:** HF in the young is often more advanced at diagnosis due to delayed recognition.

3. **Social impact:** The loss of productivity and long-term disability disproportionately affect this age group.

4. **Healthcare planning:** With projected increases through 2035, strategies tailored to young populations are urgently needed.

Strategies for Prevention and Early Recognition

a. **Early screening for hypertension and metabolic syndrome** in adolescents and young adults.

b. **Awareness campaigns** targeting primary care providers to recognize HF symptoms in younger age groups.

c. **Specialized follow-up programs** for congenital heart disease

survivors.

d. **Lifestyle interventions** addressing diet, physical activity, and alcohol/drug abuse.

e. **Investment in registries and research** focused specifically on young-onset HF.

Conclusion

Heart failure in younger adults is no longer an anomaly but an emerging public health challenge. The rising incidence is driven by both traditional risk factors — hypertension, ischemic heart disease, obesity—and overlooked causes such as myocarditis, genetic cardiomyopathies, and substance abuse. Increased survival of congenital heart disease patients has also contributed.

Recognizing the shifting epidemiology of HF is essential for clinicians, policymakers, and researchers. Early detection, risk factor management, and targeted surveillance of high-risk groups are necessary to mitigate the growing burden of HF in young adults.

References (Citations)

Chen S, Zhang Y, Xu M, et al. *Global burden and trends of heart failure in young adults aged 20–49 years from 1990 to 2021: Results from the Global Burden of Disease Study 2021*. Front Cardiovasc Med. 2024;11:1334667. doi:10.3389/fcvm.2024.1334667

Duflos C, Delmas C, Roubille F, et al. *Heart failure in young adults: 5-year trends in incidence, aetiology, and case fatality in France, 2013–2018*. ESC Heart Fail. 2023;10(1):517–529. doi:10.1002/ehf2.14213

Rosengren A, et al. *Incidence of heart failure in young adults: increasing trend in Sweden, 1987–2006*. Eur J Heart Fail. 2013;15(8):885–892. doi:10.1093/eurjhf/hft046

Bibbins-Domingo K, et al. *Racial differences in incident heart failure among young adults*. N Engl J Med. 2009;360(12):1179–1190. doi:10.1056/NEJMoa0807265

Marelli AJ, et al. *Lifetime prevalence of congenital heart disease in adults and children: estimates from 2000 to 2010*. Circulation. 2014;130(9):749–756. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.113.008396

Bozkurt B, et al. *Current diagnostic and treatment strategies for specific dilated cardiomyopathies: a scientific statement from the American Heart Association*. Circulation. 2016;134(23):e579–e646. doi:10.1161/CIR.0000000000000455

Caforio AL, et al. *Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and*
345

therapy of myocarditis: a position statement of the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. Eur Heart J. 2013;34(33):2636–2648. doi:10.1093/eurheartj/eh210

Virani SS, et al. *Heart failure in young adults: current perspectives and future directions.* World J Cardiol. 2025;17(4):104717. doi:10.4330/wjc.v17.i4.104717

АКУШЕРСКИ ГРИЖИ СЛЕД ПРОЛАПС НА РЪКА НА ПЛОДА ПО ВРЕМЕ НА РАЖДАНЕТО: КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Б. Стефанова¹, П. Дилова²

Медицински университет – Плевен, факултет „Здравни грижи“

¹специалност „Акушерка“

²катедра „Акушерски грижи“

MIDWIFERY CARE FOR AFTER FETAL HAND PROLAPSE: A CASE REPORT

B. Stefanova ¹, P. Dilova ²

¹ Medical University-Pleven, specialty “Midwife”, ² Medical University-Pleven, Department of
Midwifery

ABSTRACT: Fetal hand prolapse is a rare high-risk pathology in which timely diagnosis and prompt action are critical to prevent adverse outcomes. The purpose of this report is to present a case of a 32-year-old pregnant woman, sixth unmonitored pregnancy, with fetal hand prolapse. Data from the medical documentation and an interview with the patient were used. The woman was admitted urgently with a complaint of severe abdominal pain, leaking green amniotic fluid, and had not felt the baby's movements for 3 days. The fetus's hand was found in the vagina and the baby's heart sounds were absent. The patient's deteriorating general condition necessitated an urgent Sectio Caesarea. After delivery, the woman was under active surveillance and resuscitation measures were performed. Lack of prenatal care and monitoring can lead to risky conditions for the mother and fetal loss. Timely diagnosis and adequate treatment ensure a recovery of the patient.

Keywords: pregnancy, pathology, prolapse, midwife, care

Въведение

Преждевременното пукване на околоплодния мехур е често усложнение по време на бременността. То е свързано с висок риск от пролапс на пъпна връв и дребни части на плода, особено при напречно предлежание (Lewis D. et al, 2007). Пролапсът на ръка на плода е рядко срещана, но високо рискова патология по време на бременността както за майката, така и за плода. Пролапсът на ръка на плода е тежко патологично състояние, което се характеризира с пролабиране на ръката на плода през родовия канал в хода на раждането. Причините, които могат да доведат до това усложнение, са: неправилни предлежания на плода; преждевременна руптура на околоплодния мехур (ПРОМ) преди 37 г.с.; polyhydramnion- многоводие; фетален дистрес

синдром или аномалии на плода, които да доведат до необичайни положения на плода (Fabamwo. A et all, 2008).

Това състояние може да доведе до значителни усложнения както за майката, така и за плода, като примери за такива са: руптура на матката, която по-често се среща при жени с минало оперативно раждане, при което има наличие на цикатрикс върху матката; фетален дистрес синдром – пролабиралата ръка може да доведе до притискане на пъпната връв, което от своя страна да доведе до влошен приток на кръв и кислород към плода; родилен травматизъм, който варира от леки натъртвания до тежки разкъсвания и фрактури.

Акушерското поведение винаги включва незабавни действия, за да се намали рискът от усложнения с цел да се запази животът на майката и на плода. То зависи от състоянието на майката и плода, като често се наблюдава тежка кръвозагуба и интраутеринна смърт. Поведението може да включва: спешно оперативно родоразрешение; внимателно репониране на пролабиралата ръка; активно наблюдение на майката и непрекъснат кардиотокографски запис на плода, за да се проследява за признаци на страдание.

Според Американския колеж по акушерство и гинекология (ACOG) бързото разпознаване и управление на усложненията по време на раждането са от решаващо значение за предотвратяване на неблагоприятни резултати (ACOG, 2016). Световната здравна организация (СЗО) също подчертава значението на квалифицираното обслужване при раждане и спешната акушерска помощ за справяне с усложнения като пролапс по време на раждане.

Материали и методи

Проведено е активно наблюдение и структурирани интервюта с пациентката по време на престоя в Отделение по Рискава бременност в УМБАЛ „Георги Странски“, като също така са осъществени и консултации с психолога в болницата. След изписването на пациентката се поддържа

комуникация с нея и се очакват резултатите от хистологията на плацентата и аутопсията на плода, след което те ще ѝ бъдат съобщени.

Обсъждане

Представям 39 г. пациентка с шеста подред бременност в 32 г.с., която постъпва по спешност в Отделение по Рискова бременност на УМБАЛ “Георги Странски” Плевен ЕАД заради силни болки в областта на корема и изтичаща околоплодна течност със зеленикав цвят.

По данни на пациентката се касае за шеста бременност, която не е проследявана от АГ специалист. Миналите бременности са завършили *per vias naturales*, като първото дете е родено с установени сърдечни клапни проблеми, които са унаследени от дядото по бащина линия. Съобщава за хроничен бронхит като придружаващо заболяване, очни проблеми – кривогледство, а след направени лабораторни изследвания е открита и вторична анемия. При постъпването на пациентката тя съобщава, че не е усещала детски движения от три дни, а след направен кардиотокографски запис не са аускултирани ДСТ, като се наблюдава добра родилна дейност. От влагалищен преглед се установява пролапс на дребна част на плода – лява ръка, пълно разширение на маточната шийка и продължаваща изтичаща околоплодна течност.

Лечението и акушерските грижи са осъществени в следната последователност:

1. Предоперативна подготовка на пациентката: направен ЕКГ-запис, а с помощта на ултразвуковата диагностика се доказва интраутеринната смърт и напречното положение на плода. От направените лабораторните изследвания е определена кръвна група В+ (положителна) и са установени Hb 86g/L, ARTT-20, фибриноген – 4.9g/L и Д.Димери-7,66g/L. Поради влошено общо състояние на бременната тя е отведена в операционната зала за спешно *sectio Caesarea*.

2. По време на родоразрешението: Ръката на плода е репонирана и е направено вътрешно верзио. Плодът е от женски пол, отговарящ на 34 г.с., 37

cm и с тегло 2190 gr без видни аномалии и малоформации. Плацентата е прикрепена по предната маточна стена и след операцията е изпратена за хистологично изследване, а плодът – за аутопсия. След операцията на пациентката е поставен редон дрен и е отведена в отделение по Рискова бременност.

3. Специални грижи за пациентката в следоперативния период: Поставена е под активно наблюдение и е назначена спешна хемотрансфузия, при която са преляти два сака – единият е с еритроцитна маса, а другият е с прясно замразена плазма (ПЗП). По лекарско назначение медикаментите, които са назначени, са Medaxon, Methylprednisolone, Fraxeparine, Nivalin, Urbason, Atropine и Busculisin. През втория ден след родоразрешението е направена повторна хемотрансфузия отново с един сак с ПЗП и еритроцитна маса, при която пациентката повишава телесната си температура – 37,5 градуса. През третия ден поради неизпускане на газове на пациентката е поставена газова тръба. Захранването се осъществява през четвъртия ден, като раздвижването също настъпва късно. Освен изпълненията на назначенията се наблюдава общото ѝ състояние и се изследват редовно основните жизнени показатели – проследяват се дефекацията и спонтанното изпускане на газове, наблюдават се катетърът и дренажът и се оценява съдържимото им, полагат се грижи за оперативната рана. След 7-дневен престой в отделението пациентката е изписана в добро общо състояние, без наличие на усложнения и оплаквания, а раната е спокойна и зараства първично. От хистологичното изследване на плацентата и аутопсията на плода се очакват резултати.

4. Психоемоционална подкрепа на пациентката: По време на престоя на пациентката в отделението по Рискова бременност са осъществени консултации с болничния психолог. Не е прекъсната комуникацията с близките ѝ, като редовно са осъществявани посещения от тях. Акушерките и студентите от Медицински университет Плевен са комуникирали активно с нея, което изгражда доверие между тях и пациентката. След изписването ѝ се

осъществяват веднъж месечно телефонни разговори, за да се проследява психо-емоционално ѝ състояние.

Заклучение

Съвременната лекарска намеса и адекватните акушерски грижи в подобни ситуации по време и през следоперативния период са гаранция за запазването на живота на майката въпреки загубата на плода.

Литература:

- ACOG. (2016). *Premature rupture of membranes*. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics Practice bulletin no. 172: Obstet Gynecol. 2016; 128:e165–77.
- Dimitrov, A. (2020). Akusherstvo. Part V: 38.4.3 *Complications during vaginal birth: Situs obliquus et situs transversus*. ARSO, 324-326.
- Fabamwo, A et all (2008). *Preterm Premature Rupture Of Membrane With Hand Prolapse*. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. 2008; 11 (1) .
- Kim, M. et all (2018). *An extremely rare case of hand prolapse with preterm premature rupture in the membrane of one twin*. Obstet Gynecol Sci. 2018 May; 61(3):413-416.
- Lewis D, A. Robichaux, R. Jaekle. (2007). *Expectant management of preterm premature rupture of membranes and nonvertex presentatio : what are the risks?* Am J Obstet Gynecol. 2007;196: 566.e1-6.

СПЕЦИФИКА НА ОБУЧЕНИЕТО ПО БЪЛГАРСКИ ЕЗИК В АНГЛОЕЗИЧНАТА И БЪЛГАРОЕЗИЧНАТА ПРОГРАМА ЗА СТУДЕНТИ ПО МЕДИЦИНА

Т. Вълова

Медицински университет – Плевен, катедра „Социални и фармацевтични дейности“

SPECIFICS OF BULGARIAN LANGUAGE TEACHING IN ENGLISH AND BULGARIAN LANGUAGE PROGRAMS FOR MEDICAL PROFESSIONALS

T. Valova

Medical University – Pleven, Department „Social and Pharmaceutical Care“

ABSTRACT: *This study examines the specifics of teaching Bulgarian as a foreign language within the medical programs (English-medium and Bulgarian-medium) at Medical University – Pleven. It analyzes the educational objectives, methods, and content of the course, as well as the linguistic and communicative needs of students in the context of professional medical practice. The study takes into account the particularities of the bilingual educational environment and its impact on motivation to acquire and use Bulgarian in real clinical situations. Emphasis is placed on the necessity to develop terminological, discourse, and intercultural competencies to facilitate effective communication between future medical professionals and patients within the Bulgarian-speaking healthcare system. The application of a pedagogical model aimed at integrating language instruction with specialized medical training and enhancing motivation through communicative and situational approaches is substantiated.*

Keywords: Bulgarian as a Foreign Language, medical communication, international students

Въведение

Обучението по български език като втори (чужд) във висшето медицинско училище е педагогическа дисциплина, ситуирана в рамките на тясно профилирана област от българското езиково пространство – овладяване на специализиран език и неговото използване за нуждите на медицинската комуникация. Дисциплината е задължителна в българоезичната и в англоезичната програма на МУ-Плевен.

Цели

Настоящият доклад има следните цели:

1. Да анализира спецификата на обучението по български език като чужд (втори) език в англогезичната и в българогезичната програма на Медицински университет – Плевен (МУ-Плевен).
2. Да изследва трудностите и предизвикателствата, пред които се изправят чуждестранните студенти при овладяване на българския език в контекста на клиничната и болничната комуникация.
3. Да проследи ролята на обучението по български език за формирането на професионални комуникативни умения, необходими за ефективно взаимодействие с пациенти и медицински персонал в реална здравна среда.
4. Да представи и обоснове хипотезата, че обучението по български език е ключов компонент в академичната и професионалната подготовка на чуждестранните студенти по медицина.

Материали и методи

Представеното изследване е с теоретико-приложна насоченост и се основава на качествен анализ на учебния процес по дисциплината „Български език“ като втори (чужд) език в МУ-Плевен, провеждан в рамките на англогезичната и в българогезичната програма в специалност „Медицина“. В основата на проучването и анализа са включени:

- Официални учебни програми и учебни планове, регламентиращи преподаването на български език в двете форми на обучение;
- Учебни материали и ресурси, използвани в процеса на езиковата подготовка;
- Наблюдения върху реалния учебен процес, включително упражнения, практически занятия и стажове;
- Анализ на трудности и постижения, споделяни от чуждестранни студенти в хода на обучението им в клинична среда.

Изследователският подход е дескриптивно-аналитичен, като се използва методът на качествено съдържателно наблюдение и обобщение. Чрез компаративен анализ се разглеждат приликите и разликите между двете програми по отношение на:

- образователните цели;
- степента на интеграция на езиковото обучение с клиничната практика;
- влиянието на многоезичната среда;
- факторите, влияещи върху мотивацията и резултатността на студентите.

Допълнително в процеса на изследването са отчетени психолингвистични и социолингвистични аспекти, влияещи върху овладяването на езика в медицински контекст.

Резултати и обсъждане

Обучението по български език като втори (чужд) език във висшето медицинско образование представлява педагогическа дисциплина, фокусирана върху усвояването и прилагането на специализиран език в контекста на медицинската комуникация. Тя е неразделна част от учебния план както в българоезичната, така и в англоезичната програма на Медицински университет – Плевен.

В англоезичната програма всички дисциплини се преподават на английски език, а в българоезична програма преподаването е изцяло на български език. Българоезичната програма на практика също се явява чуждоезична за участващите в нея студенти – носители на друг славянски език.

Учебната програма по „Български език“ в специалност „Медицина“ е създадена върху основата на европейските стандарти за професионална чуждоезикова подготовка. Международните стандарти поставят акцент върху развиването на комуникативните умения слушане, говорене, четене и писане и дават възможност за адаптиране на учебните програми към специфичните

професионални области. Когато става въпрос за медицински цели, това означава, че учебната програма трябва да бъде специализирана и да обхваща специфичен лексикон, термини и комуникационни умения, които са необходими за осъществяване на ефективно общуване в здравеопазването.

Програмата по български език за медицински цели се интегрира с образователната философия, която формира модела на взаимоотношенията между лекар и пациент. В дисциплината студентите не само овладяват определени знания и умения, но и се подготвят за тяхното прилагане в същинската вербална комуникация между лекаря и пациента. Учебната програма обединява езиково обучение, запознаване със специализирана лексика и формира умения за употреба на клиничния речник при общуване с пациенти и медицински персонал. Усвояването на посочените умения се постига чрез участие в симулирана комуникация – в диалогични ситуации с пациенти и колеги. В диалозите със здравни специалисти се обръща внимание на тясно специализираните аспекти на комуникацията. Акцент се поставя върху уместното използване на специализирани термини. Обратно, в контекста на изграждане на способност да се изслушва болният и формиране на умения да се възприемат и разбират както думите, така и емоциите на пациента „концептуализацията на болестта и свързаните с нея понятия е различна в българския език и в другите езици“ (Chomakovska, 2021, p. 229). В хода на медицинския диалог се достига до единна интерпретация на смисъла. В резултат на взаимното разбиране се оформя съвместна гледна точка по отношение на лечението, набелязва се терапевтичен план. В своето монографично изследване на конфликтите на интерпретациите в сферата на здравеопазването и в лечебния процес социологът В. Ivkov изтъква, че при „превода“ на разказа на пациента на езика на теоретичното обосноваване лекарят предприема селективен подход, който отразява неговите професионални решения. Това може да се определи като „активно създаване на значения на болестта в диалог с пациента“ (Ivkov, 2015, p. 15). С други

думи, в симулацията на разговори с пациенти вниманието на студентите се насочва към възприемане и интерпретация на здравните съобщения, както и върху извличането на смисъл и създаването на значение в медицинското интервю.

Обучението в рамките на предвидения хорариум се осъществява в две направления – общоупотребим и специализиран български език.

Курсът по общоупотребим български език обхваща първите три семестъра и съдържа 37 урочни единици. Те са структурирани по следния начин: диалог, представяне на граматичен материал, лексико-граматични упражнения и наративни текстове. Фокусът на учебната програма е насочен към развитието на основните комуникативни умения – четене, писане, говорене и слушане. Предвижда се усвояването на граматически правила, лексикални знания от общ характер, ортография, синтаксис и стилистика, необходими за правилното използване на езика в различни комуникативни ситуации. Освен това обучението се стреми да развие способността за разбиране и интерпретиране на текстове. Постепенно се въвеждат фрази за речев етикет, социален етикет, географска и културно-историческа информация, които дават възможност на студентите да се ориентират в особеностите на българската култура и общество. Чрез практически упражнения за устна и писмена комуникация се изграждат умения за ефективно изразяване и взаимодействие в академична и социална среда. На това първо ниво обучението развива езикови умения за ежедневна комуникация, които не зависят от спецификата на специалността.

Другото направление е обучението по специализиран български език, което започва през втория семестър на втората година и следва тясната профилираност на обучителния курс. Фокусът на учебната програма е насочен към специализирания речник, терминологията и функционалната граматика. Медицинските термини се научават чрез разглеждане на текстове, базирани на предклиничен материал и на клинична комуникация. Акцентът е върху

специализирани термини, колокации и речеви конструкции за изразяване на структура и функция на органи, описание на процеси на лечение и други. Обучителните дейности са насочени към четене с разбиране на академичен текст на български език. Поставят се задачи за продуктивно прилагане на вече придобитите от студентите фонетични, морфологични, синтактични и лексикални знания за езика в първия етап на езиковия курс.

Овладеяването на клиничния езиков регистър е отправна точка за последващото развитие и усъвършенстване на комуникативната компетентност на студентите за общуване с пациентите. Специализираната лексика от предклиниката и клиниката се въвежда чрез автентични речеви материали от съответните дисциплини и от лекарските кабинети. През втората година на обучението придобитите знания за езика се надграждат чрез анализи на различни видове текстове.

Анализът на някои емпирични изследвания сочи, че голяма част от студентите предпочитат да използват своя първи език или езика-медиатор в ежедневието, което според тях повлиява върху постиженията им при овладяването на изучавания език. Изучаването на български език във висшето медицинско училище е ключов инструмент за академичната и за професионалната подготовка на бъдещите медици. Основната цел на обучението е да подпомогне формирането на комуникативни умения у чуждестранните студенти, необходими за професионално общуване в българоезична здравна среда. Предварителните им нагласи са, че, участвайки в англоезична програма по медицина, те биха могли да общуват и извън университета на английски език. Очакванията им се сблъскват с реалността в клиничната практика, където ефективното общуване с пациенти и медицински персонал изисква владение на официалния език. Голяма част от обучаваните споделят, че срещат затруднения в болничната комуникация поради ситуативната обусловеност на медицинските диалози. По време на упражненията, учебната практика и стажа студентите често се сблъскват с

недостатъчно време, за да активират наличния си лексикален запас. Това ги стимулира да прибегват до медицински жаргон и да употребяват гръцко-латински термини и фрази от високия медицински регистър, които, макар и професионално точни, са трудни за разбиране от пациентите. Професионалната терминология е позната на студентите от специализираната подготовка по латински език и по клиничните дисциплини и студентите са по-уверени при нейното използване.

По време на изпълнение на бъдещите професионални задължения в болничната среда се появяват бариери в комуникацията, тъй като пациентите не винаги разбират сложната терминология, а практикантите често не владеят езиковите и комуникативните умения на достатъчно високо ниво, за да адаптират изказванията си към потребителите на медицински услуги – неспециалисти, по-малко образовани пациенти или лица от маргинализирани и малцинствени общности. Липсата на умения да използват достъпни синоними, метафори и сравнения допълнително затруднява студентите да общуват с пациентите на подходящ езиков регистър.

В упражненията по български език студентите получават специализирана езикова подготовка с цел адекватно и пълноценно участие в учебния процес по основните предклинични и клинични дисциплини в специалността. Задачите в своята комплексност и разнообразност са насочени към формиране на езикови знания и комуникативни компетентности според Общата европейска езикова рамка (ОЕЕР). Съобразени са изцяло със специфичните потребности на студентите. Дейностите и упражненията са подбрани с фокус върху развитието на рецептивните умения слушане/четене и продуктивните умения говорене/писане, както и върху изграждането на граматични и лексикални компетентности, отговарящи на съответното езиково ниво.

Овладеяването на езика, свързано с изграждане на умения и навици да се използва резултатно за общуване в реални житейски и професионални ситуации, е водещ принцип на комуникативния подход. Подходът създава

условия да се развият умения за говорене и разбиране на устната реч. Поради това в съдържанието на учебните модули са включени конкретни медицински диалози. Тъй като обучението по профилираните дисциплини в англоезичната програма е изцяло на английски език, акцентите са поставени както върху усвояването на термини и терминологични знания, така и върху четене с разбиране на научни текстове, включващи теми от клиниката и предклиниката. Комуникативните упражнения са широко използвани.

В българоезичната програма присъстват всички изброени елементи, но по-слабо са застъпени знанията по общоупотребим български език, който обслужва всекидневното общуване на изучаващите го. В двете учебни програми е включена предклинична терминология от някои специализирани дисциплини: анатомия и физиология на човека, биология, медицинска химия и биохимия, медицинска физика и биофизика и др. Предклиниката е основата, върху която се изгражда терминологичният клиничен апарат, използван в дисциплините гастроентерология, кардиология, урология, неврология, психиатрия, токсикология, хирургия и др. Този факт е определящ за органичната свързаност на българския език с всички останали специални дисциплини в учебната програма на студентите по медицина.

Учебното съдържание обединява знания от дяловете фонетика, морфология, синтаксис и лексикология. Предлага теми по странознание, конкретни теми и материали, свързани с историята и културата на България. Индиректно се засягат някои особености на българската народопсихология.

Всеки урок съдържа лексикални и граматични задачи, упражнения за работа с диалогични и монологични текстове. Материалът е подбран и организиран по начин, който следва лексикалната, граматичната и комуникативната прогресия на съвременния български език. Постепенно се формират терминологични знания на български език, необходими за изучаване на профилните дисциплини, и комуникативни умения за общуване в медицинската практика. Тяхното изграждане също следва прогресията за

овладяване на лингвистични знания, необходими на следващия етап от обучението, в който чуждестранните студенти осъществяват комуникация в клинична среда. Лингвистичният фокус е насочен към разширяване на обема на съществуващите терминологични знания за процеси и явления. Селектирани са следните граматични единици: усвояване на въпросителни изречения, безлични конструкции, императиви, предлози и наречия за време, място, начин, количество, условие и степен, причастия, пасивни конструкции и др.

Общуването в медицинския дискурс се осъществява чрез различни по стил и жанр устни и писмени, диалогични и монологични текстове. Чрез включването на разнообразни упражнения за подреждане на реплики на лекар и пациент и номерирането им по последователност, допълване на диалози, тематично свързани със снемане на анамнеза, формулиране на въпроси и др. се постига друга ключова цел в курса по специализиран български език – придобиване на дискурсна компетентност. През втората година от обучението знанията по фонетика, морфология, синтаксис и лексика се използват като база за четене и анализ на различни видове текстове. В урочния процес се поставя акцент върху приложението на придобитите знания в контекста на медицинската комуникация. Стиловата насоченост на текстовете е разнообразна и включва както строго научни статии и изследвания, така и научнопопулярни материали, които обясняват медицински теми по достъпен начин.

Курсът включва и автентични диалози от медицинската практика, както и упражнения за възстановяване на разговори между лекари и пациенти. Диалозите съдействат за подготовката на студентите да участват в професионална комуникация. Разнообразието на материалите и подходите дава възможност на обучаваните да развият не само езиковата си компетентност, но и умения за ефективно общуване в различни

професионални ситуации, характерни за българоезичната социокултурна среда.

За разлика от ежедневната комуникация, която се осъществява в среда на носители на целевия език, обучението по български език за целите на специалност „Медицина“ в МУ-Плевен се извършва в билингвална среда – на езика цел и на езика за трансфер. Езиковата среда също следва да се разглежда като една от променливите, които влияят върху изграждането на комуникативна компетентност. Езиковата среда е ключов фактор – тя активно стимулира усвояването на чужд език и същевременно е мощен катализатор за изучаването му. В конкретния случай средата не оказва очакваното ефективно влияние поради факта, че обучението на медиците в англоезичната програма се извършва изцяло на английски език. Обучението по български език приключва след третата година на следването, което понижава мотивацията на студентите да учат и да използват езика-цел в академична и извънакадемична среда.

Характерно е и за двете групи (в англоезичната и в българоезичната програма), че не използват целевия език в ежедневието, а предпочитат да общуват на първия си език. Наблюдава се понижено ниво на индивидуална мотивация за общуване на български език. Заложеното в учебните планове ниво на езикова компетентност по специализиран български език е В2. Предвиденият хорариум обаче е недостатъчен и задаването на очаквано ниво на езикова компетентност над В1 е цел, постижима само за малка част от чуждестранните студенти. Представените факти налагат вземането на решения, които да подпомогнат учебния процес, да повишат интереса и да подобрят мотивацията.

Заклучение и благодарности

Обучението по български език за студенти по медицина в МУ–Плевен, независимо дали се провежда в англоезичната, или в българоезичната

програма, има съществена роля за формирането на комуникативна и терминологична компетентност, необходима за ефективна професионална комуникация в българоезична клинична среда. Анализът показва, че съществуват специфични предизвикателства, свързани с билингвалната учебна среда, недостатъчната езикова практика и ограничената мотивация на студентите. Езиковата подготовка е ключов фактор за преодоляване на тези затруднения. Необходима е по-целенасочена педагогическа стратегия, която да насърчава използването на български език извън учебната среда и да спомага за адаптиране на езиковите умения към реалностите на професионалната комуникация с пациентите и с медицинския персонал.

Литература

Chomakovska, B. (2021). *Starogratskite koreni v savremennata psihiatria*. V sbornik dokladi: Devetnadeseta natsionalna nauchna sesia za studenti i prepodavateli, 28-29 oktomvri 2021, Pleven: dokladi/ pod red. na Teodora Valova/ 2021: 228-236; Pleven: Izdatelski tsentar na MU-Pleven.

Ivkov, B. (2022). *Konflikt na interpretatsiite v meditsinata i zdaveopazvaneto*. Sofia: Balgarska asotsiatsia po filosofia na meditsinata.

✉ Проф. дн Теодора Вълва

Медицински университет – Плевен, Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

Телефон: служебен: +359 64 884 115;

e-mail: Teodora.Valova@mu-pleven.bg

САМООЦЕНКА НА УМЕНИЯТА ЗА ВЪЗПРИЕМАНЕ И РАЗБИРАНЕ НА ТЕКСТ ОТ СТУДЕНТИ ПО МЕДИЦИНА ПРИ ОВЛАДЯВАНЕ НА БЪЛГАРСКИ ЕЗИК КАТО ВТОРИ

Т. Вълова

Медицински университет – Плевен, катедра „Социални и фармацевтични дейности“

SELF-ASSESSMENT OF READING COMPRESSION SKILLS AMONG MEDICAL PROFESSIONALS IN SECOND LANGUAGE BULGARIAN ACQUISITION

T. Valova

Medical University – Pleven, Department „Social and Pharmaceutical Care“

ABSTRACT: *The report presents an analysis of the self-assessment of text perception and comprehension skills among international medical students. A direct anonymous survey has been conducted to measure the degree of development of the examined skill. A five-point Likert-type scale has been used, administered before and after a literary analysis of texts. To process the collected empirical data, mathematical and statistical methods were used, including the IBM SPSS statistical software, version 26.0; Student's T-test; and the Wilcoxon test. The sample consists of 300 students enrolled in English- and Bulgarian-language programs at the Medical University – Pleven. The results of the study demonstrate that the experimental training proves to be effective and practically applicable, as there is a statistically significant difference in favor of the experimental groups compared to the control groups according to the studied criteria and related indicators.*

Keywords: self-assessment, second language Bulgarian acquisition, medical professionals

Въведение

В съвременния глобализиран свят, в който културното и езиковото многообразие се поощряват и насърчават, ефективната комуникация между хора от различни култури, националности и езици се превръща в ключов фактор за успешното взаимодействие, особено в сферата на здравеопазването. През последните десетилетия България се утвърждава като предпочитана дестинация за висше образование в областта на медицината. Засилената входяща образователна мобилност поставя нови изисквания към системата на висшето медицинско образование, включително и към езиковата подготовка на чуждестранните студенти. Обучението по български език като втори (чужд) език, с фокус върху общуването с пациентите, се явява ключов фактор за

тяхната академична, клинична и социокултурна адаптация на бъдещите лекари.

Българският език има централно значение не само за усвояването на теоретичните знания, но и за изграждането на ефективни професионални комуникативни умения в контекста на общуване с пациенти, преподаватели, колеги и други медицински специалисти. Освен езикови трудности чуждестранните студенти често срещат и комуникативни и социокултурни бариери, които допълнително усложняват процеса на обучение и интеграция в българоезичната болнична и академична среда. За тяхното преодоляване в клиничния дискурс е необходим анализ на нуждите на целевата група.

Цели

Настоящото изследване има за цел да представи резултатите от анкетно проучване сред студенти, бъдещи медици, обучавани в българоезична и в англоезична програма в Медицински университет – Плевен, относно тяхната самооценка на нивото на владение на комуникативни умения при възприемане на текст, както и как то се е променило след приложението на педагогическия модел, който интегрира литературоведски анализ на художествени текстове с медицински казуси в задължителната учебна програма [1].

Материали и методи

За проучването са използвани социологически и статистически методи: статистически програмен продукт IBM SPSS, версия 26.0; T-test на Стюдънт; Wilcoxon test за свързани извадки.

Изследването е проведено в периода м. декември – м. февруари 2023 г. Проведена е пряка анонимна анкета сред 300 чуждестранни студенти. От тях 210 се обучават във втори курс, първи семестър, англоезично обучение (АЕО), а 90 – в първи курс, първи семестър на българоезично обучение (БЕО) в Медицински университет – Плевен (МУ-Плевен). Първата група студенти са от

32 държави. Втората група студенти са приети по ПМС № 103/1993 г. [2]. Те са от Р С Македония, Сърбия и Украйна. Разработената анкетна карта съдържа 18 въпроса, 15 закрити и 3 с възможност за свободно излагане на мнението. Чрез тях се проучва самооценката на чуждестранните студенти по следните критерии:

- равнище на владение на български език;
- езикови бариери при комуникацията с носители на езика;
- възприемане и разбиране на текст;
- ориентиране в комуникативната ситуация;
- честотност на употреба на сравненията;
- устойчивост (стереотипност) на сравненията.

В количествено отношение обемът на извадката от студенти е голям (300 единици), а в качествено отношение тя е релевантна на генералната съвкупност (чуждестранни студенти в МУ-Плевен). Обхванатите лица от МУ-Плевен представляват 20% от общия брой чуждестранни студенти в университета.

Ограничения

Проучването е проведено в Медицински университет – Плевен и в клиничните бази на УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен, като получените резултати и изводи се отнасят само за един медицински университет и едно здравно заведение.

Резултати и обсъждане

В резултат на проученото мнение на студентите се установяват следните резултати:

Малко над половината от респондентите (54,7%) определят като ниско и задоволително постигнатото от тях ниво по български език в края на първата година, както и отчитат сериозни дефицити в знанията си по езика-цел.

Студентите отбелязват, че срещат трудности в комуникацията с пациентите поради ситуативната обусловеност на реалните комуникативни ситуации в медицинската клинична практика. Според анкетиранияте първите три места заемат трудностите за осъществяване на ефективен вербален диалог с пациентите. По-висок ранг са получили причини като: различия в използването на езикови средства за общуване, посочени от 91% от участниците в анкетата, ниско ниво на езикови и граматически знания, избрани от 84%, и недостатъчна подготовка за логическо и езиково изграждане на текстовете, отбелязана от 81%. Над две трети от респондентите (68%) подчертават, че при снемането на анамнезата, особено на пациенти без медицинско образование, е необходимо да се използват общоразбираеми български синоними вместо професионална лексика и гръцко-латински термини, разбрани само от специалистите.

По-голямата част от анкетиранияте показват предпочитания към следните социолингвистични двойки маркери, които според тях са ключови за постигане на ефективност в професионалната комуникация на лекарите: *стегнатост и сбитост, пълнота и цялост, яснота и точност*, ранжирани на първите три места съответно от 78,0%, 77,0% и 67,0%. Използването на достъпен език от страна на медицинския специалист води до избягване на прекомерната медикализация на речта. Целенасоченото ограничаване на терминологичната сложност и адаптирането на информацията към нивото на здравна и езикова култура на пациента е един от ефективните подходи в здравната комуникация. Заместването на медицинската терминология с думи от общоупотребимата лексика спомага за по-доброто разбиране, за повишаване на доверието и улеснява информираното вземане на решения от болния.

Обобщените резултати и техният сравнителен анализ дават основание да се направи изводът, че студентите от двете програми имат сходни нива на владене на български език по ОЕЕР (Обща европейска езикова рамка) в

началото на академичната година. Това оправдава произволния избор на една експериментална и една контролна група от всяка от програмите по български език като чужд (БЕО) и английски език като чужд (АЕО) – 4 групи по 12 студенти (общо 48 студенти), с които е проведено експерименталното педагогическо изследване.

След приложението на педагогическия модел, който интегрира литературоведски анализ на художествени текстове с медицински казуси в задължителната учебна програма, е отчетена статистически значима разлика в резултатите на студентите от експерименталните групи по следните критерии:

1. Възприемане на текст и избор на верни твърдения, свързани със съдържанието на текста (таблица 1).

Приложен е Student's t-test за проверка на хипотези за наличие на статистически значима разлика между две средни величини. В таблицата са обобщените резултатите от проведените четири такива теста. Посочени са средният брой точки, дисперсия, брой студенти. В изследването се работи с риск от 5% или 0,05. В случая и четирите стойности на p-value са по-ниски от 0,05, което ни дава основание да определим разликите между всяка двойка средни като статистически значими.

Таблица 1. Резултати от извършена проверка на статистически хипотези.

Сравнение между средните резултати на студентите от съответните контролни и експериментални групи								
	<i>Входно.АЕО. КГ</i>	<i>Входно.А ЕО.ЕГ</i>	<i>Входно.БЕ О.КГ</i>	<i>Входно .БЕО.Е Г</i>	<i>Изходно. АЕО.КГ</i>	<i>Изходно.А ЕО.ЕГ</i>	<i>Изходно. БЕО.КГ</i>	<i>Изходно.БЕО .ЕГ</i>
Среден резултат	8.1	7.2	7.8	8.4	8.9	11.1	9.6	11.6
Дисперсия	0.3222	0.1778	0.6222	0.4889	0.5444	0.1000	0.4889	0.2667
t Stat	4.0249		-1.8000		-8.6662		-7.2761	
P(T<=t) one-tail	0.00039724		0.04432216		0.00000004		0.00000046	
t Critical one-tail	1.73406361		1.73406361		1.73406361		1.73406361	

От таблицата с описателните характеристики става ясно, че тази разлика е в полза на студентите от експерименталните групи и възлиза, както следва: за АЕО на 1,9 точки; за БЕО на 2,2 точки. И при двете задачи на изходно ниво по-

високи резултати показват студентите от експерименталните групи. Най-висок среден резултат имат студентите от експерименталната група на АЕО на изходно ниво – 11,1. Най-голяма разлика спрямо входно – изходно ниво се наблюдава при двойките средни резултати на студентите от БЕО, ЕГ – 3,2 точки.

2. Ориентиране в комуникативната ситуация

При сравняването на резултатите на студентите от входно-изходно ниво се използва Wilcoxon test за свързани извадки. Проведени са общо 4 теста – по един за всяка двойка студенти. В таблица 2 са поместени резултатите от Wilcoxon test. Емпиричното равнище на значимост и при четирите двойки е по-ниско от риска за грешка. Това ни дава основание да считаме, че се наблюдава статистически значима разлика в медианния брой точки от входно-изходно ниво на студентите от всяка група.

Таблица 2. Резултати от теста на Wilcoxon.

	АЕО КГ	АЕО ЕГ	БЕО КГ	БЕО ЕГ
Z	-2.2711	-2.12132	-2.2711	-2.23227
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.023141	0.033895	0.023141	0.025597

Сравнителният анализ показва увеличаване на процента на студентите ВХ.БЕО.ЕГ спрямо този на участниците в ВХ.БЕО.КГ, които се ориентират в комуникативната ситуация като комплекс от външни обстоятелства и мисловно-психологични състояния и роли на говорещите и слушащите. Промените в резултатите, констатирани при диагностичното обследване на равнището на формираност на комуникативна компетентност на студентите, са измерени чрез задачи за изследване на ориентацията им в статичните и динамичните аспекти на ситуацията за общуване.

3. Намиране и извличане на определена информация от текст

Анализът продължава с проверка на хипотеза за разлика между средни при две свързани извадки. В нашето изследване за свързани приемаме

резултатите на всяка група студенти на входно и изходно ниво, тъй като те представят едни и същи единици в два различни момента. Извършени са общо 4 проверки с Wilcoxon test за проверка на хипотези при свързани извадки (таблица 3).

Таблица 3. Емпирични равнища на значимост на проведените тестове.

	АЕО КГ	АЕО ЕГ	БЕО КГ	БЕО ЕГ
Z	-2	-2.2360	-2.2360	-2.3333
Asymp. Sig. (2-tailed)	0.0455	0.02534	0.02534	0.01963

Резултатите показват, че от всички 48 студенти само един е допуснал понижение в резултата си на изходно ниво спрямо входно ниво. Позитивни рангове се наблюдават и в четирите групи. Най-висок е броят им в последната група, където 8 от 12 студенти са повишили резултата си.

Вследствие на педагогическото взаимодействие при приложението на литературоведския анализ на художествените текстове е възможно по-силно повлияване и повишаване на уменията на студентите от експерименталните групи за намиране и извличане на определена информация от текст спрямо същите умения на студентите от контролните групи. Студентите от експерименталните групи показват по-добри умения за ориентиране в съдържанието на кратък непознат текст, както и за намиране и извличане на информация от него, диференцират правилно ключовите думи.

4. Оценяване на признака „честотност“ при употреба на сравненията

Без изключение всеки един студент от четирите групи е повишил своя резултат, което е отразено от получените резултати. Доколко това означава наличие на статистически значимо повишение в медианния резултат на студентите, можем да съдим по резултатите от следващата таблица. Тя представя емпиричните равнища на значимост на проведените тестове. И четирите проверки потвърждават наличието на статистически значима разлика между медианния резултат на студентите от входно и изходно ниво, тъй като

техните стойности не надвишават допустимия риск за грешка алфа (0,05) (таблица 4).

Таблица 4. Изчислени средни и суми на ранговете.

	АЕО КГ	АЕО ЕГ	БЕО КГ	БЕО ЕГ
Z	-3.145	-3.217	-3.145	-3.217
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.001	.002	.001

5. Оценяване на устойчивост/стереотипност на сравненията

Следващата таблица представя емпиричните равнища на значимост на проведените тестове. Потвърждава се наличието на статистически значима разлика между медианния резултат на студентите от входно и изходно ниво (таблица 5).

Таблица 5. Емпирични равнища на значимост на проведените тестове.

	АЕО КГ	АЕО ЕГ	БЕО КГ	БЕО ЕГ
Z	-3.025	-3.108	-3.126	-3.153
Asymp. Sig. (2-tailed)	.002	.002	.002	.002

Най-осезаема е разликата в резултатите на входно-изходно ниво при експерименталната група в БЕО, където разликата е 4,4 единици. За експерименталната група в АЕО разликата е 2,7 единици (табл. 6 и табл. 7).

Таблица 6. Разлики на входно/изходно ниво: БЕО.

БЕО	Входно ниво	Изходно ниво	Δ
Контролна група	8,1	9,6	1,5
Експ. група	7,2	11,6	4,4

Таблица 7. Разлики на входно/изходно ниво: АЕО.

АЕО	Входно ниво	Изходно ниво	Δ
Контролна група	7,8	8,9	1,1
Експ. група	8,4	11,1	2,7

Дискусия

В началото на учебната година резултатите на студентите от експерименталните и контролните групи, обхванати в изследването, са сходни. В края на обучителния период се констатира повишение в постиженията на студентите от експерименталните групи по зададените критерии и показатели, видно от данните и статистическата им обработка, което е доказателство за ефективността на приложения експериментален педагогически модел.

След експерименталната обучителна дейност се констатира най-осезаемо повишаване на резултатите при изпълнението на задачите за ориентация в комуникативната ситуация, както и повишаване на уменията за откриване на предмета на общуване. Сравнително по-малка положителна промяна се забелязва по отношение на резултатите при задачите за определяне на времето, мястото и ситуирането на комуникантите във времето и пространството.

Студентите, обучавани по експерименталната методика, показват по-добри умения за ориентиране в съдържанието на непознат текст, както и за намиране и извличане на информация от него и откриване на ключови думи. Разбират смисъла на непознат текст при четене с определена комуникативна задача.

За студентите от двете експериментални групи се забелязва развитие в степента на формираност на уменията да откриват и маркират по-устойчивите сравнения (фразеологични изрази), докато за студентите от двете контролни групи наблюдаваното умение остава формирано на по-ниска степен.

При интерпретацията на корелационния анализ в резултат от сравняването на скалите за *честотност* на образните сравнения, получени *преди* и *след* приложението на литературоведския анализ на художествените текстове, се установява висока степен на корелация – 0,85.

Постигнат е напредък в развитието на уменията за разбиране и оценка на компаративните структури по признака *устойчивост* (фразеологичност).

Анализът на експерименталните резултати от двата етапа на изследването в съпоставителен план показва наличие на статистически значима разлика при съпоставителния анализ на данните по различните критерии за експерименталните и контролните групи. Най-ясно изразена е тя при резултатите от входно ниво на студентите от експерименталната група, където студентите от българоезичната програма са се представили средно взето с 8,4 точки спрямо 7,2 за техните колеги от англоезичната програма. На изходно ниво в резултатите между същите две групи се отчита статистически значима разлика, което е валиден аргумент, че експерименталната обучителна програма, включваща литературоведски анализ и методически подходи на работа с художествени текстове, допринася за развитие на комуникативни компетентности. Получените резултати в заключителния етап на експерименталното изследване сочат, че между двойките резултати (*входно-изходно ниво, експериментални-контролни групи*) се наблюдава статистически значима разлика. Това е показателно за общото повишение в равнището на представяне на студентите в края на обучението спрямо началото му.

Представените данни, обобщението и техният анализ позволяват да се направят няколко важни **извода**:

1. Налице е статистически значима разлика в полза на експерименталните групи спрямо контролните групи по изследваните критерии и показатели.
2. Експерименталното обучение доказва своята ефективност и практическа приложимост.
3. Педагогическият модел е подходящ за обогатяване на учебното съдържание по български език и води до усъвършенстване на комуникативните умения.

Заклучение и благодарности

Изказвам благодарност към Медицински университет – Плевен за предоставената възможност при провеждането на изследването. Благодаря и на колегите, които допринесоха с участието си и със съдържателни дискусии в процеса на емпиричното обследване, както и на участвалите в проучването студенти от англоезичната и българоезичната програма на МУ-Плевен.

Бележки

[1] В доклада се срещат текстове от дисертационен труд за придобиване на научна степен „доктор на науките“ Вълова, Т. (2024). „Художествените текстове в обучението по български език за медици“. София.

[2] ПМС 103-1993 за осъществяване на образователна дейност сред българите в чужбина.

[3] Обработката на получената емпирична информация за изследваните лица (студенти и пациенти) е осъществена чрез математико-статистически методи: Статистически пакет IBM SPSS Statistics, версия 26.0.

[1] В настоящото изследване е приета единната научна позиция за официалния език на Р С Македония, изразена в изследването на учени от БАН и три университета – Софийския университет „Св. Климент Охридски“, Великотърновския университет „Св. св. Кирил и Методий“ и Югозападния университет „Неофит Рилски“ – Благоевград: Кочева, А. и кол. (2020). За официалния език на република Северна Македония. София: Издателство на БАН „Проф. Марин Дринов“.

✉ **Проф. дн Теодора Вълова**

Медицински университет – Плевен,

Катедра „Социални и фармацевтични дейности“

Служебен телефон: +359 64 884 115;

e-mail: Teodora.Valova@mu-pleven.bg

СТУДЕНТСКИ ПРОЕКТ ПО МЕТОДОЛОГИЯТА НА АМЕРИКАНСКАТА
ЗДРАВНА
ФОНДАЦИЯ „ДРАЙФУС“ ЗА РАЗРАБОТВАНЕ НА МАЛКИ ЗДРАВНИ
ПРОЕКТИ „РЕШАВАНЕ НА ПРОБЛЕМИ ЗА ПО-ДОБРО ЗДРАВЕ“

ОБУЧЕНИЕ НА МЛАДИ РОДИЛКИ В ОСНОВИТЕ НА ЗАХРАНВАНЕТО
ЗА ОСИГУРЯВАНЕ НА ЗДРАВООСЛОВНО РАЗВИТИЕ НА ТЕХНИТЕ
ДЕЦА

М. Мюмюнова¹, Г. Маркова²

¹ Медицински университет – Плевен, факултет „Здравни грижи“, специалност „Медицинска сестра“

² Медицински университет – Плевен, факултет „Здравни грижи“, к-ра „Сестрински хирургични грижи“

EDUCATING YOUNG MOTHERS ON THE BASICS OF WEANING TO
ENSURE HEALTHY DEVELOPMENT OF THEIR CHILDREN

M. Myumyunova¹, G. Markova²

¹ Faculty of Health Care, Medical University of Pleven, Bulgaria, Nursing

² Department of Nursing Surgical Care, Faculty of Health Care, Medical University of Pleven, Bulgaria

ABSTRACT: Weaning is more than ensuring adequate intake of nutrients.

There is increasing evidence of the key role of nutrition in the early stages of life, and its association with chronic non communicable diseases, such as obesity, hypertension, diabetes and allergic diseases. The way a suckling is weaned can have an impact on the entire life of the individual. Parental behavior plays a key role in weaning and establishing good eating habits.

In connection with the facts presented, we have prepared a project based on the methodology of the American Dreyfus Health Foundation for the development of small health projects "Solving problems for better health".

The aim of this project is to educate mothers in proper weaning of their children through health education activities among 20 young mothers of newborns for a period of 9 months, together with a "health care" teacher, nurses, midwives and pediatricians. The project will be evaluated using sociological methods: two questionnaire surveys among the women participating in the health education activities and observation of the children in order to track the occurrence of digestive disorders in nursing age as a result of dietary errors. The results will be processed in Excel and the SPSS v.19 statistical program. To date, some of the activities planned in Step I have been implemented.

Key words: health education, complementary feeding, infant health

Проблем

Световната здравна организация (WHO, 2002) определя храненето или допълващото хранене (Complementary feeding) като процес на осигуряване на кърмачето на допълнителни (различни от млечните) храни в допълнение към млякото, когато майчината кърма или млечната формула вече не са достатъчни, за да отговорят на хранителните нужди на кърмачето [1].

Според съвременните препоръки храненето трябва да започне между 17-ата и 26-ата седмица от раждането на бебето. То трябва да бъде навременно, адекватно, безопасно и правилно [2, 3, 4, 5]. Храненето е повече от осигуряване на адекватен прием на хранителни вещества. Този период е критичен както за физическото, така и за когнитивното развитие [6, 7, 8].

За съжаление не винаги се подхожда достатъчно отговорно към този период.

Времето на въвеждане на храните за хранене е обект на дискусия сред педиатри и специалисти по хранене с оглед на ползите за здравето на кърмачето. Налице е и несъответствие между съветите на здравните специалисти за храненето и поведението на родителите. При неправилно хранене може да настъпят неблагоприятни последици за организма [9]. В световен мащаб лоши практики се срещат дори сред най-богатите домакинства [10]. Недостатъчните количества и неадекватното качество на допълващите храни заедно с лошите практики на хранене и повишените нива на инфекция през този период са преки рискови фактори за забавяне на растежа [11, 12]. Има все повече доказателства за ключовата роля на храненето в ранните етапи от живота и връзката му с появата на хронични незаразни заболявания като затлъстяване, хипертония, диабет и алергични заболявания. Начинът, по който кърмачето се хранва, може да има ефект върху целия живот на индивида [13,14].

Родителското поведение играе ключова роля при храненето и установяването на правилни хранителни навици [13]. Изключително важно е

здравните специалисти да подкрепят и образуват адекватно родителите относно правилното хранване, като винаги се стремят към адекватен растеж на бебето, развитието на нервната система и вкуса и постигането на правилно хранително поведение като основна цел [15].

Цел

Ако за срок от **9** месеца проведе здравно-образователна програма (лекции – 6 бр., беседи – 2 бр., брошури – 2 бр., упражнения 2 бр., анкети 2 бр., тестове – 1 бр.) за правилно хранване в кърмаческа възраст сред 20 млади майки на новородени, съвместно с медицински сестри и акушерки, ще успее ли да помогна на 50% от тях да хранят правилно своите деца и да избегнат последиците от неправилното хранване?

План за действие

Стъпка 1.

1. Разработване на здравно-образователната програма.

м. юни, 2025 год.

*отговорник: координаторът на проекта
преподавател по „здравни грижи“*

2. Сформиране на група от доброволци – медицински сестри и акушерки, за провеждането на лекциите и организационните въпроси. Обсъждане и разработване на идеята с педиатри, готови да съдействат относно здравно-образователната програма (информиране на млади родилки).

м. юни-юли, 2025 год.

*отговорник: координаторът на проекта,
медицински сестри и акушерки*

3. Изработване на презентации, образователни брошури и анкети.

м. юли, 2025 год.

отговорник: координаторът на проекта

4. Наемане на зала за провеждане на лекциите.

м. август, 2025 год.

отговорник: координаторът на проекта

5. Провеждане на анкета сред майките, заявили участие с цел установяване на знанията им за храненето.

м. септември, 2025 год.

отговорник: координаторът на проекта

6. Представяне на образователни материали пред таргетната група на тема: „Вредни и полезни храни и влиянието им върху здравето на подрастващия организъм“.

м. септември, 2025 год.

отговорник: педиатри – доброволци

Стъпка 2.

1. Провеждане на беседа и лекция на тема: „От какви хранителни вещества се нуждае крехкият организъм, за да се развива правилно“.

м. октомври, 2025 год.

отговорник: координаторът на проекта,

медицински сестри и акушерки

2. Провеждане на лекция на тема: „Иключително кърмене“.

м. октомври, 2025 год.

отговорник: координаторът на проекта,

медицински сестри и акушерки

3. Провеждане на лекция на тема: „Кога да храня своето бебе – период, грамажи, пауза между въвеждането на нови храни и признаци на алергични реакции“. Провеждане на УПЗ на тема „Подходящи храни за хранене“. Тест за междинен контрол на знанията.

м. ноември, 2025 год.

отговорник: координаторът на проекта,

медицински сестри и акушерки

4. Провеждане на лекция на тема: „Подходящи и неподходящи храни за хранване, примерно меню“. Провеждане на УПЗ на тема „Изготвяне на подходящо меню, според възрастта“.

м. декември, 2025 год.

*отговорник: координаторът на проекта,
медицински сестри и акушерки*

5. Провеждане на беседа и лекция на тема: „Подходящата възраст за хранване е индивидуална при всяко едно дете“.

м. януари, 2025 год.

*отговорник: координаторът на проекта,
медицински сестри и акушерки*

6. Провеждане на лекция на тема: „Усложнения, настъпили от неправилно хранване“.

м. февруари, 2025 год.

*отговорник: координаторът на проекта,
медицински сестри и акушерки*

7. Провеждане на анкета сред майките, участвали в обучението, с цел установяване нивото на знанията им в края.

м. февруари, 2025 год.

отговорник: координаторът на проекта

8. Оценка на проекта.

м. февруари, 2025 год.

отговорник: координаторът на проекта

Необходими ресурси:

Ресурси	Налични	Необходими	Цена
1. Място, помещение		Зала	600лв.
2. Персонал	Медицински сестри, акушерки, ОПЛ.		0 лв.
3. Оборудване	Мултимедия, Компютър		0 лв.
4. Материали за разпечатване на рекламни брошури		Хартия	100лв.
ОБЩО			700 лв.

Времеви график:

Начало на проекта – м. юни 2025 г.

Стъпка 1.	м. юни-септември 2025 г.
Стъпка 2.	м. октомври-февруари 2026 г.

Край на проекта – м. февруари 2026 г.

Оценка:

Крайната оценка ще бъде сформирана, като се направи сравнителен анализ между получените резултати от анкетата в началото и в края на проекта. Проектът ще се смята за успешен, ако 50 % от майките, преминали обучението, демонстрират готовност да захранят правилно своите деца. Крайните допълнителни ефекти трябва да се търсят в намаляването на изявата на храносмилателни разстройства в кърмаческа възраст вследствие на диетична грешка.

Литература:

- Almazán Fernández de Bobadilla M.V., M.J. García Mérida, E. Ruiz Chércoles, et al. (2024). Critical analysis of the new WHO guidelines on complementary feeding for infants from 6 to 23 months of age . *Rev Pediatr Aten Primaria*. 26:e51-e65. <https://doi.org/10.60147/17e0ce48>.
- Bhutta, Z. A. , J. K. Das, A. Rizvi, et al. (2013). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost? *Lancet*, 382(9890), 452–477.
- Białek-Dratwa A., O. Kowalski. (2023). Complementary Feeding Methods, Feeding Problems, Food Neophobia, and Picky Eating among Polish Children. *Children (Basel)*. Dec 29;11(1):45. doi: 10.3390/children1101004.
- Capra M. E., N. M. Decarolis, D. Monopoli, et al. (2024). Complementary Feeding: Tradition, Innovation and Pitfalls. *Nutrients*. Mar 4;16(5):737. doi: 10.3390/nu16050737.
- Danaei, G., K. G. Andrews, C. R. Sudfeld, et al. (2016). Risk factors for childhood stunting in 137 developing countries: A comparative risk assessment analysis at global, regional, and country levels. *PLoS Medicine*, 13(11). e1002164.
- D'Auria E., B. Borsani, E. Penderzza, et al. (2020). Complementary Feeding: Pitfalls for Health Outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. Oct 29;17(21):7931. doi: 10.3390/ijerph17217931.
- EFSA Panel in Nutrition, Novel Foods and Food Allergens (NDA). (2019). Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. *EFSA J*. 17, 5780.
- Fewtrell, M.; J. Bronsky; C. Campoy; et al. (2017). Complementary feeding: A position paper by the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN) Committee on nutrition. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 64, 119–132.
- Jonsdottir, O.H.; I. Thorsdottir; P.L. Hibberd; et al. (2012). Timing of the introduction of complementary foods in infancy: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 130, 1038–1345.
- Lutter Ch. K., L. Grummer-Strawn, L. Rogers. (2021). Complementary feeding of infants and young children 6 to 23 months of age. *Nutr Rev.* Jul 7;79(8):825-846. doi: 10.1093/nutrit/nuaa143
- Michaelsen K F., L. Grummer-Strawn, F. Bégin. (2017). Emerging issues in complementary feeding: Global aspects. *Matern Child Nutr.* Oct;13 Suppl 2(Suppl 2):e12444. doi: 10.1111/mcn.12444.
- Rangelova L., V. Duleva. (2021). Zahranvane na karmacheto: savremenni aspekti. *Obshta meditsina*. 23 (1): 46-52. [In Bulgarian].
- White J M, F. Bégin, R. Kumapley, et al. (2017). Complementary feeding practices: Current global and regional estimates. *Matern Child Nutr.* Oct 15;13(Suppl 2):e12505. doi: 10.1111/mcn.12505.
- WHO. Complementary feeding. https://www.who.int/health-topics/complementary-feeding#tab=tab_1.
- World Health Organization; UNICEF. (2002). Global Strategy for Infant and Young Child Feeding; WHO: Geneva, Switzerland; ISBN 92 4 156221 8.

✉ **Гл. асистент Гергана Маркова, д. оз**
Медицински университет – Плевен,
ФЗГ, к-ра „Сестрински хирургични грижи“
Адрес гр. Плевен, ул. Климент Охридски №1
e-mail: markova_gergana@mail.bg

✉ **Мелис Мюмюнова – студентка III курс,**
специалност „Медицинска сестра“
Медицински университет – Плевен, ФЗГ

РЕХАБИЛИТАЦИЯ И СПОРТ ПРИ АНКИЛОЗИРАЩ СПОНДИЛИТ (БОЛЕСТ НА БЕХТЕРЕВ)

Т. Мегова, М. Кирниколова, Т. Василева

Медицински университет – Плевен, катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“, специалност „Кинезитерапия“

REHABILITATION AND SPORTS IN ANKYLOSING SPONDYLITIS (BECHTEREW'S DISEASE)

T. Megova, M. Kirnikolva, T. Vasileva

Medical University – Pleven, Department of Medical Rehabilitation, Occupational Therapy and Sports, specialty “Kinesitherapy”

ABSTRACT: *Ankylosing spondylitis or Bechterew's disease is a chronic inflammatory autoimmune disease that mainly affects the spine and sacroiliac joints. Disease can lead to fusion of the vertebrae, which limits mobility and causes stiffness and pain in the spine. Rehabilitation in Bekhterev's disease is a key component of treatment, as important as medication therapy. The aim of rehabilitation is to maintain the mobility of the individual segments of the spine, reduce pain and stiffness, and prevent spinal deformities. Analytical exercises for spinal mobility, breathing exercises, positional therapy, and activities of daily living exercises are common means of rehabilitation for spinal deformities.*

Key words: Rehabilitation, spine, exercises

Въведение

Заболяването анкилозиращ спондилартрит (артрит на гръбначния стълб), наричан още болест на Бехтерев – Щрюмпел – Мари, е хронично възпалително ревматологично заболяване, което засяга предимно гръбначния стълб и сакроилиачните стави. Възпалителният процес, локализиращ се в междупрешлените връзки и стави, има хронично протичане и причинява анкилозиране на гръбначните прешлени. Заболяването се изразява с намаляване до загуба на подвижността на гръбначния стълб. Етиологията не е изяснена. Според различни източници (Braun & Sieper, 2007) рехабилитацията е неразделна част от цялостния терапевтичен подход при пациенти с АС. Множество изследвания подчертават значението на редовната физическа активност за поддържане на гръбначната подвижност и функционалния

капацитет. Според обзор на Dagfinrud (Dagfinrud, H., Kvien, T. K., & Hagen, K. B. 2008) комбинацията от упражнения за мобилност, разтягане и дихателна гимнастика показва значителни ползи за намаляване на болката и подобряване на стойката. Проучванията (Cowan, Nash, P., Chen, 2015) посочват, че индивидуализираната кинезитерапия, провеждана под наблюдение на специалист, има по-добри резултати в сравнение с общите упражнения у дома. Пациентите показват подобрене в подвижността, физическата издръжливост и дори психосоциалния статус.

Цел

Целта на доклада е да представи рехабилитационна програма и подходяща спортна дейност при болни с анкилозираш спондилит – болест на Бехтерев.

Материали и методи

Най-честите форми на болестта са: централна форма – засяга се само гръбначният стълб; ризомиелична – засягат се и тазобедрените и раменните стави; гръбначно-периферна – засягат се и периферните стави; скандинавска форма – засягат се и малките стави на горните и долните крайници; висцерална форма – засягат се белите дробове, сърцето, бъбреците и очите (Zhelev, 2013).

Клиничните прояви при болест на Бехтерев са: лесна умора, субфебрилна телесна температура, болки в съответните стави и загуба на подвижност. Засягането на гръбначния стълб се отразява и на функцията на гръдния кош. Характерна е сутрешна скованост, която изчезва след раздвижване. На рентгенова снимка гръбначният стълб има характерна форма на бамбукова пръчка поради вкостените връзки на прешлените. Този вид артрити протича пристъпно с остра, подостра и хронична фаза. Изключение прави болестта на Бехтерев, която се развива хронично.

Цел на рехабилитационната програма

Основната цел на рехабилитацията при болестта на Бехтерев е забавяне на прогресията на заболяването, поддържане на функционалната подвижност на гръбначния стълб и ставите, подобряване на стойката и дихателната функция, както и повишаване качеството на живот на пациента.

Задачи на рехабилитационната програма

1. Подобряване и поддържане на гръбначната подвижност.
2. Корекция и поддържане на правилна стойка.
3. Подобряване на дихателната функция.
4. Облекчаване на болковия синдром и мускулната скованост.
5. Поддържане на функционалната независимост на пациента.
6. Психо-социална подкрепа и адаптация.
7. Обучение в самоконтрол и самостоятелно провеждане на упражнения.

Средства на рехабилитационната програма

- упражнения за автомобилизация и разтягане с цел предотвратяване на анкилоза (вкостяване);
- изграждане на мускулен корсет (упражнения за коремна и гръбна мускулатура) като профилактика на гръбначни изкривявания – кифоза (Роров, 2006);
- дихателна гимнастика за подобряване на капацитета на белите дробове и предотвратяване на ригидност на гръдния кош;
- физиотерапевтични средства – топлинни процедури, електротерапия, хидротерапия и др;
- обучение в самостоятелност при изпълнение на обичайните дейности от ежедневието;
- пациентът трябва да се научи как да извършва поддържаща рехабилитация в домашни условия.

Методични указания. В началната фаза на заболяването се прилагат

средства за релаксиране на гръбнака – изтегляне от тилен лег на наклонена плоскост. Когато болките намалее, се прилага масаж на гърба, поглаждане, разтриване и неенергични омачквания. Включват се упражнения за горни, долни крайници, коремна мускулатура, дихателни упражнения. Дихателна гимнастика се включва в подготвителната и заключителната част на комплекса от упражнения, а именно гръдно, диафрагмално и смесено дишане, съчетано с активни упражнения за горни крайници. Основно средство на рехабилитацията са автомобилизациите на гръбначния стълб, изпълнявани от изходно положение колянко, колянна опора и колянно-лакътна опора. Автомобилизациите се изпълняват в дорзи-вентрална, латеро-латерална посока и ротационно завъртане на прешлените. Прилагат се и аналитични упражнения за незасегнатите стави от различни изходни положения – тилен лег, лег, страничен лег, седеж и стоеж.

Дозировка и времетраене на рехабилитационната програма
Рехабилитационната програма се изпълнява поне два пъти на ден с кратка продължителност – 15-20 минути. „Допустимите натоварвания са с ниска до умерена интензивност (50-70% от индивидуалната максимална сърдечна честота). Продължителността е обратнопропорционална на интензивността“ (Toteva, Totev, 2019, p. 224).

Противопоказани упражнения: подскоци и упражнения с висока интензивност.

При болестта на Бехтерев (анкилозиращ спондилит) са подходящи умерени, ненатоварващи и балансирани спортове, които поддържат подвижността на гръбначния стълб, подобряват стойката, дишането и цялостната мускулна функция, без да причиняват травми или пренапрежение.

Подходящи спортове при болест на Бехтерев са: плуване – най-препоръчваният спорт при Бехтерев – облекчава ставите, укрепва мускулите на гърба, подобрява стойката и дихателната функция; йога – подпомага гъвкавостта на гръбнака и ставите, намалява стреса и мускулното напрежение.

Трябва да се избягват екстремни пози – практикува се с адаптирани упражнения; пилатес – подобрява контрола на тялото, стойката и дишането, стимулира мускулния баланс, без да натоварва ставите; велотренировка (със съобразена позиция на тялото) – подобрява функцията на сърдечно-съдовата система и мускулната издръжливост, избягва се продължително каране на колело с прегърбена стойка.

Резултати и обсъждане

Рехабилитацията при болестта на Бехтерев (анкилозиращ спондилит) води до значителни положителни резултати, особено когато се прилага редовно и целенасочено в комбинация с медикаментозна терапия.

Основните резултати от рехабилитацията са: поддържане на подвижността на гръбначния стълб, намаляване на болката и сковаността, подобряване на стойката и превенция на гръбначните деформации, стимулиране на дихателната функция – подвижността на гръдния кош и белодробния обем, подобряване на физическата издръжливост и работоспособността. Участието в рехабилитационни програми намалява депресивните симптоми и тревожността. Повишава се самочувствието и мотивацията за активен живот.

Заклучение и благодарности

Рехабилитацията при анкилозиращ спондилит е дългосрочен и комплексен процес, който изисква активно участие на пациента. Редовната физическа активност, съчетана с подходяща терапия и професионално наблюдение, може значително да забави прогресията на заболяването и да подобри ежедневно функциониране и качеството на живот.

Литература

- Braun, J., & Sieper, J. (2007). Ankylosing spondylitis. *The Lancet*, 369(9570), 1379–1390. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60635-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60635-7).
- Dagfinrud, H., Kvien, T. K., & Hagen, K. B. (2008). Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD002822. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002822.pub3>.

Cowan, D. N., Nash, P., & Chen, J. S. (2015). Exercise therapy in ankylosing spondylitis: A systematic review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 45(4), 411–418. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2015.06.002>.

Zhelev. V. (2013). *Fizioterapija pri vatreshni i hirurgichni bolesti*. Avangard Prima. Sofia.s.256-257.

Popov N. (2006). Kineziterapija v sportnata praktika. NSA-Pres, Sofia s. 89-100.

Toteva L, Totev K. (2019). Osobenosti ot strana na dihatelnata i sardechno sadovata sistemi pri izpalnenie na uprazhnenia ot hora v naprednala vazrast, *Sbornik dokladi, „Sedemnadeseta natsionalna nauchna sesia za studenti i prepodavateli“*, , 24-25 oktomvri 2019, gr. Pleven, Izdatelski tsentar pri MU – Pleven; 220-26, ISBN 978-954-756-232-5, s. 224.

✉ **Доц. Таня Мегова, д.п.**

Гл. ас. Милена Кирниколова, д.п.

Студент Таня Василева

Медицински университет – Плевен

Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“

Адрес: ул. "Св. Климент Охридски" 1

e-mail: tmegova@abv.bg

ИНФОРМИРАНОСТ НА ЖЕНИТЕ ОТНОСНО РИСКОВЕТЕ ОТ ЦЕЗАРОВО СЕЧЕНИЕ

А. Баева¹, Т. Веселинова², И. Соколова²

¹Медицински университет-София, Факултет по обществено здраве
„Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, специалност „Акушерка“

²Медицински университет-София,
Факултет по обществено здраве - „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“,
Катедра „Здравни грижи“

WOMEN'S AWARENESS OF THE RISKS OF CESAREAN SECTION

A. Baeva¹, T. Veselinova², I. Sokolova²

¹ Medical University–Sofia
Faculty of Public Health "Prof. Tzecomir Vodenitcharov, MD, DSc"
Specialty „Midwifery“

² Medical University–Sofia
Faculty of Public Health "Prof. Tzecomir Vodenitcharov, MD, DSc"
Department of Health Care

ABSTRACT: *The aim of this report is to analyze women's awareness regarding the risks of Caesarean section (CS) in Bulgaria and to identify gaps in their knowledge. Although CS is a life-saving procedure, it is associated with short- and long-term complications that affect both the mother and the newborn. Scientific literature and data from a survey of 200 women aged 18–40 years from different regions of the country were used. The findings show that CS is often perceived as a safer option for the baby and less painful for the mother. Awareness of immediate complications is relatively good, but knowledge of long-term risks remains limited. These results highlight the need for more comprehensive prenatal education, reliable access to information, and stronger involvement of medical professionals in supporting informed decision-making during pregnancy and childbirth.*

Key words: women, Caesarean section, childbirth, awareness, health education

Въведение

Цезаровото сечение (ЦС) е една от най-често използваните хирургични интервенции в съвременното акушерство. То е животоспасяваща процедура, приложима в ситуации, при които естественото раждане би застрашило здравето или живота на майката и/или детето (Dimitrov, 2020).

През последните години в световен мащаб се отчита устойчиво нарастване на честотата на ЦС. Според СЗО глобалната честота през 2021 г.

достига 22%, като в някои държави надвишава 50%. В Европа съществуват значителни различия – от около 16–20% в скандинавските страни до над 45–55% в Източна и Южна Европа – Полша, Кипър, Гърция, България (World Health Organization).

В България, според данни от НЗОК и Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА), делът на ЦС е над 50% (2022–2024 г.), което поставя страната сред водещите в ЕС по честота на тази интервенция (National Center for Public Health and Analyses 2023); (Clinica.bg 2024).

Посочената стойност значително надвишава препоръчителния праг на цезарово сечение, определен от Световната здравна организация (СЗО), вариращ между 10% и 15%. На този фон особено актуален става въпросът до каква степен жените в България са информирани за рисковете от ЦС и какви са пропуските в знанията им (National Center for Public Health and Analyses 2023).

Цел

Целта на настоящия доклад е да оцени нивото на информираност на жените относно рисковете от цезарово сечение (ЦС) и да открие пропуските в техните знания. Фокусът е върху осведомеността за краткосрочните и дългосрочните усложнения както за майката, така и за новороденото.

Докладът цели да подчертае необходимостта от целенасочена пренатална информация, подобряване на достъпа до надеждни източници и активното участие на медицинските специалисти в подкрепа на информираното вземане на решения по време на бременност и раждане.

Материали и методи

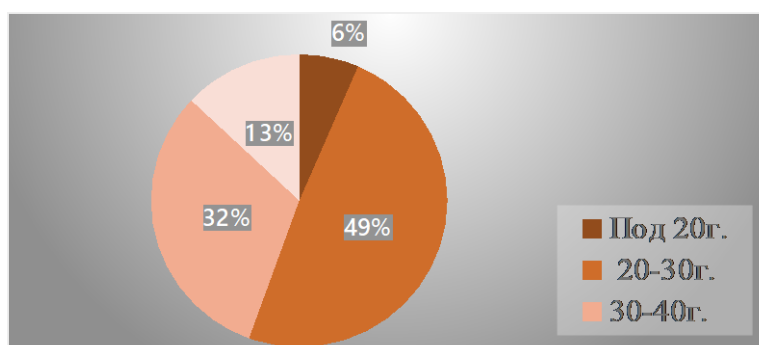
В периода от 01.08. – 31.08. 2025 г. се проведе проучване чрез анонимна анкета, съставена от 9 тематични въпроса с възможност за избор. Анкетата е проведена в електронен формат чрез онлайн платформа, разпространена в групи за бременни и майки. Участие взеха 200 жени на възраст от 18 до 40+

години от различни региони на страната. Събраните данни са анализирани с помощта на количествен метод – изчисляване на процентите и сравнение между различните възрастови категории, което предоставя по-дълбок поглед върху нагласите на анкетираните жени.

В доклада е използван и документален метод, като са включени данни от Световната здравна организация и Националния център по общественото здраве и анализи, които са достоверни източници на информация, отразяващи проблемите в общественото здравеопазване.

Резултати и обсъждане

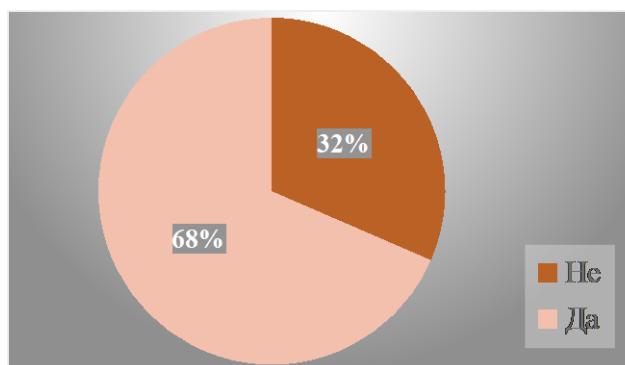
Проведеното проучване показва, че най-голям дял заемат участничките във възрастовата група 20 – 30 години – 49%, следвани от жените на 30 – 40 години с 32%. Жените над 40 години съставляват 13%, а тези под 20 години – едва 6%. Според представените данни респондентите са основно жени в активна детеродна възраст, което е от съществено значение за достоверността на изследването.



Фиг.1 Възраст на респондентите.

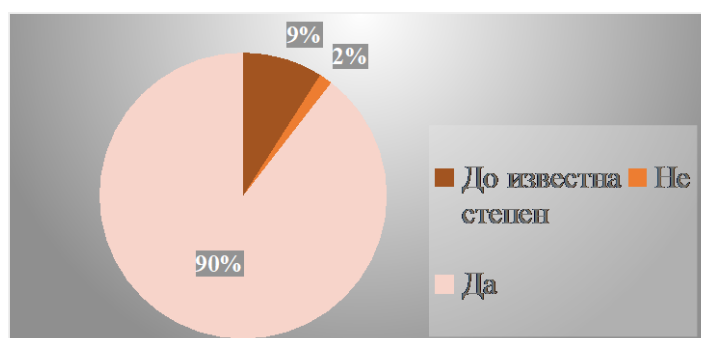
На следващата диаграма е представено разпределението на жените според това дали имат раждане. Значителна част от жените (**69%**) вече са преминали през този процес, докато **31%** все още не са раждали. Това съотношение е важно, тъй като наличието на личен опит може да влияе върху степента на

информираност и нагласите към различните методи на раждане, включително Цезарово сечение.



Фиг. 2 Разпределение на жените според наличието на раждане.

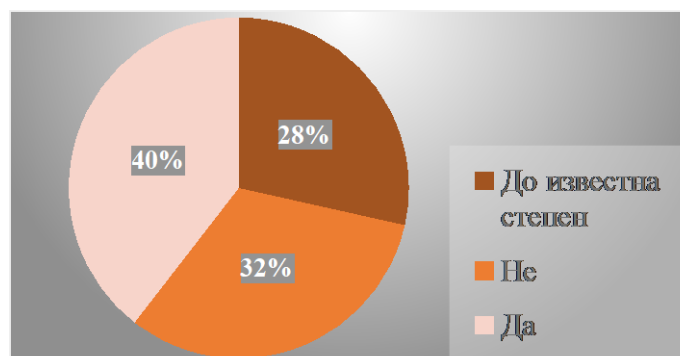
Третата диаграма отразява нивото на познания на жените относно Цезаровото сечение. Огромното мнозинство от анкетираните (**90%**) заявяват, че са запознати с този метод, докато **9%** посочват, че имат частични познания, а едва **1%** признават, че нямат никаква информация по въпроса. Тези данни показват висока степен на обща осведоменост на анкетираните по отношение на този метод на родоразрешение, но остава отворен въпросът доколко жените са информирани за рисковете и дългосрочните последици от тази хирургична интервенция.



Фиг.3 Информираност на жените относно Цезаровото сечение.

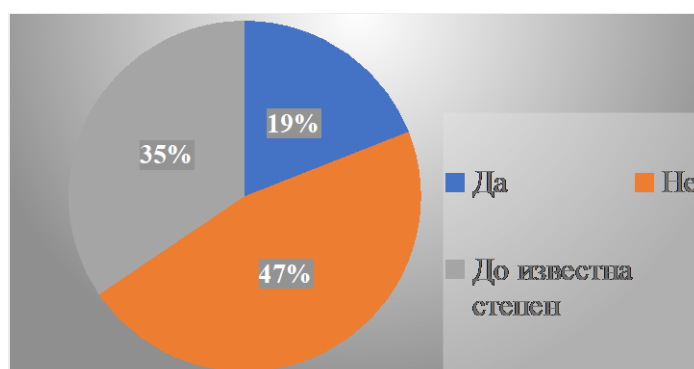
По отношение на възможните рискове при ЦС за майката преобладаващият относителен дял от жените (**40%**) заявяват, че са запознати, а

28% от тях – до известна степен. Около 1/3 от респондентите (**32%**) споделят, че не разполагат с информация за възможните усложнения.



Фиг. 4 Информираност на анкетираните относно възможните рискове от ЦС за майката.

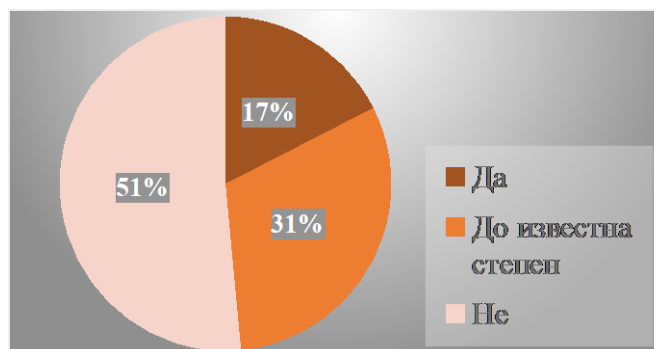
По отношение информираността на жените относно възможните рискове от ЦС за детето резултатите показват, че почти половината от анкетираните жени – **47%**, не знаят какви са потенциалните рискове за бебето при Цезарово сечение. Една значителна част (**34%**) твърдят, че имат известна, но не достатъчна според тях информация по темата. Едва **19%** от анкетираните посочват, че са добре запознати. Това подчертава нуждата от по-широка информационна кампания относно потенциалните усложнения за новороденото.



Фиг. 5 Информираност на жените относно възможните рискове от ЦС за детето.

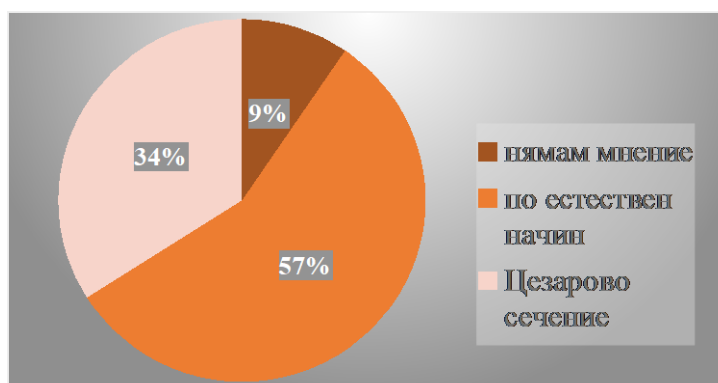
Запитани дали информацията относно рисковете от ЦС е достатъчно достъпна до жените в България, повече от половината жени (**52%**) са изразили

мнение, че тази информация не е достатъчно достъпна. Около една трета – **31%**, посочват, че тя е частично налична, а едва **17%** смятат, че информацията е достатъчна. Това ясно показва, че жените имат нужда от по-добра подкрепа и достъп до надеждни източници на здравна информация.



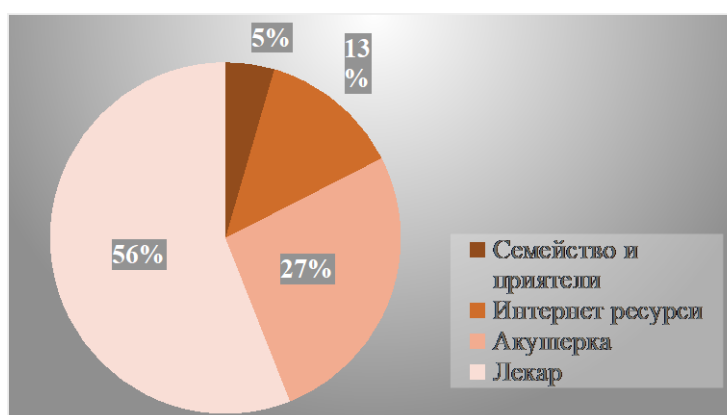
Фиг. 6 Мнение на анкетираните относно достъпността на информацията по отношение на ЦС до жените.

Следващата диаграма показва предпочитанията на жените относно начина на родоразрешение. Повече от половината участници (**56 %**) заявяват, че предпочитат естественото раждане. Изборът на не малка част от анкетираните (**34%**) е цезарово сечение. Малък процент (**10%**) не са изразили мнение по въпроса. Според посочените данни мнозинството от жените са склонни да изберат естественото раждане, но дялът на тези, които избират оперативния метод, е значителен. Една от вероятните причини за това би могла да бъде липсата на достатъчна информираност за възможните рискове при различните начини на родоразрешение.



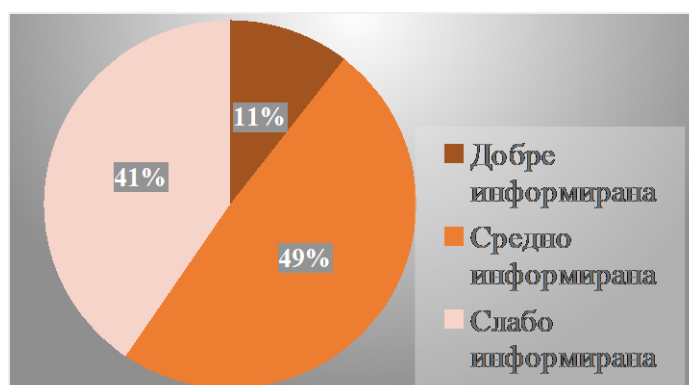
Фиг. 7 Предпочитания на анкетираните относно начина на родоразрешение.

Относно източниците на информация по въпросите, свързани с ЦС, най-голям дял от жените (**56%**) посочват лекаря като основен и най-достоверен източник на здравна информация. На второ място са посочени акушерките (**27%**). На интернет ресурсите се доверяват **13%** от анкетираните, а едва **4%** от тях разчитат на семейството и приятелите. Това ясно подчертава значението на медицинските специалисти в процеса на информираност на бъдещите майки.



Фиг. 8 Източници на информация относно ЦС.

Самооценката на анкетираните относно информираността им за рисковете от ЦС показва, че почти половината от жените (**49%**) се определят като средно информирани по темата. Значителен процент – **41%**, смятат, че са слабо информирани, което е притеснителен показател. Само **10%** заявяват, че разполагат с необходимата здравна информация по този въпрос. Тези данни отчетливо определят нуждата от повече образователни инициативи и достъпна информация за бъдещите майки.



*Фиг. 9 Самооценка на жените за степента на информираност
относно рисковете от ЦС.*

Данните от настоящото анкетно проучване показват тревожна тенденция – въпреки че повечето жени са запознати с Цезаровото сечение като термин, голям процент от тях остават с ограничени познания относно потенциалните рискове и усложнения, свързани с оперативното раждане.

Особено притеснителен е фактът, че почти половината от участничките не са наясно с възможните неблагоприятни последици за новороденото, а много от тях също не осъзнават дългосрочните ефекти за собственото си здраве. Подобни данни са описани и от Европейската асоциация по акушерство и гинекология.

Съществува противоречие между предпочитанията и практиката – въпреки че над 56% от анкетираните биха избрали естествено раждане, реалните данни показват над 50% ЦС в страната. Това предполага, че изборът често е резултат не на информирано решение, а на медицински препоръки, институционални практики или липса на досатъчно информация (EBCOG); **Free Europe** (2024).

Резултатите от анкетата потвърждават, че жените се доверяват най-вече на лекарите, което поставя пред здравната система отговорността да гарантира, че информацията, която се предоставя на бъдещите майки, е пълна, разбираема и достъпна.

Основни пропуски се открояват по отношение:

- ✓ познанията за дългосрочните последици;
- ✓ достъпността и качеството на информацията;
- ✓ използването на социалните мрежи като източник.

Заклучение

Недостатъчната здравна информираност на бъдещите майки може да доведе до вземане на решения, базирани на страх, погрешни схващания или

социален натиск, а не на реални медицински показания. От съществено значение е да се подчертае ролята на медицинските специалисти – лекари, акушерки и здравни консултанти – като основни източници на достоверна и обективна информация. Необходима е целенасочена информационна кампания, както и интегриране на темата за рисковете от Цезарово сечение в програмите за пренатална подготовка. Наред с това трябва да се разработят достъпни онлайн ресурси, базирани на препоръки на СЗО и НЦОЗА. Необходимо е да се засилят кампаниите за информираност, включително в училища и университети, насочени към бъдещи майки. Повишаването на информираността не само ще подпомогне жените в процеса на вземане на информирани и осъзнати решения относно начина на раждане, но и ще допринесе за по-ефективна комуникация между пациентите и здравните специалисти, както и за по-високо доверие в здравната система като цяло.

В заключение, резултатите от проучването ясно очертават нуждата от системен подход към здравното образование по темата с цел ограничаване на ненужните оперативни раждания и насърчаване на информирания избор в полза на здравето на майката и бебето.

Литература

- Clinica.bg (2024) *Births remain under 50,000, with cesarean sections above 51%*. <https://clinica.bg/31960-rajdaniqta-ostavat-pod-50-000>. Accessed: June 2025
- Dimitrov A. (2020). *Obstetrics Textbook*. Arso Medical Publishing.
- European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). <https://www.ebcog.org>. Accessed: June 2025
- Free Europe (2024) *More than half of births in Bulgaria are through cesarean section*. <https://www.svobodnaevropa.bg/a/32378698.html> Accessed: July 2025
- National Center for Public Health and Analyses (2023) <https://ncpha.government.bg/> Accessed: August 2025
- World Health Organization (n.d.) *Adolescent sexual and reproductive health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514606> Accessed: July 2025

✉ **А. Баева**

Медицински университет-София, Факултет по обществено здраве
„Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“
Катедра „Здравни грижи“
e-mail: antoniqbaeva1@gmail.com

ЕПИГЕНЕТИКА НА БРЕМЕННОСТТА – КАК СРЕДАТА И ЕМОЦИИТЕ НА МАЙКАТА ПРОГРАМИРАТ ЗДРАВЕТО НА ДЕТЕТО ЗА ЦЯЛ ЖИВОТ

А. Гъркова¹, К. Антонова¹, Т. Веселинова², И. Соколова²

¹Медицински университет-София, Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир
Воденичаров, дмн“, специалност „Акушерка“

²Медицински университет – София, Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир
Воденичаров, дмн“,
Катедра „Здравни грижи“

EPIGENETICS OF PREGNANCY - HOW MATERNAL ENVIRONMENT AND EMOTIONS SHAPE THE LIFELONG HEALTH OF THE CHILD

A.Garkova¹, C. Antonova¹, T. Veselinova², I. Sokolova²

¹ Medical University-Sofia
Faculty of Public Health „Prof. Tzecomir Vodenitcharov, MD, DSc“
Specialty: Midwifery“

² Medical University-Sofia
Faculty of Public Health „Prof. Tzecomir Vodenitcharov, MD, DSc“,
Department of Health Care

ABSTRACT: *The aim of this report is to present illustrative examples and scientific evidence on how adverse factors and improper “pregnancy hygiene” can disrupt normal development, based on contemporary epidemiological and experimental data. It emphasizes the need for an interdisciplinary approach in obstetric care, prevention, and public health. Scientific literature from international databases and specialized medical journals was used. The report focuses on three broad categories of prenatal influences: maternal stress, maternal infection, and maternal nutrition. Each can alter the intrauterine environment, causing epigenetic modifications in fetal or placental tissues. Such changes are thought to mediate the observed links between these prenatal exposures and increased risk of psychiatric and neurological disorders in the child. Pregnancy is a critical “window of opportunity” during which maternal choices and conditions leave a lasting impact on the offspring.*

Key words: epigenetics, pregnancy, fetal programming

Въведение

Епигенетиката представлява интердисциплинарна област от генетиката, която изучава механизми, регулиращи генната експресия, без да се променя самата ДНК последователност. В центъра на тези процеси стоят епигенетични модификации като метилиране на ДНК, модификации на хистони и регулация чрез не кодиращи РНК, които определят кои гени ще бъдат „активирани“ или

„потиснати“ в даден момент. По този начин епигенетичните механизми осигуряват динамичен контрол върху развитието и адаптацията на организма към условията на вътрешната и външната среда (Feil & Fraga, 2012).

Особено критично значение епигенетиката придобива по време на бременността, когато в утробата се формират основите на бъдещото здраве и жизнеспособност на индивида. През този период плодът е изключително уязвим към неблагоприятни въздействия от страна на майчината среда – включително хранителни дефицити или излишъци, психосоциален стрес, инфекциозни агенти и експозиция на токсини. Съвременните епидемиологични и експериментални проучвания последователно демонстрират, че тези фактори могат да индуцират трайни епигенетични промени, които се запазват през целия живот и се свързват с повишен риск от хронични незаразни заболявания, нарушения в нервната система и психични разстройства (Álvarez-Mejía, 2025).

Доказателства от редица проучвания сочат, че неблагоприятни фактори от средата по време на бременността като недोхранване или прекомерен калориен прием, хроничен стрес, излагане на токсини и замърсители могат трайно да променят епигенетичните механизми на плода. Такива промени често се свързват с по-висок риск от метаболитни заболявания, сърдечно-съдови проблеми, нарушено когнитивно и психоемоционално развитие. Такива данни подчертават, че бременността представлява критичен период, в който майчината среда и начин на живот определят дългосрочните ефекти. (Claycombe, 2015).

Бременността е критичен прозорец от време, в който изборите на майката могат да определят физическото и психическо благополучие на детето ѝ за десетилетия напред.

Цел

Целта на настоящия доклад е да представи нагледни примери и научни доказателства за това как неблагоприятни фактори и неправилна „хигиена“ на

бременността могат да нарушат правилното развитие. Въз основа на съвременни епидемиологични и експериментални данни докладът цели да изясни как нарушенията във вътрематочната среда, причинени от психосоциални, имунологични или хранителни влияния, могат да предизвикат епигенетични модификации в тъканите на плода и плацентата. Фокусът е върху връзката между тези пренатални експозиции и дългосрочните здравни последици за потомството, включително повишен риск от психиатрични и неврологични разстройства.

Докладът си поставя за цел да подчертае значението на пренаталната среда не само като физиологичен, но и като психосоциален фактор, играещ роля в развитието. Акцентиращ се върху нуждата от интердисциплинарен подход в акушерската грижа, профилактика и обществено здраве.

Материали и методи

За изготвянето на доклада са използвани научни литературни източници, достъпни чрез международни бази данни (Springer nature; PubMed; MDPI и други) и специализирани медицински списания. Подбраните публикации са на доказани автори и 100% достоверност на публикуваната информация.

Критериите за подбор включват:

- Изследвания, публикувани както през последните 15-20 години, така и преди това, но с акцент върху най-новите доказателства;
- Публикации, които разглеждат влиянието на майчиния стрес, хранене и инфекции върху епигенетичното програмиране на плода;
- Проучвания върху ролята на плацентата като медиатор между майчината среда и феталното развитие;
- Метаанализи и систематични обзори, гарантиращи висока степен на достоверност.

Методологично източниците са анализирани чрез сравнителен подход, който позволява да се открият сходствата и различията в резултатите от

различни изследвания. Използван е критичен преглед, като специално внимание е отделено на епидемиологични проучвания върху големи групи от хора.

Резултати и обсъждане

Многобройни майчини фактори по време на бременност са свързани с променени епигенетични белези при потомството. Тук се фокусираме върху няколко широки категории пренатални влияния: майчин стрес, майчина инфекция, майчино хранене, употреба на алкохол, цигари и медикаменти. Всяко от тях може да наруши вътрематочната среда, предизвиквайки епигенетични модификации в тъканите на плода или плацентата. Предполага се, че такива промени медираат наблюдаваните връзки между тези пренатални експозиции и повишения риск от психиатрични и неврологични разстройства при детето.

Основните групи пренатални влияния включват храненето и недохранването на майката, стреса и психосоциалните фактори, замърсяването и излагането на токсини, както и употребата на лекарства и химикали.

Пренаталният стрес влияе върху метилирането на гени, свързани с реакцията на стрес, което може да увеличи вероятността от психични разстройства, тревожност или депресия при децата. Проучване на Avon във Великобритания съобщава, че високата майчина тревожност по време на бременността предсказва повишени поведенчески и емоционални проблеми (напр. тревожност и симптоми на ADHD) при деца на 4-годишна възраст дори след контролиране на постнаталния стрес. Интересното тук е, че този ефект е наблюдаван както при момчета, така и при момичета (коефициенти на вероятност ~1,5–2,1), което е в съответствие с прякото влияние на пренаталното настроение на майката върху развитието на мозъка на плода (O'Connor et al., 2002).

Епигенетичните механизми осигуряват биологична рамка за това как майчиният стрес може да се „вгради“ в развиващия се плод. Стресът по време на бременност води до повишени нива на глюкокортикоиди (кортизол) и други невроендокринни промени, които могат да преминат през плацентата. Те от своя страна могат да модифицират феталния епигеном, особено в гените, регулиращи хипоталамо-хипофизно-надбъбречната ос и стрес реакцията.

Важно е да се отбележи, че плацентата играе критична медиаторска роля в ефектите на майчиният стрес върху феталния епигеном. Плацентата реагира на майчиния кортизол и освобождава свои собствени стрес сигнали, които могат да повлияят на плода. Изследвания на ученият Vale и неговите колеги показват, че майчиният стрес може да предизвика специфични за пола епигенетични промени в плацентата, променяйки експресията на гени (като тези в инсулиноподобния растежен фактор и глюкокортикоидните пътища), които са от решаващо значение за развитието на мозъка. Тези плацентарни епигенетични промени често се различават между мъжките и женските фетуси, което дава представа защо пренаталният стрес често е свързан с полово предубедени резултати (т.е. по-висока честота на неврологични разстройства в развитието като ADHD и аутизъм при мъжете) (Vale, 2016).

Замърсяването на околната среда и токсичните вещества като тежки метали и фин прах могат да предизвикат вродени дефекти, нарушения в развитието на дихателната система и други здравословни проблеми. Тютюнопушенето сред жените в световен план и у нас непрекъснато нараства. Според мащабно проучване България е една от трите държави, наред с Ирландия и Уругвай, с най-високо изчислено разпространение на тютюнопушенето по време на бременност. Никотинът намалява притока на кръв към плацентата, което нарушава една от най-важните ѝ функции – транспортно-обменната. В доклад на Кралската медицинска колегия, Великобритания, през 1992 г. е посочено, че всяка цигара, която бременната жена изпуши, забавя скоростта на кръвния ток през плацентата. Въглеродният

оксид от тютюневия дим се свързва с хемоглобина в кръвта 200 пъти по-лесно от кислорода. Получава се съединение, известно като карбоксихемоглобин. Съществуват доказателства, че нивото на карбоксихемоглобин е няколко пъти по-високо в зародиши на майки пушачки. При тези, които пушат повече от 20 цигари дневно, преносът на кислород намалява с 15-40%. Хипоксията, предизвикана от наличието на разпадни продукти на никотина и въздействието им върху метаболизма на системата майка-плацента-плод, води до редица негативни здравни ефекти при развиващия се плод и забавя растежа му. (Veselinova, 2025, pp. 31-39)

Майчините инфекции по време на бременност, особено тези, които са съпроводени със значително възпаление или треска, са посочени като рискови фактори за неврологични нарушения при детето. Класически епидемиологични изследвания показват, че пренаталното излагане на вирусни инфекции като грип или рубеола може рязко да увеличат честотата на шизофрения или аутизъм в изложените на вируса групи при раждане. Например едно авторитетно групово проучване, използващо архивиран майчин серум, предоставя серологични доказателства, че грипната инфекция на майката през първия триместър повишава риска от шизофрения при възрастни потомци седем пъти в сравнение с изложените на вируса бременности. Не се наблюдава повишен риск при грип през втория или третия триместър, което показва критичен ранен период, през който майчината инфекция може да наруши развитието на мозъка на плода (Brown et al., 2004).

Храненето е един от най-важните епигенетични фактори по време на бременността, защото осигурява веществата, необходими за правилното включване и изключване на гени, свързани с растежа и развитието на плода. Недохранването или липсата на ключови витамини и минерали може да доведе до трайни промени в метаболизма и повишен риск от заболявания в по-късна възраст. Ясен пример е периодът на т. нар. „Холандски глад“ (1944–1945), по време на който децата на майки, преживели недохранване по време на

бременността, впоследствие показват по-висока честота на диабет, сърдечно-съдови заболявания и затлъстяване в зряла възраст (Roseboom et al., 2001). Друг силен исторически пример е Големият китайски глад (1959–1961), когато милиони хора страдат от остър недостиг на храна. Изследванията показват, че децата, чиито майки са били бременни по време на глада, са имали по-висок риск от шизофрения, нарушения в растежа, метаболитен синдром и по-кратка продължителност на живота. Интересното е, че тези ефекти често се предават и на следващото поколение, което ясно подчертава ролята на храненето като епигенетичен фактор, способен да остави дългосрочни следи върху здравето на цели поколения (Xu et al., 2005; Susser & St. Clair, 2013).

Тератогенните ефекти на етанола върху човешкия фетус са докладвани официално за първи път от Lemoine et al. през 1968 г. Авторите описват общ модел на вродени дефекти при 127 деца, родени от майки алкохолички във Франция. Моделът включва забавяне на растежа, психомоторно изоставане, нисък коефициент на интелигентност и нетипична електроенцефалограма. Изследванията показват, че развиващият се плод има много ниска толерантност към алкохола и децата, родени от майки, които употребяват алкохол по време на бременността, могат да имат сериозни проблеми както в неонаталния период, така и в много по-късен етап от развитието си. Тъй като не е определена безопасната граница на консумация на алкохол по време на бременност, алкохолното въздържание е най-добрата превенция (Veselinova, 2025, pp. 40-44).

Употребата на лекарства без подходящи тестове за безопасност също има значително влияние върху развитието на плода. Трансплацентарният трансфер на медикаментите обикновено се увеличава през третия триместър поради увеличаване притока на кръв, увеличаване на площта на плацентарната повърхност и изтъняване на плацентарната бариера. Медикаментите, приложени по време на бременност, могат да имат различни видове ефекти върху нероденото дете, включително и летален (Veselinova, 2025). Един от най-

ясните и трагични примери за въздействието на външни фактори върху развитието на плода е талидомидовата трагедия. През 1957 година талидомидът, представен като безопасно лекарство за облекчаване на безсъние и сутрешно гадене при бременни жени, бързо се разпространява в десетки държави. Липсата на достатъчни клинични тестове върху бременни жени води до раждането на хиляди деца с тежки вродени дефекти, включително липса на крайници, увреждания на слуха и зрението, както и на вътрешни органи. Талидомидът действа чрез инхибиране на ангиогенезата – процес на образуване на нови кръвоносни съдове, критичен за развитието на ембриона. Това нарушава кръвоснабдяването на развиващите се тъкани и органи, което е основна причина за наблюдаваните малформации. Проучвания по-късно установяват, че талидомидът унищожава специфични транскрипционни фактори, които са ключови за развитието на крайниците и други органи (Kim JH, & Scialli AR 2011). Разбира се, съществуват и лекарствени групи, които са съвместими с бременността и не водят до проблеми в структурното и функционалното развитие на плода.

Централна роля в тези процеси заема плацентата. Далеч от идеята за пасивна бариера тя функционира като активен орган, който регулира достъпа на хранителни вещества, кислород, хормони и дори сигнали, произтичащи от стрес или възпаление. По този начин плацентата е ключов посредник, който трансформира майчините фактори в сигнали, определящи генната експресия на плода. Съвременни проучвания показват, че плацентата реагира диференцирано на майчиния стрес и може да предизвиква специфични за пола епигенетични модификации, които обясняват защо някои заболявания са по-чести при момчетата, отколкото при момичетата.

Заклучение

Натрупаните данни показват, че интра- и екстраутеринната среда играят решаваща роля за бъдещото здраве на детето. Епигенетичните механизми, чрез

които фактори като хранене, стрес, инфекции или излагане на токсини въздействат върху генната експресия, превръщат бременността в много повече от биологично състояние – тя се явява процес на предаване и препрограмиране на генетична информация, която ще определя здравето през целия живот и дори здравето на следващите поколения.

През последните десетилетия епигенетиката се утвърждава като ключов мост между генетичната предиспозиция и влиянието на средата върху развитието на индивида.

Разгледаните примери убедително показват, че майчиният стрес води до промени в невроендокринната и имунната регулация, които чрез плацентата достигат до плода и оформят неговата стрес-реактивност, поведенчески характеристики и предразположеност към психични разстройства. Инфекциите, особено през критичните гестационни периоди, повишават риска от тежки невроразвойни нарушения като подчертават ролята на възпалителните процеси и имунния отговор като механизми на епигенетично въздействие. В същото време храненето на майката – както в условия на недостиг, така и при небалансирана диета – оказва фундаментално значение за правилното метилиране на ДНК и за синтеза на ключови невротрансмитери и хормони, определящи когнитивното и емоционалното развитие на детето.

Обединявайки данните от историята и модерната наука, можем да заключим, че бременността е критичен „прозорец на възможностите“, в който изборите и условията на майката оставят дълбок и дълготраен отпечатък върху потомството. Разглеждането на пренаталната среда не просто като физиологичен, а и като психосоциален и епигенетичен фактор променя начина, по който мислим за акушерската грижа и общественото здраве. Епигенетиката на бременността ни показва, че всяка майчина мисъл, емоция, избор на храна и поведение, реакция към стреса са част от една по-голяма верига от процеси, които програмират здравето и качеството на живот на бъдещото поколение. Това знание ни помага да създадем интердисциплинарни стратегии за подкрепа

на бременните жени – чрез балансирано хранене, превенция на стреса, контрол на рисковите поведенчески фактори, употреба на медикаменти и опазване на околната среда – защото в утробата се залагат основите не само на индивидуалното здраве, но и на бъдещето на цели поколения.

Литература

Álvarez-Mejía D., Rodas J., Leon-Rojas J. (2025) *From Womb to Mind: Prenatal Epigenetic Influences on Mental Health Disorders* <https://www.mdpi.com/1422-0067/26/13/6096> _Accessed August 2025.

Álvarez-Mejía D., Rodas J. , Leon-Rojas J. (2025) *From Womb to Mind: Prenatal Epigenetic Influences on Mental Health Disorders* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40649875/> Accessed July 2025.

Bale, T. L. (2016). *The placenta as a mediator of stress effects on neurodevelopmental reprogramming*. *Neuropsychopharmacology*, 41(4), 207–218.

Claycombe K., Brisette C., Ghribi O. (2015) *Epigenetics of Inflammation, Maternal Infection, and Nutrition* <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4410493/> Accessed September 2025.

Clinical Epigenetics (2022). *Maternal–fetal stress and DNA methylation signatures in neonatal tissues.*: <https://clinicalepigeneticsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13148-022-01310-x> Accessed August 2025.

Feil, R., & Fraga, M.F. (2012). Epigenetics and the environment: emerging patterns and implications. *Nature Reviews Genetics*, 13(2), 97–109.

Nemoda, Z.; Szyf, M. (2017). *Epigenetic alterations and prenatal maternal depression*. *Birth Defects Research*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28528960/> Accessed August 2025.

O'Connor G., Heron, J., Golding, J., et al (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. *British Journal of Psychiatry*, 180(6), 502–508.

Roseboom, J., van der Meulen H., Ravelli C., et al (2001). Effects of prenatal exposure to the Dutch famine on adult disease in later life: an overview. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 185(1–2), 93–98.

Veselinova T. (2025) *Povedencheski factori I bremennost*. Sofia <http://cml4.mu-sofia.bg:8080/server/api/core/bitstreams/8acf1b7c-d834-4230-bce2-7b106ab72bc5/content> Accessed September 2025.

Wang Z., Song J., Li Y., et al (2019) Early-Life Exposure to the Chinese Famine Is Associated with Higher Methylation Level in the INSR Gene in Later Adulthood <https://www.nature.com/articles/s41598-019-38596-6> Accessed August 2025.

✉ **А. Гъркова**

Медицински университет-София

Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“

Катедра „Здравни грижи“

Email: annamariqgarkova@gmail.com

АСЕРТИВНОСТ В МЕДИЦИНСКОТО ОБРАЗОВАНИЕ

Н. Андреева¹, Е. Петкова¹

¹ Медицински университет – Плевен, Факултет „Здравни грижи“,
Катедра „Акушерски грижи“

ASSERTIVENESS IN MEDICAL EDUCATION

N. Andreeva¹, E. Petkova¹

¹Medical University – Pleven, Faculty of Health Care,
Department of Midwifery care

ABSTRACT: Medical education is evolving beyond the traditional focus on theoretical knowledge and technical skills, highlighting the importance of soft skills such as assertiveness. Assertiveness, understood as the ability to express oneself clearly and confidently while respecting others' rights, is essential for effective professional communication. This study aimed to assess the extent to which midwifery students demonstrate assertive behaviors in their interactions. A survey was conducted among students enrolled in the midwifery program to evaluate their perceptions and experiences. Results indicated that most participants reported no significant communication difficulties (85%), while a majority recognized that assertiveness training could promote ethical and professional dialogue, as well as improve patient and staff safety (64%).

These findings emphasize the role of assertiveness as a core competency in modern medical education, contributing to quality communication, collaboration, and the overall effectiveness of healthcare practice.

Keywords: training, assertiveness, competency.

Въведение

В съвременното медицинско образование все по-голямо внимание се обръща не само на усвояването на теоретични знания и практически умения, но и на развитието на личностни и комуникативни компетентности. Сред тях особено важно място заема асертивността – способността на медицинските специалисти да изразяват своите мисли, чувства и потребности по открит, ясен и уважителен начин.

Понятието асертивност се среща за първи път още в средата на миналия век. Тя може да се разглежда и като форма на поведение, демонстрираща следните елементи:

1. Да се отнасят към моето мнение с уважение.

2. Да се отнасям към мнението на другия с уважение.
3. Да бъда критичен.
4. Да поемам отговорност (Gusheva, 2017).

Асертивността е начин да защитаваш собствените си основни човешки права, без да нарушаваш основните човешки права на другите. Това е начин на реагиране, който отчита границите между правата на отделния човек и правата на останалите индивиди. Същността на подходящата асертивност е в това да сме способни да заявим своята позиция, без да събуждаме защитите на другия човек (Hadzhideleva, & Andreeva, 2021; Fenwick. et al., 2012).

Асертивността включва ефективна комуникация, която съчетава три основни качества – откритост, честност и директност в разговора. Различни автори разглеждат понятието през различни аспекти, но интересът на редица изследователи е насочен към професионалните взаимоотношения в различни области, включително медицина и здравни грижи. Асертивното поведение може да се разглежда като качество на личността или като стил на поведение (Gusheva, 2017).

Формирането на професионални умения за общуване на медицинските специалисти се осъществява в процеса на обучението им в университета. Акцентирането върху най-ефективните условия, средства и техники за развитие и усъвършенстване на комуникативните компетенции и структурирането им във вид на модел, реализуем при организирането на процеса на практическо обучение, способства за професионалното развитие на студентите (Hadzhideleva, 2014; Hadzhideleva, & Andreeva, 2021). Ефективното общуване между обучаем и обучаващ е процес, гарантиращ успех в образователния процес, а също и спомагащ за правилното формиране на личностни и професионални качества у студента. Това предполага установяване на взаимоотношения, позволяващи отчитането и удовлетворяването на нуждите от общуване, правилното разбиране и оценка на информацията за ефективността на комуникацията, което от своя страна помага за реализирането на качествена

професионална подготовка на бъдещите акушерки (Hadzhideleva, Andreeva, 2021).

Цел

Проучването има за цел да установи до каква степен студентите от медицинските специалности, в частност „акушерка“, проявяват елементи на асертивност като междуличностно поведение в процеса на обучението си.

Материали и методи

През периода 2019 г. – 2022 г. се организира и проведе социологическо проучване сред студентите от специалност „Акушерка“ на 7 от висшите медицински училища в Република България. На проучването се отзоваха 239 студенти.

Използван е социологически метод, като за целта е създаден въпросник, включващ 19 закрити и 3 открити въпроса.

Статистическата обработка е извършена със софтуерен програмен продукт MS Office Excel 2019. Данните са представени с подходящи таблици и графики.

Дизайн: Собствено проучване и систематичен преглед на литературата.

Източници на данни: Търсенето на литература беше проведено с помощта на три електронни бази данни (PubMed, Google scholar и Elsevier).

Резултати и обсъждане

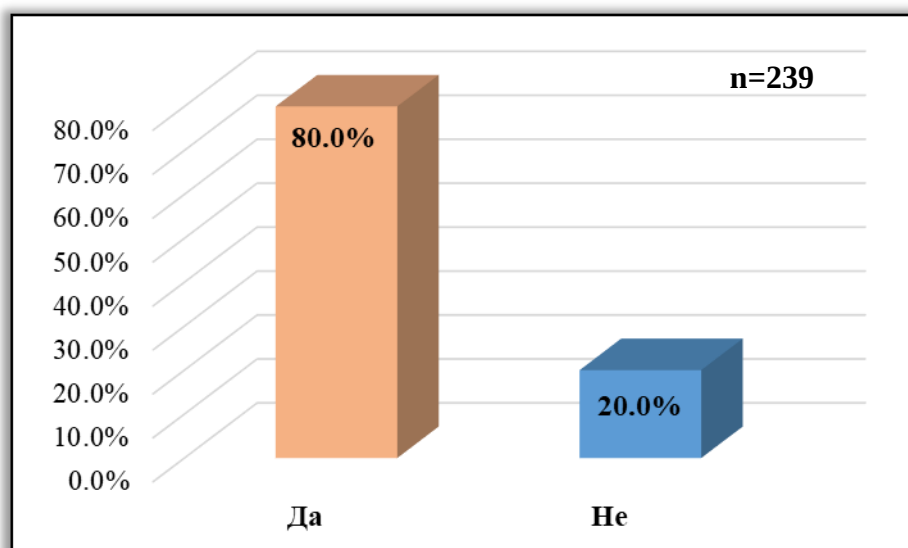
Всички здравни специалисти в своето ежедневие взаимодействат и комуникират с хора, за което се изискват умели преговори и уверени умения. Въпреки това, днес асертивността в медицинското образование не е широко възприето понятие както в сестринските грижи, така и в акушерско обучение, въпреки изследванията, доказващи положителна връзка между асертивността и индивидуалната удовлетвореност от обучение, работа и стрес (Green, 2016).

Много проучвания разглеждат връзката между **асертивност и медицинска грижа**. Част от тези проучвания разглеждат медицинската грижа като важен

елемент на асертивно поведение и професионалните умения (Omura et al. 2017; Fenwick et al, 2012).

➤ ***Свободно изразяване на мнение***

Способността да се изрази мнение – като част от общуването на студентите, е изключително важна. По този начин могат да се избегнат нежелани въздействия, да се постигне равнопоставеност на участниците в комуникацията и възможност за постигане на общи цели. Доверието и чувството за равнопоставеност в междуличностните отношения и общуването на студентите е много важно за тях. Отговорите са с много висок относителен дял – почти 80% от студентите заявяват това (фиг. 1).

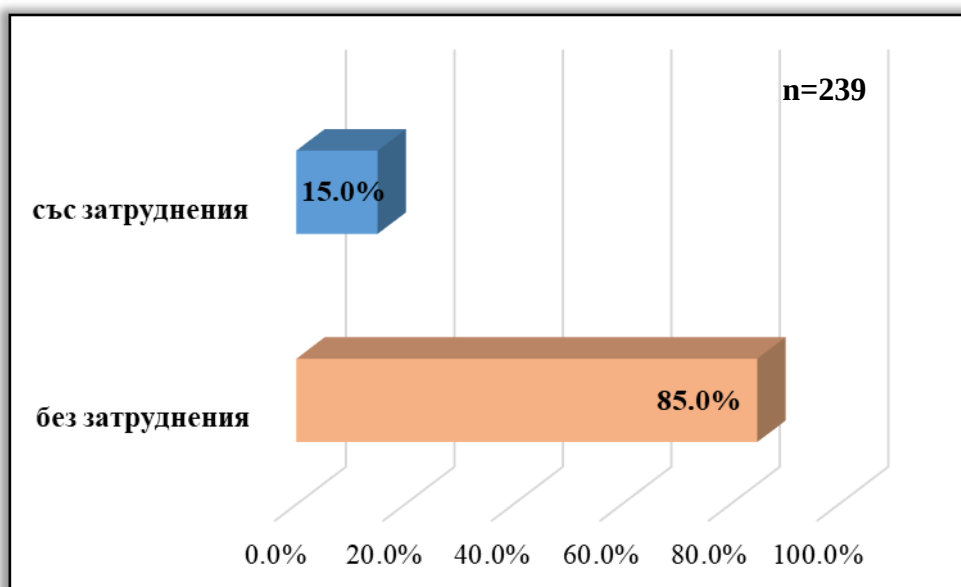


Фигура 1. Свободно изразяване на мнение.

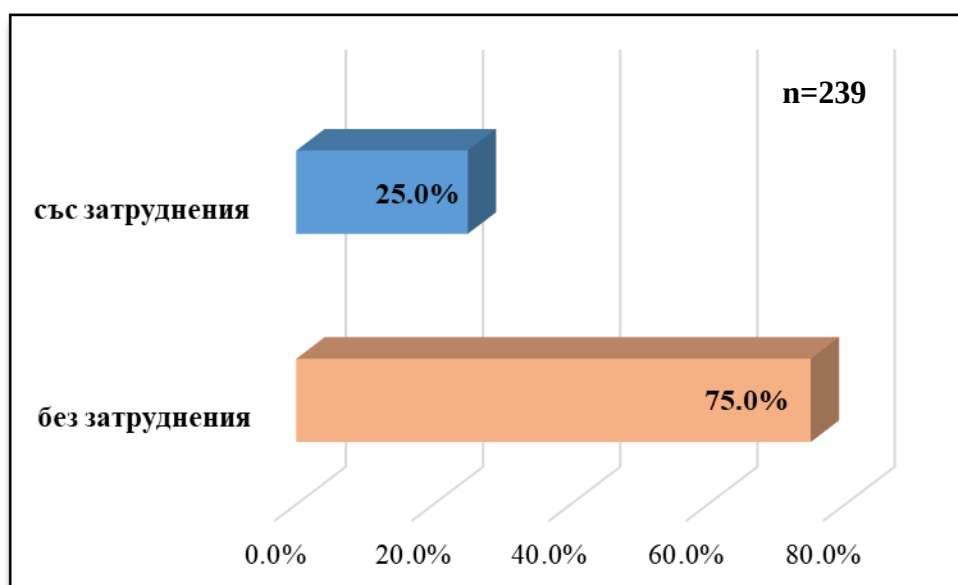
Асертивното поведение осигурява баланс. То се изразява в ясна, уважителна и честна комуникация, която позволява на специалиста да изразява своето мнение и да защитава своите граници без да накърнява достойнството на другите.

➤ ***Комуникация на студентите***

Потърси се мнението на студентите относно наличие или липса на затруднения в комуникацията им с преподавател или с пациент. Данните са графично представени на фигура 2 и фигура 3.



Фигура 2. Комуникация на студентите с преподавател.



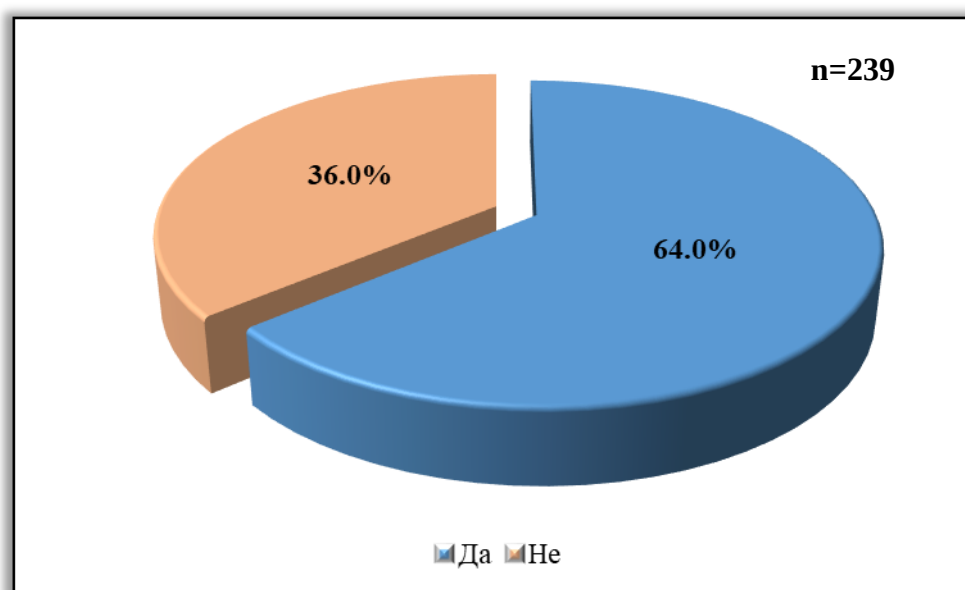
Фигура 3. Комуникация на студентите с пациент.

Получените резултати показват, че студентите не се сблъскват с трудности в комуникацията с преподавател (85,0%). Висок е дялът на респондентите, които нямат затруднения при общуването с пациенти (75,0%). Днес съвременният студент е способен да води разговор, да уважава и да се чувства

уверен, ако му бъде предоставена необходимата възможност и сигурност, както и разбиране от отсрещната страна.

➤ **Асертивност – значение**

Потърси се информираността на студентите относно значението на думата „асертивност“. Прави впечатление, че повече от половината (64,0%) са декларирали, че са наясно със значението на понятието (фиг. 4).



Фигура 4. Асертивност – значение.

Асертивността е основно умение за всички здравни специалисти. Работата с пациентите се влияе от „човешкия фактор“. Обучението по асертивност може да осигури както етична и професионална комуникация, така и безопасност на пациента и медицинския персонал.

➤ **Значение на асертивността в медицинската практика**

1. Комуникация с пациенти – асертивният медицински специалист може да изслушва и да проявява емпатия, но същевременно да поставя ясни граници например при неоснователни искания.

2. Междупрофесионални отношения – работата в мултидисциплинарен екип изисква способност за отстояване на професионално мнение без конфликти.

3. Психично и емоционално благополучие – умението да казваш „не“ и да поставяш граници е ключово за предотвратяване на стрес и професионално прегаряне (бърнаут).

➤ **Асертивността в медицинското образование**

За да се развие това умение е необходимо то да бъде интегрирано в учебните програми на студентите по медицина, медицинските сестри и другите здравни специалисти.

Асертивността дава възможност за осъществяване на безопасна и професионална комуникация, съчетана с чувство за лична отговорност (Noh, & Kim, 2021).

Заключение

Асертивността е ключова компетентност в съвременното медицинско образование. Тя гарантира качествена комуникация, подобрява взаимодействието между медицинските специалисти и пациенти, улеснява работата в екип и предпазва от професионално прегаряне. Включването на обучение по асертивност в медицинските програми е не просто допълнение, а необходимост за изграждането на компетентни, устойчиви и уверени в себе си медицински специалисти.

Асертивността изгражда професионализъм и печели уважение към професията.

Литература

Fenwick J, Hammond A, Raymond J, Smith R, Gray J, Foureur M, Homer C, Symon A. Surviving, not thriving: a qualitative study of newly qualified midwives' experience of their transition to practice. Journal of clinical nursing. 2012 Jul;21(13-14):2054-63.

Green, J. (2016). Enhancing assertiveness in district nurse specialist practice. British Journal of Community Nursing, 21(8), 400-403 [In Bulgarian].

Gushleva S. Aserivnost – kognitivno-povedencheska gledna tochka, Balgarsko spisanie po psihologia, 2017, broj 1-4, p. 247 . [In Bulgarian].

Hadzhideleva D., Komunikatsii v akusherskite grizhi , Avtoreferat, 2014, Sofia [In Bulgarian].

Hadzhideleva, D., & Andreeva, N. (2021). Assertiveness and interpersonal behaviour during the practical training of students enrolled in midwifery courses. Knowledge-International Journal, 49(4), 905-910.

McCartan, P. J., & Hargie, O. D. (2004). Assertiveness and caring: are they compatible?. Journal of Clinical Nursing, 13(6), 707-713.

Noh, G. O., & Kim, M. (2021). Effectiveness of assertiveness training, SBAR, and combined SBAR and assertiveness training for nursing students undergoing clinical training: A quasi-experimental study. Nurse Education Today, 103, 104958.

Omura M, Maguire J, Levet-Jones T, Elizabeth Stone T (2017) The effectiveness of assertive communication training programs for health professionals and students: a systematic review,. Volume 76, pp. 120-128

✉ **Гл. ас. Наташка Андреева, д.м.**

Медицински университет – Плевен,

Катедра „Акушерски грижи“

Адрес: гр. Плевен ул. „Климент Охридски“ 1

Тел: 0889 274922,

e-mail: natashka_andreeva@abv.bg; Natashka.Andreeva@mu-pleven.bg

ИНФОРМИРАНОСТ НА РОДИЛКИ ОТНОСНО ЧОВЕШКИ ПАПИЛОМА ВИРУС

Н. Андреева^{1,2}

¹УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД

²Медицински университет – Плевен, Факултет „Здравни грижи“, Катедра „Акушерски грижи“

AWARENESS OF POSTPARTUM WOMEN ABOUT HPV

N. Andreeva^{1,2}

¹ UMHAT "Dr. Georgi Stranski" - Pleven

²Medical University – Pleven, Faculty of Health Care, Department of Midwifery care, Pleven, Bulgaria

ABSTRACT: *Introduction: Human papillomavirus (HPV) is recognized as the most prevalent sexually transmitted infection. Studies indicate that up to 80% of sexually active men and women worldwide contract the virus upon first exposure.*

The aim of the present study was to assess the awareness of women in labor regarding the modes of HPV transmission and infection.

Materials and Methods: Between January 2020 and December 2020, an anonymous survey was conducted among 100 postpartum women hospitalized at UMHAT “Dr. G. Stranski” JSC. The sociological method of direct group survey was applied.

Results: The study revealed low levels of awareness regarding HPV among women in labor (33.0%). Similarly, low health literacy was observed concerning routes of transmission (31.0%) and prevention methods (39.0%).

Conclusion: The findings demonstrate insufficient awareness of HPV among women in labor. This gap in knowledge facilitates the rapid spread of the virus, posing a growing challenge to public health.

Keywords: HPV, midwife, woman in labor

Въведение

Човешкият папилома вирус (HPV) е определян като най-разпространеното сексуално-трансмисивно заболяване. Проучванията показват, че до 80% от сексуално активните мъже и жени (в световен мащаб) са се заразили с вируса при първа среща с него (Hamborsky, et al., 2015). При голяма част от заразените, инфекцията протича безсимптомно, без никаква клинична изява. Това ги прави

основна причина за бързото и неволно разпространяване на вируса – незнанието, че са заразени (Petca, et al., 2020).

Персистенцията на вируса, попадайки в човешкото тяло, може да е продължителна – няколко години, дори десетилетия. Трябва да се има предвид, че през този период инфекцията може да продължи да се развива безсимптомно (Brown et al., 2013). Различни литературни източници доказват, че приблизително 90% от HPV инфекциите могат да се излекуват самостоятелно, благодарение на имунния отговор, а само около 10% персистират за по-дълъг период от време (Chan et al, 2019).

HPV причинява едно от най-сериозните злокачествени заболявания сред жените – ракът на маточната шийка (Hinkova et al, 2025). Малко са хората, които са запознати, че вирусната инфекция може да причини и други заболявания, засягайки вулвата, влагалището, ануса, пениса, орофаринкса и др. (Szymonowicz et al., 2020).

Различни литературни източници изясняват разпространението на HPV сред бременни жени, вземайки проби от различни места (маточна шийка, плацента, амниотична течност, урина и уринарен тракт) (Ardekani et al. 2022) доказват, че HPV се развива по-динамично сред бременни, живеещи в по-слабо развити страни, както и сред бременни жени с придружаващи заболявания. Изследвани са и усложненията, които могат да настъпят по време на бременността вследствие на HPV. Преждевременното раждане е определяно с най-висока степен на свързаност с наличието на вирусната инфекция (Niyibizi et al., 2020).

Цел

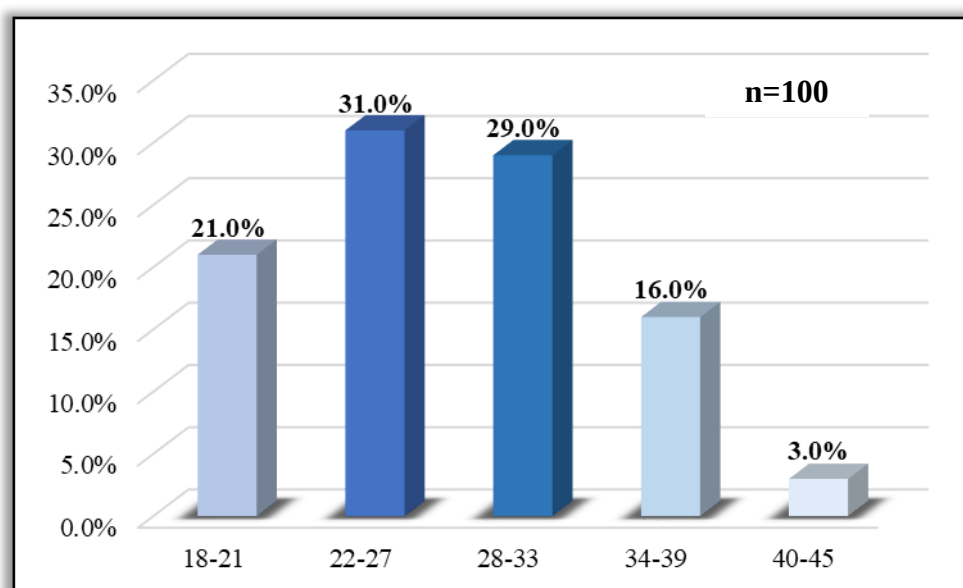
Целта на настоящото проучване е да се установи информираността на родилките, относно начина на заразяване и предаване на HPV.

Материали и методи

През периода януари 2020 – декември 2020 г. се организира и проведе анонимно проучване сред 100 родилки, хоспитализирани в Отделението по акушерство на УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД. Използва се социологическият метод – пряка групова анкета. Получените резултати се обработиха статистически чрез софтуерен програмен продукт MS Office Excel 2019.

Резултати

На проучването са се отзовали 100 родилки, които са хоспитализирани в Акушерска клиника на УМБАЛ „Д-р Г. Странски“ ЕАД, гр. Плевен. Разпределени бяха в пет възрастови групи, като най-голям е процентът на жените между 22 и 27-годишна възраст (31,0% или това са 31 жени). Разпределението по възрастовото е представено на фиг. 1.

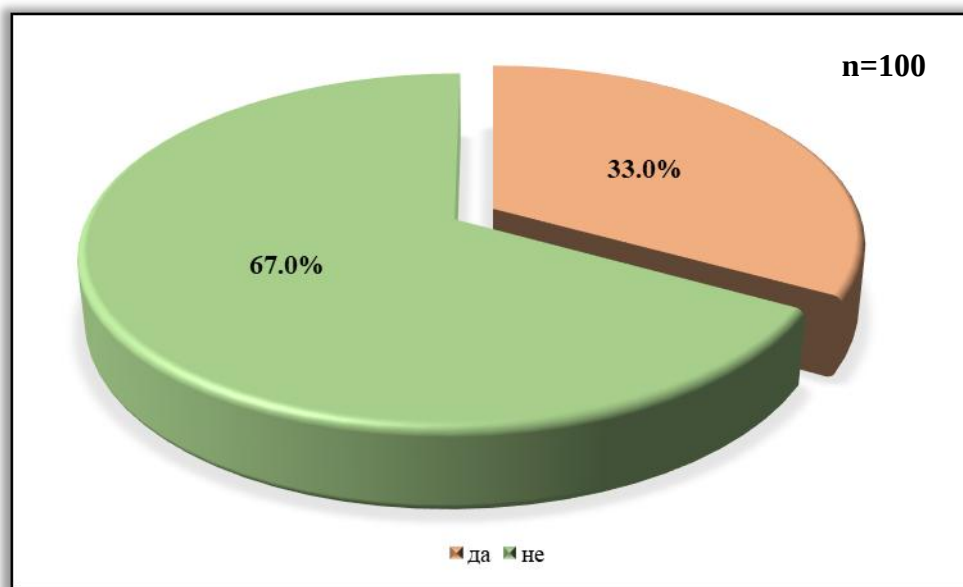


Фиг. 1. Разпределени на респондентите по възрастови групи

Групирането на респондентите по местоживеење изглежда по следния начин:

- В градове – 85,0% (85 жени);
- В села – 15,0% (15 жени).

Потърсихме мнението на респондентите относно знанията им за човешкия папилома вирус (HPV). Получените резултати показват, че информираността на участничките в проучването е ниско. Повече от половината са декларирали, че не са запознати с този вирус (67,0%). Резултатите са графично представени на фиг. 2.



Фиг. 2. Информираност, относно HPV.

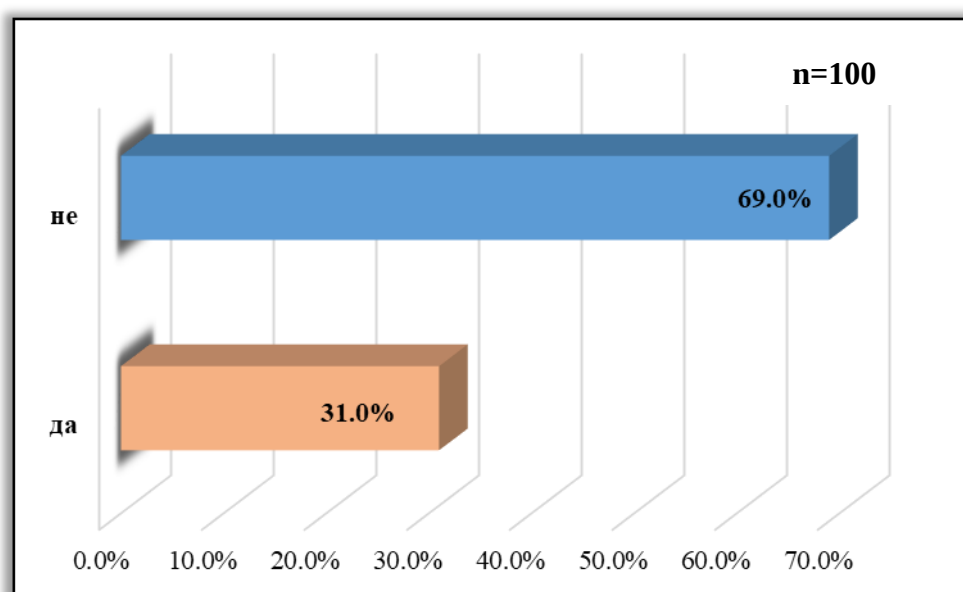
Съпоставихме нивата на информираност и възрастта на респондентите. Резултатите показват, че с най-висок процент на информираност са жените във възрастовата група 22-27 г. (14,0% или това са 14 родилки). Данните са представени в табл. 1.

Табл. 1. Съпоставяне по възрастови групи и информираност за HPV

		Запознати ли сте какво е HPV?			
		Да		Не	
		Брой	%	Брой	%
възраст	18-21	4	4,0%	17	17,0%
	22-27	14	14,0%	17	17,0%
	28-33	10	10,0%	19	19,0%
	34-39	4	4,0%	12	12,0%
	40-45	1	1,0%	2	2,0%
	Общо	33	33,0%	67	67,0%

Проучването не установи статистически значима връзка между възрастта на респондентите и информираността им относно вируса ($\chi^2 = 4.4152$, $df = 1$, $p = 0.353$, $Cramer's V = 0.210$).

Въпреки регистрираните ниски нива на информираност относно HPV, проучихме нивото на знанията на родилките, свързани с начините на предаването му. Резултатите не се различават съществено от получените данни при предходния въпрос (фиг. 3).



Фиг. 3. Информираност относно предаването на HPV.

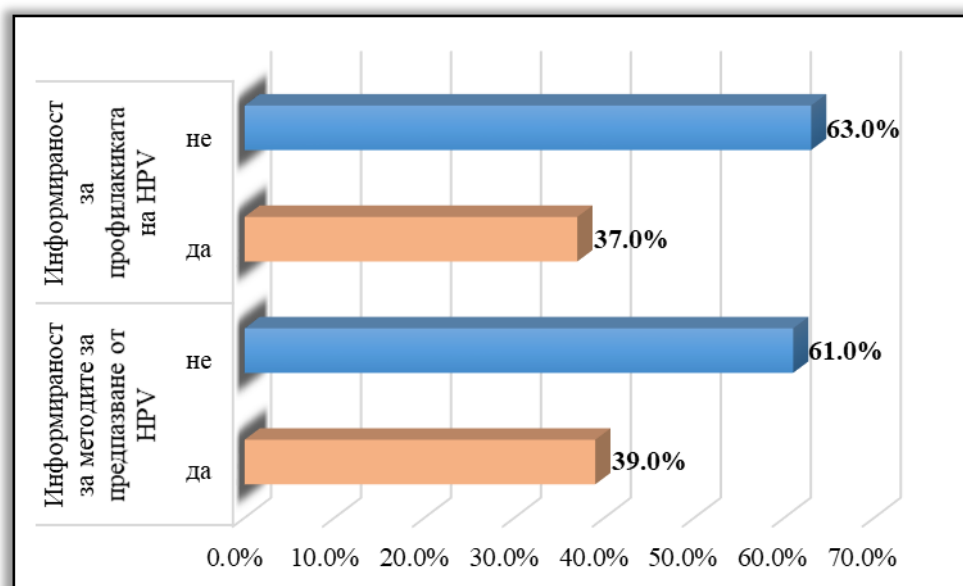
Зададох се въпроси на респондентите, свързани с проучване на информираността им относно методите за предпазване от заразяване с вируса. Резултатите са в абсолютно съответствие с получените отговори на въпроса дали са запознати с начина на предаване на HPV (фиг 3. и фиг. 4), доказвайки доста ниски нива на такъв тип знания (посочилите отговор „да“ са в диапазона 31,0% - 39,0%, което е доста под 50%).

Предвид ниската здравна грамотност по въпросите, свързани с HPV, която демонстрират родилките, не можем да не отбележим факта, че 85,0% (85

родилки) от тях са декларирали, че са готови да повишат своята информираност.

Резултати и обсъждане

Проведеното от нас проучване установява ниска информираност сред жени във фертилна възраст – родилки, относно HPV. Доказа се, че голям процент от тях не са чували за вируса, съответно не знаят и пътищата, по които може да се предава.



Фиг. 4. Информационност свързана с профилактиката и методи за предпазване.

Подобни данни са отчетени и в Косово. Авторският колектив (Raçi et al., 2021) провежда напречно проучване, с което учените доказват, че над 50% от респондентите са били с ниски нива на информираност относно HPV. Нисък процент на знания доказват чрез своето срезово проучване и Tiiti et al. (2022 г.). Авторският колектив описва, че липса на всякакви знания, свързани с HPV, са декларирали 40,3% (212) от респондентите.

Erdenetuya et al. (2023) провеждат проучване в Узбекистан. Получените от авторския колектив резултати убедително доказват, че жените в Узбекистан са с достатъчно знания относно HPV, като информираност са показали 78,6% (350

жени) от анкетираните. Доказаните от нас ниски нива на информираност са в противоречие с публикуваните от Erdenetuya et al. (2023), което от друга страна доказва, че високи нива на информираност са напълно постижими.

В подкрепа на получените от нас резултати е и проведеното от Petkova et al. (2025), проучване от типа случай-контрола. Авторският колектив доказва ниски степен на информираност относно HPV и прави извода, че за по-бързото разпространение на вируса са отговорни и недостатъчните знания, свързани с начина на предаването му.

Друга причина за бързото разпространение на вируса и появата на все повече онкологични заболявания, свързани с него, е липсата на знания относно профилактиката му. Настоящото проучване доказва, че нивата на информираност са изключително ниски, едва 37,0% (37 родилки) са декларирали, че знаят каква е профилактиката на този тип вирусна инфекция. Липсата на посещаване на профилактични гинекологични прегледи се отнася към факторите, които повишават риска от развитие на асоциирано с HPV заболяване (Stoyanova et al, 2024).

Заклучение

Налице е ниска здравна информираност сред родилките относно HPV. Това е предпоставка за бързото разпространение на вируса, което би довело и до ръст на асоциираните с него заболявания, включително до карцином на маточната шийка. Необходимо е повишаването на здравната грамотност за начините на предпазване и профилактиката на HPV, защото разпространението му се превръща в тежест за общественото здравеопазване.

Литература:

Ardekani, A.; Sepidarkish, M.; Mollalo, A.; Afradiasbagharani, P.; Rouholamin, S.; Rezaeinejad, M.; Farid-Mojtahedi, M.; Mahjour, S.; Almkhtar, M.; Nourollahpour Shiadeh, M.; et al. Worldwide prevalence of human papillomavirus among pregnant women: A systematic review and meta-analysis. *Rev. Med. Virol.* **2022**, e2374

Brown, D.R.; Weaver, B. Human papillomavirus in older women: New infection or reactivation? *J. Infect. Dis.* 2013, 207, 211–212.

Chan, C.K.; Aimagambetova, G.; Ukybassova, T.; Kongrtay, K.; Azizan, A. Human Papillomavirus Infection and Cervical Cancer: Epidemiology, Screening, and Vaccination-Review of Current Perspectives. *J. Oncol.* 2019, 2019, 3257939.

Erdenetuya Bolormaa, Bekhruz Yusupov, Mukhabbat Akhmedova, Youk Jin Yoo, Seung-Ah Choe. Human Papillomavirus Knowledge and Cervical Cancer Screening Practice among Uzbekistan Women. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 2023, 50(1), 4. <https://doi.org/10.31083/j.ceog5001004>

Hamborsky, J.; Kroger, A. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases; E-Book: The Pink Book; Public Health Foundation: Washington, DC, USA, 2015.

Hinkova, Nadejda, Teodora Semova, Dimitar Dimitrov, Mirela Vasileva, Valeria Racheva, and Zornitsa Gorcheva. "HPV-associated diseases and their cytodiagnosis." *Acta Medica Bulgarica* 52, no. 2 (2025): 30-37.

Niyibizi, J.; Zanré, N.; Mayrand, M.-H.; Trottier, H. Association between Maternal Human Papillomavirus Infection and Adverse Pregnancy Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J. Infect. Dis.* 2020, 221, 1925–1937.

Petca, A.; Borislavski, A.; Zvanca, M.E.; Petca, R.C.; Sandru, F.; Dumitrascu, M.C. Non-sexual HPV transmission and role of vaccination for a better future (Review). *Exp. Ther. Med.* 2020, 20, 186.

Petkova E, Kamburova M, Mineva E. Adult female awareness of HPV and its associated diseases. *Information for nursing staff*, 2025, 57(1), 23-38

Raçi PZ, Raçi F, Hadri T. Kosovo women's knowledge and awareness of human papillomavirus (HPV) infection, HPV vaccination, and its relation to cervical cancer. *BMC Women's Health*. 2021, 21, 354. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01496-x>

Stoyanova, E. Y., & Kamburova, M. (2024). Impact of risk and protective factors for Human papillomavirus infection and the associated diseases among adult women. *Journal of Biomedical and Clinical Research*, 17, 43-52.

Szymonowicz, K.A.; Chen, J. Biological and clinical aspects of HPV-related cancers. *Cancer Biol. Med.* 2020, 17, 864–878.

Tiiti TA, Bogers J, Lebelo RL. Knowledge of Human Papillomavirus and Cervical Cancer among Women Attending Gynecology Clinics in Pretoria, South Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 1;19(7):4210. doi: 10.3390/ijerph19074210. PMID: 35409892; PMCID: PMC8998542.

✉ **Гл. ас. Наташка Андреева, д.м.**

Медицински университет – Плевен,

Катедра „Акушерски грижи“

Адрес: гр. Плевен ул. „Климент Охридски“ 1

e-mail: Natashka.Andreeva@mu-pleven.bg

АКУШЕРСКИ ГРИЖИ, СВЪРЗАНИ С ИНФОРМИРАНост НА ЖЕНИТЕ ЗА СИМПТОМИТЕ НА РАНЕН СПОНТАНЕН АБОРТ

Т. Димитрова¹, Б. Симеонова¹

¹Медицински университет – София, Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Катедра „Здравни грижи“

OBSTETRIC CARE IS LINKED TO WOMEN'S AWARENESS OF THE SYMPTOMS OF EARLY MISCARRIAGE

T. Dimitrova¹, B. Simeonova¹

Medical university – Sofia
Faculty of Public Health „Prof. Tzecomir Vodenicharov, MD, DSc“
Specialty: Midwifery, Department of Health Care

Introduction: This study examines the role of midwives in informing and educating pregnant women about the symptoms of early miscarriage – one of the most common complications in early pregnancy. It emphasizes the importance of early recognition of warning signs, timely medical intervention, and the need for emotional support.

The aim of the research is to assess the effectiveness of midwifery care in this context by evaluating the level of awareness and satisfaction among women regarding the information provided.

Material and methods: The study was conducted through a survey involving 60 pregnant women in their first trimester across three leading obstetric and gynaecological hospitals in Sofia. Both quantitative and qualitative methods were used to analyse the data.

Results: The results indicate a lack of clarity in the information received by many participants, as well as a need for a more personalized approach and better-structured educational practices. The conclusion highlights that the midwife plays a key role not only in clinical care, but also in building trust, reducing anxiety, and improving reproductive health outcomes through education and prevention.

Keywords: midwife, early pregnancy, spontaneous abortion, education, symptoms, prevention

Въведение

Спонтанният аборт представлява прекъсване на бременността в срок, несъвместим с живота за плода, и е едно от най-честите усложнения в акушерството. По данни на Световната здравна организация приблизително 10-15% от клинично разпознатите бременности завършват със спонтанен аборт, като реалният процент вероятно е по-висок, тъй като значителна част от загубите настъпват още преди жената да разбере, че е бременна. В световен мащаб всяка година милиони жени преживяват този репродуктивен проблем,

който често се съпътства не само от физически последствия, но и от сериозни психологически и социални трудности.

“When caring for women who are having an abortion, be aware of: the anxiety they may have about perceived negative and judgmental attitudes from healthcare professionals. The impact the verbal communication may have on them”

Разпознаването на ранните симптоми като вагинално кървене, болки ниско в корема, чувство на тежест или промяна в характера на вагиналните течения е от ключово значение за своевременното търсене на медицинска помощ. Именно тук ролята на акушерката е съществена. Освен че съдейства при грижите за пациентката, тя има и образователна функция – да информира жената за възможните рискови признаци, да я насочи към правилни действия и да бъде опора в момент на несигурност. Познаването и правилното тълкуване на тези признаци могат да бъдат определящи за запазване на бременността или за минимизиране на рисковете, свързани със спонтанния аборт.

Повишаването на информираността за симптомите на ранен спонтанен аборт допринася не само за ранна диагностика и по-добро клинично поведение, но и за изграждане на доверие между пациентката и медицинския екип. Акушерката – като медицински специалист и често най-близка до жената фигура в процеса на проследяване на бременността, има ключова роля за намаляване на риска от усложнения, както и за психоемоционалната подкрепа на бъдещата майка. В контекста на съвременната репродуктивна медицина темата за ранния спонтанен аборт придобива все по-голяма значимост както от клинична, така и от социално-психологическа гледна точка. Повишената чувствителност към репродуктивното здраве, стремежът към намаляване на майчината и перинаталната заболеваемост, както и нуждата от интегрирани, персонализирани здравни грижи правят ранната превенция и навременната намеса при усложнения като спонтанен аборт приоритет за здравните системи в глобален мащаб. Нарастващият брой жени, които планират бременност в по-късна възраст, увеличава честотата на рискови фактори като ендокринни

нарушения, хромозомни аномалии и хронични заболявания, които са свързани с по-висока вероятност от загуба на бременността в първите седмици. В допълнение стресът, забързаният начин на живот и пренасищането с информация създават нужда от надеждни източници на подкрепа и професионално насочване.

Цел на проучването

Целта е да се оцени нивото на акушерската грижа по отношение на обучението на жените за симптомите на ранен спонтанен аборт и да се установи степента на удовлетвореност на жените от предоставената информация и подкрепа.

Задачи на изследването

- Да се определи мястото и ролята на акушерката в процеса на информиране и обучение на бременни жени по отношение на признаците на усложненията;
- Да се проучи степента на информираност и удовлетвореност на пациентките от предоставеното обучение относно симптомите на ранен спонтанен аборт;
- Да се идентифицират често срещани пропуски и предизвикателства в практиката, свързани с обучението на пациентки по темата за рисковете от спонтанен аборт;
- Да се оцени ефективността на използваните образователни подходи и материали (брошури, устни консултации, дигитални ресурси и др.).

Методи

- Социологически метод – анонимна анкета;
- Статистически метод за анализ на данните.

Предмет на проучването са уменията на акушерките да обучават и информират пациентките относно симптомите на ранен спонтанен аборт.

Обект на проучването са 60 бременни жени в първия триместър, посетили АГ отделенията в СБАЛАГ „Майчин дом“ – София, ПСАГБАЛ „Св. София“ и II-ра САГБАЛ „Шейново“ в периода ноември 2024 – юли 2025.

Анкетата съдържа 15 въпроса, насочени към оценка на информираността, качеството на обучението и удовлетвореността от предоставената информация. Разпространена е чрез специализирани онлайн групи за бременност и майчинство, социални мрежи с помощта на акушерки в амбулаторни и болнични структури, които насочваха свои пациентки към доброволно участие.

Събраните данни са обработени чрез количествен анализ – изчисляване на проценти, сравнение между възрастови групи, анализ на опита с акушерската грижа и достъп до информация. Отворените въпроси бяха подложени на качествен тематичен анализ, като бяха изведени основни проблеми, нагласи и нужди, споделени от участничките в първи триместър в три водещи АГ болници в София. Използвани са количествени и качествени методи за анализ на събраните данни.

Резултати и обсъждане

По-голямата част от пациентките заявяват, че не са получили достатъчно ясна информация относно симптомите на ранен спонтанен аборт.



Фиг. 1. Информираност относно симптомите.

Най-голямата група жени в това изследване твърдят, че разполагат с недостатъчно ясна информация по темата. Това е тревожен индикатор, който сочи, че макар да имат известни познания, жените не се чувстват уверени в способността си да разпознаят рисковите симптоми навреме.

Втората по големина група смята, че са добре информирани, което показва, че само една четвърт от жените получават адекватна и разбираема информация, позволяваща им да реагират своевременно при поява на тревожни признаци.

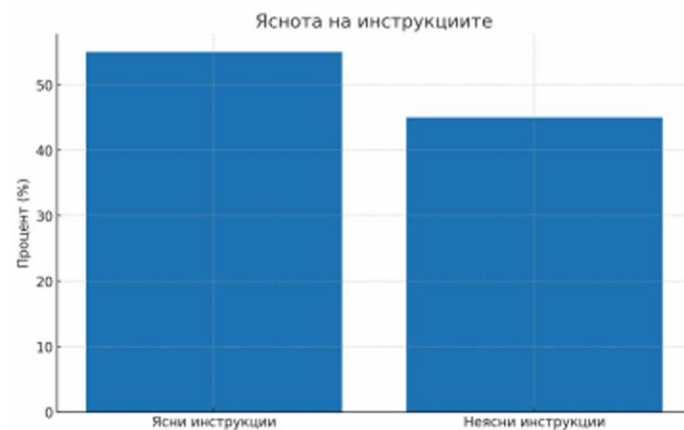
Малка част от анкетираните заявяват, че нямат никаква информация относно симптомите. Въпреки ниския процент, това все пак представлява рискова група, нуждаеща се от спешно внимание и включване в обучителни инициативи.



Фиг. 2. Емоционална подкрепа.

Почти половината от анкетираните са заявили, че са получили пълна емоционална подкрепа от страна на акушерката. Това означава, че при тях обучението е било съпроводено с внимание, съпричастност и адекватна емоционална реакция при възникване на притеснения или въпроси. Същият процент респонденти са посочили, че са получили частична подкрепа, което може да се тълкува като наличие на базова емпатия и внимание, но не в достатъчна степен за изграждане на истинско доверие и усещане за сигурност. Около 15% от жените са заявили, че не са получили никаква емоционална

подкрепя по време на обучението, т. е. при тях е налице липса на внимание към психоемоционалните нужди на жената в толкова чувствителен период от бременността.



Фиг. 3. Яснота на инструкциите.

Равен дял имат респондентите, които заявяват, че се чувстват чути и подкрепени от акушерките, и тези, усещащи липса на персонално внимание. 55% от анкетираните заявяват, че са получили ясни и разбираеми инструкции от страна на акушерката. 45% от участничките посочват, че инструкциите са били неясни или объркващи, което затруднява адекватната им реакция при съмнение за усложнение.



Фиг. 4. Внимание и персонален подход.

Около 60% от анкетираните жени споделят, че по време на обучението са се чувствали чути, разбрани и са получили персонално внимание от страна на акушерката. Това е положителен индикатор за нивото на емпатия и професионализъм в голяма част от случаите. 1/4 от участничките посочват, че са усетили липса на персонално внимание – информацията е била поднесена по-общо, без адаптиране спрямо личните им притеснения или нужди. Това създава риск от непълно разбиране или емоционално дистанциране от процеса на обучение. Неуточен отговор са дали 10% от запитаните, което може да се дължи на неясен спомен, колебание или неопределено преживяване.

Обсъждане

1. Липсата на достатъчно ясна и достъпна информация относно симптомите на ранен спонтанен аборт може да е причина за понижена информираност сред пациентките.

2. Психологическата подкрепа по време на обучението е непълна, което може да увеличи тревожността и страха у бременните.

3. Персонализираното общуване и вниманието на акушерките са от ключово значение за ефективното обучение и повишаването на готовността на пациентките за ранно разпознаване на симптомите.

4. Ограниченото време и натовареността на акушерките са основни фактори, възпрепятстващи качествено предоставяне на информация и подкрепа.

Заключение и благодарности

Настоящото проучване разглежда важна и актуална тема – ролята на акушерката в информирането на жените относно симптомите на ранен спонтанен аборт и значението на емоционалната подкрепа и индивидуалния подход в този процес. Данните от анкетата показват, че значителна част от участничките не разполагат с достатъчно ясна информация за рисковите

признаци, което поставя акцент върху нуждата от по-ефективна комуникация и образователна дейност в акушерската практика. Ролята на акушерката надхвърля рамките на чисто медицинската грижа – тя е ключова фигура в предоставянето на достъпна, разбираема информация, емоционална подкрепа и изграждане на доверие. Повишаването на професионалната подготовка по отношение на комуникационните и образователни умения ще допринесе за по-добра превенция на усложнения, ранна диагностика и цялостно подобряване на акушерските грижи.

Литература

Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2013). Skills for Communicating with Patients. CRC Press.

Johnson, B. H., & Abraham, M. R. (2012). Partnering with Patients and Families to Design a Patient- and Family-Centered Health Care System: Recommendations and Promising Practices. Institute for Family-Centered Care.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). Antenatal care for uncomplicated pregnancies. NICE guideline [NG201].

World Health Organization (WHO). (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.

Roter, D. L., & Hall, J. A. (2006). Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits. Praeger.

✉ **Т. Димитрова**

Медицински университет – София

ФОЗ „Проф. д-р Цекомير Воденичаров, дмн“

Катедра „Здравни грижи“

e-mail: 115253@students.mu-sofia.bg

ХАБИТУАЛНИ АБОРТИ ПРИ МУЛТИФАКТОРНА ФОРМА НА ТРОМБОФИЛИ – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

З. Кироваков¹, Н. Хинкова²

¹Бургаски държавен университет „проф. Д-р Асен Златаров“. Факултет „Обществено здраве и здравни грижи“, Катедра „Здравни грижи“.

²Медицински университет – Плевен, Факултет „Здравни Грижи“, Катедра „Акушерски грижи“

HABITUAL ABORTIONS IN A MULTIFACTORIAL FORM OF THROMBOPHILIA – CASE REPORT

Z. Kirovakov¹, N. Hinkova²

¹Burgas state university „Prof. Assen Zlatarov“, faculty for Public Care and Health care, statement of Health care,

²Medical University – Pleven, Faculty of Healthcare, Department of Midwifery care

ABSTRACT: *We present clinical case concerns a 31-year-old female patient with two previous spontaneous abortions at 6 gestational weeks. After the second failed pregnancy, extensive research was done to determine the cause of the early miscarriage. The patient turns out to be a carrier of multiple genetic thrombophilic factors. Severe vitamin D-25(OH) deficiency was diagnosed. High levels of homocysteine are also found. Adequate treatment is applied with a positive effect.*

Keywords: spontaneous abortion, pregnancy, thrombophilia, gene mutation

Въведение

Тромбофилията представлява състояние на повишена склонност към тромбообразуване, дължащо се на различни придобити и/или вродени генетични фактори. Също така се счита в научните среди, че е състояние, при което се наблюдава свръхактивност в коагулационната система, което създава риск от спонтанно тромбообразуване (Gercheva, 2021). Заболяването може да се раздели на вродена и придобита тромбофилия и е един от най-честите предразполагащи фактори за тромбоемболизъм. От акушерска гледна точка тромбофилията участва в патогенезата на множество акушерски патологии, включително хабитуалните аборти, интраутеринна смърт на плода, вътрематочно ограничаване на растежа, отлепване на плацентата, инфаркт на плацентата и прееклампсия. Най-често срещаните тромбофилични фактори са

дефицит на антитромбин III, протеин C и протеин S; активирана резистентност към протеин C (APCR); генетична мутация, кодираща фактор V Leiden или протромбиновия ген, наследствена хиперхомоцистеинемия и антифосфолипиден синдром (Mousa et al., 2001). Те могат да бъдат наследени, придобити или комплексни, когато генетичните фактори взаимодействат с влиянията на околната среда. Наследствените дефицити на антикоагулантните протеини антитромбин, протеин C и протеин S са хетерогенни по природа и причинени от няколко различни генетични мутации (Rey et al., 2003).

Спонтанният аборт е често срещано полиетиологично патологично прекъсване на бременността, което може да се превърне в хабитуално събитие – повторемостта се отнася до случаи, при които пациентката претърпява два или повече последователни спонтанни аборта (Hoff et al., 2012). Световната здравна организация определя спонтанния аборт като загуба на плод или ембрион с тегло под 500 g, което съответства приблизително на 20-22 гестационна седмица (Mangalgi et al., 2008). Спонтанните аборти често могат да причинят психологически и емоционален стрес на засегнатите жени (Nakano et al., 2013).

Абортите, включващи както клинично диагностицирани, така и недиагностицирани от лекар бременности, засягат 10-12% от двойките. Рискът от повтарящи се спонтанни аборти се увеличава при наличие на предишни аборти: има 24% шанс за рецидив при пациентки, които са имали един аборт, 26% шанс при пациентки, които са имали два аборта, и 32% шанс при пациентки, които са имали три аборта (Simpson et al. 2013).

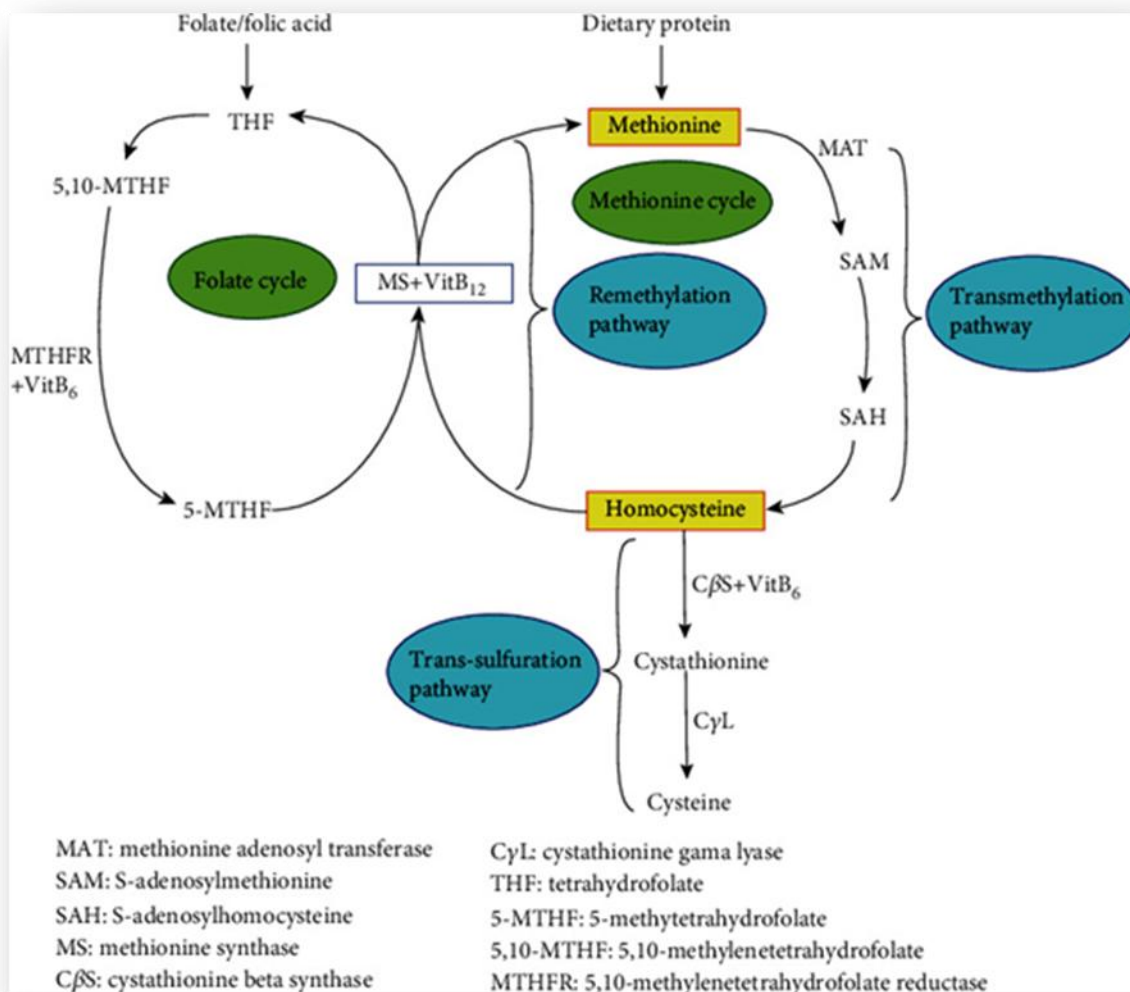
Много фактори са свързани с повтарящи се спонтанни аборти по отношение на генните полиморфизми на майката, плода или бащата. Полиморфизмите на майката могат да бъдат причинени от много фактори като генетични причини, хематологични причини, анатомия и ендокринни проблеми. До 50% от случаите на повтарящи се спонтанни аборти остават неизяснени (Chaithra et al., 2011). Нормалното плацентарно кръвообращение и феталната васкуларизация са важни за поддържането на нормална здрава бременност;

всякакви аномалии в плацентарното кръвообращение могат да доведат до тежки усложнения, включително прекъсване на бременността (Khankin et al., 2010).

Наследствената тромбофилия е добре известна причина за спонтанна загуба на бременност. Фолатът (или Фолиева киселина, вит. В9) е важен за нормалния синтез на РНК и ДНК и е необходим за метаболизма на хомоцистеина. Също така е важен за нормалния растеж и развитие на плода. По време на бременност нуждите от фолат се увеличават. Нивото на хомоцистеин в тялото се влияе главно от хранителния прием на фолиева киселина и витамин В12, както и от полиморфизми в гени, които кодират ензими или транспортни протеини, участващи в зависимия от фолат и витамин В12 метаболизъм на хомоцистеин (Сао et al., 2013). Намаленият прием на фолат ще повлияе на метаболизма на хомоцистеина и ще доведе до повишаване на нивата на хомоцистеин в кръвта (Creus et al., 2013).

Метилентетрахидрофолат редуктазата (MTHFR) е важен регулаторен ензим в метаболизма на хомоцистеин, който катализира редукцията на 5,10-метилентетрахидрофолат до 5-метилтетрахидрофолат. Мутациите в гена MTHFR могат да причинят намалена ензимна активност и хиперхомоцистеинемия, което предизвиква агрегация на тромбоцитите чрез засилване на ендотелното оксидативно увреждане. Идентифицирани са много мутации в MTHFR гена; двете най-чести и важни мутации са C677T и A1298C. Доказано е, че първата мутация причинява ранна загуба на бременност (Rabinovich et al., 2014).

Синтезира се след трансметиране на метионин с последователно формиране на S-аденозилметионин (SAM) и S-аденозилхомоцистеин (SAH) с участието на ензима метионин аденозилтрансфераза (MAT) (път на трансметиране). Хомоцистеин може да се реметира до метионин (път на реметиране) или трансулфуриране до цистатионин и цистеин (път на трансулфуриране).



Фиг. 1 Метаболизъм на хомоцистеин. Източник: Chuse D. et al., 2021.

Последният изисква катализиране от витамин В6-зависима цистатионин beta-синтаза (CβS). Реметилирането на хомоцистеин до метионин се катализира от В12-зависима метионин синтаза (MS). Тетрахидрофолат (THF) се рециклира до образуване на 5-метилтетрахидрофолат (5-MTHF), катализиран чрез 5,10-метилентетрахидрофолат редуктаза (MTHFR). Фолиевата киселина може да бъде използвана като първична субстанция за производство на 5-MTHF, а 5-MTHF – за производство на метионин. По този начин редукцията на фолиева киселина може да доведе до хиперхомоцистеинемия (Chuse et al., 2021).

Целта на настоящата статия е да се опише клиничен случай на пациентка с две предхождащи бременности с ранна загуба в 6-та гестационна седмица.

Клиничен случай

Представяме клиничен случай на 31-годишна жена с два предхождащи спонтанни аборта в 6-та гестационна седмица. След втората неуспешна бременност проведохме разширени изследвания за установяване на причината за ранен спонтанен аборт.

Резултатите от изследванията потвърдиха диагнозата Тромбофилия. Пациентката се оказа носителка на множество тромбофилични фактори, а именно: хетерозиготно носителство на MTHFR C677T, фактор Leiden V хомозиготно носителство, PAI- I 4G/4G – хомозиготно носителство, отрицателни антикардиолипинови антитела IgG и IgM. Ниски нива на витамин D – 25(OH), тежък дефицит 7,2 ng/ml. Също така се установява висок хомоцистеин – 13,7 $\mu\text{mol/l}$.

Пациентката е в еутироидно състояние с нормални стойности на ТСХ, Ft4, ТАТ и МАТ.

Въз основа на тези резултати се определи прекоцепционно поведение и терапия, които в крайна сметка доведоха до положителен резултат – бременност, износена до термин и завършила с раждането на жив плод.

Проведе се лечение преди последващо забременяване с метилирана форма на вит. B12 и Фолиева киселина 4 g /24 часа, ниски дози аспирин 100 mg – 15 до 25 ден от менструалния цикъл, витамин D3 – 2 x 1000 Е преди забременяване за корекция на дефицита и през цялата бременност. Също така се приложиха антиоксиданти и Омега-3 мастни киселини, интравенозна терапия с Глутатион 600 мг дневно в период за 10 дни.

Поради носителство на фактори на тромбофилия се започна терапия с нискомолекулярен хепарин (НМХ) след положителен тест за бременност и Аспирин 100 mg до края на бременността. При пациентки с продължителна антикоагулантна и антитромбоцитна терапия е важно проследяването на параметрите от коагулационния статус през период от 3 седмици, а именно: активирано парциално тромбoplastиново време (aPTT), D-димер, тромбоцити,

фибриноген, време на кръвене и време на съсирване. Нанесоха се промени върху дозировката според показателите на коагулационния статус с цел поддържане на баланса между ендогенното състояние на хиперсъсирваемост вследствие на тромбофиличните фактори и самата бременност, от една страна, и антикоагулантния ефект на терапията, от друга страна.

От орален глюкозо-толерансен тест, проведен в 25-та гестационна седмица, се установяват данни за гестационен диабет, контролиран с диета до края на бременността.

Пациентката роди в 38-ма г. с. чрез елективно цезарово сечение предвид плод в седалишно краково предлежание на плода. Новороденото е с тегло 3850 грама, с АПГАР скор на 1-ва минута – 8-та и 5-та минута – 10. Отчетената кръвозагуба по време на операцията е 450мл. Пуерпералният период премина без отклонения. Профилактиката с НМХ продължи до 42-я ден след раждането с цел профилактика на тромбемболични инциденти през пуерпериума.

Резултати и обсъждане

Много фактори могат да допринесат за спорадични и повтарящи се спонтанни аборти. Наличието на генни мутации на MTHFR е изследвано като потенциална причина за това явление.

В изследване, извършено от L. Zhu, пациентите са били на възраст между 22 и 44 години, със средна възраст $29,8 \pm 4,3$ години. Контролната група се състои от 174 участници на възраст между 21 и 24 години, със средна възраст $28,5 \pm 4,0$ години. Разликата във възрастта между двете групи не е статистически значима ($P > 0,05$) (Zhu, 2015).

В проучване на Wendell et al. (2015) средната възраст на жените в изследваната група е $29,4 \pm 5,4$ години, докато средната възраст в контролната група е $23 \pm 5,5$ години. Средният брой аборти в проучваната група е $3,2 \pm 1,9$, вариращ от два до тринадесет аборта, при които четиридесет и една (47%) жени

са имали два спонтанни аборта, 25 (29%) жени са имали 3 спонтанни аборта и 21 (24%) жени – повече от три аборта.

Настоящият клиничен случай показва силна връзка между генната мутация на MTHFR и спонтанните аборти както в цитираните по-горе случаи. Това е в съответствие с резултатите от предишни проучвания на Cao et al. (2013), Govindaiah et al. (2009) [1], Puri et al. (2013).

Някои проучвания обаче не успяват да намерят връзка, както се докладва в проучвания на Wendell et al. (2015), Yalcintepe S. et al. (2015).

Изследвана е честотата на 2 тромбофилни мутации при жени с повтарящи се аборти: фактор V Leiden и C677T в MTHFR гена и полиморфизъм G20210A в протромбиновия ген. Счита се, че и трите повишават риска от тромботични събития (Arruda et al. 1997; Arruda et al. 1997). Смята се, че разпространението на тези мутации и полиморфизмът също се различават между етническите групи (Hessner et al., 1999).

Фактор V Leiden може да се открие при почти 50% от жените с гестационна тромбоза (Bokarewa M. et al., 1996), (Hallak M., et al., 1997). Мутацията на Leiden е изследвана при жени с повтарящи се аборти, но констатациите са противоречиви (Dizon-Townson et al., 1997), (Grandone et al., 1997).

Заклучение и благодарности

Спонтанният аборт е актуален проблем на съвременното акушерство. Честотата на спонтанните аборти е 10-25% от всички бременности, а обичайният аборт се среща при 5% (Magnus MC. Et al., 2019). Спонтанен аборт се счита за типично полиетиологично заболяване, което е резултат от експресията на функционално отслабени версии на много гени на фона на неблагоприятни външни и вътрешни фактори. Генетичната природа на спонтанния аборт включва групи от гени, отговорни за хемостатичните нарушения и ендотелната дисфункция. Разбирайки причините, които стоят зад

всеки спонтанен аборт, ние можем да изградим индивидуален план на лечение при всяка отделна пациентка и да спомогнем за износването на бременността до термин.

Мутациите в гена MTHFR са честа причина за повтарящи се или спонтанни аборти.

Полиморфизмът G20210A в протромбиновия ген е свързан с подчертано повишаване на нивото на протромбин в плазмата и 3-кратно увеличение на тромботичните събития (Poort et al.,1996).

Arruda et al. откриват полиморфизма при 4,3% от пациентите с венозна тромбоза и 5,7% от тези с артериална тромбоза.

С констатациите на Souza et al. (1999) се установява, че в Бразилия полиморфизмът е по-чест при жени с повтарящи се аборти.

В заключение може да се обобщи, че мутацията на фактор V Leiden е свръхпредставена при жени, които са имали само аборти. Тъй като тази мутация предизвиква състояние на хиперкоагулация, микротромбозата в плацентата може да обясни появата на повтарящи се аборти, хипотеза, подкрепена от данните на Dizon-Townson et al. (1997), които установяват повишена честота на плацентарния инфаркт при жени с тази мутация.

Тясната колаборация между личен лекар, проследяващ акушер-гинеколог, имунолог и хематолог, запознати с проблема „вродена тромбофилия“, би довела до намаление на процента неуспешни бременности и усложнения в пуерпералния период при навременна корекция на някои от рисковите фактори и хемостазни показатели.

Литература

Arruda VR, Annichino-Bizzacchi JM, Gonçalves M, Costa FF. Prevalence of the prothrombin gene variant (nt20210A) in venous thrombosis and arterial disease. Thromb Haemost. 1997, 78: 1430-1433.

Arruda VR, von Zuben PM, Chiapparini LC et al. The mutation Ala677- Val in the methylene tetrahydrofolate reductase gene. Thromb Haemost. 1997, 77: 818-821.

Bokarewa M, Bremme K, Blombäck M. Arg 506-Gln mutation in factor V and risk of thrombosis during pregnancy. Br J Haematol. 1996, 92: 473-478.

Cao Y, Xu J, Zhang Z, Huang X, Zhang A, Wang J. Association study between methylenetetrahydrofolate reductase polymorphisms and unexplained recurrent pregnancy loss: a meta-analysis. *Gene*. 2013, 514(2): 105–111.

Chaithra PT, Malini SS, Sharath KC. An overview of genetic and molecular factors responsible for recurrent pregnancy loss. *Int J Hum Genet*. 2011, 11(4): 217–225.

Chuce D, Yiming F et al. A Novel Review of Homocysteine and Pregnancy Complications. *BioMed Research International*. 2021, 4: 1-14.

Creus M, Deulofeu R, Peñarrubia J, Carmona F, Balasch J. Plasma homocysteine and vitamin B12 serum levels, red blood cell folate concentrations, C677T methylenetetrahydrofolate reductase gene mutation and risk of recurrent miscarriage: a case-control study in Spain. *Clin Chem Lab Med*. 2013, 51(3): 693–699.

Dizon-Townson D, Kinney S et al. The factor V Leiden mutation is not a common cause of recurrent miscarriage. *J Reprod Immunol*. 1997, 34: 217-223.

Dizon-Townson D, Meline L et al. Fetal carriers of the factor V Leiden mutation are prone to miscarriage and placental infarction. *Am J Obstet Gynecol*. 1997, 177: 402-405.

Gercheva L. Vrodna trombofilia i bremennost. *MedInfo, Broy 04/2021, Godina XXI*; 108-14. [In Bulgarian].

Govindaiah V, Naushad SM, Prabhakara K. Association of parental hyperhomocysteinemia and C677T Methylene tetrahydrofolate reductase (MTHFR) polymorphism with recurrent pregnancy loss. *Clin Biochem*. 2009, 42: 380-386.

Grandone E, Margaglione M et al. Factor V Leiden is associated with repeated and recurrent unexplained fetal losses. *Thromb Haemost*. 1997, 77: 822-824.

Hallak M, Senderowicz J et al. Activated protein C resistance (factor V Leiden) associated with thrombosis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 1997, 176: 889-893.

Hessner M, Luhm R et al. Prevalence of prothrombin G20210A, factor V G1691A (Leiden), and methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) C677T in seven different populations determined by multiplex allele specific PCR. *Thromb Haemost*. 1999, 81: 733-738.

Hoff MS, Schaffer H, Bradshaw C. *Williams gynecology*. 2nd ed. McGraw-Hill Medical. 2012: 170–179.

Khankin EV, Royle C, Karumanchi SA. Placental vasculature in health and disease. *Semin Thromb Hemost*. 2010, 36: 309-320.

Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH et al. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: Prospective register based study. *BMJ*. 2019, 364: l869.

Mangalgi AS, Pathak SA. Cytogenetics in recurrent abortions. *People's J Sci Res*. 2008,1: 5–8.

Mousa H, Alfircvic Z. Thrombophilia and adverse pregnancy outcome. *Croat Med J*. 2001, 42: 135–145.

Nakano Y, Akechi T, Sugiura O. Cognitive behavior therapy for psychological distress in patients with recurrent miscarriage. *Psychol Res Behav Manag*. 2013, 6: 37–43.

Poort SR, Rosendaal FR et al. A common genetic variation in the 3'-untranslated region of the PT gene is associated with elevated plasma prothrombin levels and an increase in venous thrombosis. *Blood*. 1996, 88: 3698-3703.

Puri M, Kaur L, Walia GK et al. MTHFR C677T polymorphism, folate, vitamin B12 and homocysteine in recurrent pregnancy losses: a case control study among North Indian women. *J Perinat Med*. 2013, 41(5): 549-554.

Rabinovich A, Cohen JM, Prandoni P. Association between thrombophilia and the post-thrombotic syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Thromb Haemost*. 2014, 12: 14–23

Rey E, Kahn S, David M, Shrier I. Thrombophilic disorders and fetal loss: a meta-analysis. *Lancet*. 2003, 361: 901–908.

Simpson J, Carson S. Genetic and Nongenetic Causes of Pregnancy Loss. Glob Libr Women's Med. 2013.

Souza S, Ferriani R et al. Factor V Leiden and factor II G20210A mutations in patients with recurrent abortion. Hum Reprod. 1999, 14: 2448-2450.

Wendell VB, Gonçalves RO et al. Metabolism and gene polymorphisms of the folate pathway in Brazilian women with history of recurrent abortion. Ginecol Obstet. 2015. 37(2).

Yalcintepe S, Ozdemir O, Hacivelioglu S et al. Multiple inherited thrombophilic gene polymorphisms in spontaneous abortions in Turkish population. IJMCM Spring. 2015, 4(2).

Zhu L. Polymorphisms in the methylene tetrahydrofolate reductase and methionine synthase reductase genes and their correlation with unexplained recurrent spontaneous abortion susceptibility. Genet Mol Res. 2015, 14(3): 8500-8508.

✉ **Ас. д-р Златко Кироваков, д.м.**

Бургаски държавен университет „Проф. д-р Асен Златаров”,

Катедра „Здравни грижи“

Адрес: гр. Бургас бул. „Проф. Яким Якимов“ 1

e-mail: kirovakov@yahoo.com

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРЕВЕНЦИЯ НА ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО В ДЕТСКА ВЪЗРАСТ

Е. Стоянова¹, Н. Христова¹,

¹Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве“, специалност
„Управление на здравните грижи“

OPPORTUNITIES FOR PREVENTION OF CHILDHOOD OBESITY

E. Stoyanova¹, N. Hristova¹

¹Medical University – Pleven, Faculty of Public Health, student in the specialty “Healthcare
Management”, Master Degree

ABSTRACT: Obesity is the most common chronic metabolic disease of our time with very serious consequences. According to the WHO, it is a global epidemic and a significant public health problem. In developed countries, overweight and obesity are gaining large-scale proportions. Assessing the problem in childhood is important, as it can have significant physical and emotional consequences for children, for their self-esteem and quality of life. To prevent obesity in children, it is particularly important to stimulate physical activity and healthy eating at an early age. The present review aims to analyze the main risk factors, as well as existing approaches to prevent this condition. The results show that the combination of genetic, social and behavioral factors plays a decisive role in the development of childhood obesity, which requires a comprehensive approach to intervention, including education, change in eating habits and physical activity.

Keywords: obesity, childhood, prevention, public health

Въведение

Затлъстяването в детска възраст представлява един от най-сериозните здравословни и социални проблеми на 21-ви век. Неговото нарастващо разпространение – не само сред възрастните, но и сред децата, буди тревога сред здравните организации по цял свят. Наднорменото тегло при децата е свързано с редица усложнения както физически, така и психически, и често води до хронични заболявания в по-късна възраст като диабет тип 2, хипертония, сърдечносъдови заболявания и дори преждевременна смърт. Освен това, децата със затлъстяване често стават обект на социална стигматизация, което води до понижено самочувствие и депресивни състояния.

Според Световната здравна организация (СЗО) затлъстяването в детска възраст се определя чрез индекса на телесната маса (ИТМ), коригиран според възрастта и пола.

За деца и юноши ИТМ се изчислява по същия начин, както и при възрастните (тегло в кг/рът в m^2), но резултатите се интерпретират чрез персентилни криви:

Дете с ИТМ между 85-ия и 95-ия персентил за възраст и пол се счита за дете с наднормено тегло.

Дете с ИТМ над 95-ия персентил се счита за затлъстяло.

Тези стойности са утвърдени от Центровете за контрол и превенция на заболяванията (CDC) и СЗО.

Глобално, броят на децата с наднормено тегло и затлъстяване се е увеличил тройно от 1975 г. насам. По данни на СЗО от 2023 г. повече от 340 милиона деца и юноши на възраст между 5 и 19 години са с наднормено тегло или затлъстяване. Изчисления показват, че през 2025 г. ще има 206 милиона деца и юноши на възраст от 5 до 19 години, живеещи със затлъстяване, и 254 милиона през 2030 г. В Европа, според Европейската регионална служба на СЗО, приблизително 1 на 3 деца на възраст между 6 и 9 години е с наднормено тегло или затлъстяване.

В България по последни данни от национални изследвания около 20-25% от децата на възраст между 6 и 18 години са с наднормено тегло, като около 8-10% са със затлъстяване. Тези стойности варират по региони, като се наблюдават по-високи стойности в градските райони.

През 2007 г. е открит генът FTO и е установена категорична асоциативна връзка със затлъстяването, което обаче се среща в определени семейства не толкова заради наследствения фактор, а поради еднаквия нездравословен начин на хранене и общи лоши хранителни навици (Nikolova, 2021). Проведени проучвания през последните години относно затлъстяването и ролята на генетичните фактори разкриват, че то е комплексно полигенно метаболитно

заболяване, и вече са известни повече от 400 гени, асоциирани с него. Учените също са на мнение, че не толкова наследствеността е отговорният фактор, а съзнателното хранително поведение и качеството на живот (Bliznakova, Staykova, Madzhova, 2019).

Цел

Целта на настоящия литературен преглед е да анализира и обобщи актуалните научни данни относно причините, последиците и възможностите за превенция на затлъстяването в детска възраст. Чрез систематизиран анализ на научни изследвания се търси отговор на въпроса кои са основните рискови фактори за това състояние, какви са най-честите здравни усложнения, както и кои интервенции са показали най-голяма ефективност. Обосновката за този преглед се корени в нуждата от по-добро разбиране на проблема с цел допълнително разработване на устойчиви политики и практики за обществено здраве и превенция още в ранна възраст.

Материали и методи

За целите на настоящия литературен преглед беше извършен систематичен подбор и анализ на научни публикации, свързани със затлъстяването в детска възраст. Процесът по търсене на източниците протече в няколко стъпки:

Научните статии бяха идентифицирани чрез търсене в три реномирани електронни бази данни: PubMed, Scopus и Google Scholar. Използвани ключови думи и фрази: „затлъстяване“, „наднормено тегло“ и „деца“. Търсенето беше извършено както на български език, така и на английски език.

Критерии за включване: публикации от периода 2015 – 2025 г.; статии на български език или английски език; изследвания, фокусирани върху деца и юноши до 18-годишна възраст; публикации в рецензирани научни списания; изследвания, включващи информация за рискови фактори, здравни последици

или превантивни интервенции. След прилагането на горепосочените критерии бяха избрани 10 научни статии, които отговарят на целта на изследването.

Резултати и обсъждане

Настоящият литературен преглед анализира данни от десет научни изследвания, публикувани в периода 2015–2025 г., относно факторите, водещи до затлъстяване в детска възраст, здравните последици от това състояние и възможните стратегии за превенция.

1. Фактори, водещи до затлъстяване.

- Нездравословно хранене и намалена физическа активност. Проучване у нас установява, че честата консумация на храни с високо съдържание на захари и наситени мазнини е основен рисков фактор за затлъстяване (Tsvetanov, Paskaleva, 2021). Научната статия на други автори допълва, че намалената физическа активност, комбинирана с продължително стоене пред екрани (телевизор, таблет, телефон), води до калориен излишък и наднормено тегло. Установено е, че при деца, които са физически активни поне 60 минути дневно, рискът от затлъстяване спада с 30-40% (Koleva, Vyulekova, 2021).

- Влияние на семейството и социалната среда. Публикацията на Колева и Бюйлекова изтъкват значението на семейството и социалната среда: липса на подкрепа от страна на родителите, високи очаквания т. нар. стандарт „добро дете“, отсъствие на родителите от дома и по време на хранене често се оказват определящи рискови фактори (Koleva, Vyulekova, 2021).

- Психологически фактори: стрес, самочувствие, емоционално хранене. Проучването на наши изследователи от Медицинския факултет към Тракийски университет съобщава, че деца, подложени на хроничен стрес, семейни конфликти или училищен тормоз, често прибегват до емоционално хранене като форма на компенсация (Tsvetanov, Paskaleva, 2021). Отбелязва се връзка между ниско самочувствие, тревожност и развитие на наднормено тегло, особено в юношеска възраст.

2. Последици за здравето.

- Метаболитни и физиологични нарушения. Децата със затлъстяване имат повишен риск от поява на диабет тип 2, инсулинова резистентност, хипертония и хиперлипидемия още в юношеството (Zhelyazkova, Aleksieva, Aleksandrov, Dimitrov, 2016). Необходимо е вниманието да бъде насочено към основния проблем – затлъстяването, а не да се прилага изолирано лечение на последиците като хипертония, диабет и т.н.

- Психосоциални последици. Затлъстяването води и до социална изолация, тормоз от връстници и ниска самооценка. Много деца развиват тревожни и депресивни състояния, които допълнително влошават хранителните им навици и създават порочен кръг (Zdravkova, Mireva, 2023).

3. Превенция и интервенции.

- Училищни програми. За целите на научно проучване у нас е разработена програма, която промотира здравословното хранене и физическата активност и образователни занятия за здравословен начин на живот. Прилагането на такива програми са с доказан ефект за намаляване на ИТМ сред участниците чрез повишаване на информираността на децата в ранна училищна възраст и семействата за влиянието на поведенческите рискови фактори, свързани с модела на хранене; за насърчаване на двигателната активност и ползата от практикуване на спортни занимания (Georgieva, Panchева, 2018). Международно проучване също оценява ефективността на насочено обучение за хранене на деца в предучилищна възраст и техните родители в Южна Европа, което се отразява в подобрене на ИТМ на децата (Gato-Moreno, Martos-Lirio, Leiva-Gea, Bernal-López, Vegas-Toro, Fernández-Tenreiro, López-Siguero, 2021).

- Роля на педиатрите и диетолозите. Ранната намеса на медицински специалисти е ключова. Тя подчертава важността на педиатрите в предотвратяването на детското затлъстяване. Необходимо е да се използва семейно-базиран подход на лечение, съобразен с развитието на детето, за да

идентифицират рисковите фактори и да насърчават здравословни навици с включване на родителите (Epstein, Wilfley, Kilanowski, Quattrin, Cook, Eneli, Geller, Lew, Wallendorf, Dore, Paluch, Schechtman, 2023). Подобрили резултати по отношение на теглото са отчетени и при братя и сестри, които не са били директно лекувани.

- Обществени и здравни политики. В проучване на европейски страни приблизително една четвърт от децата със затлъстяване са класифицирани като такива с тежко затлъстяване, което има значение за предоставянето на клинични услуги за затлъстяване, тъй като такива деца ще се нуждаят от по-специализирана и интензивна терапия (Spinelli, Buoncristiano, Kovacs, 2019).

България (в лицето на МЗ, НЦОЗА и РЗИ) се включва в Европейска инициатива на СЗО за наблюдение на затлъстяването при децата и участва в пет кръга на проучването, което обхваща първокласници до 7-годишна възраст в рамките на последните 15 години. Анализът на данните показва, че се установява тенденция за значимо нарастване на наднорменото тегло и затлъстяване в тази група деца. Тежкостепенното затлъстяване при момчетата също нараства с устойчиви темпове, което е значим проблем на общественото здраве (Chikova-Ishchener, Duleva, Rangelova, Dimitrov, 2023). Очертава се необходимостта от разширяване на настоящите политики, като отговорността за храненето се споделя между родители, общество и държава.

Проучване в Англия представя доказателствена база, която подкрепя схващането, че ценовите промоции увеличават закупуването на нездравословна храна на фона на увеличаване на броя на хората с наднормено тегло и затлъстяване. Политиците обмислят допълнителни регулаторни механизми за промоциите на храни с високо съдържание на мазнини, захар и сол (Watt, Beckert, Smith, Cornelsen, 2020). Подчертава се необходимостта от политики, които ограничават маркетинга на вредни храни, подобряват достъпа до здравословни продукти и създават градска среда, благоприятна за движение и спорт.

Заклучение

Анализът на научните статии ясно подчертава, че затлъстяването в детска възраст е резултат от многофакторен комплекс от биологични, поведенчески и социално-екологични фактори. Генетичната предразположеност сама по себе си не е достатъчна за развитието на затлъстяване, но в комбинация с нездравословно хранене, ниска физическа активност и неблагоприятна социална среда значително увеличава риска. Изследванията подчертават важната роля на ранната превенция, особено чрез интервенции в училищна среда и чрез ангажиране на родителите.

Някои изследвания имат различия в оценката на водещите фактори за затлъстяване. Някои акцентират върху генетичните предразположения като основна детерминанта, други придават по-голямо значение на социално-икономическите фактори. Съществуват също различия в ефективността на превантивните интервенции – някои автори отчитат резултати от училищни програми, докато други отбелязват, че без участие на семейството ефектът ще е краткотраен. Тези противоречия най-вероятно се дължат на разлики в методологията, географския контекст, културните различия и възрастовите групи на участниците.

Ранната превенция трябва да се разглежда като приоритетна политика. Училищата са най-подходящата платформа за системни интервенции, особено когато се комбинират с участие на семейството. Необходимо е медицинските специалисти (педиатри, диетолози, училищни медицински лица, личните лекари) да предприемат по-активни действия при забелязване на ранни признаци на наднормено тегло и да водят регулярни консултации с родителите.

Обществените здравни стратегии, като регулиране на маркетинга на вредни храни към деца и субсидиране на програми за промоция и разпространение на здравословни продукти, са необходими за дългосрочна промяна на хранителната среда.

Включването на психологическа подкрепа в програмите за превенция и лечение е от ключово значение, особено в юношеска възраст.

Литература

Bliznakova, D., S. Staykova, V. Madzhova. (2019). Zatlastyavane v detska vazrast. Astualna nefrologia, br. 1, tom 13, s. 11-15.

Chikova-Ishchener E, Duleva V, Rangelova L, Dimitrov P. (2023). Tendentsii na zatlastyavaneto pri uchenitsi na 7-godishna vazrast v Bulgaria. V: Naukata za hranene s otsenka na nastoyashteto i pogled kam badeshteto, (red.) Popov B, Sofia, Vezni-4, str. 94-98

Epstein, L.H., D.E. Wilfley, C. Kilanowski, T. Quattrin, S.R. Cook, I.U. Eneli, N. Geller, D. Lew, M. Wallendorf, P. Dore, R.A. Paluch, K.B. Schechtman. (2023). Family-Based Behavioral Treatment for Childhood Obesity Implemented in Pediatric Primary Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 329(22):1947-1956.

Gato-Moreno, M., M.F. Martos-Lirio, I. Leiva-Gea, MR. Bernal-López, F. Vegas-Toro, MC. Fernández-Tenreiro, J.P. López-Siguero. (2021). Early Nutritional Education in the Prevention of Childhood Obesity. Int J Environ Res Public Health. 18;18(12):6569.

Georgieva, S., V. Pancheva. (2018). Kompleksna programa za zdravnoto obrazovanie i vazpitanie na uchenitsi za preventsia na zatlastyavaneto i svarzanite s nego riskove. Medical Forum 7, Varna, s. 294-299.

Koleva, R., M. Byuylekova. (2021). Detskoto zatlastyavane otvad rastezhnite krivi. Science & Technologies. Vol. XI, Number 1, s. 45-50.

Nikolova, D. (2021). Genetika na metabolizma – zatlastyavane i otslabvane. Priroda, br. 3, s. 80-85.

Spinelli, A., M. Buoncristiano, V.A. Kovacs, et al. (2019). Prevalence of severe obesity among primary school children in 21 European countries. Obes Facts; 12:244-258.

Tsvetanov, T., R. Paskaleva. (2021). Razprostranenie i osnovni faktori, vliyaeshti varhu nadnormenoto teglo i zatlastyavaneto. Sbornik dokladi „Meditinskite sestri i akusherkite – klyuchov resurs v savremennoto zdraveopazvane“, s. 430-436.

Watt, T. L., W. Beckert, R. D. Smith, L. Cornelsen. (2020). Reducing consumption of unhealthy foods and beverages through banning price promotions: what is the evidence and will it work? Public Health Nutr. 23(12):2228-2233.

Zdravkova, A., M. Mireva. (2023). Zatlastyavane pri detsata: mediko-psihologicheski problemi. LI Nauchno-tehnologichna sesia „Kontakt 2023“, 27 oktomvri 2023, Sofia. Izd. TEMTO, Sofia, s. 202-205.

Zhelyazkova, M., V. Aleksieva, I. Aleksandrov, I. Dimitrov. (2016). Detskoto zatlastyavane kato riskov faktor za razvitiето na zaharen diabet. Varnenski meditsinski forum, t.5, prilozhenie 3r s. 28-32.

✉ **Елена Стоянова**

Медицински лаборант

Медицински университет – Плевен

e-mail: elenaivanovaaa@mail.bg

✉ **Наталия Христова**

Експерт/ Здравен инспектор

Районна здравна инспекция – Враца

e-mail: nataliq_todorovaaa@abv.bg

РОДОВА ТРАВМА НА БРАХИАЛНИЯ ПЛЕКСУС – КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ И РЕХАБИЛИТАЦИОНЕН ПОДХОД.

Л. Тотева¹, М. Петрова²

¹ Медицински университет – Плевен, катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“

² Медицински университет – Плевен, катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“, специалност „Кинезитерапия“

BIRTH TRAUMA OF THE BRACHIAL PLEXUS – A CLINICAL CASE AND REHABILITATION APPROACH

L. Toteva¹, M. Petrova²

¹ Medical University – Pleven, Department of Physical Medicine, Rehabilitation, Ergotherapy and Sports

² Medical University – Pleven, Department of Physical Medicine, Rehabilitation, Ergotherapy and Sports, Specialization in Kinesitherapy

Birth trauma of the brachial plexus is an injury that occurs as a result of mechanical forces during childbirth and is a specific form of birth trauma that occurs with a frequency of between 0.4 and 2 per 1000 live births.

Objective: *To monitor the effect of the application of a complex rehabilitation program in a newborn with obstetric brachial plexus paralysis, Duchenne-Erb type.*

Material and methods: *The report presents a clinical case - a child with established birth trauma of the right arm - Erb's palsy.*

Results: *The results confirm the key role of early intervention and the individualized rehabilitation approach in obstetric brachial plexus paralysis*

Keywords: birth trauma, brachial plexus, rehabilitation

Въведение

Родовата травма на брахиалния плексус е увреждане, което настъпва в резултат на механични сили по време на раждането представлява специфична форма на родова травма, която се среща с честота между 0.4 и 2 на 1000 живородени (Pondaag W, Malessy MJA, 2014). Брахиалният плексус е сплит от нерви, произхождащи от C5–C8 и Th1, които инервират мускулите и кожата на рамото, горния крайник и пръстите. Клиничната картина се характеризира със слабост, намалени или липсващи рефлексии, нарушена сетивност и ограничена подвижност. Диагнозата се потвърждава чрез електрмиография и образни

изследвания (ЯМР). Основните рискови фактори включват макрозомия, седалищно предлежание, продължително или инструментално раждане.

Клинично се разграничават три основни типа акушерска парализа на брахиалния плексус:

- Горен тип (парализа на Дюшен-Ерб, C5–C6) – най-честата форма;
- Долен тип (парализа на Клумпке, C8–T1);
- Тотална форма (C5–T1).

Въпреки че голяма част от случаите се повлияват добре от консервативна терапия, тежките увреждания могат да доведат до трайни дефицити и изискват хирургична интервенция. Рехабилитационните програми играят ключова роля за предотвратяване на контрактури, стимулиране на невромускулното възстановяване и подобряване на функционалния изход (Somashekar, Yang, 2015).

Цел на проучването

Да се проследи ефектът от приложението на комплексна рехабилитационна програма при новородено с акушерска парализа на брахиалния плексус, тип Дюшен-Ерб.

Материал и методика

Докладът представя клиничен случай – дете с установена родова травма на дясна ръка – парализа на Ерб. Начало на рехабилитацията: средата на февруари 2025 г. Период на проследяване: 5 месеца. За оценка на движенията е използвана **Active Movement Scale (AMS)**.

Клиничен случай

Пациент: новородено, родено през януари 2025 г. по нормален механизъм, в главично предлежание.

Анамнеза и първичен статус: непосредствено след раждането се установява пълна липса на движения в рамото и лакътя на десния горен крайник. Диагностицирана е родова травма – парализа на Ерб (горен тип). Детето е насочено от невролог за провеждане на физикална терапия и рехабилитация (ФТР).

Начало на терапията: рехабилитацията е започната на възраст 1,5 месеца.

Функционална оценка при първоначален оглед:

- Налице е изразена отпадна симптоматика на десния горен крайник.
- Крайникът виси отпуснат до тялото.
- Раменната става е във вътрешна ротация.
- Липсват активни движения в раменна и лакътна става.
- Гривнената става е фиксирана в неутрална позиция.
- Пръстите са свити в юмрук; наблюдава се рядко спонтанно отваряне на пръстите.

Методиката на физикалната терапия и рехабилитация включва:

- Кинезитерапия;
- Електростимулация;
- Електрофореза с нивалин;
- Парафинолечение.

Проведени 6 курса на рехабилитация, всеки с продължителност 10 дни, с почивки между тях.

Методика на кинезитерапията.

Първи период (остър) – 0-3 месеца

В този период са проведени три курса на рехабилитация, всеки включващ 10 процедури.

- Позиционна терапия: ръката се поддържа в лека абдукция и външна ротация;

- Пасивни движения: ежедневни, във всички стави на горния крайник, по 2-3 серии;

- Методика на Войта: приложение от двумесечна възраст; първоначално 1 път дневно по 5 минути, постепенно увеличено до 2 пъти дневно по 10 минути;
- Масаж и стимулиране на движенията: внимателен стимулиращ масаж на мускулатурата по хода на целия горен крайник и в областта на раменния пояс, стимулиране на активните движения в засегнатите стави;
- Обучение на родителите: прилагат позиционна терапия, масаж и пасивни движения.

Втори период (възстановителен) – 3-6 месеца

Към прилаганите в предходния период средства на рехабилитация се добавят:

- Упражнения върху голяма топка за стимулиране на движенията на горния крайник;
- Стимулиране на опорни реакции;
- Стимулация с играчки за провокиране на активни движения в горния крайник;
- Активна тренировка на пълзенето от четиримесечна възраст;
- Тренировка на обръщането – от възраст четири месеца и половина.

Резултати и обсъждане

Таблица 1. Динамика на възстановяване на движенията. (Active Movement Scale)

Движение / Сегмент	Страна	Начало (1,5 месеца)	3 месеца	Край (6 месеца)
Рамо – абдукция	Десен	0	2 (ограничено отвеждане, облекчена → антигравитационна позиция)	4 (до нивото на гърдите, антигравитационно, непълен обем)
Рамо – екстензия	Десен	0	0–1 (ограничени прояви, при позиция по корем)	2-3 (при стимулация за пълзене, непълен обем)
Рамо – флексия	Десен	0	0–1	3 (до ~50% от обема, антигравитационно)
Лакът – флексия	Десен	0	0	3 (частично движение, антигравитационно до 50%)

Движение / Сегмент	Страна	Начало (1,5 месеца)	3 месеца	Край (6 месеца)
Лакът – екстензия	Десен	0	2–3 (по данни: активна екстензия в облекчена → антигравитация)	4 (по-голям обем, но бързо настъпва умора)
Предмишница – супинация	Десен	0	0–1 (лека активност не е описана ясно)	2 (ограничена, непълен обем)
Предмишница – пронация	Десен	0	0–1	2 (ограничена, непълен обем)
Китка – екстензия	Десен	2 (ограничени активни движения при стимулация)	3 (по-активни, спонтанни движения)	4 (увеличен обем, антигравитационно)
Китка – флексия	Десен	2	3	4
Пръсти – флексия	Десен	2	3	4
Пръсти – екстензия	Десен	2	3	4
Палец – опозиция	Десен	1–2	2–3	4

След проведен първи курс на рехабилитация (*възраст на пациента – 1,5 месеца*) – липса на активни движения в раменна и лакътна става. Детето извършва ограничени активни движения в гривнена става и пръсти при стимулация и спонтанно.

След втори курс на рехабилитация (*възраст на пациента - навършени 2 месеца*) – поява на активна екстензия в лакътната става. Стабилно задържане на главата в позиция по корем. Увеличаване на обема на движение на гривнена става и честотата на спонтанни активни движения в дисталната част на крайника.

След трети курс на рехабилитация (*възраст на пациента – 3 месеца*) – поява на активна екстензия в лакътната става. Детето задържа продължително екстензията на главата в позиция по корем при опора върху предмишниците. Поява на отвеждане на ръката встрани от тилен лег и на активна външна

ротация в рамото в начален обем на движение. Бърза поява на умора и изчерпване на възможността за активно движение.

След четвърти курс на рехабилитация (*възраст на пациента – 3,5 месеца*) – активно отвеждане на горния крайник в антигравитационна позиция в ограничен обем. Активна външна ротация в рамото от облекчена изходна позиция в непълен обем. Активни движения в китка и пръсти.

След пети курс на рехабилитация (*възраст на пациента – 4,5 месеца*) – активна екстензия на гърба и главата при опора. Поява на активна флексия в лакътна става в ограничен обем в облекчена изходна позиция. Подобрене в обема на елевация и външна ротация в рамото в облекчена и антигравитационна изходна позиция.

След шести курс на рехабилитация (*възраст на пациента – 5 месеца*) – увеличен обем на движение във всички стави на горния крайник, спрямо предходния курс на лечение. Елевира горният крайник в равнината на скапция в антигравитационна позиция до нивото на гърдите, през позиция на вътрешна ротация в рамото. Поставено по корем, изнася горния крайник напред в непълен обем, при стимулация на пълзене. Извършва активна флексия в лакътна става в антигравитационна позиция до 50% от обема на движение. Наблюдава се бърза проява на признаци на умора при упражняване на движенията в раменна и лакътна става. Налична е изразена асиметрия при движенията и позиционирането на горните крайници. Детето прави опити да достигне играчка, протягайки ръка. Проявява активен интерес към играчките и има добър зрителен контакт. Реагира на говор и стимули със звук.

Резултатите от петмесечния рехабилитационен курс показват отчетливо подобрене в моторната активност и обема на движение, като активни движения са налични във всички стави на засегнатия горен крайник. Най-добро възстановяване се наблюдава в дисталните сегменти (китка и пръсти), докато проксималните стави (рамо и лакът) показват по-бавен напредък и изразена умора при повторяеми движения. След проведената петмесечна рехабилитация

пациентът показва значително подобрене в обема на активните и пасивните движения. Налични са активни движения във всички стави на горния крайник, като най-добро ниво на възстановяване се наблюдава в дисталната част на крайника. Резултатите потвърждават ключовата роля на ранната интервенция и индивидуализирания рехабилитационен подход при акушерска парализа на брахиалния плексус.

Изследването на рефлексите е важен критерий за оценка на зрялостта и целостта на нервната система. Прогностична стойност: Персистирането след съответната възраст или липсата им при новородено изисква неврологично изследване (Megova, Mihaylova, Popova, 2016).

Клинични наблюдения в литературата сочат, че до 70-80% от децата с парализа на Ерб възстановяват задоволителна функция само чрез консервативна терапия (Hoeksma, Wolf, Oei, 2000; Hale, Bae, Waters, 2010). Въпреки това, при липса на прогрес в рамките на 3-6 месеца следва да се обсъди хирургична интервенция (нервни графтове, трансфери) (Terzis, Kostopoulos, 2008; Grossman, DiTaranto, Price, Ramos, Tidwell, Papazian, Yaylali, Bergeron, Valencia, Alfonso, 2003).

Заклучение и благодарности

Акушерската парализа на брахиалния плексус е сериозно състояние, изискващо навременна диагностика и комплексна рехабилитация. Представеният клиничен случай демонстрира, че ранното започване на терапия, съчетано с мултимодален рехабилитационен подход, води до съществени подобрения във функционалното възстановяване. Проследяването на пациента и прилагането на систематичен протокол по месеци са от съществено значение за предотвратяване на трайни дефицити.

Литература

Grossman, J. A., DiTaranto, P., Price, A. E., et al. (2003). Multicenter study of surgery for brachial plexus birth injury. *Journal of Bone and Joint Surgery (American Volume)*, 85(11), 2070–2078.

Hoeksma, A. F., Wolf, H., & Oei, S. L. (2000). Obstetric brachial plexus injuries: Incidence, natural course and shoulder contracture. *Clinical Rehabilitation*, 14(5), 523–526.

Hale, H. B., Bae, D. S., & Waters, P. M. (2010). Current concepts in the management of brachial plexus birth palsy. *Journal of Hand Surgery (American Volume)*, 35(2), 322–331.

Megova, T. N., Mihaylova, D., & Popova, D. (2016). Refleksna deynost v karmacheska vazrast. V *Chetirinadeseta natsionalna nauchna sesia za studenti i prepodavateli. Sbornik dokladi* (str. 423–426). Meditsinski kolezh – Plevan. ISBN 978-954-756-192-2

Pondaag, W., & Malesy, M. J. A. (2014). The natural history of obstetric brachial plexus palsy: A systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56(6), 502–514.

Somashekar, D. K., & Yang, L. J. (2015). Obstetric brachial plexus injury. *Current Opinion in Pediatrics*, 27(1), 67–73.

Terzis, J. K., & Kostopoulos, V. K. (2008). Outcomes with suprascapular nerve reconstruction in obstetric brachial plexus patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 121(4), 1267–1278.

✉ **Гл. ас. Любомира Тотева, д.п.**

Медицински университет – Плевен

Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“

Адрес: гр. Плевен, ул. „Св. Климент Охридски“ 1.

e-mail: lestoianova@abv.bg

ПРОФИЛАКТИКА НА ТРАВМИТЕ НА ГЛЕЗЕНА ПРИ БАЛЕТНИ ТАНЦЬОРИ

Л. Тотева, Д. Попова-Вутева

¹ Медицински университет - Плевен, катедра „Физикална медицина, рехабилитация,
ерготерапия и спорт“

PREVENTION OF ANKLE INJURIES IN BALLET DANCERS

L. Toteva, D. Popova-Vuteva

¹Medical University - Pleven, Department of Physical Medicine, Rehabilitation, Ergotherapy and
Sports

ABSTRACT: *The most common traumatic injuries in dancers are those affecting the ankle. In dancers, the volume of movement and the loads to which the ankles and feet are subjected during the various dance routines are extremely large and this is a serious prerequisite for soft tissue damage.*

Objective. *Analysis of the main causes and methods for the prevention of ankle injuries in ballet dancers.*

Material and methodology: *Based on a literature review, an in-depth analysis of the causes of ankle trauma in ballet dancers was conducted and a methodology for prevention was developed.*

Results and analysis: *Foot and ankle injuries in dancers account for between 34% and 62% of all injuries. The causes leading to trauma are external (environmental) and specific to the dancer. In the case of repetitive strain injuries or chronic ankle instability, there are certain risk factors that the therapist should pay attention to and prevent.*

Keywords: trauma, ankle, dancer, ballet

Въведение

Най-честите травматични увреждания при танцьори са тези, засягащи глезена. (Kadel, 2006) Наличието на структурна цялост на динамичните и статични стабилизатори на глезена е един от водещите фактори за поддържане стабилността на глезена. Тя от своя страна има ключова роля за осигуряване на нормалната мобилност на долните крайници и редуцията на риска за изкълчване на глезена. При танцьорите обемът на движение и натоварванията, на които са подложени глезените и ходилата по време на различните танцови съчетания, са изключително големи и това е сериозна предпоставка за мекотъканни увреди.

На общопопулационно ниво честотата на изкълчване на глезена е висока. Травмите на латералните лигаменти на глезена са най-често срещаните спортни наранявания и представляват приблизително 25% от всички травми, свързани със спорта (Balduini et al., 1987; Karlsson & Sancone, 2006; Kannus & Renström, 1991; Broström, 1965; Broström & Sundelin, 1966; Broström, 1966a, 1966b). Някои проучвания цитират честота от приблизително 5000 травми на ден във Великобритания и 23000 на ден в САЩ (Karlsson & Sancone, 2006; Kannus & Renström, 1991). Травмите на ходилата и глезените при танцьори представляват между 34% и 62% от всички наранявания (Nilsson et al., 2001; Wiesler et al., 1996; Garrick & Requa, 1993; Byhring & Bø, 2002; Bronner et al., 2003).

По-висока честота на травмите се наблюдава при жените отколкото при мъжете, най-вероятно поради различията в постановката на краката. В проучване на Wiesler и съавт. (1996) при 101 балетисти и 47 модерни танцьори, студенти, 56% съобщават за наранявания на долните крайници, като най-честите са навяхвания на глезена (28% от всички танцьори). Подобни данни се отчитат и от други изследователи (Evans et al., 1998; Evans et al., 1996).

При танцьорите това е проблем, свързан със значителни последици за представянето, напредъка и развитието на кариерата. Това оказва влияние и върху отчетените данни, като трябва да се има предвид, че танцьорите често продължават да танцуват и при наличие нараняване и търсят лечение само когато са физически неспособни да танцуват или да се състезават. Това трябва да бъде съобразено в процеса на лечение, така че да се предотврати цикълът от повтарящи се наранявания, които оказват вредно влияние върху кариерата на танцьора.

Етиология и биомеханика на травмите.

Неправилно приземяване при скок и завъртането на външната част на стъпалото по време на движение на полу-палци (demi-pointe) са типични механизми на травмите в областта на глезенно-ходилния комплекс. В тези

ситуации стъпалото понася силно натоварване в позиция на плантарна флексия и инверзия, обикновено натоварвайки предния талофибуларен лигамент (ATFL). Стабилността на глезена е свързана с костната архитектура и ограниченията на меките тъкани. Основните динамични ограничители са перонеалните сухожилия и флексорните сухожилия. Основните пасивни ограничения са латералният лигаментен комплекс, екстензорният ретинакулум, перонеалният ретинакулум, талокалканеарните и интеркосталните лигаменти.

Биомеханичният анализ на движенията е неразделна част от оценката на танцьорите. Неправилната постановка на проксимално разположените сегменти на тялото може да доведе до увеличаване на глезенния травматизъм. Следователно нараняването на глезена не трябва да се разглежда само за себе си, а като компонент на по-голямата биокинетична верига. Дисфункциите на кинетичната верига са често срещани при балетните танцьори. Наранявания вследствие на претоварване нерядко могат да бъдат последвани от изкълчвания на глезена. Те могат да представляват и вторичен феномен, развил се в отговор на компенсаторни промени в движенията, причинени от първична травма. Вероятността това да се случи се увеличава, ако танцьорите продължават да тренират и да се състезават въпреки контузията. За изготвянето на правилна рехабилитационна програма е необходимо да се направи детайлен анализ на дисфункциите по хода на кинетичната верига. Това е от съществено значение за предотвратяване на повторно нараняване или хронично увреждане.

Рискови фактори специфични за танцьорите.

Външни фактори като покритие на танцовата повърхност, температура на околната среда, честота и продължителност на репетициите и представленията оказват влияние върху честотата на травмите. (Macintyre & Joy, 2000) Инверсионните навяхвания на глезена са най-чести, когато танцьорите губят равновесие при приземяване от скок, с глезен в позиция на плантарна флексия

(Macintyre & Joy, 2000). Кой лигамент конкретно ще бъде наранен зависи от позицията на глезена в момента на приземяването.

При репетиторни травми или хронична нестабилност на глезена има определени рискови фактори, към които трябва да се насочи вниманието на терапевта и да се профилактират. Някои от тях са по-често срещани при танцьори. Един от тях е танцуването на палци и полупалци. Жените балетисти често заемат позиция на палци, което изисква изразена плантарна флексия с пръсти в неутрална позиция спрямо надлъжната ос на стъпалото. При позиция на пълни палци глезенът е относително стабилен, тъй като задната устна на тибията лежи и се заключва върху калканеуса, а субталарната става е заключена с петата и предната част на стъпалото при варус. Поради това изкълчването на средната част на стъпалото е по-вероятно в това положение, отколкото изкълчването на глезена. При лека дорзална флексия обаче този комплекс се освобождава, оказвайки по-голям натиск върху латералния лигаментарен комплекс и създава предпоставка за травми на глезена при инверсия на ходилото. При плантарна флексия ATFL (предния тибioфибуларен лигамент) заема вертикална позиция, докато тясната част от талуса контактува с артикулерната повърхност на глезена. В тази позиция минимална стабилизация се осигурява от калканеофибуларния лигамент (CFL) и синдесмотичните връзки. Полупалци е вариант на тази позиция.

Търнаут

Turnout описва позицията на краката, използвана в много форми на танца. При тази позиция долните крайници са във външна ротация. „Идеалната“ позиция е тази, при която ходилата сключват 180° помежду си. При неправилно изпълнена техника на позицията се причинява стрес върху лубалната част на гръбнака, бедрата и ходилата. Това увеличава риска от травми на долните крайници и по специално на глезените. Coplan (2002) установява, че при балетните танцьори, при които градусът на отвеждане на ходилата навън е по-

голям от възможната пасивна външна ротация на тазобедрените стави, има по-голям риск от травматични увреждания.

С цел профилактика на травмите при танцьори изготвихме програма, насочена към подобряване на стабилността на глезенно-ходилния комплекс.

Методика за профилактика на травмите на глезена и ходилото при балерини.

I. Загриване (5-10 мин.)

1. Леки подскоци на място с боси крака.
2. Кръгове в глезените (по часовникова стрелка и обратно).
3. Динамично изпълнение на plié и relevé на два крака.

II. Укрепващи упражнения

1. Повдигане на пръсти (Relevé)

- На два крака → после на един.
- 3 серии по 12-15 повторения.
- Усилва m. triceps surae и стабилизаторите на глезена.

2. Тренировка с ластична лента (TheraBand)

- Флексия, екстензия, инверзия и еверзия срещу съпротивление.
- 2-3 серии по 10-12 повторения за всяко движение.

3. „Doming“ (активно повдигане на свода)

- Седеж: опит за скъсяване на ходилото чрез приближаване на пръстите към петата, без свиване на пръстите.
- 3 серии по 10–15 повторения.

III. Проприоцептивни упражнения.

1. Баланс на един крак

- Първо на равна повърхност → после на нестабилна (баланс борд/подложка).
- Продължителност: 30-60 сек.

2. Баланс с движение на свободния крак

- Заставане на един крак, другият извършва махове напред/назад и встрани.
- Усилва динамичната стабилизация.

IV. Гъвкавост и мобилност

1. Разтягане на ахилесовото сухожилие (статично и динамично).
2. Разтягане на плантарна фасция с масажна топка.
3. Мобилизация на глезен в позиция „lunge stretch“ за увеличаване на дорзифлексията.

V. Специфични балетни упражнения

1. Plié → Relevé → Баланс на един крак (контролирано).
2. Повдигане en pointe с бавно спускане за контрол на ексцентричната сила.
3. Skipping и малки подскоци за тренировка на еластичността на сухожилията.

VI. Заключителна част

- Лека релаксация и стречинг (5 мин).
- Самомасаж на ходилата с топка/ролер.

Препоръки за прилагане

- Честота: 2–3 пъти седмично, интегрирано в тренировъчния процес.
- Продължителност: 20–30 мин.
- Постепенно увеличаване на натоварването.
- Изпълнение под контрола на треньор или физиотерапевт за правилна техника.

Резултати и обсъждане

Резултатите от епидемиологичните проучвания показват, че травмите на глезена и ходилото са водеща причина за функционални ограничения при балетните изпълнители (Kadel, 2006; Nilsson et al., 2001; Wiesler et al., 1996;

Garrick & Requa, 1993; Byhring & Bø, 2002; Bronner et al., 2003). Причините са комплексни и включват специфичната биомеханика на танцовите движения, високата честота на повторенията и изключителните изисквания към обема на движение и стабилността. Балетът е уникален със своите екстремни позиции – en pointe, relevé, plié, turnout – които надхвърлят физиологичните граници на ставите и създават предпоставка за микротравми и хронично претоварване.

Профилактичните програми, насочени към укрепване на мускулатурата, подобряване на проприоцепцията и оптимизиране на техниката, показват добра ефективност за намаляване на честотата на навяхвания и мекотъканни увреждания в областта на глезена. Упражненията с TheraBand, упражнения за баланс и специфични балетни комбинации (например plié → relevé → баланс) са доказано полезни за развитие на динамичната стабилност и контрола върху движенията в антигравитационна среда.

Отделно внимание следва да се обърне на ролята на кинетичната верига. Неправилното позициониране на тазобедрените стави, таза и гръбначния стълб може да доведе до компенсаторни движения в дисталните сегменти, включително глезена, и да увеличи риска от травми. При балетистите turnout често се постига не само чрез външна ротация на тазобедрените стави, а и за сметка на пронация в ходилата и усукване в коленете, което повишава натоварването върху глезенно-ходилния комплекс. Това налага профилактиката да включва не само локални упражнения за глезена, но и глобален анализ на кинетичната верига.

Съществува и психологически фактор – танцьорите често продължават да репетират и да участват в спектакли дори при наличие на болка или травма. Това забавя диагностиката и лечението, а при хронични състояния може да доведе до рецидиви и трайни функционални нарушения. Ранното въвеждане на профилактични програми и активното включване на физиотерапевти и спортни медици в танцовите трупи могат да намалят този риск.

Друг важен аспект е разликата между половете. Жените балетисти по-често заемат позиции en pointe и demi-pointe, което изисква екстремна плантарна флексия и натоварва предимно предния талофибуларен лигамент (ATFL). Това обяснява по-високата честота на травмите при жените, отчетена в редица изследвания (Wiesler et al., 1996; Evans et al., 1998; Evans et al., 1996).

Профилактиката трябва да се разглежда като непрекъснат процес, интегриран в тренировъчната програма, а не само като реакция след травма. Редовното прилагане на специфични упражнения може да подобри както стабилността и силата, така и техническото изпълнение, като по този начин се повиши и артистичното представяне на танцьорите.

Профилактичните програми за укрепване и стабилизация на глезена показват значителен потенциал за редукция на честотата на травмите при танцьори. Особено ефективни са интегрираните програми, включващи стабилизиращи и проприоцептивни упражнения, комбинирани със специфични за балета движения. Въпреки това съществуват индивидуални рискови фактори, свързани с техника, анатомични особености и тренировъчно натоварване, които изискват персонализиран подход.

Заключение и благодарности

Глезенът и ходилото са най-уязвимите структури при балетните изпълнители. Ранното идентифициране на рискови фактори, съчетано с целенасочени профилактични програми, може да намали честотата на травмите и да удължи професионалната кариера на танцьорите.

Литература

- Balduini, F. C., Tetzlaff, J., & Fetto, J. (1987). Ankle sprains: The frequency and distribution of ligament injuries. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 1987(216), 182–186.
- Bronner, S., Ojofeitimi, S., & Rose, D. (2003). Injuries in a modern dance company: Effect of comprehensive management on injury incidence and cost. *Journal of Dance Medicine & Science*, 7(4), 116–123.
- Broström, L. (1965). Sprained ankles. I. Anatomic lesions in recent sprains. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 130(6), 537–550.

- Broström, L. (1966a). Sprained ankles. II. Treatment and prognosis in recent ligament ruptures. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 132(5), 537–550.
- Broström, L. (1966b). Sprained ankles. III. Clinical examination of laterally sprained ankles. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 132(5), 551–565.
- Broström, L., & Sundelin, G. (1966). Sprained ankles. IV. Roentgenographic examination. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 132(6), 566–579.
- Byhring, S., & Bø, K. (2002). Musculoskeletal injuries in the Norwegian National Ballet: A prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 12(6), 365–370.
- Coplan, J. A. (2002). Ballet dancer's turnout and its relationship to self-reported injury. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 32(11), 579–584.
- Evans, R. W., Evans, R. I., & Carvajal, S. (1996). Survey of injuries among West End performers. *British Journal of Sports Medicine*, 30(3), 238–242.
- Evans, R. W., Evans, R. I., & Carvajal, S. (1998). Ballet injuries. *Sports Medicine*, 26(5), 295–305.
- Garrick, J. G., & Requa, R. K. (1993). Ballet injuries: An analysis of epidemiology and financial outcome. *The American Journal of Sports Medicine*, 21(4), 586–590.
- Kadel, N. J. (2006). Foot and ankle injuries in dance. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 17(3), 813–826.
- Kannus, P., & Renström, P. (1991). Treatment for acute tears of the lateral ligaments of the ankle: Operation, cast, or early controlled mobilization. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 73(2), 305–312.
- Karlsson, J., & Sancone, M. (2006). Chronic lateral instability of the ankle in athletes. *Sports Medicine*, 36(5), 339–346.
- Macintyre, J., & Joy, E. (2000). Foot and ankle injuries in dance. *Clinics in Sports Medicine*, 19(2), 351–368.
- Nilsson, C., Leanderson, J., Wykman, A., & Strender, L. E. (2001). The injury panorama in a Swedish professional ballet company. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 9(4), 242–246.
- Wiesler, E. R., Hunter, D. M., Martin, D. F., Curl, W. W., & Hoen, H. (1996). Ankle injuries in dancers. *The American Journal of Sports Medicine*, 24(6), 754–757

✉ **Гл ас. Любомира Тотева, дп.**

Медицински университет - Плевен

Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“

Адрес: гр. Плевен, ул. „Св. Климент Охридски“ 1.

e-mail: lestoianova@abv.bg

РЕХАБИЛИТАЦИЯ ПРИ РАЗКЪСВАНЕ НА АХИЛЕСОВОТО СУХОЖИЛИЕ ПРИ СПОРТИСТИ

Т. Мегова, Д. Попова – Вутева, Е. Димитрова

Медицински университет – Плевен, катедра „Физикална медицина, рехабилитация,
ерготерапия и спорт“, специалност „Кинезитерапия“

REHABILITATION FOR ACHILLES TENDON RUPTURE IN ATHLETES

T. Megova, D. Popova-Vuteva, E. Dimitrova

Medical University – Pleven, Department of Medical Rehabilitation, Occupational
Therapy and Sports, specialty “Kinesitherapy”

ABSTRACT: *Achilles tendon rupture is a serious injury requiring targeted and long-term rehabilitation. This is one of the most common traumas, especially in athletes. The rupture can be total or partial. The goal of rehabilitation is maximum recovery of the athlete and gradual adaptation to professional and sports activities. Rehabilitation methods include therapeutic massage, passive and active exercises for the ankle joint, exercises with equipment, balance exercises, etc.*

Keywords: *rehabilitation, muscles, exercises, ankle joint*

Въведение

Ахилесовото сухожилие е най-голямото и най-силното сухожилие в човешкото тяло, което свързва m. gastrocnemius и m. soleus с петната кост (calcaneus). Въпреки своята здравина, то често е изложено на риск от увреждане, особено при активно спортуващи лица, хора на средна възраст и пациенти с дегенеративни промени. Спортовете, при които често се получава тази травма, са лека атлетика, баскетбол, футбол, волейбол и др. Среща се по-често при мъже на възраст около 40-45 години. Руптурата (разкъсването) на ахилесовото сухожилие е едно от най-честите остри травматични увреждания в областта на глезена и изисква комплексен терапевтичен подход, който обединява хирургично или консервативно лечение и последваща рехабилитация. Разкъсването му може да бъде частично или тотално, в долната или горната част при прехода към мускулите. При частично разкъсване се

прилага консервативно лечение. Тоталното разкъсване се лекува хирургично. При прилагане на външен фиксатор не се прилага гипсова имобилизация.

Рехабилитацията играе ключова роля във възстановяването на функционалността, походката, мускулната сила и координацията, както и в предотвратяване на повторна травма или усложнения. Според проучвания на Suchak et al. (2006) и Maffulli et al. (2005), добре структурираната и фазова рехабилитационна програма може значително да намали времето за възстановяване и да подобри клиничните резултати както при оперативно, така и при неоперативно лекувани пациенти.

Цел

Настоящият доклад има за цел да представи основните етапи, цели и методи на рехабилитацията при разкъсване на ахилесовото сухожилие, както и да подчертае значението на мултидисциплинарния подход в лечението на това сериозно нараняване.

Материали и методи

Рехабилитацията при разкъсване на ахилесовото сухожилие се разделя на два основни периода.

Имобилизационен период, който включва: максимално протективна фаза – поставя се гипсов крачол за 21 дни, и относително протективна фаза – поставяне на гипсов ботуш за още 20 дни.

Следимобилизационен период, който включва:

Максимално протективна фаза – първия месец след имобилизацията. Фаза на нервно – мускулно възстановяване – 2/3-ти месец след имобилизацията. Фаза на стимулиране на моторния контрол – 4/5-ти месец след имобилизацията. Фаза на връщане към съответния спорт – 6-ти месец след имобилизацията и фаза на поддържаща рехабилитация.

Целта на рехабилитационната програма е максимално възстановяване на спортиста с възможност за участие в ежедневната професионална и спортна дейност.

Задачите на рехабилитационната програма са: профилактика на усложненията (спадане на свода на ходилото, нарушено кръвообращение, сраствания и др), подобряване еластичността на ахилесовото сухожилие, възстановяване обема на движение в глезенната и колянната стави, преодоляване на мускулния дисбаланс, възстановяване на походката – опорната фаза, и подобряване на равновесието и координацията.

Средства на рехабилитацията. Лечебен масаж от отточно положение със стимулиращо въздействие, пасивни упражнения да гледенната става (Zhelev, 2013). Постизометрична релаксация за плантарните флексори и ишиокруралната мускулатура, аналитична гимнастика за долен крайник, упражнения с уреди – пясъчни торбички, ластъчни ленти, упражнения за засилване на дорзи флексорите в глезенната става, на четириглавия бедрен мускул, на седалището и коремните мускули. Прилагат се и упражнения за поддържане свода на ходилото, изкачване и слизване по стълби. Упражнения за равновесие върху стабилна и нестабилна опора.

Методически указания. Започва се с упражнения от облекчено изходно положение, постепенно увеличаване на дозировката. При липса на оток и болка се прилагат упражнения за увеличаване на мускулната сила и възстановяване обема на движение в ставите. При ходене в началото се поставя подложка под петата (Роров, 2006). В рехабилитационната програма може да се включи и велотренировка с натоварване 15-25 Wata на преден и заден ход. „Допустимите натоварвания са с ниска до умерена интензивност (50-70% от индивидуалната максимална сърдечна честота). Продължителността е обратнопропорционална на интензивността“ (Toteva, Totev, 2019, p. 224).

Резултати и обсъждане

Провеждането на системна, фазова и индивидуализирана рехабилитационна програма след разкъсване на ахилесовото сухожилие води до редица положителни резултати както във функционален, така и в клиничен аспект. Резултатите от рехабилитацията зависят както от метода на лечение (оперативен или консервативен), така и от активното участие на пациента в процеса на възстановяване.

Основните резултати от рехабилитационната програма са:

Възстановяване на обема на движение в ставите. В рамките на 8-12 седмици се наблюдава значително възстановяване на подвижността в глезенната става. Пациентите възвръщат нормална дорзифлексия и плантарна флексия без болка. Подобряване на мускулната сила и издръжливост. Повечето пациенти възвръщат симетрична и стабилна походка до 3-4 месеца след началото на рехабилитацията. Намалява се компенсаторната активност на други стави и мускули. Намаляване на болката и отока, възстановява се спортната активност при спортисти. Повечето активно спортуващи пациенти се връщат към тренировки след 4-6 месеца при спазване на индивидуална програма.

Заклучение

Разкъсването на ахилесовото сухожилие представлява сериозна травма, която изисква своевременно и адекватно лечение, последвано от добре планиран и индивидуално съобразен рехабилитационен процес. Успешната рехабилитация е от ключово значение за възстановяване на пълната функционалност на долния крайник, предотвратяване на повторни увреждания и завръщане към обичайния начин на живот или спортна активност. Тя включва последователни фази – от контрол на болката и отока в ранния период, през възстановяване на подвижността и мускулната сила, до финалното възстановяване на координацията, баланса и функционалните умения.

Добрата комуникация между пациента, лекаря и рехабилитационния екип, както и стриктното спазване на терапевтичния план, са от съществено значение за постигането на оптимални резултати. В заключение, правилната рехабилитация е неотменна част от успешното възстановяване след разкъсване на ахилесовото сухожилие и играе решаваща роля за качеството на живота на пациента.

Литература

- Maffulli, N., Leadbetter, W. B. (2005). Free tendon graft in neglected tears of the Achilles tendon. *Clinics in Sports Medicine*, 24(4), 711–728. <https://doi.org/10.1016/j.csm.2005.06.009>
- Popov N. (2006). Kineziterapia v sportnata praktika. NSA-Pres, Sofia s. 89-100.
- Toteva L, Totev K. (2019). Osobenosti ot strana na dihatelnata i sardechno sadozata sistemi pri izpalnenie na uprazhnenia ot hora v naprednata vazrast, Sbornik dokladi, „Sedemnadeseta natsionalna nauchna sesia za studenti i prepodavateli“, , 24-25 oktomvri 2019, gr. Pleven, Izdatelski tsentar pri MU – Pleven; 220-26, ISBN 978-954-756-232-5, s. 224.
- Suchak, A. A., Bostick, G. P., Reid, D. C., Blitz, S., & Jomha, N. M. (2006). The incidence of Achilles tendon ruptures in Edmonton, Canada. *Foot & Ankle International*, 27(11), 759–763. <https://doi.org/10.1177/107110070602701101>
- Zhelev. V. (2013). *Fizioterapia pri vatreshni i hirurgichni bolesti*. Avangard Prima. Sofia.s.348-351.

✉ **Доц. Таня Мегова, д.п.**

Ас. Даниела Попова

Евгения Димитрова, студент, специалност „МРиЕТ“

Медицински университет – Плевен

Катедра „Физикална медицина, рехабилитация, ерготерапия и спорт“

Адрес: ул. „Св. Климент Охридски“ 1

e-mail: tmegova@abv.bg

КОМОРБИДНОСТИ ПРИ НЕПУШАЧИ С ХРОНИЧНА ОБСТРУКТИВНА БЕЛОДРОБНА БОЛЕСТ И ЗАТЛЪСТЯВАНЕ. КЛИНИЧНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Сн. Иванковска^{1,2}, Е. Борисова^{1,2}, Пл. Павлов^{1,2}, Зл. Иванова², Н. Кючуков², П.
Глоговска¹

¹МУ Плевен, Катедра „Пропедевтика на Вътрешните болести“,

²Клиника по пневмология и фтизиатрия УМБАЛ „Георги Странски“ Плевен

COMORBIDITIES IN NON-SMOKERS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AND OBESITY. CLINIKAL CHARACTERISTICS

Sn. Ivankovska^{1,2}, E.Borisova^{1,2}, Pl. Pavlov^{1,2}, Zl.Ivanova², N. Kiuchukov², P. Glogovska¹

¹ Department of Propedeutics of Internal Medicine Medical University Pleven, Bulgaria

²Clinic of Pneumology and Phthisiatry, UMHAT “Dr Georgi Stranski” – Pleven, Bulgaria

ABSTRACT

Objective: Characterize comorbidities in non-smokers with COPD and obesity.

Materials and methods: Observational study of 86 non-smokers with COPD. Accompanying diseases were described retrospectively and prospectively.. The stage was determined according to GOLD 19 (Global Initiative for Lung Diseases) with spirometry . The assessment of obesity was with BMI, waist circumference, visceral fat.

Results: 64 were men, 22 women, average age of 69.9 years. 65 were obese (group 1) and 21 had a normal BMI (group 2). According to the severity of COPD, patients in stage I and II of COPD with a higher BMI were 71%, and in the advanced stage - 29%, $p<0.05$. Only 5% of all patients had no accompanying diseases. In the first group with a BMI >25, the polymorbid individuals with two or more diseases are 52.3%, while in the second

Conclusions: Non-smokers with obesity and COPD are at high risk of chronic diseases.

Key words: COPD, Obesity, non-smokers, chronic diseases

Въведение

Хроничната обструктивна белодробна болест /ХОББ/ е заболяване с нарастваща заболеваемост и смъртност в световен мащаб. Увеличава се значително по-бързо в сравнение с други социално значими заболявания и се предвижда нарастване на честотата му в следващите десетилетия. Влошените епидемиологични показатели на болестта се доказват от много проучвания, публикувани в литературата в последните години (Gibson GJ, Loddenkemper R, Lundbäck B, Sibille Y, 2013, Barnes PJ, Burney PG, Silverman EK, Celli BR, Vestbo J, Wedzicha JA, 2015). Според съвременното познание, ХОББ е хетерогенно

белодробно заболяване, характеризиращо се с хронични респираторни симптоми (диспнея, кашлица, експекторация, екзацербации) поради аномалии в дихателните пътища (бронхит, бронхиолит) и/или алвеолите (емфизем), което причинява персистираща, често прогресираща въздушна обструкция (Celli B, Fabbri L, Criner G, Martinez FJ, Mannino D, Vogelmeier C.)[1]. През последните десетилетия все по-голямо значение придобиват рисковите фактори, които не са свързани с тютюнопушенето – замърсяването на въздуха, професионални вредности, пасивното пушене, инфекциозни заболявания, и лошият социално икономически статус. Епидемиологията на ХОББ при непушачи се отличава с големи вариации, зависейки от социо-демографски различия, фактори на външната среда и гореописаните други рискови фактори. Непушачите с ХОББ са описани с по-леки респираторни симптоми и обструкция на дихателните пътища в сравнение с пушачи, но заболяването при тях е с тежка прогноза поради повишен риск от екзацербации. Познаването на асоциациите между различните рискови фактори и клинични характеристики би помогнало за изясняване на хетерогенността на механизмите, водещи до ХОББ [1](Cazzola M, Blasi F.,2023, Brightling CE,2016). Обичайно ХОББ се съпътства от хронични състояния и заболявания, които заедно с извънбелодробните характеристики допринасят за клиничното представяне и прогнозата ѝ. Отклоненията в телесното тегло и телесния състав на тялото са сред първите наблюдавани системни характеристики на ХОББ и са доказателство за наблюдаваната хетерогенност между пациентите (Celli BR, Wedzicha JA, 2019, Franssen, F.M.E.2024). Затлъстяването е предотвратимо състояние, дефинирано от прекомерно натрупване на мазнини, категоризирано като индекс на телесна маса (ИТМ) $\geq 30 \text{ kg/m}^2$, който корелира с телесните мазнини и затова се използва в епидемиологичните проучвания и при клиничното оценяване. ИТМ от 18.5–24.9 kg/m^2 е в границите на нормата при възрастни, ИТМ от 25 до 29 kg/m^2 – наднормено тегло, а ИТМ над 30 kg/m^2 се класифицира като затлъстяване. Затлъстяването е най-често срещаното метаболитно заболяване в

света и разпространението му се увеличава през последните десетилетия. По данни на СЗО през 2022г. почти половината от населението в света – 43% от възрастните са с наднормено тегло и 16% – със затлъстяване. Затлъстяването се посочва като важен рисков фактор за заболявания с голяма медико-социална значимост – като сърдечно съдови заболявания, инсулт, захарен диабет, мускулно-скелетни нарушения (Hobbs B., Morrow J., Wang X, 2023). От заболяванията на дихателната система се включват астма, ХОББ, обструктивна сънна апнея, белодробна тромбоемболия и аспирационна пневмония [2]. Свързано както с механични, така и със системни промени в организма, затлъстяването допринася за многоликия характер на ХОББ (Franssen F., O'Donnell D., Goossens G., Blaak E., Schols A, 2008). Освен това специфични за заболяването фактори като системна хипоксемия и намаленият окислителен капацитет на скелетните мускули могат да влошат свързаните със затлъстяването метаболитни и възпалителни нарушения при пациенти с ХОББ (Chatila WM, Thomashow BM, Minai OA et al., 2008). Има все повече доказателства в литературата във връзка с различията в съпътстващите заболявания при пациенти с ХОББ, в сравнение с такива без ХОББ. Кардиоваскуларните, метаболитните и когнитивни заболявания са относително по-чести (Van den Bemt L, van Wayenburg CA, Smeele IJ, Schermer TR., 2009). Ролята на obezитета като съпътстващо състояние/заболяване е по-малко проучвана. Съществуват някои отлики по отношение на коморбидитетите при пациенти с ХОББ и затлъстяване спрямо тези с ХОББ. Така например кардиоваскуларните и метаболитни заболявания, особено хипертонията и захарния диабет, са доста по-често срещани при obezитетните с ХОББ. Ролята на затлъстяването за заболяемостта от ХОББ остава все още недоизяснена (Fuller-Thomson E, Howden KEN, Fuller-Thomson LR, Agbeyaka S., 2018). В епидемиологично мултицентрово изследване на 3631 лица – COPD Gene се установява, че 35% от участниците са със затлъстяване I степен, 9% – II степен и 5% – III степен. Освен това се намира асоциация между влошения изход при

ХОББ и затлъстяването, независимо от съпътстващите заболявания, освен в случаи на тежки екзацербации. Екип от канадски учени провежда мащабно проучване при непушачи на възраст над 50г. и намира корелация със степента на затлъстяване и разпространението на ХОББ сред изследваните над 100 хиляди лица (Dixon AE, Peters U., 2018). Метаболитният синдром е едно от най-често изявените придружаващи състояния/заболявания при ХОББ, определя се като взаимно свързани рискови фактори за сърдечно съдови заболявания като затлъстяване, дисгликемия, хипертония, дислипидемия и т.н., често срещани при един и същи индивид, известен още като „Х-синдром“ от Reaven (Reaven GM., 2001). Интересна е връзката между метаболитния синдром и ХОББ като понастоящем се посочва, че пациенти с ХОББ често имат един или повече компоненти от метаболитния синдром (Stratev V., 2018). Все още няма подробни данни за разпространението на МС сред различните фенотипове на ХОББ, обичайно пациентите с наднормено тегло и хроничен бронхит са повече от тези с емфизем. Пациентите с ХОББ са не само с повишен риск от хоспитализация и повишена смъртност от сърдечно съдови заболявания, но са високорискови и за развитие на диабет. Все още механизмите на тази корелация не са напълно установени. Като компонент на метаболитния синдром obezitetът е най-задълбочено проучен при ХОББ в сравнение с останалите компоненти. Натрупването на мазнини води до увреждане на вентилаторните функции на белите дробове. Увеличението на ИТМ обичайно се свързва с редуцирани белодробни обеми. Намалената физическа активност, тютюнопушенето, възпалението на дихателните пътища и оксидативния стрес, както и хипоксията и употребата на кортикостероиди при ХОББ, са механизмите, отговорни за развитие на метаболитен синдром при пациенти с ХОББ.

Цел

Поставяме си за цел за охарактеризиране коморбидностите при непушачи със затлъстяване и ХОББ.

Материали и методи

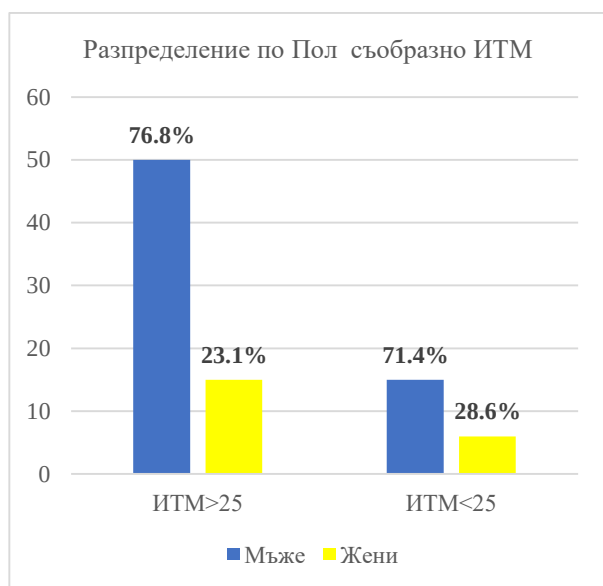
Наблюдение за период от 1 година при 86 непущачи с ХОББ, лекувани в амбулаторна пулмологична практика. Проследени са в три визити през 6 месеца – придружаващите заболявания са описани ретроспективно и проспективно, на базата на анамнезата, преглед, медицинска документация и изследвания. Тежестта на симптомите е обективизирана със стандартизиран тест за въздействието на ХОББ върху живота (CAT) и модифицирана скала за оценка на задуха (mMRC). Стадият на заболяването е определен по GOLD 19 (Global Initiative for Lung Diseases) със спирометрия на всички визити. Оценката на затлъстяването е направена с: изчисляване на ИТМ по съответна формула съобразно тегло, ръст и пол. Измерена е и обиколката на талията като показател за затлъстяване и метаболитен синдром по стандартизиран от СЗО метод. Данните са отразени с медицинската документация на пациентите. Определена е общата мастна тъкан – спрямо телесното тегло и висцералната мастна тъкан – с биоимпедансометрия. Степента на възпаление е преценена с проследяването на възпалителни маркери Интерлевкин 6 (IL6), туморнекротизиращия фактор (TNF- α) и серумно ниво на Лептин, изследвахме липидния профил чрез определяне нивото на основните маркери на мастната обмяна триглицериди (TG) и фракция на добрия холестерол (HDL). Резултатите са обработени със статистическа програма Statgraphics centurion 18 и EXCEL for Windows. Значимостта на изводите и заключенията е определена при $p < 0,05$.

Резултати и обсъждане

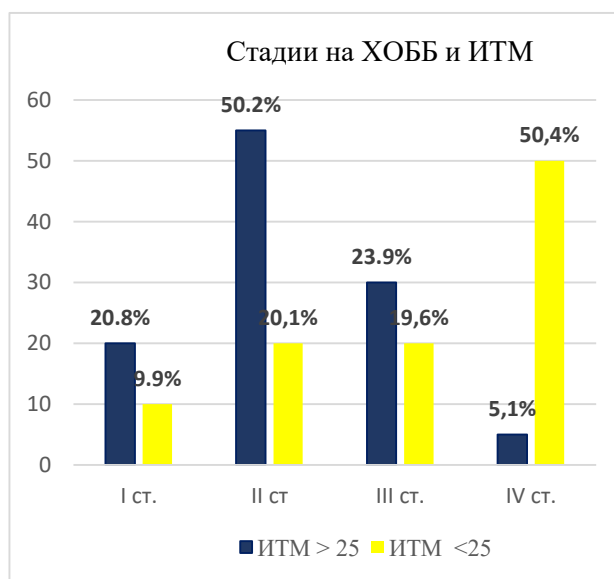
От 86 непущачи с ХОББ, на средна възраст 69,9 години, 64 са мъже, 22 са жени. Със затлъстяване са 65 пациента (група 1) и 21 са с нормален ИТМ (група 2). Мъжете са доминиращия пол с ХОББ, и ХОББ със затлъстяване (фиг.1). При сравнение на двете групи по отношение на затлъстяване се установява, че пациентите с по-ранен стадий на ХОББ са с по-висок ИТМ, пациентите в напреднал стадий са със значително по-малък процент с висок ИТМ. За разлика

от тези с нормален ИТМ, само 29% от пациентите със затлъстяване са в крайните стадии на ХОББ (фиг.2).

Придружаващите заболявания са разпределени в 13 нозологични групи. Само при 5% от всички пациенти не са открити придружаващи заболявания, на трета визита при трима от пациентите са докладвани злокачествени заболявания на дихателна система. Провеждат полихимиотерапия. Един пациент е починал с водеща причина Белодробна тромбемболия.

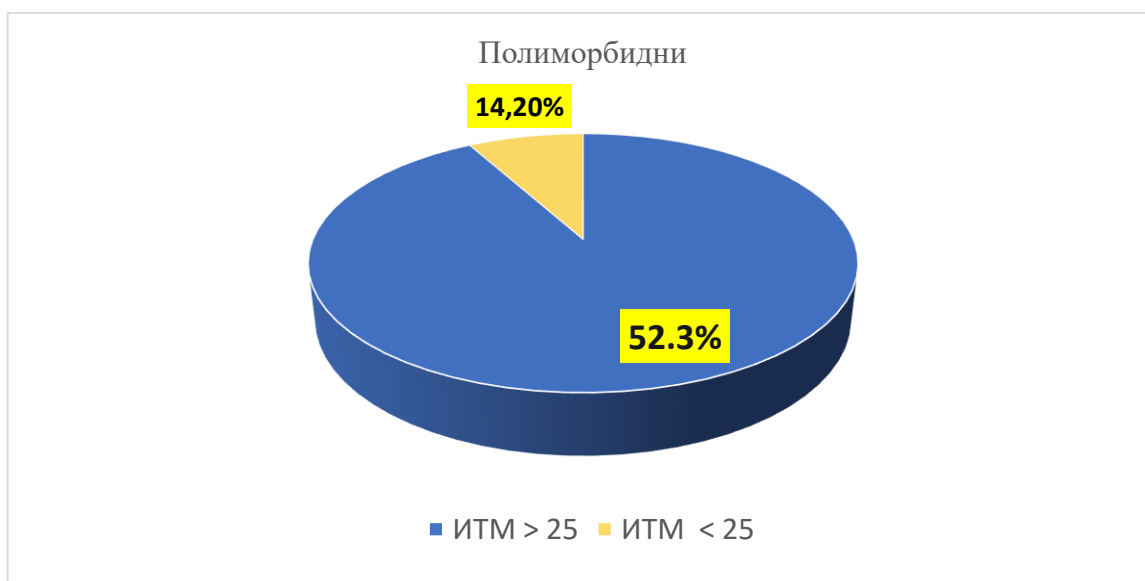


Фиг.1 Разпределение по пол и ИТМ.



Фиг.2 Стадии на ХОББ и ИТМ.

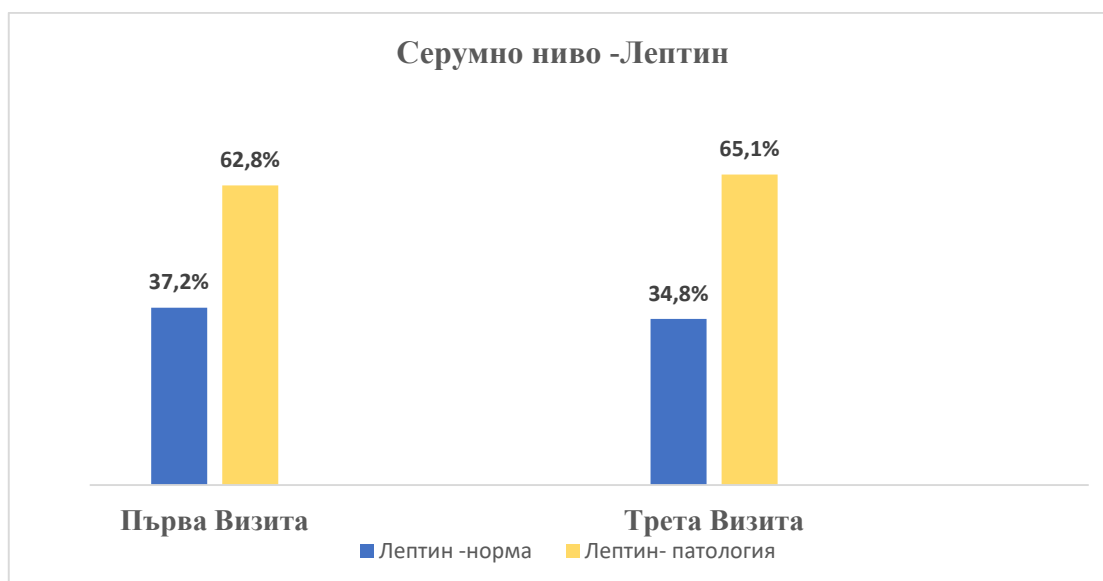
Най-голям дял от придружавите заболявания заемат сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ), следвани от захарния диабет (ЗД) и мозъчно-съдовата болест (МСБ). В първата сравнявана група с ИТМ > 25, полиморбидните – с две и повече заболявания са 52,3%, а във втората група са близо три пъти по-малко – 14,2% (фиг. 3).



Фиг.3 Полиморбидност.

Според показателя обиколка на талията: средната стойност е 109 см, като варирането е от 72-142см. От показателите на мастната обмяна отбелязахме отклонения предимно в нивото на триглицеридите, на първа визита 36,9% от пациентите с наднормено тегло имат сигнификантно високи стойности, на трета визита – 27,9%, серумното ниво на Лептин остава високо на първа и на трета визита (фиг. 4.)

Прави впечатление полиморбидността при лицата с ХОББ и затлъстяване. Водещи там са сърдечно-съдовите, мозъчно-съдовите и метаболитните заболявания. Тези данни са в потвърждение на описваните в световната литература по отношение на охарактеризирането на коморбидитетите при пациенти с ХОББ и затлъстяване (17). Изследваните пациенти със затлъстяване са по-голям процент в началните стадии на болестта и много по-малък – в крайните.



Фиг. 4 Серумно ниво на Лептин.

Тези резултати са в унисон с данните от литературата, които сочат, че значителен брой пациентите със затлъстяване са предимно в ранните стадии, с еволюцията на ХОББ пациентите редуцират своето тегло, в IV стадии те дори остават с ИТМ под 18кг/м2.

Изводи

ХОББ и затлъстяване имат сходни патогенетични механизми, персистиращото възпаление е обединяващият и допълнително стимулиращ фактор, пациентите с ХОББ са в риск от развитие на хронични заболявания, което увеличава броя на прилаганите лекарствени средства. Така рискът от странични ефекти и негативно влияние върху респираторната функция се увеличава.

Заклучение и благодарности

ХОББ е съществен клиничен-епидемиолгиен проблем, придружаващите я заболявания допълнително утежняват протичането и влошават прогнозата. Това налага разработването на нов подход при диспасерното наблюдение, при

скрининга, нови терапевтични стратегии, разширяване на физикалната и дихателна рехабилитация.

Изказваме благодарност към МУ-Плевен за възможността да работим по Клиничен проект №25/2023г. „Особености в протичането на ХОББ при непущачи със затлъстяване“ и да реализираме настоящото проучване, резултати и заключения.

Бележки

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2025 report. Accessed November 21, 2024. <https://goldcopd.org/2025-gold-report/>
2. Obesity and overweight [Internet]. WHO. [cited 2024 Dec 17]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

Литература

Gibson GJ, Loddenkemper R, Lundbäck B, Sibille Y. Respiratory health and disease in Europe: the new European Lung White Book. *Eur Respir J*. 2013 Sep;42(3):559-63. doi: 10.1183/09031936.00105513. PMID: 24000245.

Barnes PJ, Burney PG, Silverman EK, Celli BR, Vestbo J, Wedzicha JA, Wouters EF. Chronic obstructive pulmonary disease. *Nat Rev Dis Primers*. 2015 Dec 3;1:15076. doi: 10.1038/nrdp.2015.76. PMID: 27189863.

Celli B, Fabbri L, Criner G, Martinez FJ, Mannino D, Vogelmeier C et al (2022) Definition and nomenclature of chronic obstructive pulmonary disease: time for its revision. *Am J Respir Crit Care Med* 2022, 206(11):1317–1325

Cazzola M, Blasi F. There is still no established and accepted definition of COPD. *Respir Med*. 2023 Aug; 214:107262. doi: 10.1016/j.rmed.2023.107262. Epub 2023 May 2. PMID: 37142165

Brightling CE. Chronic obstructive pulmonary disease phenotypes, biomarkers, and prognostic indicators. *Allergy Asthma Proc*. 2016 Nov;37(6):432-438. doi: 10.2500/aap.2016.37.3996. PMID: 27931297.

Celli BR, Wedzicha JA. Update on clinical aspects of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med*. 2019;381(13):1257–1266. doi:10.1056/NEJMr1900500

Franssen, F.M.E. (2024). Obesity and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). In: Dixon, A.E., Forno, E. (eds) *Obesity and Lung Disease. Respiratory Medicine*. Humana, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-52696-1_12

Dubé BP, Laveneziana P. Effects of aging and comorbidities on nutritional status and muscle dysfunction in patients with COPD. *J Thorac Dis*. 2018 May;10(Suppl 12):S1355-S1366. doi: 10.21037/jtd.2018.02.20. PMID: 29928518; PMCID: PMC5989105.

Hobbs B., Morrow J., Wang X. et al. Identifying chronic obstructive pulmonary disease from integrative omics and clustering in lung tissue. BMC Pulm Med 23, 115 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12890-023-02389-5>

Franssen F., O'Donnell D., Goossens G., Blaak E., Schols A. Obesity and the lung: Obesity and COPD. Thorax. 2008 Dec;63(12):1110-7.

Chatila WM, Thomashow BM, Minai OA et al. Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease. Proc Am Thorac Soc 2008; 5: 549-555.

Van den Bemt L, van Wayenburg CA, Smeele IJ, Schermer TR. Obesity in patients with COPD, an undervalued problem? Thorax. 2009 Jul;64(7):640; author reply 640-1. doi: 10.1136/thx.2008.111716. PMID: 19561286.

Fuller-Thomson E, Howden KEN, Fuller-Thomson LR, Agbeyaka S. A Strong Graded Relationship between Level of Obesity and COPD: Findings from a National Population-Based Study of Lifelong Nonsmokers. J Obes. 2018 Nov 20;2018:6149263. doi: 10.1155/2018/6149263. PMID: 30584475; PMCID: PMC6280223. Found

Dixon AE, Peters U. The effect of obesity on lung function. Expert Rev Respir Med. 2018 Sep;12(9):755-767. doi: 10.1080/17476348.2018.1506331. Epub 2018 Aug 14. PMID: 30056777; PMCID: PMC6311385.

Reaven GM. Syndrome x: a short history. Ochsner J. 2001 Jul;3(3):124-5. PMID: 22754387; PMCID: PMC3385776.

Stratev V. Metaboliten sindrom i zaharen diabet pri patsienti s HOBB. Zatlastyavane. V: Hronichna obstruktivna belodrobna bolest i komorbidnosti. Patsienti v risk pod red. na. Paskalev. Varna 2018 ISBN 978-619-221-127-1.

✉ **Д-р Снежанка Иванковска**

Медицински университет – Плевен

Катедра „Пропедевтика на вътрешните болести“

Клиника по Пулмология и фтизиатрия УМБАЛ „Д-р Георги Странски“, ул.

„Ген.Вл.Вазов“ 81

e-mail: dr_ivankovska@abv.bg

КОМПЕТЕНТНОСТНО ОРИЕНТИРАНО ОБУЧЕНИЕ ПО ФИЗИЧЕСКО ВЪЗПИТАНИЕ И СПОРТ: ПРОУЧВАНЕ НА ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛАГАНЕ ПРИ СТУДЕНТИ ОТ МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - ПЛЕВЕН

И. Найденова-Данчева

Медицински университет – Плевен, Сектор „Спорт“

COMPETENCE-ORIENTED EDUCATION IN PHYSICAL EDUCATION AND SPORTS: A STUDY ON THE POSSIBILITIES FOR APPLICATION AMONG STUDENTS OF THE MEDICAL UNIVERSITY OF PLEVEN

I. Naydenova-Dancheva

Sports Department, Medical University of Pleven

ABSTRACT: *In order for Bulgarian higher education institutions to effectively implement this approach, it is essential that academic instructors are capable of aligning the execution of learning activities with the acquisition of multiple competencies and sub-competencies. These include specific theoretical knowledge, practical skills, and attitudes.*

The aim of this study is to explore the possibilities for implementing competency-oriented education in the field of physical education and sports among students at the Medical University of Pleven. Based on this objective, the following tasks were defined: to examine key documents related to the competency-based approach in education and relevant European policies; to identify methodological approaches and existing research; and to analyze the findings.

The methods used include a literature review and an exploration of the connections and integration of knowledge, skills, and attitudes across different subject areas. The analysis of the results indicates that the entire educational process is linked to overarching global themes and concepts, which must be taught in an interconnected manner in order to be fully understood. In this context, the implementation of the competency-based approach necessitates the application of interdisciplinary teaching, as it facilitates the development of key competencies and ultimately leads to their integrated acquisition.

Keywords: competency-based approach, physical education and sports, higher education, interdisciplinary teaching, cross-curricular links

Въведение

Компетентностният подход е една от водещите педагогически концепции в началото на ХХІ век, който се фокусира върху практическата значимост на изученото и на ученето през целия живот. Този подход е обект на интерес в теоретичен, практически и образователно-политически контекст. Чрез него се очаква постигане на по-голяма ефективност в практическата педагогическа дейност. Според С. Чавдарова-Костова (2022) прилагането на

компетентностния подход в образованието е насочено към повишаване на неговото качество и е пренесен от сферата на трудовата реализация, където е използван за оценяване и повишаване квалификацията на различни групи служители. Използването му в образованието е във връзка с цялостното преобръщане парадигмата на образованието в края на XX и началото на XXI век от образование на преподаването към образование на научаването, крайната цел на което е придобиване на компетентности, т.е. обучението е насочено към овладяването на набор от компетенции, които са необходими за бъдеща професионална реализация на студента. Съветът на Европа дефинира компетентността като „способността за мобилизиране и разгръщане на съответни ценности, нагласи, умения, знания и/или разбиране, за да се отговори подходящо и ефективно на изискванията, предизвикателствата и възможностите, които са представени в определен тип контекст“ (Competences for Democratic Culture, 2016). Компетентността е „подход, включващ аспекти като: знания (знаене: какво); отношения и поведения (осъзнаване: как ние действаме, в контекст и защо); диспозиции (отвореност към промяна, мотивираност); процедурни умения (знаене как да се прави); когнитивни умения (преработване на информация, критично мислене и критичен анализ); експериментални умения (знаене как да се реагира и адаптира на базата на предишни знания, социални умения) (Brett et al., 2009).

Динамичните промени в условията на живота поставят нови предизвикателства пред физическото възпитание в образователната система. С оглед на променящата се образователна среда придобитите компетентности и получените резултати от традиционното преподаване вече не са толкова високи. Необходим е нов подход на преподаване, който най-пълно да отговаря на динамичните промени в днешната действителност. За да може той да въздейства положително върху здравето на подрастващите, му е необходим нов облик, нов модел на функциониране и организация. В тази връзка е нужно

поднасянето на информацията от страна на преподавателите да се случва по един по-различен, ефективен и интересен за студентите начин.

На практика това означава изграждане и прилагане на обща концепция, която намира своето отражение в единна методическа насоченост на обучението и разкриване на практическата приложимост на усвоените знания. Такъв подход е широко разглеждан през последните години. Изследванията и проучванията подчертават предимства на интердисциплинарния подход в образованието. Прилагането му в преподаването изглежда доста трудно и проучванията преди това са се фокусирали основно върху мотивационните ефекти. Интердисциплинарното обучение разкрива благоприятен ефект върху нивата на мотивация на обучаемите (Baillat et al., 2010). Интегрирането на интердисциплинарния подход е дефинирано от Макфейл (2017) като акт на обединяване на няколко дисциплини и може да се свърже с термина „интердисциплинарен“.

Y. Lenoir и A. Hasni (2017) определят интердисциплинарния подход като разделянето на знанията и уменията на отделени дисциплини. Всяка дисциплина определя своите граници и област на приложение. Интердисциплинарният подход е кумулативно съпоставяне на няколко дисциплини, което създава смесица от знания около обща тема и не води до интеграция (Choi et al., 2010). Може да се обобщи, че този подход цели по-дълбока интеграция и взаимодействие между дисциплините. Независимо дали на ниво цели, методи, концепции, знания и др. крайната цел е да надхвърли дисциплинарните граници, за да отговори на сложен, общ проблем. Интердисциплинарният подход стимулира студентите да прилагат на практика новите знания и умения, получени в обучението по различни учебни предмети. Развива у тях умения за разкриване на смислени или функционални връзки между различните процеси и явления, изучавани в различните учебни дисциплини.

Интердисциплинарното обучение по физическо възпитание и дисциплините като анатомия, физиология, биохимия и други гранични области има за цел да осигури цялостно разбиране на човешкото тяло, неговите функции и как те се влияят от физическата активност. Такова обучение позволява на студентите да разбират не само какво се случва в тялото по време на упражнения, но и как различните физиологични, анатомични и биохимични процеси взаимодействат помежду си.

Цел и задачи

Целта на изследването е да се проучат възможностите за прилагане на компетентностно ориентирано обучение по физическо възпитание и спорт при студенти от Медицински университет Плевен. Въз основа на така поставената цел изведохме следните задачи:

1. Проучване на основни документи, свързани с компетентностен подход в образованието и европейските политики в тази област.
2. Разкриване на методически подходи и изследвания
- 3 . Анализ на резултатите.

Материали и методи

Използваните методи включват проучване на българската и европейската литература, свързана с компетентностно ориентираното обучение, разкриване на връзките и интегрирането на знания, умения и отношения от една предметна област в друга.

Резултати и обсъждане

Една от водещите педагогически концепции в началото на ХХІ век е прилагането на компетентностния подход. Дефинирането на термина компетентност разкрива единството между знанията и уменията насочени към прилагането им в практиката. Прилагането на компетентностния подход в

образованието е насочено към повишаване на неговото качество и е пренесен от сферата на трудовата реализация, където е използван за оценяване и повишаване квалификацията на различни групи служители.

Анализът на нашето изследване ще започне с проучване на основни документи, свързани с компетентностен подход в образованието и европейските политики в тази област. Министерството на образованието и науката прави задълбочен анализ на световните политики, подходи и концепции за ключовите компетентности на бъдещето. Издава електронни наръчници, примерни учебни програми и презентации описващи видове, подходи в различните професионални направления. Първо ще разгледаме термина компетентност, компетентностен подход и начините за достигане.

С. Чавдарова-Костова (2022) в „Наръчник за прилагане на компетентностния подход в обучението на бъдещи учители“ твърди, че използването на компетентностния подход в образованието преобръща цялостното парадигмата на образованието в края на XX и началото на XXI век, от образование на преподаването към образование на научаването, крайната цел на което е придобиване на компетентности.

Произходът на понятието „компетентност“ е от латински език *competens*, което в превод означава „способен“ (Речник на чуждите думи..., 1993). От английски език това понятие „*competence*“ и „*competency*“ се интерпретира, като „се използва синонимно със способностите (групи от способности)“ (Делибалтова, 2003). В днешно време значението на понятието „компетентност“ разширява значението си, като включва в себе си не само определение на опитни и знаещи личности, а и на тези, които са в процес на усвояване на знания и умения, или се намират в процес на усвояване на компетентности. Поради тази причина от особено значение е отчитането прираста към компетентност, което „изисква прираст на знанията, настройка и адаптация на съществуващите структури от знания и умения, реорганизация

при нужда на декларативните и процедурните знания и правила и на личните умения” (Radev, 2007, p. 223).

Европейската квалификационна рамка за учене през целия живот (2008) определя „компетентност“ като доказана способност за използване на знания, умения и личностни, социални и/или методологически дадености в работни или учебни ситуации и в професионално и личностно развитие. В контекста на Европейската квалификационна рамка способностите се описват с оглед степента на поемане на отговорност и самостоятелност.

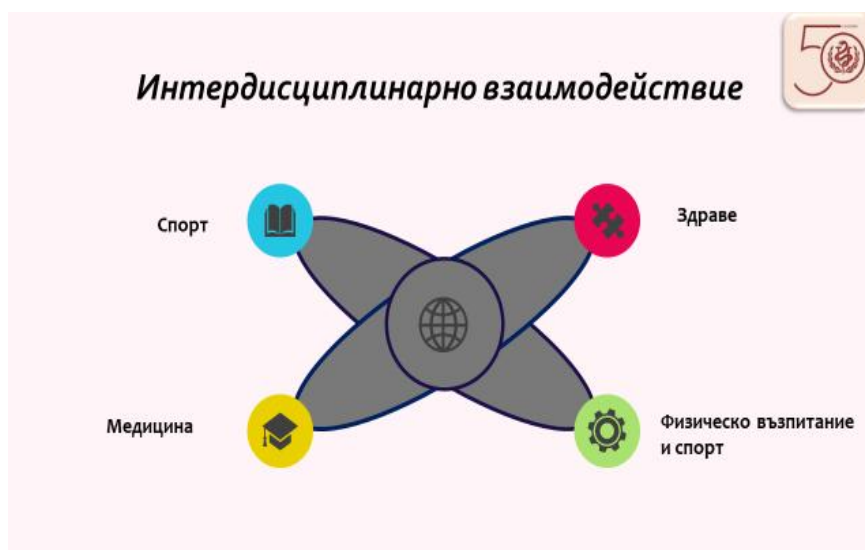
Съветът на Европейския съюз и Европейската рамка за ключовите компетентности за учене през целия живот препоръчват „развиването на ключовите компетентности, тяхното валидиране и предоставянето на ориентирано към компетентности образование, обучение и учене следва да се подкрепят чрез установяване на добри практики за по-добро подпомагане на образователния персонал при изпълнението на неговите задачи и повишаването на квалификацията му, за актуализиране на методите и инструментите за оценяване и валидиране и за въвеждане на нови и иновационни форми на преподаване и учене”.

В своето електронно издание „За прехода от знания към умения“ Министерството на образованието и науката определя няколко основни характеристики на компетентностния подход, които водят обучението от преподаване на знания към овладяване на ключови компетентности и развитието на способности. Те са: интегрирано междупредметно взаимодействие, практическа насоченост на обучението, ориентация към резултати, прилагане на иновативни подходи и практики в процеса на преподаване и учене. Тези характеристики имат за цел да открият междупредметните връзки и концепции и да ги обединят така, че да бъдат разбираеми. Интегрирането на знания, умения и отношения от една предметна област в друга е важна особеност на компетентностния подход. В тази връзка реализирането му задължава прилагане на интердисциплинарно обучение, тъй

като то улеснява формирането на отделните ключови компетентности и в крайна сметка води и до интегрираното им придобиване. Това допринася за многопластовото мислене и формиране на интегративни качества на личността, които мобилизират и ангажират изцяло и осъзнато нейния личностен потенциал.

Такъв вид обучение може да намери своето място при обучението по физическо възпитание и спорт на студенти от медицински университети. Пълното разкриване на връзките между спорта, здравето и медицината стои като отправна точка за успешното реализиране на компетентностно ориентираното обучение. Това е и втората задача на нашето изследване и с тази цел ще се опитае да разкрием възможностите за прилагане на интердисциплинарно обучение.

На фигура 1 представяме възможностите на интердисциплинарния подход при обучението по физическо възпитание и спорт, който предполага интегриране на знания от свързани биомедицински дисциплини като анатомия, физиология и биохимия. Така се осигурява, от една страна, подпомагане на обучението по анатомия, физиология и биохимия чрез средствата на физическото възпитание и осъзнаване на ползите от системни занимания с физически упражнения на база личен опит.



Фигура 1. Интердисциплинарни връзки на физическото възпитание с други науки.

Знанията по анатомия позволяват на студентите да разберат структурата и функциите на опорно-двигателния апарат на човека. Дават ясна представа за различните мускулни групи, участващи в различни физически упражнения, за позиционирането на стави и кости при изпълнение на движения, за превенцията на травми чрез правилна техника. Физиологията като наука дава познания за функционирането на органите и системите по време на физическо натоварване като например: адаптация на сърдечно-съдовата и дихателната система при натоварване, работа на нервната система при координация и баланс, ролята на хомеостазата при възстановяване след натоварване. Биохимичните процеси са в основата на енергийните механизми по време на движение. Разбирането на аеробната и анаеробната енергийна система, ролята на макро- и микронутриентите за физическа издръжливост и възстановяване, метаболитните адаптации при тренировки представляват сериозна възможност за осмисляне и затвърждаване на знанията по биохимия на студентите от Медицински университет – Плевен.

Анализът на научните изследвания, свързан с прилагането на компетентностно ориентираното обучение в преподаването на медицинските дисциплини, показва различни подходи и методики. Преподаватели в Канадския медицински университет, Отава, правят изследване върху преподаването на анатомия по метода на обърната класна стая, ангажирайки студентите с предварителна подготовка на учебния материал (Джалали, А., et al., 2020). Те сравняват студенти, обучаващи се по предложената от тях методика, и студенти, обучаващи се по традиционна методика. Анализът на резултатите им показва по-високо ниво на усвояемост на учебния материал при студентите, обучавани по експерименталната методика.

Подобен опит споделя и Суджита Нагараджан (2024). Тя изследва ефективността на методиката на формиращо оценяване, използвайки въпроси с

избираем отговор със снимки преди и след лекции за студенти по медицина по анатомия, като се фокусира върху тестването на резултатите от обучението на студентите. Казано с други думи, в деня преди лекция тя раздава на студентите тестове с избираем отговор, като те трябва да се запознаят с темите и да дадат отговор. След края на лекцията въпросите се проверяват и обобщават, оценки се поставят преди и след края на лекцията. Резултатите показват, че този подход подобрява теоретичното разбиране и уменията за решаване на проблеми на бъдещите лекари чрез подготовка за практически ситуации.

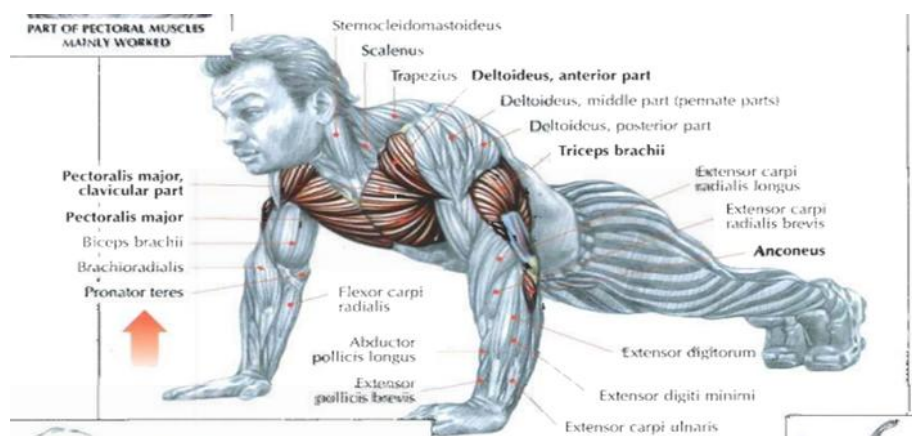
Друг подобен опит описват преподаватели по физиология от Индийския колеж по медицина. Те поставят задача на студентите да направят макети, изобразяващи рецепторната функция, пътя на дорзалния стълб, пътя на болката, електрокардиографията, гломерулната филтрация и образуването на урина, зрителния път и различни други системи. Тези макети се изработват в група, използвайки помощта на студенти-инженери, като по този начин се насърчава интердисциплинарната интеграция (Barde PB, et al., 2020). Получените резултати показват интерес и повишаване на знанията и уменията на студентите.

Всички разгледани от нас по време на проучването научни източници, свързани с компетентностно ориентираното обучение, независимо от преподаваната дисциплина, достигат до един обобщен извод, че прилагането на подобни подходи и методи в учебния процес при студенти по медицина подпомага във висока степен усвояването, разбирането и практическото приложение на учебния материал.

За да представим значението на дисциплината „Физическо възпитание и спорт“ ние ще се опитаме да предложим методика за интердисциплинарно обучение на студенти от Медицински университет – Плевен. За тази цел ще представим обучението като две отделни направления: подпомагане на обучението по анатомия, физиология и биохимия чрез средствата на

физическото възпитание и осъзнаване на ползите от системни занимания с физически упражнения на база личен опит.

В изведеното първо направление се разкрива възможност чрез различни упражнения *със* и *без* уреди да се дефинират мускулите и ставите, участващи в даденото упражнение; кой мускул каква роля изпълнява – агонист или антагонист, къде са залавните места на мускула и т.н. (фиг. 2). Когато мускулът се съкращава, той дърпа костта от скелета, към която е прикрепен чрез сухожилието, което в крайна сметка води до движение около ставата между две кости. Целта на тренировките е да подобрят тази наша възможност – движението и единиците, които се адаптират като резултат от стреса от тренировките.



Фигура 2. Пример за интердисциплинарно представяне на упражнението лицева опора.

Както е известно, мускулите са изградени от снопчета, които са съставени от мускулни влакна (миофибри, мускулни клетки), а те съдържат множество нишки (миофибрили), в които са разположени – съкратителните белтъци: актин и миозин (миофиламенти). При придвижването на актина покрай 43 успоредно разположения миозин се извършва мускулното съкращение. Неговата сила зависи от броя на миофиламентите, както и от броя на миозиновите глави, които извършват подобие на загребващо движение. Това означава, че трябва да

е налице мускулна хипертрофия с увеличен брой миофиламенти (М. Иваницкий, М., 2003, Н. Волков, Н., 2000).

Когато актин и миозин се свържат един с друг, настъпва промяна във формата и молекулата на миозина, като по този начин тя придърпва краищата на миофибрилите и клетките, които съдържат миофибрилите към централната линия. Когато голямо количество единици взаимодействат помежду си, достатъчно сила бива генерирана, за да настъпи съкращение в мускула. Енергията, която е нужна, за да настъпи конфигурационна промяна в миозина идва от аденозин трифосфат (АТФ), като това е високоенергиен продукт от различни метаболитни пътища. Функцията на опорно-двигателния апарат е извършване на движения, които се реализират благодарение на мускулната тяга, въздействаща върху неподвижните сегменти (костите), задвижващи подвижните сегменти (ставите) в човешкия организъм. Тази колаборираност на елементите на опорно-двигателния апарат се осигурява благодарение на контрола от страна на моторните центрове в централната нервна система.

Представянето по подобен начин на различните физически упражнения цели осезаемо да промени нагласите на студентите към дисциплината „Физическо възпитание и спорт“, осигурявайки им възможност сами да усетят и осмислят изученото в другите учебни дисциплини.

Подобна методика, включваща в себе си всяка една кост, става и мускулна група, несъмнено ще доведе до изведеното по-горе второ направление, а именно – осъзнаване на ползите от системни занимания с физически упражнения на база личен опит. Съзнателното и целенасочено участие в часовете по спорт оказва своя многостранен положителен ефект като подобрява състоянието на всички органи и системи в организма, подобряване на умствената дейност, намаляване на стреса и т.н.

Заклучение и благодарности

Чрез прилагането на компетентностно ориентирана специализирана тренировъчна програма се постига значително положително въздействие върху знанията, ученията и отношението на студентите към цялостния учебен процес. Едно такова представяне на цялостната картина на човешкото тяло, пречупено през призмата на физическите упражнения, гарантира практическата значимост на изученото и на ученето през целия живот.

Литература

- Baillat, G.; Niclot, D. In search of interdisciplinarity in schools in France: From curriculum to practice. *Issues Integr. Stud.* 2010, 28, 170–207.
- Barde PB, Deepak KK. Uchebna programa po fiziologia, bazirana na kompetentsii: Izpolzване na novi instrumenti za obuchenie. *Indian J Physiol Pharmacol* 2020;64(Suppl_1):S19-S20.
- Brett, P. P. Mompoin-Gaillard, M.H. Salema (2009) How all teachers can support citizenship and human rights education: a framework for the development of competences. Strasbourg, Council of Europe Publishing.
- Choi, B.C.K.; Pak, A.W.P. Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clin. Investig. Med.* 2006, 29, 351–364.
- Chavdarova – Kostova, S. (2001) *Intelekt i vazpitanie*. Izd. „Veda Slovena – ZhG “
- Competences for Democratic Culture. Glossary of key terms (2016) Council of Europe. - <https://rm.coe.int/16806ce230>.
- Gachev, E. P., i Dzharova, T. G. (2019). *Biohimia: Uchebnik za studentite po fizichesko vazpitanie, sport i kineziterapia (3-to preraboteno izdanie)*. Sofia: Izdatelstvo NSA. ISBN 978-954-718-577-7.
- Holmbukt, T.; Larsen, A.B. Interdisciplinary teaching as motivation: An initiative for change in post-16 vocational education. *Nord. J. Mod. Lang. Methodol.* 2016, 4, 67–82.
- Jalali, A., Jongen, D., & Sutherland, S. (2020). Implementing a competency-based approach in anatomy education: Starting with the end in mind. *Journal of Medical Education and Curricular Development*. <https://doi.org/10.1177/2382120520907899>
- Lenoir, Y.; Hasni, A. Interdisciplinarity in Primary and Secondary School: Issues and Perspectives. *Creative Educ.* 2016, 7, 2433–2458.
- McPhail, G. Curriculum integration in the senior secondary school: A case study in a national assessment context. *J. Curric. Stud.* 2017, 50, 56–76.
- Nagarajan S, Rajasekhar SSSN. Enhancing anatomy comprehension through competency-specific formative assessments: A study on the effectiveness of pre and post lecture multiple-choice questions in CBME. *IP Indian J Anat Surg Head, Neck Brain* 2024;10(3):65-70.
- Papaioannou, A.; Milosis, D.; Gotzaridis, C. Interdisciplinary Teaching of Physics in Physical Education: Effects on Students' Autonomous Motivation and Satisfaction. *J. Teach. Phys. Educ.* 2020, 39, 156–164.
- Radev, Pl. (2007). *Uchebni sadarzhania. V: Pedagogika. Pod sast. na Radev. Pl. Rechnik na chuzhdite dumi v balgarskia ezik (1993)*. Izd. na BAN. S. <https://www.mon-nmuciot.bg/virtualLibrary-kp.html>

<https://www.mon.bg/nfs/2019/12/ii-book.pdf>

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX>

✉ **гл. ас. Ива Найденова-Данчева, д-р**

Медицински университет – Плевен, Сектор „Спорт“

5800 Плевен, ул. „Св. Климент Охридски“ 1

Имейл: ivanaidenova@abv.bg

Мобилен: 00359 895488054
