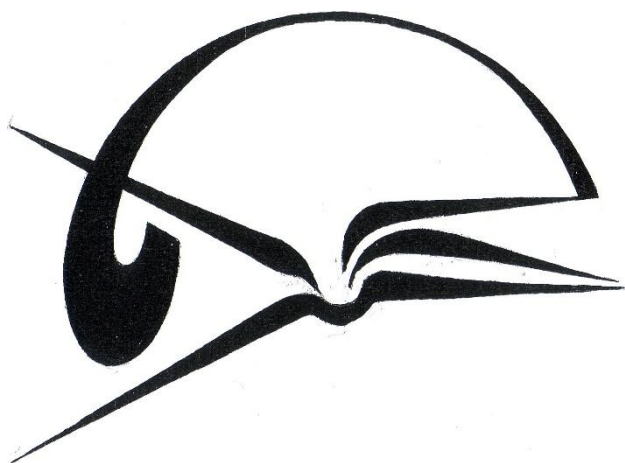


**УПРАВЛЕНИЕ И
ОБРАЗОВАНИЕ**

**MANAGEMENT AND
EDUCATION**



ЗДРАВНИ ГРИЖИ

HEALTHCARE

**Бургаски държавен университет
“Проф. д-р Асен Златаров”
Том 22 (5) 2026**

**Burgas State University
“Prof. Dr Assen Zlatarov”, Burgas
Vol. 22 (5) 2026**

Главен редактор:

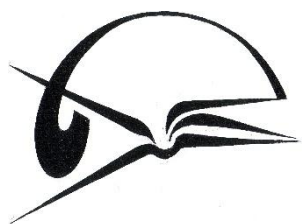
Проф. д-р Иван Димитров

Помощник главен редактор:

Доц. д-р Галина Терзиева

**Научен борд, гост-редактори,
рецензенти:**

Проф. д-р Бианка Торньова дп
Проф. д-р Валентин Стоянов дм
Проф. дпн Веска Шивачева
Проф. д-р Галина Чанева дм
Проф. д-р Иванка Стамболова дм
Проф. д-р Кичка Велкова дмн
Проф. д-р Красимир Василев
Проф. д-р Полина Балканска дм
Проф. д-р Христина Милчева
Проф. д-р Евдокия Сотирова
Проф. д-р Елена Желева
Проф. д-р Албена Андонова дм
Проф. д-р Даниела Танева дм
Проф. Елена Желева дп
Доц. д-р Антоания Грозева дм
Доц. д-р Биляна Цонкова дп
Доц. д-р Владимир Гончев дм
Доц. д-р Галина Терзиева дп
Доц. д-р Калоян Георгиев
Доц. д-р Сашка Михайлова
Доц. д-р Светла Желева
Доц. д-р Светлана Георгиева дф
Доц. д-р Ася Консулова, дм
Доц. д-р Катя Попова дм
Гл. ас. д-р Златинка Лечева
Николай Паунчев



© Управление и Образование
ISSN 13126121

Бургаски държавен университет
„Проф. д-р Асен Златаров”
Ул. „Проф. Якимов”, № 1
Бургас 8010, България

Editor-in-chief:

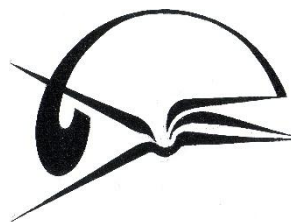
Prof. Dr. Ivan Dimitrov

Assistant to the Editor:

Assoc. Prof. Dr. Galina Terzieva

**Scientific Board, Guest Editors and
Reviewers:**

Prof. Dr. Bianka Torniova
Prof. Dr. Valentin Stoyanov
Prof. Dr. Veska Shivacheva
Prof. Dr. Galina Chaneva
Prof. Dr. Ivanka Stambolova
Prof. Dr. Kichka Velkova
Prof. Dr. Krasimir Vasilev
Prof. Dr. Polina Balkanska
Prof. Dr. Hristina Milcheva
Prof. Dr. Evdokiya Sotirova
Prof. Dr. Elena Zheleva
Prof. Dr. Albena Andonova
Prof. Dr. Daniela Taneva
Prof. Dr. Elena Zheleva
Assoc. Prof. Dr. Antoaniya Grozeva
Assoc. Prof. Dr. Bilyana Tzonkova
Assoc. Prof. Dr. Vladimir Gonchev
Assoc. Prof. Dr. Galina Terzieva
Assoc. Prof. Dr. Kaloyan Georgiev
Assoc. Prof. Dr. Sashka Mihajlova
Assoc. Prof. Dr. Svetla Zheleva
Assoc. Prof. Dr. Svetlana Georgieva
Assoc. Prof. Dr. Asya Konsulova
Assoc. Prof. Dr. Katja Popova
Assist. Prof. Zlatinka Lecheva PhD
Nikolaj Paunchev



© Management and Education
ISSN 13126121

Burgas State University
Prof. Dr. Assen Zlatarov
1 “Prof. Yakimov”, str.
Burgas 8010, Bulgaria

CONTENTS

HEALTHCARE

CRITICAL REVIEW OF REGULATORY DOCUMENTS GOVERNING THE ROLE OF NURSES IN HEALTHCARE Albena Andonova	7
ETHICAL AND DEONTOLOGICAL CONSIDERATIONS IN THE INTEGRATION OF TECHNOLOGY WITHIN NURSING EDUCATION Angelina Kirkova-Bogdanova, Daniela Taneva	11
FEEDING PRACTICES AND ORAL HEALTH IN EARLY CHILDHOOD: AN ANALYSIS OF PARENTAL ATTITUDES Aneliya Simeonova, Galina Chaneva, Silviya Mladenova	17
ETHICAL ASPECTS OF HEALTHCARE IN MULTICULTURAL ENVIRONMENT Atanas Anov, Antoniya Stateva	25
MOTIVATION FOR CHOOSING THE NURSING PROFESSION AND PROFESSIONAL ORIENTATION TOWARDS DIFFERENT AREAS OF HEALTHCARE Atanaska Georgieva, Petya Pennone	32
MODERN ASPECTS OF NURSING CARE IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME Bozhurka Marinova	42
PROFESSIONAL IDENTITY OF NURSES IN THE CONTEXT OF THE WORKFORCE SHORTAGE: A PHENOMENOLOGICAL STUDY Vasilka Gyurova-Kancheva, Zlatina Stoyanova	48
COMMUNITY-BASED SCREENING OF CARDIOMETABOLIC RISK IN THE CONTEXT OF WORLD HEART DAY – MANAGERIAL AND EDUCATIONAL ASPECT OF NURSING PRACTICE Vasilka Gyurova-Kancheva, Kristian Argirov	54
RISK BEHAVIORAL FACTORS FOR OSTEOPOROSIS AMONG WOMEN OF BULGARIAN AND ROMA ETHNICITY Veselina Bukova, Marieta Todorova, Daniela Taneva, Angelina Kirkova-Bogdanova	60
PATIENT ASSESSMENT OF CULTURALLY APPROPRIATE NURSING CARE IN HOSPITAL PRACTICE Gergana Petrova, Kameliya Evtimova, Rositza Doynovska	66
COMBINING FULL-TIME STUDY AND EMPLOYMENT: WORKLOAD AND PROFESSIONAL RESILIENCE AMONG FUTURE NURSES Daniela Kantareva	70
FACTORS INFLUENCING HEALTH CARE IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE Delyana Gospodinova, Donka Sultanova	77
ACTIVE LONGEVITY: MEDICAL AND SOCIAL MECHANISMS Donka Nikolova, Nikolay Nedev	84
A STUDY OF MIDWIFE'S OPINIONS ON THE NEED FOR TRAINING OF MOTHERS IN BREAST-FEEDING ISSUES Zdravka Atanasova, Kremena Miteva, Hristina Milcheva, Lidiya Georgieva, Kremena Markova	88
SPINA BIFIDA – ETHICAL ASPECTS OF COMMUNICATION WITH THE PREGNANT WOMAN AND HER RELATIVES (CASE STUDY) Zinaya Encheva, Atanas Anov, Milena Saleva	94
CONTRACEPTIVE CULTURE AMONG STUDENT MIDWIFERY AND NURSING Zlatina Deneva	100
SATISFACTION SURVEY WITH UPDATED PRACTICAL TRAINING LOGBOOKS FOR MIDWIFERY STUDENTS Kremena Miteva, Zdravka Atanasova, Hristina Milcheva	107

NUTRITIONAL PLAN AND DIETARY BEHAVIOR IN PATIENTS WITH BILIARY OBSTRUCTION Lilyana Stancheva, Ivanka Stambolova	113
THE INFLUENCE OF THE NURSE ON PATIENTS DENTAL ANXIETY IN DENTAL PRACTICE Mariya Petrova	121
ERGONOMIC RISKS AND ASSOCIATED HEALTH DISORDERS IN THE DENTAL TEAM Mariya Petrova	125
THE CLINICAL LEARNING ENVIRONMENT AND ITS STUDENT EVALUATION AS AN INDICATOR OF THE QUALITY OF NURSING STUDENTS' PREPARATION (A PILOT STUDY) Nadezhda Mracenkova, Makreta Draganova, Mariana Bacheva	130
CLINICAL MENTORSHIP AS A FACTOR FOR BUILDING PSYCHOLOGICAL SAFETY AND PROFESSIONAL BELONGING AMONG NURSING STUDENTS Nadezhda Mracenkova, Makreta Draganova	137
EARLY MARRIAGE AND FIRST CHILD: CULTURAL DIFFERENCES BETWEEN ROMA AND BULGARIAN WOMEN Nedyalka Boycheva, Maria Semerdzhieva, Maria Vangelova	147
THE THERAPEUTIC POTENTIAL OF THE MARINE ENVIRONMENT: STRESS, SLEEP AND PSYCHO-PHYSIOLOGICAL PROSPERITY Nikolay Nedev, Donka Nikolova	152
HISTORICAL ASPECTS OF SIMULATION IN MIDWIFERY EDUCATION Radoslava Radeva, Biyanka Torniyova	156
COMPARATIVE ANALYSIS OF THE READINESS OF NURSING STUDENTS TO PARTICIPATE IN VOLUNTARY INITIATIVES IN BULGARIA AND ABROAD Snezhanka Dragusheva, Elena Merdzhanova	161
MODERN ASPECTS OF NURSING CARE IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN HIP SURGERY Sofka Nikolova, Kamelia Bogdanova	166
MIDWIFERY CARE IN THE POSTPARTUM PERIOD IN HOSPITAL SETTINGS Yurkyush Beysimova, Zlatina Deneva	175
ADOLESCENT PREGNANCY AND BIRTH – HEALTH AND SOCIAL PROBLEMS. LITERATURE REVIEW Zlatina Deneva	179
CLINICAL ASPECTS AND HEALTHCARE IN THE APPLICATION OF PLURIAL SILK POLYNUCLEOTIDES FOR SKIN BIOREVITALIZATION IN AESTHETIC MEDICINE Dimitar Ivanov, Ivanka Stambolova	185
THE ROLE OF CHILDCARE INSTITUTIONS IN THE EARLY IDENTIFICATION OF RISK OF DOMESTIC VIOLENCE Roska Stancheva, Petya-Trendafilova	189

СЪДЪРЖАНИЕ

ЗДРАВНИ ГРИЖИ

КРИТИЧЕН ПРЕГЛЕД НА НОРМАТИВНИ ДОКУМЕНТИ, РЕГЛАМЕНТИРАЩИ РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО Албена Андонова	7
ЕТИЧНИ И ДЕОНТОЛОГИЧНИ АСПЕКТИ НА ИЗПОЛЗАНЕТО НА ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИЕТО НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ Ангелина Киркова-Богданова, Даниела Танева	11
ХРАНИТЕЛНИ ПРАКТИКИ И ОРАЛНО ЗДРАВЕ В РАННА ДЕТСКА ВЪЗРАСТ: АНАЛИЗ НА РОДИТЕЛСКИТЕ НАГЛАСИ Анелия Симеонова, Галина Чанева, Силвия Младенова	17
ЕТИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В МУЛТИКУЛТУРНА СРЕДА Атанас Анов, Антония Статева	25
МОТИВАЦИЯ ЗА ИЗБОР НА ПРОФЕСИЯТА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА И ПРОФЕСИОНАЛНА ОРИЕНТАЦИЯ КЪМ РАЗЛИЧНИ СФЕРИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО Атанаска Георгиева, Петя Пенноне	32
СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ НА СЕСТРИНСКИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ Божурка Маринова	42
ПРОФЕСИОНАЛНА ИДЕНТИЧНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ В УСЛОВИЯТА НА КАДРОВИ ДЕФИЦИТ: ФЕНОМЕНОЛОГИЧНО ПРОУЧВАНЕ Василка Гюрова-Кънчева, Златина Стоянова	48
ОБЩНОСТЕН СКРИНИНГ НА СЪРДЕЧНО-МЕТАБОЛИТНИЯ РИСК В РАМКите НА СВЕТОВНИЯ ДЕН НА СЪРЦЕТО – УПРАВЛЕНСКИ И ОБРАЗОВАТЕЛНИ АСПЕКТИ НА СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА Василка Гюрова-Кънчева, Кристиан Аргиров	54
РИСКОВИ ПОВЕДЕНЧЕСКИ НАВИЦИ ЗА ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ЖЕНИ ОТ БЪЛГАРСКИ И РОМСКИ ЕТНОС Веселина Букова, Мариета Тодорова, Даниела Танева, Ангелина Киркова-Богданова	60
ПАЦИЕНТСКА ОЦЕНКА НА КУЛТУРНО СЪОБРАЗЕНИТЕ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ В БОЛНИЧНАТА ПРАКТИКА Гергана Петрова, Камелия Евтимова, Росица Дойновска	66
СЪЧЕТАВАНЕ НА РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ И ТРУДОВА ЗАЕТОСТ: НАТОВАРВАНЕ И ПРОФЕСИОНАЛНА УСТОЙЧИВОСТ ПРИ БЪДЕЩИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ Даниела Кантарева	70
ФАКТОРИ, ОКАЗВАЩИ ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ДЕЦАТА ДО 5 ГОДИНИ Деляна Господинова, Донка Султанова	77
АКТИВНОТО ДЪЛГОЛЕТИЕ: МЕДИЦИНСКИ И СОЦИАЛНИ МЕХАНИЗМИ Донка Николова, Николай Недев	84
ПРОУЧВАНЕ МНЕНИЕТО НА АКУШЕРКИТЕ ЗА НЕОБХОДИМОСТТА ОТ ОБУЧЕНИЕ НА РОДИЛКИТЕ ПО ВЪПРОСИТЕ ЗА КЪРМЕНЕТО Здравка Атанасова, Кремена Митева, Христина Милчева, Лидия Георгиева, Кремена Маркова	88
СПИНА БИФИДА – ЕТИЧНИ АСПЕКТИ НА КОМУНИКАЦИЯТА С БРЕМЕННАТА ЖЕНА И НЕЙНИТЕ БЛИЗКИ (КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ) Зиная Енчева, Атанас Анов, Милена Сълева	94
КОНТРАЦЕПТИВНА КУЛТУРА СРЕД СТУДЕНТИ АКУШЕРКИ И МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ Златина Денева	100

ИЗСЛЕДВАНЕ НА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА ОТ АКТУАЛИЗИРАНИТЕ ДНЕВНИЦИ ЗА ПРАКТИЧЕСКО ОБУЧЕНИЕ ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА“	107
Кремена Митева, Здравка Атанасова, Христина Милчева	
ХРАНИТЕЛЕН ПЛАН И ДИЕТИЧНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С БИЛИАРНА ОБСТРУКЦИЯ	113
Лиляна Станчева, Иванка Стамболова	
ВЛИЯНИЕТО НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ВЪРХУ ДЕНТАЛНАТА ТРЕВОЖНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА	121
Мария Петрова	
ЕРГНОМИЧНИ РИСКОВЕ И СВЪРЗАНИ ЗДРАВΟΣЛОВНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЕНТАЛНИЯ ЕКИП	125
Мария Петрова	
СТУДЕНТСКАТА ОЦЕНКА ЗА КАЧЕСТВОТО НА КЛИНИЧНАТА УЧЕБНА СРЕДА – КЛЮЧОВ ИНДИКАТОР ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ НА КЛИНИЧНАТА ПОДГОТОВКА НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“(ПИЛОТНО ПРОУЧВАНЕ)	130
Надежда Мраценкова, Макрета Драганова, Мариана Бачева	
КЛИНИЧНОТО НАСТАВНИЧЕСТВО КАТО ФАКТОР ЗА ИЗГРАЖДАНЕ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКА БЕЗОПАСНОСТ И ПРОФЕСИОНАЛНА ПРИНАДЛЕЖНОСТ ПРИ СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“	137
Надежда Мраценкова, Макрета Драганова	
РАНЕН БРАК И ПЪРВО ДЕТЕ- КУЛТУРНИ РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ РОМСКИ И БЪЛГАРСКИ ЖЕНИ	147
Недялка Бойчева, Мария Семерджиева, Мария Вангелова	
ТЕРАПЕВТИЧНИЯТ ПОТЕНЦИАЛ НА МОРСКАТА СРЕДА: СТРЕС, СЪН И ПСИХОФИЗИОЛОГИЧНО БЛАГОПОЛУЧИЕ	152
Николай Недев, Донка Николова	
ИСТОРИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА СИМУЛАЦИИТЕ ПРИ ОБУЧЕНИЕТО НА АКУШЕРКИТЕ	156
Радослава Радева, Биянка Торньова	
СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ ЗА ГОТОВНОСТТА НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ "МЕДИЦИНСКА СЕСТРА" ЗА УЧАСТИЕ В ДОБРОВОЛЧЕСКИ ИНИЦИАТИВИ В БЪЛГАРИЯ И ЧУЖБИНА	161
Снежанка Драгушева, Елена Мерджанова	
СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ НА СЕСТРИНСКИТЕ ГРИЖИ В РАННИЯ ПОСТОПЕРАТИВЕН ПЕРИОД ПРИ ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ В ОБЛАСТТА НА ТАЗОБЕДРЕНАТА СТАВА	166
Софка Николова, Камелия Богданова	
АКУШЕРСКИ ГРИЖИ В СЛЕДРОДИЛНИЯ ПЕРИОД В БОЛНИЧНИ УСЛОВИЯ	175
Юркюш Бейсимова, Златина Денева	
АДОЛЕСЦЕНТНА БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ – ЗДРАВНИ И СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	179
Златина Денева	
КЛИНИЧНИ АСПЕКТИ И ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПРИЛОЖЕНИЕ НА ПОЛИНУКЛЕОТИДИТЕ PLURYLAL SILK ЗА КОЖНА БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ В ЕСТЕТИЧНАТА МЕДИЦИНА	185
Димитър Иванов, Иванка Стамболова	
РОЛЯТА НА ДЕТСКИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ В РАННОТО ИДЕНТИФИЦИРАНЕ НА РИСК ОТ ДОМАШНОТО НАСИЛИЕ	189
Роска Станчева, Петя-Трендафилова	



КРИТИЧЕН ПРЕГЛЕД НА НОРМАТИВНИ ДОКУМЕНТИ, РЕГЛАМЕНТИРАЩИ РОЛЯТА НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Албена Андонова

CRITICAL REVIEW OF REGULATORY DOCUMENTS GOVERNING THE ROLE OF NURSES IN HEALTHCARE

Albena Andonova

ABSTRACT: A critical analysis of Bulgarian legislation regarding the functions of nurses within the healthcare system reveals that existing regulatory documents primarily define their role in providing healthcare for children. In recent years, steps have been taken to strengthen the role of nurses in the process of ensuring quality healthcare; however, artificial obstacles continue to hinder the implementation of these measures. The Bulgarian Association of Health Professionals in Nursing is actively working to consolidate and elevate the professional status of the nursing profession.

Key words: nurse, health legislation, medical professionals, quality of healthcare

Въведение

В последните години все повече се говори и назрява необходимост от реформи в системата на здравеопазването в България. Сегашният модел на здравна система е въведен през 1998 г. с прилагане на задължителното здравно осигуряване, а пред 1999 г. започва финансиране на здравната помощ чрез Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).

В болничната помощ се въвеждат клиничните пътеки като основен механизъм за финансиране на болничната помощ. Чрез тях се установяват стандарти за диагностиката и лечение, но липсва остойностяване на труда на медицинските специалисти. В извънболничната помощ с приемането на Закона за здравното осигуряване от модел на участъкови лекари се преминава към общопрактикуващи лекари, като пациентите могат да си избират лекар.

Всички тези реформи гарантират равен достъп до медицинска помощ на населението и е въведен солидарен модел на финансиране.

Ролята и мястото на медицинските сестри в реформираната система постепенно се обезличава и от важни участници в процеса на предоставяне на медицинска помощ функциите им остават извън законовите рамки.

Материали и методи

Проведен е документален анализ на действащото законодателство в областта на общественото здравеопазване в Република България.

Анализ

Анализът на документи, регламентиращи функционирането на здравната системата цели да се проучи настоящето законодателство, касаещо ролята на медицинските сестри в системата на общественото здраве. Да се очертаят несъответствия и тенденции, затрудняващи процеса на предоставяне на качествена здравна и медицинска помощ за населението.

В последните години при акредитация на болниците отпада изискването за брой медицински сестри. Няма такова изискване и в Наредба № 49 от 18.10. 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи в частта за болничната помощ.

За качеството на лечебната дейност и здравните грижи предоставяни в болничната помощ няма изискване за минимален брой медицински сестри в зависимост от спецификата на клиниката и отделението.

В медицинските стандарти за различните клинични специалности има само регламентирани изисквания за брой лекари със и без специалност, апаратура, помещения и други.

За извънболничната помощ, по-точно за работа при общопрактикуващи лекари, медицински центрове, диспансери и др. също няма такова изискване.

В Домовете за медико-социални грижи за деца (ДМСГД) се предоставя продължително медицинско наблюдение и специфични грижи за деца с увреждания или хронични заболявания. В наредбата се описват длъжностите главна медицинска сестра, старши медицински сестри и осигуряване на минимум 1 медицинска сестра на 6 легла при осигурен 24-часов непрекъснат режим на грижа. В психиатрични структури, ако има легла за деца с психиатрични заболявания, нормативът е 1 медицинска сестра на 9 легла. Въведено е изискване на щат да има поне 5 медицински сестри [9].

За осигуряване на качеството на здравните грижи за деца е въведена чрез наредба норма за брой медицински специалисти с Наредба № Н-2 от 12 септември 2025 г. (заместваща Наредба № 3 от 2000 г.): Един медицински специалист (медицинска сестра, фелдшер или лекарски асистент) в училищата се грижи за минимум 800 ученици. За детските градини на 60 деца трябва да има един медицински специалист. [6]. С тази наредба се осигурява непрекъснатост на грижа през целия престой на децата в учебната институция. Допускат се „Споделени кабинети“ за училище и детска градина, които са ситуирани в една сграда или в общ двор, В малките населени места (селата) здравната грижа може да се полага от медицинските специалисти, работещи в амбулатории за първична медицинска помощ.

В Наредба № 26 от 2008 г. за устройството и дейността на детските ясли се определя броят на медицински специалисти в това число и медицински сестри, полагащи грижи за деца до 3г. възраст. В една яслена група (16 до 20 деца) трябва да има поне един медицински специалист (медицинска сестра или акушерка) и една детегледачка. В кърмачески групи деца до 1-годишна възраст трябва да има две медицински сестри и една детегледачка, поради по-интензивната нужда от грижи. Седмични ясли: трябва денонощно да има медицински специалист [8].

През последните години редица неправителствени организации предприеха кампания

за премахване на медицинските специалисти от детските ясли. Предложението е с децата да работят „специалисти по ранно детско развитие“. Това предложение на този етап е неприложимо, защото такава специалност не предлага нито едно висше учебно заведение. Направени бяха опити медицинските сестри от яслена група към детска градина да се назначават от директора на градината. Ако е в самостоятелна ясла – от нейния директор.

През април 2026 г. Върховният административен съд (ВАС) окончателно отмени решението на Столичния общински съвет директорите на детските градини да назначават медицинските сестри.. Аргументите са липса на достатъчно ясни фактически и правни основания и без да е осигурено реално участие на всички заинтересовани страни в предложените промени [13].

През 2020 г. в Закона за лечебните заведения, член 18а се направила промена, които регламентират правото на медицинските сестри, акушерките и лекарските асистенти да разкриват самостоятелни практики (амбулатории за здравни грижи), но те не се финансират от НЗОК [1].

Медицинските сестри нямат право на директни индивидуални договори с НЗОК за извършване на диагностично-лечебна дейност, защото наредбата не ги визираща като „изпълнители на медицинска помощ“ по смисъла на Закона за здравното осигуряване.

Дейностите, които могат да извършват в обхвата на професионалната си компетентност са регламентирани в Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти, зъботехниците и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно [7].

Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи е разработила и нормативната база за частните сестрински практики. Изработена е Методика за дейността на свободно практикуващи медицински сестри, акушерки, рехабилитатори, фелдшери и лекарски асистенти (документ, изготвен от Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ)) [10].

От 2021 г. до момента НЗОК финансира дейности на самостоятелната практика, ако сключи договор с общопрактикуващ лекар (ОПЛ) или ДКЦ за извършване на конкретни манипулации, но плащането пак минава през лекаря/центъра. Ефект от тази промяна няма

изисква се договор с личен лекар, подготвят се много документи, а финансирането е изключително ниско, следователно това е неработещ модел.

Професията медицинска сестра е регулирана за Европейския съюз съгласно Директива 2005/36/ЕО на Европейския парламент относно признаването на професионалните квалификации. Тази наредба дава възможност за свободно практикуване на професията на територията на ЕС [11].

Директивата даде възможност хиляди медицински сестри да намерят професионална реализация в чужбина, търсейки достойно заплащане, добри условия на труд и престиж. За съжаление това доведе до рязко намаляване на броя на медицинските сестри в България. Недостигът на медицински сестри вече е осезаем, но все още не са вземат адекватни мерки от държавата за решаване на проблема. Законът за признаване на професионални квалификации урежда условията и реда за признаване на професионални квалификации придобити в други държави членове на ЕС и в трети държави. Целта е упражняване на регулирани професии в Република България.

Със Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите се регламентира устройството и дейността на съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите. В него са посочени изискванията за практикуване на професиите, професионалното развитие, както и поддържането на професионалния им регистър [2].

Една от важните функции на съсловните организации е да приемат и утвърждават правилата на добрата медицинска практика за всяка професия. Те имат задължението да ги предложат на министъра на здравеопазването за въвеждане в практиката, но след като е получено становище на изпълнителния директор на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“.

Провеждането, регистрирането и организирането на продължаващото обучение на медицинските специалисти е задължение на съсловната организация.

Съсловната организация е приела кодекса за професионална етика за различните специалисти и трябва да упражнява контрол по спазването му.

Представители на професионалните организации имат право на съвещателен глас във Висшия медицински съвет към министъра на здравеопазването, а представител на помощник-фармацевтите участва със съвещателен глас във Висшия съвет по фармация. За съжаление представителите на здравните специалисти участват само със съвещателен глас. На практика е невъзможно активно да се включат в работата на съветите. Все още у нас не се допуска активно участие на представители на специалисти по здравни грижи при вземане на решения в областта на здравеопазването и законодателни инициативи, касаещи дори пряко професионалната им дейност и компетенции.

За първи път през 2025г. беше приет стандарт по Здравни грижи, създаден от БАПЗГ. В него се регламентира брой медицински сестри и други медицински специалисти в различните сектори на здравеопазването. Въведен е и период от 10г., в който да се предприемат мерки за достигане на изискванията на стандарта [5].

Националното сдружение на частните болници (НСЧБ) заведе дело срещу медицинския стандарт по "Здравни грижи". Първото заседание по него ще бъде в началото на юни, става ясно от официалната страница на ВАС. Делото е срещу наредбата на МЗ, с която за първи път у нас бе утвърден стандарт по здравни грижи. Документът бе обнародван през октомври миналата година. Към момента в болниците в страната липсват над 20 000 медицински сестри. По данни на НСИ в болниците ни работят близо 18 000 сестри, липсват около 22 хил. [12].

Заклучение

При кратък анализ на българското законодателство по отношение на ролята и мястото на медицинските сестри се очертава тревожна тенденция. Липсва нормативна уредба, регламентираща значението на професията медицинска сестра в болничната и първичната медицинска помощ. Правят се стъпки за очертаване на мястото на медицинските сестри в здравеопазването, но тези малки стъпки се атакуват по съдебен ред.

Като позитив на законодателството е, че в областта на здравните грижи за деца в детски ясли, детски градини и училища, съществуват наредби които ясно регламентират мястото на медицинските сестри и другите здравни

специалисти като важен елемент от предоставяне на качествена здравна грижа за децата.

Литература

1. Закон за лечебните заведения, Обн., ДВ, бр. 62, 9.07.1999 г. последно изм. и доп. ДВ, бр. 11 от 9.02.2021 г.

2. Закон за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите (загл. изм. - дв, бр. 91 от 2018 г.), Обн. ДВ. бр.46 от 3 Юни 2005г, последно изм. и доп. ДВ. бр.85 от 2.10.2020г.

3. Закон за социалните услуги, Обн. ДВ. бр.24 от 22 Март 2019г., посл. изм. ДВ. бр.8 от 28.01. 2022г.

4. Кодекс за професионална етика на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, Заповед № РД-01-102 от 11 май 2015 г. на министъра на здравеопазването, Обн. ДВ. бр.45 от 19.06.2015г.

5. Наредба № Н-5 от 17 октомври 2025 г. за утвърждаване на медицински стандарт „Здравни грижи“, МЗ, брой: 89, от дата 24.10.2025 г.

6. Наредба № Н-2 от 12.10.2025 г. за устройството и дейността на здравните кабинети в детските градини и училищата и здравните изисквания към тях, МЗ, ДВ бр.76, от дата 16.9.2025 г.

7. Наредба № 1/8.02.2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да

извършват по назначение или самостоятелно, МЗ, Обн. ДВ. бр.15 от 18.02.2011г., изм. ДВ. бр.50 от 1.07. 2011г.

8. Наредба № 26 от 2008 г. за устройството и дейността на детските ясли се определя броя на медицински специалисти в това число и медицински сестри полагащи грижи за деца до 3г. възраст., МЗ, доп. ДВ. бр.72 от 2 Септември 2025г.

9. Наредба № 49/18.10.2010г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи, Обн. ДВ. бр.83 от 22.10.2010г., изм. ДВ. бр.63 от 30 Юли 2021г.

10. БАПЗГ. <https://nursing-bg.com/> посл. 23.04.2026г.

11. Директива 2013/55/ЕС НА Европейския парламент и на съвета. 20.11.2013г. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/HTML/?uri=CELEX:32013L0055&from=BG#d1e730-132-1> посл. 09.04.2026г.

12. Национален статистически институт. <https://nsi.bg/bg> посл. 23.04.2026г.

13. ВАС. https://infoadc.justice.bg/courts/portaledis.nsf/e_act.xsp?id=2620471&code

Албена Андонова, професор, доктор
Медицински факултет
Тракийски университет
e-mail: albena.andonova@trakia-uni.bg



ЕТИЧНИ И ДЕОНТОЛОГИЧНИ АСПЕКТИ НА ИЗПОЛЗАНЕТО НА ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИЕТО НА МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

Ангелина Киркова-Богданова, Даниела Танева

ETHICAL AND DEONTOLOGICAL CONSIDERATIONS IN THE INTEGRATION OF TECHNOLOGY WITHIN NURSING EDUCATION

Angelina Kirkova-Bogdanova, Daniela Taneva

ABSTRACT: *This cross-sectional study explores how nursing students' digital competence relates to their ethical attitudes toward using technology in education, with emphasis on data protection, anonymized clinical cases, and professional responsibility.*

The research was conducted in March 2026 among 147 first- and third-year nursing students at Medical University of Plovdiv using an anonymous online questionnaire with 10 Likert-scale items on privacy, ethical aspects of digital clinical materials, and responsibility in technology-supported learning. Demographic variables and self-reported digital competence for effective e-learning were collected, and data were analyzed in SPSS v.23 with a significance level of 0.05.

Participants were predominantly female (96.6%), with a mean age of 28.5 years, and most were first-year students (66.0%). No statistically significant associations were found between ethical attitudes and gender, age, or year of study, nor between attitudes and prior experience with educational technologies. In contrast, self-assessed digital competence showed significant relationships with several key statements: feeling informed about data protection rules ($p=0.035$), acceptance of anonymized clinical cases in digital platforms ($p=0.009$), and the perception that technologies strengthen professional responsibility toward patient data and confidentiality ($p=0.003$). Even digitally confident students did not report complete assurance regarding data protection knowledge, and many perceived insufficient attention to ethical aspects in the curriculum.

The findings suggest that digital competence is a crucial determinant of ethical perceptions in technology-enhanced nursing education and should be developed in parallel with targeted ethics training. The study recommends integrating mandatory, practice-oriented modules on digital ethics, privacy, and responsible use of AI, simulation, and learning platforms, alongside clear institutional policies, to reinforce professional values and safeguard patient rights in the context of ongoing digital transformation.

Key words: Digital competence, Nursing education, Data protection, Ethical attitudes, Educational technologies

Въведение

Дигиталната трансформация на висшето образование през последното десетилетие поставя нови предизвикателства пред медицинските специалности, особено в областта на сестринското образование, където етичните принципи и деонтологичните норми са фундаментални за практикуването на професията. Интеграцията на образователни технологии – онлайн платформи за управление на ученето, виртуални симулатори, изкуствен интелект, дигитални клинични казуси и мултимедийни материали – създава безпрецедентни възможности за обогатяване на учебния процес, но същевременно поражда сериозни етични дилеми, свързани със защитата на личните

данни, поверителността на пациентите, информираното съгласие и професионалната отговорност (Şengül et al., 2025; Cucci et al., 2025).

Студентите бъдещи медицински сестри днес се обучават в хибридна среда, в която традиционните клинични практики се преплитат с дигитални инструменти за симулация, електронни здравни досиета, телемедицина и онлайн комуникация с пациенти. Тази дигитализация изисква не само технически умения, но и задълбочено разбиране на етичните рамки, които регулират използването на чувствителна здравна информация в образователен контекст. Изследванията показват, че нивото на дигитална компетентност и информационна грамотност на студентите е пряко

свързано с тяхното възприятие за поверителност и защита на личните данни на пациентите (Park & Jeong, 2021; Chan et al., 2022). Същевременно, липсата на ясни институционални насоки и недостатъчното внимание към етичните аспекти в учебните програми водят до рискови поведения – като фотографиране на екрани с електронни медицински записи, използване на пациентски данни без съгласие и неправомерно споделяне на клинична информация в социални мрежи или месинджъри (Yang & Jang, 2025).

Етичните предизвикателства, породени от технологиите в сестринското образование, могат да бъдат анализирани през призмата на четириккомпонентния модел на Rest за морално поведение: морална чувствителност (разпознаване на етични дилеми, свързани с поверителност, справедливост и културна чувствителност), морална преценка (оценка на точността и пристрастията на AI инструментите, академична почтеност), морална мотивация (избягване на прекомерна зависимост от автоматизирани системи) и морален характер (волята да се следват решенията) (Schweigert, 2016). Генеративният изкуствен интелект, който все повече навлиза в образователната практика, носи рискове от пристрастия, халюцинации, нарушаване на поверителността и неравнопоставеност в достъпа, което налага разработването на управленски рамки, хибридни педагогически модели с човешки контрол и експлицитни насоки за прозрачност (Hardie et al., 2025).

Имерсивните технологии – виртуална и разширена реалност (VR/XR) – предлагат иновативни възможности за симулация на клинични сценарии, но повдигат въпроси за достъпност, включване и защита на поверителността, особено когато симулациите се базират на реални пациентски данни или анонимизирани казуси (Sombilon et al., 2024).

Информационната компетентност укрепва връзката между професионализма и възприеманата защита на поверителността на пациентите (Park & Jeong, 2021). В отговор на тези предизвикателства, множество актуални проучвания призовават за задължително ориентирано към практиката етично обучение с казус-базирано учене и симулации, свързани с клиничната среда (Yang & Jang, 2025; Abuelas et al., 2025).

Настоящото изследване цели да проучи връзката между дигиталната компетентност на студентите от специалност „Медицинска

сестра” и тяхната информираност, нагласи и етични възприятия относно използването на технологии в обучението, с фокус върху защитата на личните данни, уместността на анонимни клинични казуси и изграждането на професионалната отговорност.

Материали и методи

Проучването беше проведено през март 2026 г. сред студенти от първи и трети курс, специалност „Медицинска сестра“ в МУ-Пловдив чрез анонимна електронна анкета. Студентите изразиха съгласие по 5-степенна Ликертова скала със следните твърдения:

1. Чувствам се достатъчно информиран/а за правилата за защита на личните данни при използване на дигитални платформи в обучението.

2. Преподавателите в нашата програма ясно обясняват как се защитават данните и поверителността при онлайн занятия и електронни тестове.

3. Смятам, че съществува риск личната информация на студентите да бъде неправомерно достъпена или споделена при използване на образователни технологии.

4. Използването на реални клинични казуси и данни в дигитални платформи (системи за обучение като Moodle, симулатори, видеа) е приемливо, когато данните са анонимни.

5. В обучението ни се обръща достатъчно внимание на етичните аспекти при използване на реални клинични случаи (снимки, видеа, описания) в електронна среда.

6. Работата с реални клинични казуси в електронен формат ми помага да развивам професионални ценности като уважение към пациента, конфиденциалност и отговорност.

7. Чувствам вътрешен конфликт, когато в обучението се използват материали, за които не е ясно дали пациентът е дал информирано съгласие за обучителни цели.

8. Смятам, че обучението на медицинските сестри трябва да включва специални модули за етични и правни аспекти на използването на технологии и данни за пациенти.

9. Използването на съвременни технологии в обучението (онлайн платформи, симулации, видеокейсове) укрепва у мен усещането за професионална отговорност към данните и поверителността на пациентите.

10. Готов/а съм да съобща на преподавател или администрация, ако забележа нарушение на поверителността или неправомерно

използване на клинични данни в обучителна дигитална среда.

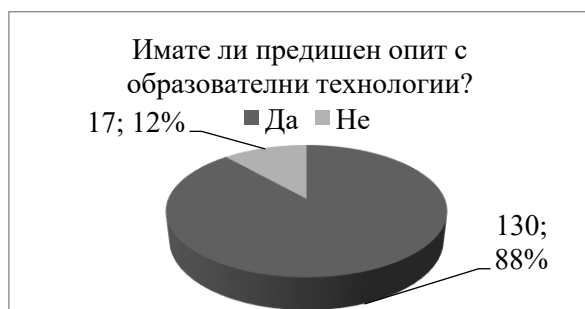
Факториалните променливи бяха пол, възраст, курс на обучение, предишен опит с технологии, самооценка на дигиталната компетентност за ефективно учене в електронна среда.

Данните са въведени и анализирани в софтуерния пакет за статистическа обработка SPSS v.23. За ниво на статистическа значимост е прието 0.05.

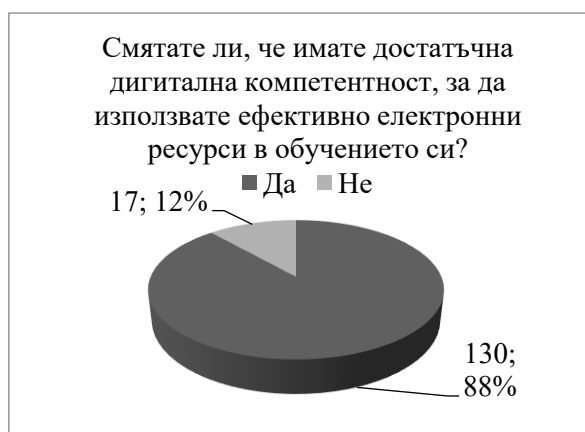
Резултати

Извадката се състои от 147 студенти, от които 142 (96,6%) жени и 5 (3,4%) мъже. Средната възраст е $28,5 \pm 11,12$, като най-младият участник е на 19 г., а най-възрастният – на 55 г. Първокурсниците са 97 (66,0%), а студентите в трети курс – 50 (34%).

Фигура 1 представя относителният дял на студентите, които са използвали образователни технологии, а фигура 2 – самооценката на дигиталната им компетентност:



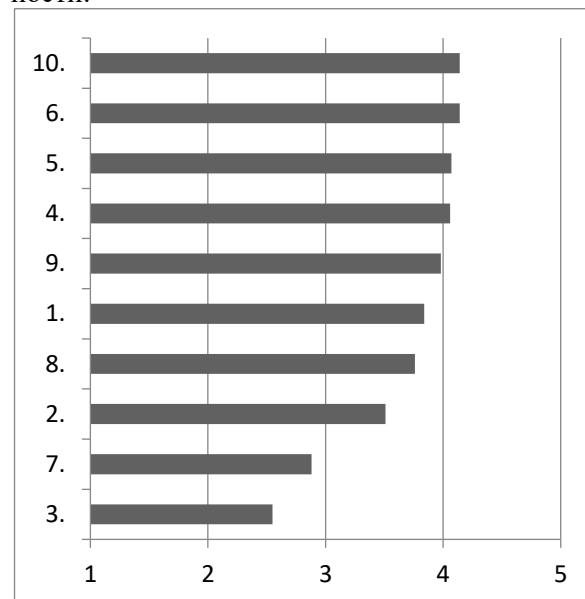
Фиг. 1. Предишен опит с технологии за обучение



Фиг. 2. Самооценка на дигиталната компетентност

Фигура 3 представя съгласието на анкетираните с предложените 10 твърдения, като

резултатите са представени със средни стойности:



Фиг. 3. Степен на съгласие с 10-те твърдения

Не установихме корелация по Спирмън между възрастта на студентите и съгласието им с предложените твърдения. Тестът на Ман-Уитни не показва статистически значима зависимост на отговорите нито от пола на студентите, нито от курса на обучение.

Предишният опит с образователни технологии не оказва влияние на мнението на студентите, но открихме статистически значима зависимост между самооценката на дигиталната компетентност и някои от твърденията, представена в таблица 1:

Обсъждане

Резултатите от настоящото проучване разкриват значими връзки между самооценката на дигиталната компетентност на студентите от специалност „Медицинска сестра” и техните етични нагласи относно използването на технологии в обучението, докато демографските фактори – пол, възраст и курс на обучение – не оказват статистически значимо влияние. Това е в съзвучие с актуалната литература и предлага важни насоки за усъвършенстване на учебните програми и институционалните политики.

Установената статистически значима зависимост между самооценката на дигиталната компетентност и информираността за правилата за защита на личните данни ($p=0.035$) потвърждава, че студентите с по-високо ниво на

дигитални умения се чувстват по-уверени в познанията си за защита на данните. Този резултат кореспондира с установеното от Park и Jeong (2021), които показват, че информационната компетентност медира ефекта на професионализма върху възприятието за защита на поверителността на пациентите.

Таблица 1. Зависимост на съгласието с някои твърдения от самооценката на дигиталната компетентност

Твърдение	Да, $M \pm STD$	Не, $M \pm STD$	P
1. Чувствам се достатъчно информиран/а за правилата за защита на личните данни при използване на дигитални платформи в обучението.	3,92± 1,22	3,29± 1,21	0,035
4. Използването на реални клинични казуси и данни в дигитални платформи (системи за обучение като Moodle, симулатори, видеа) е приемливо, когато данните са анонимни.	4,15± 1,10	3,41± 1,18	0,009
5. В обучението ни се обръща достатъчно внимание на етичните аспекти при използване на реални клинични случаи (снимки, видеа, описания) в електронна среда.	4,15± 1,17	3,47± 1,23	0,19
9. Използването на съвременни технологии в обучението (онлайн платформи, симулации, видеокейсове) укрепва у мен усещането за професионална отговорност към данните и поверителността на пациентите.	4,09± 1,20	3,12± 1,36	0,003

Освен това, Chan et al. (2022) установяват в кръстосано проучване сред 319 студенти, че моделите на използване на социални медии са свързани с практиките за защита на поверителността, което подсказва, че дигиталната грамотност и осведомеността за поверителност са взаимосвързани конструкти.

Въпреки това, средните стойности на съгласието (около 3.92 при студентите с висока самооценка) показват, че дори най-дигитално компетентните студенти не се чувстват напълно уверени в познанията си за защита на данните. Това подчертава необходимостта от практически ориентирано обучение по защита на данните, което да надхвърля общите дигитални умения. Yang и Jang (2025) документират конкретни рискови поведения сред студенти – фотографиране на екрани с електронни медицински записи, използване на пациентски данни без съгласие и неправомерно използване на болнични месинджъри – и отбелязват, че студентите изискват казус-базирано обучение по дигитална етика. Shen et al. (2025) също съобщават, че студентите, използващи генеративни AI инструменти, изразяват загриженост за рисковете за поверителността при работа с чувствителни клинични данни.

Значимата зависимост между дигиталната компетентност и уместността на анонимизирани клинични казуси в дигитални платформи ($p=0.009$) показва, че студентите с по-високи дигитални умения са по-склонни да приемат такива материали в обучението. Това може да отразява по-доброто им разбиране на техническите мерки за анонимизация и на етичните рамки, позволяващи използването на реални данни за образователни цели. Sombilon et al. (2024) подчертават, че имерсивните симулации трябва да бъдат проектирани така, че да поддържат поверителността и да зачитат достойнството на пациентите, особено когато сценариите се базират на реални казуси.

Средните стойности на съгласието с твърдение 5 „В обучението ни се обръща достатъчно внимание на етичните аспекти при използване на реални клинични случаи (снимки, видеа, описания) в електронна среда.“ (около 4.15 при високо дигитално компетентните и 3.47 при останалите) сочат, че студентите отчитат недостатъчно етичното обучение, свързано с дигитални клинични материали – наблюдение, в съответствие с препоръките на Yang и Jang (2025) за задължително, практически ориентирано обучение по дигитална етика.

Най-силната статистически значима зависимост е между дигиталната компетентност и възприятието, че технологиите укрепват усещането за професионална отговорност ($p=0.003$). Студентите с по-висока самооценка на дигиталната компетентност ($M=4.09$) значително по-често съобщават, че технологиите засилват тяхната професионална отговорност в сравнение с тези с по-ниска самооценка ($M=3.12$). Park и Jeong (2021) демонстрират, че информационната компетентност укрепва връзката между професионализма и защитата на поверителността.

Интегрирането на технологии в сестринското образование не трябва да се разглежда само като средство за ефективност, но и като възможност за укрепване на професионалните ценности – при условие, че е налице педагогически подход, свързващ технологиите с етични принципи.

Липсата на статистически значима зависимост от пола, възрастта и курса на обучение предполага, че етичните нагласи са по-силно свързани с индивидуалната дигитална компетентност, отколкото с демографските характеристики. Липсата на разлика между първи и трети курс може да отразява недостатъчно внимание към етичните аспекти на технологиите в учебната програма през целия период на обучение.

Въпреки, че студентите декларират, че се чувстват достатъчно информирани за правилата за защита на личните данни при използване на дигитални платформи в обучението (твърдение 1, $M=3.90$), нивото на съгласие ($M=3.80$) с твърдение 8 „Смятам, че обучението на медицинските сестри трябва да включва специални модули за етични и правни аспекти на използването на технологии и данни за пациенти.” отразява ясното разпознаване от страна на студентите на необходимостта от целенасочено етично обучение. Şengül et al. (2025) препоръчват ясни етични рамки в учебните програми и развитие на преподавателския състав. Succi et al. (2025) подчертават необходимостта от политики за етичност в използването на ИИ, които повишават качеството на образованието. Abuadas et al. (2025) съобщават, че образователна програма по етика на AI подобрява осведомеността и нагласите на студентите, а Hardie et al. (2025) препоръчват ясни институционални политики за използването на генеративен AI в преподаването и оценяването.

Изводи

Въз основа на получените резултати, могат да се направят следните изводи:

1. Дигиталната компетентност е ключов фактор за етичните нагласи. Самооценката на дигиталната компетентност е статистически значимо свързана с информираността за защита на личните данни ($p=0.035$), приемливостта на анонимни клинични казуси ($p=0.009$) и възприятието, че технологиите укрепват професионалната отговорност ($p=0.003$). Развитието на дигитални умения е не само технически, но и етичен императив в сестринското образование.

2. Демографските фактори не влияят на етичните нагласи. Интервенциите трябва да бъдат фокусирани върху развитието на дигитална компетентност и етична грамотност, независимо от демографските характеристики.

3. Съществува дефицит в обучението по етика. Дори студентите с висока дигитална компетентност не се чувстват напълно уверени в познанията си за защита на данните и отбелязват недостатъчно внимание към етичните аспекти в обучението. Студентите осъзнават важността на целенасоченото етично обучение и са готови да се ангажират с такива инициативи.

4. Технологиите могат да укрепват професионалната отговорност. При правилен педагогически подход, свързващ технологиите с професионалните стандарти и етичните принципи, дигиталните инструменти могат да служат за укрепване на професионалната идентичност и отговорност на бъдещите медицински сестри.

Заклучение

Настоящото изследване демонстрира, че дигиталната компетентност играе централна роля в етичните нагласи на студентите бъдещи медицински сестри относно използването на технологии в обучението. Установените статистически значими зависимости подчертават, че развитието на дигитални умения трябва да бъде интегрирано с етично обучение.

Резултатите подкрепят необходимостта от системни промени: разработване и внедряване на задължителни, практически ориентирани етични модули, използващи казус-базирано учене, симулации и експериментално обучение в реални клинични ситуации. Тези модули трябва да адресират защита на личните данни,

информирано съгласие, анонимизация на клинични материали, отговорно използване на изкуствен интелект и поддържане на човешки контрол в автоматизирани системи.

Университетите трябва да разработят ясни политики за използването на дигитални технологии, да осигурят обучение на преподавателския състав и да създадат управленски рамки за отговорно внедряване на генеративен AI, VR/AR и LLM. Тези мерки трябва да бъдат съпроводени от непрекъснато оценяване и актуализиране на учебните програми.

Дигиталната трансформация на сестринското образование е преди всичко възможност за укрепване на професионалните ценности и качеството на грижата за пациентите. Чрез съзнателно интегриране на технологиите с деонтологичните норми на сестринската професия, образователните институции могат да подготвят медицински сестри с дълбоко разбиране на етичните измерения на дигиталната здравна грижа и осъзнат ангажимент към защитата на правата и достойнството на пациентите.

Литература

- Abuadas, M., Albikawi, Z., & Rayani, A. 2025. The impact of an AI-focused ethics education program on nursing students' ethical awareness, moral sensitivity, attitudes, and generative AI adoption intention: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 24(1), 720. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03458-2>
- Chan, D. N., Choi, K. C., Hy To, M., Kn Ha, S., & Cc Ling, G. 2022. Patient privacy protection among university nursing students: A cross-sectional study. *Nursing ethics*, 29(5), 1280–1292. <https://doi.org/10.1177/09697330221085777>
- Cucci, F., Marasciulo, D., Romani, M., Soldano, G., Cascio, D., De Nunzio, G., Caldararo, C., Rubbi, I., Vitale, E., Lupo, R., & Conte, L. 2025. The Contribution of Artificial Intelligence in Nursing Education: A Scoping Review of the Literature. *Nursing Reports*, 15(8), 283. <https://doi.org/10.3390/nursrep15080283>
- Hardie, P., Darley, A., Derwin, R. *et al.* 2026. Applications, attitudes and ethical considerations of Generative Artificial Intelligence (Gen AI) in nursing education: A scoping review. *BMC Nursing* 25, 148 <https://doi.org/10.1186/s12912-025-042539><https://doi.org/10.1016/j.nepr.2024.103915>
- Park, H. K., & Jeong, Y. W. 2021. Impact of Nursing Professionalism on Perception of Patient Privacy Protection in Nursing Students: Mediating Effect of Nursing Informatics Competency. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(10), 1364. <https://doi.org/10.3390/healthcare9101364>
- Sengul, T., Sariköse, S., & Gul, A. 2025. Ethical decision-making and artificial intelligence in nursing education: An integrative review. *Nursing ethics*, 32(8), 2490–2515. <https://doi.org/10.1177/09697330251366600>
- Shen, M., Shen, Y., Liu, F. & Jin, J. (2025). Prompts, privacy, and personalized learning: integrating AI into nursing education: A qualitative study. *BMC Nursing*, 24: 470. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-01234-5>
- Sombilon, E. V., Rahmanov, S. S., Jachecki, K., Rahmanov, Z., & Peisachovich, E. (2024). Ethical Considerations When Designing and Implementing Immersive Realities in Nursing Education. *Cureus*, 16(7), e64333. <https://doi.org/10.7759/cureus.64333>
- Yang, H. M., & Jang, Y. E. (2025). Ethics of nursing in the digital age: perceptions and challenges among Korean nursing students. *BMC medical ethics*, 26(1), 143. <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01301-6>
- Schweigert, F. J. (2016). Moral Formation in Four Essential Components: Sensitivity, Judgment, Motivation, and Character (pp. 193–217). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-33402-8_10

Инж. Ангелина Киркова-Богданова, дм
Старши преподавател,
Катедра „Медицинска информатика, биостатистика и електронно обучение“, ФОЗ,
МУ-Пловдив
e-mail: angelina.kirkova@mu-plovdiv.bg

Проф. Даниела Танева, дм
К-ра „Сестрински грижи“, ФОЗ, МУ-Пловдив
e-mail: daniela.taneva@mu-plovdiv.bg



ХРАНИТЕЛНИ ПРАКТИКИ И ОРАЛНО ЗДРАВЕ В РАННА ДЕТСКА ВЪЗРАСТ: АНАЛИЗ НА РОДИТЕЛСКИТЕ НАГЛАСИ

Анелия Симеонова, Галина Чанева, Силвия Младенова

FEEDING PRACTICES AND ORAL HEALTH IN EARLY CHILDHOOD: AN ANALYSIS OF PARENTAL ATTITUDES

Aneliya Simeonova, Galina Chaneva, Silviya Mladenova

ABSTRACT: Early childhood is characterized by accelerated physical, cognitive, linguistic, and socio-emotional development, as well as a gradual increase in the child's autonomy. Environmental factors influence both the general and oral health of the child. Nutrition is among the leading modifiable factors affecting growth, development, and the risk of developing oral diseases. Objective: To explore the attitudes of parents of children aged 1 to 3 years attending kindergartens in the city of Pleven regarding their children's feeding and oral habits, and to provide practical recommendations for the prevention of overweight and dental caries in early childhood. Materials and Methods: Documentary, survey, and statistical methods were used. A total of 240 parents of children attending kindergartens in Pleven were surveyed. The survey aimed to provide primary information about respondents' opinions concerning children's feeding habits and caries prevention. The study was conducted between January and March 2026. The questionnaire contained 19 questions divided into three main sections: demographic characteristics of participants, questions regarding children's feeding habits, and questions related to oral hygiene. The documentary method included a literature review of scientific publications and recommendations from the World Health Organization as well as national standards for nutrition and oral health. Results and Conclusions: The study shows that the formation of healthy eating habits and proper oral hygiene in early childhood is closely related to parents' awareness and active involvement. The identified need for additional information among some parents indicates the necessity of enhancing health education activities in kindergartens, which are important settings for implementing preventive programs aimed at improving dietary habits and maintaining good oral hygiene. Active participation of healthcare professionals is essential for raising parental awareness and fostering healthy habits in children.

Key words: children aged 1 to 3 years, nutrition, caries prevention

Въведение

Ранната детска възраст се характеризира с ускорено физическо, когнитивно, езиково и социално-емоционално развитие, както и с постепенно нарастване на автономността на детето. (World Health Organization Regional Office for Europe, 2020) В контекста на интензивното развитие в ранната детска възраст, факторите на средата играят ключова роля за общото и оралното здраве на детето. Храненето е сред водещите модифицируеми фактори, оказващи влияние както върху растежа и развитието, така и върху риска от възникване на орални заболявания. (ESPGHAN Committee on Nutrition, 2017) Формирането на хранителни навици в този период съвпада с пробива на временните зъби и с ограничените възможности за самостоятелна орална хигиена.

Честата консумация на свободни захари, начинът и честотата на хранене са основни рискови фактори за развитието на ранен детски кариес. (European Academy of Paediatric Dentistry, 2019) Научните данни подчертават, че ранната профилактика, включваща балансирано хранене, ограничаване на свободните захари и ранно въвеждане на орално-хигиенни навици има дълготраен положителен ефект върху оралното и общото здраве на детето. (World Health Organization Regional Office for Europe, 2020)

В България са разработени Стандарти за ранно детско развитие, които отразяват основните постижения на детето в различни области – физическа, познавателна, социална, емоционална и езикова. Пълноценното и здравословно хранене осигурява нормален растеж, подпомага развитието във всички области и

намалява риска от нарушения в интелектуалното развитие. ритъма на хранене, избора на продукти и количествата храна, е ключово за здравето на. Храненето следва да бъде съобразено с препоръките на Световната здравна организация, включени в националните нормативни документи. (Атанасова-Трифонов М., 2014) Изискванията за здравословно хранене на деца на възраст от 0 до 3 години са регламентирани в Наредба № 2 от 7 март 2013 г. Основната ѝ цел е осигуряване на пълноценно, балансирано и безопасно хранене, съобразено с физиологичните потребности на децата в ранна възраст.

(Министерство на здравеопазването. Наредба № 2 от 7 март 2013, 2024)

Според ръководството „Съвременни препоръки за здравословно хранене на кърмачета и деца до 7 години“ разработен от Националния център по обществено здраве и анализи здравословното хранене в ранна детска възраст има съществено значение за оптималния растеж, физическото и психичното развитие на детето, както и за формирането на дълготрайни здравословни хранителни навици. (Национален център по обществено здраве и анализи, 2018). През последните четиридесет години се е покачил броя на децата с наднормено тегло. Доказана е връзка между затлъстяването в детска възраст и развитието на социално-значими заболявания при възрастните. (Национален център по обществено здраве и анализи, 2022)

В България е разработена Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести 2014-2020 г. „Препоръки за здравословно хранене на децата от 1 до 7 години“, която е разделена от 1 до 3 годишна възраст и от 3 до 7 години. Основен принцип на храненето при деца от 1- до 3- годишна възраст е разнообразието в консумацията на храни. (Министерство на здравеопазването на Република България, Национален център по обществено здраве и анализи., 2014) Неправилното хранене е свързано с риск от развитие на кариес още в ранна детска възраст, което е предотвратимо хронично заболяване, определящо се като наличие на поне един кариозен млечен зъб при деца от 0 до 71 месеца

Зъбният кариес е разпространен сред много малки деца в Австралия и Нова Зеландия, поради което е направен преглед на базирани данни (MEDLINE, CINAHL, Embase, Emcare, Web of Science, Scopus, ProQuest, Google Scholar, TROVE) за периода между 2001 и

2021г. включени са 76 проучвания с фокус върху превантивни стратегии за орално здраве в контекста на първичната здравна грижа. В Австралия приблизително 8% от децата на 18-месечна възраст вече имат зъбен кариес, като този процент се увеличава до 23% при децата на 36 месеца.

В друго изследване продължило от 2004г. до 2014г. се е установило, че само 15% от децата на възраст 2-3 години посещават стоматолог. Този ограничен достъп до стоматологични услуги подчертава необходимостта от реорганизация на здравните системи и промоция на орално здраве при малки деца, особено в уязвимите популации. В Австралия препоръчват кърменето да продължи до 12-месечна възраст и след това, но спирането на хранене с шише и кърменето след 12 месеца може да намали риска от развитие на РДК.

На общностно ниво, флуорирането на водата и употребата на флуоридни паста за зъби са довели до значително подобрене в оралното здраве на големи части от населението от средата на 20 век насам. Въпреки това, зъбният кариес продължава да бъде най-разпространеното хронично заболяване сред децата в Австралия и Нова Зеландия.

Въз основа на данни от Австралия и Нова Зеландия (Nation A, Pukallus M, Stormon N, Foley M, Laloo R, 2023). посещенията при личен лекар, редовното миене на зъби, честотата и продължителността на кърменето и достъпът до услуги, които насърчават оралното здраве, са свързани с по-добри резултати.

Образованието на родителите и доходите на домакинството също играят важна роля. Достъпът до здравословна храна и хигиенни продукти, както и по-високата здравна култура, подпомагат възможността за вземане на здравословни решения и моделиране на добри навици, които влияят на оралното здраве на детето. (Nation A et al, 2023)

Според Николова и съвт. има връзка между повишеното телесно тегло, затлъстяването и оралните заболявания. (Nikolova M, Doychinova L, Bakardzhiev P, Radeva E, Kirov D, Stoichkov B.

Американската дентална асоциация подкрепя модела „Дентален дом“, който след това, (2022) е признат от редица национални и международни организации в САЩ. Кабакчиева и Гатева (2012) представят идеята за Дентален дом в детската дентална практика, която в България се прилага в две стоматологични практики в София, включващи 210 деца и

техните майки. Опитът показва положително отношение от страна на майките към концепцията и сътрудничество при контролните визити. Създадена е ефективна образователна програма и реален Дентален дом, които значително подобряват здравето на участващите деца и повишават знанията и мотивацията на родителите.

Подобряването на оралното здраве чрез програмата „Дентален дом“ би допринесло за профилактиката на затлъстяването при малките деца, тъй като хранителни навици и оралната хигиена са взаимно свързани с общото здравословно състояние и контрол върху теглото.

Редица автори доказват, че храненето с адаптирано мляко и шише, може да увеличи риска от затлъстяване и зъбен кариес в ранна детска възраст. Neilok Cheng съвместно с международен екип от Университета в Сидни, Австралия са установили, че родителите срещат трудности с прилагането на здравословни хранителни и хигиенни навици, особено свързани с използването на бутилки. Необходимо е здравните специалисти да подкрепят родителите чрез адекватна информация и обучение, за да подобрят здравето на зъбите и теглото на децата. Изследването подчертава значението на комплексен подход към превенцията на тези състояния чрез повишаване на родителската увереност и промяна на хранителните практики, свързани с кърмене, адаптирано мляко и използване на бутилки.

(Cheng H, Chen R, Christian B, Appleton J, Arora A, Denney-Wilson E.2025)

Цел

Да се проучи мнението на родителите на деца от 1 до 3 години, посещаващи детски ясли в град Плевен относно хранителните и оралните им навици и да се представят практични препоръки за превенция на наднормено тегло и кариес в ранна детска възраст.

Материали и методи

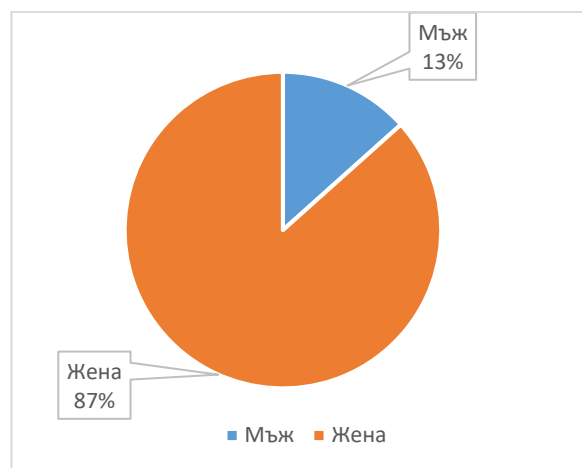
Използвани са документален, анкетен и статистически метод. Анкетирани са 240 родители на деца посещаващи детски ясли в град Плевен. Функцията на анкетния метод е да предостави първична информация за мнението на респондентите, по отношение на хранителните навици и профилактиката на кариеса на деца от 1 до 3 години посещаващи детска ясла. Изследването е проведено в периода м. януари-м. март 2026 г. Анкетната карта съдържа

19 въпроса, разпределени в три основни раздела: демографски характеристики на участниците, въпроси относно хранителните навици на децата и въпроси, свързани с оралната хигиена. Чрез документалния метод е направен литературен анализ на научни публикации и препоръки на Световната здравна организация и национални стандарти за хранене и орално здраве.

Резултати и обсъждане

През периода януари-март 2026 г. е проведено проучване сред 240 родители на деца, посещаващи седем детски ясли на територията на гр. Плевен. Родителската извадка се характеризира с преобладаващ брой на жените (87%) /фиг. 1/, като основно са във възрастовата група 30-40 години (58.75%), следвани от тези на възраст 20-30 години (28.33%), над 40 години (12.5%) и под 20 години (0.42%).

По-големия процент на жени се определя от това, че майките се грижат и са повече време с децата си:



Фиг. 1. Разпределение на родителите по пол

По отношение на образователното равнище се установява доминиране на лицата със средно образование (55%), следвани от тези с висше образование (40%), което предполага добро ниво на здравна култура у родителите, което от своя страна е предпоставка за по-осъзнато отношение към храненето в ранна детска възраст и влияе положително върху формирането на здравословни хранителни и хигиенни навици. До известна степен прави впечатление, че образованието на респондентите корелира с техните виждания относно правилното хранене и добрата орална хигиена на децата им/редовно миене на зъби/. Високия

образователен ценз предполага активното търсене на научна информация. От направения анализ се установява, че преобладаващата част от децата (77.3%) са на възраст между 2 и 3 години, следвани от децата на възраст 1–2 години (10.9%) и над 3 години (10.5%). /табл.1. Момичетата са преобладаващ пол при всяка възрастова група.

Табл. 1. Разпределение на децата по възрастови групи

възраст	процент
под 1 г.	1.4%
1-2 г.	10.9%
2-3 г.	77.3%
над 3 г.	10.5%

На въпрос относно това как определят социално-икономическото си положение най-голям дял от анкетираните 115 отговора (52.3%) го определят като средно. Значителна част 62 отговора (28.2%) го оценяват като отлично, докато 19.5% /43/ го определят като задоволително. Над 80% /86.4%/ от анкетираните родители съобщават, че те основно се грижат за храненето на децата си, следвани от 11.8% баби и дядовци и 1.8% разчитат на готови храни. В рамките на изследването беше проучено нивото на самостоятелно хранене при децата /фиг. 2/, резултатите показват, че 72.0% от децата се хранят напълно самостоятелно, 1.0% се хранят с помощ от възрастен, а едва 27.0% от родителите посочват, че детето не се храни самостоятелно. Това посочва, че повечето деца демонстрират значителна степен на независимост при храненето, като малка част изисква помощ или не се храни самостоятелно, което най-често се определя от възрастта:



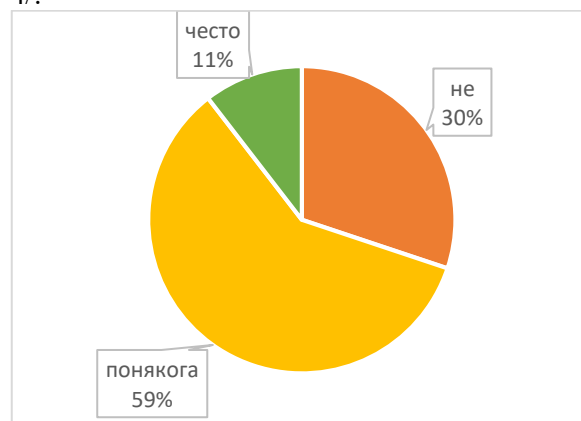
Фиг. 2. Храни ли се детето самостоятелно?

В рамките на изследването беше проучено колко пъти на ден се храни детето в събота и неделя. Анализът на 240 анкетирани респонденти показва /фиг. 3/, че най-често срещан брой хранения е 4 пъти на ден, посочен от 33.3% от родителите, следват 5 хранения на ден – 26.3%, 3 хранения – 11.3%, 6 хранения – 5.4%, 2 хранения – 2.1% и 7 хранения – 0.4%. Средният брой хранения на ден през уикенда е 3.38 хранения. Тези резултати показват, че повечето деца се хранят 4–5 пъти на ден, което е съобразено с препоръките за нормално хранене в ранна детска възраст:



Фиг. 3. Кратност на хранене през почивните дни

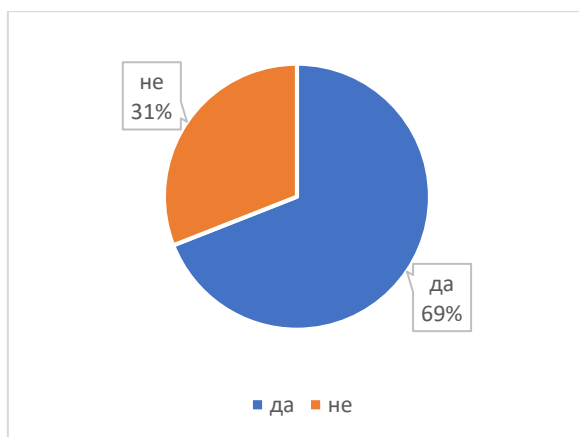
В изследването беше проучено дали децата се хранят пред телевизор или телефон. СЗО препоръчва отлагане на екранното време до 2 години, а масово специалисти от цял свят минимум до 3 годишна възраст. Резултатите показват, че 30.0% от децата не се хранят пред екран, 59.0% се хранят понякога пред телевизор или телефон, а 11.0% го правят често /фиг. 4/:



Фиг. 4. Храни ли се детето пред телевизор или телефон?

Данните показват, че над половината от децата понякога използват екран по време на хранене, което подчертава необходимостта от наблюдение и ограничаване на този навик за правилно хранително поведение. Храненето пред екран е свързано с риск от наднормено тегло при деца и възрастни. Това е доказано от

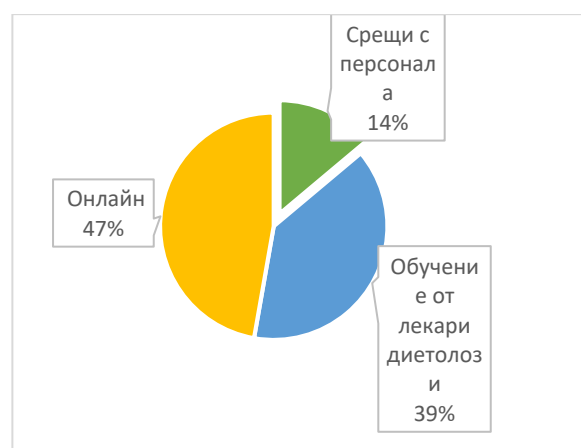
Датска детска клиника за лечение на затлъстяването (The Children Obesity Clinic Treatment - TCOCT) в болница в Холбек. Подходът е структуриран и обхваща промени в диетата, физическата активност, съня, екранното време и социалните условия на детето. В контекста на установената връзка между повишеното време, прекарано пред екран, и риска от наднормено тегло при децата, беше изследвана и избираността към храната като потенциално свързан поведенчески фактор. Получените резултати показват, че 51.0% от изследваните деца проявяват избираност към храната, докато при 49.0% не се наблюдава подобно поведение. Данните сочат, че избираностното хранене е разпространено явление, засягащо приблизително половината от извадката. Наблюдаваното съчетание на повишено екранно време и избираност към храната предполага възможно влияние върху качеството на хранителния прием и енергийната балансираност. Необходимо е да се въведе комплексен подход, включващ както управление на екранното време, така и насърчаване на разнообразно и балансирано хранене. Голяма част от родителите изразяват потребност от допълнителна информация относно правилното хранене на децата си. Данните сочат, че 69.0% от анкетираните заявяват такава необходимост, докато 31.0% не изпитват нужда от допълнителна информация /фиг. 5/:



Фиг. 5. Нужда от информация

В резултат на установената висока степен на търсене на информация, беше анализирано и предпочитанието към различни форми на обучение и консултиране /фиг. 6/. Най-предпочитана е формата на онлайн обучение (47.0%), следвана от обучение, провеждано от лекари диетолози (39.0%). Най-нисък, но все пак

съществен дял заема срещите с медицински персонал (14.0%):



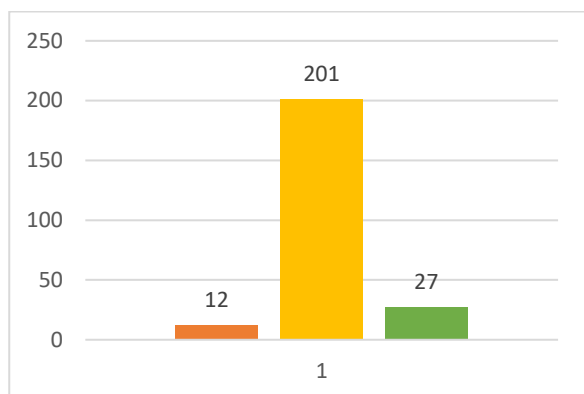
Фиг. 6. Видове информация

Получените резултати показват ясно изразена тенденция към търсене на достъпни и гъвкави форми на обучение, каквито предоставят онлайн платформите, като същевременно се запазва значението на експертната информация, предоставяна от здравни специалисти. Относително по-ниският дял на предпочитанията към присъствени срещи може да се обясни с ограничения, свързани с време, достъпност или удобство. Въпреки това, следва да се отчете, че данните не позволяват да се направят категорични изводи относно причините за тези предпочитания. Резултатите обаче подчертават необходимостта от разработване на комбинирани образователни подходи, които съчетават дигитални ресурси с професионална консултация, с цел повишаване на информираността и насърчаване на здравословни хранителни навици при децата.

Храненето в детска възраст е тясно свързано с оралното здраве. В този контекст, наред с изследването на хранителното поведение и информираността на родителите, беше анализирана и грижата за оралната хигиена при децата. В рамките на изследването беше разгледан въпросът дали децата са посещавали стоматолог. Резултатите показват, че 90% от децата са имали поне едно посещение при стоматолог, докато 10% все още не са били на такъв преглед. Това показва висока степен на ангажираност на родителите към профилактиката и ранното изграждане на здравословни орални навици.

При анализа на честотата на миене на зъбите/фиг. 7/, по-голямата част от децата (80.4%) мият зъбите си ежедневно. 13.3% го

правят само понякога, а 6.3% не поддържат редовна устна хигиена:



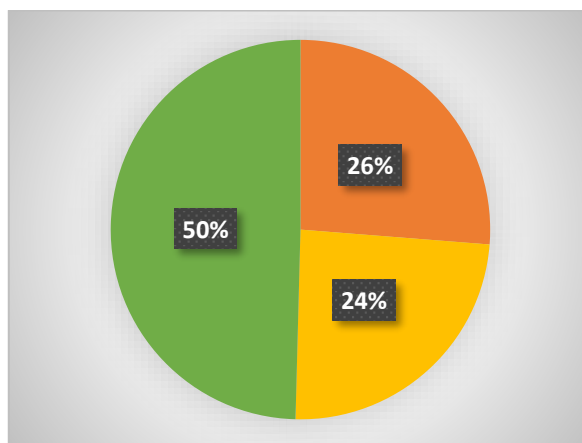
Фиг. 7. Честота на миене на зъби

Данните показват сравнително добро ниво на хигиенни навици, но съществува малък дял деца с непостоянна или липсваща грижа. Посещенията при стоматолог и ежедневната орална хигиена са тясно свързани с поддържането на добро орално здраве. Въпреки че повечето деца демонстрират редовни профилактични посещения и поддържат правилни навици малък, но значим дял от децата изисква допълнителни мерки за насърчаване на постоянна орална грижа. На въпроса относно провеждането на инициативи, свързани с оралната хигиена в детската ясла, 61% от родителите посочват, че такива инициативи не се реализират в посещаваното от детето им заведение. 39% от респондентите потвърждават наличието на подобни дейности. Получените резултати индикират, че в повече от половината от изследваните детски ясли не се прилагат структурирани дейности, насочени към оралната хигиена. Това вероятно се обуславя от редица фактори, сред които: приоритизиране на други аспекти на грижата за детето (хранене, безопасност), ограничени човешки и времеви ресурси на персонала, недостатъчно финансово обезпечаване за материали и програми, както и липса на системни организационни политики в тази насока. Допълнително значение имат ограничената ангажираност на специалисти в областта на денталната медицина и здравната профилактика, както и недостатъчната информираност на родители и персонал относно значението на ранната профилактика на оралното здраве. Наблюдават се също така нагласи, според които грижата за оралната хигиена се възприема основно като отговорност на семейството, а не на институцията.

Съществува и вариабилност между отделните детски ясли, което допринася за нееднородност в получените резултати. Представените данни подчертават необходимостта от разработване и прилагане на системни и стандартизирани програми за орална хигиена в детските ясли. Това включва обучение на персонала, активно включване на специалисти, както и осигуряване на необходимите ресурси за ефективна превенция. Подобни мерки биха допринесли за формирането на здравословни навици в ранна детска възраст и за редуциране на риска от развитие на стоматологични заболявания в бъдеще.

Храненето с шише през нощта се разглежда като рисков фактор за възникване на проблеми с постоянното съзъбие. В изследваната извадка по-голямата част от родителите (около 90%) посочват, че децата им не се хранят нощем, докато 10% отговарят, че нощното хранене се практикува. Въпреки това, резултатите следва да се тълкуват с известна предпазливост, тъй като се базират на самостоятелните отговори на респондентите. Това очертава необходимостта от информираност на родителите относно рисковете за оралното здраве и осигуряват логичен преход към анализа на ежедневната орална хигиена и посещенията при стоматолог за които споменахме.

На въпроса „Какви препоръки бихте споделили относно храненето и профилактиката на кариес при детето Ви в тази възраст?“ /фиг. 8/ 50.0% от респондентите не са предоставили препоръки, което показва, че значителна част от тях не дават конкретни насоки, демонстрират ограничена информираност или липса на ангажираност по разглеждания въпрос:



Фиг. 8. Препоръки за хранене и орална грижа

В тази връзка се откроява необходимостта от прилагане на мерки за повишаване на

здравната култура, свързана с оралното здраве и храненето в ранна детска възраст. Останалите отговори се разпределят както следва: 26.0% съдържат препоръки, свързани с храненето, а 24.0% с оралната хигиена.

По отношение на храненето най-често се посочват насоки, включващи ограничаване на консумацията на захар, повишен прием на вода, консумация на пряко приготвена храна, увеличен прием на плодове и зеленчуци, както и на храни, богати на калций. Допълнително се акцентира върху необходимостта от провеждане на образователни занимания по здравословно хранене в детските ясли. Във връзка с препоръката за оралната хигиена респондентите посочват поддържане на добра хигиена на устната кухина, провеждане на консултации със стоматолог в детското заведение, обучение и формиране на навици за миене на зъбите, както и използване на паста за зъби без сладък вкус. Допълнително се препоръчва използването на игрови методи (ситуационни игри) с цел обучение по орална хигиена. Част от отговорите включват препоръки за използване на допълнителни почистващи средства, като зъбни конци и клечки за зъби, които следва да бъдат прилагани ограничено в тази възраст поради риск от нараняване и необходимост от родителски контрол. Това налага адаптиране на препоръките съобразно възрастта и индивидуалните възможности на детето. Наблюдава се доминиране на препоръки, свързани с храненето, в сравнение с тези, насочени към оралната хигиена, което подчертава необходимостта от по-комплексен подход към превенцията на кариеса.

Изводи

Проведеното изследване показва, че формирането на здравословни хранителни навици и правилна орална хигиена в ранна детска възраст е тясно свързано с информираността и активното участие на родителите. Установената необходимост от допълнителна информация сред значителна част от тях подчертава необходимостта от засилване на здравнообразователните инициативи в детските заведения. Детските ясли са мястото за провеждане на профилактични програми, насочени към подобряване на хранителните навици и поддържането на орална хигиена. Активното участие на медицински специалисти чрез информационни кампании, практически обучения и интерактивни образователни дейности може да

повиши информираността на родителите и да подпомогне изграждането на устойчиви здравословни навици у децата. Те са основен фактор след отпадане на детските консултации. Резултатите сочат, че подобряването на комуникацията между медицинските специалисти и родителите е важен фактор за профилактика на зъбния кариес и за повишаване на култура на хранене в ранна детска възраст.

Препоръки

- Да се организират здравнообразователните инициативи в детските ясли, чрез информационни кампании, практически обучения и интерактивни образователни дейности, насочени към родителите и децата.
- Да се подобри комуникацията с родителите, чрез редовно предоставяне на информация относно здравословното хранене и оралната хигиена в детската ясла.
- Да се осигури постоянство в изграждането и поддържането на здравословни навици у децата чрез игри, практически упражнения и демонстрации.
- Да се провеждат регулярни профилактични стоматологични прегледи и да се осъществи наблюдение на хранителните навици в домашна среда.
- Да се включат специалисти (диетолози, стоматолози и медицински сестри) в образователните програми с цел повишаване на качеството и достоверността на информацията.

Литература

- Atanasova-Trifonova, M., et al. 2014. *Standards for development and learning in early childhood: from birth to three years* (bul). Sofia: Prosveta.
- Cheng, H., Chen, R., Christian, B., et al. 2025. Carer perspectives on overweight, obesity and dental caries in early childhood: findings from a systematic qualitative review. *Front Oral Health*; 6: 1524715. doi:10.3389/froh.2025.1524715.
- European Academy of Paediatric Dentistry (EAPD). 2019. Guidelines on prevention of early childhood caries. *Eur Arch Paediatr Dent*; 20(3): 167–173.
- ESPGHAN Committee on Nutrition. 2017. Complementary feeding: a position paper by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*; 64(1): 119–132.
- Ministry of Health. 2013. Regulation No. 2 of 7 March 2013 on healthy nutrition of children

aged 0–3 years in childcare facilities and milk kitchens (bul). *Darzhaven vestnik*; 28. Amended and supplemented; 2024; 85. Available from: <https://lex.bg/laws/ldoc/2135843077> (accessed: 08 January 2026)

Ministry of Health of the Republic of Bulgaria, National Center of Public Health and Analyses. 2014. *Recommendations for healthy nutrition of children aged 1–7 years* (bul). Sofia: MH.

National Center of Public Health and Analyses. 2018. *Contemporary recommendations for healthy nutrition of infants and children up to 7 years* (bul). Sofia: NCPHA. Available from: <https://www.ncpha.government.bg/uploads/pages/2018%20Nutrition%20infant%20and%20children%20under%207%20-za%20roditeli.pdf> (accessed: 22 June 2025)

National Center of Public Health and Analyses. 2022. 19 May – European Obesity Day (bul). Sofia: NCPHA. Available from: <https://ncpha.government.bg/post/2022-05-19-19-mai-evropeiski-den-za-borba-sus-zatlustivaneto-521.html> (accessed: 08 April 2025)

Nation, A., Pukallus, M., Stormon, N., et al. 2023. Health professionals delivering oral health interventions in early childhood: a scoping review of Australian and New Zealand literature. *Aust Dent J*; 68(1): 12–26. doi:10.1111/adj.12930.

Nikolova, M., Doychinova, L., Bakardzhiev, P., et al. 2022. Nadnormeno teglo i oralno zdrave (bul). *Med Pregl*; 58(6): 33–38.

World Health Organization Regional Office for Europe. 2020. *Improving early childhood development: nurturing care for early childhood development*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Анелия Г. Симеонова,
докторант Факултет по обществено здраве
"Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн",
МУ София,
e-mail: aneliq.georgieva.simeonova@av.bg



ЕТИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ В МУЛТИКУЛТУРНА СРЕДА

Атанас Анов, Антония Статева

ETHICAL ASPECTS OF HEALTHCARE IN MULTICULTURAL ENVIRONMENT

Atanas Anov, Antoniya Stateva

ABSTRACT: The article analyses ethical challenges that emerge because of multiculturalism in healthcare in the 21st century. It emphasizes the tension between dominant ethical principles in medical ethics and the cultural diversity of patients. The starting point is the dominant ethical theory principlism as it is defined by T. Beauchamp and J. Childress, which is focused on respect for autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice. Even though these principles claim to be universal, the article discusses that their application in a multicultural healthcare context is problematic. The problem arises when these principles are applied towards cultures that support collective decision-making.

In this context, the article sketches the philosophical differences between ethical universalism and cultural relativism. The article argues that neither concept is sufficient by itself. A balanced and flexible approach is needed so it can preserve professional standards without ignoring specific cultural characteristics of the patient. The article introduces the concepts of relative autonomy and cultural competence. Relative autonomy is understood as each person is in relation to other people, and it allows family members to take part in the decision-making process, without violating individual autonomy. A key point in the article is the idea of cultural competence, which is viewed as a practical skill and ethical imperative that is relevant to justice and respect of people. In addition, we highlight the limitations of cultural competence, such as stereotyping and the lack of critical reflection.

The article concludes that if professionals want to effectively address the moral challenges of multiculturalism in healthcare, it requires an interdisciplinary dialog, institutional support, and development of educational and practical models that go beyond traditional ethical framework.

Key words: multiculturalism, healthcare, principlism, cultural competence, relative autonomy

Въведение

Здравеопазването през 21 век трябва да се адаптира към мултикултурната среда. Глобализацията на пазара на здравни услуги и лесната миграция на населението по света показват, че е необходима промяна в практикуването на здравните грижи поради тяхната все по-голяма натовареност с немедицински съображения като радикално различни ценности, убеждения, очаквания по отношение на това как ще протече заболяването и/или грижата за пациента. На пръв поглед, да се обръща внимание на ценностите на пациента и неговите желания не е нещо ново за професионалистите по здравни грижи (ПЗГ), но споменатите фактори, глобализация на пазара на здравни услуги и лесната миграция на населението, показват, че умението за адаптиране към различните пациенти е още по-трудно, но и още по-наложително, тъй като неговата липса и/или слабо владение може да доведе до по-големи

конфликти отколкото преди. Етическите изменения на здравните грижи в мултикултурна среда е област на критично мислене, която засяга ПЗГ, философи, политици и пациенти. Западните култури, не винаги могат да се адаптират към контекста на мултикултурализма поради здрави ценностни основи. Последните често създават проблеми, тъй като те се стремят към универсализъм в употребата си и не могат да отговорят адекватно на нуждите на отделния пациент. Обучението на ПЗГ в западните култури е ориентирано към принципалистката парадигма (Beauchamp & Childress, 2001). В работата с пациентите лекарите и ПЗГ трябва да се фокусират върху уважението на автономността на своите пациенти, подсигуряването на валидно информирано съгласие, казване на истината на терминално болен пациент чрез минимално нанасяне на вреда, пациент-ориентиран подход за грижа и вземане на решения. Мултикултурната среда на здравеопазването показва, че тези основни

ценности за съвременното здравеопазване не са съвместими с пациенти, които идват от култура подкрепяща груповото вземане на решение за здравето. Други ценностни особености, които не са съвместими с принципалистката парадигма са да не се съобщи лоша диагноза, за да се защити пациента, уважение към авторитета на лекаря и ПЗГ. Ако тези ценностни различия не бъдат разпознати на време и не бъдат правено ръководени, те ще създадат морален дистрес за работещите в здравеопазването, който ще сваля качеството на предоставената здравна услуга и ще нанесе вреда на ценностите на пациентите и техните семейства.

Мултикултуризмът в здравеопазването е философски проблем, който отива отвъд просто осмисляне на базисните ценности за професията на ПЗГ. Чисто философската страна на проблема се занимава с проблеми като каква е същността на етическите принципи сами по себе си; универсални ли са етическите норми или те се оформят от културния контекст, в който се намират. Прагматико-философската страна на проблема ще обърне внимание на комуникацията с пациентите и езиковите бариери. Поради наличието на този проблем в здравеопазването е добре да се въведат медиатори, които да засилят пациентската автономност, като превеждат медицинската терминология и да съдействат за интегрирането, в морално отношение, на семейството на пациента във вземането на решение. Разбирането на етическите аспекти на мултикултуризма в здравеопазването изисква не само теоретични познания за шрихованите проблеми, но и критично отношение спрямо това как културните ценности от една област се възприемат в друга културна област дори на ниво как се обучават професионалистите по здравни грижи.

В настоящето изследване ще се опитаме да представим едно възможно разбиране за етическите аспекти на здравните грижи в мултикултурна среда. Изследването ще се фокусира върху теми като ограниченията на принципалистката парадигма в мултикултурен аспект; културна компетентност при предоставянето на здравни грижи; възможен ли е модел за уважение на автономността на пациента, който да надхвърля отделния индивид.

Етически рамки за предоставянето на здравни грижи в мултикултурна среда

Етическата теория Принципализъм е доминиращата парадигма в съвременната

медицинска етика и биоетика. Нейните автори, американските философи Tom Beauchamp и James Childress, построяват теорията на четири ключови принципа: уважение на автономността; благодеейство; ненанасяне на вреда; справедливост (Beauchamp & Childress, 2001). Теорията е ориентирана към професионалистите работещи в здравеопазването и им позволява бързо да разглеждат моралния проблем, пред когото са изправен от различни гледни точки. Въпреки своята негласна претенция за универсалност и възможност за бързо достигане до решение на моралния проблем, теорията има своите проблеми, когато трябва да се приложи в мултикултурна среда. Най-ярък пример за това е принципа за уважение на автономността на пациента. Този принцип казва, че специалистите в здравеопазването трябва да уважават решенията на автономния пациент, които засягат неговото здраве. Пациентите трябва да са независими от външни намеси при вземане на информирано решение. Тази идея е дълбоко вкоренена в западните общества, в национални и международни документи. Тя показва, че индивидуализмът и свободата са основни етически ценности в тези общества, но принципът не е универсално приложим и не винаги може да бъде поставен на преден план така, както се случва в западната традиция. В китайската култура, например, този принцип в неговата традиционна трактовка би останал неразбран. Проучване на Ip et al. показва значителни мултикултурни конфликти в интензивните отделения, които възникват поради това, че се прилага принципалистката парадигма, а не принципите, които са традиционни за Китайската култура. Ценности като хармония в общността, семеен дълг, почит към по-възрастни и предците не само са приоритет, но дори участват в клиничните практики, когато напр. се взема решение за последващо клинично действие; трябва да се съобщават лоши новини; предварително изявена воля; отказ от реанимация или спиране на животоподдържащите системи (Ip et al., 1998).

Разглеждането на принципалистката парадигма като етноцентрична повдига въпроса за универсалността на четирите основни принципа и тяхното приложение в мултикултурна среда. Изследователи като Kai и колектив са на мнение, че концепцията за автономност на пациента, заложена в принципализма, самоопределянето и индивидуалното информирано съгласие нямат универсално приложение. Тя по-

скоро отразява как дадена култура възприема индивида, неговата способност за действие и взаимоотношенията му с другите индивиди в общността (Kai et al., 2011). Това не означава, че принципализъмът трябва да бъде отхвърлен. Критиката на Kai et al. показва, че когато се работи с принципализма в мултикултурна среда трябва да се работи внимателно, за да може да се разгледат културните различия на пациента и готовността за адаптиране на етическите подходи, така че да се зачете личността и достойнството на пациента.

По сходен начин стоят нещата, когато трябва да се интерпретират принципите, когато се прилагат към пациенти от различни поколения. Пациенти, които са от по-старо поколение често пъти не се чувстват комфортно те самите да взимат решение за своето здраве. Те предпочитат това да го направи лекарят. От позицията на неговия авторитет, лекарят знае какво ще е добро за пациента от гледна точка на медицината. Иначе казано, автономният пациент съзнателно, целенасочено и напълно автономно предпочита патерналистичен подход в грижата за него. Докато по-младите поколения клонят към диаметрално противоположната крайност. По-младите поколения държат на своята автономност, дори в сферата на здравеопазването, и са склонни да я утвърждават и защитават. Този силен акцент на автономността при по-младите поколения създава проблем с това, че те са склонни да искат от здравните професионалисти да извършат действия, които са медицински нерационални дори незаконни.

Тези две разлики, разликите в ценностната перцепция и поколенческата разлика, насочват вниманието към философската основа на мултикултурализма в здравеопазването. За последният ще е от значение разбирането за болен или здрав в дадена култура и как то е възприемано (Traykova, 2019).

Комунитаризъм като алтернатива на патерналистичната парадигма – релациона автономност

Принципализъмът е доминиращата теория в биоетиката, но не е единствената етическа теория. Като възможно решение на проблемите идващи от употребата на принципализма в мултикултурна среда е етическата теория Комунитаризъм. Тази теория акцентира върху значението на обществените връзки на хората, споделените ценности и колективното благосъстояние. На кратко, комунитаризъмът казва,

че това, което е добро за цялото ще е добро за всяка една от съставните му части. Разбиран по този начин комунитаризъмът се явява контраст на индивидуалистично ориентирания принципализъм.

В много от културите, които са различни от Западно-европейските и Американската, на отделния човек се гледа не като на автономен и независим индивид, а като на индивид, който е част от мрежа на различни семейни и обществени отношения. Последните ще формират идентичността и ще са определящи за процесите на вземане на решения. При този начин на мислена автономност трябва да се разбира като релациона автономност (*relational autonomy*). Индивидът по своята същност е социално същество (Aristotle, 2012) и неговата способност за вземане на решение са обусловени от взаимоотношенията му с другите индивиди, социалният контекст, в който се намира, както и културния му произход (Surbone, 2004). Това разбиране за автономност позволява на пациента да взема решения за своето здраве включвай в процеса на вземане на решение членовете на своето семейство или да се позове на авторитета на своето семейство. Такива решения ще бъдат взети заедно, а не пациентът да е сам и изолиран от семейството си. Релационната автономност показва, че когато намесим мултикултурализма в здравеопазването лекарите и ПЗГ трябва да разполагат с различни модели/методологии за вземане на клинични и етически решения. За да успеят да избягат от капана на универсализъмът може информираното съгласие за клинично действие да бъде мислено през концепцията за релациона автономност. Така, когато семейството на пациента помага на последния да вземе решение за собственото си здраве няма да нарушават неговата автономия и правото му на самоопределение (World Medical Association, 2015), а ще му съдействат за тяхното утвърждаване. Именно чрез разбирането за релациона автономност ще могат да се създадат добри медицински практики, които да са по-гъвкави и по-възприемчиви за различните културни ценности.

Релационната автономност е подходяща за моделите за вземане на решение за клинични действия, които са ориентирани към семейството. При този тип модели водещата ще е ролята на семейството, като основна ценност, при вземане на решенията без да има претенция, че се нарушава автономията на пациента. Тези модели не са патерналистично

ориентирани в строгият смисъл на думата. Те се ползват педиатричните грижи и тежко болните пациенти. При прилагането на педиатрични грижи се забелязва споделено вземане на решения между специалистите и семейството. Проблемът е на каква възраст трябва да се въвлече детето в процеса на вземане на решение и кога неговите желания имат значение за родителя му. Законът за здравето в България решава проблема до известна степен като дава възможност на юношите навършили 14 г. да участват в процеса на вземане на решение, а тези, които са навършили 16 г. могат да получават някои здравни грижи без знанието и разрешението на родител или настойник, напр. здравна консултация (Zakon Za Zdraveto, 2005). Въпреки това, културните различия между лекарите, ПЗГ, педиатричния пациента и семейството му оказват влияние върху процеса на вземане на решение, когато семейството предпочита подход за вземане на решение ориентиран към семейството, а не традиционния за принципалистката парадигма индивидуален подход (Chan et al., 2003; Derrington et al., 2018).

Универсализъм срещу Релативизъм

Здравеопазването вече е смесица от различен тип ценности: лични, професионални, културни. Това налага да изясним някои важни философски концепции. Първата е тази на етическият универсализъм. Той ще акцентира върху това, че моралните принципи, които сме избрали са универсално приложими във всяка ситуация. Етическият универсализъм е обусловен от това, че хората споделят определени основни характеристики, напр. уязвимост. Хората споделят общи нужди, напр. ресурси, щастие. Това поражда морални задължения, към които има претенцията да са универсални поради това, че се споделят от хората. Така ако ПЗГ са се обединили около принципи за зачитане на човешката автономия и достойнство, благодеяние и ненанасяне на вреда, би следвало тези принципи да са универсално приложими във всеки контекст.

Втората философска концепция, която искаме да въведем и изясним е тази на културния релативизъм. Той ще акцентира върху това, че етическите ценности и норми се конструират в различните култури. Това показва, че действията и ценностите, които са разбирани за морално правилни в една култура, могат да се

различават от тези, които са разбирани като морално правилни в друга култура.

Сблъсъкът на тези две перспективи е философската основа, на която стъпват проблемите за автономията и информираното съгласие, които отбелязахме в предната част. Преодоляването на този конфликт е възможно чрез прилагането на по-гъвкав подход при приложение на принципализма. Ако специалистите са по-гъвкави, когато искат да уважат автономността на своя пациент, който идва от различна култура, така те ще могат да съхранят своята професионална ангажираност с този принцип и едновременно с това ще бъдат отворени към различните ѝ прояви в мултикултурна среда (Turner, 2003). Така етическият универсализъм и културният релативизъм могат да бъдат балансирани без да се налага лекарите и ПЗГ да жертват професионалните си ценности или личните си убеждения.

Култура, компетентност и етическото значение културната компетентност

Балансирането на етическият универсализъм и културният релативизъм не е лесна задача. Последната може да бъде изпълнена с един по-скоро прагматичен подход. Това е концепцията за културна компетентност. Под културна компетентност в здравеопазването следва да се разбира способността на здравните специалисти и системата на здравеопазването да предоставят услуги, които да проявяват уважение и да са съобразени с културните и езиковите нужди на различни пациенти (Betancourt, 2002). От значение е правилното разбиране на социалните и културни влияния върху личните убеждения по отношение на здравето на пациента и поведението на пациента, тъй като това ще повлияе върху планирането на грижата за него. Културната компетентност изисква разработване на интервенции, които отчитат тези аспекти с цел предоставяне на здравни услуги от добро качество (Betancourt et al., 2003). Концепцията за културна компетентност включва знание за конкретни културни вярвания и практики, които имат отношение към здравето и заболяването на пациента. Също така включва и осъзнаване от страна на лекарите и ПЗГ на собствените културни и социални предразсъдъци, умения за межкултурна комуникация, ангажимент към непрекъснато учене в контекста на мултикултурна среда.

От етическа гледна точка, значимостта на концепцията за културна компетентност се

простира отвъд нейната инструментална стойност за подобряване на качеството на здравната услуга. На едно по-дълбоко философско ниво културната компетентност е етически императив, който се корени както в идеята за уважение на автономността на пациента, така и в идеята за справедливост в здравеопазването. Интегрирането на концепцията за културна компетентност и предоставянето на здравни грижи, които са съобразени с културния произход на пациента е проява на уважение към неговата лична и културна идентичност, към неговите предпочитания. Един такъв тип грижа е признание, че културният произход е неразделна част от личността на пациента. Културната компетентност помага за постигане на справедливост в здравеопазването. Езиковите бариери между специалистите и техните пациенти създават неравно отношение към различните пациенти и поради това те са основна пречка при постигането на справедливост в здравеопазването. Пример за езикова бариера е, когато ПЗГ и пациента не говорят един език. В тази ситуация рискът от погрешно разбиране на информацията или напълно неразбиране на ситуацията се увеличава. Това компрометира предоставянето на информацията между специалиста и пациента, и доброволното информирано решение на пациента. Неравенства от този тип се виждат при работа с пациенти от малцинствата или имигранти. Вземайки това предвид, невъзможността за предоставяне на здравни грижи, които да са съобразени с културния произход на пациента е форма на етически провал от гледна точка на идеята за справедливост, тъй като такъв тип пациенти ще бъдат лишени от качествени здравни грижи (Surbone, 2004).

Концепцията за културна компетентност съвсем не е лишена от ограничения и недостатъци. Напротив, обучението в развиване на умения за културна компетентност може да акцентира върху повърхностни знания за дадена култура и присъщите ѝ вярвания. Това създава възможност за формирането на стереотипи, които възприемат дадена култура като набор от конкретни характеристики, общи за всички представители на конкретна етническа група. Концепцията за културна компетентност не може да се справя с разнообразието в субгрупите на дадена култура и динамичните промени в дадената култура. Ако се постави прекалено силен акцент върху различията с дадена култура, то специалистите в здравеопазването ще са принудени да пренебрегнат

собствените си ценности и културни норми, които са придобили от здравната институция като това ще влияе на последващата грижа за пациента (Chettih, 2012).

Някои структурни и системни съображения

До момента фокусирахме концепцията за културна компетентност предимно върху знанията и уменията на здравните професионалисти. Това съвсем не е достатъчно, тъй като има фактори, които са определящи за достъпа до медицинска и здравна помощ, за качеството на здравната услуга в мултикултурна среда. Неравенствата в здравеопазването по отношение на малцинствените и мигрантските групи не са следствие само и единствено от разликата в културните ценности или предразсъдъците, които здравните работници имат към тях. Често пъти те са свързани с по-обширни социални, икономически и дори политически структури, които генерират и поддържат неравенствата по отношение на достъпно и качествено здравеопазване (Stone, 2008).

Други важни моменти за структурата на здравеопазването и прилагането на здравни грижи съчетани с културна компетентност са ограничения достъп до здравни медиатори, институционална подкрепа, обучения, отделено време на пациента за пълноценно информиране. Системата на здравеопазването често има проблем с финансирането на базисните си нужди и функции. Внедряването на здравни грижи съчетани с културна компетентност ще е допълнително финансово натоварване за нея, което едва ли ще може да бъде подсигурано за повечето здравни заведения в държавния сектор. Самата структура на здравеопазването не включва представителства на различните културни и/или малцинствени групи. Това показва, че е налична липса на разнообразие в лидерските подходи в културата, която самата система на здравеопазването създава.

За успешно справяне с различните структурни и системни бариери е необходима работа на различни нива на здравната система: здравни политики, институционални практики и професионално образование. На ниво образование вече се правят първите стъпки. Проучване засягащо мултикултурализма в обучението по Медицина показва, че чуждестранните студенти, които учат Медицина в България са на мнение, че толерантността между културите е от значение, а по-важното е, че културните различия могат да обогатят

образователния процес (Tihomirova et al., 2025; Tihomirova & Georgieva, 2025).

На ниво здравна организация следва да се разработят и внедрят политики и насоки за насърчаване на културната компетентност при прилагането на здравни грижи. Разработените политики и насоки трябва да са насочени към целия персонал в здравната организация, а не да са насочени към конкретна професионална група. По този начин културната компетентност ще бъде както индивидуална отговорност, така и ангажимент на цялата организация (Denier & Gastmans, 2013). Добри места за опит за внедряване на концепцията за културна компетентност в здравните грижи са здравните заведения, които се намират в курортни дестинации. Активният туристически сезон дава добра възможност да се направят първите стъпки в тази посока, тъй като ще има туристи от различен културен и субкултурен произход.

Някои практически препоръки

Справянето с етическите проблеми породени от мултикултуризма в здравеопазването изисква нещо повече от анкетни проучвания на студентското мнение по засегнатите въпроси. То изисква обширно образование и обучение на всички засегнати страни. Образованието по отношение на етическите проблеми на мултикултурализма в здравеопазването трябва да обхване студентите по медицина, ПЗГ, клиницисти и администратори и да отиде отвъд създаването на обща представа за дадена култура. Едно такова образование трябва да насърчава критичното мислене относно културните предразсъдъци, които са заложили в принципалистичната парадигма и културата на западното здравеопазване. Трябва да се развива за межкултурна комуникация, емоционална интелигентност, вземане на решение, което е съобразено с културния произход на пациента. Чрез тези умения работещите в здравеопазването ще могат да създадат нагласа за смирение и отвореност към различните културни перспективи.

Щрихираната област показва, че образованието в културна компетентност за нуждите на здравеопазването следва да включва поне три компонента. Първо, професионалистите в здравеопазването трябва да имат основни познания относно различните културни ценности, вярвания и практики, които са свързани със това как хората от дадена култура възприемат здравето, болестта и вземането на решение

касаещо здравето на пациента. Тук трябва да се акцентира върху културното разнообразие и рисковете от стереотипизиране на определени култури и етноси. Второ, обучението в културна компетентност трябва да обръща внимание на осведомеността на специалистите за собствените им културни вярвания и/или предразсъдъци и как те могат да повлияят на взаимоотношенията им с пациента. Проучвания в тази област подчертават необходимостта на специалистите от здравеопазването да насочат вниманието си навътре към самите себе си и да анализират собствените си културни перспективи и стереотипи, тъй като те оказват влияние при взаимодействие с пациента и вземането на решение (Chettih, 2012). Трето, трябва да се развиват практически умения за межкултурна комуникация, работа с медиатори, които да съдействат за установяване на предпочитанията на пациентите относно това как искат да бъдат информирани, как да вземат решение, стилове на комуникация с различните пациенти. Изследванията показват, че специалистите в здравеопазването имат нужда от по-добра подготовка за работа с медиатори, особено в онези случаи, в които семейството влиза в ролята на медиатор (Kai et al., 2011).

Дотук бяха посочени само общи положения, които едно обучение по културна компетентност трябва да съдържа. Те не са достатъчни, тъй като етическите дилеми, които възникват поради мултикултурализма са комплексни. Като такива те имат нужда от комплексно разрешаване. Специалистите в здравеопазването трябва да могат да разпознават етически дилеми свързани с информираното съгласие, казването на истината, включване на семейството във вземането на решение и др. Макар тези теми да са традиционни за медицинската етика, тяхната чувствителност в мултикултурен контекст е по-голяма. Поради това специалистите трябва да бъдат обучени в методология за етически анализ, която ще им помогне да разпознаят етическата дилема и да я разрешат. Тази методология трябва да не е ориентирана към принципалистката парадигма, за да могат специалистите по-лесно да се справят с противоречия между културните ценности и традиционните принципи (Minkoff, 2014).

Заклучение

Етическите предизвикателства породени от навлизането на мултикултурализма в

здравеопазването показва колко е важен диалогът между различните професионалисти имащи отношение към здравето и здравеопазването. Напрежението, което е породено от противоречието между универсализма на принципалистката парадигма и разнообразието от културни ценности не може да бъде намалено чрез поставянето на строги правила. За успешно справяне с него е необходимо отвореност към диалог и гъвкавост при запознаването с различните перспективи. Здравните системи се срещат все повече с пациенти от все по-различен културен произход. Така че здравните системи следва да са подготвени за посрещане на техните нужди не само от гледна точка на възстановяване на тяхното здраве.

Литература

1. Aristotle. (2012). *Politics* (J. Sachs, Trans.). Focus Pub.
2. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed). Oxford University Press.
3. Betancourt, J. R. (2002). *Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches* (Vol. 576). The Commonwealth Fund. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2002_oct_cultural_competence_in_health_care_emerging_frameworks_and_practical_approaches_betancourt_culturalcompetence_576_pdf.pdf
4. Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*, 118(4), 293–302. [https://doi.org/10.1016/S0033-3549\(04\)50253-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3549(04)50253-4)
5. Chan, E. C. Y., Haynes, M. C., O'Donnell, F. T., Bachino, C., & Vernon, S. W. (2003). Cultural Sensitivity and Informed Decision Making About Prostate Cancer Screening. *Journal of Community Health*, 28(6), 393–405. <https://doi.org/10.1023/A:1026072022853>
6. Chettih, M. (2012). Turning the Lens Inward: Cultural Competence and Providers' Values in Health Care Decision Making. *The Gerontologist*, 52(6), 739–747. <https://doi.org/10.1093/geront/gns008>
7. Denier, Y., & Gastmans, C. (2013). Realizing good care within a context of cross-cultural diversity: An ethical guideline for healthcare organizations in Flanders, Belgium. *Social Science & Medicine*, 93, 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.03.045>
8. Derrington, S. F., Paquette, E., & Johnson, K. A. (2018). Cross-cultural Interactions and Shared Decision-making. *Pediatrics*, 142(Supplement 3), S187–S192. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-0516J>
9. Ip, M., Gilligan, T., Koenig, B., & Raffin, T. A. (1998). Ethical decision-making in critical care in Hong Kong: *Critical Care Medicine*, 26(3), 447–451. <https://doi.org/10.1097/00003246-199803000-00013>
10. Kai, J., Beavan, J., & Faull, C. (2011). Challenges of mediated communication, disclosure and patient autonomy in cross-cultural cancer care. *British Journal of Cancer*, 105(7), 918–924. <https://doi.org/10.1038/bjc.2011.318>
11. Minkoff, H. (2014). Teaching ethics: When respect for autonomy and cultural sensitivity collide. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(4), 298–301. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.10.876>
12. Stone, J. R. (2008). Healthcare Inequality, Cross-Cultural Training, and Bioethics: Principles and Applications. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 17(02). <https://doi.org/10.1017/S0963180108080249>
13. Surbone, A. (2004). Cultural competence: Why? *Annals of Oncology*, 15(5), 697–699. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdh194>
14. Tihomirova, R., & Georgieva, S. (2025). In *Nauchna konferentsiya s mezhdunarodno uchastie „65 GODINI SAYUZ NA UCHENITE V BALGARIYA – KLON PLEVEN“ Nauka, tehnologii i inovatsii za ustoychivost na regionit* (pp. 362–369). Union of Scientists in Bulgaria.
15. Tihomirova, R., Georgieva, S., & Mineva-Dimitrova, E. (2025). Intercultural tolerance of students in Medical University – Pleven, Bulgaria. *European Journal of Public Health*, 35(Supplement_4), ckaf161.1105. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaf161.1105>
16. Traykova, A. (2019). Scared of values? The goals of disease definitions and the problem with naturalism. *Eticheski Izsledvaniya*, 9(1), 62–79.
17. Turner, L. (2003). Bioethics in a Multicultural World: Medicine and Morality in Pluralistic Settings. *Health Care Analysis*, 11(2), 99–117. <https://doi.org/10.1023/A:1025620211852>
18. World Medical Association. (2015). *Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>
19. Закон Za Zdraveto (2005). <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135489147>

гл. ас. Атанас Анов, дф
ас. Антония Статева
Медицински Университет – Плевен
e-mail: atanas.anov@mu-pleven.bg
e-mail: antoniya.stateva@mu-pleven.bg



МОТИВАЦИЯ ЗА ИЗБОР НА ПРОФЕСИЯТА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА И ПРОФЕСИОНАЛНА ОРИЕНТАЦИЯ КЪМ РАЗЛИЧНИ СФЕРИ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Атанаска Георгиева, Петя Пенноне

MOTIVACION FOR CHOOSING THE NURSING PROFESSION AND PROFESSIONAL ORIENTATION TOWARDS DIFFERENT AREAS OF HEALTHCARE

Atanaska Georgieva, Petya Pennone

ABSTRACT: *The choice of the nursing profession is a complex process influenced by personal, social, and professional factors. In the context of increasing healthcare needs and the growing importance of sustainable workforce development, understanding the motivation of nursing students is essential for both educational institutions and healthcare systems. The present study aims to investigate the main motives for choosing the nursing profession and the professional orientation of students toward different areas of healthcare practice.*

The study was conducted among 100 students majoring in "Nursing" at the Sliven Affiliate of the Medical University of Varna. A structured questionnaire was used as the main research instrument. The survey included items related to the leading motives for choosing the profession, the influence of internal, external, and prosocial factors, the role of family and close social environment, satisfaction with the chosen specialty, and future professional intentions.

The results show that the strongest motives for choosing nursing are the desire to help other people, personal interest in medicine and healthcare, and the belief that the profession matches the respondents' personal qualities. Prosocial and intrinsic motives clearly prevail over external influences. Most students report a high degree of satisfaction with their professional choice and state that they would choose the same specialty again. The findings also indicate that family influence is present but not decisive for the majority of respondents. Regarding future professional orientation, the highest preference is toward hospital care and intensive or emergency care. Most participants intend to work as nurses in Bulgaria after graduation, while a smaller proportion consider employment abroad or continuing their education.

The study confirms that nursing students' motivation is predominantly value-based and personally meaningful, which is an important prerequisite for future professional commitment and retention in healthcare.

Key words: nursing profession, motivation, career choice, nursing students, professional orientation, healthcare, intrinsic motivation, prosocial motivation, job satisfaction, career intentions

Въведение

Проблемът за мотивацията при избора на професията медицинска сестра придобива все по-голяма значимост в условията на нарастващи потребности от здравни грижи, кадрови дефицити и необходимост от устойчиво развитие на здравните системи. Сестринската професия е сред ключовите професии в здравеопазването, тъй като медицинските сестри осигуряват непрекъснатост на грижите, подкрепят диагностично-лечебния процес и участват в профилактиката, рехабилитацията и здравното образование. Според *State of the World's Nursing 2025* медицинските сестри са най-голямата професионална група в здравния сектор, но въпреки увеличаването на глобалната

сестринска работна сила от 27.9 милиона през 2018 г. до 29.8 милиона през 2023 г., дефицитът и неравномерното разпределение на кадрите остават сериозно предизвикателство за здравните системи (World Health Organization [WHO], 2025a, 2025b). Това придава особена важност на изследванията, насочени към мотивите, поради които младите хора избират да се обучават и реализират именно като медицински сестри.

Наред с това сестринската професия се развива в условия на висока отговорност, динамична работна среда и необходимост от устойчиви комуникативни, организационни и екипни умения, което допълнително влияе върху мотивите за нейния избор (Димитрова-Чиликова, 2023).

В научната литература мотивацията за избор на професия в здравеопазването обикновено се разглежда като многокомпонентен феномен, в който се преплитат вътрешни, външни и просоциални мотиви. Сред вътрешните мотиви най-често се посочват личният интерес към медицината и грижата за човека, усещането за призвание, стремежът към самоосъществяване и удовлетворението от работа с хора. Външните мотиви обхващат очаквания за сигурност на заетостта, стабилен доход, обществен престиж и възможности за професионална реализация. Просоциалните мотиви се изразяват в стремежа да се помага на други хора, да се полагат грижи за уязвими групи и да се допринася за общественото благо. Именно съчетаването на тези групи мотиви обуславя сложността на професионалния избор и необходимостта той да бъде разглеждан като личностно, социално и образователно обусловен процес (Wu et al., 2015; Wallis et al., 2021).

В български контекст също се подчертава, че професионалният избор в сестринството е свързан не само с хуманни нагласи, но и с представите за професионален имидж, сигурност и възможности за развитие (Димитрова-Чиликова, 2023; Джеджева & Султанова, 2024)

Изследванията, посветени конкретно на избора на професията медицинска сестра, показват, че водещи са мотиви като желанието да се помага, грижовността, интересът към здравните грижи и възприемането на професията като социално значима и морално ценна. Систематичният обзор на Wu et al. (2015) показва, че при студентите в здравни специалности изборът на сестринството се влияе както от алтруистични и ценностни подбуди, така и от представите за естеството на професията, възможностите за работа и социалните въздействия на средата. В сходна посока са и данните на McKenna et al. (2023), според които медицинските сестри и студентите по сестринство често посочват като основни причини за навлизане в професията желанието да се грижат за хората, стремежа да бъдат полезни и усещането за смислена социална роля. По този начин сестринството се избира не само като професия, а и като форма на ценностно ангажиране с човека и обществото (McKenna et al., 2023; Wu et al., 2015)

Съвременните емпирични изследвания показват, че мотивите на студентите по медицински сестри не се изчерпват само с алтруизма. Ait Ali et al. (2024) установяват, че решението

за избор на сестринска кариера се формира под влияние както на вътрешни мотиви, така и на социално-икономически и семейни фактори. Това означава, че изборът на професията често е резултат от взаимодействие между личностни нагласи, ценности, възприятия за професионална сигурност и влияния от близката социална среда. В този смисъл не е без значение и ролята на семейството, тъй като родителската информираност и откритата комуникация по здравни теми могат да действат като защитен фактор в процеса на формиране на нагласи и поведение у младите хора (Алексиева, 2023а). Допълнителен интерес представляват и резултатите на Avraham et al. (2023), които показват, че в условия на глобално здравно събитие като пандемията от COVID-19 изборът на сестринската професия може да бъде по-силно свързан и с външни мотиви. Тези данни насочват към извода, че мотивацията е динамична и чувствителна към обществената среда, кризисните обстоятелства и променящия се обществен образ на професията.

Наред с личностните мотиви, в здравните грижи влияние оказват и по-широки семейни и общностни фактори, тъй като здравето поведение и нагласите се формират в конкретна социална и културна среда (Господинова & Султанова, 2023).

Подобна многопластовост на мотивацията се наблюдава и при други професии в сферата на здравеопазването. При студентите по медицина например се открояват мотиви като обществен престиж, интерес към медицинската наука, сигурност на професионалната реализация и стремеж към помощ на хората. Hassan et al. (2020) установяват, че при избора на медицинската професия значима роля играят както престижът, така и алтруизмът. Данните на Shi et al. (2024) допълват тази картина, като показват, че студентите по медицина, мотивирани предимно от личен интерес, демонстрират по-високи нива на професионализъм в сравнение с тези, чието решение е по-силно повлияно от външен натиск. Сходни тенденции са описани и при други здравни професии, при които ключово значение имат възможността да се помага на хората, личният контакт и интересът към конкретната дейност (Wallis et al., 2021)

На този фон изследването на мотивацията за избор на професията медицинска сестра сред студентите има както теоретична, така и практико-приложна стойност. То може да допринесе за по-добро разбиране на професионал-

ната ориентация на бъдещите кадри, за усъвършенстване на кариерното консултиране и за разработване на стратегии за привличане и задържане на студенти в сестринското образование. Особено важно е да се проследи и към кои сфери на здравеопазването са насочени предпочитанията на студентите, тъй като това има пряко значение за бъдещото разпределение на човешките ресурси в системата на здравните грижи. Съвременното здравеопазване изисква добре подготвени специалисти не само в клиничната практика, но и в обучението, профилактиката и комуникацията със специфични целеви групи, което е отчетено и в изследвания върху професионалната роля на акушерките като здравни обучители (Алексиева, 2023b)

Цел

Целта на настоящото изследване е да се проучат водещите мотиви за избор на професията медицинска сестра сред студентите, обучаващи се по специалност „Медицинска сестра“, както и тяхната професионална ориентация към различни сфери на реализация в системата на здравеопазването. Изследването е насочено към установяване на значението на личностни, ценностни, социални и професионални фактори при направения образователен и кариерен избор, както и към очертаване на предпочитаните направления за бъдещо професионално развитие в болничната, доболничната, социалната, профилактичната и други области на здравните грижи.

Материали и метод

Обект на изследването са студенти, обучаващи се по специалност „Медицинска сестра“ във Филиал Сливен на Медицински университет – Варна. В изследването са включени 100 лица от различни курсове на обучение, което позволява да се проследят както първоначалните мотиви за избор на професията, така и нагласите, формиращи в хода на академичната подготовка. Подборът на участниците е целенасочен, тъй като изследваната съвкупност е пряко свързана с предмета на проучването и осигурява релевантна информация за професионалната мотивация и ориентация на бъдещите медицински сестри.

За постигане целта на изследването е използван количествен емпиричен метод – анкетно проучване. Изборът на анкетния метод е в съзвучие с други изследвания, проведени сред студенти по специалност „Медицинска

сестра“ във Филиал Сливен на МУ – Варна, в които чрез стандартизирани въпросници се анализират мотивацията, професионалният образ и професионалната ориентация на обучаемите (Димитрова-Чиликова, 2023; Джеджева & Султанова, 2024). Чрез анкетиране се събира информация относно мотивите за избор на специалността, влиянието на вътрешни и външни фактори върху професионалното самоопределяне, степента на удовлетвореност от направения избор и предпочитанията към различни сфери на професионална реализация в здравеопазването.

Анкетната карта е разработена като основен изследователски инструмент с оглед постигане целта на проучването – да се установят водещите мотиви за избор на професията медицинска сестра и професионалната ориентация на студентите към различни сфери на реализация в здравеопазването.

Съдържанието на анкетната карта е структурирано в няколко тематични блока: социално-демографски и образователни характеристики на респондентите (въпроси №1–2), мотиви за избор на специалността (въпроси №3–7), удовлетвореност и устойчивост на професионалното решение (въпроси №8–9), както и предпочитани сфери на бъдеща професионална реализация и факторите, които ги определят (въпроси №10–12).

В методическо отношение са използвани предимно въпроси от затворен тип, което осигурява стандартизирано събиране на емпиричните данни и създава предпоставки за последваща количествена обработка и сравнителен анализ. Част от въпросите са с единичен избор, а друга част – под формата на оценъчни скали, позволяващи да се установи интензитетът на влиянието на отделни мотиви върху професионалния избор.

Резултати и обсъждане

Резултатите от изследването са представени по тематични блокове от въпроси от анкетната карта.

Резултатите от отговорите на *въпрос № 1. „Вашият пол е?“* показват, че по пол извадката от студентите, които са включени в изследването е твърде разнопосочна. Резултатите показват че изследваните лица от женски пол преобладават - те са 98%, което не е изненадващо за професията медицинска сестра.

Резултатите от отговорите на въпрос № 2 „В кой курс на обучение сте?“ са представени на фиг. 2:



Фиг. 1. Резултати от разпределението на изследваните лица по курсове

От фигурата се вижда, че най-висок е процентът на изследвани студенти от първи курс, което логично защото в първи курс във филиала на МУ Варна в гр. Сливен се обучават най-много студенти.

Резултати от *отговорите на въпрос № 3*. Кое беше водещото Ви съображение при избора на специалността „Медицинска сестра“ са представени на следващата фиг. 2:



Фиг. 2. Водещо съображение при избора на специалността „Медицинска сестра“

Представените резултати показват, че най-силно изразен мотив при избора на специалността „Медицинска сестра“ е желанието за помощ на хората (34%), което очертава ясно присъствие на просоциална мотивация сред изследваните студенти. На второ място се нарежда интересът към медицината и здравните грижи (26%), което насочва към значима роля на вътрешната мотивация и личностния интерес при професионалния избор. С относително по-нисък, но съществен дял са отговорите, свързани със сигурността на бъдещата работа (15%) и възможностите за професионална ре-

ализация в страната и чужбина (12%), които отразяват значението на външните и прагматичните мотиви.

По-слабо изразено е влиянието на семейството и близката социална среда (8%), както и на други практически причини (5%). Това дава основание да се приеме, че при повечето анкетираните изборът на професията не е преди всичко резултат от външен натиск, а е по-скоро осмислено решение, основано на ценностни нагласи и личен интерес. В обобщение, резултатите по този въпрос показват доминиране на просоциалните и вътрешните мотиви над външните съображения, което е в съзвучие с характерните особености на избора на професии в сферата на здравеопазването.

Резултатите по въпрос № 4 показват, че най-силно влияние върху избора на професията „медицинска сестра“ има желанието да се помага на болни и нуждаещи се хора, като 80% от анкетираните посочват висока степен на влияние в категориите „силно е повлиял“ и „в много голяма степен е повлиял“. Това потвърждава водещата роля на просоциалната мотивация при професионалния избор. Също така отчетливо значение има и личният интерес към медицината, който при 71% от изследваните е с висока степен на влияние. Тези данни показват, че изборът на специалността в голяма степен се основава на вътрешна ангажираност към съдържанието на професията и към грижата за човека.

С относително високи стойности се открояват и мотивите, свързани с усещането за личностно съответствие с професията, сигурността на професионалната реализация и обществената значимост на сестринския труд:

Това дава основание да се приеме, че наред с ценностно-хуманните основания, в избора присъстват и прагматични, както и статусно свързани съображения. По-умерено е влиянието на мотива за работа в чужбина, при който отговорите са по-разпределени, което предполага, че той има значение за част от студентите, но не е водещ за мнозинството.

Най-слабо влияние се наблюдава при влиянието на родители, роднини или близки, като 59% от анкетираните посочват, че този фактор изобщо не е повлиял или по-скоро не е повлиял върху техния избор. Това позволява да се заключи, че решението за обучение по специалността „Медицинска сестра“ е в по-голяма степен резултат от личен, автономен и ценностно мотивиран избор, отколкото от пряк външен натиск от страна на семейната среда.

Таблица 1. Степен на влияние на отделни мотиви върху избора на професията „медицинска сестра“ (в %)

Мотив	1	2	3	4	5
а) Желание да помагам на болни и нуждаещи се хора	3%	5%	12%	30%	50%
б) Личен интерес към медицината	4%	7%	18%	31%	40%
в) Усещане, че професията ми подхожда	6%	10%	24%	32%	28%
г) Сигурност на професионалната реализация	8%	14%	26%	29%	23%
д) Добри възможности за работа в чужбина	18%	20%	24%	21%	17%
е) Обществена значимост и престиж на професията	7%	12%	25%	30%	26%
ж) Влияние на родители, роднини или близки	35%	24%	18%	13%	10%

Скала:

1 – изобщо не е повлиял

2 – по-скоро не е повлиял

3 – в известна степен е повлиял

4 – силно е повлиял

5 – в много голяма степен е повлиял

Резултатите по въпрос № 5. „Имате ли в семейството или сред близките си човек, работещ в сферата на здравеопазването?“ показват, че при 42% от анкетираните има човек в семейството или сред близкото обкръжение, който работи в сферата на здравеопазването, докато при 58% такава непосредствена връзка липсва. Тези данни сочат, че макар професионалната среда на част от студентите да е повлияна от близък контакт със здравни специалисти, при по-голямата част изборът на специалността не е направен в условията на пряка семейна приемственост. Това позволява да се предположи, че интересът към професията „медицинска сестра“ не зависи единствено от наличието на модел за подражание в близката среда, а се формира и под влияние на лични

ценности, нагласи и професионални предпочитания.

Наред с това, относително високият дял на положителните отговори показва, че семейната и социалната среда все пак може да има значение като източник на информация, наблюдение и предварителна представа за съдържанието и смисъла на професията. По този начин близкият контакт със здравни специалисти би могъл да подпомага формирането на реалистични професионални очаквания, но не се явява задължително условие за избор на специалността.

Разпределението на отговорите на въпрос № 6: „Доколко мнението на семейството и близките Ви повлия на избора Ви на специалността?“ е показано на следващата фигура 3:



Фиг. 3. Разпределение на отговорите по въпроса за влияние на мнението на семейството за избор на специалността

Резултатите по въпрос № 6 показват, че при преобладаващата част от анкетираните мнението на семейството и близките не е имало решаващо значение за избора на специалността „Медицинска сестра“. Общият дял на студентите, които посочват, че семейното мнение **изобщо не е повлияло** или **по-скоро не е повлияло**, възлиза на 55%. Това насочва към извод, че при повечето изследвани лица професионалният избор е резултат предимно от

лично решение, а не от пряк натиск или доминиращо външно въздействие.

В същото време не е без значение, че 45% от анкетираните все пак отчитат известна или по-силна степен на влияние от страна на семейството и близките. Това показва, че социалната среда има поддържаща и насочваща роля при част от студентите, особено в процеса на професионално самоопределяне. След

дователно може да се приеме, че макар изборът на сестринската професия да е в значи-

телна степен автономен, той не е напълно изолиран от влиянието на близкото социално обкръжение:

Таблица 2. Разпределение на отговорите на въпрос № 7 „Кое твърдение в най-голяма степен описва Вашата мотивация да учите за медицинска сестра?“

Отговор	%
а) Избрах тази професия най-вече по вътрешно убеждение и личен интерес	29%
б) Избрах я най-вече защото искам да бъда полезен/полезна на хората	41%
в) Избрах я най-вече заради сигурността и възможностите за работа	20%
г) Избрах я най-вече под влияние на семейство, близки или външни обстоятелства	10%

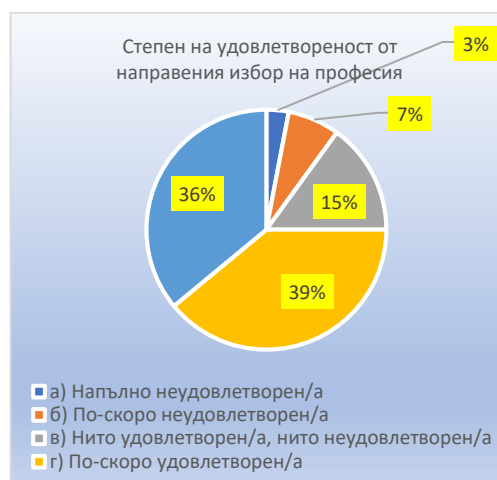
Резултатите по въпрос № 7 показват, че при най-голям дял от анкетираните студенти водеща е просоциалната мотивация, като 41% посочват, че са избрали професията най-вече поради желанието си да бъдат полезни на хората. Това потвърждава значимостта на хуманната и ценностна насоченост при избора на сестринската професия. На второ място се нарежда вътрешната мотивация, изразена чрез вътрешно убеждение и личен интерес, посочена от 29% от респондентите. Тези данни свидетелстват, че при значителна част от студентите изборът е основан на лично осъзнато отношение към съдържанието и смисъла на бъдещата професионална дейност.

С по-нисък, но все пак съществен относителен дял се откроява мотивацията, свързана със сигурността и възможностите за работа (20%), което показва наличието и на прагматични съображения при избора на специалността. Най-слабо представен е отговорът, свързан с влиянието на семейство, близки или външни обстоятелства (10%), което още веднъж подкрепя извода, че професионалният избор на изследваните лица в преобладаваща степен е личностно мотивиран. В обобщение, резултатите очертават ясно доминиране на просоциалните и вътрешните мотиви над външните фактори.

Разпределение на отговорите на въпрос № 8. „До каква степен сте удовлетворен/удовлетворена от направения избор на професия?“ е представено на фиг. 4:

Резултатите по въпрос № 8 показват висока степен на удовлетвореност от направения избор на професия сред изследваните студенти. Общият дял на анкетираните, които се определят като по-скоро удовлетворени или напълно удовлетворени, достига 75%. Това е показателно за положително отношение към избраната специалност и за наличие на относително стабилна професионална идентификация още в периода на обучение. Получените данни мо-

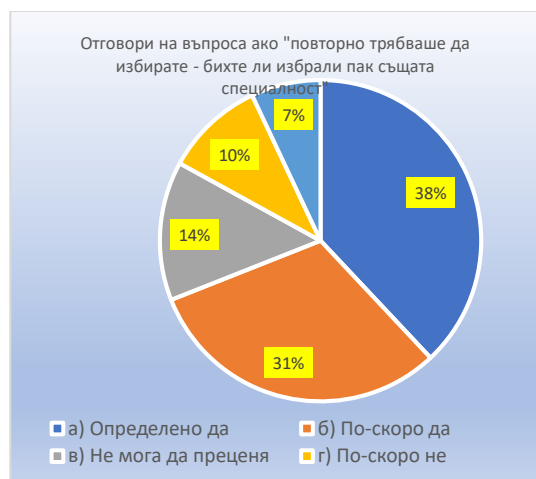
гат да се тълкуват и като индиректен показател, че при значителна част от студентите първоначалните мотиви за избор на професията са се запазили и в известна степен са се потвърдили в хода на обучението.



Фиг. 4. Разпределение на отговорите по отношение на степента на удовлетвореност от избора на професия

Същевременно 15% от респондентите заемат неутрална позиция, а 10% изразяват различна степен на неудовлетвореност. Макар този дял да не е висок, той не бива да бъде пренебрегван, тъй като може да отразява колебания, несъответствие между очакванията и реалността на обучението или затруднения при адаптацията към спецификата на професията. Като цяло резултатите позволяват да се направи извод, че сред изследваните студенти преобладава положителна оценка за избраната професионална посока, което е благоприятен индикатор за устойчивостта на професионалния избор.

Разпределението на отговорите на въпрос № 9. „Ако отново трябваше да избирате, бихте ли избрали специалността „Медицинска сестра“?“ са представени на следващата фиг. 5:



Фиг. 5. Разпределение на отговорите на студентите по въпроса за това дали биха си повторили избора на специалност ако трябваше да избират отново

Същевременно 14% от анкетираните изпитват колебание, а 17% заявяват, че по-скоро или категорично не биха избрали отново същата

специалност. Макар този дял да не е доминиращ, той показва наличие на определена група студенти, при които се наблюдава преосмисляне на първоначалния избор. Това може да бъде свързано с трудности в обучението, с промяна в професионалните очаквания или с по-реалистична преценка за отговорностите и натоварването в сестринската практика. Като цяло обаче резултатите очертават сравнително стабилна ориентация към професията и потвърждават устойчивостта на мотивацията при по-голямата част от изследваните лица.

Резултатите по въпрос № 9 показват, че мнозинството от изследваните студенти биха направили отново същия професионален избор. Общият дял на отговорилите „*определено да*“ и „*по-скоро да*“ е 69%, което свидетелства за относително висока устойчивост на първоначалното решение за обучение по специалността „Медицинска сестра“. Този резултат е в съзвучие с отчетената по предходния въпрос висока степен на удовлетвореност и потвърждава, че при голяма част от студентите е налице положително отношение към избраната професионална траектория.

Таблица 3. Разпределение на отговорите на въпрос № 10. „В коя сфера на здравеопазването бихте желали най-вече да се реализирате професионално?“

Отговор	%
а) Болнична помощ	29%
б) Доболнична помощ	11%
в) Интензивни грижи / спешна помощ	18%
г) Педиатрични грижи	12%
д) Акушеро-гинекологични грижи	9%
е) Социални и медико-социални услуги	7%
ж) Профилактика и промоция на здравето	6%
з) Все още не съм решил/а	8%
Общо	100%

Резултатите по въпрос № 10 показват, че най-предпочитана сфера за бъдеща професионална реализация сред изследваните студенти е болничната помощ (29%). Това е напълно обяснимо, тъй като болничната среда традиционно се възприема като основно поле за приложение на сестринските грижи, предлагащо широк спектър от дейности, интензивен контакт с пациенти и възможности за натрупване на практически опит. На второ място се нареждат интензивните грижи и спешната помощ (18%), което предполага интерес към по-динамични, отговорни и високоспециализирани направления в здравеопазването.

С относително близки стойности следват педиатричните грижи (12%), доболничната помощ (11%) и акушеро-гинекологичните грижи (9%), което показва разнообразие в професионалните предпочитания на студентите. По-нисък е интересът към социалните и медико-социалните услуги (7%) и към профилактиката и промоцията на здравето (6%), което може да се тълкува като по-слаба ориентация към извънболнични и превантивни форми на сестринска дейност. Не е без значение и делът на лицата, които все още не са взели решение (8%), тъй като той показва, че при част от студентите професионалната ориентация все още

е в процес на формиране. Като цяло резултатите очертават превес на предпочитанията към

клинично насочени сфери на реализация в здравеопазването.

Таблица 4. Разпределение на отговорите на въпрос № 11. „Кой фактор е най-важен за Вашата бъдеща професионална ориентация към определена сфера в здравеопазването?“

Отговор	%
а) Възможност за пряк контакт и грижа за пациентите	28%
б) Работна сигурност	16%
в) Възможности за професионално развитие и специализация	24%
г) По-добро възнаграждение	14%
д) По-добри условия на труд	8%
е) Личен интерес към конкретната област	10%
Общо	100%

Резултатите по въпрос № 11 показват, че най-голям дял от анкетираните студенти определят като водещ фактор за бъдещата си професионална ориентация възможността за пряк контакт и грижа за пациентите (28%). Това свидетелства, че при значителна част от бъдещите медицински сестри професионалната реализация се свързва преди всичко със същностното съдържание на сестринската дейност и с непосредственото участие в грижата за човека. На второ място се нареждат възможностите за професионално развитие и специализация (24%), което показва стремеж към усъвършенстване, кариерно развитие и придобиване на по-висока професионална компетентност.

С по-нисък, но отчетлив дял са факторите работна сигурност (16%) и по-добро възнаграждение (14%), които показват, че при част

от студентите прагматичните съображения също играят съществена роля при избора на бъдеща сфера на реализация. По-слабо изразени са предпочитанията, свързани с личния интерес към конкретна област (10%) и по-добрите условия на труд (8%). Като цяло резултатите сочат, че професионалната ориентация на изследваните лица се формира най-вече от съчетанието между хуманната насоченост на професията и възможностите за професионално израстване, а не само от външни материални стимули.

Разпределението на отговорите на въпрос № 12. „Кое от следните твърдения най-точно отразява Вашите професионални намерения след дипломиране? Е представено на следващата фиг. 6:



Фиг. 6. Професионални намерения след дипломиране

Резултатите по въпрос № 12 показват, че най-голям дял от анкетираните студенти възнамеряват след дипломирането си да се реализират като медицински сестри в България

(44%). Това е положителен индикатор за наличието на относително стабилна професионална насоченост към националната здравна

система и за готовност за реализация в рамките на местния пазар на труда. В същото време 21% от изследваните заявяват намерение да работят като медицински сестри в чужбина, което показва, че международната професионална мобилност също е значим хоризонт за част от студентите.

По-малък, но съществен дял от анкетираниите посочват, че желаят *първо да продължат образованието си* (15%), което може да се тълкува като стремеж към повишаване на квалификацията и към по-добра дългосрочна професионална реализация. Наред с това 13% все още не са взели окончателно решение, а 7% обмислят реализация извън сестринската практика. Тези резултати показват, че макар при мнозинството да е налице ясно изразена ориентация към професията, при определена част от студентите професионалните намерения все още са в процес на уточняване. В обобщение може да се приеме, че преобладаващата част от изследваните лица запазват ангажираност към сестринската професия и планират бъдеща реализация в нейните рамки.

Обобщените резултати от изследването показват, че при студентите по специалност „Медицинска сестра“ доминират *просоциалните и вътрешните мотиви* за избор на професията, като най-силно са представени желанието за помощ на хората, личният интерес към медицината и усещането за личностно съответствие с професионалната роля. Наред с това се открояват и прагматични съображения, свързани със сигурността на професионалната реализация и възможностите за развитие, но те не заемат водещо място. Тази картина съответства на съвременни международни изследвания, според които изборът на сестринската професия най-често се основава на съчетание между алтруистични подбуди, интерес към грижата и очаквания за стабилна професионална перспектива (Wu et al., 2015; McKenna et al., 2023; Ait Ali et al., 2024).

Получените данни за сравнително ограниченото влияние на семейството и близките, както и за високата удовлетвореност от избора и готовността на мнозинството студенти да изберат отново същата специалност, също намират опора в международната литература. Подобни изследвания показват, че макар семейната среда и социалният контекст да могат да подпомогнат избора, устойчивостта на професионалната ориентация е по-тясно свързана с личната мотивация, професионалната идентичност и очакванията за смислена реализация

в професията (Lindberg et al., 2020; Chmielewski et al., 2025; Chen et al., 2025).

Предпочитанията към болничната помощ и интензивните грижи показват ориентация към клинично активни и динамични сфери на практика, което е разбираемо на фона на глобалния недостиг на медицински сестри и нарастващата потребност от устойчиво развитие на сестринската работна сила. В този смисъл резултатите от настоящото изследване потвърждават значението на мотивацията като ключов фактор не само за избора на професия, но и за бъдещото професионално задържане и реализация на студентите в системата на здравеопазването (World Health Organization, 2025; Wang et al., 2024). Получените резултати могат да бъдат разглеждани и в по-широкия контекст на подготовката на здравните специалисти, при която обучението, информираността, професионалната увереност и разбирането за социалната значимост на грижите са съществени както в сестринството, така и в други направления на здравеопазването (Султанова, 2023; Димитрова-Чиликова, 2023)

Заклучение

Настоящото изследване показва, че изборът на професията „медицинска сестра“ сред изследваните студенти е обусловен преди всичко от просоциални и вътрешни мотиви, сред които водещо място заемат желанието за помощ на хората, интересът към медицината и положителната личностна нагласа към съдържанието на бъдещата професионална дейност. Наред с това се установява, че външните фактори, като сигурност на професионалната реализация и възможности за развитие, също имат значение, но не доминират над ценностно-хуманните основания на избора. Получените резултати очертават сравнително висока степен на удовлетвореност от избраната специалност и потвърждават, че при по-голямата част от студентите е налице устойчива професионална ориентация към сестринската професия.

Съществен извод от изследването е, че професионалните намерения на бъдещите медицински сестри са насочени предимно към клиничните сфери на здравеопазването, най-вече болничната помощ и интензивните грижи, което отразява както спецификата на обучението, така и актуалните потребности на здравната система. В практико-приложен план ре-

зультатите могат да бъдат полезни при усъвършенстване на кариерното ориентиране на студентите, при разработване на подходи за повишаване на мотивацията в процеса на обучение и при формиране на политики за привличане и задържане на бъдещи медицински сестри в системата на здравеопазването.

Литература

1. Ait Ali, D., Ncila, O., Ouhhamou, S., Rizzo, A., Chirico, F., & Khabbache, H. (2024). Motivations driving career choices: Insights from a study among nursing students. *SAGE Open Nursing*, 10, 23779608241255876. <https://doi.org/10.1177/23779608241255876>
2. Aleksieva, V. (2023a). Проучване на нивото на информираност на родители на подрастващи относно сексуалното здраве. *Science & Technologies*, 13(1), 115–122.
3. Aleksieva, V. (2023b). Prouchvane na gotovnostta na akusherkite da sa obuchiteli po odnoshenie na seksualnoto zdrave sred podrastvashtite i tehните roditeli. *Science & Technologies*, 13(1), 106–114.
4. Avraham, R., Wacht, O., Jaffe, E., & Grinstein-Cohen, O. (2023). Choosing a nursing career during a global health event: A repeated cross-sectional study. *Nurse Educator*, 48(4), E116–E121. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001392>
5. Chen, H., et al. (2025). Factors related to professional commitment of nursing students. *BMC Medical Education*.
6. Chmielewski, A., et al. (2025). A qualitative study on Polish nursing students' motivating factors for choosing nursing and future career intentions. *BMC Medical Education*.
7. Dimitrova-Chilikova, P. (2023). Znachimost na mozachnosadovite zabolyavaniya. B *Scientific Online Resource System* <https://journals.mu-varna.bg/index.php/conf/article/viewFile/9537/8373> (с. 559–568).
8. Dimitrova-Chilikova, P. (2023). Prestizhat na sestrinstvoto – osaznatata tsel pred meditsinskite sestri. *Science & Technologies*, 13(1), 72–78.
9. Dzhezheva, P., & Sultanova, D. (2024). Professional orientation of students in the “Nursing” specialty. *Proceedings – Symposium “Alumni Club and Friends”*, 71–75.
10. Gospodinova, D., & Sultanova, D. (2023). Cultural characteristics of the Roma population and their relation to the health status of children from this ethnic community. *Science & Research*, 7(1), 12–16.
11. Hassan, M., Shahzad, F., & Waqar, S. H. (2020). Seeking motivation for selecting medical profession as a career choice. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36(5), 941–945. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.2799>
12. Lindberg, M., et al. (2020). Nursing students' expectations for their future profession and motivations for becoming nurses. *Nurse Education Today*.
13. McKenna, L., Mambu, I. R., Sommers, C. L., Reisenhofer, S., & McCaughan, J. (2023). Nurses' and nursing students' reasons for entering the profession: Content analysis of open-ended questions. *BMC Nursing*, 22, 152. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01307-8>
14. Shi, Y., Meng, M., Zhong, X., Yuan, C., Ma, Y., Li, T., Zhang, W., & Zhao, Y. (2024). Career choice motivation and professionalism in medical students in China: A gender-stratified analysis. *BMJ Open*, 14(6), e083073. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-083073>
15. Sultanova, D. (2023). Prouchvane neobhodimostta ot obuchenie na pomoshtniya personal v detsko otdelenie po vaprosite na vatrebolnichnite infektsii. B *Scientific Online Resource System* <https://journals.mu-varna.bg/index.php/conf/article/viewFile/9493/8333> 245–253.
16. Wallis, L., Locke, R., Ryall, S., & Harden, B. (2021). Motivations for choosing an allied health profession career: Findings from a scoping review. *International Journal of Practice-Based Learning in Health and Social Care*. <https://doi.org/10.18552/ijpblhsc.v11i1.751>
17. Wang, Y., et al. (2024). Factors influencing nursing undergraduates' motivation for professional development. *BMC Nursing*.
18. World Health Organization. (2025a). *State of the world's nursing report 2025*. World Health Organization.
19. World Health Organization. (2025b, May 12). *Nursing workforce grows, but inequities threaten global health goals*. World Health Organization.
20. Wu, L. T., Low, M. M. J., Tan, K. K., Lopez, V., & Liaw, S. Y. (2015). Why not nursing? A systematic review of factors influencing career choice among healthcare students. *International Nursing Review*, 62(4), 547–562. <https://doi.org/10.1111/inr.12220>

Атанаска Георгиева:
 Университет: МУ-Варна
 e-mail: Atanaska.Georgieva@mu-varna.bg
 Петя Пенноне:
 Университет: МУ-Варна
 e-mail: Petya.Pennone@mu-varna.bg



СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ НА СЕСТРИНСКИТЕ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОСТЪР КОРОНАРЕН СИНДРОМ

Божурка Маринова

MODERN ASPECTS OF NURSING CARE IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Bozhurka Marinova

ABSTRACT: *Acute Coronary Syndrome (ACS) represents a group of acute conditions, including unstable angina and myocardial infarction, and remains a leading cause of morbidity and mortality worldwide. The nurse plays a key role both in the acute phase and in subsequent recovery through active participation in the multidisciplinary team and the application of evidence-based practices. The aim is to present contemporary aspects of nursing care in patients with acute coronary syndrome, with emphasis on the role of the nurse in diagnosis, treatment, monitoring, and patient education. A review of current scientific literature was conducted, including clinical guidelines and publications from organizations such as the American Heart Association and the European Society of Cardiology, as well as articles from peer-reviewed medical journals. Data related to nursing interventions, monitoring, and patient education in ACS were analyzed. The results indicate that nurses play a crucial role in the early recognition of symptoms and rapid response in patients with ACS. Patient education regarding risk factors and healthy lifestyle is a key component of secondary prevention. Modern approaches include the use of telemedicine and digital technologies for post-discharge patient monitoring. Conclusion: The integration of new technologies, combined with active participation in the multidisciplinary team and effective patient education, contributes to improved clinical outcomes and enhanced quality of life for patients.*

Keywords: acute coronary syndrome, nursing care, cardiovascular diseases

Въведение

Сърдечно-съдовите заболявания остават водеща причина за смъртност в световен мащаб, като значителна част от леталните изходи при миокарден инфаркт настъпват в първите часове след началото на симптомите. Това подчертава значението на ранното разпознаване на клиничната картина и бързата реакция на медицинския екип[1].

Acute Coronary Syndrome представлява клиничен спектър, включващ нестабилна ангина, миокарден инфаркт без елевация на ST-сегмента (NSTEMI) и миокарден инфаркт с елевация на ST-сегмента (STEMI), които отразяват различна степен на миокардна исхемия и увреждане. Според European Society of Cardiology, ранната диагностика и своевременно започване на лечение са от съществено значение за намаляване на смъртността и подобряване на клиничните резултати [2].

Миокардният инфаркт представлява необратима некроза на сърдечния мускул, настъпваща вследствие на продължителна миокардна

исхемия, причинена най-често от атеротромботична оклузия на коронарна артерия. Патологичният механизъм включва руптура или ерозия на атеросклеротична плака с последващо образуване на тромб, което води до остро намаляване на коронарния кръвоток и кислородното снабдяване на миокарда[3].

Съвременната класификация на миокардния инфаркт включва различни типове, като тип 1 се свързва с атеротромботична коронарна болест, тип 2 – с дисбаланс между кислородното снабдяване и потребление, а тип 3 – с внезапна сърдечна смърт при съмнение за исхемично събитие без лабораторно потвърждение[3].

Медицинските сестри играят ключова роля в оценката, мониторинга и грижите за пациенти с Myocardial Infarction, като тяхната дейност обхваща комплекс от диагностични, терапевтични и рехабилитационни интервенции. Съвременният сестрински подход се основава на систематична оценка на състоянието, формулиране на сестринска диагноза, планиране и изпълнение на индивидуализирани грижи,

както и последваща оценка на ефективността им[4].

Според публикувани доклади на СЗО, здравеопазването претърпява трансформация, която отразява нарастващото значение на грижите в общността, основани на социални, групови и индивидуални нужди. Здравните грижи в общността се предоставят от мултидисциплинарни екипи, като медицинските сестри заемат незаменими позиции. Компетенциите на медицинските сестри представляват значителен потенциал в областта на превантивните грижи в общността, както и в по-традиционните роли в лечението и възстановяването [5].

Материал и методи

Настоящата разработка представлява литературен обзор, базиран на: ESC Guidelines for Acute Coronary Syndromes (2023), публикации в PubMed/StatPearls, препоръки на American Heart Association и друга медицинска литература. Използвани са описателен и сравнителен метод за анализ на съвременните терапевтични и сестрински подходи.

Резултати и обсъждане

Кардиологичните грижи се промениха значително през последните години и много роли, които традиционно се изпълняваха от медицински персонал, бяха поети от медицински сестри. Освен това, медицинското лечение, което получават пациентите с остър коронарен синдром (ОКС), стана значително по-инвазивно и сложно с наличието на нови лекарства и възможности за лечение. Това прави кардиологичните грижи вълнуваща област за работа, със значителен потенциал за професионално развитие. Освен това, напредъкът в методологията за безопасност на пациентите променя предоставянето на услуги. Ролята на кардиологичната медицинска сестра остава ключова за предоставянето на добри грижи и за гарантирането, че те остават безопасни, ефективни и ориентирани към пациента. Това е първата от двучастна статия за ролята на медицинската сестра в отделението за коронарни грижи (ОКИ) при лечението на пациенти с ОКС и описва първоначалното лечение[6].

В острата фаза медицинската сестра изпълнява водеща роля при първичната клинична оценка на пациента, която включва проследяване на жизнените показатели, оценка на болковия синдром и интерпретация на електрокардиографските изменения. Навременната реакция и ефективната координация с

лекарския екип са от съществено значение за своевременното започване на терапия в съответствие със съвременните клинични препоръки на организации като American Heart Association и European Society of Cardiology [4,2].

Сестринските интервенции обхващат прилагането на медикаментозна терапия, кислородолечение, овладяване на болката и тревожността, както и непрекъснат мониторинг на сърдечния ритъм. Особено важен аспект е превенцията на усложнения чрез ранно разпознаване на аритмии, сърдечна недостатъчност и други потенциално животозастрашаващи състояния [9].

Съвременните тенденции в сестринските грижи включват интегриране на телемедицински решения и дигитални технологии за проследяване, които осигуряват по-ефективен контрол върху състоянието на пациентите след дехоспитализация. Медицинската сестра има ключова роля в обучението на пациентите, насочено към модифициране на рисковите фактори, включително оптимизиране на хранителния режим, повишаване на физическата активност, прекратяване на тютюнопушенето и подобряване на придържането към терапията [10]. „Съвременните сестрински грижи при пациенти с остър коронарен синдром се отличават с интегриране на иновативни технологии, проактивен подход и активно участие на медицинската сестра в мултидисциплинарния екип, което значително подобрява качеството на предоставяните здравни грижи“ (Табл. 1):

Според препоръките на European Society of Cardiology (ESC), ранната диагностика и бързата реперфузия са решаващи за преживяемостта [7].

Медицинските сестри са ключов компонент в ранното разпознаване на симптомите, стартиране на протоколи и координация на лечението.

Медицинските сестри отговарят за обучението на пациентите относно правилния прием на медикаменти, включително дозировка, време и възможни нежелани реакции [7]. Те извършват медикаментозно съгласуване с цел предотвратяване на лекарствени грешки и взаимодействия [9]. Прилагането на медикаменти се осъществява според принципа на „шестте права“ (правилен пациент, лекарство, доза, път, време и документация) [11]. Непрекъснатото наблюдение за нежелани реакции е задължително [12].

Таблица 1. Съпоставка между традиционните и съвременните сестрински грижи

Аспект	Традиционни сестрински грижи	Съвременни сестрински грижи
Подход към пациента	Реактивен (след настъпване на симптоми)	Проактивен (ранно разпознаване и превенция)
Мониторинг	Периодичен (кръвно налягане, пулс)	Непрекъснат (ЕКГ мониторинг, телеметрия, дигитални устройства)
Технологии	Ограничено използване	Телемедицина, мобилни приложения, дистанционен мониторинг
Роля на сестрата	Изпълнение на лекарски назначения	Активен член на мултидисциплинарен екип, участие в решения
Комуникация с пациента	Еднопосочна	Двупосочна, пациент-центрирана
Обучение на пациента	Ограничено	Систематично, индивидуализирано здравно обучение
Контрол на болката	Основно медикаментозен	Комплексен (медикаментозен + психологическа подкрепа)
Превенция	Вторична (след събитие)	Първична и вторична превенция
Проследяване след изписване	Ограничено	Дистанционно проследяване и телемониторинг
Документация	Хартиена	Електронни здравни досиета
Вземане на решения	Основно от лекар	Съвместно (екипен подход)
Фокус на грижите	Болестно ориентиран	Пациент-ориентиран (holistic approach)

Кардиологичната рехабилитация е основен елемент на вторичната профилактика. Тя води до намаляване на смъртността и подобряване на качеството на живот [13].

Фаза I включва ранна мобилизация, дихателни упражнения, обучение и психологическа подкрепа [14]. Медицинските сестри участват активно в обучението, оценката и проследяването на пациентите.

Хибридните и домашни рехабилитационни програми увеличават достъпността и подобряват придържането към терапията [13].

Психологически фактори като тревожност и депресия влияят негативно върху прогнозата при пациенти с коронарна болест [15]. Доказано е, че когнитивно-поведенческата терапия, образователните интервенции и семейната подкрепа подобряват психичното здраве и придържането към лечение [15,16]. Медицинските сестри играят важна роля в предоставянето на емоционална подкрепа. Първоначалната оценка включва анализ на болката в гърдите, електрокардиографски промени и мониториране на жизнените показатели [17]. При STEMI основен приоритет е бързата перкутанна коронарна интервенция (PCI), която значително подобрява преживяемостта [7]. Перкутанната коронарна интервенция

представлява минимално инвазивна процедура за механично възстановяване на коронарния кръвоток чрез балонна ангиопластика и имплантиране на стент при пациенти с исхемична болест на сърцето[7]. PCI включва разширяване на стеснената артерия с балон (балонна ангиопластика), последвано от поставяне на стент. Процедурата се извършва по време на коронарография. PCI е основен метод на лечение при Acute Coronary Syndrome (особено STEMI), стабилна коронарна болест, значими стенози на коронарните артерии. Основната цел е възстановяване на кръвотока (реперфузия), ограничаване на миокардното увреждане и подобряване на преживяемостта[2,7]. Предимствата се свързват с бързо възстановяване на кръвотока, по-нисък риск от повторен инфаркт и по-добра прогноза в сравнение с фибринолизата. Недостатъците и рисковете се свързват с риск от тромбоза на стента, кървене, рестеноза (повторно стесняване) и нужда от антитромботична терапия. Коронарографията представлява инвазивен образен метод за визуализация на коронарните артерии чрез контрастно вещество и рентгенова техника, използван за диагностика и терапевтично планиране при пациенти с исхемична болест на сърцето[7]. Процедурата се

осъществява чрез въвеждане на катетър през артерия (най-често радиална или феморална), който се насочва към коронарните съдове, след което се инжектира контрастно вещество и се извършва рентгеново заснемане.

Основната цел на коронарографията е да установи степента и локализацията на коронарната болест и да подпомогне избора на лечение (медикаментозно, стент или хирургия). Коронарографията е „златен стандарт“ за диагностика при: Acute Coronary Syndrome, стабилна стенокардия и съмнение за коронарна болест. Позволява директно преминаване към лечение (например поставяне на стент – PCI). Предимства: висока диагностична точност, възможност за едновременно лечение и намалява смъртността при остри състояния[2]. Недостатъци и рискове: лъчево натоварване, контраст-индуцирана нефропатия както и риск от кървене или съдови усложнения [18].

Фибринолизата представлява процес на разграждане на фибриновите съсиреци чрез активиране на плазминогена до плазмин, който разрушава фибрина[19]. В клиничната практика фибринолизата се използва като тромболитична терапия при пациенти с Acute Coronary Syndrome, особено при STEMI, когато не е възможно своевременно извършване на перкутанна коронарна интервенция[2,7]. Основната цел на фибринолитичната терапия е бързо възстановяване на коронарния кръвоток и ограничаване на миокардното увреждане[4]. Приложението на фибринолиза е свързано с риск от усложнения, като най-сериозното е кървене, включително вътречерепен кръвоизлив [19]. Създаването и внедряването на координирани регионални системи за лечение на пациенти със STEMI е свързано със значително съкращаване на времето до реперфузия и подобряване на преживяемостта, което е доказано в редица сравнителни проучвания преди и след тяхното въвеждане в различни здравни системи [20]. През последните години се наблюдава съществен напредък в намаляването на времето от първия медицински контакт (FMC) до извършването на реперфузия, като тези подобрения корелират с по-добри клинични резултати при пациентите със STEMI [20]. Навременната първична перкутанна коронарна интервенция (ППКИ) се утвърждава като предпочитан метод за реперфузия, тъй като е свързана с по-висока

преживяемост в сравнение с фибринолитичната терапия, когато се използва като първична стратегия при пациенти със STEMI [20]. Първичната перкутанна коронарна интервенция (PCI) е предпочитаният метод за реперфузия при пациенти със STEMI, когато може да бъде извършена своевременно от опитен екип, тъй като е свързана с по-ниска смъртност, по-нисък риск от повторен инфаркт и по-малка честота на вътречерепен кръвоизлив в сравнение с фибринолитичната терапия [21]. ESC препоръчва PCI да бъде извършена в рамките на 120 минути от първия медицински контакт (FMC). При очаквано забавяне над този интервал, фибринолитичната терапия трябва да бъде приложена възможно най-рано, особено в рамките на първите 12 часа от началото на симптомите [21]. Въпреки предимствата си, PCI е инвазивна процедура, свързана с потенциални рискове като съдови усложнения, контраст-индуцирана нефропатия и радиационно натоварване. От друга страна, фибринолизата е по-лесно приложима в извънболнични условия, но е асоциирана с по-ниска ефективност за възстановяване на коронарния кръвоток и по-висок риск от хеморагични усложнения, включително вътречерепен кръвоизлив [21,7]. Поради това ESC подчертава, че изборът на реперфузионна стратегия трябва да бъде индивидуализиран, като се вземат предвид времето до лечение, наличните ресурси и клиничното състояние на пациента [21].

Основните сестрински дейности включват непрекъснат мониторинг, кислородотерапия, обезболяване, подготовка за PCI, емоционална подкрепа и координация на екипа [17].

Съвременната кардиологична сестринска грижа включва използване на: електронни здравни досиета, мобилни приложения (mHealth), телемедицина, дистанционно наблюдение, системи за клинична подкрепа и изкуствен интелект. Тези технологии подобряват проследяването на пациентите и намаляват хоспитализациите [10,22,23].

Ефективното лечение на ОКС изисква мултидисциплинарен подход с участието на лекари, медицински сестри, фармацевти и спешни екипи [24]. Този модел подобрява клиничните резултати, намалява усложненията и повишава удовлетвореността на пациентите [24].

Таблица 2. Сравнителни характеристики между първична перкутанна коронарна интервенция и Фибринолиза (според ESC)

Критерий	Първична PCI (ППКИ)	Фибринолитична терапия
Ефективност	По-висока – възстановява коронарния кръвоток при повечето пациенти	По-ниска – непълна реперфузия при част от пациентите
Смъртност	По-ниска	По-висока
Риск от повторен инфаркт	По-нисък	По-висок
Риск от инсулт	По-нисък	По-висок (особено хеморагичен)
Времеви прозорец	До 120 мин от първи медицински контакт	До 12 часа (най-ефективна <3 часа)
Приложимост	Изисква катетеризационна лаборатория и екип	Може да се приложи извънболнично
Инвазивност	Инвазивна процедура	Неинвазивна
Усложнения	Кървене, съдови усложнения, контрастна нефропатия, радиация	Кръвоизливи, включително вътречерепен
Предпочитание (ESC)	Метод на избор при STEMI	Алтернатива при забавяне на PCI >120 мин

Заклучение

Съвременните сестрински грижи при пациенти с остър коронарен синдром (ОКС) се характеризират с интегриран, пациент-центриран подход, който съчетава ранна диагностика, интензивен мониторинг и прилагане на доказателствено базирани интервенции. В съответствие с препоръките на European Society of Cardiology и American Heart Association, бързото разпознаване на симптомите и своевременното започване на реперфузионна терапия са критични фактори за намаляване на смъртността и усложненията при ОКС [2,4,7,8]. Това подчертава ключовата роля на медицинската сестра в първоначалната оценка, триажа и координацията на грижите.

В сравнение с традиционните модели, съвременната сестринска практика се отличава с по-активно участие в клиничното вземане на решения и използването на иновативни технологии. Телемедицината и дистанционното мониториране доказано подобряват контрола на хроничните състояния и намаляват повторните хоспитализации, като същевременно улесняват проследяването на пациентите след изписване [10,23]. Тези подходи позволяват по-ранно откриване на усложнения и навременна намеса, което е особено важно при пациенти с висок риск.

Съществен компонент на съвременните сестрински грижи е управлението на медикаментозната терапия, включително процеси

като съгласуване на лекарствата и превенция на лекарствени грешки. Данните показват, че системният подход към медикаментозната безопасност значително намалява нежеланите събития и подобрява терапевтичните резултати [11,12]. В този контекст ролята на медицинската сестра е не само изпълнителска, но и контролна и координационна.

Рехабилитацията и вторичната превенция също заемат централно място в грижите за пациенти с ОКС. Програмите за сърдечна рехабилитация, базирани на физическа активност, обучение и психосоциална подкрепа, водят до значително намаляване на смъртността и повторните сърдечно-съдови събития [13,14]. Медицинските сестри играят ключова роля в насочването, обучението и мотивацията на пациентите за участие в тези програми.

Психосоциалните аспекти на грижите не бива да се подценяват, тъй като депресията и тревожността са често срещани при пациенти със сърдечно-съдови заболявания и са свързани с по-лоши клинични резултати [15,16]. Прилагането на интервенции като когнитивно-поведенческа терапия и изграждането на терапевтична връзка между медицинската сестра и пациента допринасят за подобряване на психичното здраве и качеството на живот.

Напредъкът в интервенционалната кардиология, включително широкото приложение на перкутанната коронарна интервенция (PCI), също оказва влияние върху сестринските грижи. Съвременните ръководства показват,

че първичната PCI превъзхожда фибринолитичната терапия по отношение на преживяемостта и честотата на усложненията, особено когато се извършва в препоръчителните времеви рамки [20,21]. Това изисква от медицинските сестри висока степен на компетентност в подготовката на пациента, асистирането по време на процедурата и последващото наблюдение.

Въпреки значителния напредък, съществуват и предизвикателства, включително необходимостта от оптимално разпределение на ресурсите, повишаване на здравната грамотност и интегриране на нови технологии като изкуствен интелект. Използването на AI и системи за клинична подкрепа има потенциал да подобри диагностиката и персонализирането на грижите, но изисква допълнителни изследвания и обучение на персонала [22].

В заключение, съвременните сестрински грижи при ОКС представляват динамична и мултидисциплинарна област, която съчетава клинична експертиза, технологични иновации и пациент-центриран подход. Интеграцията на тези елементи е ключова за подобряване на клиничните резултати и качеството на живот на пациентите.

Литература

1. World Health Organization.
2. European Society of Cardiology (ESC Guidelines).
3. Thygesen K. et al., 2018; StatPearls, 2023
4. American Heart Association. Guidelines for Cardiovascular Care. 2020.
5. Tóthová V, Bártlová S, Šedová L, Treslova M, Chloubová I, Prošková E. The nurse's role in preventive care in the field of community nursing. *Neuro Endocrinol Lett.* 2014;35 Suppl 1:26-33. PMID: 25433351.
6. Acute coronary syndromes—the role of the CCU nurse. Part II: A look at inpatient recovery and discharge Nicole Macdonald, Jenny Jones, Stephen J Leslie 04 November 2016 | *British Journal of Cardiac Nursing*, Vol. 11, No. 11
7. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2023.
8. O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of ST-elevation myocardial infarction. *Circulation.* 2013.
9. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes. *Circulation.* 2014.
10. Kitsiou S, Paré G, Jaana M. Effects of home telemonitoring interventions on patients with chronic conditions. *J Med Internet Res.* 2015
11. Elliott RA, et al. Medication reconciliation. *BMJ Qual Saf.* 2013.
12. Bates DW, et al. Medication errors. *J Gen Intern Med.* 1995.
13. Anderson L, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016.
14. Balady GJ, et al. Cardiac rehabilitation referral. *Circulation.* 2011.
15. Lichtman JH, et al. Depression and coronary disease. *Circulation.* 2014.
16. Huffman JC, et al. Psychological care in CVD. *Circulation.* 2013.
17. Roffi M, et al. ESC ACS guidelines. *Eur Heart J.* 2016.
18. Mehran R et al., 2019
19. Pang PS, et al., 2023 (StatPearls Publishing).
20. O’Gara PT, Kushner FG, Ascheim DD, et al. 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes. *Circulation.* 2025.
21. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2018.
22. Topol EJ. AI in medicine. *Nat Med.* 2019.
23. Eysenbach G. Telemedicine. *J Med Internet Res.* 2001.
24. ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI. 2025 Guideline for the Management of Acute Coronary Syndromes.

Преп. Божурка Маринова
Катедра по сестрински грижи
Факултет по Обществено здраве
Медицински Университет – Пловдив
e-mail: Bozhurka.Marinova@mu-plovdiv.bg



ПРОФЕСИОНАЛНА ИДЕНТИЧНОСТ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ В УСЛОВИЯТА НА КАДРОВИ ДЕФИЦИТ: ФЕНОМЕНОЛОГИЧНО ПРОУЧВАНЕ

Василка Гюрова-Кънчева, Златина Стоянова

PROFESSIONAL IDENTITY OF NURSES IN THE CONTEXT OF THE WORKFORCE SHORTAGE: A PHENOMENOLOGICAL STUDY

Vasilka Gyurova-Kancheva, Zlatina Stoyanova

ABSTRACT: Professional identity in nursing is a dynamic phenomenon shaped by the interaction between personal values and organizational conditions. The aim of this study is to explore how nurses experience their professional identity in the context of workforce shortage. A qualitative research design based on Interpretative Phenomenological Analysis was applied. Data were collected through semi-structured interviews with eight nurses working in different healthcare settings. The analysis revealed that professional identity is constructed in tension between intrinsic motivation and external pressures. Key themes include the perception of nursing as a vocation, the central role of patient care, emotional labor, the impact of staff shortages, and lack of recognition. The findings indicate both resilience of professional identity, grounded in personal values and professionalism, and its erosion due to workload, inadequate remuneration, and discrepancies between expectations and reality. Intrinsic motivation and the meaningfulness of patient care emerged as key factors sustaining professional identity. The results highlight the need for improving working conditions, increasing professional recognition, and strengthening the nursing profession.

Key words: professional identity, nurses, workforce shortage, phenomenological analysis, motivation

Въведение

Професионалната идентичност на медицинските сестри представлява сложен и динамичен феномен, който се формира в резултат от взаимодействието между личностни характеристики, професионални ценности, образование и организационна среда. Тя отразява начина, по който медицинските сестри възприемат себе си като професионалисти, тяхната роля в здравната система и степента им на принадлежност към професията [1]. Професионалната идентичност е тясно свързана с мотивацията, удовлетвореността от труда и ангажираността към предоставянето на качествени грижи [2].

В съвременните условия здравните системи се сблъскват с нарастващ кадрови дефицит на медицински сестри, който се превръща в ключово предизвикателство за тяхната устойчивост. Според СЗО недостигът на сестрински кадри е сред водещите глобални проблеми в здравеопазването, като оказва пряко влияние върху качеството и безопасността на грижите [3]. Европейски изследвания показват, че

недостатъчният брой медицински сестри е свързан с повишен риск от неблагоприятни здравни резултати и намалена ефективност на здравните услуги [4].

В България кадровият дефицит на медицински сестри има особено изразени измерения. Данни на Национален статистически институт и Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи показват трайна тенденция към намаляване на броя на специалистите по здравни грижи, застаряване на работната сила и ограничен приток на нови кадри [5,6]. Това води до увеличено натоварване, разширяване на професионалните роли и риск от компромиси в качеството на грижите.

В условията на кадрови дефицит професионалната идентичност на медицинските сестри се оказва подложена на значителен натиск. От една страна, фактори като ниско заплащане, високо натоварване и недостатъчно обществено признание могат да доведат до демотивация и професионално прегаряне [7,8]. От друга страна, именно в такива условия се проявява устойчивостта на професионалната

идентичност, основана на ценности като грижа, емпатия и отговорност [9].

Сестринската професия традиционно се свързва с холистичен подход към пациента, включващ физически, психологически и социални аспекти на грижата [10]. В този контекст професионалната идентичност надхвърля рамките на функционалната роля и придобива ясно изразено морално и етично измерение. Същевременно организационните фактори като условия на труд, възнаграждение и възможности за развитие оказват съществено влияние върху начина, по който тази идентичност се преживява и поддържа [11].

В българския контекст се наблюдава противоречие между вътрешното разбиране за професията като призвание и реалните условия на труд, което поставя под въпрос устойчивостта на професионалната идентичност [12]. Това противоречие създава необходимост от задълбочено изследване на субективния опит на медицинските сестри.

Феноменологичният подход предоставя възможност за разкриване на смисловите структури на преживяването и за по-дълбоко разбиране на начина, по който медицинските сестри конструират и осмислят своята професионална идентичност в условията на кадрови дефицит [13].

Цел

Целта на настоящото проучване е да се изследва и интерпретира преживяването на медицинските сестри, свързано с тяхната професионална идентичност в условията на кадрови дефицит, като се разкрият значенията, които те придават на своята професионална роля, мотивация и ежедневна практика.

Настоящото изследване се ръководи от следните изследователски въпроси:

Основен въпрос:

- Как медицинските сестри преживяват и осмислят своята професионална идентичност в условията на кадрови дефицит?

Допълнителни въпроси:

- Как медицинските сестри описват същността на своята професия?
- Какви значения придават на своята професионална роля и отговорности?
- Как се е променила тяхната представа за професията с времето?
- Как кадровият дефицит влияе върху ежедневната им работа и професионално самовъзприемане?

- Как медицинските сестри преживяват признанието (или липсата му) от пациенти, колеги и общество?

- Какви са източниците на мотивация и професионална устойчивост в условия на натоварване?

- Какви фактори подпомагат или възпрепятстват формирането на стабилна професионална идентичност?

Материал и Методи

Дизайн на изследването

Настоящото изследване следва качествен изследователски дизайн, основан на интерпретативен феноменологичен анализ (Interpretative Phenomenological Analysis, IPA). Този подход е избран поради неговата насоченост към задълбочено изследване на живия опит и смисловите структури, чрез които участниците интерпретират своите преживявания [13].

Интерпретативният феноменологичен анализ се базира на феноменологията, херменевтиката и идиографския подход, като поставя акцент върху индивидуалния опит и неговото значение, а не върху обобщения или количествена представителност [13]. Основна характеристика на IPA е двойната херменевтика, при която изследователят интерпретира начина, по който участниците осмислят собствените си преживявания [13].

Участници и подбор

В изследването са включени осем медицински сестри (Респонденти 1-8), работещи в различни лечебни структури. Подборът на участниците е целенасочен, като са включени лица, които имат непосредствен опит в условията на кадрови дефицит и могат да предоставят богата и релевантна информация по изследвания проблем [13].

Критериите за включване са:

- професионален опит като медицинска сестра;
- текуща заетост в лечебно заведение;
- доброволно участие и информирано съгласие.

Хомогенността на извадката по отношение на професията и контекста е съобразена с изискванията на IPA, който препоръчва малки и относително хомогенни извадки с цел задълбочен анализ на преживяването [13].

Събиране на данни

Данните са събрани чрез полуструктурирани дълбочинни интервюта, които позволяват гъвкавост и задълбочено изследване на индивидуалния опит. Интервю-гайдът е разработен специално за целите на изследването въз основа на принципите на феноменологичния подход и включва въпроси, насочени към:

- възприятието за професионалната роля;
- значението на професията;
- преживяването на кадровия дефицит;
- мотивацията и професионалната устойчивост.

Полуструктурираните интервюта са широко използван метод в IPA, тъй като дават възможност на участниците да изразят свободно своите преживявания, като същевременно се запазва фокусът върху изследователския проблем [13,14].

Интервютата са проведени индивидуално, аудиозаписани със съгласието на участниците и транскрибирани дословно.

Анализ на данните

Анализът на данните следва стъпките на интерпретативния феноменологичен анализ, описани от Smith, Flowers и Larkin [13], като се извършва ръчно с цел по-добро потапяне в данните. Анализът следва идиографската логика на интерпретативния феноменологичен анализ, при която всеки случай се разглежда самостоятелно преди преминаване към по-високи нива на абстракция.

Етап 1: Първично кодиране

Всеки транскрипт е анализиран самостоятелно чрез многократно прочитане. В процеса на маргинално кодиране са формулирани три типа коментари:

- дескриптивни (съдържателни);
- лингвистични (езикови особености);
- концептуални (интерпретативни).

Този тип кодиране позволява задълбочено изследване както на съдържанието, така и на значението на изказванията [13].

Етап 2: Изведени теми

На базата на първичните кодове са формулирани изведени теми, които отразяват ключови аспекти на преживяването на участника. На този етап анализът остава идиографски, фокусиран върху индивидуалния случай [13].

Етап 3: Подтеми

Изведените теми са групирани в подтеми, които обединяват сходни смислови категории

и позволяват структуриране на преживяването на по-високо ниво на абстракция.

Етап 4: Надредени теми

В рамките на всеки отделен случай подтемите са обединени в надредени теми, които отразяват основните смислови структури на преживяването. Този процес е в съответствие с препоръките за тематично организиране на данните в IPA [13].

Етап 5: Проследимост на анализа

За осигуряване на прозрачност и методологична строгост е използвана таблица за аналитична проследимост (audit trail), която свързва първичните данни с кодовете, изведените теми, подтемите и надредените теми. Подобен подход се препоръчва в качествените изследвания с цел повишаване на надеждността и проследимостта на анализа [15].

Осигуряване на научна достоверност

Достоверността на изследването е осигурена чрез:

- задълбочен анализ на всеки отделен случай (идиографски подход);
- използване на дословни цитати от участниците;
- многократно връщане към първичните данни;
- водене на аналитичен дневник;
- ясно описание на аналитичния процес.

Етични аспекти

Участниците са информирани за целта на изследването, доброволния характер на участието и гарантираната анонимност. Всички данни са обработвани при спазване на етичните принципи и конфиденциалност.

Рефлексивност на изследователя

Изследователят има професионален опит в областта на здравните грижи, което предполага предварителна чувствителност към изследвания феномен. В процеса на анализа е прилаган рефлексивен подход с цел ограничаване на влиянието на предварителни предпоставки и поддържане на аналитична откритост към данните [13].

Резултати

Анализът на данните доведе до идентифициране на няколко надредени теми, отразяващи начина, по който медицинските сестри преживяват своята професионална идентичност в условията на кадрови дефицит. Темите разкриват сложна и често противоречива

структура на преживяването, характеризираща се с едновременно наличие на силна вътрешна мотивация и значителен външен натиск.

Таблица 1. Пример за аналитична проследимост при интерпретативен феноменологичен анализ

Дословен откъс	Концептуален коментар	Изведена тема	Наредена тема
„Не се чувствам достатъчно призната.“	Липса на социална валидизация	Липса на признание	Социална девалвация
„Работим за трима души.“	Претоварване	Кадрови дефицит	Системен натиск

1. Професионалната идентичност като призвание и морална стойност

Подтеми:

- Професията като мисия
- Алтруизъм и грижа за пациента
- Идентичност като част от личността

Участниците описват професията като дълбоко свързана с личностни ценности и морална ангажираност. За мнозина тя не се възприема просто като работа, а като призвание и начин на живот.

„Това е начин на живот и призвание.“ (P5)

„Да помагаш на пациента в един от най-критичните моменти.“ (P8)

„Мен ме задържа любовта към професията.“ (P1)

Грижата за пациента се явява централен смислов елемент, който структурира професионалната идентичност.

2. Професионалната идентичност като компетентност и отговорност

Подтеми:

- Знания и професионализъм
- Клинично мислене и експертност
- Чувство за незаменимост

Участниците подчертават необходимостта от високо ниво на знания, умения и отговорност, които дефинират тяхната професионална роля.

„Трябва да има знания и практика... клинично мислене.“ (P7)

„Без нас не може.“ (P4)

„Всичко това са знания, морал, дисциплина.“ (P1)

Професионалната идентичност се изгражда не само чрез ценности, но и чрез компетентност.

3. Емоционалният труд като същност на сестринската практика

Подтеми:

- Емоционално натоварване
- Емпатия и ангажираност
- Връзка с пациента

Емоционалният аспект на работата е ясно изразен като съществен компонент на професионалното преживяване.

„Пациентите разтоварват напрежението върху нас.“ (P3)

„Емоционалното натоварване е по-голямо от физическото.“ (P5)

„Потапяне в света на пациента.“ (P8)

Емоционалният труд е едновременно източник на смисъл и на натоварване.

4. Кадровият дефицит като източник на системен натиск

Подтеми:

- Претоварване
- Разширяване на ролите
- Невъзможност за адекватни грижи

Недостигът на персонал се преживява като централен проблем, който влияе върху всички аспекти на работата.

„Работим за трима души.“ (P1)

„Не може една сестра да отговаря за 15–20 болни.“ (P1)

„Няма как пациентът да получи адекватни грижи.“ (P1)

„Работата става все по-натоварена и често се налага да поемаме повече задължения.“ (P2)

Кадровият дефицит води до интензификация на труда и създава риск за качеството на грижите.

5. Разминаване между професионален идеал и реалност

Подтеми:

- Разочарование
- Загуба на идеализъм
- Преоценка на професията

Част от участниците описват ясно разминаване между първоначалните си очаквания и реалната професионална среда.

„Имах друго виждане... реалността показва друго.“ (P6)

„Променило се е към негативна характеристика.“ (P6)

„Мислех, че ще сме по-добре платени.“ (P1)

Това разминаване води до напрежение в професионалната идентичност.

6. Липса на признание и социална девалвация

Подтеми:

- Недостатъчно институционално признание
- Ограничена обществена оценка

- Пациентско признание като компенсаторен механизъм

Участниците споделят усещане за недостатъчна оценка на труда им.

„Не мисля, че има признателност.“ (P1)

„Не се чувствам достатъчно призната.“ (P4)

„Признанието е от пациентите.“ (P7)

Липсата на признание се преживява като фактор, подкопаващ професионалната мотивация.

7. Ерозия и устойчивост на професионалната идентичност

Подтеми:

- Демотивация и съмнение
- Частично дистанциране
- Устойчивост чрез вътрешна мотивация

Анализът показва амбивалентност в преживяването – между ерозия и устойчивост.

„Не го чувствам.“ (P6)

„Продължавам засега.“ (P6)

„Това е моя работа... обичам я.“ (P7)

При част от участниците се наблюдава отслабване на идентичността, докато при други тя се поддържа чрез вътрешни ресурси.

8. Вътрешна мотивация като ключов стабилизиращ фактор

Подтеми:

- Любов към професията
- Смисъл чрез грижа
- Удовлетворение от помощта

Въпреки трудностите, вътрешната мотивация остава водещ фактор за задържане в професията.

„Любовта към професията... това ме държи.“ (P1)

„Когато ми благодарят, съм щастлива.“ (P5)

„Грижата за пациента е най-важна.“ (P8)

Този вътрешен смисъл компенсира външните дефицити.

Обсъждане

Настоящото изследване разкрива, че професионалната идентичност на медицинските сестри в условията на кадрови дефицит се формира в контекста на динамично напрежение между вътрешни ценности и външни организационни ограничения. Резултатите показват, че участниците преживяват професията едновременно като призвание и като източник на значително натоварване, което съответства на съвременните теоретични разбирания за сестринската идентичност като многопластов и контекстуално обусловен феномен [1,2]. Това потвърждава разбирането за професионалната

идентичност като процесуален и динамичен феномен, а не като статична характеристика.

Един от основните изводи е централната роля на грижата като морална и ценностна основа на професионалната идентичност. Участниците последователно описват професията като свързана с емпатия, всеотдайност и отговорност към пациента. Този резултат е в съответствие с концепцията за грижа като ядро на сестринската практика, развита в теорията на Watson [10].

В същото време резултатите подчертават значимото влияние на кадровия дефицит върху ежедневната практика и преживяването на професионалната роля. Недостигът на персонал води до повишено натоварване, разширяване на професионалните отговорности и невъзможност за предоставяне на желаното качество на грижи. Тези находки съвпадат с данни от международни изследвания, които свързват недостатъчния брой медицински сестри с влошени здравни резултати и повишен риск от професионално прегаряне [4,7].

Особено значим е установеният феномен на разминаване между първоначалните очаквания към професията и реалните условия на работа. При част от участниците това разминаване води до ерозия на професионалната идентичност, изразена чрез съмнение, дистанциране и намалена мотивация. Подобни резултати са докладвани и в други изследвания, които посочват, че неудовлетвореността от условията на труд е ключов фактор за намерения за напускане на професията [7].

Наред с това, анализът разкрива и противоположна тенденция — устойчивост на професионалната идентичност, основана на вътрешна мотивация и личностни ценности. При част от участниците професията се преживява като неразделна част от личността, което подпомага адаптацията към неблагоприятните условия. Този резултат потвърждава значението на вътрешните ресурси и професионалните ценности като защитен механизъм срещу професионалния стрес [9].

Липсата на признание — както от институциите, така и от обществото — се откроява като важен фактор, влияещ върху мотивацията и професионалното самовъзприемане. В същото време признанието от пациентите се явява ключов компенсаторен механизъм, който поддържа усещането за смисъл и значимост на професията. Този двоен характер на признанието е в съответствие с изследвания, разглеждащи социалния образ на сестринството и

неговото влияние върху професионалната идентичност [2].

На базата на анализа може да се формулира следната феноменологична същност на изследвания феномен: да бъдеш медицинска сестра в условията на кадрови дефицит означава да поддържаш професионалната си идентичност като израз на вътрешна отдаденост към грижата, въпреки хроничното натоварване, ограничените ресурси и недостатъчното признание. Професията се преживява като едновременно призвание и изпитание, в което смисълът се извлича от взаимоотношението с пациента, а устойчивостта се изгражда чрез лични ценности, професионализъм и адаптация към системния натиск.

Заклучение

Резултатите от изследването показват, че професионалната идентичност на медицинските сестри е динамичен и контекстуално обусловен процес, който се формира в пресечната точка между личностни ценности и организационни условия. Кадровият дефицит се явява ключов фактор, който оказва съществено влияние върху начина, по който тази идентичност се преживява и поддържа.

Въпреки неблагоприятните условия, вътрешната мотивация, свързана с грижата за пациента, остава основен стабилизиращ фактор. Същевременно липсата на признание, високото натоварване и ограничените ресурси създават предпоставки за ерозия на професионалната идентичност при част от специалистите.

Практическите импликации на изследването са свързани с необходимостта от:

- подобряване на условията на труд и възнаграждението;
- осигуряване на достатъчен брой медицински сестри;
- повишаване на общественото и институционалното признание;
- подкрепа на професионалното развитие и обучението.

Подобни мерки са ключови за укрепване на професионалната идентичност и за задържане на медицинските сестри в системата на здравеопазването.

Литература

1. Johnson M, Cowin LS, Wilson I, Young H. Professional identity and nursing. *Int Nurs Rev*.

2012;59(4):562–569, doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.01023.x

2. van der Cingel M, Brouwer J. What makes a nurse today? *Nurs Philos*. 2021;22(2):e12322, doi: 10.1111/nup.12322

3. World Health Organization. State of the world's nursing 2020. Geneva: WHO; 2020.

4. Aiken LH, Sloane DM, Ball J, et al. Patient satisfaction and nurses. *BMJ Open*. 2018;8:e019189, doi: 10.1136/bmjopen-2017-019189

5. Natsionalen statisticheski institut. Zdraveopazvane 2023 [Internet]. Sofiya: NSI; [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://www.nsi.bg>

6. Balgarska asotsiatsiya na profesionalistite po zdravni grizhi. Godishen доклад [Internet]. Sofiya: BAPZG; 2023 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://www.nursing-bg.com>

7. Dall'Ora C, Ball J, Recio-Saucedo A, et al. Nurse burnout. *Int J Nurs Stud*. 2020;112:103731, doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103731

8. Halcomb E, Smyth E, McInnes S. Job satisfaction and retention. *J Adv Nurs*. 2018;74(10):2353–2362, doi: 10.1111/jan.13751

9. Labrague LJ, De los Santos JAA. Resilience and burnout. *J Nurs Manag*. 2021;29(3):395–403, doi: 0.1111/jonm.13178

10. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Rev ed. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008

11. OECD. Health at a Glance: Europe 2022 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2022 [cited 2026 Apr 14]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe/>

12. Dimitrova M, Ivanova L. Udovletvorenost pri meditsinskite sestri. *Sestrinsko delo*. 2019;2:15–20

13. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis. 2nd ed. London: SAGE; 2022

14. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 4th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2018

15. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Newbury Park (CA): SAGE Publications; 1985

Ас. Василка Гюрова-Кънчева
Медицински университет – Пловдив, ФОЗ, Катедра по сестрински грижи
Vasilka.kancheva@mu-plovdiv.bg

Ас. Златина Стоянова
Бургаски държавен университет „Проф. д-р Асен Златаров“, Факултет по обществено здраве и здравни грижи
Катедра здравни грижи
zlatina_zz@abv.bg



ОБЩНОСТЕН СКРИНИНГ НА СЪРДЕЧНО-МЕТАБОЛИТНИЯ РИСК В РАМКИТЕ НА СВЕТОВНИЯ ДЕН НА СЪРЦЕТО – УПРАВЛЕНСКИ И ОБРАЗОВАТЕЛНИ АСПЕКТИ НА СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА

Василка Гюрова-Кънчева, Кристиан Аргиров

COMMUNITY-BASED SCREENING OF CARDIOMETABOLIC RISK IN THE CONTEXT OF WORLD HEART DAY – MANAGERIAL AND EDUCATIONAL ASPECT OF NURSING PRACTICE

Vasilka Gyurova-Kancheva, Kristian Argirov

ABSTRACT: This article presents a comparative analysis of two independent one-day cross-sectional community-based screening initiatives conducted in 2024 and 2025 on the occasion of World Heart Day. The aim is to assess the prevalence of arterial hypertension and cardiometabolic risk among randomly selected individuals, as well as to analyze the role of nursing practice in the organization and implementation of preventive activities.

The screening included measurements of blood pressure and pulse, and in 2025 – random capillary blood glucose. Hypertension was defined as $\geq 140/90$ mmHg, and elevated glucose as ≥ 7.0 mmol/L. A total of 58 individuals were examined in 2024 and 42 in 2025. The prevalence of hypertension was 37.9% and 30.9%, respectively, with no statistically significant difference between the two campaigns. In 2025, blood glucose was measured in 25 participants, of whom 28% had elevated values. Combined cardiometabolic risk (elevated blood pressure and glucose) was identified in 8% of the screened individuals.

Nursing students from the second to fourth academic year participated in the initiative, providing an opportunity for practice-based learning and development of professional competencies. In 2025, cardiologists were also involved, offering on-site consultations following the screening. Educational brochures were distributed to 100% of participants, supporting health education and encouraging behavioral change.

The findings highlight the importance of community-based screening as an effective tool for early detection of risk conditions and emphasize the key role of nurses in managing and delivering health education and preventive care activities.

Key words: hypertension, community-based screening, health education, nursing practice, cardiometabolic risk

Въведение

Сърдечно-съдовите заболявания продължават да бъдат водеща причина за заболяемост и смъртност в глобален мащаб, като артериалната хипертония се определя като един от най-значимите модифицируеми рискови фактори за тяхното развитие [1,2]. Епидемиологичните данни показват, че значителна част от засегнатите лица остават недиагностицирани или с неадекватен контрол, което води до повишен риск от усложнения като исхемична болест на сърцето, мозъчен инсулт и хронична сърдечна недостатъчност [1,3]. Според данни на Националния статистически институт, сърдечно-съдовите заболявания продължават да бъдат водеща причина за смъртност в България, като формират 60.7% от всички смъртни случаи, с

коефициент на смъртност 948.5 на 100 000 население [4]. В същото време хроничните незаразни заболявания, включително захарният диабет, засягат значителна част от населението, като над 40% от лицата декларираят наличие на дългогодишен здравен проблем [5]. Тези данни подчертават високата обществена значимост на кардио-метаболическия риск и необходимостта от ранно откриване чрез скринингови инициативи. В този контекст ранното откриване и контролът на артериалното налягане са ключови компоненти на стратегиите за първична профилактика. Паралелно с това, концепцията за сърдечно-метаболическия риск интегрира взаимовръзката между артериалната хипертония, нарушенията в глюкозния метаболизъм и други рискови фактори, като затлъстяване и физическа неактивност [6,7].

Натрупването на тези фактори води до мултипликативен ефект върху сърдечно-съдовия риск, което налага необходимостта от комплексен подход при скрининга и превенцията. В този смисъл, идентифицирането на лица с комбинирани рискови фактори в ранните етапи има съществено значение за ограничаване на дългосрочните здравни последици.

Общностно-базираните скринингови инициативи представляват ефективен модел за достигане до широк кръг от населението, включително до лица без изявена симптоматика, които рядко търсят медицинска помощ [8,9]. Те осигуряват възможност за ранно идентифициране на рискови състояния, както и за непосредствено предоставяне на здравно-образователни интервенции. В литературата се подчертава, че подобни инициативи имат не само диагностична, но и силно изразена превантивна и поведенческа стойност [9].

В рамките на общественото здраве, ролята на медицинската сестра се разширява отвъд традиционните клинични функции и включва управленски, образователни и координационни дейности [10]. Сестринската практика обхваща планиране и организация на превантивни инициативи, извършване на скрининг, здравно консултиране и насочване към последващо медицинско проследяване. Международни проучвания показват, че програмите, ръководени от медицински сестри, са ефективни при скрининг и контрол на сърдечно-метаболитните рискови фактори. Систематични прегледи и метаанализи доказват, че сестринските интервенции водят до по-добър контрол на артериалното налягане в дългосрочен план и подобряват придържането към терапията [11,12]. Освен това, сестринско-водените програми оказват значимо влияние върху модификацията на рисковото поведение, включително подобряване на хранителните навици, увеличаване на физическата активност и редукция на приема на сол [13]. Данни от рандомизирани контролирани проучвания показват, че общностни модели за управление на хипертония, базирани на сестрински грижи, водят до статистически значимо намаляване на артериалното налягане и подобрене в самоконтрола на пациентите [14]. Съществуват доказателства и за ефективността на сестрински програми при пациенти с комбиниран кардиометаболичен риск, включително подобрен контрол на диабет и намаляване на сърдечно-съдовите събития [15]. Тези резултати утвърждават медицинската сестра като ключов участник в

превенцията, ранния скрининг и дългосрочното управление на хроничните незаразни заболявания.

Особено значение има и участието на студенти по здравни грижи, което създава условия за интеграция на теоретичното обучение с практиката и подпомага формирането на професионални компетентности в реална среда [16]. Проучванията показват, че студентите могат ефективно да се включват в скринингови инициативи, включително измерване на артериално налягане, събиране на здравна информация и провеждане на здравно-образователни дейности под супервизия на преподаватели и медицински специалисти [17]. В едно от тези изследвания е демонстрирано, че студенти от последните курсове успешно участват в общностни скринингови кампании за хипертония, като допринасят за откриването на нови случаи и за повишаване на здравната информираност сред населението [17].

Освен диагностичната си роля, участието на студенти в подобни инициативи има значим образователен ефект. Данни от програми по общественото здраве показват, че студентите развиват практически умения в реална среда, включително комуникация с пациенти, здравно консултиране и оценка на рискови фактори [18]. Участието им в скринингови дейности подпомага изграждането на клинично мислене и професионална идентичност, като същевременно допринася за повишаване на достъпа до здравни услуги в общността.

Допълнително, в рамките на обучението по общественото здраве, студентите участват в дейности, обхващащи трите нива на профилактика, включително провеждане на скрининг за хронични заболявания, здравно обучение и проследяване на рискови групи [9, 19]. Този тип участие се разглежда като ефективен модел за интеграция на обучение чрез практика (service-learning), който съчетава академичното образование с реални здравни интервенции в общността.

Наличните доказателства подкрепят включването на студенти от специалност медицинска сестра в превантивни програми като устойчив подход, който едновременно повишава качеството на обучението и разширява обхвата на общественото здравеопазване. В този контекст настоящото изследване разглежда общностния скрининг не само като инструмент за ранно откриване на рискови състояния, но и като модел за интеграция на обучение, практика и управление в сестринската дейност.

Цел

Целта на настоящото проучване е да се извърши сравнителен анализ на резултатите от две независими еднодневни общностни скринингови кампании, проведени през 2024 г. и 2025 г., както и да се оцени честотата на артериална хипертония и кардио-метаболически риск сред случайно подбрана популация, в контекста на превантивната и образователната роля на сестринската практика.

Материал и Методи

Настоящото изследване представлява сравнителен анализ на две независими еднодневни крос-секционни общностно-базирани скринингови кампании, проведени през 2024 г. и 2025 г. по повод Световния ден на сърцето. В проучването са включени съответно 58 лица през 2024 г. и 42 лица през 2025 г., подбрани на случаен принцип сред минувачи, без предварителна селекция по здравен статус. Скринингът включва измерване на артериално налягане и сърдечна честота при всички участници, а през 2025 г. – и измерване на случайна капилярна кръвна глюкоза. Измерванията са извършени със стандартни апарати за неинвазивно измерване, при спазване на основни принципи за правилно измерване в амбулаторни условия. Критерий за артериална хипертония е стойност на артериалното налягане $\geq 140/90$ mmHg, съгласно актуалните европейски препоръки [2]. Повишена стойност на случайна капилярна гликемия е дефинирана при ≥ 7.0 mmol/L, в съответствие с препоръките за скринингови изследвания [3]. Поради липсата на контрол върху хранителния прием, гликемичните стойности се интерпретират като индикативни, а не диагностични.

Организацията на инициативите включва участие на студенти от II–IV курс в специалност „Медицинска сестра“, които извършват измерванията и участват в здравно-консултативния процес под ръководството на преподавател. През 2025 г. в кампанията се включват и кардиолози, които извършват консултации на място при установени отклонения или по желание на участниците. На всички изследвани лица (100%) са предоставени здравно-информационни брошури, съдържащи препоръки за контрол на рисковите фактори и здравословен начин на живот. Статистическата обработка на данните включва използване на описателна статистика и сравнителен анализ чрез χ^2 тест

за оценка на различията между групите. За статистически значими се приемат стойности при ниво на значимост $p < 0.05$.

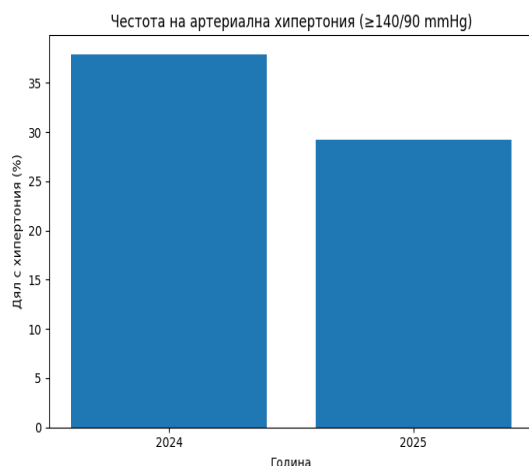
Резултати

През 2024 г. са изследвани 58 лица, при всички с налични стойности за артериално налягане. Средната стойност на систолното артериално налягане е 131.97 ± 15.42 mmHg, а на диастолното – 80.84 ± 9.91 mmHg. Артериална хипертония, дефинирана като стойности $\geq 140/90$ mmHg, е установена при 22 лица, или 37.9% от изследваните. В същата кампания 12 лица са с отбелязани оплаквания, а 46 – без оплаквания. Сред лицата с оплаквания честотата на хипертония е 58.3%, докато при лицата без оплаквания тя е 32.6%. Разликата не достига статистическа значимост ($\chi^2 = 1.69$; $p = 0.193$), но показва отчетлива клинична тенденция. Съотношението е представено на фигура 1. Всички регистрирани участници са получили образователни брошури:



Фиг. 1. Честота на хипертония според наличие на субективни оплаквания (2024)

През 2025 г. в таблиците са регистрирани 48 лица, но пълни стойности за артериално налягане са налични при 41 от тях. Средната стойност на систолното налягане е 130.20 ± 15.69 mmHg, а на диастолното – 82.90 ± 10.43 mmHg. Хипертония е установена при 12 лица, или 29.3% от участниците с налични стойности за артериално налягане. При сравнение между 2024 г. и 2025 г. не се установява статистически значима разлика в честотата на хипертонията (37.9% срещу 29.3%; $\chi^2 = 0.46$; $p = 0.497$) (фиг. 2):



Фиг. 2. Честота на артериална хипертония през 2024 и 2025г.

През 2025 г. случайна капилярна кръвна захар е измерена при 27 лица. Средната стойност е 6.27 ± 1.63 mmol/L, медианата е 5.8 mmol/L, а диапазонът – 4.1–10.6 mmol/L. Повишени стойности на случайната гликемия ≥ 7.0 mmol/L са установени при 8 лица, или 29.6% от изследваните с налична стойност. Тъй като измерванията са извършени при минувачи без изискване за гладно състояние, тези стойности следва да се интерпретират като скринингови и индикативни, а не като диагностични.

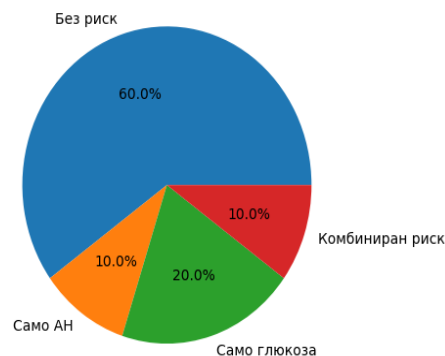
При 20 лица през 2025 г. са налични едновременно стойности за артериално налягане и гликемия, което позволява оценка на комбинирания кардиометаболитен риск. От тях 12 лица (60.0%) нямат нито един от двата изследвани рисков показателя, 2 лица (10.0%) са само с хипертония, 4 лица (20.0%) са само с повишена случайна гликемия, а 2 лица (10.0%) имат едновременно повишено артериално налягане и повишена гликемия (фиг. 3). Това означава, че 40.0% от лицата с налични и двата показателя имат поне един кардиометаболитен рисков фактор, а при 10.0% се установява комбиниран риск:

Обсъждане

Получените резултати показват, че и в двете скринингови кампании се установява съществен дял лица с повишено артериално налягане. Макар през 2025 г. делът на хипертонията да е по-нисък спрямо 2024 г., разликата не е статистически значима. Това позволява да се приеме, че и двете кампании идентифицират сходно висок рисков контингент в общността, въпреки че става дума за две независими

еднодневни инициативи, а не за проследяване на една и съща група лица.

Разпределение на кардиометаболитния риск (2025 г.)



Фиг. 3. Разпределение на кардио-метаболическия риск

Особено важен е резултатът за лицата с оплаквания през 2024 г. Макар статистическата значимост да не е достигната, честотата на хипертония при тях е почти два пъти по-висока от тази при лицата без оплаквания. Това вероятно се дължи на малкия брой участници с отбелязани симптоми, но има ясна клинична стойност. В практическо отношение данните подкрепят необходимостта субективните оплаквания да се разглеждат като важен сигнал за по-задълбочена оценка, консултиране и насочване.

Резултатите от 2025 г. показват и значението на включването на случайна капилярна гликемия към скрининговия пакет. Почти една трета от изследваните лица с налична стойност имат гликемия ≥ 7.0 mmol/L, а при част от лицата е установен и комбиниран риск. Това разширява профилактичната стойност на инициативата, тъй като не се ограничаваме единствено до артериалното налягане, а очертаваме по-широк кардиометаболитен профил. Въпреки това, поради нестрогите условия на измерване и липсата на контрол върху предходния хранителен прием, тези данни трябва да се интерпретират предпазливо – като основание за препоръка за последващо лабораторно уточняване, а не като диагноза.

В организационен план резултатите подкрепят смисъла на общностно-базираните еднодневни скринингови кампании като леснодостъпна форма за ранно откриване на рискови състояния. Данните от формулярите показват пълно раздаване на информационни материали през 2024 г., а по-широкият обхват на показателите през 2025 г. позволява по-

комплексна оценка на риска. Това съответства на превантивната и образователната роля на сестринската практика и показва, че дори кратки кампании в реална общностна среда могат да открият лица, нуждаещи се от последваща консултация и проследяване.

Ограничения на проучването

Настоящото изследване има някои ограничения, които следва да бъдат отчетени при интерпретацията на резултатите. На първо място, дизайнът на проучването е крос-секционен и базиран на еднодневни скринингови кампании, което не позволява проследяване на участниците във времето и установяване на причинно-следствени връзки [20]. Освен това, подборът на участниците е извършен на случаен принцип сред минавачи, което може да доведе до селекционна пристрастност и да ограничи възможността за обобщаване на резултатите върху цялата популация [21].

Друг съществен ограничителен фактор е, че измерванията са извършени в реална общностна среда, без строго стандартизирани условия. В частност, стойностите на артериалното налягане са базирани на единично измерване, което може да доведе до надценяване или подценяване на честотата на хипертонията, тъй като съгласно препоръките диагнозата изисква многократни измервания [2]. По аналогичен начин, измерването на случайна капилярна гликемия без контрол върху хранителния прием ограничава диагностичната стойност на резултатите и позволява единствено скринингова интерпретация [6].

Допълнително, липсата на пълни данни за всички показатели при част от участниците намалява обема на анализа, особено по отношение на комбинирания кардио-метаболичен риск. Малкият размер на подгрупите, например при анализа на лицата с оплаквания, също ограничава статистическата мощност и вероятно допринася за липсата на статистически значими разлики, въпреки наличието на клинично значими тенденции.

Независимо от тези ограничения, проучването предоставя ценна информация за разпространението на кардио-метаболичните рискови фактори в реална общностна среда и подчертава значението на скрининговите инициативи като част от първичната профилактика.

Заклучение

Проведените две еднодневни общностно-базирани скринингови кампании през 2024 г. и 2025 г. показват значителна честота на артериална хипертония и наличие на кардиометаболичен риск сред случайно изследвана популация. Независимо от липсата на статистически значима разлика между двете години, резултатите демонстрират устойчиво високо ниво на риск и необходимост от системни превантивни дейности.

Установените повишени стойности на артериално налягане и случайна гликемия, както и наличието на комбиниран риск при част от участниците, подчертават значението на интегрирания скрининг за ранно откриване на рискови състояния.

Инициативата потвърждава ефективността на общностния скрининг като достъпен инструмент за първична профилактика и подчертава ролята на медицинската сестра в организацията и провеждането на здравно-образователни дейности.

Литература

1. World Health Organization. Hypertension. Geneva: WHO; 2023. Available from: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hypertension> [Accessed 31 Mar 2026].
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2023;44(38):3727–3824. doi:10.1093/eurheartj/ehad194.
3. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990–2019: update from the GBD 2019 study. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(25):2982–3021. doi:10.1016/j.jacc.2020.11.010.
4. Natsionalen statisticheski institut. Umiraniya po prichini i smartnost po prichini prez 2024 godina. Sofiya: NSI; 2025. Available from: <https://www.nsi.bg/index.php/announcement/umiraniya-po-prichini-i-smarnost-po-prichini-2024-godina-7902> [Accessed 31 Mar 2026].
5. Natsionalen statisticheski institut. Zdraveopazvane 2025. Sofiya: NSI; 2025. Available from: <https://www.nsi.bg/bg/content/9347/здропазване-2025> [Accessed 31 Mar 2026].
6. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Care in

Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S20–S42. doi:10.2337/dc24-S002.

7. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome. *Lancet*. 2005;365(9468):1415–1428. doi:10.1016/S0140-6736(05)66378-7.

8. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021;42(34):3227–3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.

9. Stanhope M, Lancaster J. Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community. 10th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2020.

10. World Health Organization. State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279> [Accessed 31 Mar 2026].

11. Ito M, Takahashi Y, Sato N, et al. Nurse-led interventions for hypertension control: a systematic review and meta-analysis. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):45. doi:10.1186/s12875-024-02345-6

12. Lumu W, Semitala FC, Kalibbala D, et al. Effectiveness of nurse-led interventions in hypertension management: a systematic review. *BMC Cardiovasc Disord*. 2024;24(1):112. doi:10.1186/s12872-024-03412-8

13. Bulto LN, Gemechu TD, Duko, et al. Nurse-led interventions and lifestyle modification in hypertension management: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2024;23(1):21–30. doi:10.1093/eurjcn/zvad089

14. Zhu X, Wong FK, Wu LH. Development and evaluation of a nurse-led hypertension management model: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2018;83:1–11. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.03.012

15. Longenecker CT, Sullivan C, Baker JV, et al. Nurse-led cardiovascular risk reduction

interventions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2024;7(2):e240123. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.0123

16. Benner P. From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 2001

17. Abdelsatir S, Abdalrahman IB, Idris OF, et al. The potential role of nursing students in community-based hypertension screening programs. *Arab J Nephrol Transplant*. 2013;6(2):117–121.

18. Bronson CA, et al. Community-based screening and student involvement in public health programs. *J Community Health*. 2005;30(5):345–354.

19. Sharma M, Banerjee B, Ingle GK, Garg S. Effect of community-based health education intervention on knowledge and practices related to hypertension among adults: a quasi-experimental study. *Indian J Community Med*. 2012;37(3):172–176. doi:10.4103/0970-0218.99913

20. Levin KA. Study design III: Cross-sectional studies. *Evid Based Dent*. 2006;7(1):24–25.

21. Setia MS. Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian J Dermatol*. 2016;61(3):261–264.

Ас. Василка Гюрова-Кънчева
Медицински университет – Пловдив, ФОЗ, Катедра по сестрински грижи
Vasilka.kancheva@mu-plovdiv.bg

Ас. Кристиан Аргиров
Медицински университет – Пловдив, МФ, Катедра по анатомия, хистология и ембриология
Kristian.argirov@mu-plovdiv.bg



РИСКОВИ ПОВЕДЕНЧЕСКИ НАВИЦИ ЗА ОСТЕОПОРОЗА ПРИ ЖЕНИ ОТ БЪЛГАРСКИ И РОМСКИ ЕТНОС

Веселина Букова, Мариета Тодорова, Даниела Танева, Ангелина Киркова-Богданова

RISK BEHAVIORAL FACTORS FOR OSTEOPOROSIS AMONG WOMEN OF BULGARIAN AND ROMA ETHNICITY

Veselina Bukova, Marieta Todorova, Daniela Taneva, Angelina Kirkova-Bogdanova

ABSTRACT: Osteoporosis is a socially significant disease with increasing prevalence and serious economic consequences. The development of the disease is associated with the influence of certain non-modifiable and modifiable risk factors; behavioral habits and socioeconomic conditions also play a significant role. The aim of the study is to investigate and analyze certain behavioral risk factors for osteoporosis among women of Bulgarian and Roma ethnicity. Materials and methods: A cross-sectional study was conducted among 446 women aged 27 – 55 years, divided equally into two groups: Bulgarian and Roma women. A self-designed questionnaire was used to assess the risk factors. The results show statistically significant differences between the two groups in terms of educational level, place of residence, and employment status. Roma women were found to have a lower educational level, a higher rate of unemployment, and greater involvement in physical labor. The analysis of behavioral factors reveals a statistically significant difference in alcohol consumption between the study groups, while no statistically significant differences were observed regarding smoking and excessive caffeine consumption. Conclusion: There are significant socioeconomic and behavioral differences between the two target groups that may influence the risk of developing osteoporosis.

Keywords: osteoporosis, risk factors, behavioral habits, alcohol, ethnic groups

Въведение

Остеопорозата засяга хора от различни възрастови и етнически групи и се нарежда сред социално значимите заболявания поради своите тежки физически, психо-социални и икономически последици [1]. Милиони хора по света живеят с това заболяване, а всяка година нови случаи и усложнения натоварват здравеопазването на много страни [2]. В Европа разходите за лечение и профилактика непрекъснато нарастват, а застаряването на населението допълнително изостря проблема. Всичко това превръща заболяването в приоритет за общественото здраве и налага въвеждане на ефективни мерки за превенция, ранна диагностика и контрол. Ходът на болестта често остава скрит дълго време. Нерядко първата ѝ проява е именно фрактура, причинена от лека травма или обичайно натоварване. Най-тежките са фрактурите на бедрената кост. Те са свързани със значителна заболеваемост, смъртност и икономическа тежест, особено при възрастни пациенти [2,3,4]. Данни изложени и от

„Scorecard for Osteoporosis in Europe“ (IOF), показват, че в България рискът от счупване на бедрена кост е сред най-високите в Европа (>500/100 000), а делът на нелекуваните пациенти над 50 години надвишава 76%. Налице е и очаквано увеличение на броя фрактури над 30% до 2034 г., което ни нарежда сред страните с най-висока бреме на заболяването в Европа [5].

Етиологията на остеопорозата включва немодифицируеми фактори - възраст, пол и генетична предиспозиция и редица модифицируеми фактори, свързани с начина на живот и поведенческите навици. Консумацията на алкохол, тютюнопушенето и приемът на кофеин оказват директно и индиректно влияние върху костния метаболизъм [6,7,8]. Семейната среда играе съществена роля за формирането на тези поведенческите модели. Редица проучвания показват, че при ромската популация се наблюдава по-ранно начало на поведенческите рискови фактори, като употреба на тютюн и алкохол в сравнение с общото население [9].

Наред с индивидуалните поведенчески фактори, социално-икономическите условия и етническата принадлежност също играят важна роля за здравния статус и разпространението на рисковите фактори. Уязвими групи, включително ромската общност, се характеризират с по-ограничен достъп до здравни услуги, по-ниска здравна култура и по-неблагоприятни здравни показатели, което може да повлияе върху профилактиката и ранната диагностика на остеопорозата [10,11].

Целта на проучването е да се изследват и анализират някои поведенчески рискови фактори за остеопороза сред жени от български и ромски етнос.

Материал и методи

Изследваха се здрави жени в трудоспособна възраст от 27 до 50 г. разпределени в две таргетни групи – с български и ромски етнос. Проучването се проведе за периода от 2023-2025 на територията на гр. Пловдив и близките села. Изготвен е авторски въпросник, съдържащ затворени и полузатворени въпроси за изследване на немодифицируеми и модифицируеми рисковите фактори, свързани с поведението и начина на живот.

Първичните данни са обработени и анализирани със IBM v.23. дескриптивен и вариационен анализ, номиналните променливи са анализирани чрез Пирсън хи – квадрат, ранговите

величини и променливите, които не са нормално разпределени са анализирани чрез непараметрични методи. За ниво на значимост приехме $\alpha=0.05$.

Резултати и обсъждане

Настоящото проучване обхваща 446 жени, разпределени по равно в две групи: българки 223(50.0%) и ромки - 223 (50.0%). Възрастта на изследваните жени варира в интервала от 27 до 55 години, като средната възраст за цялата извадка е 43.24 ± 8.59 години. Разпределение на възрастта по етническа принадлежност: българки 43.58 ± 10.28 години ($n = 223$), ромки: 42.89 ± 6.49 години ($n = 223$). Липсват статистически значима разлика във възрастта между българките и ромките ($p = 0.793$).

Социално-демографските характеристики показва съществени различия между двете етнически групи по отношение на местоживееенето, образователния ценз и трудовата заетост. И в двете групи преобладава градското население, но делът на жените, живеещи в селски райони, е по-висок сред ромската популация. Установяват се ясно изразени различия и в образователното ниво, при българските жени доминира по-висок образователен ценз, докато при ромските жени се наблюдава преобладаване на по-ниски образователни степени. (Табл. 1):

Таблица 1. Социално-демографска характеристика на изследваните лица според етническата принадлежност

Показател	Бългaрки (n=223) n (%)	Ромки (n=223) n (%)	χ^2	p
Местоживееене				
Град	182 (81.6%)	138 (61.9%)	21.415	<0.001
Село	41 (18.4%)	85 (38.1%)		
Образование				
Без образование	0 (0.0%)	26 (11.7%)	245.679	<0.001
Начално	2 (0.9%)	52 (23.3%)		
Основно	6 (2.7%)	72 (32.3%)		
Средно	79 (35.4%)	66 (29.6%)		
Висше	136 (61.0%)	7 (3.1%)		
Специфика на труда				
Безработна	22 (9.9%)	62 (27.8%)	23.468	<0.001
Труд на открито	11 (4.9%)	59 (26.5%)	39.042	<0.001
Труд на закрито	110 (49.3%)	84 (37.8%)	5.972	0.015
Умствен труд	129 (57.9%)	11 (4.9%)	144.960	<0.001
Лек физически труд	23 (10.3%)	23 (10.3%)	0.000	1.000
Умерен физически труд	58 (26.0%)	40 (17.9%)	4.237	0.040
Тежък физически труд	8 (3.6%)	33 (14.8%)	16.787	<0.001

По отношение на трудовата заетост се установява различен професионален профил, характеризиращ се с по-висока честота на безработица и физически труд при ромските жени и по-голяма ангажираност с умствен труд и работа в защитена среда при българските жени.

Сред модифицируемите поведенчески фактори, оказващи влияние върху здравето на костите, консумацията на алкохол заема важно място, но връзката ѝ с остеопорозата остава обект на научни дискусии. Според някои автори злоупотребата на алкохол може да има отрицателно въздействие върху костната плътност при жените в постменопаузалния период [12]. Употреба на алкохол подтиква развитието на пиковата костна маса в юношеска възраст, и ускорява загубата на костна маса при възрастните [8]. Този риск се засилва при ромската популация, при която според европейски анализи, консумацията на алкохол, започва в по-ранна възраст спрямо останалото население [13].

Високите дози алкохол предизвикват токсичен ефект, който дестабилизира костното remodelиране. Този дисбаланс може да доведе до развитието на остеопения, която представлява значителен рисков фактор за остеопороза [14].

Данни от национално представително проучване в Южна Корея (Korean National Health and Nutrition Examination Survey – KNHANES) при жени в постменопаузален период предоставят интересни данни относно тази зависимост. В проучването са включени 3312 жени на които е измерена костната минерална плътност чрез двуенергийна рентгенова абсорбциометрия (DXA). Информацията за консумацията на алкохол е събрана чрез стандартизирани въпросници за самооценка. Жените, които консумират алкохол в леки количества 2–3 пъти седмично, имат значително по-високи стойности на КМП в областта на бедрената кост в сравнение с непиещите и жените с по-висока консумация на алкохол. Тези резултати потвърждават хипотезата за връзка между количеството приет алкохол и костната плътност, при която умерената консумация може да има потенциален протективен ефект върху костното здраве. Важно е обаче да се подчертае, че прекомерната консумация, както и пълното въздържание, са свързани с по-висок риск от остеопороза [8].

Анализът на този рисков фактор в нашето изследване показва статистически значими разлики в алкохолната консумация между българската и ромската етническа група. По-голям

относителен дял от българките заявяват, че употребяват алкохол, в сравнение с жените от ромски етнос. В групата на българските жени се наблюдава по-висок дял на редовна употреба: веднъж седмично, няколко пъти седмично или ежедневна консумация. За разлика от тях, при жените от ромски етнос преобладават тези, които са заявили, че изобщо не употребяват алкохол. Значително по-малък е дялът на заявите редовната или честа употреба, като ежедневната и седмичната консумация (Табл. 2). Установи се статистически значима разлика между етническата принадлежност и честотата на употреба на алкохол ($p < 0.001$). В изследваната извадка жените от български етнос употребяват алкохол по-често в сравнение с жените от ромски етнос. От гледна точка на общественото здраве този резултат показва, че българските жени са по-уязвими за развитието на остеопороза по отношение на този рисков фактор.

Тютюнопушенето е модифицируем рисков фактор за развитие на остеопороза и остеопоротични фрактури, който е включен в инструментите за оценка на риска от фрактури, като FRAX. Цигарите могат да потиснат функцията на остеобластите, които, имат важна роля за образуването на костите, в следствие на което се намалява костната маса. От друга страна пушенето може да увеличи активността на остеокластите – структурите, разграждащи костната тъкан, което води до по-бърза костна загуба [15, 16]. Епидемиологични проучвания потвърждават, че пушачите имат по-висока честота на остеопоротични фрактури без да е свързано с други фактори като възраст и телесна маса [2,17,18]. Допълнително, Съвременните клинични насоки също подчертават значението на тютюнопушенето като основен поведенчески фактор, допринасящ за намалена костна минерална плътност и повишен риск от фрактури [19].

Анализът на този рисков фактор показва, че значителна част и от двете етнически групи пушат повече от пет цигари дневно, като резултатите при двете групи са сходни. Липсва статистически значима разлика по отношение на този рисков фактор (Табл. 2). Данните от настоящото изследване не потвърждават установените в други проучвания тенденции, според които тютюнопушенето е по-разпространено сред ромското население в сравнение с останалите етнически групи. Голяма част от ромките момичета започват да пушат на много по-малка възраст в сравнение с връстниците им от

другите етнически групи [20]. Европейски анализи сочат, че средната възраст на започване на тютюнопушене при ромите е около 14–15 години, докато при останалото население тя е приблизително 17 години [13].

Резултатите, свързани с консумацията на повече от две кафета на ден са аналогични.

Повече от половината български и ромски жени са казали, че не консумират повече от две кафета дневно. Анализът по този рисков фактор показва, че няма статистически значима разлика между двете етнически групи:

Таблица 2. Разпределение на поведенчески рискови фактори според етническата принадлежност

Рисков фактор	Българи n (%)	Ромки n (%)	χ^2	df	p
<i>Консумация на алкохол</i>					
Не консумирам	79 (35.43%)	150 (67.26%)			
Рядко	88 (39.46%)	58 (26.01%)			
Веднъж седмично	20 (8.97%)	6 (2.69%)			
2–3 пъти седмично	24 (10.76%)	5 (2.24%)			
Всеки ден	12 (5.38%)	4 (1.79%)	52.164	4	0.000
<i>Пушене на повече от 5 цигари дневно</i>					
Не	131 (58.74%)	135 (60.54%)			
Да	92 (41.26%)	88 (39.46%)	0.149	1	0.699
<i>Прием на повече от две кафета дневно</i>					
Не	144 (64.57%)	133 (59.64%)			
Да	79 (35.43%)	90 (40.36%)	1.153	1	0.283

Кофеинът може да влияе на активността на остеокластите и остеобластите чрез взаимодействие с аденозиновите рецептори, което потенциално може да ускори костния резорбционен процес. Въздействието му върху костния метаболизъм все още не е изяснено. Някои автори смятат, че висока консумация на кафе е свързано с по-ниска костна минерална плътност. Други определят, че ефектът му върху калциевата обмяна е малък и обикновено няма значение за костната минерална плътност. Неблагоприятни резултати от прекомерната употреба на кафе се наблюдават обикновено при хора, които не приемат достатъчно калций. Рискът е по-скоро свързан с хранителния режим, а не със самия кофеин [7,21]. Високия дневен прием на кофеин води до повишено отделяне на калций, магнезий, натрий с урината. При млади жени с достатъчен калциев прием този ефект обикновено се компенсира чрез повишена чревна абсорбция и не води до съществено нарушение в калциевия баланс. При по-възрастни жени обаче компенсаторните механизми са по-слабо изразени, особено при недостатъчен прием на калций, което потенциално може да увеличи риска от отрицателно въздействие върху костната маса [15,16,22].

Заклучение

Настоящото проучване установява съществени различия в социално-демографските характеристики и някои поведенчески фактори между жени от български и ромски етнос, които могат да окажат влияние върху риска от развитие на остеопороза. Разликите в образователното ниво и трудовата заетост очертават по-неблагоприятен социално-икономически профил при ромската популация в нашата извадка. Анализът на поведенческите фактори показва статистически значима разлика единствено при консумацията на алкохол, докато тютюнопушенето и прекомерна консумация на кофеин са сходно представени в двете етнически групи. Получените резултати подчертават значението на модифицируеми рискови фактори като потенциален елемент на профилактиката на остеопорозата.

Литература

1. International Osteoporosis Foundation. (2022). *Osteoporosis facts and statistics*. <https://www.osteoporosis.foundation/facts-statistics>
2. Johnell O, Kanis JA. An estimate of the worldwide prevalence and disability associated

- with osteoporotic fractures. *Osteoporos Int.* 2006 Dec;17(12):1726-33. doi: 10.1007/s00198-006-0172-4. Epub 2006 Sep 16. PMID: 16983459.
3. Hernlund E, Svedbom A, Ivergård M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, McCloskey EV, Jönsson B, Kanis JA. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA). *Arch Osteoporos.* 2013;8(1):136. doi: 10.1007/s11657-013-0136-1. Epub 2013 Oct 11. PMID: 24113837; PMCID: PMC3880487.
 4. Leal J, Gray AM, Prieto-Alhambra D, Arden NK, Cooper C, Javaid MK, Judge A; REFRESH study group. Impact of hip fracture on hospital care costs: a population-based study. *Osteoporos Int.* 2016 Feb;27(2):549-58. doi: 10.1007/s00198-015-3277-9. Epub 2015 Aug 19. PMID: 26286626; PMCID: PMC4740562.
 5. Kanis JA, Norton N, Harvey NC, Jacobson T, Johansson H, Lorentzon M, McCloskey EV, Willers C, Borgström F. SCOPE 2021: a new scorecard for osteoporosis in Europe. *Arch Osteoporos.* 2021 Jun 2;16(1):82. doi: 10.1007/s11657-020-00871-9. PMID: 34080059; PMCID: PMC8172408.
 6. Kanis JA, Cooper C, Rizzoli R, Reginster JY; Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int.* 2019 Jan;30(1):3-44. doi: 10.1007/s00198-018-4704-5. Epub 2018 Oct 15. Erratum in: *Osteoporos Int.* 2020 Jan;31(1):209. doi: 10.1007/s00198-019-05184-3. Erratum in: *Osteoporos Int.* 2020 Apr;31(4):801. doi: 10.1007/s00198-020-05303-5. PMID: 30324412; PMCID: PMC7026233.
 7. Hallström H, Wolk A, Glynn A, Michaëlsson K. Coffee, tea and caffeine consumption in relation to osteoporotic fracture risk in a cohort of Swedish women. *Osteoporos Int.* 2006;17(7):1055-64. doi: 10.1007/s00198-006-0109-y. Epub 2006 May 4. PMID: 16758142.
 8. Jang HD, Hong JY, Han K, et al. Relationship between bone mineral density and alcohol intake: A nationwide health survey analysis of postmenopausal women. *PLoS One.* 2017;12(6):e0180132. Published 2017 Jun 29. doi:10.1371/journal.pone.0180132
 9. Mutumba M, Schulenberg JE. Tobacco and Alcohol Use Among Youth in Low and Middle Income Countries: A Multi-Country Analysis on the Influence of Structural and Micro-Level Factors. *Subst Use Misuse.* 2019;54(3):396-411. doi: 10.1080/10826084.2018.1497063. Epub 2019 Jan 17. PMID: 30654696; PMCID: PMC6438732.
 10. World Health Organization. (2018). *Health of Roma populations in Europe: A review of the published literature.*
 11. European Commission. (2014). *Roma health report: Health status of the Roma population.*
 12. Ratajczak, AE., Szymczak-Tomczak, A., Rychter, AM., Zawada, A., Dobrowolska, A., Krela-Kaźmierczak, I. 2021. Impact of Cigarette Smoking on the Risk of Osteoporosis in Inflammatory Bowel Diseases. *Journal of Clinical Medicine.* 10(7):1515. <https://www.mdpi.com/2073-4425/13/5/806>; <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/7/1515>
 13. Open Society Institute. (2005). *Health and the Roma community: Analysis of the situation in Europe.* https://www.gitanos.org/upload/78/83/Health_and_the_Roma_Community.pdf
 14. Goswami, R. 2016. Primer on the metabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism. *Indian J Med Res*;144(3):489–90
 15. Alghadir, A., Gabr, S., Al-Eisa E. 2015. Physical activity and lifestyle effects on bone mineral density among young adults: sociodemographic and biochemical analysis. *J Phys Ther Sci* 27(7):2261-2270.
 16. Bukova, V., Todorova, M., Kirkova-Bogdanova, A., & Taneva, D. (2024). *Osteopenia in working age women of Roma and Bulgarian origin – risk predisposition.* In *Management and Education* (Vol. 20). https://www.conference-burgas.com/maevolumes/vol20_2024/b5_v20.pdf
 17. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Johansson H, De Laet C, Eisman JA, Fujiwara S, Kroger H, McCloskey EV, Mellstrom D, Melton LJ, Pols H, Reeve J, Silman A, Tenenhouse A. Smoking and fracture risk: a meta-analysis. *Osteoporos Int.* 2005 Feb;16(2):155-62. doi: 10.1007/s00198-004-1640-3. Epub 2004 Jun 3. PMID: 15175845.
 18. Compston JE, McClung MR, Leslie WD. Osteoporosis. *Lancet.* 2019 Jan

26;393(10169):364-376. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32112-3. PMID: 30696576.

19. LeBoff MS, Greenspan SL, Insogna KL, Lewiecki EM, Saag KG, Singer AJ, Siris ES. The clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. *Osteoporos Int.* 2022 Oct;33(10):2049-2102. doi: 10.1007/s00198-021-05900-y. Epub 2022 Apr 28. Erratum in: *Osteoporos Int.* 2022 Oct;33(10):2243. doi: 10.1007/s00198-022-06479-8. PMID: 35478046; PMCID: PMC9546973.

20. Tomova, I. 2009. Zdraveto i romskata obshtnost, analiz na situatsiyata v evropa predvariteln natsionalen доклад – Bulgaria Fondatsiya "Zdraveto na romite".

21. Heaney RP. Effects of caffeine on bone and the calcium economy. *Food Chem Toxicol.* 2002 Sep;40(9):1263-70. doi: 10.1016/s0278-6915(02)00094-7. PMID: 12204390.

22. Massey LK. Caffeine and the elderly. *Drugs Aging.* 1998 Jul;13(1):43-50. doi: 10.2165/00002512-199813010-00005. PMID: 9679208.

Преп. Веселина Букова
Катедра по сестрински грижи
Факултет по Обществено здраве
Медицински Университет – Пловдив
e-mail: Veselina.Bukova@mu-plovdiv.bg

Гл. ас. Мариета Тодорова, дм
Катедра по сестрински грижи
Факултет по Обществено здраве
Медицински Университет – Пловдив
e-mail: marieta.t.todorova@mu-plovdiv.bg

Проф. Даниела Танева, дм
Катедра по сестрински грижи
Факултет по Обществено здраве
Медицински Университет – Пловдив
e-mail: Daniela.Taneva@mu-plovdiv.bg

Инж. Ангелина Киркова-Богданова, дм
Катедра МИБЕО
Факултет по Обществено здраве
Медицински Университет – Пловдив
e-mail: angelina.kirkova@mu-plovdiv.bg



ПАЦИЕНТСКА ОЦЕНКА НА КУЛТУРНО СЪОБРАЗЕНИТЕ СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ В БОЛНИЧНАТА ПРАКТИКА

Гергана Петрова, Камелия Евтимова, Росица Дойновска

PATIENT ASSESSMENT OF CULTURALLY APPROPRIATE NURSING CARE IN HOSPITAL PRACTICE

Gergana Petrova, Kameliya Evtimova, Rositza Doynovska

ABSTRACT: Culturally congruent nursing care is a fundamental component of high-quality, patient-centered health care in the context of increasing cultural and social diversity. Assessing such care from the patient's perspective provides valuable insight into the actual manifestation of nurses' cultural sensitivity and communication skills in hospital practice.

Aim: The aim of this study was to evaluate patients' perspectives on the extent of culturally congruent nursing care in hospital practice in Bulgaria.

Materials and Methods: A quantitative study was conducted among 167 patients from various hospitals in Bulgaria using an anonymous questionnaire. Six aspects of nursing care were assessed, related to respect for cultural and individual characteristics, communication, and perceived safety. Two composite indices were developed: a Cultural Sensitivity Index and a Communication and Safety Index. Data were analyzed using SPSS 22, applying non-parametric statistical methods.

Results: The findings indicate moderate patient ratings of culturally congruent nursing care. Respect for customs, religion, and lifestyle was most frequently assessed as "sometimes," while care for specific personal needs and active listening received lower ratings. No statistically significant differences in the indices were found according to gender, age, or place of residence.

Conclusion: Patients perceive nurses' cultural competence and communication as moderate, highlighting the need for targeted development of cultural sensitivity within nursing education and clinical practice.

Key words: culturally congruent nursing care; cultural competence; patient assessment; hospital practice; communication; nurse

Въведение

В съвременното здравеопазване качеството на сестринските грижи все по-често се разглежда в контекста на културното многообразие на пациентите (Darnell & Hickson, 2015). Глобализацията, миграционните процеси и социалните промени водят до увеличаване на културното, религиозното и етническото разнообразие в болничната среда (Anzini et al., 2025). Това поставя пред медицинските сестри нови предизвикателства, свързани с разбирането и уважението към индивидуалните ценности и потребности на пациентите. Културно съобразените сестрински грижи се разглеждат като ключов елемент за осигуряване на безопасна, ефективна и ориентирана към пациента здравна помощ. Те включват не само познания за различни култури, но и умения за адекватна

комуникация, емпатия и професионално поведение (Darnell & Hickson, 2015).

Медицинската сестра е здравният специалист, който поддържа най-пряк и продължителен контакт с пациента по време на болничния престой. Поради това нейната роля е от съществено значение за изграждането на доверие и чувство за сигурност у пациента. Уважението към религиозните убеждения, обичаите и начина на живот на пациента оказва пряко влияние върху удовлетвореността от получените грижи (Swihart et al., 2025). Липсата на културна чувствителност може да доведе до недоразумения, напрежение и понижено качество на здравната услуга. От друга страна, културно компетентното поведение подпомага ефективното взаимодействие и подобрява резултатите от лечението (Berhanu et al., 2024).

Пациентската оценка се утвърждава като важен инструмент за измерване на качеството

на здравните грижи. Чрез нея се получава информация за реалното възприемане на професионалното поведение на медицинските сестри (Jabbar et al., 2025). Гледната точка на пациента допълва обективните оценки и професионалната самооценка на здравните специалисти. В този смисъл пациентската обратна връзка има съществено значение за идентифициране на силните страни и проблемните области в сестринската практика (Wong et al., 2020). Особено важна е оценката на начина, по който медицинските сестри общуват и се съобразяват с индивидуалните потребности на пациентите (Mielke et al., 2024).

В българската научна литература все още се наблюдава ограничен брой изследвания, фокусирани върху пациентската перспектива по отношение на културно съобразените сестрински грижи. Това налага необходимостта от целенасочени проучвания в тази област. Анализът на пациентската оценка може да допринесе за повишаване на качеството на сестринските грижи и за усъвършенстване на професионалната подготовка.

Цел

Целта на настоящото изследване е да се оцени пациентската гледна точка относно степента на културно съобразените сестрински грижи в болничната практика

Материали и методи

Настоящото изследване е част от по-широко дисертационно проучване за оценка на културната компетентност на медицинските сестри. В настоящата публикация се анализират резултатите от пациентската обратна

връзка, събрана чрез кратка анонимна анкета, попълнена от 167 пациенти посещавали различни болници в България. Събрани са данни за възраст, пол и местоживееие, както и за шест аспекта на сестринските грижи, свързани с уважение към индивидуалните нужди, комуникация и усещане за безопасност.

За анализа бяха създадени два сумарни индекса: Индекс за културна чувствителност, който комбинира оценките за уважение към обичаи, грижа за лични нужди и вземане предвид на индивидуалния начин на живот, като са използвани съответните въпроси от анкетата за всеки аспект, и Индекс за комуникация и безопасност, който обединява оценките за ясно обяснение, внимателно слушане и чувство за уважение и безопасност

Данните бяха анализирани в SPSS 22. За сравнение на индексите между две групи (пол, местоживееие) беше използван Mann-Whitney U тест, а за три възрастови групи – Kruskal-Wallis H тест. Статистическата значимост беше определена при $p < 0,05$.

Резултати

В проучването участваха 167 пациенти, които предоставиха обратна връзка за качеството на сестринските грижи. Най-висок дял са пациентите на възраст между 40-59г., 70 (41,92%) . По отношение на постоянното местоживееие, 112 души (67,07%) живеят в град, а 55 души (32,93%) са от селските райони. Разпределението по пол е 95 жени (56,89%) и 72 мъже (43,11%). Резултатите са представени подробно в Табл. 1:

Таблица 1. Демографски характеристики на анкетираните пациенти

Показател	Категории	n	%
Възраст	18–39 г.	35	20,96%
	40–59 г.	70	41,92%
	60+ г.	62	37,12%
Местоживееие	Град	112	67,07%
	Село	55	32,93%
Пол	Мъжки	72	43,11%
	Женски	95	56,89%

Пациентите оцениха различните аспекти на *сестринските грижи по отношение на внимание към индивидуалните нужди и културните особености*. Уважението към личните обичаи, религия и начин на живот най-често се усеща „понякога“ (34,73%), докато 17,96% го усещат

„често“ и само 7,19% „винаги“. По-малка част от пациентите отбелязват, че това се случва „никога“ (14,97%) или „рядко“ (25,15%).

Комуникацията е оценена като сравнително ясна – 29,94% от пациентите я намират

„често“ ясна, 14,37% „винаги“, 34,73% „понякога“ и 14,97% „рядко“, а 5,99% споделят, че обясненията никога не са ясни.

Грижата за специфичните лични нужди, като храна, молитви или други особености, е по-слабо оценена. Най-голям дял от пациентите посочва, че тези аспекти се проявяват „понякога“ (29,94%) или „рядко“ (29,94%), докато 14,97% ги усещат „често“ и едва 5,39% – „винаги“. Подобна тенденция се наблюдава при активното изслушване – 34,73% се чувстват „понякога“ чутите, 20,96% „често“, 7,19%

„винаги“, а 11,98% и 25,15% усещат, че са „никога“ или „рядко“ чутите.

Почти половината пациенти оценяват чувството за безопасност и уважение като „често“ (29,94%) или „винаги“ (13,17%), докато 34,73% го усещат „понякога“ и 14,97% „рядко“. Вземането предвид на индивидуалните обичаи и начин на живот при обсъждане на лечението се оценява умерено – най-често „понякога“ (34,73%) или „рядко“ (29,94%), като 14,97% усещат, че това се прави „често“ и само 5,39% „винаги“:

Таблица 2. Пациентска оценка на културно съобразените сестрински грижи

Въпрос	1 – Никога	2 – Рядко	3 – Понякога	4 – Често	5 – Винаги
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Медицинската сестра уважава моите обичаи, религия и начин на живот	25 (14,97%)	42 (25,15%)	58 (34,73%)	30 (17,96%)	12 (7,19%)
2. Медицинската сестра обяснява всичко ясно и разбираемо	10 (5,99%)	25 (14,97%)	58 (34,73%)	50 (29,94%)	24 (14,37%)
3. Медицинската сестра се грижи за моите лични нужди (храна, молитви, особености)	33 (19,76%)	50 (29,94%)	50 (29,94%)	25 (14,97%)	9 (5,39%)
4. Медицинската сестра ме слуша внимателно и ме оставя да говоря	20 (11,98%)	42 (25,15%)	58 (34,73%)	35 (20,96%)	12 (7,19%)
5. Чувствам се уважаван/а и в безопасност с тази медицинска сестра	12 (7,19%)	25 (14,97%)	58 (34,73%)	50 (29,94%)	22 (13,17%)
6. Медицинската сестра взема предвид моите обичаи/начин на живот при обсъждане на лечението	25 (14,97%)	50 (29,94%)	58 (34,73%)	25 (14,97%)	9 (5,39%)

За по-задълбочен анализ бяха изчислени два индекса: Индекс за културна чувствителност, комбиниращ Въпрос 1, 3 и 6, и Индекс за комуникация и безопасност, комбиниращ Въпрос 2, 4 и 5. Средната стойност на индекса за културна чувствителност беше около 3,0 на петобалната скала, което показва умерени оценки за проявите на културна компетентност на медицинските сестри. Индексът за комуникация и безопасност също показва умерени оценки.

Сравненията между демографските групи чрез Mann-Whitney U тест не показаха статистически значими различия. Индексът за културна чувствителност беше сходен между мъжки и женски пациенти (Mann-Whitney U = 3153, Z = -0,873, p = 0,383) и между пациенти от град и село (Mann-Whitney U = 2807, Z = -

0,940, p = 0,347). Подобно, индексът за комуникация и безопасност не се различава значимо по пол (Mann-Whitney U = 3336,5, Z = -0,273, p = 0,785) или по местоживее (Mann-Whitney U = 2924, Z = -0,538, p = 0,591).

Сравненията по възраст чрез Kruskal-Wallis H тест също не показаха значими различия. За индекса на културната чувствителност Chi-Square = 1,227, df = 2, p = 0,542, а за индекса на комуникация и безопасност Chi-Square = 0,709, df = 2, p = 0,702.

Дискусия

Настоящото проучване показва, че пациентите оценяват културната компетентност и комуникацията на медицинските сестри като

умерена. Пациентите съобщават, че уважението към личните обичаи, религия и начин на живот се проявява „понякога“ или „често“, докато аспекти като грижа за специфични нужди и активното изслушване получават по-ниски оценки. Подобни резултати са отчетени и в международни изследвания, където пациентите оценяват вниманието към културните потребности като умерено и подчертават нуждата от по-конкретни действия за удовлетворяване на индивидуалните изисквания (Aydogdu, 2022; Starr & Wallace, 2011).

Липсата на статистически значими различия по пол, възраст и местоживеење показва, че пациентите възприемат грижата като сходна независимо от демографските характеристики. Този резултат е в съответствие с проучвания, които показват, че възприемането на културната компетентност от страна на пациентите често зависи повече от общото отношение и професионализъм на медицинската сестра, отколкото от специфични фактори като възраст или пол (Maboko et al., 2024).

Заклучение

Резултатите от изследването показват, че пациентите оценяват културно съобразените сестрински грижи и комуникацията като умерени. Уважението към индивидуалните обичаи и начин на живот е налице, но не се проявява последователно, особено по отношение на специфичните лични нужди и активното изслушване. Липсата на статистически значими различия по възраст, пол и местоживеење показва, че възприемането на културната компетентност зависи основно от професионалното поведение на медицинските сестри. Получените резултати подчертават необходимостта от целенасочено развитие на културната компетентност в сестринското образование и клиничната практика.

Литература

1. Anzini, A., Caggianelli, G., Tomasin, R. P., et al. (2025). Transcultural challenges in the nurse-migrant patient caring relationship: A phenomenological study. *Applied Nursing Research*, 83, 151954.

2. Aydogdu, A. L. F. (2022). Cultural competence of Turkish nurses and nursing students: An integrative literature review. *Journal of Transcultural Nursing*, 33(4), 529–541.

3. Berhanu, R. D., Golja, E. A., Gudeta, T. A., et al. (2024). Cultural sensitivity and associated factors among nurses in southwest Ethiopia: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23, 182.

4. Darnell, L. K., & Hickson, S. V. (2015). Cultural competent patient-centered nursing care. *Nursing Clinics of North America*, 50(1), 99–108.

5. Jabbar, A. B. A., Holland, E. M., Tauseef, A., et al. (2025). Patient satisfaction: A feature of quality metrics within the inpatient healthcare system – A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(6), 2099–2105.

6. Maboko, D. R., Armstrong, S., & Casteleijn, D. (2024). Patient perceptions of nurses' cultural competence in public sector hospitals in Gauteng. *Health SA Gesondheid*, 29, 2499.

7. Mielke, K., Frerichs, W., Cöllen, K., et al. (2024). Perspective on patient-centered communication: A focus group study investigating the experiences and needs of nursing professionals. *BMC Nursing*, 23, 822.

8. Starr, S. S., & Wallace, D. C. (2011). Client perceptions of cultural competence of community-based nurses. *Journal of Community Health Nursing*, 28(2), 57–69.

9. Swihart, D. L., Yarrarapu, S. N. S., & Martin, R. L. (2025). Cultural religious competence in clinical practice. In StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

10. Wong, E., Mavondo, F., & Fisher, J. (2020). Patient feedback to improve quality of patient-centred care in public hospitals: A systematic review of the evidence. *BMC Health Services Research*, 20, 530.

ас. Камелия Евтимова,
Югозападен университет „Неофит Рилски“,
Благоевград,
България;
докторант,
Медицински университет – Пловдив,
България

e-mail: kamelia.evtimova@mu-plovdiv.bg



СЪЧЕТАВАНЕ НА РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ И ТРУДОВА ЗАЕТОСТ: НАТОВАРВАНЕ И ПРОФЕСИОНАЛНА УСТОЙЧИВОСТ ПРИ БЪДЕЩИТЕ МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

Даниела Кантарева

COMBINING FULL-TIME STUDY AND EMPLOYMENT: WORKLOAD AND PROFESSIONAL RESILIENCE AMONG FUTURE NURSES

Daniela Kantareva

ABSTRACT: *Combining full-time study with employment is an increasingly common phenomenon among Nursing students and raises issues related not only to academic functioning, but also to psychophysical workload, professional readiness, and the quality and safety of care. The topic is particularly relevant in the context of the growing shortage of nurses and the increasing involvement of students in real healthcare settings during their education.*

The aim of the present study was to examine the prevalence of employment among Nursing students at Medical University of Plovdiv and its impact on sleep, stress, fatigue, class attendance, perceived support, and satisfaction with the choice of a profession associated with high public significance and responsibility.

An anonymous questionnaire-based survey was conducted among full-time Nursing students. Data from 156 valid respondents were analysed. Descriptive and comparative statistical methods were used to assess differences between working and non-working students.

The results showed that 65.4% of participants were employed during their studies, while 84.3% of them worked within the healthcare system. Working students more frequently reported sleep problems, chronic fatigue, higher workload, and missed classes due to work commitments. Non-working students reported higher levels of financial support from their families and greater understanding and support from lecturers. Despite the increased burden, working students maintained high satisfaction with their choice of speciality, which may be interpreted as an indicator of preserved professional motivation.

The findings highlight the need for improved organisation of the educational process, more flexible forms of academic support, and clearer differentiation between the educational and professional roles of students, with a view to protecting both their well-being and the quality and safety of care.

Key words: nursing students; employment; workload; professional resilience; higher education; quality of care

Въведение

Сестринската професия заема ключово място в системата на здравеопазването, тъй като е пряко свързана с предоставянето на непрекъснати, качествени и безопасни здравни грижи. Медицинските сестри имат съществена роля както в лечебно-диагностичния процес, така и в наблюдението, подкрепата, обучението и дългосрочното обгрижване на пациентите. Това определя сестринството като професия с висока обществена значимост, професионална отговорност и необходимост от стабилна теоретична и практическа подготовка (WHO, 2020).

В съвременните условия все по-отчетливо се откроява проблемът с недостига на медицински сестри, който засяга както българската

здравна система, така и редица европейски и световни здравни системи. Тази тенденция поставя на преден план въпроса за подготовката, задържането и успешната професионална реализация на бъдещите специалисти по здравни грижи (WHO, 2020; OECD, 2023). В този контекст студентите от специалност „Медицинска сестра“ представляват не просто обучаващи се лица, а бъдещ кадрови ресурс с ключово значение за устойчивостта на здравната система.

Наред с високите академични и практически изисквания на обучението, все по-често студентите по сестринство съчетават редовната форма на обучение с трудова заетост. В много случаи тази заетост е именно в системата на здравеопазването, което поставя студентите в двойна роля – едновременно

обучаващи се и участници в реална професионална среда. Това може да бъде предпоставка както за ранно професионално изграждане и адаптация към клиничната практика, така и за натрупване на значително физическо, психоемоционално и организационно натоварване (McVeigh et al., 2021; Hwang and Kim, 2022).

Практическият опит показва, че претоварването при част от работещите студенти може да се прояви още в хода на учебния процес и практическата подготовка чрез изразена умора, нарушена концентрация, затруднена работоспособност и понижен възстановителен капацитет. Това поражда необходимост от по-задълбочено разглеждане на проблема не само като академично предизвикателство, но и като въпрос, свързан със здравето, функционалното състояние и професионалната готовност на бъдещите медицински сестри (Kong et al., 2023; Prakash et al., 2023).

Съчетаването на обучение и работа може да окаже влияние върху различни аспекти от студентския живот – присъствие в учебния процес, самоподготовка, качество на съня, нива на умора, стрес и емоционално изтощение. При студентите по сестринство този въпрос придобива още по-голяма тежест, тъй като се отнася до бъдещи професионалисти, чиято подготовка и функциониране са пряко свързани с грижата за човешкото здраве и живот (Szwamel et al., 2025; Castaño et al., 2025).

Натоварването, произтичащо от съчетаването на редовно обучение и работа, не следва да се разглежда единствено като индивидуално предизвикателство за студента. То има потенциални последици както за неговото благополучие и професионално развитие, така и за качеството и сигурността на грижите в средата, в която той вече функционира.

Въпреки практическата значимост на този проблем, в български условия темата остава сравнително слабо изследвана, особено по отношение на студентите от специалност „Медицинска сестра“. Това обуславя необходимостта от по-задълбочено проучване на реалната ситуация сред студентите в редовна форма на обучение, както и на факторите, които влияят върху тяхното академично и професионално функциониране. В по-широк социален контекст трудовата активност на младите хора следва да се разглежда и през призмата на обществените трансформации, ценностните нагласи и адаптацията към професионалната среда (Mirchev, 2010).

Цел

Целта на настоящото проучване е да се изследва съчетаването на редовното обучение с трудова заетост при студентите от специалност „Медицинска сестра“ в Медицински университет – Пловдив, както и влиянието му върху академичното функциониране, психофизичното натоварване и удовлетвореността от избора на професия.

Задачи

За постигане на поставената цел са формулирани следните задачи:

1. Да се проучи разпространението на трудовата заетост сред студентите от специалност „Медицинска сестра“ в Медицински университет – Пловдив.
2. Да се характеризира трудовата ангажираност на работещите студенти по отношение на сфера на заетост, работно време и тип работен режим.
3. Да се анализира влиянието на съчетаването на обучение и работа върху: присъствие в учебния процес, самоподготовка, сън, умора, стрес и емоционално натоварване.
4. Да се сравнят работещи и неработещи студенти по отношение на оказаната финансова и социална подкрепа, както и по отношение на удовлетвореността от избора на специалност.
5. Да се идентифицират основните трудности и възможности за подобрене, свързани със съчетаването на редовното обучение и трудовата заетост при студентите от специалност „Медицинска сестра“.

Материали и методи

Извършено е срезово проучване, проведено сред студенти от специалност „Медицинска сестра“, редовна форма на обучение, в Медицински университет – Пловдив. Приложен е социологически метод за изследване.

Обект на изследването е съчетаването на редовното обучение с трудова заетост при студентите от специалност „Медицинска сестра“. Предмет са проявите и въздействието на трудовата заетост върху академичното функциониране, психофизичното натоварване и удовлетвореността от избора на професия.

В проучването са включени 156 респонденти, обучаващи се в различни курсове на

специалността. В анализа са включени само доброволно попълнени анкетни карти.

Инструмент на изследването: За събиране на емпиричните данни е използван авторски въпросник, създаден специално за целите на настоящото проучване. Въпросникът включва:

- демографски и организационни показатели;
- въпроси, свързани с трудовата заетост;
- твърдения, оценявани по петстепенна Лайкъртова скала, свързани със съчетаването на обучение и работа;
- въпроси, насочени към съня, умората, стреса, присъствието в учебния процес и удовлетвореността от избора на специалност;
- отворени въпроси за идентифициране на основни трудности и възможни решения.

Организация на проучването: Проучването е проведено в периода януари – март 2026 г. чрез онлайн електронна анкета, разпространена сред студентите при спазване на принципите на доброволност, анонимност и информирано съгласие.

Получените данни са подложени на статистическа обработка, като са използвани методи на:

- описателната статистика – за представяне на честоти, относителни дялове и средни стойности;
- сравнителен анализ – за установяване на различия между работещи и неработещи студенти;
- качествен анализ – за обобщаване на съдържанието на отворените въпроси.

За интерпретация на самооценъчните показатели са използвани средни стойности (М), като по-високите стойности отразяват по-силно изразено съгласие или преживяване по съответния показател.

Резултатите са анализирани с оглед на тяхната значимост за обучението, професионалното изграждане и условията, при които студентите от специалност „Медицинска сестра“ съчетават редовното обучение с трудова заетост.

Резултати

1. Характеристика на изследваната извадка: В проучването са включени 156 студенти от специалност „Медицинска сестра“, редовна форма на обучение, в Медицински университет – Пловдив.

По отношение на курса на обучение, най-голям относителен дял на попълнили анкетата

заемат студентите от II курс – 59 (37.8%), следвани от студентите от III курс – 37 (23.7%), IV курс – 33 (21.2%) и I курс – 27 (17.3%).

По възрастова структура най-голям е дялът на студентите на възраст 21–30 години – 61 (39.1%), следвани от лицата на възраст над 40 години – 47 (30.1%), 31–40 години – 31 (19.9%) и до 20 години – 17 (10.9%).

По отношение на трудовата заетост се установява, че 102 студенти от анкетираните (65.4%) работят по време на обучението си, докато 54 студенти (34.6%) не работят. Данните показват, че съчетаването на редовното обучение с трудова заетост е често срещано явление сред студентите от специалност „Медицинска сестра“.

2. Характеристика на трудовата заетост при работещите студенти

Сред студентите, които работят по време на обучението си ($n = 102$), преобладават тези, които са ангажирани в здравната система – 86 (84.3%), докато 16 (15.7%) работят извън нея. Този резултат показва, че трудовата заетост при студентите от специалност „Медицинска сестра“ е свързана в значителна степен с ранно включване в реална професионална среда.

По отношение на седмичната трудова ангажираност най-голям дял заемат студентите, които работят 21–30 часа седмично – 40 (39.2%), следвани от тези с ангажираност 31–40 часа седмично – 25 (24.5%), до 20 часа – 20 (19.6%) и над 40 часа седмично – 17 (16.7%). Данните показват, че значителна част от работещите студенти са ангажирани с продължителен седмичен трудов режим, който може да създава допълнително натоварване в условията на редовно обучение.

Анализът на типа трудова ангажираност показва, че най-често студентите работят предимно нощни смени – 43 (42.2%), следвани от дневни дежурства през уикенда – 30 (29.4%), втори смени – 15 (14.7%) и първи смени – 13 (12.7%).

По отношение на честотата на нощните дежурства се установява, че 42 студенти (41.2%) работят над 4 пъти месечно на нощни дежурства, 14 (13.7%) – 1–2 пъти месечно, 9 (8.8%) – 3–4 пъти месечно, а 37 (36.3%) съобщават, че не работят на нощни смени.

Получените резултати очертават значителна трудова ангажираност при голяма част от работещите студенти, включително в условията на сменен и нощен режим на труд, което предполага наличие на предпоставки за

натрупване на умора, нарушения в съня и затруднения при възстановяването.

3. Обща характеристика на натоварването и субективните показатели сред изследваните студенти

Анализът на самооценъчните показатели в цялата извадка показва, че сред студентите от специалност „Медицинска сестра“ най-високи стойности се установяват по показателите за хронична умора, проблеми със съня, повишен стрес и емоционално натоварване.

Най-висока средна стойност е отчетена по показателя удовлетвореност от избора на специалност ($M = 4.29$), което показва, че въпреки съществуващите затруднения, студентите като цяло запазват положителна нагласа към избраната професионална посока.

Сред най-високите стойности по неблагоприятните показатели се открояват хроничната умора ($M = 3.90$), проблемите със съня ($M = 3.72$) и повишеният стрес ($M = 3.69$), следвани от емоционалното изтощение ($M = 3.55$) и затрудненията при съчетаване на обучение и работа ($M = 3.53$).

Средните стойности по отношение на уменията за планиране и приоритизиране ($M = 3.31$), както и за и самоподготовка ($M = 3.16$) се движат в умерени граници, което може да се тълкува като наличие на частично изградени адаптивни стратегии за справяне с натоварването.

По-ниски средни стойности се установяват при показателите разбиране и подкрепа от преподаватели ($M = 3.04$) и подкрепа от студенти/колеги ($M = 2.64$), а още по-ниски – при пропускане на учебни занятия ($M = 2.61$), негативно влияние върху подготовката за занятия и изпити ($M = 2.10$) и обмисляне на прекъсване на обучението ($M = 1.88$).

Като цяло резултатите очертават профил на студенти, които съчетават сравнително високо ниво на мотивация и удовлетвореност от избраната професия, с отчетливо натрупване на умора, нарушения на съня и повишено психоемоционално натоварване.

4. Сравнителен анализ между работещи и неработещи студенти

Сравнителният анализ между работещи и неработещи студенти показва наличие на съществени различия по някои от изследваните показатели, свързани с усещаната подкрепа, съня, присъствието в учебния процес и отношението към обучението.

Най-изразена разлика се установява по отношение на финансовата подкрепа от

семейството/близките, като неработещите студенти отчитат значително по-висока средна стойност ($M = 4.59$) в сравнение с работещите ($M = 2.72$), като разликата е статистически значима ($p < 0.001$). Този резултат показва, че трудовата ангажираност при голяма част от студентите вероятно е свързана и с необходимостта от финансова самостоятелност.

Статистически значима разлика се установява и по отношение на усещането за разбиране от страна на преподавателите, като неработещите студенти съобщават за по-висока степен на разбиране ($M = 3.57$) в сравнение с работещите ($M = 2.75$), при $p = 0.002$. Това може да се интерпретира като индикатор за затруднена адаптация от страна на работещите студенти към учебния процес.

По отношение на проблемите със съня работещите студенти съобщават за повече затруднения, в сравнение с неработещите, като разликата е статистически значима ($p = 0.004$). Този резултат е в съответствие с установената висока честота на сменен и нощен режим на труд сред работещите студенти.

Значима разлика се наблюдава и по показателя пропускане на лекции/упражнения, като работещите студенти съобщават значително по-високи стойности ($M = 2.72$) в сравнение с неработещите ($M = 1.25$), при $p = 0.014$. Това показва, че трудовата ангажираност има реално отражение върху присъствието в учебния процес.

Интересен резултат се установява по отношение на удовлетвореността от избора на специалност, където работещите студенти отчитат леко по-висока средна стойност ($M = 4.35$) в сравнение с неработещите ($M = 4.17$), като разликата също достига статистическа значимост ($p = 0.040$). Това може да се интерпретира като индикатор за съхранена или дори по-силно изразена професионална ангажираност сред студентите, които вече са включени в реална работна среда.

Наред със статистически значимите различия, се наблюдават и тенденции към по-високи стойности при работещите студенти по отношение на хроничната умора ($M = 4.03$ спрямо $M = 3.67$), затрудненията при съчетаване на обучение и работа ($M = 3.59$ спрямо $M = 2.89$) и повишения стрес ($M = 3.73$ спрямо $M = 3.40$). Получените резултати очертават устойчива тенденция към по-високо натоварване сред работещите студенти.

Като цяло сравнителният анализ показва, че работещите студенти са изложени на по-

сериозно психофизично и организационно натоварване, съчетано с по-ниско усещане за социална подкрепа, но при запазена висока удовлетвореност от избора на професия.

5. Анализ на свободните отговори

Анализът на отговорите на отворените въпроси очертава ясно изразени тематични направления, свързани с основните трудности при съчетаването на редовното обучение с трудова заетост, както и възможни насоки за подобряване.

Основни трудности

Най-често посочваните затруднения са свързани с липсата на достатъчно време и натрупването на умора, като значителна част от студентите съобщават за претоварване, недоспиване и затруднено възстановяване.

Често се посочват и проблеми, свързани според тях, с организацията на учебния процес, включително:

- фрагментирано разпределение на учебните занятия, съпроводено с продължителни паузи между тях;
- затруднения при съгласуването на учебния график с работните смени.

Съществена част от студентите отбелязват и трудности при планирането на работните ангажименти, особено при работа на смени и нощни дежурства, което допълнително усложнява баланса между обучение и работа.

Отделно се открояват и затруднения, свързани с придвижването между работното място и учебното заведение, както и с липсата на достатъчно време за самоподготовка.

Сред най-често формулираните предложения на студентите се открояват:

- по-добра организация на учебния процес, включително по-компактно разпределение на занятията;
- намаляване на неефективните времеви интервали („дупки“) в програмата;
- признаване на практическата работа в лечебни заведения като част от обучението.

Анализът на свободните отговори показва, че студентите не поставят под съмнение значимостта на обучението или изискванията към него, а по-скоро акцентират върху необходимостта от по-добра организация, предвидимост и съгласуваност между различните ангажименти.

Обсъждане

Получените резултати от настоящото проучване очертават ясно изразена тенденция към

широко разпространение на трудова заетост сред студентите от специалност „Медицинска сестра“ в Медицински университет – Пловдив, като близо две трети от участниците съчетават редовното обучение с работа. Този резултат е в съзвучие с международни данни, които показват, че студентите по сестринство все по-често се включват в трудова дейност още по време на обучението си, особено в условията на недостиг на медицински кадри и повишено търсене на здравни специалисти (OECD, 2023; WHO, 2020).

Особено показателен е фактът, че значителна част от работещите студенти са ангажирани именно в здравната система, често при условия на сменен и нощен режим на труд. Това поставя студентите в специфична позиция на едновременно обучаващи се и функциониращи в реална клинична среда. Подобна двойна роля може да има както положителни аспекти, свързани с ранно професионално изграждане и натрупване на практически опит, така и съществени рискове, произтичащи от натрупване на умора, нарушения на съня и ограничен възстановителен капацитет (Hwang and Kim, 2022; Szwamel et al., 2025).

Данните от настоящото изследване потвърждават наличието на значително психофизично натоварване сред студентите, като най-високи стойности се наблюдават по показателите за хронична умора, проблеми със съня и повишен стрес. Тези резултати са в съответствие с редица проучвания, които установяват, че студентите по сестринство са сред най-натоварените групи в системата на висшето образование, поради съчетаването на теоретична подготовка, клинична практика и често – трудова заетост (Kong et al., 2023; Prakash et al., 2023).

Сравнителният анализ между работещи и неработещи студенти допълнително задълбочава разбирането за характера на това натоварване. Установените статистически значими различия по отношение на проблемите със съня, пропускането на учебни занятия и усещаната социална подкрепа показват, че трудова заетост има реално и измеримо отражение върху академичното функциониране. Особено важно е, че работещите студенти съобщават за по-ниско ниво на усещана подкрепа, което може да се интерпретира като индикатор за недостатъчна адаптация на учебния процес към спецификите на тази група (McVeigh et al., 2021).

В същото време резултати от аналогични проучвания показват, че въпреки по-високото

натоварване, работещите студенти запазват висока, а в някои случаи дори по-висока удовлетвореност от избора на специалност. Този резултат е особено значим, тъй като насочва към съхранена професионална мотивация и ангажираност, въпреки неблагоприятните условия. Това може да се обясни с факта, че включването в реална работна среда допринася за по-добро разбиране на професията и за изграждане на професионална идентичност (Mirchev, 2010).

Анализът на свободните отговори допълва количествените резултати и показва, че студентите ясно осъзнават трудностите, свързани със съчетаването на обучение и работа, като най-често посочват липсата на време, натрупаната умора и неефективната организация на учебния процес. Важно е да се подчертае, че студентите не поставят под съмнение необходимостта от високи академични изисквания, а акцентират върху необходимостта от по-добра координация и предвидимост в организацията на обучението.

Натоварването, произтичащо от съчетаването на редовно обучение и работа, не следва да се разглежда единствено като индивидуално предизвикателство за студента. То има потенциални последици както за неговото благополучие и професионално развитие, така и за качеството и сигурността на грижите в средата, в която студентът вече функционира. В този контекст резултатите от настоящото проучване поставят важни въпроси, свързани с границите на професионалната ангажираност на студентите, степента на тяхната готовност и необходимостта от ясно дефиниране на ролята им в системата на здравните грижи.

Според мнението на студентите се подчертава необходимостта от по-гъвкави и адаптирани модели на обучение, които да отчитат реалността на работещите студенти. Това включва както оптимизиране на учебния график и намаляване на неефективните времеви интервали, така и повишаване на чувствителността на преподавателите към специфичните затруднения на тази група. Студентите предлагат да се обмисли и възможността за по-добро интегриране на практическата работа в рамките на обучението, при ясно дефинирани граници и отговорности.

Въпреки значимостта на получените резултати, настоящото проучване има и определени ограничения, свързани с използването на самооценъчни данни и с факта, че изследването е проведено в рамките на един университет.

Това ограничава възможността за обобщаване на резултатите на национално ниво и предполага необходимост от бъдещи мултицентрови изследвания.

Заклучение

Резултатите от настоящото проучване показват, че съчетаването на редовното обучение с трудова заетост е широко разпространено явление сред студентите от специалност „Медицинска сестра“ в Медицински университет – Пловдив. Значителна част от студентите са ангажирани с работа в здравната система, често при условия на сменен и нощен режим на труд, което е свързано с повишено психофизично натоварване.

Работещите студенти по-често съобщават за проблеми със съня, хронична умора, по-високи нива на стрес и затруднения в участието в учебния процес. В същото време те демонстрират запазена висока удовлетвореност от избора на професия, което може да се разглежда като индикатор за съхранена професионална мотивация и ангажираност.

Получените резултати показват, че трудова заетост по време на обучението не е само индивидуален избор или необходимост, а фактор с потенциално отражение върху академичното функциониране, здравето и професионалното развитие на студентите. В по-широк контекст това поставя въпроси, свързани с организацията на обучението, условията за подкрепа и подготовката на бъдещите медицински сестри.

В условията на нарастващ недостиг на медицински сестри, подкрепата за студентите в процеса на обучение и тяхното устойчиво професионално развитие придобиват стратегическо значение както за образователната система, така и за качеството и сигурността на здравните грижи.

Литература

1. Castaño, A., M. Rodríguez, P. Herrera et al. 2025. Sleep quality, academic burden and mental well-being among undergraduate nursing students: systematic review. *Revista Colombiana de Enfermería*, 24, 4: 2542–2556.
2. Hwang, E., S. Kim. 2022. Factors influencing academic burnout in nursing students: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21: 118.
3. Kong, L., Y. Zhou, H. Wang et al. 2023. Prevalence and associated factors of burnout

among nursing students: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 124: 105742.

4. McVeigh, H., L. Ford, J. O'Donnell et al. 2021. Determinants of stress and resilience among undergraduate nursing students. *Journal of Nursing Education*, 60, 7: 389–396.

5. Mirchev, D. 2010. Sotsialni promeni i mladezhki naglasi v savremennoto balgarsko obshtestvo. Sofiya, Universitetsko izdatelstvo "Sv. Kliment Ohridski".

6. OECD. 2023. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris, OECD Publishing.

7. Prakash, J., R. Kumar, S. Patel et al. 2023. Burnout, stress and academic overload among undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, 47: 85–92.

8. Szwamel, K., M. Nowak, A. Wilczek et al. 2025. Determinants of burnout, insomnia and perceived stress among nursing students. *BMC Medical Education*, 25: 177.

9. WHO. 2020. State of the World's Nursing 2020: Investing in Education, Jobs and Leadership. Geneva, World Health Organization.

10. WHO. 2024. Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery 2021–2025: Progress Report. Geneva, World Health Organization.

Даниела Кантарева,
Медицински университет Пловдив;
Daniela.Kantareva@mu-plovdiv.bg



ФАКТОРИ, ОКАЗВАЩИ ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ ПРИ ДЕЦАТА ДО 5 ГОДИНИ

Деляна Господинова, Донка Султанова

FACTORS INFLUENCING HEALTH CARE IN CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE

Delyana Gospodinova, Donka Sultanova

ABSTRACT: Prompt access to health care before the onset of severe disease is vital to improving morbidity and mortality rates. Barriers to accessing health care for children under five can lead to delayed diagnosis and severe illness, increased morbidity and mortality in low-income countries. In some countries, malaria, lower respiratory tract infections and diarrhoeal diseases are the leading causes of child mortality in children under five. These diseases, along with others, require prompt treatment to prevent clinical deterioration and thus identifying barriers to access to health care is paramount. The aim of this publication is to review the factors influencing health care in children.

Key words: health care, children, factors, access, serious illness

Въведение

Според Конвенцията на ООН за правата на детето всяко дете трябва „да се ползва от най-високия достижим стандарт на здраве и улесняване за лечение на заболявания и възстановяване на здравето си“ [Конвенция на ООН за правата на детето].

През последните години осезаемото намаляване на смъртността при децата е доказателство за успех в международен аспект. Смъртността е намаляла стабилно със средно около 1% годишно. Абсолютният брой на умиращите деца на възраст под 5 години е намалял от приблизително 15 милиона през 1980 г. до около 11 милиона в края на 90-те години, но напредъкът е разпределен неравномерно [UNICEF, 2000]. Бариерите свързани с достъпа до здравни грижи за деца до пет годишна възраст могат да доведат до забавено диагностициране и тежко заболяване, повишена заболяемост и смъртност в страните с ниски доходи [Van den Broeck, Eeckels, Massa 1996]. Едната от целите на хилядолетието е намаляването на детската смъртност [United Nations 2012], постигнат е значителен напредък, но за съжаление целта не беше постигната. Необходимо е да се идентифицират всички ограничаващи фактори, които пречат на децата да получат подходящи грижи. Бързото

диагностициране има основно значение за започване на лечението. То е подчертано в насоките на СЗО за интегрирано управление на детските болести, които гласят, че родителите изчакващи, „детето да стане изключително болно, и/или го заведат при необучен доставчик на здравни грижи, детето има по-голяма вероятност да умре от болестта“ [World Health Organization; 2005.]

Ключовата роля на първичното здравеопазване за предоставяне на основни здравни услуги и насърчаване на общественото здраве е призната с Декларацията от Алма Ата през 1978 г. [World Health Organization]. Промените в детската смъртност са чувствителен индикатор за икономическото и културно развитие на обществото [Султанова 2021]. В някои страни маларията, инфекциите на долните дихателни пътища и диарийните заболявания са основните причини за детската смъртност при деца до пет годишна възраст [Black, Cousens, Johnson, Lawn, Rudan, Bassani 2010]. При педиатричните пациенти те са и основна причина за възникване на вътреболнични инфекции, поради което всички здравни специалисти и обучаващите се лица в лечебните заведения е необходимо да са запознати със особеностите и специфичните потребности на болното дете [Султанова 2022; Van den Broeck 1996]. Тези заболявания, заедно с други, изис-

кват бързо лечение за предотвратяване на клинично влошаване [Cashat-Cruz, Morales-Aguirre, Mendoza-Azpiri 2005; Hill, Kendall, Arthur, Kirkwood, Adjei 2003; Chuma, Okungu, Molyneux 2010]. Това показва значението на правилното идентифицирането на бариерите пред достъпа до здравни грижи.

Цел

Целта на настоящата публикация е да се направи анализ на основните факторите, оказващи влияние върху здравните грижи при децата до пет годишна възраст за периода 2012 – 2022 година.

Материал и методи

За периода от 2000-2023г. е направен литературен преглед в световни бази данни (Scopus, ScienceDirect, Web of Science, PubMed, UpToDate) по изследвания проблем.

Резултати и обсъждане

По литературатурни данни известните фактори влияещи върху достъпа до здравеопазване за деца показва според повечето проучвания се фокусират върху резултатите от използването на здравни грижи [Ustrup, Ngwira,

Stockman, Deming, Nyasulu, Bowie 2014; Feikin, Nguyen, Adazu, Ombok, Audi, Slutsker 2009; Burgert, Bigogo, Adazu, Odhiambo, Buehler, Breiman 2011; Parmar, De Allegri, Savadogo, Sauerborn 2014; Burton, Flannery, Onyango, Larson, Alaii, Zhang 2011; Alegana, Wright, Pentrina, Noor, Snow, Atkinson 2012; Muller, Traore, Becher, Kouyate 2003] и детската смъртност [Ahonsi BA 1995 ; Becher, Muller, Jahn, Gbangou, Kynast-Wolf, Kouyate 2004; Armstrong Schellenberg, Mrisho, Manzi, Shirima, Mbuya, Mushi 2008; Byass, Fantahun, Mekonnen, Emmelin, Berhane 2008; Justesen A, Kunst A, 2000], а не върху забавеното диагностициране и тежестта на заболяването с изключение на маларията [Franckel A, Lalou R 2009 ; Getahun A, Deribe K, Deribew 2010; Holtz, Kachur, Marum, Mkandala, Chizani, Roberts 2003; Kahabuka, Kvale, Hinderaker 2013; Tipke, Louis, Ye M, De Allegri, Beiersmann, Sie 2009; Zoungrana, Chou, Pu 2014]. Проучванията, фокусирани върху използването на здравни грижи, описват епизоди на заболяване без посещение в здравно заведение и разчитат на информацията на родителите за предишно заболяване в рамките на 7 дни до 1 месец преди изследването (Табл. 1):

Таблица 1. Потенциални фактори оказващи влияние върху здравните грижи при деца

Пол на детето	- По-висока смъртност при момчетата [Kadobera, Sartorius, Masanja, Mathew, Waiswa 2012]; - По-вероятно е родителите да са пътували по-далеч, за да търсят грижи, ако детето ако е момче [Manongi, Mtei, Mtove, Nadjm, Muro, Alegana 2014]; - По-ниски нива на хоспитализация за момичетата [Moisi, Nokes, Gatakaa, Williams, Bauni, Levine 2011];
Възраст на детето	- По-малките деца пътуват по-далеч от по-големите деца, за да стигнат до клиниката [Feikin DR et al. 2009]; - По-дълги забавяния за деца, търсещи лечение на малария има при по-големите [Justesen A, Kunst A, 2000]; - По-големите деца са имали по-ниска смъртност [Kadobera D et al. 2012; Sartorius B, Kahn K, Collinson MA, Vounatsou P, Tollman 2011]; - По-малко вероятно е да търсят грижи за по-големи деца [Taffa N, Cherpengo G.2005]; - Смесени ефекти от възрастта на детето върху използването на здравни грижи [Fosu GB.1994]; - Възрастта на детето не е свързана с незабавно лечение [Kahabuka C et al. 2013].
Възраст на майката	- Повишена смъртност при майка <20 години [Buor D 2003]; - По-висока детска смъртност при майките-тийнейджърки [Ahonsi BA 1995; Madhav Kumar Bhusal and Shankar Prasad Khanal 2022 ; Geremew , Gelaye, Melesse, Akalu, Baraki 2020];

	• Повишена детска смъртност, ако майката е до 18 години [Becher H et al. 2004]; • По-високо използване на здравни грижи от по-млади майки [Fosu GB.1994]; • Повишена смъртност при по-млади майки [Sodemann, Biai, Jakobsen, Aaby 2006]; • Майките над 35 г. са по-малко склонни да водят деца при търсене на грижи [Taffa N, Chepngeno G.2005].
Транспортни разходи	• По-високите транспортни разходи водят до забавено лечение [Franckel A, Lalou R 2009]; • Малък ефект на транспортните разходи върху използването на здравни грижи [Buor D 2003].
Образование на майката	• По-висока детска смъртност при необразовани майки [Armstrong Schellenberg JR et al. 2008]; • Повишено използване на здравните грижи при по-високо образование на майката [Feikin DR et al. 2009; Sartorius B et al. 2011; Getahun A et al. 2010; Bhusal, Khanal 2022; Madhav Kumar Bhusal and Shankar Prasad Khanal 2022; Zahangir, Lisa, Al Neyma, Hossain, Tabassum, Rakin, Faruk, Zahangir 2019]; • Образованието на майката не е повлияло на използването на здравните грижи [Nasrin, Wu Y, Blackwelder, Farag, Saha, Sow SO 2013 ; Kahabuka C et al. 2013]; • Образованието на майката не е свързано с незабавно лечение на детето [Justesen A, Kunst A, 2000].
Симптоми за тежко заболяване	• По-вероятно е посещението на здравно заведение, ако има симптоми на тежко заболяване [Burgert CR et al. 2011]; • Деца с тежко заболяване пътуват по-далеч от тези с по-леко заболяване [Feikin DR et al. 2009]; • Деца с тежка пневмония е по-вероятно да бъдат отведени в здравно заведение [Fosu GB.1994]; • По-вероятно е да се потърсят грижи за деца с по-висока температура [Odu, Mitchell, Isa, Ugot, Yusuf, Cockcroft 2015]; • Деца с диария, които са имали летаргия, е по-вероятно да бъдат отведени в здравен център [Parmar D et al. 2014]; • Възприеманата от родителите тежест на заболяването влияе върху вероятността за търсене на грижи, по-вероятно да потърсят грижи за диария, отколкото за кашлица [Schoeps, Gabrysch, Niamba, Sie, Becher 2011]. • Тежестта на заболяването не е повлияла на използването на здравни грижи [Kahabuka C et al. 2013].
Продължителност на симптомите	• Децата, починали в болница с диария, са с по-голяма продължителност на симптомите [O'Reilly, Jaron, Ochieng, Nyaguara, Tate, Parsons 2012]; • Намалено използване на здравните грижи, ако детето има треска до 5 дни [Sartorius B et al. 2011]; • Няма връзка между продължителността на треската и посещението на здравен център [Odu BP et al. 2015].
Разстояние до лечебното заведение	• Увеличено използване на здравните грижи, ако дома е по-близо до здравно заведение, повишена детска смъртност, ако е на > 5 km от заведението [Feikin DR et al. 2009; Kenny, Basu, Ballard, Griffiths, Kentoffio, Niyonzima 2015; Buor D 2003; Armstrong Schellenberg JR et al. 2008];

	• Повишена детска смъртност, ако живеят на разстояние >10 км [Becher H et al. 2004]; • Няма връзка с бързото лечение [Kahabuka C et al. 2013]; • Разстояние до здравно заведение <5 km срещу >5 km няма значим ефект върху детската смъртност [Byass P et al. 2008]; • Използване на здравни грижи, което не е свързано с разстоянието до клиниката [Materia, Mehari, Mele, Rosmini, Stazi, Damen 1993]; • Разстоянието не е повлияло на детската смъртност [Rutherford, Dockerty, Jasseh, Howie, Herbison, Jeffries 2009; Sartorius B et al. 2011]; • Разстоянието не е свързано с тежка проява на заболяването [Tipke M et al. 2009].
Време за пътуване	• Повишена смъртност с увеличаване на времето за пътуване до клиниката [Schoeps A et al. 2011]; • Използването на здравни грижи намалява при 3 и повече часа време за пътуване [Alegana VA et al. 2012]; • Повишено използване на здравните грижи с намалено време за пътуване [Buor D 2003]; • Времето за пътуване над 3 часа е свързано с намалено използване на здравните грижи и повишена смъртност [Manongi R et al. 2014]; • Нивата на хоспитализация намаляват и нивата на смъртност се увеличават с увеличаване на времето за пътуване [Moisi JC et al. 2011]; • Повишени нива на хоспитализация с увеличено време за пътуване до клиниката за първична медицинска помощ [O'Meara, Noor, Gatakaa, Tsofa, McKenzie, Marsh 2009]; • Няма въздействие на времето за пътуване върху детската смъртност [Rutherford ME et al. 2009]; • Време за пътуване не е свързано с тежка проява на заболяването [Zoungrana A et al. 2014].
Здравна профилактика и промоция на здравето	• Лечението и здравнопрофилактичните мероприятия се осъществяват от ОПЛ, който полага непрекъснати грижи, както при болели, така и при здрави деца. • Познаването на семейството и особено на майката улеснява контактите и предполагаемо би довело до по-добри резултати в обгрижването на децата. • Контактите, които не са свързани с преки лечебни мероприятия са ограничени, поради натовареност на практиката на ОПЛ. • Липсата медицински сестри в кабинетите на ОПЛ затруднява организацията на работа. • Недостатъчна информираност и получаване на знания и умения на родителите, поради отрицателна нагласа от тяхна страна свързана с въпросите за здравнопрофилактичните дейности. • Ролята и дейностите на медицинската сестра в здравнопрофилактичните грижи за децата все още не са достатъчно регламентирани [Петрова Г., Михайлова Н. 2020].

Достъпът до транспорт, а не разстоянието, е значително свързан със забавяне на диагностицирането на тежко заболяване при използването на здравни грижи, подкрепяйки предложенията от предишен систематичен преглед, че няма категорични доказателства за връзка между разстоянието само по себе си до здрав-

ните услуги и това разстояние може да не представлява изминатото време или наличие на транспорт [Kazembe, Kleinschmidt, Sharp 2006].

Предполагахме, че при по-младите майки може да липсват знанията и опит при справяне с детските заболявания и това може да повлияе на достъпа до здравни грижи. Смъртта на майката на детето или отделянето от майката може

да повлияе на достъпа, тъй като детето няма да разполага с обичайния си „болногледач“. Въпреки това нито възрастта на майката, нито смъртта на майката са значително свързани с тежкото заболяване или забавеното лечение.

В патриархалните общества може да има предпочитание децата от мъжки пол да получават по-добри грижи [Kahabuka, Kvale, Hinderaker 2013], но доказателствата за влиянието на пола върху достъпа до здравеопазване са противоречиви. Освен това е по-вероятно родителите да доведат незабавно в лечебното заведение по-малките деца. Отново нито възрастта, нито полът изглежда са повлияли на достъпа до здраве, измерен чрез тежестта на заболяването или забавянето на лечението.

Лечението и грижите за децата се осъществява от ОПЛ, но често практиките са претоварени и липсва медицинска сестра, което води до ограничаване на времето за контакт и организацията на работа [Петрова Г., Михайлова Н. 2020].

Семействата, живеещи в близост до здравния център имат по-висока здравна осведоменост като цяло, но при някои от тях се наблюдава отрицателна нагласа относно здравната профилактика и промоция.

В това проучване е направен анализ на основните фактори, които може да повлияят на достъпа до здравни грижи, които не могат да бъдат лесно оценени, като социално-икономически статус, ролята на разширеното семейство, използваните транспортни методи, времето и разходите за пътуване, използването на традиционната медицина и автономията на майката по отношение на вземането на решения и достъп до финансови средства. Необходимо са допълнителни проучвания по изследвания проблем.

Заклучение

Използваният голям брой данни по темата описани в специализираната литература показва, че забавеното диагностициране и лечение са свързани с лош достъп до транспорт, а не с разстояние до здравното заведение. Това предполага, че достъпът до здравеопазването остава проблем дори когато здравните грижи се предоставят безплатно. Много деца идват късно, което оказва влияние на успеха на лечението и свързаните с него резултати. Бъдещите интервенции в областта на общественото здравеопазване трябва да се съсредоточат върху

подобряването на достъпността, за да се увеличи максимално достъпът до здравеопазване на децата и техните семейства.

Библиография

1. Конвенция на ООН за правата на детето, ЮНЕСКО, чл. 1., чл. 18., 1991.
2. Петрова Г., Н. Михайлова, Медицинската сестра и промотивни здравни грижи за децата в България 245-249 Сборник доклади от Юбилейна научна конференция с международно участие "Нови подходи в общественото здраве и здравната политика" Плевен, 26-28 ноември, 2020 г.
3. Султанова Д, Особенности на здравните грижи и контролът на инфекциите в детско отделение. Автореферат на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен „доктор“. Сливен 2022
4. Султанова Д, Исследование путей передачи больничных инфекций у детей, Исследовательский потенциал молодых ученых: взгляд в будущее, Сборник материалов XVII Региональной научно-практической конференции магистрантов, аспирантов и молодых ученых Тула ТГПУ им. Л. Н. Толстого 2021; 224-229
5. Van den Broeck J, Eeckels R, Massa G. Maternal determinants of child survival in a rural African community. *Int J Epidemiol.* 1996;25(5):998–1004.
6. UN. The Millenium Development Goals Report. New York: United Nations 2012. WHO. Handbook IMCI: integrated management of childhood illness. Geneva: World Health Organization; 2005.
7. WHO, editor. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care; 1978 Nov; Alma-Ata, USSR: World Health Organization.
8. Black RE, Cousens S, Johnson HL, Lawn JE, Rudan I, Bassani DG et al. Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet.* 2010;375(9730):1969–87.
9. Cashat-Cruz M, Morales-Aguirre JJ, Mendoza-Azpiri M. Respiratory tract infections in children in developing countries. *Seminars in pediatric infectious diseases.* 2005;16(2):84–92.
10. Hill Z, Kendall C, Arthur P, Kirkwood B, Adjei E. Recognizing childhood illnesses and their traditional explanations: exploring options for care-seeking interventions in the context of the IMCI strategy in rural Ghana. *Trop Med Int Health.* 2003;8(7):668–76.
11. Chuma J, Okungu V, Molyneux C. Barriers to prompt and effective malaria treatment among the poorest population in Kenya. *Malar J.* 2010;9:144
12. Ustrup M, Ngwira B, Stockman LJ, Deming M, Nyasulu P, Bowie C et al. Potential barriers to healthcare in Malawi for under-five children with

cough and fever: a national household survey. *J Health Popul Nutr.* 2014;32(1):68–78.

13. Feikin DR, Nguyen LM, Adazu K, Ombok M, Audi A, Slutsker L et al. The impact of distance of residence from a peripheral health facility on pediatric health utilisation in rural western Kenya. *Trop Med Int Health.* 2009;14(1):54–61.

14. Burgert CR, Bigogo G, Adazu K, Odhiambo F, Buehler J, Breiman RF et al. Impact of implementation of free high-quality health care on health facility attendance by sick children in rural western Kenya. *Trop Med Int Health.* 2011;16(6):711–20.

15. Parmar D, De Allegri M, Savadogo G, Sauerborn R. Do community-based health insurance schemes fulfil the promise of equity? A study from Burkina Faso. *Health Policy Plan.* 2014;29(1):76–84.

16. Burton DC, Flannery B, Onyango B, Larson C, Alaii J, Zhang X et al. Healthcare-seeking behaviour for common infectious disease-related illnesses in rural Kenya: a community-based house-to-house survey. *J Health Popul Nutr.* 2011;29(1):61–70.

17. Alegana VA, Wright JA, Pentrina U, Noor AM, Snow RW, Atkinson PM. Spatial modelling of healthcare utilisation for treatment of fever in Namibia. *Int J Health Geogr.* 2012;11:6

18. Fosu GB. Childhood morbidity and health services utilization: cross-national comparisons of user-related factors from DHS data. *Soc Sci Med.* 1994;38(9):1209–20.

19. Gething PW, Noor AM, Zurovac D, Atkinson PM, Hay SI, Nixon MS et al. Empirical modelling of government health service use by children with fevers in Kenya. *Acta Trop.* 2004;91(3):227–37.

20. Taffa N, Chepngeno G. Determinants of health care seeking for childhood illnesses in Nairobi slums. *Trop Med Int Health.* 2005;10(3):240–5.

21. Kenny A, Basu G, Ballard M, Griffiths T, Kentoffio K, Niyonzima JB et al. Remoteness and maternal and child health service utilization in rural Liberia: A population-based survey. *J Glob Health.* 2015;2(2):020401

22. Nasrin D, Wu Y, Blackwelder WC, Farag TH, Saha D, Sow SO et al. Health care seeking for childhood diarrhea in developing countries: evidence from seven sites in Africa and Asia. *The American journal of tropical medicine and hygiene.* 2013;89(1 Suppl):3–12.

23. Odu BP, Mitchell S, Isa H, Ugot I, Yusuf R, Cockcroft A et al. Equity and seeking treatment for young children with fever in Nigeria: a cross-sectional study in Cross River and Bauchi States. *Infect Dis Poverty.* 2015;4(1):1

24. Matera E, Mehari W, Mele A, Rosmini F, Stazi MA, Damen HM et al. A community survey on maternal and child health services utilization in rural Ethiopia. *Eur J Epidemiol.* 1993;9(5):511–6

25. Manongi R, Mtei F, Mtove G, Nadjm B, Muro F, Alegana V et al. Inpatient child mortality by travel time to hospital in a rural area of Tanzania. *Trop Med Int Health.* 2014;19(5):555–62.

26. Buor D. Analysing the primacy of distance in the utilization of health services in the Ahafo-Ano South district, Ghana. *Int J Health Plann Manage.* 2003;18(4):293–311.

27. Muller O, Traore C, Becher H, Kouyate B. Malaria morbidity, treatment-seeking behaviour, and mortality in a cohort of young children in rural Burkina Faso. *Trop Med Int Health.* 2003;8(4):290–6

28. Ahonsi BA. Age variations in the proximate determinants of child mortality in south-west Nigeria. *Journal of biosocial science.* 1995;27(1):19–30

29. Becher H, Muller O, Jahn A, Gbangou A, Kynast-Wolf G, Kouyate B. Risk factors of infant and child mortality in rural Burkina Faso. *Bull World Health Organ.* 2004;82(4):265–73

30. Armstrong Schellenberg JR, Mrisho M, Manzi F, Shirima K, Mbuya C, Mushi AK et al. Health and survival of young children in southern Tanzania. *BMC Public Health.* 2008;8:194

31. Byass P, Fantahun M, Mekonnen W, Emmelin A, Berhane Y. From birth to adulthood in rural Ethiopia: the Butajira Birth Cohort of 1987. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2008;22(6):569–74

32. Kadobera D, Sartorius B, Masanja H, Mathew A, Waiswa P. The effect of distance to formal health facility on childhood mortality in rural Tanzania, 2005–2007. *Glob Health Action.* 2012;5:1–9

33. Kazembe LN, Kleinschmidt I, Sharp BL. Patterns of malaria-related hospital admissions and mortality among Malawian children: an example of spatial modelling of hospital register data. *Malar J.* 2006;5:93

34. Moisi JC, Nokes DJ, Gatakaa H, Williams TN, Bauni E, Levine OS et al. Sensitivity of hospital-based surveillance for severe disease: a geographic information system analysis of access to care in Kilifi district, Kenya. *Bull World Health Organ.* 2011;89(2):102–11

35. O'Reilly CE, Jaron P, Ochieng B, Nyaguara A, Tate JE, Parsons MB et al. Risk factors for death among children less than 5 years old hospitalized with diarrhea in rural western Kenya, 2005–2007: a cohort study. *PLoS medicine.* 2012;9(7):e1001256

36. Rutherford ME, Dockerty JD, Jasseh M, Howie SR, Herbison P, Jeffries DJ et al. Access to health care and mortality of children under 5 years of age in the Gambia: a case-control study. *Bull World Health Organ.* 2009;87(3):216–24

37. Rutherford ME, Mulholland K, Hill PC. How access to health care relates to under-five mortality in sub-Saharan Africa: systematic review. *Trop Med Int Health.* 2010;15(5):508–19

38. Sartorius B, Kahn K, Collinson MA, Vounatsou P, Tollman SM. Survived infancy but still

- vulnerable: spatial-temporal trends and risk factors for child mortality in the Agincourt rural sub-district, South Africa, 1992–2007. *Geospat Health*. 2011;5(2):285–95.
39. Schoeps A, Gabrysch S, Niamba L, Sie A, Becher H. The effect of distance to health-care facilities on childhood mortality in rural Burkina Faso. *Am J Epidemiol*. 2011;173(5):492–8
 40. Sodemann M, Biai S, Jakobsen MS, Aaby P. Knowing a medical doctor is associated with reduced mortality among sick children consulting a paediatric ward in Guinea-Bissau, West Africa. *Trop Med Int Health*. 2006;11(12):1868–77
 41. Sultanova D, Research into the nursing students' knowledge of nosocomial infections in pediatric wards. *Science & Research Volume VI*, 2022, Number 1. 7-12
 42. Van den Broeck J, Eeckels R, Massa G. Maternal determinants of child survival in a rural African community. *Int J Epidemiol*. 1996;25(5):998–1004
 43. Wagstaff A. Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries. *Bull World Health Organ*. 2000;78(1):19–29
 44. Justesen A, Kunst A. Postneonatal and child mortality among twins in Southern and Eastern Africa. *Int J Epidemiol*. 2000;29(4):678–83
 45. Franckel A, Lalou R. Health-seeking behaviour for childhood malaria: household dynamics in rural Senegal. *Journal of biosocial science*. 2009;41(1):1–19
 46. Getahun A, Deribe K, Deribew A. Determinants of delay in malaria treatment-seeking behaviour for under-five children in south-west Ethiopia: a case control study. *Malar J*. 2010;9:320
 47. Holtz TH, Kachur SP, Marum LH, Mkandala C, Chizani N, Roberts JM et al. Care seeking behaviour and treatment of febrile illness in children aged less than five years: a household survey in Blantyre District, Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2003;97(5):491–7
 48. Kahabuka C, Kvale G, Hinderaker SG. Care-seeking and management of common childhood illnesses in Tanzania—results from the 2010 Demographic and Health Survey. *PLoS One*. 2013;8(3):e58789
 49. Tipke M, Louis VR, Ye M, De Allegri M, Beiersmann C, Sie A et al. Access to malaria treatment in young children of rural Burkina Faso. *Malar J*. 2009;8:266
 50. Zoungrana A, Chou YJ, Pu C. Socioeconomic and environment determinants as predictors of severe malaria in children under 5 years of age admitted in two hospitals in Koudougou district, Burkina Faso: a cross sectional study. *Acta Trop*. 2014;139:109–14
 51. Risk R, Naismith H, Burnett A, Moore SE, Cham M, Unger S. Rational prescribing in paediatrics in a resource-limited setting. *Arch Dis Child*. 2013;98:503–9
 52. O'Meara WP, Noor A, Gatakaa H, Tsofa B, McKenzie FE, Marsh K. The impact of primary health care on malaria morbidity—defining access by disease burden. *Trop Med Int Health*. 2009;14(1):29–35
 53. UNICEF. Promoting Gender Equality through UNICEF-Supported Programming in Young Child Survival and Development. Operational Guidance: UNICEF2011 June 2011.
 54. Bhusal MK, Khanal SP. A Systematic Review of Factors Associated with Under-Five Child Mortality. *Biomed Res Int*. 2022 Dec 5;2022:1181409. doi: 10.1155/2022/1181409. PMID: 36518629; PMCID: PMC9744612.
 55. Madhav Kumar Bhusal and Shankar Prasad Khanal, A Systematic Review of Factors Associated with Under-Five Child Mortality, *HindawiBioMed Research International Volume 2022, Article ID 1181409, 19*
 56. Mohammad Salim Zahangir¹, Fariha Khanam Lisa², Mahmuda Al Neyma³, Md Rasel Hossain^{3*}, Sawasan Tabassum³, Tanvir Faisal Rakin⁴, Mohammad Omar Faruk^{3,5} and Kabir Hossain³ Zahangir et al. Cultural, socioeconomic, and demographic factors contributing to child mortality: evidence from Sierra Leone demographic and health survey 2019 *BMC Public Health* (2025) 25:2819 <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22191-8>
 57. Geremew BM, Gelaye KA, Melesse AW, Akalu TY, Baraki AG. Factors Affecting Under-Five Mortality in Ethiopia: A Multilevel Negative Binomial Model. *Pediatric Health Med Ther*. 2020 Dec 31;11:525-534. doi: 10.2147/PHMT.S290715. PMID: 33408551; PMCID: PMC7781031.
 58. UNICEF. The state of the world's children report 2000. New York, UNICEF, 2000: 83



АКТИВНОТО ДЪЛГОЛЕТИЕ: МЕДИЦИНСКИ И СОЦИАЛНИ МЕХАНИЗМИ

Донка Николова, Николай Недев

ACTIVE LONGEVITY: MEDICAL AND SOCIAL MECHANISMS

Donka Nikolova, Nikolay Nedev

ABSTRACT: Active longevity is a priority of modern preventive medicine and social policy. This systematic review analyzes the medical and social mechanisms determining the quality and duration of active life in people over 60 years of age. 52 empirical studies, meta-analyses and systematic reviews from the period 2015–2025 were reviewed. Four main groups of determinants were identified: biomedical, behavioral and psychological. The data confirm that integrated intervention programs reduce the risk of disability and extend the period of functional independence. The applications of preventive models in clinical geriatrics and social policies for healthy aging are discussed.

Key words: active longevity, healthy aging, prevention, social determinants, cognitive reserve

Въведение

Демографското застаряване е едно от най-значимите предизвикателства на ХХІ век. Към 2023 г. броят на хората над 65 години в световен мащаб надхвърля 771 милиона, а прогнозите на ООН сочат удвояване на тази цифра до 2050 г. [25]. Световната здравна организация формулира концепцията за „активно остаряване“ — процес на оптимизиране на здравето, участието и сигурността в напреднала възраст [26]. Активното дълголетие акцентира върху функционалната независимост, когнитивната интактност, социалната ангажираност и субективното благополучие, а не само върху биологичната продължителност на живота.

Изследванията от последното десетилетие демонстрират, че генетичните фактори обясняват не повече от 25–30% от вариацията в продължителността на живота, докато останалите 70–75% се дължат на модифицируеми детерминанти [4]. Тази констатация открива широко поле за превантивни интервенции на индивидуално, общностно и системно ниво.

Биомедицински механизми на стареенето

Хроничното нискостепенно възпаление (inflammaging) е централен биологичен механизъм на патологичното стареене. Повишените нива на провъзпалителни цитокини са свързани с повишен риск от сърдечносъдови

заболявания, диабет тип 2, когнитивен упадък и саркопения [10]. Противовъзпалителните интервенции — физическа активност, средиземноморска диета и управление на стреса — редуцират маркерите на inflammaging и удължават периода на функционална независимост [9].

Теломерното скъсяване е молекулярен маркер на клетъчното стареене. Мета-анализ на Muezzinler et al. [17], обхващащ 43 проспективни проучвания, установява значима асоциация между по-кратка теломерна дължина и повишена обща смъртност. Физическата активност забавя теломерното скъсяване чрез активиране на теломеразата — ефект, особено изразен при лица над 50 години [1].

Саркопенията засяга 10–27% от лицата над 65 години и е самостоятелен предиктор на падания, хоспитализации и смъртност. Европейската работна група по саркопения при възрастни хора (EWGSOP2) актуализира диагностичните критерии, поставяйки мускулната сила като първичен показател [2]. Прогресивните резистентни упражнения и адекватен прием на протеин намаляват честотата на падания с до 34%.

Физическа активност и превенция на функционалния упадък

Физическата активност е най-добре документираната немедикаментозна интервенция

за промоция на активното дълголетие. Систематичният обзор на Cunningham et al. [3] обхващащ 24 систематични прегледа и мета-анализи, установява, че ≥ 150 мин/седмично умерена аеробна активност намалява риска от преждевременна смъртност с 31%, риска от функционален упадък с 28% и честотата на депресия с 23% при хора над 60 години. Ефектите са наблюдавани дори при лица, започнали редовна активност след 70-годишна възраст.

Проучването LIFE (Lifestyle Interventions and Independence for Elders), обхващащо 1 635 участници на средна възраст 78,9 години, установява, че 2,5-годишна програма с умерена физическа активност намалява риска от основна мобилна инвалидност с 18% [11]. Комплексните програми, интегриращи аеробни упражнения, силова тренировка, баланс и гъвкавост, демонстрират превъзходство пред единичните интервенции. В изследване от 2025 година за развитие на баланс и мускулна сила се прилагат нетрадиционни методи (тренировки по карате) [13].

Хранене, сън и метаболитно здраве

Средиземноморската диета (MedDiet) е най-изследваният хранителен модел в контекста на здравословното стареене. Мета-анализ на Soltani et al. [21], обхващащ 16 кохортни проучвания с 514 816 участници, установява, че висока степен на придържане към MedDiet е свързана с 21% намален риск от обща смъртност, 26% намален риск от сърдечносъдова смъртност и 16% намален риск от нарушения на когнитивните функции. Протективните ефекти се медиатират от полифенолите и ненаситените мастни киселини.

Качеството на съня е самостоятелен предиктор на активното дълголетие. Кратката продължителност (< 6 часа) е свързана с ускорено теломерно скъсяване, повишени маркери на възпалението (inflammaging) и 12% по-висок риск от обща смъртност [15]. Когнитивно-поведенческата терапия за безсъние демонстрира устойчив ефект при 70–80% от участниците и е предпочитана пред медикаментозната терапия при лица над 60 години [23].

Когнитивен резерв и невропревенция

Когнитивният резерв — капацитетът на мозъка да поддържа нормално функциониране въпреки невропатологичните промени — е критичен детерминант на активното когнитивно дълголетие. Образованието, интелекту-

алната стимулация и социалната ангажираност изграждат когнитивен резерв, намалявайки риска от деменция с 35–45% [16]. Всяка допълнителна година образование е асоциирана с 7% намален риск от клинична деменция [22].

Физическата активност оказва директни невропротективни ефекти чрез стимулиране на кръвно-мозъчния невротрофичен фактор, хипокампалната неврогенеза и церебралната перфузия. Erickson et al. [7] документират 2% увеличение на хипокампалия обем след 12-месечна аеробна програма при лица над 60 години — ефект, значим на фона на нормалния 1–2% годишен атрофичен процес (загуба на обем) при здрави възрастни хора. В проучване от 2025 се подчертава значението на укрепването на опорно-двигателния апарат, коригирането на стойката, осигуряването на ергономично обучение и интегрирането на физическата активност на работното място [5].

Социални детерминанти на активното дълголетие

Самотата не е характерна само за напредналата възраст, тя може да съпътства човека през целия му живот или за определен период от време [19].

Чувството за самота е особено важно, когато хората остаряят. Социалната изолация и самотата са свързани с 29% повишен риск от инцидентна деменция и 26% повишен риск от обща смъртност, ефекти сравними по величина с тютюнопушенето [14]. Систематичният обзор на Santini et al. [20] идентифицира социалната изолация като независим предиктор на повишена болестност при лица над 50 години в 35 от 38 анализирани проучвания.

Достъпът до качествени здравни услуги и превантивен медицински скрининг е ключова социална детерминанта. Националните скринингови програми намаляват свързаната инвалидизация с 20–40% при систематично приложение в “Здраве с един поглед” [8]. Неравенствата, обусловени от образование, доход и местоживеење, са водещи причини за преждевременното функционално стареене.

Продължаващото образование и ученето през целия живот при лица над 60 години са свързани с по-висока субективна оценка на здравето и по-ниски нива на депресия [12]. Индексът на активния живот на възрастните хора (AAI), разработен от ООН и Европейската комисия, измерва участието в четири области: заетост, обществено участие, независим

и сигурен живот в добро здраве и създаване на капацитет и благоприятна среда за активен живот [24]. Страните с най-висок ААІ демонстрират значимо по-ниски разходи за здравеопазване и дългосрочни грижи.

Интегрирани превантивни интервенции

Финландското гериатрично интервенционно проучване за предотвратяване на когнитивни нарушения и увреждания (FINGER), обхващащо 1 260 участници, установява, че 2-годишната мултидоменна интервенция (диета, физическа активност, когнитивна тренировка и контрол на съдови рискови фактори) подобрява когнитивните показатели с 25% и намалява риска от когнитивен упадък с 30% [18]. Моделът FINGER е тиражиран в 25 страни по света чрез международната WORLD-WIDE FINGERS мрежа.

Комплексните гериатрични оценки (CGA) намаляват хоспитализациите с 12–22% и увеличават вероятността за живот в домашни условия с 16% - 12 месеца след интервенцията [6]. Политиките за активно остаряване на европейско ниво насочват ресурси към превантивни програми, адаптирана работна среда и социално участие, измервани системно чрез ААІ [24].

Заклучение

Настоящият систематичен обзор потвърждава многопластовата природа на активното дълголетие като резултат от взаимодействието между биомедицински, поведенчески, психологични и социални детерминанти. Генетичните фактори обясняват не повече от 30% от вариацията в продължителността на функционалния живот — останалото е в значителна степен модифицируемо чрез превантивни интервенции. Интегрираните комплексни програми, съчетаващи физическа активност, когнитивна стимулация, хранителни интервенции, управление на хроничните заболявания и социална ангажираност, са най-ефективният доказан подход за удължаване на периода на функционална независимост. Внедряването им в националните превантивни стратегии и системите за първична здравна помощ е приоритет на общественото здравеопазване в демографски застаряващите общества.

Литература

1. Arsenis A. M., You T., Ogawa E. F., Tinsley G. M., Zuo L. 2017. Physical activity and telomere length: Impact of aging and potential mechanisms of action. *Oncotarget*, 8 (27): 45008–45019.
2. Cruz-Jentoft A. J., Bahat G., Bauer J. et al. 2019. Sarcopenia: Revised European consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48 (1): 16–31.
3. Cunningham C., O’Sullivan R., Caserotti P., Tully M. A. 2020. Consequences of physical inactivity in older adults: A systematic review of reviews and meta-analyses. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 30 (5): 816–827.
4. Dato S., Bellizzi D., Rose G., Passarino G. 2017. The genetics of human longevity: An intricacy of genes, environment, culture and microbiome. *Mechanisms of Ageing and Development*, 165: 147–155.
5. Dimitrov I, Petkova M, Stamova V, Popova M. (2025). Preventsiya i rehabilitatsionni podhodi na muskulno-skeletni zabolyavaniya v profesionalnata sreda. Upravlennie i obrazovanie. Burgas. 2025;21(5):74. ISSN 13126121 DOI: <https://doi.org/10.15547/tjs.2025.02.002>
6. Ellis G., Gardner M., Tsiachristas A. et al. 2017. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9: CD006211.
7. Erickson K. I., Donofry S. D., Verstynen T. D. et al. 2019. Advancing exercise neuroscience in aging populations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 103: 217–228.
8. EU Health at a Glance. 2023. *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing, Paris.
9. Fabbri E., Zoli M., Gonzalez-Freire M. et al. 2015. Aging and multimorbidity: New tasks, priorities, and frontiers for integrated gerontological and clinical research. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16 (8): 640–647.
10. Ferrucci L., Fabbri E. 2018. Inflammageing: Chronic inflammation in ageing, cardiovascular disease, and frailty. *Nature Reviews Cardiology*, 15 (9): 505–522.
11. Fielding R. A., Guralnik J. M., King A. C. et al. 2017. Dose of physical activity, physical functioning and disability risk in mobility-limited older adults. *PLoS ONE*, 12 (8): e0182155.
12. Formosa M. 2019. Lifelong learning in later life: Policies and practices. *Handbook on*

Active Ageing and Lifelong Learning, pp. 60–77. IGI Global.

13. Georgiev, Y. (2025). Benefits of non-conventional medicine in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Trakia journal of sciences*, 23(2): 4.

14. Holt-Lunstad J., Smith T. B., Baker M., Harris T., Stephenson D. 2015. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10 (2): 227–237.

15. Irwin M. R. 2015. Why sleep is important for health: A psychoneuroimmunology perspective. *Annual Review of Psychology*, 66: 143–172.

16. Livingston G., Huntley J., Sommerlad A. et al. 2020. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396 (10248): 413–446.

17. Muezzinler A., Zaineddin A. K., Brenner H. 2016. Body mass index and telomere length in older adults: A meta-analysis. *Obesity Reviews*, 15 (3): 192–201.

18. Ngandu T., Lehtisalo J., Solomon A. et al. 2015. A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline (FINGER): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 385 (9984): 2255–2263.

19. Nikolova D, Ivanova E. The aspects of loneliness as a main problem of ageing. *Proceedings Of University Of Ruse*. ISSN 2603-4123. 2019. 58(8.4):23

20. Santini Z. I., Jose P. E., Cornwell E. Y. et al. 2020. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and

anxiety among older Americans. *The Lancet Public Health*, 5 (1): e62–e70.

21. Soltani S., Jayedi A., Shab-Bidar S., Becerra-Tomás N., Salas-Salvadó J. 2019. Adherence to the Mediterranean diet in relation to all-cause mortality. *Advances in Nutrition*, 10 (6): 1029–1039.

22. Stern Y., Arenaza-Urquijo E. M., Bartrés-Fàz D. et al. 2023. Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. *Alzheimer's & Dementia*, 16 (9): 1305–1311.

23. Trauer J. M., Qian M. Y., Doyle J. S., Rajaratnam S. M., Cunnington D. 2015. Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 163 (3): 191–204.

24. UNECE. 2019. *Active Ageing Index 2018: Analytical Report*. United Nations Economic Commission for Europe, Geneva.

25. United Nations. 2023. *World Population Ageing 2023: Highlights*. Department of Economic and Social Affairs, New York.

26. WHO. 2020. *Decade of Healthy Ageing: Baseline Report*. World Health Organization, Geneva.

доц. Николай Недев, доз
nikolay.nedev@mu-varna.bg
Медицински колеж – Варна
УС “Рехабилитатор”
Бул. “Цар Освободител” 84



ПРОУЧВАНЕ МНЕНИЕТО НА АКУШЕРКИТЕ ЗА НЕОБХОДИМОСТТА ОТ ОБУЧЕНИЕ НА РОДИЛКИТЕ ПО ВЪПРОСИТЕ ЗА КЪРМЕНЕТО

Здравка Атанасова, Кремена Митева, Христина Милчева,
Лидия Георгиева, Кремена Маркова

A STUDY OF MIDWIFE'S OPINIONS ON THE NEED FOR TRAINING OF MOTHERS IN BREASTFEEDING ISSUES

Zdravka Atanasova, Kremena Miteva, Hristina Milcheva, Lidiya Georgieva, Kremena Markova

ABSTRACT: *Obstetric care after childbirth is a vital factor for the optimal progression of the puerperium. Among the core professional competencies of the midwife during the postpartum period are health care for the mother and newborn children, including education on proper breastfeeding techniques and the maintenance of lactation.*

The present scientific report aims to study the opinion of midwives regarding the necessity of educating pregnant women and new mothers on breastfeeding issues. It was conducted to fulfill the objectives of Research Project No. 7/2025 at Trakia University, Faculty of Medicine – Stara Zagora: "Study of the needs of pregnant women and new mothers for counseling on breastfeeding issues and the implementation of a student school 'Breastfeeding Assistance'."

The study was conducted between December 2025 and March 2026, utilizing a specially developed anonymous survey. A total of 49 respondents were included.

Emphasis is placed on breastfeeding difficulties from the perspective of midwives. The following areas have been differentiated and analyzed: the awareness of mothers regarding breastfeeding and lactation; the emotional state and satisfaction of the mother; proper breastfeeding technique; proper technique for expressing breast milk after feeding; breastfeeding difficulties related to anatomical and functional problems.

The results reveal that pregnant women and new mothers are informed to varying degrees about the advantages of natural feeding. Mothers encounter numerous difficulties in the process of breastfeeding and maintaining lactation. Fewer than 5% of mothers feel completely confident and calm while breastfeeding. The midwife plays a key role in overcoming difficulties related to anatomical and functional problems. In this regard, nearly 100% of women are vulnerable and require emotional, competent, and timely support and assistance throughout the breastfeeding process.

Keywords: breastfeeding, lactation, difficulties, midwives, assistance.

Въведение

Акушерските грижи след раждането са съществен фактор, от който зависи оптималното протичане на пuerпериума. Сред основните професионални компетенции на акушерката в следродилния период са здравни грижи за майката и новородените деца, включително обучение в техника на кърмене и поддържане на лактацията; провеждане на пробно кърмене; консултиране на родилката по въпросите за хранене на новороденото; промоция на кърменето.

Висококачествената грижа за майката и новороденото дете е неразделна част от правото на здраве, пътя към равенство и запазването на

достойнството на жените и техните бебета (WHO, 2026).

Националните традиции при храненето на кърмачетата имат големи краткосрочни и дългосрочни последици за здравето и благосъстоянието на населението (UNICEF, 1997).

Кърменето е една от най-мощните инвестиции в здравето през целия живот за бебетата, за майките и за обществото като цяло. Въпреки това то остава подценявано и недостатъчно подкрепяно (WHO, 2025).

Кърменето е несравним начин за осигуряване на идеална храна за здравословния растеж и развитие на кърмачетата и за гарантиране на тяхното оцеляване. Въпреки това, по

данни на СЗО и УНИЦЕФ, почти 2 от 3 кърмачета не са изключително кърмени през препоръчителните 6 месеца; процент, който не се е подобрил през последните 2 десетилетия. (WHO, 2026).

„Успехът на кърменето играе решаваща роля за оптимизиране на растежа и развитието на детето. Майчините знания, удовлетвореност и самочувствие са ключови фактори, които влияят на майчината ефективност, като всички те могат да бъдат подобрили чрез подкрепа от здравни специалисти под формата на насоки и консултации по време на периода на кърмене.“ (Lisa & Wijayanti, 2025)

Според Д. Лютакова е необходимо инвестиране на ресурси за по-широка и ефективна промоция на кърменето и оптимизиране на подкрепата и грижата за ексклузивно кърмене. Авторката подчертава, че акушерската грижа е ресурс, който е значим в този аспект, тъй като нейното оптимизиране и актуализиране могат ефективно и сравнително бързо да се отразят позитивно на нивата на изключително кърмене у нас (Лютакова, 2023).

Anaya & Efriani в свое проучване, обхващащо 234 жени, стигат до извод, според който практиките на акушерките като насърчаване на изключителното кърмене, предоставяне на грижи за гърдите и насърчаване на ранното започване на кърменето, играят решаваща роля за успеха на изключителното кърмене. Това подчертава значението на акушерките за предоставяне на подходяща подкрепа на майките за повишаване на процента на изключително кърмене (Anaya & Efriani, 2024).

Настоящото научно съобщение има за цел да проучи мнението на акушерките за необходимостта от обучение на бременните и родилките по въпросите за кърменето. Проведено е за реализиране целите на научно-изследователски проект №7/2025г. на Тракийски университет, Медицински факултет – Стара Загора „Проучване на потребностите на бременни и родилки от консултиране по въпросите за кърменето и реализиране на студентско училище „Помощ при кърмене“.

Материал и методи

Изследването е проведено в периода декември 2025 – март 2026 година. Използвана е разработена за целта анонимна анкетна карта. Об-

хванати са общо 49 респонденти. За статистическа обработка на резултатите е използван пакет Microsoft Office Excel 2016.

Логически единици:

- здравни специалисти със специалност „акушерка“;
- преподаватели от Тракийски университет, Медицински факултет с базова специалност „акушерка“.

Критерии за включване в изследването са:

- практикуване на акушерската професия и професионална връзка с бременни и родилки в лечебни заведения /ЛЗ/ за болнична и извънболнична акушеро-гинекологична помощ на територията на гр. Стара Загора;
- стаж над 1 година по специалността.

Технически единици: УМБАЛ „Проф. д-р Ст. Киркович“; МБАЛ „Ниа Мед“; УМБАЛ „Тракия“; структури за извънболнични акушерски грижи; Тракийски университет /ТрУ/ гр. Стара Загора.

Резултати и обсъждане

Изследвано е мнението на акушерките за затрудненията, които срещат родилките при кърмене и необходимостта от допълнително обучение по проблема.

Най-висок е относителният дял на акушерките работещи в УМБАЛ "Проф. д-р Стоян Киркович" АД гр. Стара Загора – Клиника по Акушерство-гинекология и Клиника по Неонатология. За нас мнението на акушерките в посоченото лечебно заведение е изключително важно, защото:

- клиниките са основна база за практическо обучение на студентите от специалност „Акушерка“;
- предвижда се посочените клиники да са база за провеждане на студентско училище „Помощ при кърмене“ по проект №7/2025г. на Тракийски университет, Медицински факултет – Стара Загора.

В проучването са включени 100% от преподавателите на основен трудов договор от катедра „Здравни грижи“ на МФ – ТрУ. Всички са с над 20 г. професионален стаж, дългогодишен опит в обучението на студенти по специалност „Акушерка“, включително практическо – в реални условия.

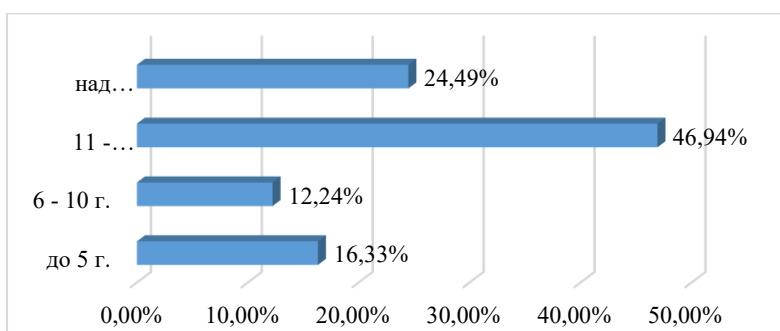
Данните за местоработата на респондентите към момента на провеждане на проучването са представени на фиг. 1:



Фиг. 1. Месторабота на акушерките

Трудовият стаж на акушерките взели участие в проучването е представен на фиг.2. Данните разкриват, че над 10 години работа по специалността имат 71,42% от респондентите.

Посоченото може да се свърже с високо ниво на валидност на резултатите, базирано на професионален опит и компетентност:



Фиг. 2. Трудов стаж на акушерките

Предходни наши изследвания (Атанасова, Митева, 2018) констатираха затруднения при кърменето при почти всички родилки, като над 70% от тях се нуждаят от помощ за повече от един проблем.

Настоящото проучване поставя акцент на затрудненията при кърмене през погледа на акушерките, като ги диференцира и анализира в следните направления:

- ✓ информираност на родилките по въпросите за кърменето и лактацията;
- ✓ емоционално състояние и удовлетвореност на родилката;
- ✓ правилна техника на кърмене;
- ✓ правилна техника на изцеждане на млечната жлеза след кърмене;
- ✓ затруднения при кърмене, свързани с анатомични и функционални проблеми.

Резултатите разкриват, че бременните и родилките са информирани в различна степен за кърменето, като най-добрия начин на хранене за детето. Акушерките са на мнение, че 57,14% от жените са „средно“ запознати с преимуществата на кърменето за новороденото, жената и

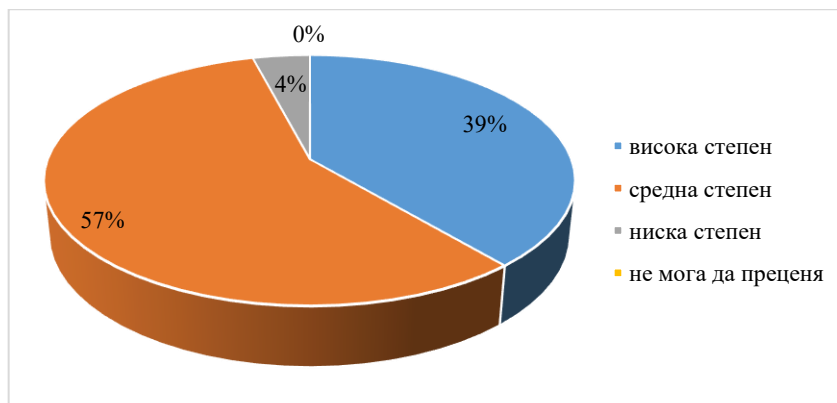
семейството, а 10,2% са информирани в „ниска степен“. Подобни са резултатите и за информираността за предимствата на майчината кърма пред адаптираното мляко: „висока степен“ – 20,41%; „средна степен“ – 53,06% и „ниска степен“ – 26,53%. Ние считаме, че майчините знания са важен фактор, който предопределя старта и ефективността на кърменето и всички здравни специалисти имат приоритетната задача да консултират и промоцират естественото хранене.

Установи се, че едва 4,08% от акушерките оценяват родилките като сигурни и спокойни при кърмене /фиг. 3/. Висока степен на несигурност отчитат при 38,78% от жените. Резултатите разкриват изключителната необходимост на майките от подкрепата на акушерка – емоционална, компетентна и навременна.

В направлението „правилна техника на изцеждане на млечната жлеза след кърмене“ се забелязва значима разлика в резултатите в зависимост от използвания метод. Според акушерките затруднения при изцеждане с помпа

срещат 20,41% от жените. Сериозно предизвикателство за 93,88% е ръчното изцеждане на млечната жлеза. Разкрива се необходимост от

обучение на жените в правилна техника на ръчно изцеждане на млечната жлеза с цел поддържане на лактацията:



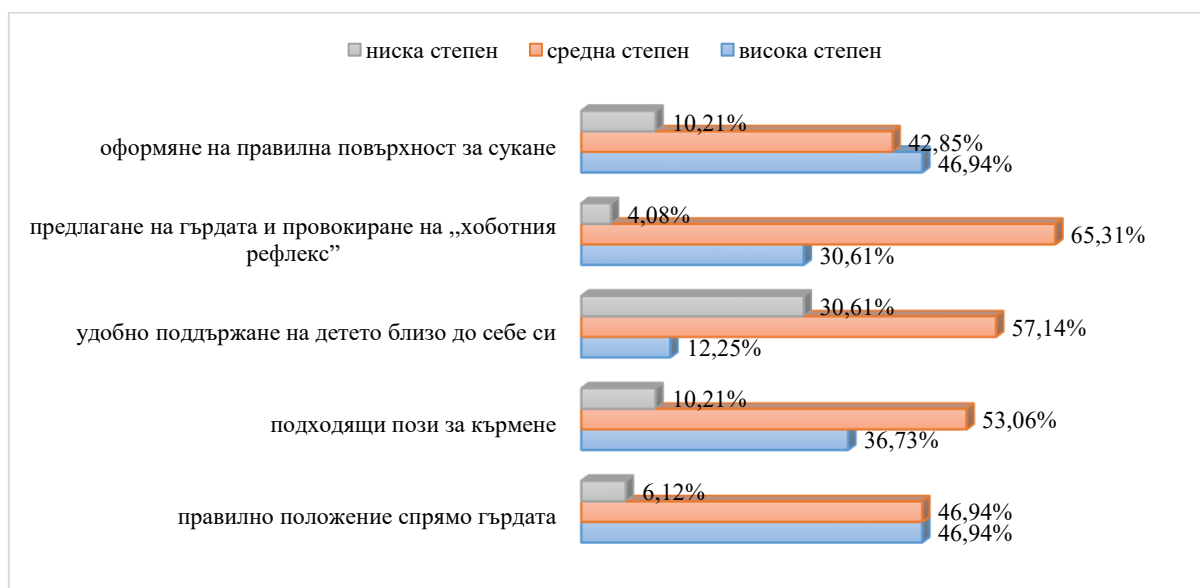
Фиг. 3. Родилките не се чувстват сигурни и спокойни при кърмене – мнение на акушерките

Родилките срещат различни трудности в процеса на кърмене и поддържане на лактацията. Резултатите са визуализирани на фиг. 4 и фиг. 5. Почти 100% от жените са уязвими и се нуждаят от професионална акушерска помощ при затруднения свързани с анатомични и функционални проблеми.

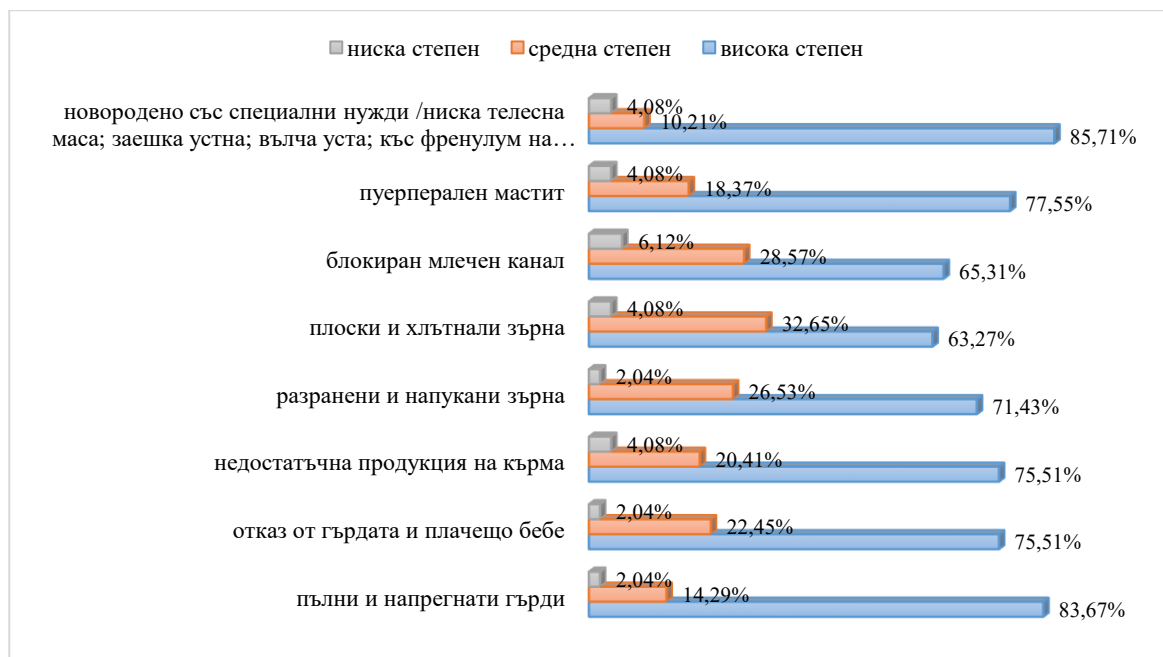
Подкрепата и помощта от акушерката в правилна техника на кърмене, както и при преодоляване на затруднения, свързани с анатомични и функционални проблеми са базови за успешното естествено хранене и удовлетвореността от кърменето.

Кърменето е сложно социално поведение и възприятието на майката за успеха на кърменето не може да се обясни изцяло въз основа на това дали възникват проблеми. От друга страна е важно до се отбележи, че високото удовлетворение води до по-дълга продължителност на кърменето, което от своя страна се отразява на опита и практиката със следващите деца (Awaliyah, Rachmawati & Rahmah, 2019).

Посоченото извежда ключовата роля на акушерката като необходимо условие за висококачествена грижа за майката и новороденото дете:



Фиг. 4. Затруднения на родилките в правилна техника на кърмене – мнение на акушерките

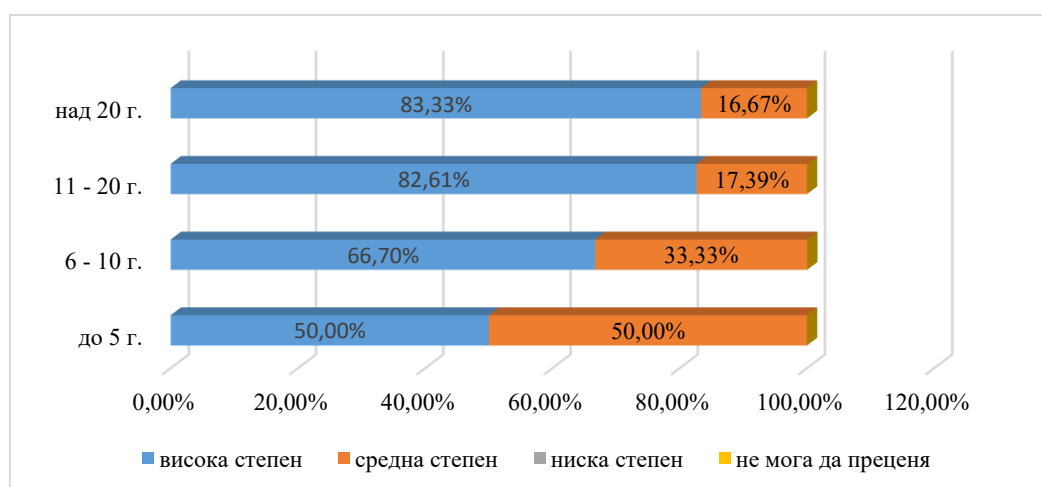


Фиг. 5. Затруднения при кърмене, свързани с анатомични и функционални проблеми – мнение на акушерките

Множество нормативни документи (Наредба за единните държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите "медицинска сестра", "акушерка" и "лекарски асистент" за ОКС "бакалавър"; Наредба № 1 за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти могат да извършват по назначение или самостоятелно; Наредба № 9 за утвърждаване на медицински стандарт "акушерство и гинекология" и други) регламентират като основни професионални компетентности на акушерката консултирането, съветването на пациентка и близките ѝ,

оказването на психологическа помощ. В предходно наше проучване се разкри, че в 84,11% от случаите родилките са получили съвети от обслужващите ги акушерки (Атанасова, Митева, 2015).

В настоящето изследване компетентността си за консултиране по въпросите на лактацията и кърменето в най-високата възможна степен са оценили 75,51% акушерките. Няма респонденти, които не могат да преценят или се оценят като „ниско компетентни“. Резултатите по показател „трудов стаж“ са визуализирани на фиг. 6:



Фиг. 6. Самооценка на акушерките за компетентността за консултиране по въпросите за кърменето /по критерий трудов стаж/

Заклучение

Резултатите разкриват, че бременните и родилките не са достатъчно информирани за преимуществата на кърменето и предимствата на майчината кърма пред адаптираното мляко.

Родилките срещат множество трудности в процеса на кърмене и поддържане на лактацията. Едва под 5% от майките се чувстват напълно сигурни и спокойни при кърмене. Акушерката има ключова роля при преодоляване на затруднения, свързани с анатомични и функционални проблеми. В това направление почти 100% от жените са уязвими и се нуждаят от емоционална, компетентна и навременна подкрепа и помощ в процеса на кърмене.

Проучването установи, че през погледа на акушерките всички родилки имат нужда от помощ, подкрепа и обучение по въпросите за кърменето и поддържане на лактацията.

Литература

- WHO: *Maternal and newborn health*. 2026. https://www.who.int/europe/health-topics/maternal-health#tab=tab_1
- UNICEF. 1997. *Grizha za karmeneto: modulen kurs*, modul 1A, s. 4.
- WHO: *This is the way: making breastfeeding everybody's business*. 2025. <https://www.who.int/europe/news-room/feature-stories/item/this-is-the-way--making-breastfeeding-everybody-s-business>
- WHO: *Exclusively breastfeed for 6 months*. 2026. <https://www.emro.who.int/nutrition/breastfeeding/>
- Lisa, U. F., Wijayanti, F. A. 2025. The Effectiveness of the 'One Student One Breastfeeding Woman' Program on Breastfeeding Success. *Women, Midwives and Midwifery*, 5(3), 11-24. <https://doi.org/10.36749/wmm.5.3.11-24.2025>
- Lyutakova, D. 2023. Izklyuchitelното karmene kato biologichna norma za hranene na karmacheto. *Sbornik dokladi XVII Natsionalen forum po zdravni grizhi „Patsientat v tsentara na kachestveni zdravni grizhi“*, 64-70. <https://journals.mu-varna.bg/index.php/conf/article/view/10047/8768>
- Bestari Anaya, Yuniati Efriani. 2024. The Role of Midwifery in Supporting the Success of Exclusive Breastfeeding. *Innovations Midwifery & Child Health Practices (IMCHP)*, Vol 1, Issue 1, pp. 20-24. <https://analysisdata.co.id/index.php/IMCHP/article/view/79/73>
- Atanasova, Z., Miteva, K. 2018. Rolya na akusherkata pri preodolyavane zatrudneniya pri karmene, *Varnenski meditsinski forum*, 7 (4), s. 246-249.
- Awaliyah, S.N., Rachmawati, I.N. & Rahmah, H. 2019. Breastfeeding self-efficacy as a dominant factor affecting maternal breastfeeding satisfaction. *BMC Nursing*, 18 (Suppl 1):30. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0359-6>
- Atanasova, Z., Miteva, K. 2015. Predostavyaneto na zdravna informatsiya kato profesionalna kompetentnost na akusherkata, *Akademichno spisanie „Upravlenie i obrazovanie“*, 11 (5), s. 107-114.
-
- Гл. ас. Здравка Атанасова, доз
Доц. Кремена Митева, дп
Проф. Христина Милчева, дп
Тракийски университет – Стара Загора,
Медицински факултет,
Катедра „Здравни грижи“
- Ст. ак. Лидия Георгиева
Ст. ак. Кремена Маркова
УМБАЛ "Проф. д-р Стоян Киркович" АД
Стара Загора
e-mail: zdravka.atanasova@trakia-uni.bg



СПИНА БИФИДА – ЕТИЧНИ АСПЕКТИ НА КОМУНИКАЦИЯТА С БРЕМЕННАТА ЖЕНА И НЕЙНИТЕ БЛИЗКИ (КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ)

Зиная Енчева, Атанас Анов, Милена Сълева

SPINA BIFIDA – ETHICAL ASPECTS OF COMMUNICATION WITH THE PREGNANT WOMAN AND HER RELATIVES (CASE STUDY)

Zinaya Encheva, Atanas Anov, Milena Saleva

ABSTRACT: The article describes a clinical case of a pregnant woman with spina bifida of the fetus. The communication of the medical team with the parents is important so that they can make an informed decision in a moment of uncertainty and fear. The aim of this publication is to analyze the ethical aspects of communication with a pregnant woman with a diagnosed fetus with spina bifida. The diagnosis was made at the beginning of pregnancy and by observing the ethical principles in the communication between the medical team and the pregnant woman, a decision was reached in support of continuing the risky pregnancy. Medical facts, ethical principles and personal values determine the complexity of the decision. The role of the midwife is also analyzed not only in terms of providing emotional and psychological support to the pregnant woman in the process of making an informed decision about the pregnancy, but also in ensuring the application of ethical principles in the provision of holistic care.

Keywords: spina bifida, pregnancy, ethical principles, midwife, communication, prenatal diagnosis.

Въведение

Вродените дефекти на невралната тръба са сред най-често срещаните аномалии на централната нервна система. Средната честота за Европа е 8,16 на 10 000 раждания. В България не се води точна статистика, но според експерти в неонатологията честотата е 0,5-5/1000 живородени деца [8]. Посочените стойности отнасят тези аномалии, в частност спина бифида към особено значимите медицински и социални проблеми. Профилактиката включва прием от бременната жена на фолиева киселина, защото е доказано, че една от причините за непълното затваряне на невралната тръба са ниските нива на фолат в организма на майката [10]. С напредъка в пренаталната диагностика и по точно изследването на алфафетопротеин в майчиния серум носи информация, в зависимост от стойностите за повишен риск от спина бифида, аненцефалия и други [8].

Късният биохимичен серумен скрининг представлява метод за оценка на риска от хромозомни аномалии и се извършва между 15-та и 20-та гестационна седмица. При изследването се определят стойностите на специфични биохимични маркери в майчиния серум. При

интерпретацията на резултатите се отчитат и възраст на бременната, телесно тегло, гестационна възраст, наличие на диабет и броят на плодовете. Освен за хромозомни нарушения, късният биохимичен серумен скрининг има значение и за оценка на риска от дефекти на невралната тръба, като спина бифида [9]. Също така са необходими допълнителни изследвания като ултразвук, ядреномагнитен резонанс за уточняване на диагнозата.

Спина бифида представлява аномалия на централната нервна система, при която се наблюдава непълно затваряне на невралната тръба по време на ембрионалното развитие. Основните видове спина бифида са окулта (засегнат е само един прешлен и липсват неврологични симптоми) и кистика (налице е кистичен сак, съдържащ мозъчни обвивки, като сакът е покрит с тънка мембрана и е локализиран в лумбо-сакралната област) [8]. Диференцирани са три основни форми: менингоцеле, миеломенингоцеле и миелосхиза. Клиничните изяви на аномалията се изразяват в зависимост от формата и вида на спина бифида и биват липсващ контрол на тазовите резервоари, параплегия, квадриплегия и други. Това води до риск от инвалидизация и предизвикателство

пред родителите при взимане на решение относно бъдещето на бременността.

Комуникацията на медицинския екип с родителите е от изключителна важност, за да могат те да вземат информирано решение в момент на несигурност и страх.

Описание на клиничния случай

Касае се за бременна жена на 27 г. със средно образование, която живее със съпруга си в село на около 60 км. от областен град. Бременността е втора поредна за жената. Първата бременност е протекла нормално (на 22 годишна възраст). Жената е постъпила тогава в лечебно заведение 9 дни след датата на вероятния термин на раждане (ВТР) и е извършено цезарово сечение поради преносване на бременността. Детето е живородено от женски пол.

Първото посещение на жената за консултация с акушер-гинеколог във връзка с втората бременност е три месеца след последната редовна менструация през месец януари 2025 г. Чрез ултразвуково изследване е установена бременност в 13 г.с. съответстваща на срока на аменореята. Взет е материал за микробиологично изследване на влагалищен секрет. Жената е изпратена за ранен биохимичен скрининг. Резултатът от влагалищният секрет показва наличие на кандидоза и е изписана перорална и локална медикаментозна терапия. Не е документиран резултата от ранния биохимичен скрининг, което предполага, че стойностите са в рамките на нормата. Жената е показана за провеждане на редовна женска консултация след един месец.

Първата женска консултация е проведена в края на февруари. Извършен е физикален преглед и се установява, че бременната жена е с относително наднормено тегло от 93 кг. при ръст 158 см. Вижда се силно изразена подкожна мазнина в коремната област. Височината на матката (fundus uteri) е 20 см, а коремната обиколка е 120 см. Бременността е в 18 г.с. Артериалното налягане е със стойности 150/90 mmHg. Извършена е абдоминална ехография, при която не са установени отклонения в биометричните показатели на плода и състоянието на плацентата и околоплодна течност. При снемане на анамнезата, жената не съобщава за придружаващи заболявания като и за сериозни минали заболявания. Съобщава за родители с артериална хипертония, като майка ѝ е също и с диабет. Бременната е в стабилно психическо

състояние, без оплаквания от страна на сърдечно-съдовата и дихателната система, с чисто везикуларно дишане и добро общо състояние. Пуснати са всички необходими лабораторни изследвания на кръв и урина, Васерман, за хепатитен антиген и СПИН. Определен е вероятният термин за раждане за края на юли 2025 г. Изписана е антихипертензивна терапия (Doregut - 3x1 т.) и са препоръчани късен биохимичен скрининг, високоспециализирано ултразвуково изследване (2D/3D/4D) за ранна диагностика на структурни аномалии (т.нар. фетална морфология) и проследяване на артериалното налягане.

След около три седмици бременната посещава отново наблюдаващия я специалист с резултата от късния биохимичен скрининг. Отчетен е повишен риск за дефект на невралната тръба. Бременността вече е в 20 г.с. От допълнителни данни към анамнезата става ясно, че същата бременност е настъпила след период на липса на зачеване, който е повече от една година. По това време не са правени изследвания и консултации със специалист. При съобщаване на факта, че е установен повишен риск за дефект на невралната тръба, жената с притеснение започва да търси хипотетични причини за възникване на това състояние. Съобщава, че по собствена инициатива е приемала профилактична доза фолиева киселина в продължение на няколко месеца, но една година преди забременяването приема е прекратен. Жената си спомня, че в периода на опитите за зачеване бащата на бебето е лекувал възпаление на лицеви нерв и е имало съмнение у тях относно въздействието на медикаментите върху сперматогенезата, които жената обаче не може да съобщи какви точно са били. Освен това си е правила тест за инсулинова резистентност, но резултатите са отрицателни. Приемът на фолиева киселина е започнат отново при установяване на бременността в 13 г.с.

По време на консултацията акушер-гинекологът отново провежда ултразвуково изследване. При него се установява, че ниско в сакрокогцигеалната област проминава дефект с размери 24/12/21 мм. с ехонегативно съдържимо и липсват индиректни ехографски белези за спина бифида. Останалите проследени показатели са в норма.

Поради високи стойности на BMI и голяма коремна обиколка, диагнозата Spina Bifida Aperta (meningocoele) при прегледа също е несигурна и на бременната жена е препоръчано извършване на изследване с ядреномагнитен

резонанс (ЯМР). Направено е уточнение образната диагностика да бъде извършена в МБАЛ „Свети Иван Рилски“ – болница, специализирана в диагностика и лечение на заболявания на нервната система. Готовите резултати потвърждават диагнозата: „Визуализира се един брой фетус в седалищно предлежание с гръб към левия майчин коремен фланг. В лумбо-сакралната област на плода се визуализира дефект в дъгите на прешлените и кожата повърхност, с оформена кистична лезия, с приблизителни размери 30/18 мм. В лумена ѝ се проследява линейна, хипоинтензна находка, съответстваща в най-висока степен на филум терминале. Не се визуализира проминанс на малкомозъчните тонзили през форамен магнум. ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Магнитно-резонансни (МР) данни за миеломенингоцеле в лумбо-сакралната област. С цел прецизиране на промените и изключване на асоциирани локални аномалии е уместно провеждане на МР изследване в неонаталния период“.

След разговор на жената с лекуващия лекар в края на месец март е взето решение да се направи консултация с неврохирург относно перспективите за постнатално оперативно лечение на плода. Извършено е поредно ултразвуково изследване (фетална морфология). В документацията е отбелязано, че церебелума е с размери 24/14 мм. със запазен конвекситет фронтално. Също, че няма данни за дилатация на мозъчните вентрикули и няма промяна във формата на черепа. Междувременно бременната жена развива и умерена Preeclampsia gravidarum. Назначена е терапия.

По време на разговора с жената е дадена подробна информация относно всички рискове, свързани с бременността, раждането и състоянието на детето. По-късно тя споделя, че е взела решение да продължи бременността точно по време на този разговор, защото е изпитала огромно доверие към акушер-гинеколога си. При получените резултати от образната диагностика и подробната информация от специалистите, жената е почувствала спокойствие и увереност, че въпреки трудностите, които предстоят, тя, нейното семейство и нероденото им дете ще се справят. Жената иска да даде шанс за живот на бебето. Семейството се консултира с лекари от МБАЛ „Свети Иван Рилски“ двукратно. Съставя се план относно оперативната намеса, свързана с диагнозата. Крайното решение е да се запази бременността.

Родоразрешението е планирано Re-section caesarea 10 дни преди ВТР. При постъпване на жената за раждане са проведени разговори с част от екипа (лекари и акушерки) за цялостна подкрепа в направения избор, както и за психо-емоционалното ѝ състояние. Оперативният подход е класическо цезарово сечение чрез срединна лапаротомия и преминава без усложнения. Новороденото е от женски пол с тегло 3700 гр. и ръст 50 см.

При прегледа от неонатолог се установява Spina bifida cystica (налице е кистичен сак). Проведен е разговор по телефона с неврохирурзите, консултирали семейството. Изказано е мнение операцията да бъде извършена след навършване на 30 дни от раждането на детето. Предвид кистичната форма на аномалията, рисковете от нарушаване на целостта ѝ или инфектиране са огромни. Посочените причини изискват специфични грижи и бебето е преведено на втория ден от раждането в друга болница с възможност за оказване по-специфични неонатални грижи. От другата болница много скоро организират и предприемат превеждане на бебето към високо специализирана болница в София за извършване на оперативна намеса. Не разполагаме с данни и документи за вида и обема на операцията.

Два месеца по-късно е получена информация от майката, че с бебето се чувстват добре. Постоперативният период на детето е минал гладко и то се развива добре за възрастта си.

Обсъждане

Етични аспекти на комуникацията с бременната жена и нейното семейство

Етичните аспекти на комуникацията в такава ситуация са ключови за развитието на случая. Пренаталната диагноза поставя родителите пред тежко решение, което изисква то да бъде взето при обсъждане на цялата известна научна информация относно възможностите на съвременната медицина и бъдещия живот на детето и семейството по отношение на неговото качество. Начинът на съобщаването на „новината“ и първите получени прогнози от специалистите по пренатална диагностика, мястото и отделеното време, както и тяхната емпатийна ангажираност са определящи за това какво решение ще вземат родителите относно изхода на бременността.

В България изкуствено прекъсване на бременност по желание на бременна жена се до-

пуска при определени условия (срок на бременността до 12 гестационна седмица, няма противопоказания като заболявания, при които прекъсването на бременността може да доведе до усложнения, заплашващи здравето и живота ѝ) [6]. В Наредбата също е регламентирано и извършването на аборт по медицински показания, при което по-нататъшното протичане на бременността или раждането може да застраши живота или здравето на жената или жизнеността на поколението. Заболяванията са посочени в Наредба №2, приложение № 2. В документът е определен срок на бременността не по-голям от 20 гестационни седмици. Ако заболяването не е посочено в приложение № 2, абортът може да се разреши по изключение. Ако бременността е преминала 20 г.с., абортът се разрешава само при наличие на неотложни причини за спасяване на живота на жената или при доказани груби морфологични промени или тежки генетични увреждания на плода [6].

Пренаталната диагностика има определящо значение за развитието на човешкия ембрион. Използва се за изследване за определени заболявания, хромозомни аномалии, малформации и други състояния, някои от които несъвместими с живота, което да даде основание за прекъсване на бременността по медицински показания. Подкрепя автономното решение на бременната и правото ѝ на избор дали да откаже прекъсването на бременността или не. Такова решение може да бъде направено в дискусия с нейния партньор, за да е в съответствие с личните им ценности, семейни възможности и обществените интереси.

В рамката за анализ на този процес се представят основните етични принципи според Т. L. Beauchamp и J. F. Childress [1]:

1. Уважение на автономността
2. Благодеяние
3. Ненанасяне на вреда
4. Справедливост

Уважение на автономността на бременната жена изисква предоставяне на изчерпателна информация за случая, за да може тя да вземе информирано решение, без чувство за проявен натиск. Бременната е автономна личност, поради което е необходимо нейното съгласие за включване на съпруга ѝ в процеса на информиране и дискусии на възможните клинични действия. Допълнителна тежест има и начина на комуникация. Медицинският специалист следва да не дава лична оценки, защото това ще наруши автономността на пациента. Целта

е да се достигне до реално разбиране на медицинските факти и последствията от различните възможни решения.

Следващите принципи, на благодеяние и ненанасяне на вреда изискват действията да бъдат насочени към най-добрия интерес на пациента и избягване на ненужна или прекомерна вреда. В разглеждания казус имаме два пациента: бременната и нейното дете. Това поставя екипа в трудна ситуация. Доброто/вредата за единия пациент може да е едно, а за втория пациент друго. Съвременната медицина предлага възможности за хирургично лечение, но несигурността от изхода от операцията поради неяснотата в тежестта на диагнозата водят до индивидуална преценка на семейството. Преценката касае евентуални многократни оперативни намеси у детето, увреждания и значителна физическа и психосоциална тежест както за детето, така и за семейството. В този контекст, не съществува универсално правилно решение. Необходим е индивидуален подход базиран на медицинските данни в съответствие с ценностите на семейството, за да може да се балансира доброто и вредата за отделните пациента, но и за семейството като цяло.

Последният принцип, този на справедливостта е свързан с въпросите за равния достъп до здравни грижи. Контекста на общественото здраве включва отговорността на здравната система да осигури точна, вярна и разбираема информация, подкрепя и грижа за семейството, независимо от решението им. „Акушерските грижи са холистични и непрекъснати, основани на разбиране на социалните, емоционални, културни, духовни, психологически и физически преживявания на жените“ според Международната конфедерация на акушерките, а предоставянето на жената на индивидуални съвети, образование, консултиране, подкрепа и предродилни грижи са само част от акушерския модел. В България редица проучвания доказват наличието на най-важните условия за предоставяне на тези грижи, а именно добре подготвени кадри и жени, които имат потребност от консултативната акушерска грижа. Непрекъснато се разработват и предлагат модели за акушерски грижи, съобразени с международната практика и адаптирани към съвременните условия в страната ни [4]. При предоставянето на акушерска грижа може да бъде включен партньора на бременната при нейно изрично съгласие. Така ще бъдат уважени и зачетени нейните права и ще се даде

възможност за по-добро разбиране на ситуацията, тъй като ще се създаде подкрепяща среда. Настоящият казус е показателен с това, че добрата комуникация на целия екип с пациентката и нейното семейство не само са създали подкрепяща среда. Те са дали възможност семейството да уважи правото на детето на живот.

Роля на акушерката

Към настоящия момент, дейностите на акушерките в кабинетите за женска консултация у нас, в които има акушерка на щатна длъжност, са ограничени и се свеждат до водене на документация.

Акушерските компетенции относно консултативно-промотивна дейност, превенция на социално-значими заболявания, оказване на грижи за психичното, физическото и социалното здраве на жената, грижи за майката и новороденото до 45-ия ден от раждането и още много други дейности, крайно необходими както на бременната жена и родилката, така и на нейното семейство, също са ограничени поради липсата на пренатални и постнатални грижи [2, 3]. Такива дейности са регламентирани в Наредба 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти, зъботехниците и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно [5]. Възможност за пълноценно провеждане на тези дейности са амбулаториите по здравни грижи или т.нар. индивидуални или групови акушерски практики, но достъпа да тях е силно ограничен за много от бъдещите майки заради липсата на финансиране от страна на националната здравно-осигурителна каса.

В конкретния случай акушерката играе ключова роля в грижата за бременната жена с диагностицирана спина бифида на плода. Тя би могла да осигури емоционална подкрепа, съдейства за разбиране на медицинската информация, която обикновено е богата на специфична терминология и да подпомогне процеса на взимане на решение. Не на последно място е важноста в прилагането на етическите принципи за грижа, съпричастност и уважение към личността на пациентката и нейното семейство.

Някои семейства избират да запазят детето и използват изцяло времето си в търсене на специалисти, които да се погрижат за него след раждането, организиране на операции, срещи с други родители с повече опит относно

грижите и особеностите при отглеждане. Други семейства избират трудното и тежко решение да прекъснат бременността поради различни причини. Специалистите съветват това решение да е действително информирано, след като консултациите със специалистите са определили колко голямо е увреждането на детето, на какво ниво е и какви са шансовете на детето.

Развитието на съвременната медицина предоставя и друга възможност за тези семейства като феталната хирургия (представлява оперативна намеса в утробата на майката). Първите хирургични интервенции при диагностицирани плодове със спина бифида са направени през 90-те години на XX век. Базирайки се на много добрите резултати е започнато проучване в САЩ през 2003 г., което се насочва към оценка на ползите и рисковете от пренаталната хирургия при диагностицираните деца. Резултатите са за по-малък процент на деца, нуждаещи се от клапа за хидроцефалия, по-малък брой деца с малформацията Арнолд Киари и повече деца с по-добри двигателни умения. За последните десет години в клиники в Европа са извършени повече от 70 операции и те вече не влизат в графата експериментални. В Полша към момента оперативната корекция на спина бифида по време на бременността се покрива от системата за здравно осигуряване на гражданите. Операцията е показана при определени индикации и е важно да се уточни, че не всички жени и бебета са подходящи. В Детската университетска болница в Катовице (Полша) могат да приемат всички жени, при които тя би била успешна и с нисък риск [7]. В България има добри специалисти по фетална морфология, които откриват дефекта на невралната тръба навреме. Към настоящия момент, въпреки развитието на феталната медицина и в частност на феталната хирургия у нас, не се извършват вътреутробни операции за коригирането на дефекта и пациентите се насочват към други клиники в Европа.

Заключение

Като заключение може да се отчете сложността на решението, което родителите е трябвало да вземат. Тук медицинските факти, етичните принципи и личните ценности са тясно свързани. Решението е резултат от взаимодействието на медицинската информация, прогнозата за бъдещото качество на живот и подкрепата от здравната система. Етическият

анализ показва, че посочените принципи имат ключово значение в описания случай. А в контекста на общественото здраве необходимостта от мултидисциплинарен подход, достъп до медицинска информация и психологическа подкрепа са изключително важни.

Литература

1. Александрова-Янкуловска С., 2016, Наръчник по медицинска етика. Издателски център на МУ-Плевен, ISBN 978-954-756-185-4, 27-34.

2. Евтимова, Т. 2023. Ретроспекция и възможности за възраждане на патронажна акушерска грижа в България. Здравни грижи. Бр.2, 5-11.

3. Димитрова, В., С. Борисова. 2015. Ефективност на женската консултация у нас – състояние на антенаталните и перинаталните акушерски грижи. Здравна икономика и мениджмънт, 4, с. 31.

4. Милчева, Х., 2023, Модел за акушерски грижи – концепция и насоки за практическо приложение. Управление и образование. Том 19 (5), 72-77.

5. Наредба 1 от 8 февруари 2011 г. За професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти, зъботехниците и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно (загл. Доп. - ДВ, бр. 61 от 2022 г.). Дост. на адрес: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/2135718392>

6. Наредба № 2 от 1 февруари 1990 г. за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременност. Издадена от министъра на народното здраве и социалните грижи. Обн. ДВ. бр.12 от 9 Февруари 1990г., изм. ДВ. бр.89 от 31 Октомври 2000 г. Дост. на адрес: <https://www.lex.bg/laws/ldoc/-552069119>.

7. Пренаталната диагностика на спина бифида. Решения и нови възможности, които

разкрива феталната хирургия. СНЦ „Спина бифида и хидроцефалия – България“. Официален сайт на сдружението. Дост. на адрес: <https://sbhb.org/node/215>. Посл. Посетено на 23.04.2026.

8. Слънчева Б., Хр. Мумджиев, 2023, Невропатология. Изд. „Лакс бук“ ЕООД, ISBN 978-619-189-210-5, 244-245.

9. Frisova, V., 2025, Prenatal Screening for Chromosomal Defects. Reprod. Med. 6, 15. <https://doi.org/10.3390/reprodmed6020015>

10. Seyoum Tola F., 2024 May 10. The concept of folic acid supplementation and its role in prevention of neural tube defect among pregnant women: PRISMA. Medicine (Baltimore). 103(19):e38154. doi: 10.1097/MD.00000000000038154.

Ас. Зиная Енчева

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“, Факултет „Обществено здраве“
Медицински Университет - Плевен
e-mail: zinaya.encheva@mu-pleven.bg

Гл. ас. Атанас Анов, д.ф.

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“, Факултет „Обществено здраве“
Медицински Университет - Плевен
e-mail: atanas.anov@mu-pleven.bg

Гл. ас. Милена Сълева, д.оз.

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“, Факултет „Обществено здраве“
Медицински Университет - Плевен
e-mail: milena.saleva@mu-pleven.bg



КОНТРАЦЕПТИВНА КУЛТУРА СРЕД СТУДЕНТИ АКУШЕРКИ И МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ

Златина Денева

CONTRACEPTIVE CULTURE AMONG STUDENT MIDWIFERY AND NURSING

Zlatina Deneva

ABSTRACT: Modern contraception plays an essential role and is a basic means of protection against unwanted pregnancy and sexually transmitted diseases. It enables a woman to plan pregnancy, the number of children and the interval between births. The lack of knowledge and motivation for its use, as well as the incorrect use of contraceptives, can have adverse consequences for women's health. Awareness and responsible use of various contraceptive methods is essential for young people, as they face challenges in building intimate relationships and need to make decisions about their own sexual health. Conducted studies have established the prevalence of risky sexual behavior among students. The aim of this study is to analyze the level of knowledge, attitudes and practices regarding contraception among students. Material and methods: a survey was conducted through a direct anonymous survey among 100 students. Results: 51 (51%) of the respondents are considered informed about contraceptive methods; more than half of the respondents 51 (51%) do not use contraceptives; 76 (76%) of the students did not seek medical advice; the main factors influencing the choice of contraceptive are 'doctor's recommendation' 51 (51%) and 'efficacy' 48 (48%) of the contraceptive; the main contraceptive methods used by the respondents are barrier methods 43 (43%) and natural methods 37 (37%). Conclusion: The results allow us to identify deficits in health, including sexual education, which necessitates the need for additional educational programs and campaigns.

Key words: contraception, students, midwives, nurses

Въведение

В съвременното общество правото на достъп до информация и свобода за вземане на решения, относно собственото репродуктивно поведение е постигнато и законово регламентирано [4]. Наред с правната рамка, тази свобода се подпомага и от напредъка на медицината, особено в развитието на разнообразни контрацептивни методи и средства [3]. Контрацепцията е част от семейното планиране, което се определя като планиране на времето и броя на бременностите и предотвратяване на нежелана бременност [5]. Семейното планиране дава възможност на хората да решават колко деца да имат и какъв да е интервалът между отделните бременности. Това се осъществява чрез прилагане на различни контрацептивни методи [18]. Разнообразието на контрацептивните методи е голямо и всяка жена сама избира метода и средствата за регулиране на своето забременяване и предпазване от нежелана бременност. Съществено влияние в избора на контрацепция, могат да окажат нивото

на здравна култура, социално-икономическото положение, религиозни и етнически фактори [5]. Решението за избор на контрацептивен метод, може да бъде повлияно и от други фактори, като характеристики на контрацептива, репродуктивна история на жената и предишен опит, подкрепа на партньор, социални медии, докладван опит от приятели (Johansson et al., 2023) [10].

Контрацептивната култура сред жените в България през последните години има положително развитие, като продължават да съществуват проблеми свързани с информираността и достъпа до съвременни контрацептивни средства. Изследвания, представени в последния Атлас на политиките за контрацепция на Европейския парламентарен форум за сексуални и репродуктивни права (EPF) за 2025 г., показват неравномерен достъп до контрацептиви в Европа. Анализът обхващащ 46 европейски страни, поставя Люксембург на първо място с резултат 94,2%, следват от Обединеното кралство, Франция, Белгия и Ирландия. Тези страни с отличават с добре развити

политики в областта на сексуалното и репродуктивно здраве, включващи широк достъп до съвременни контрацептиви и предоставяне на качествени консултантски услуги. В противоположният край на класацията е Полша (33,5%), Унгария (40%), Кипър (42,1%). България отчита резултат от 56,4%, което я поставя на 27-мо място. Тези данни подчертават съществуващите предизвикателства пред достъпа до репродуктивни услуги в страните от Източна и Южна Европа, където се наблюдават по-ниски нива на достъпност в сравнение със Западна Европа [19].

Според Христова-Атанасова [8], в сравнение с европейските стандарти, българското население се характеризира с ниско ниво на сексуална и контрацептивна култура, изразяващо се в по-честата употреба на по-слабо ефективни традиционни методи и високи нива на аборти. България се нарежда сред страните с най-висок брой аборти. Те се наблюдават във всички възрастови групи, особено сред жени на възраст 20-35 години и сред момичета под 20 години (Христова-Атанасова, 2024) [8].

Изложение

Съвременната контрацепция играе съществена роля и представлява основно средство за предпазване от нежелана бременност и полови предавани болести. Тя дава възможност на жената да планира забременяване, брой на децата и интервал между ражданията. Липсата на знания и мотивация за използването ѝ, както и неправилното прилагане на контрацептиви може да окаже неблагоприятни последици за женското здраве. Осведомеността и отговорното използване на различните контрацептивни методи е от съществено значение за младите хора, тъй като те се сблъскват с предизвикателства при изграждане на интимни взаимоотношения и е необходимо да вземат решения за собственото си сексуално здраве. На преден план излизат проблемите, свързани със сексуалното и репродуктивно здраве на младите хора в страната, както и липсата на ясна стратегия и визия за предоставяне на услуги, съобразени с техните потребности. Много млади хора не получават системно сексуално образование [2]. Родителите често не успяват да изпълнят ролята на основен източник на знания и подкрепа по въпросите на сексуалността на своите деца [1]. Проучване на Стоева и Попова [7] сред ученици от гимнази-

ален етап, показва висока степен мотивираност и откритост на младите хора към обсъждане на теми, свързани със сексуалното и репродуктивно здраве, да бъдат дискутирани в училище. Резултатите сочат, че предоставяната към момента информация е недостатъчна за формиране на устойчиви и практически приложими здравни знания (Стоева и Попова, 2025) [7]. Ниското ниво на здравна информираност води до дефицити в общата здравна, включително и сексуална култура, което е предпоставка за рисково поведение, повишена честота на нежелани бременности и полово предавани болести. Проведени проучвания установяват разпространение на рисково сексуално поведение сред студенти. Според Leon-Larios et al. [11] повечето хора на възраст между 20 и 24 години имат задоволителни познания за контрацепцията и полово предаваните болести (Leon-Larios et al. 2017) [11]. Stenhammar et al. [15] считат, че сексуалното поведение сред студентките се е променило и изглежда по-рисково, което в бъдеще може да има последици за репродуктивното здраве и е необходимо те да бъдат добре информирани (Stenhammar et al., 2015) [15]. Сексуалното поведение, което имат студентките, може да засади техния фертилитет, според Tydén et al. (Tydén et al., 2016) [16]. В този контекст се обосновава необходимостта от изследване на нивото на контрацептивна култура, знания и информираност сред студенти.

Цел и задачи

Настоящото проучване има за **цел** да анализира нивото на знания, нагласи и практики, относно контрацепцията сред студенти.

За осъществяването на тази цел се поставиха следните **задачи**: Да се проучи нивото на информираност и знания на студентите относно различните методи за контрацепция; да се анализират нагласите за използване на контрацептивни средства; да се идентифицират факторите, повлияващи избора на контрацепция; да се проучи необходимостта от провеждане на допълнително обучение във връзка с контрацепцията.

Материал и методи

През периода м. март – м. април, 2026 г. е проведено анкетно проучване чрез пряка анонимна анкета сред студенти.

Обхват на изследването са 100 студенти от специалности „Акушерка“ и „Медицинска

сестра“, Катедра „Здравни грижи“, ФОЗЗГ, Бургаски държавен университет „Проф. д-р Асен Златаров“.

Предмет на изследването е процеса на формиране на здравна култура на студентите.

Обект на изследване са техните чувства, нагласи, контрацептивно поведение, информираност и избор на контрацептивни методи.

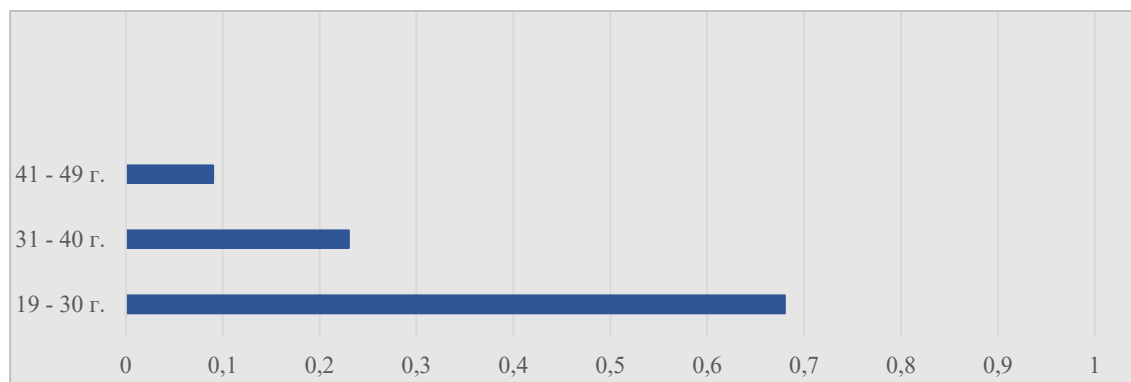
За постигане на целта са използвани:

- Социологически метод – анкетен метод. Разработен е собствен въпросник – Анкетна карта;

-
- Статистически метод – графичен анализ.

Резултати и обсъждане

Изследваните лица са условно разделени в три възрастови групи. Най-голям е дялът на студентите във възрастова група 19-30 г. – 68 (68%), следван от групата на 31-40 г. – 23 (23%), а с най-малък дял е групата на 41-49 г. – 9 (9%) (фиг. 1):



Фиг. 1. Разпределение на анкетираните по възрастови групи

Изследването на характеристиката „възраст“ е от важно значение, тъй като определя демографския и социален профил на жената и предоставя информация относно здравните ѝ потребности. Различните възрастови групи жени се отличават със специфични здравни потребности, рискови фактори и репродуктивни цели, поради което съществува зависимост между възрастта на жената и избора на контрацептивни методи. В настоящото проучване най-голяма е групата жени на възраст 19-30 г. В тази група са включени жени, които се намират в стадия на късното adolescence (18-20 г.) [6]; жени във възраст от 20 до 24 години - периода от юношеството до младата зряла възраст [13], когато се увеличава независимостта от семейството и се поема лична отговорност за здравето [14]. Според Schlegel and Smith [14], жените в тази възраст имат най-висок процент на нежелана бременност и полово предавани болести, като това води до по-високи рискове за сексуалното и репродуктивно здраве, а също и за цялостното здраве (Schlegel and Smith, 2021) [14]. В тази група са включени и жени на възраст 25-30 г., период

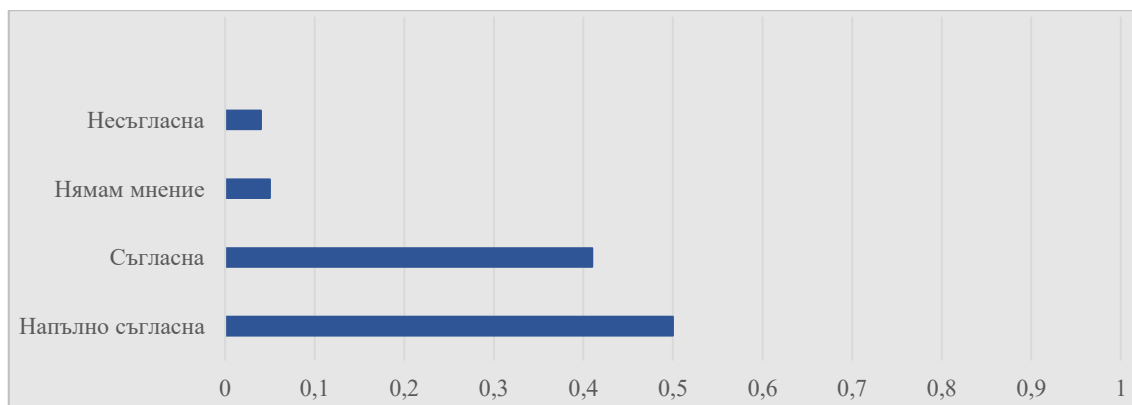
на зряла възраст, когато се формират партньорства, създават се семейства и се раждат деца [13].

Местожиенето е от значение, тъй като оказва влияние върху редица поведенчески фактори. В настоящото проучване в градове живеят 70 (70%) от анкетираните, а 30 (30%) живеят в села.

Според признака „семеен статус“ 51 (51%) от респондентите са неомъжени, а омъжени са 29 (29%) от тях. Неомъжени, но живеещи във фактическо съжителство са 17 (17%) от студентите, а 3 (3%) от тях са разведени.

Според признака „трудова заетост“ , по-малка част от анкетираните 31 (31%), освен че са студенти, са и трудово заети, а по-голямата част 69 (69%) от тях, са се фокусирали само върху образованието си.

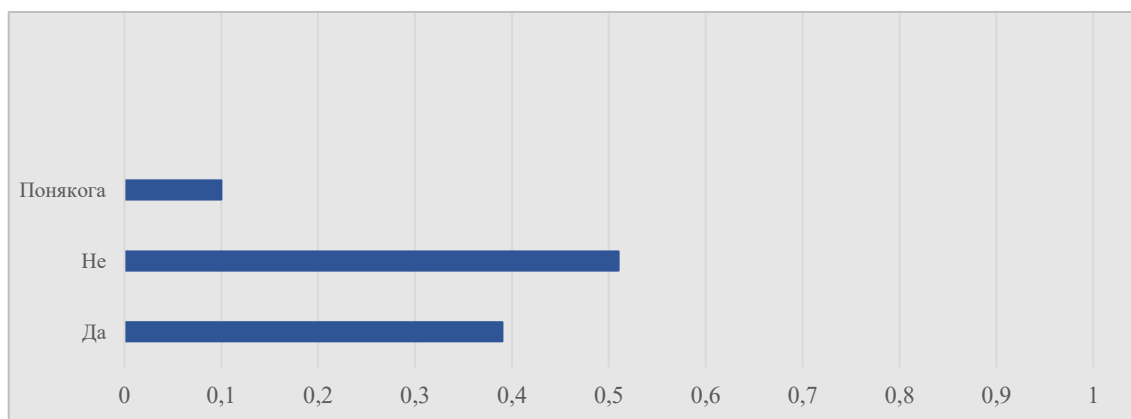
Резултатите от анкетата показват, че по-голямата част от респондентите са напълно съгласни 50 (50%) и съгласни 41(41%), че контрацепцията е важна за предпазване от нежелана бременност. Много малка част от респондентите 5 (5%) не могат да дадат мнение, а 4 (4%) не са съгласни (фиг.2):



Фиг. 2. Считате ли, че контрацепцията е важна за предпазване от нежелана бременност?

В същото време, на въпроса: „Използвате ли контрацептивни средства?“, се оказа, че повече от половината респонденти 51 (51%) не

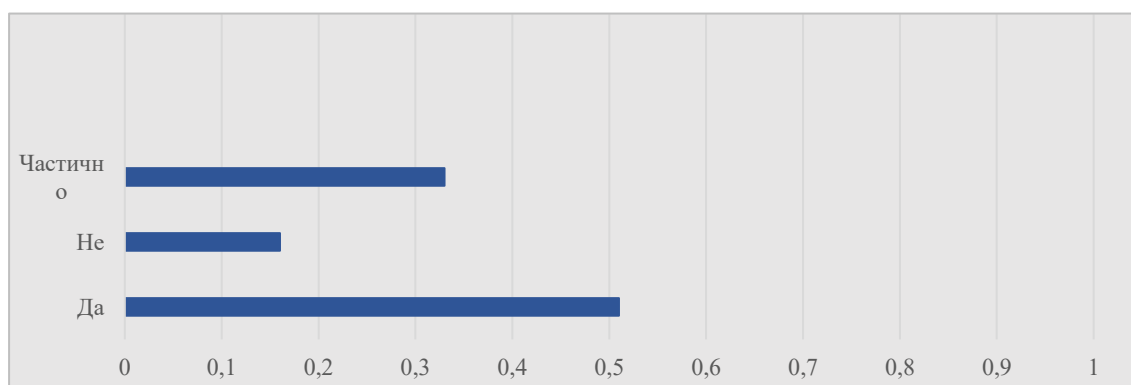
използват контрацепция, следвани от тези, които използват 39 (39%) и 10 (10%) от анкетираните, които използват „понякога (фиг. 3):



Фиг. 3. Използвате ли контрацептивни средства?

Повече от половината анкетирани 51 (51%) считат, че са достатъчно информирани за методите на контрацепция, следвани от 33 (33%)

респонденти, които определят, че са частично информирани. За липса на информация споделят 16 (16%) от анкетираните (фиг. 4):

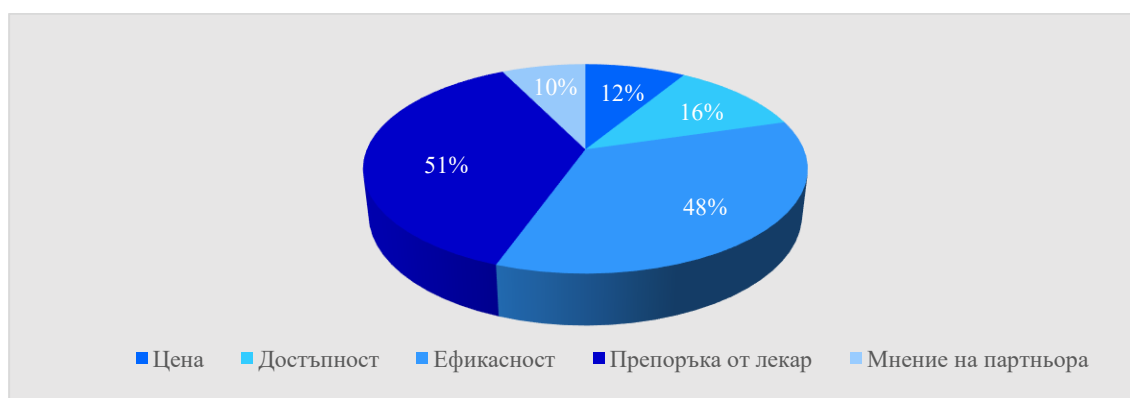


Фиг. 4. Смятате ли, че сте достатъчно информирани за методите на контрацепция?

Консултирането дава възможност на повечето жени да изберат подходящ метод за контрацепция, като значителна част от тях може да се насочат към различен вариант от първоначално обмисляния. При жени, които не са имали ясни предпочитания, изборът често е повлиян от препоръките на гинеколога. Един от съществените изводи от направено проучване в Белгия, е именно силното влияние на гинеколога върху решенията за контрацепция, което говори за високо ниво на доверие. От съществено значение при консултацията за контрацепция, е да бъде изцяло съобразена с индивидуалните нужди, начина на живот и очакванията на всяка жена (Merckx et al., 2011) [12].

В настоящото проучване, попитани респондентите: „Консултирали ли сте се с лекар относно контрацепцията?“, се установи, че 76 (76%) не са потърсили лекарска консултация, а само 24 (24%) са се посъветвали с лекар.

Въпреки това, на въпроса, с възможност за няколко избираеми отговора: „Кои фактори влияят върху избора Ви на контрацепция?“, „препоръката от лекар“ 51 (51%) и „ефикасността“ 48 (48%) на контрацептивното средство, са определени като най-важни. За 16 (16%) анкетираните достъпността на контрацептивния метод е от значение, докато за 12 (12%) това е цената. При 10 (10%) респонденти определящо е мнението на партньора (фиг. 5):



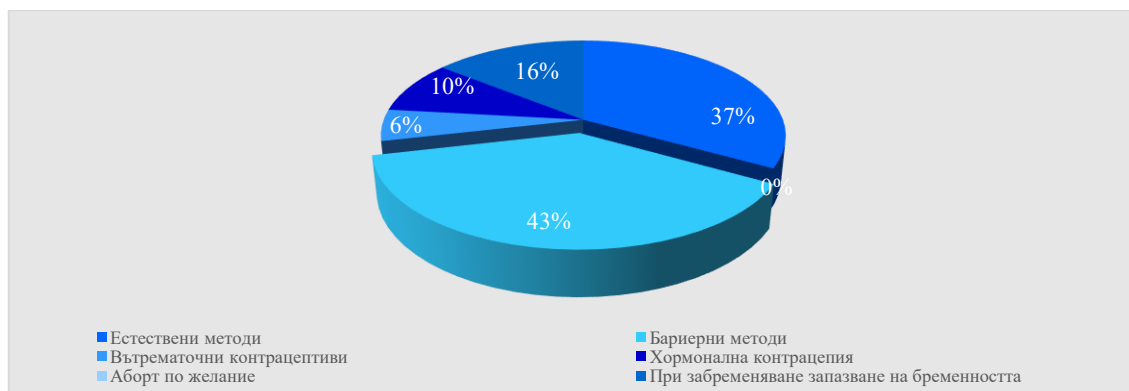
Фиг. 5. Кои фактори влияят върху избора Ви на контрацепция?
(Резултатите са повече от 100%, тъй като анкетираните са дали повече от един отговор)

В друго проучване, ефикасността (85%) също е определена, като един от най-важните фактори за избор на контрацептив, както и възможното въздействие върху здравето (59%), комфортът при употреба (44%), следвани от цената (13%) и идеологически проблеми (5%) (Zgliczynska et al., 2019) [17].

Висок процент от анкетираните 60 (60%), отговарят положително на въпроса: „Считате ли, че партньорът Ви трябва да участва в избора на контрацепция?“, частично е отговорът на 24 (24%) от респондентите, а 16 (16%), дават отрицателни отговори. Фактът, че 60% от участниците отговарят положително, предполага изводите, че има нагласи към равнопоставени взаимоотношения по въпросите за репродуктивното здраве. Жените ценят подкрепата и мнението на партньора си и възприемат

избора на контрацептив като споделена отговорност.

При анализ на отговорите на въпроса: „Как се предпазвате от нежелана бременност?“, прави впечатление, че основните контрацептивни методи, които използват анкетираните за предпазване от бременност, са бариерните методи при 43 (43%) и естествените методи 37 (37%). В случай на забременяване, 16 (16%) от анкетираните студенти решават „да запазят бременността“. Хормоналната контрацепция се използва при 10 (10%) от респондентите, а втретматочните контрацептиви при 6 (6%) от тях. Положителен факт е, че няма респонденти посочили отговора: „При настъпване на нежелана бременност ще направя аборт по желание“ (фиг. 6):



Фиг. 6. Как се предпазвате от нежелана бременност?
(Резултатите са повече от 100%, тъй като анкетираните са дали повече от един отговор)

Резултатите от настоящото проучване се различават от други направени изследвания. В своето проучване Христова-Атанасова [8] посочва, че най-често прилаганите методи за предпазване от непланирана бременност у нас са мъжкият кондом (28%) и прекъснатият полов акт (12%). Въпреки, че тези методи се използват широко, се свързват с по-висок риск от неуспех. Така при употреба на мъжки кондом приблизително 18 на 100 жени годишно могат да забременеят, а при прекъснат полов акт, нараства риска до около 22 от 100 жени (Христова-Атанасова, 2024) [8]. В проучване от Германия, най-често споменаваният метод е противозачатъчното хапче, следван от естествените методи за семейно планиране, презерватива и вътрематочната спирала. Въпреки, че е по-висок интереса към хормоналната контрацепция, спрямо нехормоналната, се наблюдава спад в предпочитанията към нея и нарастване на интереса към естествените методи (Balakrishnan et al., 2023) [9].

Изводи

Резултатите от проведената анкета сред студенти, дава основание да се направят следните изводи:

- ❖ Информирани за методите на контрацепция, се считат 51 (51%) от анкетираните;
- ❖ повече от половината респонденти 51 (51%) не използват контрацептивни средства;
- ❖ не са потърсили лекарска консултация 76 (76%) от студентите;
- ❖ основните фактори, влияещи върху избора на контрацептив са „препоръката от лекар“ 51 (51%) и „ефикасността“ 48 (48%) на контрацептивното средство;

❖ основните контрацептивни методи, които използват анкетираните са барьерните методи 43 (43%) и естествените методи 37 (37%).

Заклучение

Изследването на контрацептивната култура сред студенти е от значение, тъй като чрез него се оценява степента на информираност и поведение при използване на контрацепция. Често може да се установи разминаване между знания и практика, което да доведе до повишен риск от непланирана бременност и полово предавани болести. Резултатите позволяват да се идентифицират дефицити в здравното, в това число и сексуално образование, което налага необходимостта от допълнителни образователни програми и кампании.

Литература

1. Алексиева, В. 2023. Проучване на нивото на информираност на родители на подрастващи относно сексуалното здраве, Science & Technologies, Number 1: Medical biology studies, clinical studies, social medicine and health care, Volume XIII, с.115-122.
2. Боева, Т. 2024. Наръчник по семейно планиране и акушерски грижи, Издателство Актив Комерс, с. 22.
3. Боева, Т., А. Георгиева. 2019. Проучване на репродуктивните нагласи на жени в детеродна възраст на територията на град Варна. Сп. Здравни грижи/1 брой, с.5-14.
4. Закон за здравето. В сила от 01.01.2005 г. Обн. ДВ. бр.70 от 10 Август 2004г., изм. и доп. ДВ. бр.16 от 10 Февруари 2026 г.
5. Под редакцията на Проф. д-р Ангел Димитров, дм, дмн и Проф. Виктор Златков, дм.

2017. Гинекология. Медицинско издателство „АРСО“, София.

6. Под редакцията на Проф. д-р Ангел Димитров, дм, дмн. 2020. Акушерство. Медицинско издателство АРСО, София, 2020, с.173-174.

7. Стоева, А., К. Попова. 2025. Здравна информираност на ученици от гимназиален курс и риск от полово предавани болести, Сп. „Управление и образование“, кн. 5, Том 21, Vol. №5, 2025, с. 192-196.

8. Христова-Атанасова, Е. 2024. Здравно поведение и сексуална култура на съвременното семейство, Сп. „Редки болести и лекарства сираци“, бр. 2, Година XV, с. 21-26.

9. Balakrishnan, P., C. Kroiss, T. Keskes, et al. 2023. Perception and use of reversible contraceptive methods in Germany: A social listening analysis, *Womens Health (Lond)*. 2023 Jan 15;19:17455057221147390.

doi: 10.1177/17455057221147390

10. Johansson, L., J. Vesström, S. Alehagen, et al. 2023. Women's experiences of dealing with fertility and side effects in contraceptive decision making: a qualitative study based on women's blog posts *Reprod Health*. 2023 Jun 29;20:98. doi: 10.1186/s12978-023-01642-8

11. Leon-Larios, F., J. Macías-Seda. 2017. Factors related to healthy sexual and contraceptive behaviors in undergraduate students at university of Seville: a cross-sectional study, *Reprod Health*. 2017 Dec 29;14(1):179. doi: 10.1186/s12978-017-0444-9.

12. Merckx, M., G. G. Donders, P. Grandjean, et al. 2011. Does structured counseling influence combined hormonal contraceptive choice?, *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2011 Nov 8;16(6):418-429. doi: 10.3109/13625187.2011.625882

13. O'Neil, A., J. D. Russell, K. Thompson, et al. 2020. The impact of socioeconomic position

(SEP) on women's health over the lifetime, *Maturitas*. 2020 Oct; 140: 1-7. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.06.001

14. Schlegel, E. C., L. H. Smith. 2021. Improving Research, Policy and Practice to Address Unique Sexual and Reproductive Health Care Needs of an “Elusive” Population of Women, *Nurs Womens Health*. 2021 Feb; 25(1): 10-20. doi: 10.1016/j.nwh.2020.11.009

15. Stenhammar C., Y. T. Ehrsson, H. Åkerud, et al. 2015. Sexual and contraceptive behavior among female university students in Sweden - repeated surveys over a 25-year period, *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2015 Mar;94(3):253-9. doi: 10.1111/aogs.12565. Epub 2015 Jan 25.

16. Tydén, T., S. Verbiest, T. V. Achterberg, et al. 2016. Using the Reproductive Life Plan in contraceptive counselling,

Ups J Med Sci. 2016 Sep 16;121(4):299-303. doi: 10.1080/03009734.2016.1210267

17. Zgliczynska, M., I. Szymusik, A. Sierocinska, et al. 2019. Contraceptive Behaviors in Polish Women Aged 18-35—A Cross-Sectional Study, *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jul 30;16(15):2723. doi: 10.3390/ijerph16152723

18. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

19. <https://svetatnazdraveto.bg/zhensko-zdrave/balgarija-na-27-mo-mjasto-podostap-do-kontraceptivi-ljuksemburg-e-lider-v-evropa.html>

преп. Златина Денева доз
Бургаски държавен университет
„Проф. д-р Асен Златаров“,
„Проф. Я. Якимов“ I
ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“
e-mail: zlatinadeneva@abv.bg



ИЗСЛЕДВАНЕ НА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА ОТ АКТУАЛИЗИРАНИТЕ ДНЕВНИЦИ ЗА ПРАКТИЧЕСКО ОБУЧЕНИЕ ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „АКУШЕРКА“

Кремена Митева, Здравка Атанасова, Христина Милчева

SATISFACTION SURVEY WITH UPDATED PRACTICAL TRAINING LOGBOOKS FOR MIDWIFERY STUDENTS

Kremena Miteva, Zdravka Atanasova, Hristina Milcheva

ABSTRACT: Practical training as an important part of the overall training process of students in the specialty "Midwifery" requires a constant search for approaches to improve its effectiveness. Our studies have shown that opportunities for this include systematic control by teachers and the creation of conditions for stimulating self-control and self-assessment in students. In this context, the "Clinical Practice Diary" and "Pre-Graduate Internship Diary" were updated within the framework of a research project No. 12/2023 of the Trakia University, Faculty of Medicine - Stara Zagora "Study on the role of control and self-control in the practical training of students in the specialty "Midwifery".

This scientific communication aims to study the satisfaction of midwifery students with the updated and implemented in practical training "Clinical practice logbook" and "Pre-graduate internship logbook". The study was conducted at the end of the 2024/2025 academic year. The information was collected through the developed 4 anonymous questionnaires for students and clinical practice teachers.

The study found a high level of satisfaction of students and teachers/mentors with the updated textbook "Clinical practice logbook". The possibilities for: quick and correct completion of completed activities; tracking of control results by bases, semesters and years of study; convenient format; control of keeping the diary; reflection of the assessment of the current control conducted were highly appreciated.

The summarized data indicate that all teachers/mentors strongly approve of the "Pre-graduate internship logbook" as a means of control. 84.6% of students fully approve, and 15.4% share partial approval. For a significant part of the students, the "Pre-graduate internship logbook" provides clear and complete information about: the distribution according to the curriculum and syllabus; requirements for keeping the diary; control and evaluation; rights and obligations.

The electronic file as a newly introduced part of the mandatory documentation for conducting the pre-graduate internship is not absolutely satisfactory for the students. The negative aspects of the application of the electronic file according to the interns were defined.

Keywords: satisfaction, practical training, midwifery, textbook

Въведение

Практическото обучение на студентите от специалност „Акушерка“ е важна част от цялостния процес на формиране на професионални компетенции в условията на университетското образование. Преподавателят/наставник има ключова роля за осигуряване на висококачествена среда за клинично обучение на студентите-акушерките. Те имат опит както в клиничната област, в която работят, така и в своя педагогически подход в подкрепа на обучението на студентите (Folkvord and Risa, 2023). Ефективността на практическото обучение до голяма степен зависи от неговата педагогическа дейност, личност, такт, ръководство

и контрол на учебния процес. Партньорството за обучение и преподаване има за цел да даде възможност за трансфер на знания, умения и поведение, т.е. компетентност, като същевременно предоставя възможност на студентите да се социализират в културата на акушерската практика (Folkvord and Risa, 2023). Самоконтролът на студентите е другият съществен фактор, влияещ в голяма степен на крайния резултат от практическото обучение и цялостното професионално формиране на бъдещата акушерка (Митева, 2019; Митева, Милчева, Атанасова, 2024; Бачева и съавт., 2019). Уменията за саморегулация и ангажирано участие на обучаваните в учебния процес включва

поддържане на висока мотивация за учене, наличие на умения за целеполагане и планиране; за самоконтрол; за самонаблюдение; за самооценка на представянето и за адаптиране на ученето (Христова и съавт., 2022).

Наши проучвания и дългогодишният ни преподавателски опит очертават необходимостта от педагогически и организационни мероприятия за подобряване на ефективността на практическото обучение при акушерките чрез: системен контрол от страна на преподавателите като предпоставка за оптимално формиране на професионалните компетенции на студентите; създаване на условия за стимулиране на самоконтрола и самооценката у студентите. В този контекст, целево бяха актуализирани двете средства за контрол и самоконтрол /„Дневник за клинична практика“ и „Дневник за преддипломен стаж“/ по няколко параграфа:

- Наименования на сектори за практическо обучение, съобразно измененията в медицинските стандарти (Наредба № 9 за утвърждаване на медицински стандарт "Акушерство и гинекология", 2021);

- Пълна информация за организацията и провеждането на клиничната практика и преддипломния стаж;

- Разпределение, документация и контрол на провеждането;

- Изисквания за водене на „Дневник за клинична практика“ и „Дневник за преддипломен стаж“;

- Права и задължения на студента/стажанта;

- Контрол и оценка на студентите;

- График и учебна програма за практическо обучение;

- Формуляр за бързо и коректно попълване на извършените дейности;

- Възможност за самоконтрол и проследяване на професионалното развитие през целия курс на обучение;

- Резултати от контрола на студента по бази, семестри и години на обучение;

- Актуални конспекти за изпити по „Клинична практика“ и Държавен изпит;

- Създаване на удобен за студентите формат на учебните пособия;

Разработените учебни пособия са утвърдени като задължителна и официална учебна документация за студентите по специалност

„Акушерка“, обучаващи се в Тракийски университет, Медицински факултет – Стара Загора от учебната 2024/2025 година.

Настоящото научно съобщение има за цел да проучи удовлетвореността на студентите-акушерки от актуализираните и внедрени в практическото обучение „Дневник за клинична практика“ и „Дневник за преддипломен стаж“. Проведено е за реализиране целите на научно-изследователски проект №12/2023г. на Тракийски университет, Медицински факултет – Стара Загора „Проучване ролята на контрола и самоконтрола в практическото обучение на студентите от специалност „Акушерка“.

Материал и методи

Изследването е проведено в края на учебната 2024/2025 година. За целта са разработени 4 анонимни анкетни карти: за студенти, стажанти и преподаватели по клинична практика /на основен трудов договор и хонорувани/. Обхванати са общо 49 студенти и 27 преподаватели/наставници. За статистическа обработка на резултатите е използван пакет Microsoft Office Excel 2016.

Резултати и обсъждане

Изследвана е удовлетвореността от учебното пособие „Дневник за клинична практика“ на 36 студенти от първи (n=13), втори (n=13) и трети (n=10) курс, съставляващи 100% от обучаваните към момента на провеждане на проучването. Установи се висок относителен дял на одобряващи информацията, касаеща организацията на провеждане на клиничната практика – права и задължение на студента, контрол и оценка /91,7%/, изисквания за водене на дневника /94,4%/, разпределение на клиничната практика по учебна програма /88,9%/. Не се установи статистически значима връзка по показателя курс на обучение.

Резултатите показват висока степен на удовлетвореност от учебното пособие. Почти 100% от респондентите напълно одобряват актуализацията в направления: възможност за бързо и коректно попълване на извършените дейности; проследяване на резултатите от контрола по бази, семестри и години на обучение; удобен формат на учебните пособия /фиг. 1/.



Фиг. 1. Мнение на студентите за актуализираното учебно пособие „Дневник за клинична практика“

Контролът по учебната дисциплина „Клинична практика“ се осъществява от преподаватели /наставници/ със специалност „акушерка“ (Наредба 1, изм. 2023), който организира и ръководи дейността на студентската група. Всички преподаватели са в най-висока степен удовлетворени от актуализираното учебно пособие. Високо оценени са възможностите за:

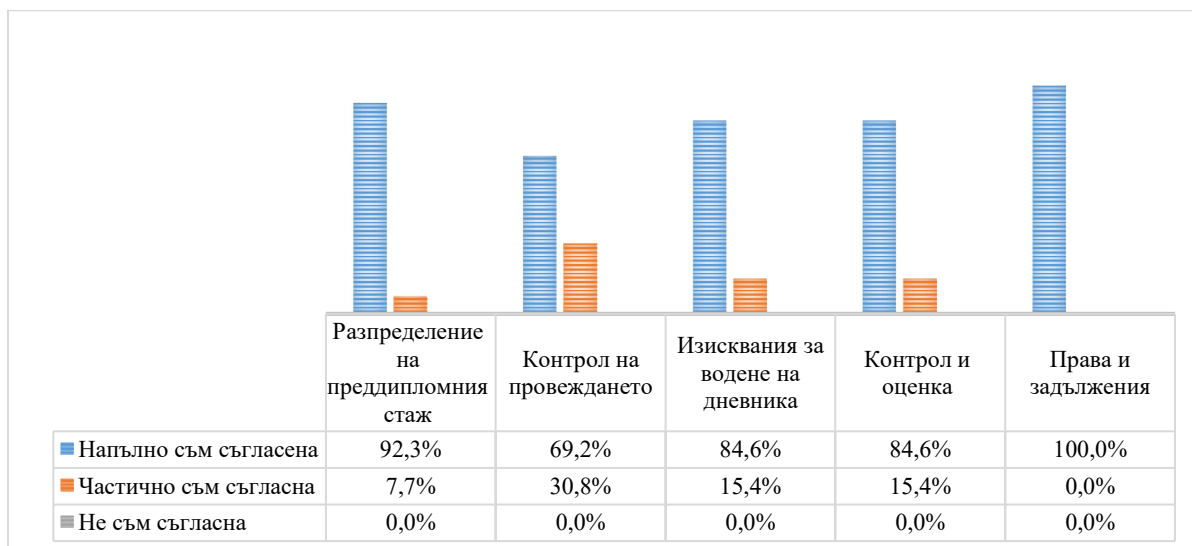
- Ежедневно заверяване на присъствието на студента;
- Регистриране на впечатления за работата на студента въз основа на ниво на усвоените практически умения; качество на извършените дейности; умения за работа в екип; комуникативни умения при общуването с пациента, неговите близки и медицинския персонал; личностни качества – инициативност, отговорност, етичност, дисциплина, креативност и т.н.
- Контрол на воденето на Дневника;
- Отразяване на оценката от проведения текущ контрол.

Прави впечатление, че 46,2% от респондентите – преподаватели са частично съгласни с твърдението „Дневник за клинична практика дава възможност за самоконтрол и проследяване на професионалното развитие през целия курс на обучение“. Предполагаме, че преподавателите разчитат основно на контрола от тяхна страна като по-ефективно средство за реализиране на целите на практическото обучение.

Всички студенти от втори и трети курс, както и преподавателите/наставници по клинична практика категорично одобряват „Дневник за клинична практика“ като средство за контрол.

Прави впечатление наличието на частично удовлетворени /7,7%/ и студенти първокурсници, които не могат да преценят /15,4%/ доколко е целесъобразно приложението на учебното пособие. Вероятни причини могат да бъдат началният етап на обучение, малко часове клинична практика в първата година на обучение, необходимостта от висока степен на контрол от страна на преподавателя. Същевременно, първокурсниците и преподавателите нямат препоръки за подобряване на вида и съдържанието на учебното пособие. Студентите от втори и трети курс препоръчват Дневник за клинична практика да е с твърди корици /16,6%, а 20% от третокурсниците - да има място за водене на записки/бележки.

Настоящото проучване изследва и удовлетвореността на студентите от четвърти курс (n=13) по специалност „Акушерка“ от актуализирания „Дневник за преддипломен стаж“. Обхванати са 100% от стажантите към момента на провеждане на проучването. За значителна част от стажантите, учебното пособие предоставя ясна и пълна информация за: разпределението на преддипломния стаж по Учебен план и Учебна програма; изисквания за водене на дневника; контрол и оценка на студентите; права и задължения. За приблизително 1/3 от стажантите, учебното пособие не предоставя достатъчно ясна и пълна информация относно „контрол на провеждането на преддипломния стаж“. В тази връзка, е коректно да отбележим, че пособието е проектирано да се използва в продължение на години. Това не позволява конкретизиране на периоди и дати за държавна изпитна сесия и заверки от отговорния преподавател за стажа /фиг. 2/:



Фиг. 2. Мнение на стажантите за предоставяната информация в учебното пособие „Дневник за преддипломен стаж

Обобщените резултати на ползите от приложението на учебното пособие в преддипломния стаж показват висока степен на одобрение от студентите /фиг. 3/:



Фиг. 3. Мнение на стажантите за актуализираното учебно пособие „Дневник за преддипломен стаж“

В същия аспект е проучено и мнението на 27 акушерки - преподаватели/наставници на студентите от четвърти курс /стажанти/ по специалността. От тях преподаватели на основен трудов договор в МФ на ТрУ са 4, хонорувани преподаватели – 9 и наставник на стажанти – 14. Дневникът за преддипломен стаж има висока степен на одобрение от преподавателите/наставници. Откриха се 22,2% от преподавателите, според които актуализираният

„Дневник за преддипломен стаж“ не предоставя оптимална възможност за самоконтрол и проследяване на професионалното развитие през последния курс на обучение. Според 14,8% от тях учебното пособие не предлага оптимална възможност за бързо и коректно попълване на извършените дейности по време на стажа. В тази връзка, необходимо е да посочим, че дейностите, които стажантите извърш-

ват, са в значително по-голям обем в сравнение с тези, които могат студентите в първите три години от своето практическо обучение.

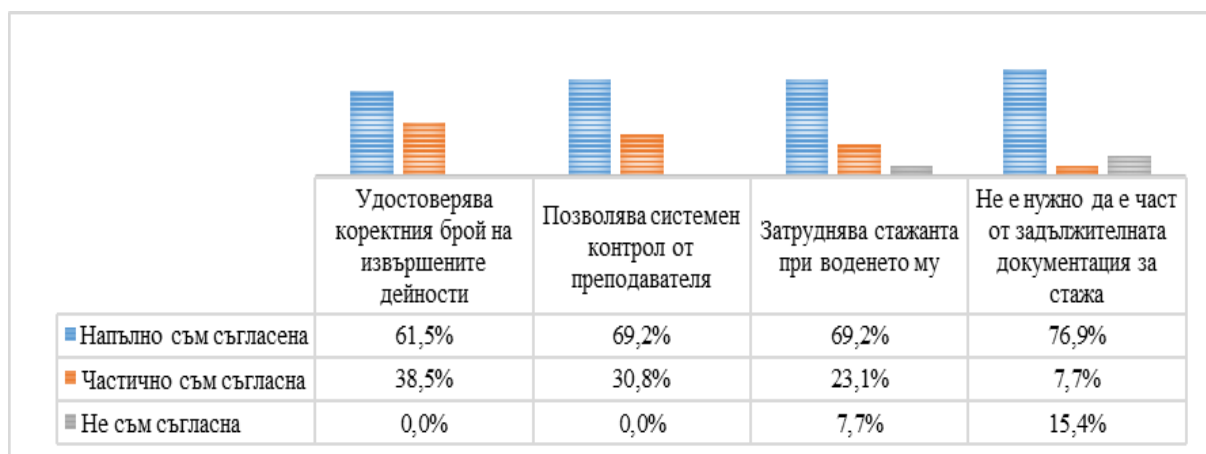
Обобщените данните сочат, че всички преподаватели/наставници категорично одобряват „Дневник за преддипломен стаж“ като средство за контрол. Не така единодушни са стажантите. Учебното пособие среща пълно одобрение за 84,6% от стажантите, а 15,4% споделят частично одобрение.

В хода на реализация на научно-изследователски проект „Проучване ролята на контрола и самоконтрола в практическото обучение на студентите от специалност „Акушерка“ и с оглед на бързо и коректно попълване на извършените дейности по време на стажа, бе създадено и внедрено т. нар. Електронно досие.

Електронното досие е достъпно в Електронната система, използвана от Тракийски

университет - Classroom на Google. За всяка учебна база, стажантът отразява в зададения документ дата, име на наставник и извършени дейности. Стажантът редовно отразява всички професионални дейности, които извършва самостоятелно или по назначение от лекар. При приключване на стажа на всяка учебна база, стажантът отчита броя на извършените дейности и го отразява в приложената таблица в Дневник за преддипломен стаж. Преподавателят /курсов отговорник/ осъществява текущ и заключителен контрол на отразяваните от стажанта извършени професионални дейности.

Изследването показва, че Електронното досие като част от задължителната документация по провеждането на преддипломния стаж не е абсолютно удовлетворяващо за студентите-стажанти /фиг. 4/:



Фиг. 4. Мнение на стажантите за Електронното досие

Анализът на данните позволи да се дефинират негативни страни от приложението на Електронното досие като част от задължителната документация по провеждането на преддипломния стаж:

- Затруднения при попълването според 69,2% от респондентите;
- Неефективен системен контрол на извършените дейности от преподавателя според 69,2%;
- Не удостоверява коректния брой на извършените дейности по бази /61,5%/;
- Едва 15,4% считат, че досието е необходимо като част от задължителната документация по провеждането на преддипломния стаж.

Евентуалните причини за неодобрение на Електронното досие според нас могат да бъдат: липса на време за попълване; затруднения със своевременното попълване; липса на желание и т.н.

Оказа се, че напълно противоположно е мнението на преподавателите/наставниците на стажанти. Те единодушно одобряват Електронен дневник. Посоченото налага повторно проучване за изясняване на целесъобразността на приложението на електронното досие в преддипломния стаж на акушерки.

Заключение

Проучването установи удовлетвореността на студентите-акушерки от актуализираните и внедрени в практическото обучение учебни

пособия. Установи се висока степен на удовлетвореност на студенти и преподаватели/наставници от актуализираното учебно пособие „Дневник за клинична практика“. Обобщените данните сочат, че всички преподаватели/наставници и преобладаващата част от стажантите категорично одобряват „Дневник за преддипломен стаж“ като средство за контрол. Електронното досие като нововъведена част от задължителната документация по провеждането на преддипломния стаж не е абсолютно удовлетворяващо за студентите.

Литература

- Atanasova, Z., K. Miteva, H. Milcheva. 2025. *Nastavnichestvoto v prakticheskoto obuchenie na studentite-akusherki. Upravlenie i obrazovanie*, 21:5, 57-62.
- Miteva, Kr., H. Milcheva, Z. Atanasova. 2024. *Kontrolat i samokontrolat v obuchenieto po „Klinichna praktika“ na studentite-akusherki. Upravlenie i obrazovanie*, 20:5, 87-91.
- Miteva, K. 2019. *Pedagogicheski podhodi za efektivnost na klinichnata praktika*. Plovdiv, Izd. „Paisiy Hilendarski“.
- Naredba za edinnite darzhavni iziskvaniya za pridobivane na visshe obrazovanie po spetsialnostite meditsinska sestra i akusherka za obrazovatelno-kvalifikatsionna stepen „bakalavar“*. 2023. Darzhaven vestnik, br. 95 ot 29 Noemvri 2005g., izm. DV. br.82 ot 10 Oktomvri 2006g. <https://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/naredbi?p=39>
- Naredba № 9 za utvarzhdavane na meditsinski standart "Akusherstvo i ginekologiya". 2021. Darzhaven vestnik, br.41 ot 18 May 2021g., izm. DV. br.63 ot 30 Yuli 2021g. <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2137212380>
- Hristova, A., S. Petrova, E. Tosheva, E. Papazova. 2022. *Instrumenti za otsenyavane na umeniyata za samoregulirano uchene*. Institut za izsledvaniya v obrazovanieto, <https://ire-bg.org/wpsite/wp-content/uploads/2022/04>
- Atanasova, Z., K. Miteva. 2025. *Factors Improving the Effectiveness of Mentoring In The Practical Training of the Midwifery Students*. International Journal of Scientific Research and Management (IJSRM), 13:7, 2248-54.
- Bacheva M., D. Velichkova-Hadzhieva, R. Doynovska. 2019. *Assessment of attitudes toward the effective mentoring*. Proceedings of university of Ruse, 58:8.3, 93-102.
- College of Nursing in Celje. 2021. *Quality mentorship for developing competent nursing students (QualMent): Advanced Mentorship Competencies*, Module I-III. <http://www.qualment.eu/publications>
- Folkvord S.E., C.F. Risa. 2023. *Factors that enhance midwifery students' learning and development of self-efficacy in clinical placement: A systematic qualitative review*. Nurse Education in Practice 66, 103510. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103510>
-

Доц. Кремена Митева, дп
Гл. ас. Здравка Атанасова, доз
Проф. Христина Милчева, дп
Тракийски университет – Стара Загора,
Медицински факултет,
Катедра „Здравни грижи“
e-mail: kremena.miteva@trakia-uni.bg



ХРАНИТЕЛЕН ПЛАН И ДИЕТИЧНО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С БИЛИАРНА ОБСТРУКЦИЯ

Лиляна Станчева, Иванка Стамболова

NUTRITIONAL PLAN AND DIETARY BEHAVIOR IN PATIENTS WITH BILIARY OBSTRUCTION

Lilyana Stancheva, Ivanka Stambolova

ABSTRACT: Biliary obstruction is a complex and life-threatening clinical condition characterized by impaired or complete interruption of bile flow from the liver to the duodenum. This condition leads to the development of obstructive jaundice, which initiates a cascade of severe systemic pathophysiological changes, including damage to the intestinal mucosal barrier, endotoxemia, systemic inflammatory response, and progressive deterioration of nutritional status. **The aim** of this study is to provide a comprehensive, evidence-based analysis of the mechanisms leading to malnutrition in these patients and outline a nursing care plan with a strong focus on precise nutritional management in patients with biliary obstruction. **Materials and methods:** A documentary and observational method was used. Using the standardized terminologies of NANDA-I (Nursing Diagnoses), NIC (Nursing Interventions), and NOC (Nursing Outcomes), key protocols for clinical behavior were defined. **Results and discussion:** The study synthesizes current guidelines for multidisciplinary nursing management of the patient and his family in health promotion, lifestyle modifications and prevention of complications after discharge from the hospital. These educational strategies provided by healthcare professionals in gastroenterology departments aim to provide a clear framework for ongoing care and to improve the long-term quality of life of patients after biliary obstruction.

Key words: biliary obstruction; malnutrition; nursing care plan; nutritional plan; dietary management

Въведение

Съвременното лечение на билиарната обструкция е насочено към бърза декомпресия на жлъчните пътища, като (ERCP) и (PTCD), които са златен стандарт в клиничната практика [Hou, Li, Zhang, 2025]. Въпреки че тези минимално инвазивни процедури предлагат значителни предимства пред отворената хирургия, те не са лишени от рискове (ERCP се свързва с потенциални усложнения като постендоскопски панкреатит (ПЕП), холангит, кръвоизлив и перфорация, докато PTCD носи рискове от инфекции на мястото на дренажа, разместване на катетъра и жлъчен излив) [Kahaleh, Freeman, 2012]. В този контекст, ролята на специалистите по здравни грижи става все по-комплексна. Съвременната медицинска сестра не е просто изпълнител на назначения, а ключов координатор, който управлява хранителната рехабилитация, наблюдава за ранни признаци на усложнения и осигурява жизненоважно обучение на пациента и неговото семейство за

периода след изписване [Hou, Li, Zhang, 2025]. За да се разработи адекватен и ефективен план за сестрински грижи, е абсолютно необходимо задълбоченото разбиране на сложните патофизиологични каскади, които се активират при запушване на жлъчните пътища. Черният дроб е централен метаболитен орган на човешкото тяло, отговорен за синтеза на протеини, метаболизма на въглехидратите и липидите, както и за детоксикацията. При билиарна обструкция тези функции претърпяват отклонения, превръщайки пациента във високорисков по отношение на развитието на малнутриция и свързаните с нея усложнения [Jin, Jiang, Xing, et al., 2020]. Европейското общество по гастроинтестинална ендоскопия (ESGE) и Американското общество за гастроинтестинална ендоскопия (ASGE) са формулирали строги клинични насоки за превенция на ПЕП, които медицинските сестри трябва активно да прилагат:

- *Фармакологична превенция:* Медицинс-

ката сестра е отговорна за рутинното прилагане на 100 mg нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС), най-често диклофенак или индометацин, ректално непосредствено преди процедурата, освен ако няма абсолютни противопоказания [Dumonseau, Kapral, Aabakken, 2020];

- *Агресивна хидратация:* Периоперативното интравенозно приложение на разтвор на Рингер. Препоръчва се болус от 20 mL/kg по време на или веднага след процедурата, последван от поддържаща инфузия от 3 mL/kg/h за следващите 8 часа. Тази агресивна хидратация поддържа микроциркулацията на панкреаса и предотвратява развитието на некроза [Buxbaum, Freeman, Amateau, et al., 2023]. Медицинската сестра трябва стриктно да следи баланса на течностите и да избягва обемно претоварване при пациенти със сърдечна недостатъчност;

- *Клиничен мониторинг:* ПЕП се дефинира като новопоявила се коремна болка, съчетана с повишаване на серумната амилаза или липаза над три пъти над горната граница на нормата повече от 24 часа след процедурата [Dumonseau, Kapral, Aabakken, 2020]. Наблюдение от медицинската сестра за болка, гадене и тахикардия е критично за ранната интервенция;

- *Стратегия за захранване:* Според проучвания, при пациенти с нисък риск от ПЕП, ранното захранване с бистри течности или лека диета (4-6 часа след ERCP) е безопасно и намалява болничния престой. При пациенти с висок риск (напр. след трудни канюлации на панкреатичния дуктус), се препоръчва ограничаване на пероралния прием или само бистри течности за първите 12-24 часа [Ferreira, Torpazian, Harmsen, et al. 2010].

Цел

Цел на изследването е да изготви изчерпателен, базиран на доказателства анализ на механизмите, водещи до малнутриция при тези пациенти, и очертава разширен план за сестрински грижи с подчертан фокус върху прецизното хранително управление.

Материал и методи

Използван е документален метод и метод на наблюдението. Чрез използването на стандартизираните терминологии на NANDA-I (сестрински диагнози), NIC (сестрински интервенции) и NOC (очаквани резултати от сестринските грижи), са дефинирани ключови протоколи за клинично поведение.

Резултати и обсъждане

Планът за сестрински грижи, по отношение на храненето на пациенти с билиарна обструкция

Задълбочавайки се в хранителните интервенции, съвременните проучвания категорично подкрепят изместването на фокуса от тотално парентерално хранене (TPN) към ранно ентерално хранене (EEN) при пациенти с билиарна хирургия и дренажи. Докато TPN осигурява необходимите калории, то заобикаля чревния тракт, което води до атрофия на чревните въси и допълнително влошава лигавичната бариера, увеличавайки риска от инфекции и сепсис [Hou, Li, Zhang, 2025]. От друга страна, ранното ентерално захранване (инициирано 12-24 часа след процедурата) има директен трофичен ефект върху червата. Абсорбцията на хранителни вещества чрез порталната система директно регулира метаболизма на хепатоцитите и ефективно стимулира тяхната регенерация [Jin, Jiang, Xing, et al., 2020]. Управлението на пациенти с билиарна обструкция изисква структуриран подход, който адресира както непосредствените физиологични дефицити, така и превенцията на по-нататъшно влошаване. Използването на стандартизирани класификационни системи като NANDA-I за формулиране на диагнозите, NOC за поставяне на измерими цели и NIC за дефиниране на специфичните интервенции, осигурява високо качество на сестринските грижи [Ernstmeyer, Christman, ed., 2021]. В Таблица 1 са представени основните сестрински диагнози, специфични за пациентите с обструктивна жълтеница, с акцент върху хранителните и физиологичните нарушения:

Таблица 1. Хранителен план за сестрински грижи при пациенти с билиарна обструкция (NANDA-I, NOC, NIC)

Сестринска диагноза (NANDA-I)	Очаквани резултати (NOC)	Сестрински интервенции (NIC)
Дисбаланс в храненето (по-малко от телесните нужди) <i>Свързано с:</i> намалена абсорбция на липиди и витамини поради липса на жлъчни соли, хиперметаболично състояние, анорексия и гадене. <i>Доказано чрез:</i> загуба на тегло, стеаторея, ниски серумни нива на албумин, преалбумин и витамини [Schick, Kashyap, Collier, et al., 2025].	Хранителен статус Пациентът стабилизира телесното си тегло в рамките на 7 дни; Серумните нива на албумин (>35 g/L) показват тенденция към нормализиране; Пациентът няма проявява на признаци на витаминен дефицит [Hou, Li, Zhang, 2025].	Управление на храненето Оценка на хранителния статус [Chen, Chen, Li, 2021]; Осигуряване на диета с ниско съдържание на мазнини ($<30\%$ от калориите) за минимизиране на стеатореята [Academy of Nutrition and Dietetics, 2026]; Въвеждане на триглицериди, които се абсорбират директно в порталната вена без нужда от жлъчни мицели, осигурявайки леснодостъпна енергия [Choe, 2025]; При тежко недохранени пациенти (напр. злокачествена обструкция) се инициира ранно ентерално хранене (ЕН) в рамките на 12-24 часа след декомпресия (PTCD/ERCP) за възстановяване на чревната бариера. При невъзможност за покриване на нуждите се добавя парентерално хранене (PN) [Hou, Li, Zhang, 2025]; Прилагане на водоразтворими формули на витамини А, D, Е и К според лекарските назначения [Kamath, Alonso, Heubi, et al., 2022].
Риск от дефицит на течности <i>Свързано с:</i> Прекомерни загуби чрез повръщане, системна вазодилатация (ендотоксемия), хирургични/ендоскопски дренажи на жлъчка, или скрито кървене поради коагулопатия [Lynch, 2026].	Баланс на течностите Поддържане на адекватна диуреза (>30 ml/h) и нормален тургор на кожата. Стабилни витални показатели (кръвно налягане и пулс) без признаци на хиповолемичен шок [Doenges, Moorhouse, Murr, 2022]. Коагулационен статус Липса на кървене.	Мониторинг на течностите и електролитите Стриктно измерване на приетите и отделените течности (включително обем, цвят и консистенция на жлъчката от външни дренажи). Пациентът трябва да приема допълнителен обем течности, еквивалентен на обема на източената жлъчка, за да предотврати дехидратация [Doenges, Moorhouse, Murr, 2022]. Наблюдение за признаци на кървене (мелена, хематемеза). Прилагане на Витамин К предоперативно за коригиране на INR [Doenges, Moorhouse, Murr, 2022].
Риск от увреждане целостта на кожата <i>Свързано с:</i> натрупване на жлъчни соли в кожата, водещо до тежък пруритус (сърбеж), разчесване, и наличие на перкутанни билиарни дренажи (PTCD) [Lynch, 2026].	Тъканна цялост Кожата на пациента остава интактна, без следи от инфекции. Пациентът съобщава за намаляване на сърбежа и дискомфорта [Baker, 2022].	Грижа за кожата и дренажа Обучение на пациента да избягва горещи душове, които изсушават кожата и засилват сърбежа. Използване на антихистамини по предписание. Мониторинг на катетъра за еритем, подуване или изтичане на жлъчка [Drapek, Pratt, Driskill, et al., 2020]. Смяна на превръзките със стерилна техника на всеки 2 дни или незабавно при компрометиране на превръзката [Drapek, Pratt, Driskill, et al., 2020].

Остра болка <i>Свързано с:</i> разтягане на жлъчната капсула, възпаление, спазъм на сфинктера на Оди или процедурна травма след ERCP/PTCD [Jones, Santos, Patel, et al., 2025].	Контрол на болката Пациентът съобщава за болка под 4/10 по визуална аналогова скала (VAS). Показва спокойна лицева експресия и нормални жизнени показатели [Schick, Kashyap, Collier, et al., 2025].	Управление на болката Оценка на локализацията, интензитета и характера на болката. Прилагане на спазмолитици или аналгетици. Позициониране на пациента за намаляване на напрежението върху коремната мускулатура [Hashem, Ismael, Hassan, et al., 2025].
---	--	--

Източник: Обобщено от автора

Обучение на пациентите и техните семейства за режима на хранене след ендоскопска процедура

Преходът от болничната среда към живот в дома е рисков период за пациента. Повечето усложнения, свързани със стентове и дренажи, се случват в домашна среда поради липса на адекватни знания у пациентите и техните близки [Wilkinson, 1991]. Обучението, което провеждат медицинските сестри след изписване от отделението не трябва да бъде еднократен акт, а структуриран процес, започващ още от приемането в многопрофилната болница. Установено е, че съществуват значителни несъответствия в инструкциите за изписване между различните референтни центрове, което налага стандартизация на образователните протоколи [Liquori, De Leo, De Nuzzo, et al., 2022]. В съвременната практика се въвеждат иновативни модели за продължаваща грижа, които използват дигитални платформи за създаване на електронни досиета,

чрез които мултидисциплинарни екипи проследяват пациенти след билиарна обструкция у дома. Предоставят се ежедневни видеоматериали за рехабилитация, диетични съвети и се провеждат онлайн консултации. Клиничните изпитвания доказват, че съчетаването на ранна нутритивна подкрепа с този дигитален модел води до по-кратък болничен престой, значително подобряване на серумните нива на албумин и, възстановяване на имунитета (CD4+/CD8+ съотношения) и драстично намаляване на следоперативната тревожност и депресия при пациенти със злокачествена обструктивна жълтеница [Hou, Li, Zhang, 2025]. В Таблица 2 е представен подробен, стандартизиран план за обучение на пациента и неговото семейство от страна на медицинската сестра. Този план обхваща критичните области на здравословния начин на живот, промоцията на здравето, профилактиката и специфичните грижи за билиарния тракт [Doenges, Moorhouse, Murr, 2022; Liquori, De Leo, De Nuzzo, et al., 2022]:

Таблица 2. Обучение на пациента и семейството след ендоскопска процедура

Област на обучение	Специфични инструкции за пациента и семейството	Обосновка (промоция на здравето и превенция)
Здравословен начин на живот и диетичен режим	Започнете с бистри течности и постепенно преминете към течна-кашава диета [Hashem, Ismael, Hassan, et al., 2025]; Спазвайте диета с ниско съдържание на мазнини (<30%). Избягвайте пържени храни, тлъсти меса, пълномаслени млечни продукти, преработени печива и сладкарски изделия [Chen, Chen, Li. 2021]. Увеличете приема на фибри, пълнозърнести храни, пресни плодове и зеленчуци (поне 5 порции дневно). Консумирайте храни, богати на антиоксиданти и витамин С (броколи, киви) [Coucke, Akbar, Kahloon, et al., 2022];	Приема на мазнини в големи количества стимулира панкреаса и жлъчния мехур (или жлъчните пътища при отстранен мехур), което може да предизвика спазми, болка и стеаторея поради намаления жлъчен капацитет за смилане. Фибрите и водата регулират чревната перисталтика и предотвратяват констипацията, която повишава вътрекоремното налягане. Алкохолът е хепатотоксичен, натоварва вече компрометирания черен

	Използвайте ненаситени мазнини (зехтин, омега-3 от съомга) в умерени количества [Gutierrez, 2020]; Поддържайте адекватна хидратация – пийте по 6-8 чаши вода дневно [NHSFT, 2025]; Абсолютна забрана за консумация на алкохол и тютюнопушене [Chandrasekharap, Khashab, Muthusamy, et al., 2017].	дроб и в комбинация със седативите от процедурата може да доведе до респираторна депресия [Gutierrez, 2020].
Грижа за перкутанен дренаж / PTCD (ако е приложимо)	Винаги поддържайте дренажната торбичка прикрепена под нивото на катетъра (под кръста) [Liquori, De Leo, De Nuzzo, et al., 2022; Wilkinson, 1991]; Изпразвайте торбичката, когато е пълна на 1/3 до 1/2, като измервате и записвате обема и цвета [Hashem, Ismael, Hassan, et al., 2025]; Сменяйте превръзката на всеки 2-3 дни или ако се намокри/замърси. Използвайте техника за стриктно измиване на ръцете, почистване с мек сапун и вода, и поставяне на стерилна марля [Drapek, Pratt, Driskill, et al., 2020]; Предпазвайте мястото при къпане, като използвате водоустойчиво стреч фолио или лепенки. Плуването и къпането във вана са забранени [UMM Health, 2026]; Промиване на катетъра (flushing) с 5-10 ml стерилен физиологичен разтвор, само ако е изрично предписано [Drapek, Pratt, Driskill, et al., 2020].	Ефективен дренаж; ако торбата е поставена по-високо, жлъчката ще се върне обратно в черния дроб, причинявайки инфекция и жълтеница. Стриктната хигиена на ръцете и асептичната смяна на превръзките предотвратяват кожни инфекции и проникване на бактерии по хода на катетъра. Редовното изпразване предотвратява тежест и случайно издърпване на тръбата [UMM Health, 2026].
Разпознаване на усложнения	Незабавно потърсете спешна медицинска помощ или се свържете с лекаря при поява на: Температура над 38°C (100.4°F) или силно втрисане [Liquori, De Leo, De Nuzzo, et al., 2022]; Нова, силна, остра болка в корема (особено вдясно под ребрата), гърдите или шията [NHSFT, 2023]; Упорито гадене и повръщане (особено повръщане на кръв или материя, подобна на кафена утайка) [NIDDK, 2024]; Появата на черни, катранени изпражнения (мелена) или видима кръв [NIDDK, 2024]; Повторна поява на жълтеница (пожълтяване на кожата или склерите), тъмна урина или светли изпражнения [Liquori, De Leo, De Nuzzo, et al., 2022]; Липса на жлъчен дренаж в торбичката или внезапно изтичане на жлъчка/пурулентна течност около мястото на катетъра [Liquori, De Leo, De Nuzzo, et al., 2022].	Обучението за разпознаване на тези симптоми е животоспасяващо. Треската и втрисането са класически признаци на остър бактериален холангит или сепсис. Силната коремна болка, излъчваща се към гърба, индикира постендоскопски панкреатит или чревна перфорация. Черните изпражнения са сигурен знак за гастроинтестинално кървене (често след сфинктеротомия). Повторната жълтеница или липсата на дренаж означава запушване или миграция на поставения стент/катетър [Dumonceau, Kapral, Aabakken, 2020].
Промоция на здравето и ограничаване на активността	Осигурете си пълна почивка през първите 24-48 часа след процедурата. Изисква се присъствието на член от семейството през първата нощ [Cleveland Clinic, 2023];	Медикаментите, използвани за седация или обща анестезия, увреждат преценката, координацията и рефлексите.

	Забранено е шофирането, работата с опасни машини, подписването на важни документи или грижата за малки деца за поне 24 часа след седацията/анестезията [NHSFT, 2026]; Избягвайте вдигането на тежести (над 4-5 кг) и интензивни физически натоварвания за няколко седмици [Cleveland Clinic, 2023]; Осъществявайте кратки, леки разходки у дома, за да подпомогнете освобождаването на газовете, които предизвикват подуване (вследствие на въздуха, инфузиран по време на ендоскопията) [Cahyadi, Tehami, de-Madaria, et al., 2022].	сите дълго след като пациентът се чувства "буден". Ограничаването на физическото натоварване предпазва от дислокация на стентовете и дренажите и намалява напрежението върху коремната мускулатура. Леката мобилизация ускорява чревната перисталтика и предотвратява усложнения като венозна тромбоза [NHSFT, 2026].
Профилактични прегледи, проследяване и медикаменти	Стриктно спазване на графика за амбулаторно проследяване. Пластмасовите стентове и външните катетри обикновено изискват рутинна подмяна на всеки 2 до 3 месеца, за да се избегне тяхното запушване [Drapek, Pratt, Driskill, et al., 2020]; Редовен мониторинг на лабораторни показатели: пълна кръвна картина, чернодробни ензими, билирубин, амилаза и INR. Приемайте предписаните антибиотици по предписаните дози и период, дори ако се чувствате добре [UMM Health, 2026]; Не приемайте аспирин, ибупрофен или други разреждатели на кръвта, докато лекарят не разреши (за болка използвайте ацетаминофен/ парацетамол, ако чернодробната функция го позволява) [UMM Health, 2026].	Редовната планова подмяна на стентовете е критична профилактична мярка; жлъчката образува биофилм (biliary sludge), който с времето запушва пластмасовите тръби, водейки до животозастрашаващ рецидивиращ холангит. Ограничаването на НСПВС и антикоагулантите в ранния постоперативен период е наложително за предотвратяване на отложено кървене от мястото на сфинктеротомията [Dumonceau, Kapral, Aabakken, 2020].

Източник: Обобщено от автора

Синергията между прецизната медицинска интервенция, холистичното сестринско управление на храненето и овластяването на пациента чрез образование гарантира не само удължаване на преживяемостта, но и значително подобряване на качеството на живот при пациентите, засегнати от билиарна обструкция.

Изводи

1. Билиарната обструкция е сложно, мултисистемно заболяване, при което механичното препятствие пред жлъчния поток иницира верига от разрушителни патофизиологични събития. Загубата на защитните и емулгиращи функции на жлъчката в червата води до тежка липидна малабсорбция и дефицит на жизненоважни мастноразтворими витамини. Последващата ендотоксемия и системният възпалителен отговор създават хиперметаболично състояние, което, съчетано с неадекватния хранителен прием, бързо тласка пациента

към тежка протеиново-калорийна малнутриция;

2. Ендоскопските и перкутанните интервенции, като ERCP и PTCD, са най-съществените изследвания/процедури в терапията за облекчаване на обструктивната жълтеница. Въпреки това, успехът на тези високотехнологични процедури зависи неразривно от качеството на периоперативните и следоперативните сестрински грижи. Настоящият анализ категорично демонстрира, че внедряването на стандартизиран сестрински план, базиран на таксономията NANDA-I, NIC и NOC, е фундаментално за системното посрещане на клиничните нужди на пациента.

Преминаването от традиционно парентерално хранене към ранно ентерално хранене, обогатено със средновеижни триглицериди и специфични липидни емулсии, не само компенсира калорийния дефицит, но действа като терапевтичен модулатор, който възстановява чревната лигавица и потиска възпалението. Освен това, ролята на медицинската сестра в

превенцията на постендоскопски усложнения чрез фармакологична профилактика (НСПВС) и агресивна хидратация е незаменима за минимизиране на риска от постендоскопски панкреатит.

Литература

- Academy of Nutrition and Dietetics (AND). 2026. Medical Nutrition Therapy (MNT) Recommended Post-Cholecystectomy. EatrightPRO.org, Accessed on April 6, 2026, <https://www.eatrightpro.org/news-center/practice-trends/medical-nutrition-therapy-recommended-post-cholecystectomy>
- Baker, M. 2022. Liver Cirrhosis: Nursing Diagnoses, Care Plans, Assessment & Interventions | NurseTogether, Accessed on April 6, 2026, <https://www.nursetogether.com/liver-cirrhosis-nursing-diagnosis-care-plan/>
- Buxbaum, J., M. Freeman, S. Amateau, et al. (ASGE Standards of Practice Committee). 2023. American Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on post-ERCP pancreatitis prevention strategies: summary and recommendations. *Gastrointest Endosc.* 2023 Feb;97(2):153-162. doi: 10.1016/j.gie.2022.10.005. Epub 2022 Dec 12. PMID: 36517310
- Cahyadi, O., N. Tehami, E. de-Madaria, et al. 2022. Post-ERCP Pancreatitis: Prevention, Diagnosis and Management. *Medicina (Kaunas)*. 2022 Sep 12;58(9):1261. doi: 10.3390/medicina58091261. PMID: 36143938; PMCID: PMC9502657.
- Chandrasekharap, V., M. Khashab, V. Muthusamy, et al. (ASGE Standards of Practice Committee). 2017. Adverse events associated with ERCP. *Gastrointestinal Endoscopy*, 2017 Jan;85(1):32-47. doi: 10.1016/j.gie.2016.06.051. Epub 2016 Aug 18. PMID: 27546389.
- Chen, L., X. Chen, G. Li. 2021. Nutritional management after hepatopancreatobiliary surgery. *Hepatobiliary Surg Nutr.* 2021 Apr;10(2):273-275. doi: 10.21037/hbsn-2021-10. PMID: 33898576; PMCID: PMC8050590
- Choe, U. 2025. Nutritional Management for Pediatric Biliary Atresia Patients Preparing for Liver Transplantation. *Children (Basel)*. 2025 Mar 20;12(3):391. doi: 10.3390/children12030391. PMID: 40150672; PMCID: PMC11941163
- Cleveland Clinic. 2023. Biliary Drainage: What to Expect. Cleveland Clinic website, Accessed on April 6, 2026, <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/17763-biliary-stent>
- Coucke, E. M., H. Akbar, A. Kahloon, et al. 2022. Biliary Obstruction. [Updated 2022 Nov 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539698/>
- Doenges, M., M. Moorhouse, & A. Murr. (2022). Nursing care plans: Guidelines for individualizing patient care. 11-th ed. F.A. Davis
- Drapek, L., M. Pratt, K. Driskill, et al. (2020). Guidelines for biliary stents and drains. *Chinese Clinical Oncology*, 9(1), 9. <https://doi.org/10.21037/cco.2020.02.01>
- Dumonceau, Jean-Marc, Ch. Kapral, L. Aabakken. 2020. ERCP-related adverse events: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy* 2020; 52(02): 127-149, DOI: 10.1055/a-1075-4080
- Ernstmeyer, K., E. Christman, ed. 2021. Nursing Fundamentals [Internet]. Eau Claire (WI): Chippewa Valley Technical College; 2021. Appendix A: Sample NANDA-I Diagnoses. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591814/>
- Ferreira, L., M. Topazian, W. Harmsen, et al. 2010. Dietary approaches following endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A survey of selected endoscopists. *World J Gastrointest Endosc.* 2010 Dec 16;2(12):397-403. doi: 10.4253/wjge.v2.i12.397. PMID: 21191513; PMCID: PMC3010470
- Gutierrez, M. 2020. The PBC Diet: What to Eat, What to Avoid. American Liver Foundation Website, Accessed on April 6, 2026, <https://liverfoundation.org/resource-center/blog/the-pbc-diet-what-to-eat-what-to-avoid/>
- Hashem, E., M. Ismael, R. Hassan, et al. 2025. Effect of high-quality nursing care on postoperative complications and quality of life for patients undergoing common bile duct exploration. *BMC Nurs.* 2025 May 13;24(1):524. doi: 10.1186/s12912-025-03119-4. PMID: 40361060; PMCID: PMC12076965
- Hou, L., H. Li, D. Zhang. 2025. Effects of early enteral and parenteral nutrition support combined with "Internet + nursing service" on quality of life and complications in patients with malignant obstructive jaundice after percutaneous hepatic puncture biliary drainage. *Front Surg.* 2025 Nov 26;12:1688387. doi: 10.3389/fsurg.2025.1688387. PMID: 41383555; PMCID: PMC12689536.
- Jin, S., R. Jiang, X. Xing, et al. 2020. Nutritional support treatment for perioperative patients in hepatobiliary surgery. *Hepatobiliary Surg Nutr.* 2020 Jun;9(3):342-344. doi: 10.21037/hbsn.2019.10.27. PMID: 32509824; PMCID: PMC7262634
- Jones, M., G. Santos, P. Patel, et al. 2025. Acute Cholecystitis (Nursing) [Updated 2025 Jul 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568804/>
- Kahaleh, M., M. Freeman. 2012. Prevention and management of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography complications. *Clin Endosc.* 2012 Sep;45(3):305-12. doi: 10.5946/ce.2012.45.3.305. Epub 2012 Aug 22. PMID: 22977824; PMCID: PMC3429758
- Kamath, B., E. Alonso, J. Heubi, et al. 2022. Fat Soluble Vitamin Assessment and Supplementation in Cholestasis. *Clin Liver Dis.* 2022 Aug;26(3):537-553. doi: 10.1016/j.cld.2022.03.011. Epub 2022 Jun 25. PMID: 35868689.

- Liquori, G., A. De Leo, D. De Nuzzo, et al. 2022. Management Strategies and Nursing Activities for Nutritional Care in Hospitalized Patients with Cognitive Decline: A Scoping Review. *Nutrients*. 2022 Sep 28;14(19):4036. doi: 10.3390/nu14194036. PMID: 36235687; PMCID: PMC9573259
- Lynch, M. 2026. Adult Jaundice Guide for Nurses, Nurse.com, Updated on March 30, 2026 Accessed on April 6, 2026, <https://www.nurse.com/clinical-guides/jaundice-in-adults/>
- Marcason W. 2014. What medical nutrition therapy guideline is recommended post-cholecystectomy? *J Acad Nutr Diet*. 2014 Jul;114(7):1136. doi: 10.1016/j.jand.2014.05.009. PMID: 24956996.
- NHS Foundation Trust (NHSFT). 2023. ERCP – Discharge Advice. Discharge advice for patients following an ERCP. North Tees and Hartlepool website. Accessed on April 6, 2026, <https://www.nth.nhs.uk/resources/endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography-ercp-discharge-advice/>
- NHS Foundation Trust (NHSFT). 2025. Dietary advice for patients with gallstones or inflammation of the gallbladder. Patient information A-Z. CUH - Cambridge University Hospitals website, Accessed on April 6, 2026, <https://www.cuh.nhs.uk/patient-information/dietary-advice-for-patients-with-gallstones/>
- NHS Foundation Trust (NHSFT). 2026. Recovery after an ERCP, NHS Guy's and St Thomas' website. Accessed on April 6, 2026, <https://www.guysandstthomas.nhs.uk/health-information/ercp-endoscopic-retrograde-cholangio-pancreatography/recovery-after-ercp>
- Schick, M., S. Kashyap, S. Collier, et al. 2025. Small Bowel Obstruction. [Updated 2025 Jan 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448079/>
- The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK). 2024. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP). NIDDK.NIH.gov, Accessed on April 6, 2026, <https://www.niddk.nih.gov/health-information/diagnostic-tests/endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography>
- UMass Memorial Health (UMM Health). 2026. Discharge Instructions for ERCP. Learn what you can expect when you are home after your ERCP, UMass Memorial Health website. Accessed on April 6, 2026, <https://www.ummhealth.org/health-library/discharge-instructions-for-ercp-endoscopic-retrograde-cholangiopancreatography>
- UMass Memorial Health (UMM Health). 2026. Discharge Instructions: Biliary Catheter, UMass Memorial Health website. Accessed on April 6, 2026, <https://www.ummhealth.org/health-library/discharge-instructions-biliary-catheter>
- Wilkinson, M. 1991. Nursing care and patient teaching with percutaneous transhepatic biliary catheters. *Gastroenterol Nurs*. 1991 Spring;13(4):227-30. doi: 10.1097/00001610-199101340-00010. PMID: 2031948

Lilyana Nikolova Stancheva
RN, BSN, MSc in Health Management, MSc in
Nursing Care Management

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4359-3833>
St. Ivan Rilski University Hospital,
Sofia, Bulgaria

Ivanka Kostova Stambolova
Professor, PhD
Faculty of Public Health, "Prof. Dr. Tsekomir
Vodenicharov,
MD", Medical University - Sofia
E-mail: i.stambolova@fz.mu-sofia.bg



ВЛИЯНИЕТО НА МЕДИЦИНСКАТА СЕСТРА ВЪРХУ ДЕНТАЛНАТА ТРЕВОЖНОСТ НА ПАЦИЕНТИТЕ В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА

Мария Петрова

THE INFLUENCE OF THE NURSE ON PATIENTS DENTAL ANXIETY IN DENTAL PRACTICE

Mariya Petrova

ABSTRACT: Patient anxiety occurring before and during dental procedures represents a significant factor limiting the effective maintenance of oral health. This psychological phenomenon is highly prevalent and influences patients' willingness to seek and undergo dental treatment, which may result in delays or postponement of therapeutic interventions and subsequent deterioration of oral health. The present study examines the role of the dental nurse in managing dental anxiety among patients within the context of clinical practice. Dental nurses play a crucial role in supporting both patients and dentists. By providing emotional support and practical assistance, they contribute to the creation of a favorable therapeutic environment characterized by reduced stress levels and enhanced efficiency of clinical procedures. This, in turn, facilitates the delivery of care and fosters trustful relationships among all participants in the treatment process. The study aimed to identify and analyze strategies employed by dental nurses to manage patient anxiety and to evaluate their effectiveness. Empirical data were collected through structured patient surveys and systematic clinical observation. The findings indicate that effective communication, provision of clear instructions and explanations, and demonstration of empathy significantly reduce patients' anxiety levels. These results underscore the importance of dental nurses in improving patients' psycho-emotional well-being and optimizing the effectiveness of dental care. In this context, additional targeted training in psychological support for dental nurses could further enhance treatment outcomes and assist patients in adhering to the dentist's recommendations.

Key words: dental anxiety, dental nurse, psychological support, patient, dental practice, anxiety management

Въведение

Зъбният страх и денталната тревожност се разглеждат като значими психологически реакции, които могат да нарушат нормалното ежедневие и поведението на индивида. Разпространението им сред пациентите в световен мащаб ги превръща в съществен проблем, който затруднява предоставянето на качествена и адекватна дентална помощ (Shindova et al. 2021).

Денталната тревожност е широко разглеждано и добре проучено явление в научната литература, с което специалистите в денталните екипи често се сблъскват. Нейното въздействие не се ограничава само до оралното здраве, а може да окаже негативно влияние и върху качеството на живот на пациента (Karnad, 2015). При наличие на непосредствена реална заплаха естествената реакция на индивида е проявата на страх, който служи като първичен

механизъм за защита и съхраняване на живота (Bay et al., 1999).

В специализираната литература се разграничават три основни термина, свързани със страха: дентален страх, зъболекарска тревожност и зъболекарска фобия. Денталният страх се разглежда като реакция на конкретен, реален и непосредствено наличен стимул, който предизвиква негативни емоции, като например дентална машинка, зъболекарски стол или инструменти за екстракция. За разлика от него, денталната тревожност се характеризира с липса на ясно определен източник на заплаха, който да я провокира (Jaakkola, 2009). Интересно е, че значителна част от хората, които не изпитват страх от посещения при зъболекар, са имали негативни дентални преживявания в миналото. Обратно, при някои пациенти със силно изразен страх липсват спомени за конкретни травматични инциденти, което предполага, че този страх може да се формира и под влияние на други фактори (Armfield, 2010).

Пациентите със силно изразена дентална тревожност съставляват приблизително една седма от населението, което подчертава необходимостта от внимателен, съобразен и индивидуален подход от страна на денталния екип (Armfield, 2013).

Денталната тревожност се определя като състояние с комплексна и многофакторна етиология, включваща както индивидуални, така и външни влияния. Съществено влияние оказват социалните и психологическите фактори, включително нивото на информираност, страхът от болка и нагласите към денталното лечение. Значение имат и факторите, свързани със самата дентална среда, като атмосферата в кабинета, използваната апаратура и начинът на комуникация с пациента (Appukuttan, 2016).

В този контекст ролята на денталния екип, и по-специално на медицинската дентална сестра, се явява важен модифицируем фактор, който може да повлияе върху нивото на тревожност. Чрез прилагане на адекватно поведение, ефективни комуникационни умения и създаване на спокойна и подкрепяща среда, тя допринася за редуциране на тревожността и изграждане на доверие, което подпомага доброто сътрудничество от страна на пациента и подобрява цялостното протичане на денталното лечение (Bakr, 2024).

Цел

Целта на настоящото изследване е да се изследва влиянието на медицинската дентална сестра върху денталната тревожност при пациентите, както и значението на нейната комуникация и поведение за създаване на спокойна и подкрепяща среда в денталната практика.

Методи

За целите на настоящото проучване е разработен авторски въпросник, съдържащ 27 въпроса, структурирани в тематични блокове. Те обхващат социално-демографските характеристики на изследваните лица, предходния дентален опит, нивото на дентална тревожност, както и възприеманата роля на медицинската дентална сестра в денталната практика. Проучването е проведено чрез анонимна анкета, разпространена онлайн чрез платформата Google Forms, като в него са включени общо 47 респонденти.

За оценка на нагласите и субективните преживявания е използвана 5-степенна Ликертова

скала, която позволява по-прецизна оценка на мненията и възприятията на участниците.

Паралелно с авторския въпросник е приложена и стандартизирана скала — Modified Dental Anxiety Scale (MDAS), която служи за обективна оценка на нивото на дентална тревожност.

Комбинираното използване на авторски инструмент и стандартизирана методика осигурява възможност за комплексен анализ на факторите, влияещи върху денталната тревожност. Получените данни са обработени и представени графично с помощта на MS Excel 2021.

Резултати

В проведеното анкетно проучване се включват респонденти от различни възрастови групи, като преобладават жени на възраст между 26 и 50 години.

По-голямата част от респондентите (92%) посещават дентален лекар редовно (1–2 пъти годишно), което свидетелства за добро ниво на здравна култура и положително отношение към профилактиката. (фиг. 1)

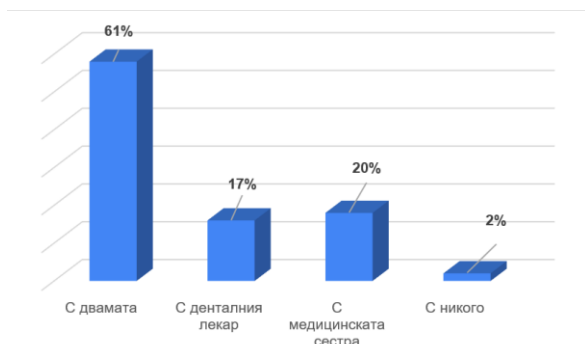


Фиг. 1. Честота на посещенията при дентален лекар

Значително по-малък дял – 6% – търсят дентална помощ само при възникване на проблем, а едва 2% посещават дентална практика рядко. Резултатите показват, че въпреки наличието на дентална тревожност при част от пациентите, повечето не избягват редовните посещения, което може да се свърже с доверие в денталния екип и ефективна комуникация. В този контекст медицинската дентална сестра има важна роля за намаляване на тревожността и създаване на спокойна среда.

Предпочитанията на пациентите относно споделянето на притеснения показват, че най-голям дял от респондентите – приблизително

61% – избират да споделят както с денталния лекар, така и с медицинската дентална сестра. Около 20% посочват, че се чувстват по-комфортно да споделят с медицинската сестра, докато 17% предпочитат единствено денталния лекар. (фиг. 2)

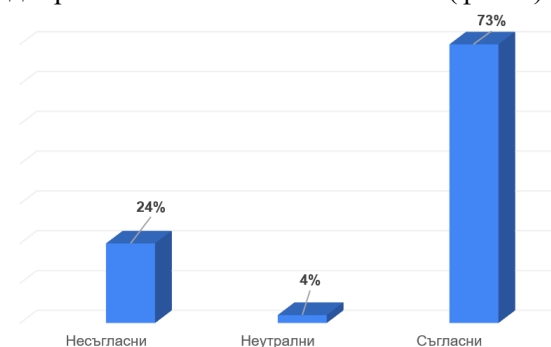


Фиг. 2. Предпочитан събеседник за споделяне на притеснения

Въпреки че денталният лекар се възприема като основната фигура, отговорна за лечението, комбинираният избор на двамата специалисти показва, че пациентите търсят както професионална сигурност, така и емоционална подкрепа. Тези резултати подчертават значението на екипния подход в денталната практика, при който медицинската дентална сестра има съществена роля като комуникативен и емоционален посредник, допринасящ за намаляване на тревожността.

Комуникацията с медицинската дентална сестра се възприема като фактор, оказващ съществено влияние върху нивото на дентална тревожност при пациентите.

Преобладаващата част от респондентите – приблизително 73% – изразяват съгласие, че тя допринася за нейното намаляване. (фиг. 3)

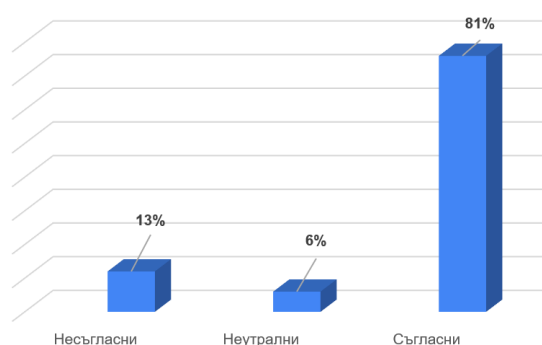


Фиг. 3. Влияние на комуникацията със сестрата върху нивото на дентална тревожност

Значително по-малък дял – около 24% – не споделят това мнение, а едва около 4% заемат неутрална позиция

Тези данни ясно показват, че за повечето пациенти комуникацията с медицинската дентална сестра има положителен ефект върху емоционалното им състояние. Това подчертава значението на нейната роля не само като асистиращ специалист, но и като активен участник в процеса на психологическа подкрепа.

Преобладаващата част от респондентите – около 81% – са съгласни, че медицинската дентална сестра има ключова роля за намаляване на тревожността. Значително по-малък дял – 13% – изразяват несъгласие, а едва 6% заемат неутрална позиция. (фиг. 4)



Фиг. 4. Предпочитан събеседник за споделяне на притеснения

Тези резултати ясно подчертават значението на медицинската дентална сестра като съществен фактор за създаване на спокойна и подкрепяща среда в денталната практика. Те потвърждават, че нейната комуникация, отношение и професионално поведение оказват пряко влияние върху емоционалното състояние на пациентите и допринасят за по-доброто протичане на денталното лечение.

Това утвърждава ролята на медицинската дентална сестра като ключов участник в овладяването на денталната тревожност.

Заклучение

Денталната тревожност представлява значим и многофакторен проблем, който оказва влияние върху поведението на пациентите и тяхното отношение към денталното лечение. Получените резултати от настоящото изследване потвърждават, че въпреки различията в индивидуалните нива на тревожност, тя остава съществен фактор, който може да повлияе

върху честотата на посещенията и преживяването на пациента в денталната практика.

В същото време данните ясно показват, че денталният екип има ключова роля за нейното овладяване. Особено значение има медицинската дентална сестра, която чрез ефективна комуникация, емпатия и професионално поведение създава усещане за спокойствие и сигурност у пациентите. Резултатите от изследването показват, че пациентите възприемат комуникацията със сестрата като важен фактор за намаляване на тревожността и често я определят като предпочитан събеседник при споделяне на притеснения.

Установената висока степен на съгласие относно ключовата роля на медицинската дентална сестра потвърждава нейното значение не само като асистиращ специалист, но и като активен участник в процеса на психологическа подкрепа. Чрез създаване на доверителна и подкрепяща среда тя допринася за подобряване на комуникацията, повишаване на удовлетвореността на пациентите и по-ефективно протичане на денталното лечение.

В заключение може да се обобщи, че ролята на медицинската дентална сестра е съществен и модифицируем фактор при овладяването на денталната тревожност, което подчертава необходимостта от нейното активно участие и развитие на комуникативните ѝ умения в денталната практика.

Литература

Shindova, M.P., A.B. Belcheva. 2021. Dental fear and anxiety in children: a review of the environmental factors. *Folia Medica (Plovdiv)*, 63(2): 177–182.

Karnad, M.P. 2015. Dental anxiety – how would you manage it? *SAAD Digest*, 31: 26–31.

Bay, E.J., D.L. Algase. 1999. Fear and anxiety: a simultaneous concept analysis. *Nursing Diagnosis*, 10(3): 103–111.

Jaakkola, S., P. Rautava, P. Alanen, M. Aromaa, K. Pienihäkkinen, H. Räihä, T. Vahlberg, M.L. Mattila, M. Sillanpää. 2009. Dental fear: one single clinical question for measurement. *Open Dentistry Journal*, 3: 161–166.

Armfield, J.M. 2010. Towards a better understanding of dental anxiety and fear: cognitions vs. experiences. *European Journal of Oral Sciences*, 118(3): 259–264.

Armfield, J.M., L.J. Heaton. 2013. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Australian Dental Journal*, 58(4): 390–407.

Appukuttan, D.P. 2016. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 8: 35–50.

Bakr, F., S. Alsahli, A. Alruqi et al. 2024. Management of dental anxiety, nurse intervention, and support for sedation: a comprehensive review. *Saudi Journal of Medicine and Public Health*, 1: 131–143.

Преп. Мария Петрова
ЮЗУ „Неофит Рилски“
Катедра „Здравни грижи“
2700 Благоевград
ул. „Иван Михайлов“ 66
e-mail: mpetrova.dental@gmail.com



ЕРГНОМИЧНИ РИСКОВЕ И СВЪРЗАНИ ЗДРАВОСЛОВНИ НАРУШЕНИЯ ПРИ ДЕНТАЛНИЯ ЕКИП

Мария Петрова

ERGONOMIC RISKS AND ASSOCIATED HEALTH DISORDERS IN THE DENTAL TEAM

Mariya Petrova

ABSTRACT: Modern dental practice is characterized by a high level of ergonomic load, which significantly affects the health and work capacity of all members of the dental team, including dentists, dental nurses, and assistants, and is associated with an increased risk of musculoskeletal disorders. The aim of the present study was to assess the impact of ergonomic factors on the health of the dental team and to analyze the frequency and characteristics of musculoskeletal complaints. An anonymous questionnaire-based survey was conducted among members of the dental team, including dentists, dental nurses, and assistants. The questionnaire included items related to ergonomic working conditions, working posture, workload, and the presence of musculoskeletal complaints. The collected data were processed using descriptive statistical analysis. A high prevalence of pain was identified, with all respondents reporting work-related discomfort. The most frequently affected areas were the neck, shoulders, and lower back, with symptoms occurring daily or several times per week in the majority of participants. A substantial proportion of respondents reported prolonged work in a static posture, which was identified as a major risk factor. The findings highlight the significant role of ergonomic factors in the development of musculoskeletal disorders among all members of the dental team and emphasize the need for the implementation of effective preventive measures, including optimization of working posture, improvement of work organization, and expansion of ergonomic training across all professional groups.

Key words: ergonomics; dental team; musculoskeletal disorders; occupational health; work-related pain; static posture; dental ergonomics

Въведение

Съвременната дентална практика е свързана със значителни физически и ергономични натоварвания, които оказват съществено влияние върху здравето и работоспособността на денталния екип. Характерът на професионалната дейност предполага продължителна работа в статична и често асиметрична поза, извършване на повтарящи се движения и висока степен на концентрация, което създава предпоставки за развитие на мускулно-скелетни нарушения и други професионално обусловени състояния.

Според Европейското дружество по дентална ергономия, денталната ергономия представлява процес на адаптиране на работната среда и методите на работа към денталния лекар и неговия екип, съобразно техните физически и психо-емоционални възможности, с цел осигуряване на здравословни, безопасни и комфортни условия на труд. Ергономията допринася за оптимизиране на ефективността по

отношение на времето, пространството и движението (Goldstep, 1998).

Правилната (оптимална) работна стойка на денталния екип представлява пространственото разположение на отделните части на тялото и функционалните взаимоотношения между тях, които осигуряват ефективно изпълнение на клиничната дейност. Тя създава благоприятни условия за работа, включително адекватен достъп, добра видимост и прецизен контрол в работното поле, като същевременно осигурява физически и психо-емоционален комфорт. Поддържането на правилна стойка допринася за повишена работна ефективност, намалено физическо натоварване и ограничаване на мускулния дискомфорт (Pirvu, 2014).

В противоположност, неправилната работна стойка е свързана с повишено физическо натоварване, преждевременна умора и намалена работоспособност, както и с повишен риск от развитие на мускулно-скелетни нарушения и влошено качество на работа (EDSAC, 2004).

Множество проучвания в световен мащаб, отчитат висока честота на мускулно-скелетни нарушения сред денталните специалисти (Lin, 2020). Те се разглеждат като един от водещите проблеми на професионалното здраве сред денталния екип, включително дентални лекари, медицински сестри и асистенти (Taib 2017).

Изследванията показват, че тези специалисти често изпитват болка и дискомфорт, свързани с професионалната дейност, локализирани най-често в областта на шията, раменете и гърба, както и в други части на тялото (Hayes 2009).

Продължителното поддържане на статична работна стойка се разглежда като един от основните рискови фактори за развитие на мускулно-скелетни нарушения в денталната практика. Ограничената динамика на движенията, съчетана с продължително натоварване на определени мускулни групи, води до повишено мускулно напрежение и функционални нарушения. Въпреки значимостта на този проблем, към настоящия момент липсва единна и стандартизирана система за обучение по ергономия в денталното образование, насочена към ефективна превенция на мускулно-скелетните нарушения (Danylak 2024).

В образователните програми по дентална медицина ергономията е относително добре застъпена, като обучението е насочено предимно към денталния лекар и неговата работна позиция. За разлика от това, при останалите членове на денталния екип, включително медицински сестри и асистенти, ергономичното обучение често е ограничено или липсва. (Beach 1998). Това води до недостатъчна подготовка по отношение на правилните двигателни навици, превантивните упражнения и мерките за ограничаване на мускулно-скелетните нарушения.

Клиничната изява на тези нарушения при членовете на денталния екип често започва още в ранните етапи на професионалното развитие, включително по време на студентския период, като се характеризира с тенденция към прогресивно нарастване след започване на активна клинична дейност (Mulimani, 2018).

Тези състояния са свързани със съществени социално-икономически последици, включително понижаване на работоспособността, ограничаване на професионалната активност и в отделни случаи преждевременно прекратяване на трудовата дейност (Morse, 2010).

Налага се въвеждане на целенасочени ергономични подобрения, здравно-промотивни стратегии и организационни интервенции с оглед ограничаване на риска от мускулно-скелетни нарушения (Gupta 2013).

Цел

Целта на настоящото изследване е да се оцени влиянието на ергономичните фактори върху здравето на денталния екип и да се анализира честотата на мускулно-скелетните нарушения, както и прилагането на ергономични принципи в ежедневната практика.

Методи

Настоящото изследване е проведено чрез анонимно анкетно проучване през месец януари 2026 г. сред 43 членове на денталния екип, включително дентални лекари, медицински сестри и асистенти.

Анкетата включва въпроси, свързани със социално-демографски характеристики (пол, възраст, професионална роля и трудов стаж), както и въпроси, насочени към оценка на ергономичните условия на труд, работната поза, натоварването и прилагането на ергономични принципи в ежедневната практика.

Допълнително са включени въпроси, свързани с наличието, локализацията и честотата на мускулно-скелетни оплаквания, както и с влиянието им върху работоспособността на участниците.

Проучени са също честотата на почивките, продължителността на работното време, както и наличието на обучение по ергономия и прилагането на превантивни мерки.

Събраните данни са обработени чрез дескриптивен статистически анализ и представени графично и таблично с помощта на MS Excel 2021 с цел по-ясна интерпретация на резултатите.

Резултати

Всички анкетирани лица (100%) съобщават за наличие на болка, свързана с изпълнението на професионалните им задължения. Този резултат показва, че болката представлява широко разпространено явление в изследваната група и е съществен проблем, свързан с условията на труд.

Поради липсата на вариация в отговорите по този показател, по-нататъшният анализ е насочен към характеристиките на болката, включително нейната локализация, честота и интензивност, с цел по-задълбочено изследване на нейното въздействие.

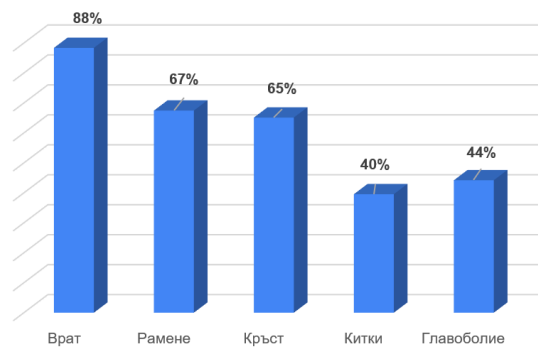
В изследването са включени представители на различни професионални групи от денталния екип. Най-голям дял заемат медицинските сестри (60%), следвани от денталните лекари (28%) и денталните асистенти (12%). Това разпределение отразява по-голямото участие на медицинските специалисти със спомагателни функции и следва да се има предвид при интерпретацията на резултатите. (фиг. 1)



Фиг. 1. Разпределение на анкетираните лица според професионалната роля в денталния екип

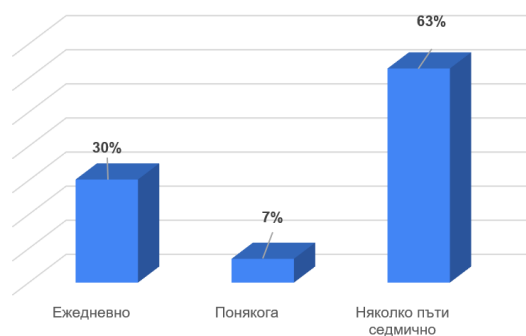
Наблюдава се наличие на болкови оплаквания в повече от една анатомична област при значителна част от изследваните лица, което потвърждава комплексния характер на мускулно-скелетните нарушения и предполага кумулативен ефект на ергономичното натоварване върху различни мускулни групи. При анализ на локализацията на болковите оплаквания се установява, че най-висока честота се наблюдава в областта на шията (88%), следвана от раменете (67%) и кръста (65%). По-ниска, но също значима честота се отчита при главоболие (44%) и китки (40%). (фиг. 2).

Получените резултати показват, че най-засегнати са анатомичните области, свързани с поддържането на статична и често асиметрична работна поза, както и с продължителното наклонено положение на главата и натоварването в горната част на тялото. Високият процент на оплаквания в областта на шията подчертава значението на ергономичните фактори, свързани с позицията на главата и визуалния контрол по време на работа.



Фиг. 2. Локализация на болковите оплаквания сред анкетираните лица

При анализ на честотата на поява на болковите оплаквания се установява, че най-голям дял от анкетираните лица съобщават за поява на симптоми няколко пъти седмично (63%). Значителна част от участниците (30%) посочват, че оплакванията се проявяват ежедневно, докато едва 7% съобщават за по-рядка поява. (фиг. 3)



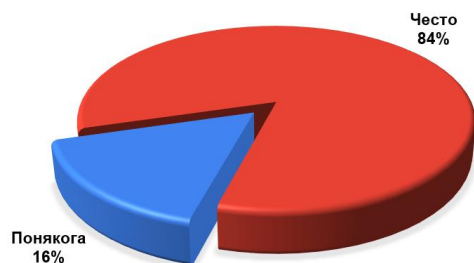
Фиг. 3. Честота на проявление на болковите симптоми при денталния екип

Получените резултати показват, че при преобладаващата част от изследваните лица болковите симптоми имат повтарящ се и хроничен характер, а не са изолирани или случайни. Честата поява на оплакванията предполага продължително въздействие на неблагоприятни ергономични фактори в работната среда.

Високият относителен дял на участниците с ежедневни или седмични оплаквания подчертава значимостта на проблема и необходимостта от прилагане на ефективни ергономични и превантивни мерки в денталната практика. Тези данни потвърждават връзката между характера на професионалната дейност и развитието на мускулно-скелетни нарушения при денталния екип.

При анализ на продължителността на работата в статична поза се установява, че

преобладаващата част от анкетирани лица (84%) съобщават, че работят често в такава поза, докато значително по-малък дял (16%) посочват, че това се случва само понякога. (фиг. 4)



Фиг. 4. Работа в статична поза при денталния екип

Получените резултати показват, че статичната работна поза е характерен елемент от ежедневната професионална дейност на денталния екип. Продължителното задържане в една и съща позиция води до натрупване на мускулно напрежение и създава предпоставки за развитие на мускулно-скелетни нарушения. Високият относителен дял на участниците, работещи често в статична поза, може да се разглежда като съществен рисков фактор, който обяснява високата честота и разпространение на болковите оплаквания, установени в настоящото изследване.

В обобщение, получените резултати показват висока разпространеност, значителна честота и многофакторен характер на мускулно-скелетните оплаквания сред денталния екип. Установява се, че неблагоприятните ергономични условия на труд, включително продължителната работа в статична поза и ограничените възможности за почивка, играят съществена роля за тяхното възникване и развитие. Получените данни създават основа за по-нататъшен анализ на връзката между ергономичните фактори и здравословните нарушения при денталните специалисти.

Заклучение

Настоящото изследване установява висока разпространеност на мускулно-скелетни оплаквания сред членовете на денталния екип, като всички анкетирани лица съобщават за болка, свързана с професионалната им дейност. Най-често засегнати са областите на шията, раменете и кръста, като оплакванията се

характеризират с повтарящ се и в значителна степен хроничен характер.

Анализът на данните показва, че водеща роля за възникването на тези състояния имат неблагоприятните ергономични условия на труд, включително продължителната работа в статична и асиметрична поза, повтарящите се движения и ограничените възможности за почивка. Наличието на оплаквания в повече от една анатомична област потвърждава техния комплексен и кумулативен характер.

Получените резултати подчертават значението на ергономията за опазване на професионалното здраве и поддържане на работоспособността, както и необходимостта от систематизирано обучение и прилагане на ефективни превантивни мерки, включително оптимизиране на работната поза, организацията на труда и въвеждане на активни почивки.

Ефективното управление на ергономичните рискове е съществено условие за подобряване на здравословното състояние на денталните специалисти и качеството на предоставяната дентална помощ.

Литература

- Goldstep, F. 1998. Designing the esthetic dental environment. *Dental Clinics of North America*, 42(4): 643–651.
- Pîrvu, C., I. Pătraşcu, D. Pîrvu, C. Ionescu. 2014. The dentist's operating posture – ergonomic aspects. *Journal of Medicine and Life*, 7(2): 177–182.
- Ergonomics and Disability Support Advisory Committee (EDSAC). 2004. An introduction to ergonomics: risk factors, MSDs, approaches and interventions. Council on Dental Practice (CDP), ADA.
- Lin, S., Z. Wu, W. Tang, G. Xu, X. Zeng. 2020. Ergonomic risk exposure and work ability among young dental professionals in China: a cross-sectional study. *Journal of Occupational Health*, 62(1): e12154.
- Taib, M.F.M., S. Bahn, M.H. Yun, M.S.M. Taib. 2017. The effects of physical and psychosocial factors and ergonomic conditions on the prevalence of musculoskeletal disorders among dentists in Malaysia. *Work*, 57(2): 297–308.
- Hayes, M., D. Cockrell, D.R. Smith. 2009. A systematic review of musculoskeletal disorders among dental professionals. *International Journal of Dental Hygiene*, 7(3): 159–165.

Danylak, S., L.J. Walsh, S. Zafar. 2024. Measuring ergonomic interventions and prevention programs for reducing musculoskeletal injury risk in the dental workforce: a systematic review. *Journal of Dental Education*, 88(2): 128–141.

Beach, J.C., C.B. DeBiase. 1998. Assessment of ergonomic education in dental hygiene curricula. *Journal of Dental Education*, 62(6): 421–425.

Mulimani, P., V.C. Hoe, M.J. Hayes, J.J. Idiculla, A.B. Abas, L. Karanth. 2018. Ergonomic interventions for preventing musculoskeletal disorders in dental care practitioners. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10): CD011261.

Morse, T., H. Bruneau, J. Dussetschleger. 2010. Musculoskeletal disorders of the neck and

shoulder in the dental professions. *Work*, 35(4): 419–429.

Gupta, A., A.V. Ankola, M. Hebbal. 2013. Dental ergonomics to combat musculoskeletal disorders: a review. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 19(4): 561–571.

Преп. Мария Петрова
ЮЗУ „Неофит Рилски“
Катедра „Здравни грижи“
2700 Благоевград
ул. „Иван Михайлов“ 66
e-mail: mpetrova.dental@gmail.com



СТУДЕНТСКАТА ОЦЕНКА ЗА КАЧЕСТВОТО НА КЛИНИЧНАТА УЧЕБНА СРЕДА – КЛЮЧОВ ИНДИКАТОР ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ НА КЛИНИЧНАТА ПОДГОТОВКА НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“(ПИЛОТНО ПРОУЧВАНЕ)

Надежда Мраценкова, Макрета Драганова, Мариана Бачева

THE CLINICAL LEARNING ENVIRONMENT AND ITS STUDENT EVALUATION AS AN INDICATOR OF THE QUALITY OF NURSING STUDENTS' PREPARATION (A PILOT STUDY)

Nadezhda Mracenkova, Makreta Draganova, Mariana Bacheva

ABSTRACT: The clinical learning environment is a key determinant of the practical preparation of nursing students, as it shapes professional socialisation, learning motivation, confidence, and opportunities for active participation in patient care. The present paper reports selected findings from a broader dissertation study focused on optimising clinical training in nursing education. The aim was to analyse students' assessment of the clinical learning environment and to examine its relationships with motivation for clinical learning, resilience, and assertiveness. A pilot cross-sectional study was conducted among 131 students enrolled in the nursing programme at South-West University "Neofit Rilski". The research instruments included the Bulgarian version of the Clinical Learning Environment Scale (CLES-Bg), a clinical learning motivation scale, a resilience inventory, and an assertiveness scale. The overall CLES-Bg score was 82.30 ± 19.54 out of 115, indicating a moderately positive perception of the clinical learning environment. After normalisation of the CLES domains to their maximum possible scores, the highest values were observed for patient focus, satisfaction and motivation, and team integration, whereas communication culture emerged as the comparatively weakest domain. Students reported high motivation for clinical learning (94.57 ± 20.05), relatively high resilience (132.18 ± 20.89), and a moderate to relatively high level of assertiveness (52.44 ± 7.94). Significant positive correlations were found between the clinical learning environment and motivation ($r = .542, p < .01$), resilience ($r = .340, p < .01$), and assertiveness ($r = .549, p < .01$). The findings support the view that student feedback is a meaningful indicator for improving mentorship, communication climate, and student support in clinical education. The results provide a scientific basis for developing targeted educational interventions and policy recommendations to enhance the quality of clinical mentoring and student well-being within the nursing curriculum.

Key words: clinical learning environment, nursing students, clinical mentoring, motivation, resilience, assertiveness

Въведение

Клиничното обучение заема водещо място в подготовката на бъдещите медицински сестри както по обем на учебния хорариум, така и по своята отговорност за формиране на професионални компетентности. Именно в реалната клинична среда се осъществява интеграцията между теоретичните знания, практическите умения, етичната чувствителност и изграждането на професионална идентичност. Поради това качеството на клиничната учебна среда се разглежда като чувствителен и надежден индикатор за ефективността на сестринското образование. Данните от международни изследвания показват, че подкрепящата клинична

среда е свързана с по-добра академична адаптация, по-висока удовлетвореност и по-устойчиво професионално развитие на студентите (Mikkonen et al., 2022; Mirzanezam et al., 2024).

Наред с организационните характеристики на клиничната практика, съществено значение имат отношенията между студентите, наставниците, клиничния екип и пациентите. Емпирични данни показват, че качеството на наставничеството и студентско-пациентските взаимодействия оказват пряко въздействие върху усещането за принадлежност, психологическа сигурност и възможност за активно участие в сестринските грижи. Тези фактори от своя

страна, се свързват с по-добри учебни резултати и по-висока степен на професионална увереност (Suikkala et al., 2021).

В българския академичен контекст също се натрупват данни за влиянието на организацията на клиничната практика, качеството на наставничеството и внедряването на съвременни образователни подходи върху професионалната подготовка на студентите. Obreykova & Yordanova (2024) подчертават, че клиничната практика има ключова роля за трансформирането на теоретичните знания в реално приложими сестрински грижи. Dzhedzheva (2024) акцентира върху значението на проблемно-базираното обучение, като ефективен инструмент за развитие на клинично мислене и формиране на безопасно професионално поведение. Popova et al. (2024) също подчертават значението на практически ориентираното обучение за формиране на професионални компетенции при студентите от специалност „Медицинска сестра“. Редица други български изследвания очертават значението на различни съвременни обучителни технологии като взаимно допълващи се компоненти на ефективната образователна среда. Симуляционното обучение се утвърждава като подход, позволяващ безопасно усвояване и отработване на клинични умения в контролирана среда, като същевременно допринася за намаляване на клиничната тревожност, повишаване на увереността и удовлетвореността от обучението. Симулацията също така създава условия за прилагане на клинични разсъждения и вземане на решения чрез активно участие в реалистични сценарии и последващ аналитичен разбор. Този процес подпомага развитието на самоефикасност при обучаемите, като засилва увереността им в собствените способности за справяне с клинични ситуации и допринася за повишаване на общата образователна ефективност (Bacheva, 2022; Popova et al., 2025).

Дигиталните технологии разширяват възможностите за достъп до учебни ресурси, интерактивност и персонализиране на обучението, докато казусно-базираните методи подпомагат формирането на аналитично и клинично мислене чрез решаване на практически ориентирани задачи. Интегрираното прилагане на тези подходи се свързва с повишена ефективност на обучението, ангажираност и устойчиво професионално развитие на студентите (Bacheva & Doynovska, 2022; Kilova et al.,

2023; Dimitrova et al., 2024; Evtimova & Doynovska, 2025).

Настоящото изследване представя резултатите от пилотно проучване, насочено към оптимизиране на клиничното обучение на студенти по специалност „Медицинска сестра“. В този контекст резилиансът се разглежда като важен ресурс за справяне с академичните и клиничните предизвикателства в обучението на студентите медицински сестри (Shen et al., 2024). Фокусът е насочен към студентската оценка на клиничната учебна среда и изследване на нейните връзки с мотивацията, резилианса (психичната устойчивост) и асертивността (увереността) като значими психични и поведенчески детерминанти за качеството на професионалната подготовка.

Цел

Целта на настоящото изследване е да анализира студентската оценка на клиничната учебна среда и да установи връзките ѝ с мотивацията за клинично обучение, резилианса и асертивността като значими фактори, влияещи върху качеството на професионалната подготовка на студентите по специалност „Медицинска сестра“.

Материал и методи

Изследването е с количествен, описателен и пилотен дизайн. Данните са събрани през 2025 г. сред 131 студенти по специалност „Медицинска сестра“, обучаващи се в Югозападен университет „Неофит Рилски“. Извадката обхваща студенти от всички курсове на обучение. Средната възраст на участниците е 31.55 ± 9.53 години, а възрастовият диапазон е от 18 до 53 години.

За оценка на клиничната учебна среда е използвана българската адаптация на скалата *Clinical Learning Environment Scale* – (CLES-Bg) (Bacheva, 2025), която обхваща пет домейна: *интеграция в клиничния екип, ролята на клиничен наставник, организацията на работата и фокус върху пациента, удовлетвореност и мотивация*, както и *комуникационна култура*. Допълнително са приложени: скала за мотивация за клинично обучение (*Clinical Learning Motivation Scale* – CLMS; Erci, 2015), използвана в българската адаптация за целите на настоящото изследване; въпросник за резилианс *State-Trait Resilience Inventory* (STRI) (Hiew et al., 2000), приложен в българска версия за целите на изследването; както и *Скала*

за асертивност по Tindall, използвана в българска адаптация (Peneva, Kidikov, & Yordzhev, 2014).

За статистическата обработка на данните са използвани методи на дескриптивната статистика, коефициент на вътрешна консистентност Cronbach's alpha, корелационен анализ на Пирсън и еднофакторен дисперсионен анализ (ANOVA). Нивото на статистическа значимост е $p < .05$.

Изследването е проведено при спазване на етичните принципи- участието е доброволно, данните са събрани след информирано съгласие, като е гарантирана анонимността на участниците.

Резултати и обсъждане

Изследваната студентска група се характеризира с изразена хетерогенност по отношение на възрастта, наличието на предишен практически опит и участието в симулационно

обучение (табл. 1). Извадката включва 131 студенти от специалност „Медицинска сестра“, със средна възраст 31.55 ± 9.53 години (диапазон 18-53 години), което показва значително възрастово разнообразие.

Значителна част от участниците (70.0%) имат предишен опит в здравните грижи, което предполага наличие на вече формирани базисни практически умения и ориентация в клиничната среда. В същото време близо една трета от студентите (29.0%) нямат такъв опит, което очертава необходимост от по-структурирана подкрепа и целенасочено наставничество в процеса на обучение.

По отношение на симулационното обучение, 64.1% от студентите съобщават участие, докато 35.9% не са били включени в подобни дейности. Това разпределение на данните позволява да се направи сравнение между студентите с различна степен на предварителна подготовка и експозиция към съвременни обучителни подходи (табл. 1).

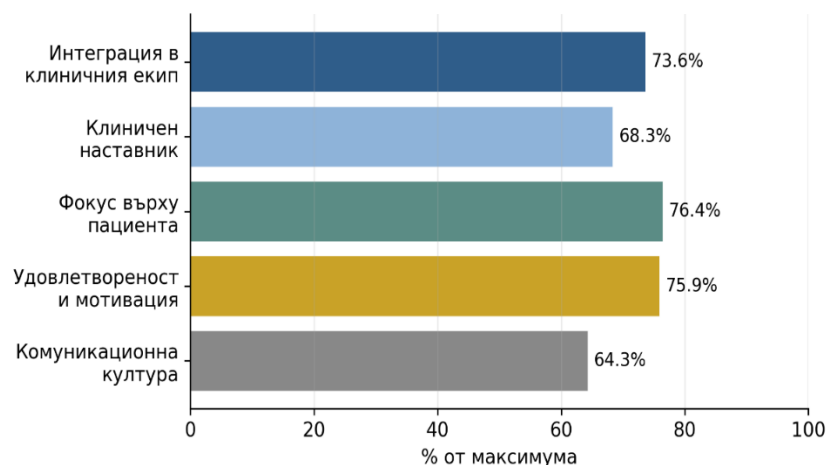
Таблица 1. Социодемографски и обучителни характеристики на извадката

Показател	Стойност
Брой участници	N = 131
Възраст	31.55 ± 9.53
Предишен опит в здравните грижи	93 (70.0%)
Без предишен опит	38 (29.0%)
Участие в симулационно обучение	84 (64.1%)
Без участие в симулационно обучение	47 (35.9%)

Хетерогенността на извадката представлява съществено предимство на изследването, тъй като позволява по-задълбочен анализ на възприятието на клиничното обучение и ролята на наставничеството при студенти с различен опит и на различни етапи от професионалното им развитие.

Общият бал по скалата за клинична учебна среда (CLES-Bg) е 82.30 ± 19.54 от максимално 115 точки, което показва умерено до положително възприятие на студентите за клиничната учебна среда. Най-високи средни стойности се наблюдават при домейна „интеграция в клиничния екип“ ($M = 22.09$; $SD = 6.15$), а най-ниски са стойностите, свързани с

ролята на клиничния наставник ($M = 13.67$; $SD = 4.22$). Тъй като отделните подскали имат различен максимален брой точки, по-информативно е те да бъдат сравнени като процент от максималния възможен бал. При представяне на резултатите като процент от максималния възможен бал се установява, най-високи стойности имат „фокусът върху пациента“ (76.4%), „удовлетвореност и мотивация“ (75.9%) и „интеграция в клиничния екип“ (73.6%). По-ниски са резултатите при „клиничния наставник“ (68.4%), а „комуникационна култура“ (64.3%) се очертава като най-слабо изразената област (фиг. 1):



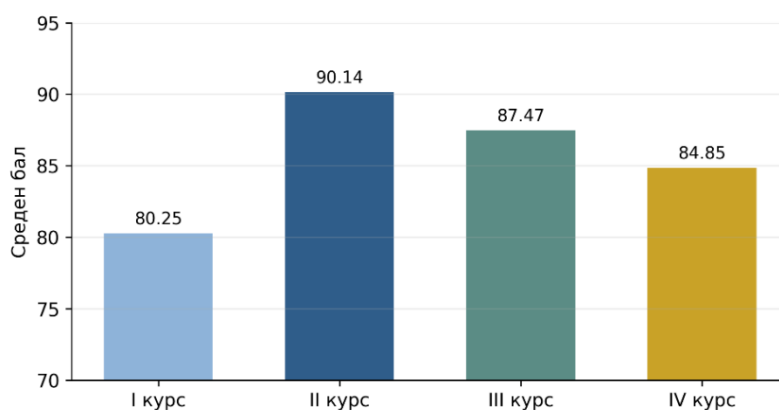
Фигура 1. Подскали на CLES-Bg, представени като процент от максималния възможен бал.

Скалата CLES-Bg демонстрира отлична вътрешна консистентност в настоящото изследване ($Cronbach's\ \alpha=0.921$), като подскалите показват приемлива до много добра надеждност ($\alpha=0.678-0.833$). Сред анализираниите организационни фактори продължителността на последната клинична практика се откроява като най-значим фактор, показвайки умерена положителна връзка с общото възприемане за клиничната учебна среда ($r = 0.442$, $p < .01$). Това предполага, че по-продължителният престой в клиничната среда е свързан с по-позитивна оценка на обучението.

За разлика от това, предишният професионален опит в здравните грижи е в слаба, но статистически значима отрицателна връзка с об-

щата оценка на средата ($r = -0.261$, $p < .01$), което може да се интерпретира като по-критично възприемане на клиничната среда от страна на студентите с практически опит.

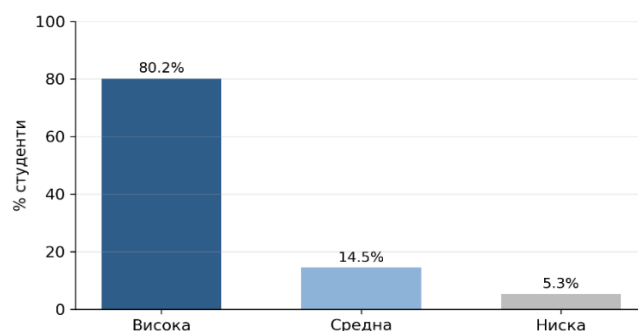
Статистически значими различия в общата оценка на клиничната учебна среда между отделните курсове на обучение не се установяват ($F(3,127) = 1.171$; $p = 0.323$). Въпреки това, описателните данни очертават интересна тенденция: най-ниски стойности се наблюдават при студентите от първи курс ($M = 80.25$), докато най-високи - при втори курс ($M = 90.14$), следван от трети курс ($M = 87.47$). При студентите от четвърти курс се наблюдава умерено понижение на оценките ($M = 84.85$) (фиг. 2):



Фигура 2. Средни стойности на общия бал по CLES-Bg в зависимост от курса на обучение.

Мотивацията за клинично обучение е висока ($M = 94.57$; $SD = 20.05$), като 80.2% от студентите попадат в категорията „висока мотивация“, 14.5% – в „средна“, а 5.3% – в „ниска“. Това разпределение показва, че преобладаващата част от студентите демонстрират висока

степен на ангажираност с клиничното си обучение и го възприемат като значимо за своето професионално развитие (фиг. 3):



Фигура 3. Разпределение на мотивацията за клинично обучение по категории (N = 131).

Резилиансът на изследваните студенти е на относително високо ниво ($M = 132.18$; $SD = 20.89$). По-задълбоченият анализ показва, че по-силно изразен е компонентът, свързан със „Саморегулация“ ($M = 85.36$; $SD = 14.05$), докато „Социална подкрепа“ е представена с пониски стойности ($M = 46.83$; $SD = 7.35$). Асертивността се характеризира с умерено до относително високи стойности ($M = 52.44$; $SD = 7.94$). Най-добре развит е компонентът „Увереност и инициативност“ ($M = 22.20$; $SD =$

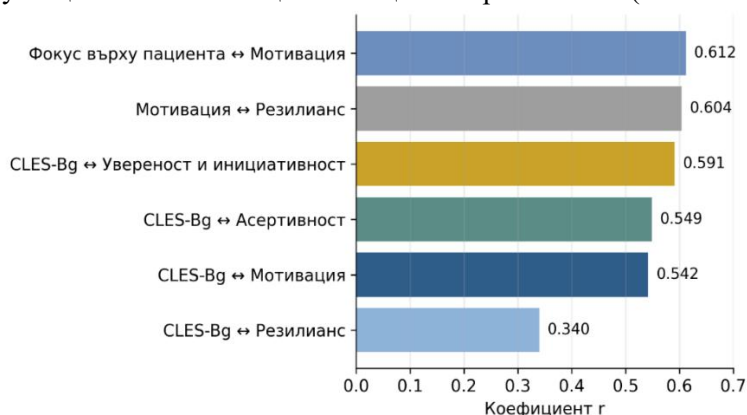
4.17), а най-слабо изразен – „Изявяване на чувства и оценки“ ($M = 10.37$; $SD = 2.17$). В обобщение, резултатите очертават профил, при който студентите демонстрират добра вътрешна регулация и увереност в поведението си, но в по-малка степен разчитат на външна подкрепа и изпитват известни затруднения в откритото изразяване на емоции и оценки (табл. 2).

Таблица 2. Дескриптивни показатели и надеждност на изследваните конструкции

Показател	$M \pm SD$	Cronbach's α
CLES-Bg – общ бал	82.30 ± 19.54	.921
CLMS-Bg – мотивация	94.57 ± 20.05	.965
STRI-33-Bg – резилианс	132.18 ± 20.89	.957
Асертивност – общ бал	52.44 ± 7.94	.878

Корелационният анализ показва, че клиничната учебна среда е в умерена положителна връзка както с мотивацията за клинично обучение ($r = 0.542$, $p < .01$), така и с резилианса ($r = 0.340$, $p < .01$) и общата асертивност ($r = 0.549$, $p < .01$). По-силни са връзките между фокуса върху пациента и мотивацията

($r = 0.612$, $p < .01$), както и между общия бал по CLES-Bg и фактора „увереност и инициативност“ ($r = 0.591$, $p < .01$), което показва значението на клиничната среда за развитието на активна и уверена професионална позиция. Значима връзка се наблюдава и между мотивацията и резилианса ($r = 0.604$, $p < .01$) (фиг. 4):



Фигура 4. Положителни корелации между клиничната учебна среда и изследваните показатели.

Получените връзки имат съществено практическо значение. Те показват, че по-подкрепящата, по-добре структурирана и пациент-центрирана клинична среда се асоциира не само с по-висока мотивация за клинично обучение, но и с по-устойчиво и уверено поведение на студентите.

Представените резултати са в съзвучие с международните наблюдения, които очертават тясна връзка между качеството на клиничната учебна среда и удовлетвореността, академичната адаптация и професионалната увереност на студентите. В българския контекст настоящото изследване допринася към наличната литература, като потвърждава значението на клиничното обучение като ключов фактор за формиране на професионална идентичност, развитие на клинично мислене и изграждане на увереност у студентите по здравни грижи.

Практическата стойност на получените резултати се изразява в идентифицирането на конкретни направления за оптимизация на клиничното обучение, включващи стандартизиране на наставническите практики, укрепване на комуникационната култура в клиничните бази, по-активно и системно включване на студента в екипната работа, както и насърчаване на пациент-центриран подход при участието им в грижите.

Ограниченията на настоящото проучване произтичат от неговия пилотен дизайн, извадка, ограничена до една институция, и използването на самооценъчни инструменти. Поради това резултатите следва да се интерпретират с необходимата предпазливост и не позволяват пряка генерализация извън изследвания институционален контекст.

Заклучение

Студентската оценка на клиничната учебна среда се утвърждава като значим индикатор за качеството на клиничната подготовка на бъдещите медицински сестри. Получените резултати показват, че средата се възприема по-скоро положително, но нееднородността в комуникационната култура и различията в наставническите практики остават ключови области за подобрене.

Установените положителни връзки между клиничната учебна среда, мотивацията, резиланса и асертивността подкрепят необходимостта от холистичен подход към развитието на клиничното обучение. Това предполага интегриране на организационни, педагогически

и психологически интервенции, насочени към повишаване качеството и ефективността на клиничната подготовка. В този контекст системното развитие на клиничната учебна среда се очертава като стратегически приоритет за повишаване на качеството на сестринското образование.

Литература

- Bacheva, M. 2025. *Adaptation and pilot psychometric testing of the Bulgarian version of the Clinical Learning Environment Scale (CLES-Bg)*. KNOWLEDGE - International Journal, 73, 4: 885-891. <https://ojs.ikm.mk/index.php/kij/article/view/7980>
- Bacheva, M., R. Doynovska. 2022. *Educational efficacy and self-efficacy using clinical simulations in medical education*. KNOWLEDGE - International Journal, 55, 4: 837-844. <https://ojs.ikm.mk/index.php/kij/article/view/5838>
- Dimitrova, A., B. Traycheva, S. Mladenova et al. 2024. *Simulationsen podhod pri usvoyavane na manipulativni i klinichni umenia na studenti ot spetsialnost „Akusherka“* [Simulation approach in learning manipulative and clinical skills of students of the specialty “Midwife”] (bul). *Sestrinsko delo*, 56, 2: 16-22. <https://cml.mu-sofia.bg/bg/spisania/sestrinsko-delo/simulationsen-podhod-pri-usvoyavane-na-manipulativni-i-klinichni-umenia-na-studenti-ot-spetsialnost-akusherka/>
- Dzhedzheva, P. 2024. *Prilozhenie na bazirano na problemi obuchenie v klinichnata podgotovka na meditsinski sestri* [Application of problem-based learning in the clinical preparation of nurses] (bul). *Sestrinsko delo*, 56, 2: 52-56. <https://cml.mu-sofia.bg/bg/spisania/sestrinsko-delo/prilozhenie-na-bazirano-na-problemi-obuchenie-v-klinichnata-podgotovka-na-meditsinski-sestri/>
- Erci, B. 2015. *Psychometric evaluation of Clinical Learning Motivation Scale*. *International Archives of Nursing and Health Care*, 1: 018.
- Evtimova, K., R. Doynovska. 2025. *Practical case studies as a tool for developing clinical thinking in nursing education*. KNOWLEDGE - International Journal, 71, 4: 563-567. <https://ojs.ikm.mk/index.php/kij/article/view/7717>
- Hiew, C. C., T. Mori, M. Shimizu et al. 2000. *Measurement of resilience development:*

Preliminary results with a State-Trait Resilience Inventory. Journal of Learning and Curriculum Development, 1: 111-117.

Kilova, K., T. Dimcheva, D. Kilova. 2023. *Savremenni aspekti na virtualnata realnost v obuchenieto na meditsinskite sestri* [Contemporary aspects of virtual reality in nursing education] (bul). Sestrinsko delo, 55, 3: 52-57. <https://cml.mu-sofia.bg/bg/spisania/sestrinsko-delo/savremenni-aspekti-na-virtualnata-realnost-v-obuchenieto-na-meditsinskite-sestri/>

Mikkonen, K., M. Tomietto, A.-M. Tuomikoski et al. 2022. *Mentors' competence in mentoring nursing students in clinical practice: Detecting profiles to enhance mentoring practices*. Nursing Open, 9, 1: 593-603. <https://doi.org/10.1002/nop2.1103>

Mirzanezam, A. K., A. Ghahramanian, M. Ghafourifard et al. 2024. *Nursing students' perception of the clinical learning environment and its impact on academic adjustment: A cross-sectional descriptive study*. BMC Medical Education, 24: 1543. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06562-0>

Obreykova, M., R. Yordanova. 2024. *Faktori, vliyaeshti varhu kachestvoto na provezhdane na klinichnata praktika sred budeshnite meditsinski sestri* [Factors influencing the quality of performance of clinical practice of future nurses] (bul). Sestrinsko delo, 56, 4: 22-27. <https://cml.mu-sofia.bg/bg/spisania/sestrinsko-delo/faktori-vliyaeshti-varhu-kachestvoto-na-provezhdane-na-klinichnata-praktika-sred-badeshtite-meditsinski-sestri/>

Peneva, I., G. Kidikov, K. Yordzhev. 2014. *Adaptatsiya na lichnostna skala za izsledvane na asertivnostta za uchenitsi ot gorna uchilishtna vazrast* [Adaptation of a personality scale for measuring assertiveness for upper secondary school students] (bul). Godishnik na Sayuza na Uchenite - Blagoevgrad, 8: 36-49. <https://www.usb-blagoevgrad.swu.bg/media/1027/2014.pdf>

Popova, T., M. Dimitrova, S. Georgieva-Garbeva, D. Blagoeva. 2024. *Formirane na profesionalni kompetentsii na studentite ot spetsialnost „Meditsinska sestra“ pri grizhi za khronichni rani* [Formation of professional

competencies of nursing students in caring for chronic wounds] (bul). Sestrinsko delo, 56, 4: 3–11.

<https://cml.mu-sofia.bg/bg/spisania/sestrinsko-delo/formirane-na-profesionalni-kompetentsii-na-studentite-ot-spetsialnost-meditsinska-sestra-pri-grizhi-za-hronichni-rani/>

Popova, T., M. Dimitrova, K. Bogdanova, A. Terzieva, D. Blagoeva, S. Georgieva, S. Bayramova. 2025. *Simulatsionnoto obuchenie – pat za razvitie na klinichnoto mislene i umeniya na studentite ot spetsialnost „Meditsinska sestra“ pri grizhi za patsienti s trudno zazdravyavashti rani* [Simulation training – a path for developing clinical thinking and skills of nursing students in caring for patients with hard-to-heal wounds] (bul). Sestrinsko delo, 57, 3: 42–48. <https://cml.mu-sofia.bg/bg/spisania/sestrinsko-delo/simulatsionnoto-obuchenie-pat-za-razvitie-na-klinichnoto-mislene-i-umeniata-na-studentite-ot-spetsialnost-meditsinska-sestra-pri-grizhi-za-patsienti-s-trudno-zazdravyavashti/>

Shen, Y., H. Feng, X. Li. 2024. *Academic resilience in nursing students: A concept analysis*. BMC Nursing, 23: 466. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02133-2>

Suikkala, A., L. Timonen, H. Leino-Kilpi et al. 2021. *Healthcare student-patient relationship and the quality of the clinical learning environment - a cross-sectional study*. BMC Medical Education, 21: 230. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02676-x>

Надежда Мраценкова

e-mail: nadejda_pundina@abv.bg

проф. Макрета Драганова, д.м.

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

e-mail: makreta_99@yahoo.com

гл. ас.д-р Мариана Бачева

ЮЗУ „Неофит Рилски“ Благоевград

Катедра „Здравни грижи“

e-mail: bachewa@abv.bg



КЛИНИЧНОТО НАСТАВНИЧЕСТВО КАТО ФАКТОР ЗА ИЗГРАЖДАНЕ НА ПСИХОЛОГИЧЕСКА БЕЗОПАСНОСТ И ПРОФЕСИОНАЛНА ПРИНАДЛЕЖНОСТ ПРИ СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“

Надежда Мраценкова, Макрета Драганова

CLINICAL MENTORSHIP AS A FACTOR FOR BUILDING PSYCHOLOGICAL SAFETY AND PROFESSIONAL BELONGING AMONG NURSING STUDENTS

Nadezhda Mracenkova, Makreta Draganova

ABSTRACT: *Clinical mentorship is a central component of nursing students' practical education and an essential condition for the successful transition from theoretical preparation to real clinical performance. The aim of the present paper is to analyse the pedagogical and psychological dimensions of clinical mentorship and to propose an innovative conceptual model that interprets the mentor's role through the categories of psychological safety, professional belonging, and sustainable professional identity. The report is developed as a theoretical-analytical study based on documentary analysis, literature review, and comparative analysis of Bulgarian and international scientific publications, regulatory documents, and contemporary European frameworks related to mentoring in clinical practice. The analysis demonstrates that the clinical mentor performs multiple roles simultaneously – instructor, evaluator, role model, facilitator, and source of emotional support. Effective mentorship contributes not only to the acquisition of practical skills, but also to students' confidence, adaptation to the clinical environment, communication competence, ethical sensitivity, and motivation for learning. Particular attention is paid to constructive feedback, empathy, respectful interpersonal climate, and the reduction of fear of error in clinical placements. Recent international studies indicate that psychological safety and belongingness are emerging as significant, yet still insufficiently conceptualised, determinants of students' participation and identity development in practice settings. On this basis, the paper offers an authorial systematisation of the pedagogical, psychological, social, and professional functions of the clinical mentor. Clinical mentorship should not be reduced to organisational supervision, but understood as a structured pedagogical process with profound psychological influence on students' professional development. The conclusions highlight the need for targeted preparation and institutional support of clinical mentors as an important precondition for improving the quality of clinical training in nursing education.*

Key words: clinical mentorship, nursing students, psychological safety, professional belonging, clinical education, pedagogical competence

Въведение

Практическата подготовка е същностен компонент от обучението на студентите по специалност „Медицинска сестра“, тъй като именно в реалната клинична среда се осъществява преходът от теоретично знание към професионално действие. Съгласно Наредбата за единните държавни изисквания преддипломният стаж се провежда в реална клинична среда под ръководството на квалифицирани специалисти от лечебните заведения, което определя клиничното наставничество като основен елемент от професионалната подготовка на бъдещите медицински сестри (Naredba za edinnite darzhavni iziskvaniya, 2016).

В българската литература клиничното наставничество традиционно се разглежда като форма на педагогическо взаимодействие в практическото обучение, чрез която се подпомага усвояването на професионални умения и адаптацията на студентите към клиничната среда (Balkanska, 2016; Torniyova, 2019). Наред с това редица автори подчертават, че наставникът оказва въздействие не само върху техническата подготовка, но и върху самочувствието, самооценката и вътрешната мотивация на обучаемите (Georgieva & Ivanova, 2012; Lukanova, 2020; Yordanova & Grudeva, 2020). В този смисъл наставничеството следва да се разглежда не като допълваща организационна функция, а като ключов механизъм за

формиране на професионална идентичност и устойчивост у бъдещите медицински сестри.

В същата насока са и публикации, които разглеждат наставничеството и супервизията в сестринството като значим ресурс за качеството на практическото обучение и професионалната подкрепа на обучаваните се (Toncheva, 2018; Toncheva & Grudeva, 2020).

В международната научна литература през последните години все по-ясно се очертава преориентиране на изследователския фокус от класическото разглеждане на ролята на клиничния наставник към по-широки и комплексни аналитични категории, свързани с психологическата безопасност, професионалната принадлежност, възприеманата подготвеност и академичната адаптация на студентите в условията на клиничното обучение. Нови изследвания показват, че чувството за психологическа безопасност влияе върху готовността на студентите да задават въпроси, да признават затруднения и да участват активно в практиката, а чувството за принадлежност подпомага формирането на професионална идентичност и задържането в професионалната траектория (Butler & Lyman, 2025; Squire, Gonzalez, & Shayan, 2024; Carithers et al., 2025). Същевременно се отчита, че качеството на клиничната учебна среда е свързано с академичната адаптация и представите на студентите за собствената им професионална готовност (Mirzanezam et al., 2024; Al-Daken et al., 2024; Marriott, Weller-Newton, & Reid, 2024). Тези тенденции открояват необходимостта клиничното наставничество да бъде преосмислено през различна аналитична гледна точка.

В този контекст настоящият доклад поставя акцент върху разширена интерпретация на клиничното наставничество като фактор за изграждане на психологическа безопасност и професионална принадлежност. Този подход позволява ролята на наставника да бъде разглеждана не само през обучението на манипулации и алгоритми, а през създаването на среда, в която студентът се чувства приет, уважаван, защитен от унизителни взаимодействия и способен да развива увереност и идентичност като бъдещ професионалист.

Цел

Целта на настоящия доклад е да анализира педагогическите и психологическите измерения на клиничното наставничество в обучението на студентите от специалност

„Медицинска сестра“ и въз основа на литературния и документалния анализ да предложи авторски модел на наставничеството като фактор за изграждане на психологическа безопасност, професионална принадлежност и устойчива професионална идентичност.

Материали и методи

Настоящият доклад е разработен като теоретико-аналитично изследване. Използвани са документален метод, сравнителен анализ и синтез на научни публикации, индексирани в специализирани научни бази данни за периода 2012 – 2025 г., нормативни документи и съвременни концептуални рамки, свързани с клиничното наставничество в обучението на студенти по здравни грижи. В анализа са включени български и чуждестранни източници, реферирани международни издания и университетски сборници. Подборът на източниците е осъществен според тяхната тематична релевантност към проблема за клиничното наставничество и приложимостта им към обучението на студенти от специалност „Медицинска сестра“. Анализът е интерпретативен и е насочен към извеждане на основните педагогически, психологически, социални и професионални функции на ефективното наставничество. Въз основа на синтеза на разгледаните източници е разработен авторски концептуален модел, представен чрез фигура и таблица, които синтезират основните аналитични акценти на доклада.

Резултати и обсъждане

Клиничното наставничество като педагогически процес

Литературният анализ показва, че клиничното наставничество следва да се разглежда като специализирана форма на обучение в реална професионална среда, а не като обикновен контрол върху действията на студента. Според Tornyoova (2019) наставникът трябва да притежава не само клиничен опит, но и педагогически умения за обяснение, демонстрация, насочване и оценяване. Подобна позиция заема и Balkanska (2016), която определя наставничеството като съвременна форма на педагогическо взаимодействие в клиничната практика. От педагогическа гледна точка наставникът изпълнява няколко ключови функции: въвежда студента в клиничната среда,

структурира практическите задачи, демонстрира професионални действия, дава обратна връзка и подпомага развитието на постепенно нарастваща самостоятелност.

Тази класическа педагогическа рамка обаче вече не е достатъчна сама по себе си. Съвременните публикации показват, че ефективната клинична среда не се изчерпва с добро преподаване, а включва междуличностни и културни характеристики, чрез които студентът започва да се чувства част от екипа и безопасен в процеса на учене. Al-Daken et al. (2024) акцентира, че студентите свързват ефективната клинична учебна среда с яснота, уважение, подкрепа и възможности за активно участие, а Mirzanezam et al. (2024) подчертават значението на клиничната среда за академичната адаптация. Това означава, че педагогическите функции на наставника следва да се разглеждат в много по-широк контекст – не само като преподаване, а като посредничество между студента и културата на клиничното място.

В по-широк педагогически контекст клиничното наставничество може да бъде разглеждано и като интерактивен модел на учене, в който усвояването на знания и умения се осъществява чрез диалог, наблюдение, съвместно действие и постепенно включване в реални професионални ситуации. Подобна перспектива е в съзвучие с разбирането, че ефективното висше образование предполага активност на обучаемия, рефлексия и участие в смислени практически взаимодействия, а не единствено пасивно възприемане на информация (Grudeva, Gyurova, & Kostadinova, 2016). В този смисъл наставникът не е само източник на инструкции, а организатор на учебен опит, чрез който студентът развива клинично мислене, комуникативна адекватност и способност за аргументирани професионални решения.

От гледна точка на медицинската педагогика подобен тип взаимодействие не може да се разглежда само като техническо предаване на инструкции. В българската литература се подчертава, че висшето медицинско образование предполага съчетаване на познавателна активност, педагогическо взаимодействие и формиране на клинично мислене, при което студентът постепенно се утвърждава като субект на обучението, а не като пасивен изпълнител на указания (Peneva & Grudeva, 2018). Пренесено към клиничното наставничество, това означава, че наставникът следва да подпомага не само правилното изпълнение на

дадена манипулация, но и аргументирането на избора, рефлексията след действието и осмислянето на професионалната отговорност.

Практическото обучение в професионално направление „Здравни грижи“ изисква ясно структуриране на целите, последователност на дейностите и методическа осигуреност на учебната и клиничната практика. Специализираната литература подчертава, че практическата подготовка има значение не само за формиране на навици, но и за развитие на самостоятелност, способност за защита на професионални решения и готовност за реално клинично включване (Metodika na prakticheskoto obuchenie..., 2018). Следователно качествено наставничество предполага педагогическа организация, предварително планирани задачи и целенасочена обратна връзка, а не единствено наблюдение върху текущата работа на студента.

Тази логика съответства и на европейските препоръки към формиране на ключови компетентности за учене през целия живот, при която професионалната подготовка се свързва не само със специализирани знания, но и със социални умения, саморефлексия, адаптивност и отговорност (European Commission, 2018). Пренесено към сестринското образование, това означава, че клиничното наставничество трябва да подпомага не само овладяването на алгоритми и манипулации, но и развитието на етична чувствителност, екипно взаимодействие и способност за вземане на обосновани решения в динамична клинична среда.

Психологически измерения на наставничеството

Клиничната практика често се преживява от студентите като период на напрежение, особено в ранните етапи на обучението. В българската литература Georgieva & Ivanova (2012) посочват, че наставникът има важна роля за професионалната адаптация на студентите, тъй като подпомага преодоляването на несигурността и улеснява включването им в екипа. Balkanska (2012a) разглежда клиничното обучение като среда с повишен стрес, в която студентът не усвоява само манипулации, а едновременно изгражда увереност, професионално поведение и отношение към пациента. От тази гледна точка емпатията, уважителната комуникация и конструктивната обратна връзка са критични за емоционалната безопасност на обучението.

В този контекст понятието „психологическа безопасност“ се очертава като особено значим аналитичен ресурс при интерпретирането на клиничното обучение. Butler and Luman (2025) установяват, че психологическата безопасност на студентите по време на практическото обучение е динамично и променливо състояние, зависещо както от личната им увереност, така и от отношението на персонала, в т.ч. наставниците. Когато студентът има усещане, че може свободно да задава въпроси, да изразява несигурност и да получава уважителна и конструктивна корекция, той се включва по-пълноценно в практиката и развива по-висока учебна активност. Обратно, когато клиничната среда се възприема като заплашителна, дистанцирана или унижителна, се засилват пасивността, самозащитното поведение и страхът от допускане на грешка. Това показва, че психологическата безопасност не е второстепенна характеристика на обучителната среда, а съществено условие за ефективно участие, увереност и професионално развитие на студентите в клиничната практика. Психологическата безопасност по този начин се оказва не страничен ефект, а централен механизъм, чрез който наставничеството влияе върху качеството на обучението. Наставникът не просто подкрепя емоционално, а структурира условията, в които студентът може да учи без парализиращ страх. Това придава на наставничеството нова дълбочина и го разгръща отвъд традиционното описание като помощ в практиката.

Наставникът като посредник на принадлежността

В българската литература утвърждаването на студента в клиничната среда най-често се интерпретира косвено чрез категориите адаптация, професионална идентичност и отношение към обучителната среда. Bacheva, Ivanova, & Doynovska (2018) свързват професионалната и личностната компетентност в здравните грижи с нагласите за продължаващо развитие, а Lukanova (2020) подчертава, че подборът на наставници не следва да се основава само на професионален стаж, а и на личностови качества и мотивация за обучаване. Тези изводи могат да бъдат аналитично надградени чрез понятието „професионална принадлежност“, което позволява да се осмисли не просто присъствието на студента в практиката, а неговото символично и функционално позициониране

като признат участник в клиничната общност. Именно в тази перспектива Squire et al. (2024) приемат професионалната принадлежност като значим фактор за формирането на професионална идентичност у студентите от специалност „Медицинска сестра“. Carithers et al. (2025) установяват, че професионалната принадлежност е в тясна връзка с възприеманата компетентност и с усещането за готовност за участие в реалната клинична практика. Когато студентът заема периферна позиция в клиничната среда и не е припознат като значим участник в нея, той трудно развива увереност в собствената си професионална роля. Когато обаче наставникът и екипът го включват в комуникацията, приемат присъствието му като смислено и му предоставят пространство за участие, започва изграждането на професионална принадлежност. В този смисъл наставничеството следва да се разглежда не само като индивидуално отношение между наставник и студент, а и като механизъм за въвеждане на студента в професионалната общност.

Ранната адаптация на студента към клиничната база има и ясно изразено поведенческо измерение. Когато студентът получава насочване относно правилата на работа, комуникацията в екипа и очакванията към собственото си участие, той по-лесно преминава от позиция на външен наблюдател към позиция на реално включен обучаем. В този смисъл ролята на наставника за професионалната адаптация, подчертана от Georgieva & Ivanova (2012), може да бъде доразвита и като механизъм за ограничаване на дезориентацията, колебанието и пасивността в първите етапи на клиничното обучение.

Тъкмо затова в съвременното медицинско образование принадлежността не следва да се свежда до емоционално усещане за приемане, а да се разбира и като условие за учебна активност. Ако студентът не се чувства сигурен да задава въпроси, да търси помощ и да аргументира действията си, той остава на периферията на практиката и трудно достига до по-високи нива на професионална самостоятелност. Оттук наставничеството се явява ключова връзка между адаптацията, участието и формирането на по-устойчива професионална идентичност.

Аналитичната стойност на тази перспектива е, че тя измества центъра от „дали студентът е научил как да направи манипулация“ към „дали студентът се е почувствал достатъчно приет и защитен, за да започне да мисли себе си като бъдеща медицинска сестра“. Именно

тук клиничното наставничество започва да играе роля не просто в обучението, а в кадровото бъдеще на професията.

Наставничество, мотивация и професионална устойчивост

Yordanova & Grudeva (2020) свързват избора на професията с по-дълбоки ценностни мотиви, но подчертават, че тяхното устойчиво запазване в хода на обучението зависи от подкрепящата образователна и практическа среда. Подобен извод се съдържа и в работите на Balkanska (2012b) и Borisov (2009), където мотивацията се разглежда като сложна динамична структура, повлияна както от вътрешни нагласи, така и от междуличностните и организационните условия. Това означава, че мотивацията в клиничната практика не бива да се разбира като лично качество на студента, а като процес, който може да бъде поддържан или ерозиран от наставничеството. В сходна перспектива отделни български публикации насочват вниманието към връзката между професионалната реализация, самооценката и продължаващото обучение на медицинските сестри, което допълва разбирането за значението на подкрепящата образователна и професионална среда (Dimitrova & Dyulgerova, 2016).“

От тази перспектива професионалната устойчивост също придобива нов смисъл. Marriott et al. (2024) показват, че първата клинична практика е повратен момент, в който студентите преживяват едновременно уязвимост и формиране на професионална готовност. Следователно наставникът има потенциал да действа като стабилизираща фигура, която намалява риска от ранно разочарование и прекъсване на професионалната траектория. Наставничеството не трябва да се ограничава до техническо обучение, а да подпомага развитието на отговорност, самоефективност и устойчивост към стресови ситуации.

В този контекст българските автори Obreykova (2019), Daracheva et al. (2024), Bacheva & Stoyanova (2023) и Bacheva (2024) очертават значими изследователски акценти, свързани с дефицити в увереността, самооценката, клиничните разсъждения и специфичната подготовка в сложни професионални ситуации. Тези акценти обосновават необходимостта наставникът да бъде фигура, която не само обучава, но и подпомага професионалната устойчивост на студента.

Сходна насока се открива и в публикациите, посветени на формирането на конкретни професионални компетентности в обучението по здравни грижи. Данните на Popova et al. (2024) за грижите при хронични рани и резултатите на Daracheva et al. (2024) относно компетентността при приложение на парентерална терапия показват, че устойчивото професионално развитие на студента се опира на системно упражняване, ясни критерии за изпълнение и последователна подкрепа от страна на обучаващите специалисти. Това допълва разбирането, че наставничеството в клинична среда има значение не само за адаптацията, но и за пренасянето на теоретичната подготовка към конкретни сестрински дейности с висока степен на отговорност.

Съществено е и обстоятелството, че самооценката на клиничната компетентност и развитието на клинични разсъждения не възникват спонтанно, а се формират чрез системно педагогическо насочване. Изследванията и монографичните разработки на Bacheva & Stoyanova (2023) и Bacheva (2024) акцентират върху необходимостта студентите да бъдат подпомогани в процеса на самооценка, аргументация и осмисляне на клиничните решения. В този смисъл наставникът се явява посредник между практическото действие и професионалната рефлексия, което допълнително укрепва увереността на студента и намалява риска от формално усвояване на отделни умения без вътрешно разбиране за тяхната логика.

Оттук следва, че устойчивостта на студента не може да бъде разглеждана изолирано от устойчивостта на самото наставничество като институционална практика. Когато липсват ясни критерии за подбор на наставници, време за супервизия и координация между академичния и клиничния екип, наставническата роля често се свежда до формален надзор. Обратно, при наличие на подготвени наставници, ясно очертани компетентности и системна обратна връзка се създават по-добри условия за последователно професионално развитие, по-стабилна мотивация и по-успешна адаптация на студентите към клиничната практика (Lukanova, 2020; Oikarainen et al., 2021).

Наред с индивидуалните качества на наставника, важни са и институционалните предпоставки за изпълнение на наставническата роля. Насоките на проекта QualMent поставят акцент върху необходимостта от развитие на компетентности за наставничество, включително комуникативни умения, планиране на

обучението, предоставяне на конструктивна обратна връзка и подкрепа на обучаемия в процеса на клиничното учене (Oikarainen et al., 2021). Това съвпада и с европейски призив за учене през целия живот, при която професионалната подготовка се разбира като процес на непрекъснато развитие на знания, умения и отговорности (European Commission, 2018). Оттук следва, че устойчивостта на студента е свързана и с устойчивостта на самата обучителна система, която трябва да подготвя, подкрепя и разпознава наставника като ключов участник в качеството на клиничната практика.

Симулационно обучение и наставничество

Симулационното обучение има важно място в съвременната подготовка на медицински сестри, тъй като създава защитена среда за упражнение на алгоритми, комуникация и клинично мислене. Bacheva, Doynovska, & Andonova (2022) показват, че симулационните преживявания се свързват с удовлетвореност и положителни образователни ефекти, а в по-широк план симулацията подпомага изграждането на първоначална увереност. Тя обаче не може да замести ролята на наставника в реалната практика. По-скоро симулацията и наставничеството следва да се разглеждат като взаимно допълващи се ресурси.

От педагогическа гледна точка особено важно е симулационните преживявания да бъдат последвани от целенасочено обсъждане и клинично наставничество, защото именно в този преход студентът осмисля разликите между учебния сценарий и реалния пациент. Когато наставникът успее да свърже предварително упражнените алгоритми с конкретната клинична ситуация, нараства вероятността студентът да пренесе усвоеното в практиката с по-голяма увереност и по-малък страх от грешка. По този начин симулацията не приключва в учебната зала, а се превръща в подготвяща фаза на реалното клинично участие.

Следователно симулационната подготовка и клиничното наставничество могат да се разглеждат като два последователни етапа на професионално изграждане. Първият осигурява пространство за контролирано упражнение и редуциране на първоначалната тревожност, а вторият проверява устойчивостта на уменията в реалната динамика на клиничната среда.

Именно затова наличието на подготвен наставник е решаващо за превръщането на първоначалната увереност, формирана в защитена среда, в реална професионална готовност за поемане на сестрински отговорности пред пациента и екипа.

Ако симулацията е защитена среда за тренировка, наставничеството е защитена среда за влизане в реалността. Именно наставникът осигурява контекст, подкрепя и реално професионално насочване в клиничната ситуация. Това означава, че симулационното обучение и клиничното наставничество не са конкуриращи се, а последователни механизми за подготовка и интеграция.

Въз основа на изложените теоретични постановки и анализирани източници може да се приеме, че клиничното наставничество има многопластов характер и обхваща педагогически, психологически, социални и професионални измерения. В тази логика се вписва и предложеният концептуален модел на наставничеството, съответстващ на съвременните добри практики в сестринските грижи (фиг. 1).

Същността на отделните измерения на наставничеството, както и ефектите върху обучаваните в краткосрочен и дългосрочен план, са представени в табл. 1.

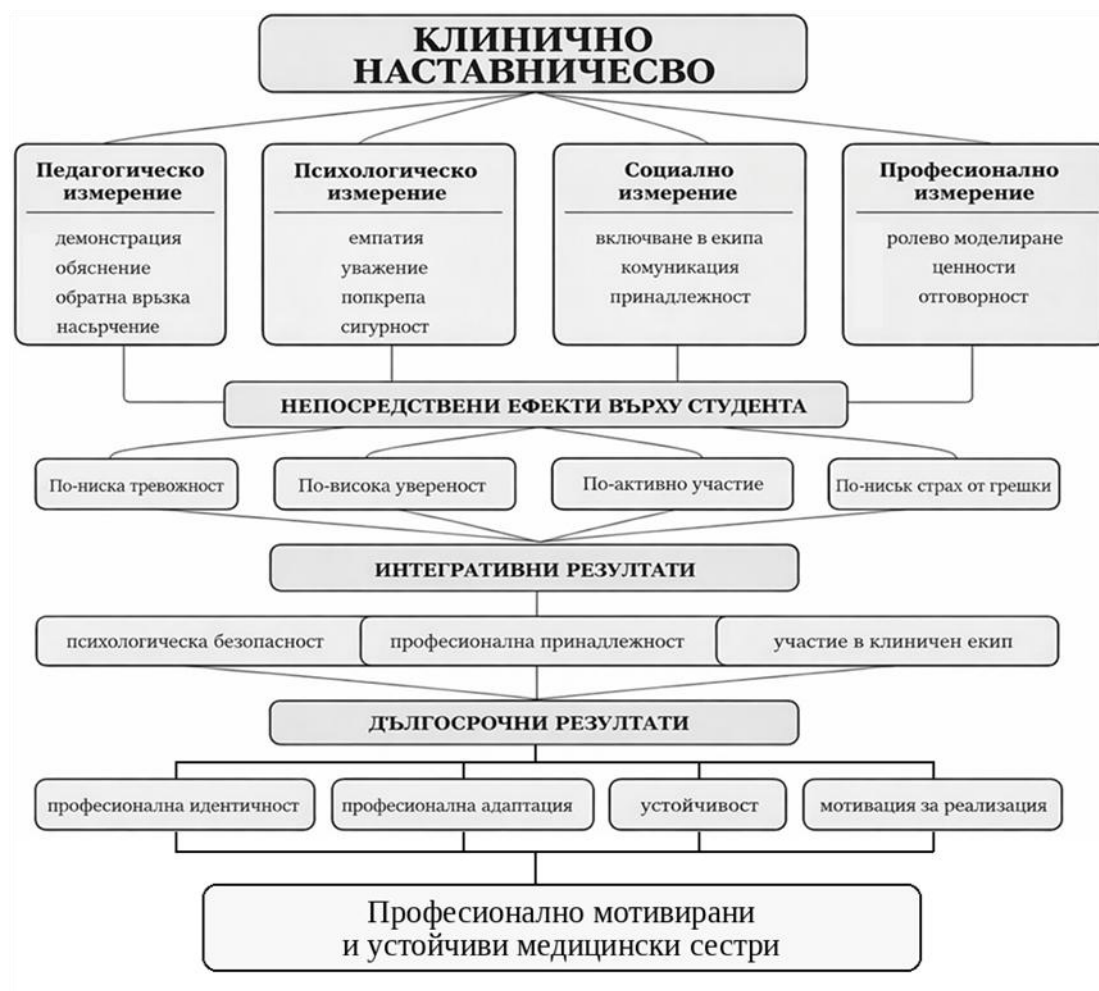
Изводи

1. Клиничното наставничество има интегративна функция – изграждане и усъвършенстване на практическите умения на обучаваните се и създаване на психологически сигурна и подкрепяща клинична среда.

2. Ролята на наставника се проявява едновременно в педагогически, психологически, социален и професионален план, което го прави ключова фигура в учебния процес на студентите от специалност „Медицинска сестра“.

3. Ефективното наставничество изисква оптимизиране на критериите за подбор на наставници и тясна връзка и синхронизиране между предклиничното и клиничното обучение на студентите.

4. Предложеният проект за концептуален модел на наставничеството визуализира значимостта на наставничеството за практическото обучение на бъдещите медицински сестри и може да служи за база при оптимизиране на критериите за подбор на наставници.



Фиг. 1. Концептуален модел на клиничното наставничество като механизъм за изграждане на психологическа безопасност и професионална принадлежност при студентите от специалност „Медицинска сестра“

Източник: авторска разработка

Таблица 1. Аналитична рамка на клиничното наставничество като механизъм за изграждане на психологическа безопасност и професионална принадлежност при студентите от специалност „Медицинска сестра“

Измерение на наставничеството	Основно съдържание	Непосредствен ефект върху студента	Интегративен и дългосрочен резултат
Педагогическо	Демонстрация на действия, обяснение на алгоритми, насочване, конструктивна обратна връзка	По-ясно разбиране на клиничните задачи, по-висока увереност, по-активно участие в практиката	Формиране на практически компетентности и по-добра професионална адаптация
Психологическо	Емпатия, уважение, достъпност, подкрепа при грешка, намаляване на напрежението	По-ниска тревожност, по-малък страх от грешка, по-голяма готовност за задаване на въпроси	Изграждане на психологическа безопасност и устойчива самооценка
Социално	Включване в екипа, подкрепа в комуникацията, приемане в клиничната среда, насърчаване на принадлежност	По-голяма ангажираност, по-свободно участие в екипните дейности, чувство за приемане	Формиране на професионална принадлежност и стабилно участие в клиничния екип

Измерение на наставничеството	Основно съдържание	Непосредствен ефект върху студента	Интегративен и дългосрочен резултат
Професионално	Ролево моделиране, предаване на ценности, етични стандарти, професионална отговорност	Осъзнаване на ролята на медицинската сестра, повишена идентификация с професията	Изграждане на професионална идентичност, устойчивост и мотивация за реализация

Източник: авторска систематизация въз основа на Balkanska (2012a), Tornyoova (2019), Lukanova (2020), Oikarainen et al. (2021), Squire et al. (2024) и Butler & Lyman (2025).

Заклучение

Клиничното наставничество е много повече от организационна форма на наблюдение по време на практика. То представлява сложен педагогически и психологически процес, в който се формират не само практически умения, но и професионално самочувствие, комуникационни модели, ценности и отношение към пациента. Наставникът се явява ключова фигура в прехода от студентска към професионална роля.

Предложеният аналитичен ракурс показва, че съвременното разбиране за наставничеството не следва да се търси в повторение на класическите му функции, а в осмислянето му като посредник на психологическата безопасност и професионалната принадлежност. Именно чрез тези механизми клиничната среда се превръща в пространство не само за учене, но и за идентификационно и ценностно въграждане в професията.

Следователно усилията за повишаване качеството на клиничната подготовка на студентите от специалност „Медицинска сестра“ трябва да включват системна подготовка и подкрепа на клиничните наставници. Необходими са ясни критерии за подбор, обучение по педагогически и комуникационни умения, както и институционално признаване на наставническата дейност като реален принос към качеството на сестринското образование. Само при наличие на педагогически компетентни, емпатични и професионално ангажирани наставници клиничната практика може да се превърне в среда, която едновременно обучава, подкрепя и мотивира бъдещите медицински сестри. Внедряването на концептуален модел на наставничество, базиран на психологическа сигурност, се очертава като ефективен стратегически инструмент за изграждане на устойчива професионална идентичност и

преодоляване на дефицита на кадри в системата на здравеопазването.

Литература

- Al-Daken, L., E. R. Lazarus, S. D. Al Sabei, et al. 2024. *Perception of nursing students about effective clinical teaching environments: A multi-country study*. SAGE Open Nursing, t. 10. <https://doi.org/10.1177/23779608241233146>
- Bacheva, M. 2024. *Klinichni razsazhdeniya v zdravnite grizhi (Adaptirane i validirane na instrument za otsenka na klinichni razsazhdeniya v sestrinskata praktika)*. Blagoevgrad, UI „Neofit Rilski“.
- Bacheva, M., St. Stoyanova. 2023. *Samoootsenka na klinichna kompetentnost (Psikhometrichni kharakteristiki i adaptirane za balgarski usloviya na instrument za samoootsenka na klinichna kompetentnost pri studenti ot napravlenie zdravni grizhi)*. Blagoevgrad, UI „Neofit Rilski“.
- Bacheva, M., R. Doynovska, A. Andonova. 2022. *Otsenka udovletvorenostta na studentite ot simulyativni klinichni prezhiviyavaniya*. Upravlenie i obrazovanie, t. 18, br. 4, s. 84–90. https://www.conference-burgas.com/maevolumes/vol18_2022/b4_v18.pdf
- Bacheva, M., M. Ivanova, R. Doynovska. 2018. *Profesionalna i lichnostna kompetentnost na profesionalistite po zdravni grizhi i naglasi za obucheniya*. Varnenski meditsinski forum, t. 7, prilozhenie 4, s. 157–164. <https://journals.mu-varna.bg/index.php/vmf/article/download/6524/5746>
- Balkanska, P. 2012a. *Klinichnoto obuchenie na studentite ot napravlenie „Zdravni grizhi“ – problemi i perspektivi*. Zdravni grizhi, t. 1, br. 2, s. 34–38.
- Balkanska, P. 2012b. *Psikhologiya za meditsinski spetsialisti*. Sofia, MU-Sofia.

- Balkanska, P. 2016. *Nastavnichestvoto – savremenna forma na pedagogicheskoto vzaimodeystvie v klinichnata praktika*. Zdravna ikonomika i menidzhmant, br. 4 (62), s. 29–33.
- Borisov, V. 2009. *Zdraven menidzhmant. Novata azbuka na zdravniya menidzhmant*. Sofia, Goreks-Pres.
- Butler, L., B. Lyman. 2025. *Pre-licensure nursing students' experiences of psychological safety: A longitudinal qualitative study*. Nurse Education Today, t. 144, art. 106451. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106451>
- Carithers, C., et al. 2025. *Prelicensure nursing students' perceptions of belongingness in clinical placements: A pilot study*. Journal of Professional Nursing, t. 59, s. 130–137. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.07.012>
- Daracheva, E., G. Karashmalyakova, M. Obreykova, et al. 2024. *Izsledvane profesionalnata kompetentnost na meditsinskite sestri pri prilozhenie na parenteralna terapiya*. Upravlennie i obrazovanie, t. 20, br. 5, s. 41–46.
- Dimitrova, E., S. Dyulgerova. 2016. *Prodolzhashtoto obuchenie – vazmozhnost za profesionalna realizatsiya – samooshtenka na meditsinskite sestri, raboteshti v bolnichnata pomosh*. Zdravni grizhi, 4, s. 20–24.
- European Commission. 2018. *Preporaka na Saveta ot 22 may 2018 godina otnosno klyuchovite kompetentnosti za uchene prez tseliya zhivot*. Ofitsialen vestnik na Evropeyskiya sayuz, C 189/1. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/BG/TXT/?uri=CELEX%3A32018H0604%2801%29>
- Georgieva, D., R. Ivanova. 2012. *Rolya na nastavniysite ot klinichnite bazi za profesionalnata adaptatsiya na studentite ot parvi kurs spetsialnost „Meditsinska sestra“*. Nauchni trudove na Rusenskiya universitet, t. 51, seriya 8.3, s. 51–56. <https://conf.uniruse.bg/bg/docs/cp12/8.3/8.3-9.pdf>
- Grudeva, M., V. Gyurova, T. Kostadinova. 2016. *Metodika na akademichnoto prepodavane vav vissheto meditsinsko uchilishte*. Varna, MU-Varna, 318 s.
- Lukanova, Y. 2020. *Stimuli za motivirane i kriterii za podbor na nastavniysite pri preddiplomniya stazh na badeshtite meditsinski sestri*. Nauchni trudove na Rusenskiya universitet, t. 59, seriya 8.3, s. 20–25.
- Marriott, P. H. M., J. M. Weller-Newton, K. J. Reid. 2024. *Preparedness for a first clinical placement in nursing: A descriptive qualitative study*. BMC Nursing, t. 23, art. 345. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01916-x>
- Metodika na prakticheskoto obuchenie na studentite ot profesionalno napravlenie „Zdravni grizhi“. Uchebnik za studenti ot spetsialnost „Upravlennie na zdravnite grizhi“, OKS „Bakalavar“ i OKS „Magistar“. 2018. Varna, MU-Varna, 310 s.
- <https://books.mu-varna.bg/product/2721/metodika-na-prakticheskoto-obuchenie-na-studenti-ot-profesionalno-napravlenie-zdravni-grizhi.html>
- Mirzanezam, A. K., A. Ghahramanian, M. Ghafourifard, et al. 2024. *Nursing students' perception of the clinical learning environment and its impact on academic adjustment: A cross-sectional descriptive study*. BMC Medical Education, t. 24, art. 1543. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06562-0>
- Naredba za edinnite darzhavni iziskvaniya za pridobivane na vissheto obrazovanie po spetsialnostite „Meditsinska sestra“, „Akusherka“ i „Lekarski asistent“ za obrazovatelno-kvalifikatsionna stepen „Bakalavar“. Dostapna na: <https://lex.bg/laws/ldoc/2135513453> (posetena na 7 April 2026). <https://lex.bg/laws/ldoc/2135513453>
- Obreykova, M. 2019. *Otnoshenie na studentite ot spetsialnost „Meditsinska sestra“ kam podgotovkata im za rabota s detsa s uvrezhdaniya*. Upravlennie i obrazovanie, t. 15, br. 5, s. 194–198.
- Oikarainen, A., K. Mikkonen, E. Juskauskienė, et al. 2021. *Nasoki za razvitiето na kompetentsiite v nastavnichestvo na mentorite, obuchiteli na klinichni meditsinski sestri (Projekt QualMent)*. European Commission / QualMent Project. https://www.qualment.eu/wp-content/uploads/2021/11/Guideline_QualMent_fi_nal_EN.pdf
- Peneva, St., M. Grudeva. 2018. *Teoriya na obuchenieto na studenti ot profesionalno napravlenie „Zdravni grizhi“*. Varna, MU-Varna, 179 s. <https://books.mu-varna.bg/product/2724/teoria-na-obuchenieto-na-studenti-ot-profesionalno-napravlenie-zdravni-grizhi.html>
- Popova, T., M. Dimitrova, S. Georgieva-Garbeva, et al. 2024. *Formirane na profesionalni kompetentsii na studentite ot spetsialnost „Meditsinska sestra“ pri grizhi za khronichni rani*. Sestrinsko delo, t. 56, br. 4, s. 3–11. <https://cml.mu-sofia.bg/bg/spisania/sestrinsko-del/formirane-na-profesionalni-kompetentsii-na-studentite-ot-spetsialnost-meditsinska-sestra-pri-grizhi-za-khronichni-rani/>

Squire, D., L. Gonzalez, C. Shayan. 2024. *Enhancing sense of belonging in nursing student clinical placements to advance learning and identity development*. Journal of Professional Nursing, t. 51, s. 109–114.

<https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.01.007>

7
Toncheva, S. 2018. *Superviziya i nastavnichestvo v sestrinstvoto*. Varna, MU-Varna.

Toncheva, S., M. Grudeva. 2020. *Praktiko-prilozhni aspekti na nastavnichestvoto v klinichnata praktika. Rakovodstvo za osnovnite subekti v sestrinskoto praktichesko obuchenie*. Varna, MU-Varna.

Tornyova, B. 2019. *Pedagogicheski umeniya na nastavnika v klinichnata praktika na studentite*

ot napravlenie „Zdravni грижи“. Knowledge International Journal, t. 31, br. 4, s. 1131–1134.

Yordanova, Y., M. Grudeva. 2020. *Motivatsiya za izbor na profesiyata meditsinska sestra*. Pedagogicheski forum, br. 2, s. 69–75.

Надежда Мраценкова

e-mail: nadejda_pundina@abv.bg

Проф. Макрета Т. Драганова, д.м.

МУ – Плевен, Факултет „Обществено здраве“

Катедра „Управление на здравните грижи, медицинска етика и информационни технологии“

e-mail: makreta_99@yahoo.com



РАНЕН БРАК И ПЪРВО ДЕТЕ- КУЛТУРНИ РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ РОМСКИ И БЪЛГАРСКИ ЖЕНИ

Недялка Бойчева, Мария Семерджиева, Мария Вангелова

EARLY MARRIAGE AND FIRST CHILD: CULTURAL DIFFERENCES BETWEEN ROMA AND BULGARIAN WOMEN

Nedyalka Boycheva, Maria Semerdzhieva, Maria Vangelova

ABSTRACT: Early marriage and the birth of a first child are social phenomena that reflect the cultural norms, values, and socioeconomic conditions of a given society. These processes unfold differently across various ethnic groups, with particularly marked differences between Roma and Bulgarian women. These differences are shaped by both traditions and access to education, health services, and opportunities for personal development.

Objective: To analyze and compare the characteristics of early marriage and the birth of the first child among Roma and Bulgarian women, highlighting the main cultural and social factors influencing these processes.

Materials and Methods: The study is based on an analysis of literature sources, statistical data, and a comparative approach. Data from sociological surveys, demographic studies, and scientific publications related to marriage and fertility in Bulgaria were utilized.

Results and discussion: The analysis shows that early marriage is more common among Roma women and is usually followed by a first pregnancy shortly thereafter. This is linked to traditional norms, family expectations, and more limited access to education. Among Bulgarian women, there is a trend toward later marriage and delaying the first child, which is a result of higher educational attainment, professional engagement, and a desire for economic stability. Differences in attitudes toward motherhood and family planning are also observed.

Conclusion : There are significant cultural and social differences between Roma and Bulgarian women regarding early marriage and first-time motherhood. These differences underscore the need for targeted policies to improve educational attainment, access to health services, and awareness of family planning, especially in vulnerable communities.

Keywords: early marriage, first child, Roma women, Bulgarian women, cultural differences, motherhood, social factors

Въведение

Ранният брак и раждането на първо дете са явления, които се влияят силно от културната среда, социално-икономическите условия и образователните възможности. При ромските общности ранният брак често е част от утвърдени традиции, свързани със запазване на семейните ценности, честта и общностната идентичност. В този контекст раждането на първо дете настъпва скоро след брака и се възприема като естествена и очаквана стъпка в живота на младата жена.

От друга страна, при българските жени се наблюдава тенденция към по-късно сключване на брак и отлагане на първото дете. Това е свързано с по-дълъг период на образование, професионална реализация и стремеж към финансова стабилност преди създаване на

семейство. При тях майчинството често е резултат от личен избор и планиране, а не толкова от социален натиск.

Съпоставката между двете групи показва съществени различия, но и подчертава ролята на външни фактори като достъп до образование, здравни услуги и икономически възможности. Разбирането на тези различия е важно за разработването на ефективни социални и образователни политики, насочени към подобряване на качеството на живот и равните възможности за всички жени.

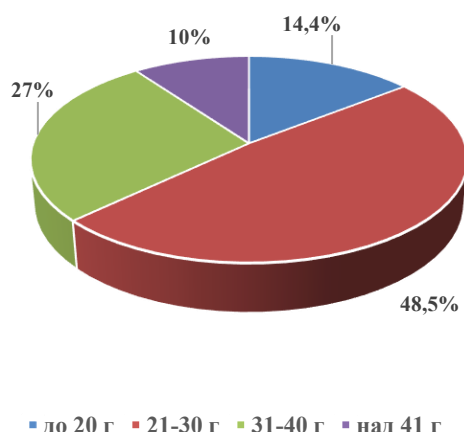
Цел: Да се анализират и съпоставят особеностите на ранния брак и раждането на първо дете при ромските и българските жени, като се открият основните културни и социални фактори, влияещи върху тези процеси.

Материал и методи

Изследването се базира на анализ на литературни източници, статистически данни и сравнителен подход. Използвани са данни от социологически проучвания, демографски изследвания и научни публикации, свързани с брачността и раждаемостта в България. Анкетният метод е основен за набиране на емпирична информация от терен, заедно с полуструктурирани интервюта. Интервюирани са 270 роми, живеещи „в собствената си среда”, в квартали населени изцяло или предимно от роми и 200 българки през 2025г.

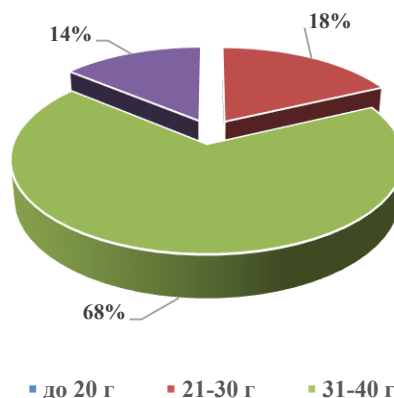
Резултати и обсъждане

В анкетното проучване участват общо 270 роми. Възрастовата граница на анкетираните роми в проучването варира в широки граници - най-младия участник е 16 годишен, а най-възрастния 50 г. Средната възраст на изследвания контингент е $28,76 \pm 0,46$ г. (Фигура 1):



Фиг. 1. Разпределение по възраст при ромски етнос

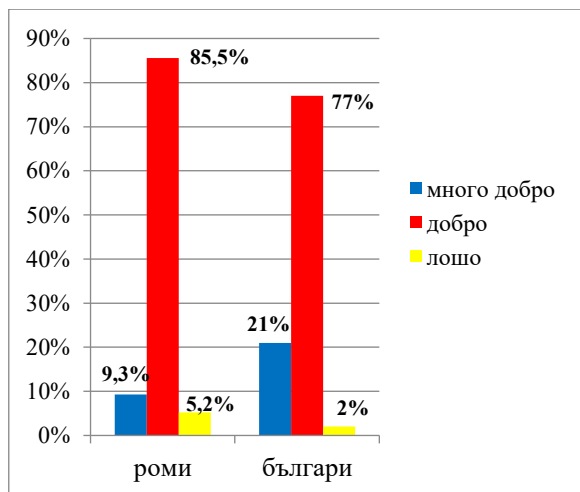
Анализирани са и отговорите на 200 участници от български произход, които попълват идентични анкетни карти. Получените резултати и направените сравнения са представени и обсъдени. Средната възраст при изследваните респонденти от български произход е $35,09 \pm 0,39$ г. (фигура 2):



Фиг. 2. Разпределение по възраст при български жени

В ромските семейства традиционно жената е тази, която се грижи за децата и домакинството. Фигурата на мъжа се свързва основно с финансовото осигуряване на семейството.

Болшинството от ромските семейства смятат, че живеят добре, като 85,6% от анкетираните роми определят финансовото си състояние като „добро”. Това е характерно за ромския етнос, който се задоволява с по-ограничени материални ресурси. Социално-културните особености и адаптивността към ниски стандарти на живот допринасят за тази субективна представа за благосъстояние (Фигура 3):



Фиг. 3. Разпределение на изследваните групи по финансово състояние

Само 9,3% от анкетираните роми посочват „много добро” състояние, а 5,2% като „лошо”. За разлика от българите, при които само 77% смятат, че финансовата осигуреност на семейството е добра, «много добра» - 21% и лоша 2%. Очаквано при ромските семейства

относителния дял на тези с „мн. добро“ финансово състояние е по-нисък спрямо българските семейства $P=0,001$ ($\chi^2=15,2$).

Според ромските традиции подходящата възраст за брак е след половото съзряване на девойката. Това е периодът, в който родителите ѝ започват да избират подходящо семейство за сродяване. Сватбата е издигната до институционализиращ семейството обичай и носи тази сила и до днес. Ромите често пренебрегват гражданската регистрация на брака, за сметка на традиционното за тях разбиране за брак „ритуалното консумиране и публичното му оповестяване“ [9; 5, 6; 1; 3; 7] Според Ковачева Л. [9] до 1960г. подходящата възраст за ромското момиче е 15-16г. и 17-18г. възраст за момчето. Тези години са се приемали за достатъчни за създаване на семейство. Цялостната модернизация на ромската общност води до устойчиво постепенно повишаване на възрастта за встъпване в брак. На по-късен етап за нормална възраст се „приема 19-20г. за момчето и 22-24г. за момчето, а ранните бракове са изключение, главно сред маргинализираните слоеве на ромската общност“ [9].

От направеното анкетно проучване се установи, че възрастовата граница на ромските жени е с диапазон между 14 г. и 39 г. Средната възраст за женитба е $18,15 \pm 0,47$ г. Разбира се не са изключение и браковете на 14г. (5,6%) и на 15г. (8,5%).

При българите средната възраст за сключване на брак е значително по-висока - $26,35 \pm 0,31$ г. $P=0,001$ ($u=14,5$).

Очаквано е и първото раждане да е в млада възраст при ромите. Според представително проучване на ИМИР от 1994 г. около 80% от ромите създават семейства, преди да навършат пълнолетие [13;14]. От доклад на Фондация отворено общество (2002), изследващ здравните проблеми на ромите, броят на децата нараства обратнопропорционално на образователния ценз на родителите. Това води до „порочен кръг от ранен брак-ранно напускане на училище-ранно първо раждане-многобройни раждания, почти без интервал помежду им. Не пълна информация за контрацепция и превенция, следователно безработица-мизерия“, липса на социални перспективи.

В по-нови социологически изследвания продължава тенденция за запазване на ранните бракове сред определени ромски подгрупи и особено сред най-бедните и най-слабо образованите млади хора. [10;11]Световна банка (2014). Според Семерджиева М. „възрастта на

встъпване в брак има съществено значение при формиране на семейството, оказвайки пряко влияние върху броя на децата, а също и върху прото - и интергенетичните интервали“ тя посочва средна възраст за сключване на брак 16,72 години [12]. Според Владимирова М, която прави сравнителен анализ между майки и дъщери в дисертационния си труд, средната възраст на встъпване в брак на дъщерите е $17,84 \pm 4,875$. Наблюдава се повишаване на възрастта на встъпване в брак на ромките за периода 2004-2023 година [16].

В публикуван Тематичен доклад за положението на ромите (2014 -2021 НСИ) [19] в България е много трудно да се получат дезагрегирани по етнически признак данни за всички основни демографски показатели. Затова тук можем да разгледаме единствените данни, с които разполагаме, от 2003 г. публикувани от Томова 2011г [15] (таблица 1):

Табл. 1. Раждаемост по етническа група, 2003 г. (‰)

	Общо	Бъл-гари	Турци	Роми
Общ коефициент на раждаемост според етническата принадлежност на майката (брой живородени деца на 1 000 души от населението)	8.5	6.9	13.0	26.7
Общ коефициент на плодовитост	1.22	1.03	1.62	2.81
Коефициент на раждаемост при юношите (годишен брой раждания при жени на възраст 15 - 19 години на 1 000 жени в тази възрастова група)	Няма данни	41.3	179.6	508.8
Коефициент на раждаемост под 15 години (раждания на 1 000 жени под 15 години)	Няма данни	2.4	21.5	35.6

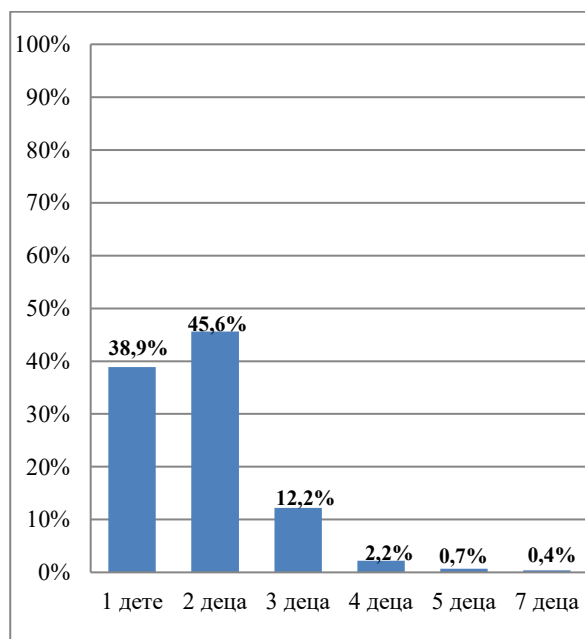
Източник: BNSI (вж. Tomova, 2011).

Резултатите от настоящето проучване показва, че 22,2% от ромките са родили първото

си дете преди 18 годишна възраст, като средната възраст за изследваните е $20,01 \pm 0,50$ г. Родители в по-зряла възраст след 30г. са едва 6,8%. Младата възраст на майката и липсата на готовност за родителстване обясняват наблюдаваната намеса в семейният живот на свекървата, както и доминирането ѝ при отглеждането на децата. При българските семейства средната възраст за раждане на първо дете е значимо по-висока $27,47 \pm 0,30$ г. $P=0,001$ ($u=12,8$).

Резултатите, които получихме относно броя на децата в ромските семейства опровергават мита и всеобщото схващане, че са многобройни. В действителност от всички 270 анкетирувани роми само в едно семейство има 7 деца (0,4%) и две семейства са с по 5 деца (0,7%). Основната част от изследваните ромски семейства имат по 2 деца (45,6%) и по 1 дете (38,9%), с 3 деца са 33 семейства от анкетираните (12,2%). (Фигура 4).

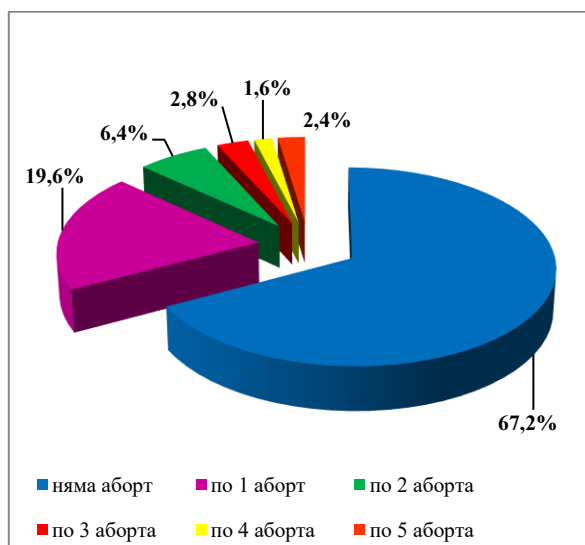
Трябва да отчетем и факта, че са анкетирувани предимно млади ромки в детеродна възраст, при които възпроизводството може да не е завършило. Динамичното време, в което живеем и желанието за осигуряване на по-добър живот за членовете на ромските семейства повлиява и на фактора раждаемост, които е бил доста висок в минали времена:



Фиг. 4. Брой деца в анкетираните ромски семейства

За ромските семейства продължава да е тема табу „аборта“ за жени в млада детеродна

възраст. 67,2% от всички анкетирувани ромски жени, не са имали нито един в живота си, но въпреки всичко по един аборт са направили- 19,6%, по два аборта- 6,4%, по 5 аборта -2,4% (Фигура 5):



Фиг. 5. Брой направени аборти на изследваните ромски жени

Дължни сме да отбележим, че изследваният контингент се състои от предимно млади жени, които са сексуално активни и общият процент аборти, никак не е малък 32,8%. При положение, че те не са приключили с репродуктивните си функции, очаква се този процент да се увеличи в бъдеще. В сравнение с българките се наблюдава статистически значима разлика $P=0,013$. (Таблица 2) Този резултат можем да го отдадем на слабата информираност и ниско сексуално възпитание на ромските жени, които не са добре запознати с принципите на контрацепцията и семейното планиране:

Табл. 2. Съпоставка брой аборти ромски и български жени

	групи	N	Mean	St. Deviatin	Std. Error	t	p
Бр. аборт	роми	250	,59	1,102	,070	2.5	0,013
	Българи	194	,36	,842	,060		

Програмите за семейно планиране, които се налагат през последните години оказват влияние на тези резултати. Организиран се

кампании с информативна и обучителна цел, като целевите групи са жени в детеродна възраст. Акцентира се върху различни методи на контрацепция и правилното ѝ използване [17;18].

Заклучение

Съществуват съществени културни и социални различия между ромските и българските жени по отношение на ранния брак и първото майчинство. Тези различия подчертават необходимостта от целенасочени политики за повишаване на образователното равнище, достъпа до здравни услуги и информираността относно семейното планиране, особено в уязвимите общности.

Литература

1. **Genchev, St.** 1989. *Terenoto etnografsko izsledvane*. Veliko Tarnovo: [bez posocheno izdatelstvo].
2. **Genchev, St.** 1993. *Semeini obichai i obredi*. In: Genchev, St. (red.). *Sofitski kray. Etnografski i ezikovi izsledvania*. Sofia: Balgarska akademiya na naukite, s. 196–233.
3. **Georgiev, P.** 1981. *Balgarskite grazhdani ot tsiganski proizhod v savremenniya obshtestven zhivot u nas. Sotsiologicheski i sotsialno-psihologicheski aspekti*. Disertatsiya. Sofia.
4. **Georgieva, Iv.** 1966. *Izledvane varhu bita i kulturata na balgarskite tsigani v Sliven*. IEIM, 9, s. 25–48.
5. **Georgieva, Iv.** 1971. *Etnografsko edinstvo na svatbata u balgarite*. In: Ganchev, Hr., Koev, Iv., Stoykova, St. et al. (red.). *Etnogenezis i kulturno nasledstvo na balgarskiya narod*. Sofia: Balgarska akademiya na naukite, s. 103–109.
6. **Georgieva, Iv.** 2002. *Etnokulturna identichnost na romite: istoriya, pamet, razkaz*. Dobrich: Ave Fakta.
7. **Ivanova, E., Krastev, V.** 2008. *Romskata zhena. Prostranstva i granitsi v zhivota y*. Stara Zagora: Litera-Print. ISBN: 978-954-487-077-5
8. **Ivanova, E., Krastev, V.** 2013. *Tsiganite/romite v Bulgaria – dzhendar otnoshenie*. Stara Zagora: Litera-Print.
9. **Kovacheva, L.** 2015. *Sakroven svyat: praznichno-obredna sistema na romite v Sredna*

Zapadna Bulgaria. Sofia: Prosveta. ISBN: 978-954-01-3129-0

10. **Pamporov, A.** 2006. *Romskoto vsekidnevie v Bulgaria*. Sofia: MTsPMKV.
11. **Pamporov, A.** 2009. *Gender and Generation Study 2006, 2007 and 2009*. Max Planck Institute.
12. **Semerdzhieva, M.** 2004. *Mediko-sotsialna otsenka na reproduktivnoto povedenie na romskoto naselenie*. Disertatsiya. Plovdiv: Meditsinski universitet - Plovdiv.
13. **Tomova, I.** 1995. *Tsiganite v prehodniya period*. Sofia: MTsPMKV.
14. **Tomova, I.** 2009. *Zdraveto i romskata obshtnost: analiz na situatsiyata v Evropa. Predvariteln natsionalen doklad – Bulgaria*. Madrid. ISBN: 978-84-692-5537-7
15. **Tomova, I., Nikolova, S.** 2011. *V ogledaloto na razlichieto: zdraven status i dostap na romite do zdraveopazvane*. Sofia: Akademichno izdatelstvo „Prof. Marin Drinov“. ISBN: 978-954-322-437-1
16. **Vladimirova, M.** 2023. *Kompetentsii na akusherkata v semeino planirane na romskite zheni ot Plovdivski region*. Disertatsiya. Plovdiv: Meditsinski Universitet – Plovdiv.
17. **Balgarska asotsiatsiya po semeino planirane i seksualno zdrave – Sofia** | Natsionalna mrezha za detsata (nmd.bg)
18. **Portnov, Al.** 2021. *Semeino planirane*. bg-m.liveok.com/family/semeynoplanirane_113307115860.html
19. **NSI** 2021. *Naselenie i demografski protsesi prez 2020 godina*.

преп. Недялка Бойчева
Медицински Университет – Пловдив
Факултет по Обществено здраве
Катедра по Сестрински грижи
e-mail: Nedyalka.Boycheva@mu-plovdiv.bg

проф. д-р Мария Семерджиева
МУ – Пловдив, ФОЗ
Катедра по Управление на здравни грижи
e-mail: Maria.Semerdzieva@mu-plovdiv.bg

ас. Мария Вангелова
МУ – Пловдив, ФОЗ,
Катедра по Сестрински грижи
e-mail: Maria.Vangelova@mu-plovdiv.bg



ТЕРАПЕВТИЧНИЯТ ПОТЕНЦИАЛ НА МОРСКАТА СРЕДА: СТРЕС, СЪН И ПСИХО-ФИЗИОЛОГИЧНО БЛАГОПОЛУЧИЕ

Николай Недев, Донка Николова

THE THERAPEUTIC POTENTIAL OF THE MARINE ENVIRONMENT: STRESS, SLEEP AND PSYCHO-PHYSIOLOGICAL PROSPERITY

Nikolay Nedev, Donka Nikolova

ABSTRACT: This review systematically examines current scientific evidence on the therapeutic potential of the marine environment as a factor influencing stress, sleep quality, and the psychophysiological well-being of humans. Empirical studies published between 2000 and 2024 were analyzed, encompassing neurohormonal, physiological, and subjective dimensions. The data confirm that exposure to coastal environments is associated with reduced cortisol levels, lower subjective stress, and improved sleep quality. Key theoretical frameworks — Attention Restoration Theory (ART) and Stress Recovery Theory (SRT) — are discussed in relation to the underlying mechanisms of effect. The applications of so-called "blue therapy" in preventive medicine, rehabilitation, and mental healthcare are examined, along with prospects for future research.

Key words: marine environment, psychophysiological effects, stress, sleep, blue therapy, mental health

Въведение

Интересът към взаимодействието между природната среда и човешкото здраве нараства стремително в последните две десетилетия. Природните методи подобряват цялостното здраве и емоционално благополучие [1]. В рамките на тази широка изследователска парадигма морската среда — включваща крайбрежни зони, плажове, морски въздух и звукова панорама на вълните — заема специфично място поради своята мултисензорна природа и достъпност за широки популации. Понятието „синя среда“ (blue space) навлиза в научния дискурс, за да обозначи водните пространства, чиято близост се свързва с благоприятни здравни ефекти [5]. За разлика от горските (green space) среди, морската предоставя уникална комбинация от акустични, визуални, химични и кинестетични стимули, потенциално въздействащи върху централната нервна система, ендокринната регулация и циркадните ритми.

Концепцията за „синята среда“ (blue space) набира популярност в научните области за здравето, обозначавайки водни пространства — морета, реки, езера — чийто близост се свързва с благоприятни ефекти върху физическото и психическото здраве [10]. Изследванията

показват, че хората, живеещи в близост до морски брегове, съобщават за по-добро психично благополучие в сравнение с жителите на урбанизирани среди [19]. Въпреки нарастващия интерес, механизмите, чрез които морската среда влияе върху стреса и съня, остават недостатъчно изяснени.

Теоретични основи: ART и SRT

Двете доминиращи теоретични рамки в изследванията на природните терапевтични среди са **Теория за възстановяване на вниманието (ART)** и **Теория за възстановяване от стрес (SRT)**, теоретично изложени от Kaplan & Kaplan и Ulrich и систематично преосмислени в контекста на синята среда от Gascon et al. [7]. ART предполага, че природните среди улесняват възстановяването на насочено внимание, изчерпано от урбанистичен информационен свръх товар. Морската среда притежава четирите компонента, описани от Kaplan — завладяване (fascination), усещане за отдалеченост (being away), разширеност (extent) и съвместимост (compatibility) — в особено висока степен. Ритмичното движение и звук на вълните предизвикват неволно внимание (soft fascination), позволявайки психологическо възстановяване без когнитивно натоварване [7].

SRT, от своя страна, постулира, че естествените средища активират вродени физиологични реакции, благоприятстващи бързото неврологично успокоение след стресова експозиция. Nutsford et al. [13] потвърждават, че близостта до водни пейзажи ускорява физиологичното възстановяване от стрес, измерено чрез сърдечна честота, кожна проводимост и мускулен тонус. Морската среда интегрира елементи и на двете теории: осигурява възстановителен контекст (ART), едновременно потискайки симпатиковата нервна активност (SRT).

Морската среда и физиологичният стрес-отговор

Кортизолът, основният биомаркер на хипоталамо-хипофизарно-надбъбречната (HPA) ос, е най-широко използваната физиологична мярка в изследванията на природните среди и стреса. Множество проучвания регистрират статистически значимо намаление на слюнчения кортизол след краткосрочна експозиция на крайбрежна среда. Geneshka et al. [8] сравняват кортизоловите профили на участници, прекарвали един час в морска, горска и урбанистична среда: морската среда асоциира с най-значимо намаление на сутрешния кортизолов пик. Triguero-Mas et al. [17] потвърждават тези данни в кохортно проучване върху жители на Барселона, установявайки значими разлики в кортизоловия профил при редовна рекреация в крайбрежна среда.

Освен кортизола, изследванията документират модулация на вегетативния баланс: намалена сърдечна честота, понижено артериално налягане и повишена сърдечна вариабилност (HRV) при крайбрежни условия. Naga et al. [12] установяват, че звукът на морски вълни понижава симпатиковата нервна активност и повишава парасимпатиковия тонус, измерен чрез спектрален анализ. Хемодинамичните промени се медиатират частично от отрицателните аеройони на морския въздух — тяхната концентрация може да надхвърля градските нива 10–20 пъти. Наличните данни предполагат, че тези йони стимулират серотониновата система и потискат симпатoadреналовата активация [9]. Субективните измерения на стреса допълват физиологичните. Мета-аналитичен преглед на White et al. [20], обхващащ 35 проучвания с над 18 000 участници, установява, че живеенето в близост до синя среда е независим предиктор за по-ниски нива на пси-

хологически дистрес, дори след контрол за социо-икономически и демографски фактори. Ефектът е особено изразен при активна рекреация — плуване, ходене по плаж — в сравнение с пасивно наблюдение. Редовното плуване в студена вода укрепва имунната система [14]. Експозицията на природни, включително крайбрежни среди (*blue spaces*), е свързана с повишена физическа активност и подобро психично здраве [6]. Допълнително, интервенции тип *green exercise* показват значима редукция на стреса и подобрене в психоемоционалния статус, което може да се екстраполира към морската среда като по-комплексен терапевтичен фактор [4]. Комбинацията от двигателна активност, климатотерапия и сензорна стимулация в морска среда създава условия за оптимизиране на автономната регулация и съня.

Морската среда и качеството на съня

Нарушенията на съня засягат приблизително 30% от възрастното население и са тясно свързани с хроничния стрес. Взаимодействието между морската среда и съня се осъществява на поне три нива: циркадна синхронизация, потискане на стрес-реактивността и повишена физическа умора от рекреация. Естествената светлинна среда на крайбрежните зони — с ярка дневна светлина и пълна тъмнина нощем, без изкуствено осветление — въздейства на циркадния часовник, регулирайки мелатониновата секреция [16].

Инфразвуковите компоненти на морските вълни (0,1–1 Hz) предизвикват синхронизация на мозъчните вълни в тета- и делта-диапазона, характерни за дълбокия NREM-3 сън. Изследванията на Zhou et al. [21] показват, че среди с природен "розов шум" (pink noise), каквато е морският прибой, ускоряват заспиването и увеличават делта-вълновата активност с до 11,4% в сравнение с тихи условия.

Национално кохортно проучване в Холандия [11], обхващащо 345 143 души, установява значима отрицателна корелация между близостта до водни пространства и разпространението на нарушения на съня. В систематичния обзор на Rogers et al. [15] са анализирани проучвания, които документират положителна асоциация между синята среда и субективното качество на съня, измерено чрез Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Средният ефект от 7-дневна рекреация в крайбрежна среда съответства на намаление на PSQI с 2,1–3,4 точки, надхвърляйки прага за клинична значимост.

Неврохормонални и имунни механизми

Сред неврохормоналните механизми, медиращите ефектите на морската среда, от особена важност е взаимодействието между серотониновата и допаминовата система. Визуалното и слухово въздействие на морето активира вентралната тегментална зона и мезолимбичния допаминов път, свързан с позитивни емоции и мотивация („система за възнаграждение“). Изследвания с ЯМР показват намалена активност в субгенуалния префронтален кортекс — регион, отговорен за руминациите (повтарящи се, натрапчиви негативни мисли) — след 90-минутна разходка в природна среда в сравнение с урбанистична [2]. Паралелно, хипокампалният обем демонстрира протективни ефекти при редовна рекреация сред природата.

Морската среда влияе и върху имунната функция. Студените морски бани предизвикват адаптивен стресов отговор [18]. При потапяне в студена вода тялото освобождава ендорфини, които повишават нивото на енергия, подобрява се настроението и намаляват на симптомите на депресия и тревожност [14]. Разтворените в морския въздух аерозоли от морска сол и водорасли съдържат биологично активни съединения — йодни компоненти и фитонциди — потенциално модулиращи функцията на горните дихателни пътища и нервната система.

Клинични приложения

Терминът "синя терапия" (blue therapy) обозначава структурирани терапевтични интервенции, използващи морска или водна среда. Приложенията обхващат: 1) крайбрежна рехабилитация при професионално прегаряне (burnout) и тревожни разстройства; 2) сърфинг терапия при ПТСР при ветерани; 3) аквалечение при фибромиалгия и хронична болка; 4) крайбрежна уелнес рекреация за превенция на хроничен стрес. Проект Blue Health на Европейската комисия (2016–2020) систематично оценява доказателствената база в 14 европейски страни, документирайки умерена до силна подкрепа за ефектите върху психичното здраве [10].

Резултатите от систематичен преглед [3] на 33 проучвания показват как дейностите в синьото пространство, могат да допринесат за рехабилитация и промоция на здравето. Много от интервенциите са довели до значителни положителни ефекти за здравето, особено ползи за психосоциалното благополучие. Проучване включващо програма от 5 сесии в рамките на

5 седмици на Rogers et al. (2021), в което участниците съобщават за клинично значимо намаляване на тежестта на симптомите на ПТСР и депресия, съпроводено от значимо подобрене на съня, измерено чрез PSQI и PTSD Checklist [15].

Ограничения и бъдещи перспективи

Въпреки нарастващото количество данни, областта страда от методологични ограничения. Повечето проучвания разчитат на самооценъчни инструменти и напречни дизайни, ограничаващи каузалните заключения. Липсва стандартизация на "дозата" на морска среда — продължителност, честота, разстояние от водата и вид активност варират значително между изследванията. Потенциални смесващи фактори — физическа активност, социални взаимодействия, намалена работна натовареност — рядко са адекватно контролирани [7].

Бъдещите изследвания следва да насочат усилията си към: а) лонгитюдни дизайни с обективни биомаркери (кортизол, мелатонин, полисомнография); б) дозово-ефектни проучвания, установяващи минималната ефективна "доза" морска среда; в) неврообразни изследвания (fMRI, EEG), картографиращи централните нервни механизми; г) изследвания при специфични популации с висок риск — медицински персонал, военни, хора с хронични заболявания. Интегрирането на ландшафтната епидемиология с клиничните изпитания ще позволи по-прецизна оценка на дозата, вида и механизма на терапевтичен ефект.

Заключение

Настоящият обзор систематизира значителен масив от емпирични данни, потвърждаващи терапевтичния потенциал на морската среда при стрес, нарушения на съня и психофизиологично неблагополучие. Конвергентните данни от неврохормонални, физиологични и клинични изследвания сочат, че морската среда действа чрез множество взаимодопълващи се механизми: потискане на хиперреактивността на оста хипоталамус-хипофиза-надбъбречна жлеза, модулация на вегетативния баланс, синхронизация на циркадните ритми и активация на мезолимбичната допаминова система. Концепцията за синята терапия заслужава по-широко внедряване в клиничната практика, особено при тревожни разстройства, ПТСР и хроничен стрес. Изгражда

нето на стандартизирани протоколи за дозиране и оценка на ефекта остава приоритетна задача за бъдещите научни изследвания.

Литература

1. Angelov, A., & Georgiev, Y. 2024. Study of the Volume of Movement in the Shoulder Joint in Children Practicing Karate. *VMF*, 13(1), 330–333.
2. Bratman G. N., Anderson C. B., Berman M. G. et al. 2019. Nature and mental health: An ecosystem service perspective. *Science Advances*, 5 (7): 903.
3. Britton E., Kindermann G., Domegan C., Carlin C. 2020. Blue care: A systematic review of blue space interventions for health and wellbeing. *Health Promotion International*, 35 (1): 50–69.
4. Calogiuri G., Evensen K., Weydahl A. et al. 2016. Green exercise as a workplace intervention to reduce job stress. Results from a pilot study. *Work*, 53 (1): 99–111.
5. Elliott L. R., Grellier J., Shellock J. et al. 2020. Recreational visits to coastal blue spaces have widespread benefits for subjective wellbeing. *Marine Pollution Bulletin*, 161: 111756.
6. Elliott L. R., White M. P., Taylor A. H., Herbert S. 2015. Energy expenditure on recreational visits to different natural environments. *Social Science & Medicine*, 139: 53–60.
7. Gascon M., Zijlema W., Vert C., White M. P., Nieuwenhuijsen M. J. 2017. Outdoor blue spaces, human health and well-being: A systematic review of quantitative studies. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 220 (8): 1207–1221.
8. Geneshka, M., Coventry, P., Cruz, J., & Gilbody, S. (2021). Relationship between Green and Blue Spaces with Mental and Physical Health: A Systematic Review of Longitudinal Observational Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9010.
9. Gidlow C. J., Jones M. V., Hurst G. et al. 2016. Where to find a green space: A comparison of green space use across green space types. *Landscape and Urban Planning*, 152: 86–92.
10. Grellier J., White M. P., Albin M. et al. 2017. BlueHealth: A study programme protocol for mapping and quantifying the potential benefits to public health and wellbeing from Europe's blue spaces. *BMJ Open*, 7 (6): e016188.
11. Groenewegen P. P., van den Berg A. E., Maas J. et al. 2018. Vitamin G: Effects of green space on health, well-being, and social safety. *BMC Public Health*, 6: 149.
12. Haga B. M., Lorber M., Jakobsen R., Saus E. R. 2022. Blue space and cognitive restoration: An experimental study. *Journal of Environmental Psychology*, 82: 101837.
13. Nutsford D., Pearson A. L., Kingham S., Reitsma F. 2016. Residential exposure to visible blue space (but not green space) associated with lower psychological distress in a capital city. *Health & Place*, 39: 70–78.
14. Popova M, Ivanova E. 2024. Terapevtichni polzi ot zimnoto pluvane. *VMF* 13:(1) 326-329
15. Rogers C. M., Mallinson T., Peppers D. 2021. High-intensity sports for posttraumatic stress disorder and depression: Feasibility study of ocean therapy with veterans. *American Journal of Occupational Therapy*, 68 (4): 395–404.
16. Stothard E. R., McHill A. W., Depner C. M. et al. 2017. Circadian entrainment to the natural light-dark cycle across seasons and the weekend. *Current Biology*, 27 (4): 508–513.
17. Triguero-Mas M., Gascon M., Martinez D. et al. 2017. Natural outdoor environments and mental health: Stress as a possible mechanism. *Environmental Research*, 159: 629–638.
18. van Tulleken C., Harper M., de Schietere A. et al. 2018. Open water swimming as a treatment for major depressive disorder. *BMJ Case Reports*, 2018: bcr-2018-225007.
19. White M. P., Alcock I., Grellier J. et al. 2019. Spending at least 120 minutes a week in nature is associated with good health and wellbeing. *Scientific Reports*, 9: 7730.
20. White M. P., Elliott L. R., Gascon M., Roberts B., Fleming L. E. 2020. Blue space, health and well-being: A narrative overview and synthesis of potential benefits. *Environmental Research*, 191: 110169.
21. Zhou J., Liu D., Li X. et al. 2021. Pink noise: Effect on complexity synchronization of brain activity and sleep consolidation. *Journal of Theoretical Biology*, 306: 68–72.

доц. Николай Недев, доз
nikolay.nedev@mu-varna.bg
Медицински колеж – Варна, УС „Рехабилитатор, бул. Цар Освободител“ 84



ИСТОРИЧЕСКИ АСПЕКТИ НА СИМУЛАЦИИТЕ ПРИ ОБУЧЕНИЕТО НА АКУШЕР- КИТЕ

Радослава Радева, Биянка Торньова

HISTORICAL ASPECTS OF SIMULATION IN MIDWIFERY EDUCATION

Radoslava Radeva, Biyanka Tornyova

ABSTRACT: *The Historical development of the midwifery profession reflects the evolution in the understanding of both society and the scientific community regarding the need for adequate medical care for women and newborns. The quality of care has become established as a key factor in reducing birth-related trauma, as well as maternal and neonatal mortality. A consensus has gradually emerged that such healthcare services should be provided by highly qualified medical professionals. This position remains relevant in the contemporary context, emphasizing the need to ensure high-quality midwifery care.*

In the era of digitalization and artificial intelligence, the quality of education is becoming increasingly important. The article examines the development of simulation and its application in midwifery education.

Aim: *The aim of the study is to trace the historical development of simulation technologies and their application in the education of future midwives.*

Materials and Methods: *A documentary method was employed through the analysis of bibliographic databases, including PubMed, Google Scholar, Scopus, and Web of Science, using the following keywords: "history of simulation," "simulation in midwifery," and "development of the midwifery profession."*

Keywords: *"history of simulation," "simulation in midwifery," and "development of the midwifery profession."*

Въведение

Дългогодишната история на акушерската професия отразява промените, настъпили в разбирането както на обществото, така и на научната общност, относно необходимите медицински грижи за жената и новороденото, и полагащото им се ниво на качество на предоставяната грижа. Медицинската общност се обединява около становището, че подобен тип грижи следва да се предоставят от висококвалифицирани медицински специалисти. Този възглед запазва своята актуалност и към настоящия момент, тъй като единствено чрез осигуряване на адекватно ниво на професионална компетентност може да се постигне редуциране както на родовия травматизъм, така и на неонаталната и майчината смъртност. Съвременното обучение на тези медицински специалисти изисква високо ниво на теоретични познания, но също така и пълноценно овладяване на широк набор от манипулации и маневри, необходими за изпълнение на професионалните им задължения. Тези практически умения трябва да бъдат изграждани в процеса

на обучение, а не след дипломиране и започване на работа [1]. Именно в тази област симулациите и симулационното обучение представляват съвременен и ефективен метод за обучение на акушерките. Симулацията се явява мост между теория и практика, в рамките на който се разглежда огромно разнообразие от клинични сценарии и се придобиват умения за правилно и пълно изпълнение на акушерските дейности в норма и патология. Обществото ни отдавна е изправено пред проблемите, свързани с отрицателния естествен прираст, съпроводен от висока болестност и смъртност на населението.

Днес сме свидетели на ускорен темп в развитието на технологиите, което неминуемо оказва влияние както върху медицината, така и върху методите и формите на обучението в медицинските университети.

Преди внедряването на симулационните технологии в обучението на лекари и медицински специалисти, приложение са намирали различни инвазивни и неинвазивни техники.

Исторически преглед на ранните форми на симулация:

1. Древна Гърция

Един от най-видните представители е Хипократ (роден около 460 г. пр.н.е., остров Кос, Гърция - починал около 375 г. пр.н.е.) древногръцки лекар, считан и до днес за бащата на медицината [2]. Хипократовата школа (V-IV в. пр.н.е.) поставя основите на систематичното медицинско обучение. Водещи образователни практики в Древна Гърция са били дискуссионните методи и дисекцията на животни, чрез които е осъществяван визуален анализ на органите и телесните течности [3]. Хипократ въвежда в клиничния метод на наблюдение, което включва задълбочено изучаване на всички симптоми на болестта и настъпващите промени в тялото на болния [4]. По този начин са натрупвани съществени познания, относно анатомията и физиологията на човешкото тяло.

2. В древния арабски свят се отличават няколко периода на развитие:

- От 7 до 9 век, прогонени от владетелите си монаси, извършват преводи на трудове от древногръцки лекари. Хипократ и Гален са едни от най-превежданите автори, което поставя основите на арабската медицина.

- Следват години на творчески разцвет и развитие до настъпването на края на арабския халифат през XII век [3].

3. В Западна Европа през Средновековието медицината и медицинското образование имат схоластичен характер. Натрупваните знания трябва да отговарят на религиозната догма, характерна за този период. Тъй като християнската религия забранява аутопсиите, то първите такива започват да се извършват от средата на XIII век в Западна Европа. Личности като Анри дьо Мондевил през XIII век и Ги дьо Шолиак през XV век във Франция, а също и Саличети през XIII век и Ланфранки през XIV век в Италия оформят тази епоха. Възобновяването на дисекциите започва в Северна Италия, когато Мондео от Болоня публикува резултатите си през 1316 г. Фридрих II разрешава на медицинския факултет в Салерно да извършва по една аутопсия на пет години.

В периода на Ренесанса развитието на медицината се характеризира и възприема посредством експерименталния метод. Важен етап в развитието ѝ е създаването на медицински театри. Появяват се в Северна Италия през XIV век и се развиват в Западна Европа от началото на XVI век до началото на XIX век. Анатомичните театри изживяват своя златен период във Франция през XVIII век, когато

през 1743 год. се създава Кралската академия по хирургия. Достъпът на публиката е отворен и се използват както за обучение на медици, така и за забавление на обществото, което е проявявало интерес към анатомията на човешкото тяло и смъртта [4; 5; 6 стр. 61-64]. Театрите са представлявали интерес и за художниците от епохата, тъй като в работата си голяма част от тях се опитват да пресъздадат красотата на човешкото тяло. За целта е било нужно детайлно познание за структурата и функцията му. Съвместната работа на художниците и специалистите по анатомия в този период издига обучението на един следващ етап [6, стр. 61-64].

Симулациите и симулационните технологии преминават през дълъг път на развитие, който се бележи и от развитието на технологиите. Първите известни симулатори намират приложение във военната техника, авиацията и астронавтиката. В медицинското образование и обучение навлизат на по-късен етап, тъй като десетилетия наред обучението на бъдещите медицински кадри се извършва в лекционните и дисекционните зали, както и до леглото на болния.

В обучението, протичащо във висшите медицински училища, симулацията се разглежда като технология използвана както за обучение, така и за оценка на практическите умения на студентите. Базира се на реалистично представяне на реална клинична среда, чрез употребата на механични, електронни или виртуални компютърни модели [7, стр.50]. Практическото обучение в реална болнична среда неминуемо притежава положителен ефект върху студента и нивото на усвояване на образователния материал, но то може да бъде силно подпомогнато от учебно-практическите занятия, провеждани с помощта на симулационните технологии.

Анжелик Маргьорит льо Бурсие дьо Кудре е кралска акушерка, живяла през XVIII в. във Франция. Тя отдава целия си съзнателен живот на развитието и утвърждаването на акушерската професия във времена, когато дейността на акушерките е била силно омаловажавана и отхвърляна от лекарското съсловие. През 1757 г. крал Луи XV издава кралски указ, който дава право на мадам дьо Кудре да извършва обучение на акушерки главно от малките населени места и селски региони. Тя изобретява „La Machine“ - фантом за раждане, който се счита за един от първите симулатори, използван от

мадам дю Кудре в изпълнение на обучителната програма, възложена ѝ от краля. Фантомът е служил за изграждане на трайни практически умения и онагледяване на теоретичния материал [8]. Историческите данни показват, че това е период на ниска раждаемост и висока смъртност във Франция. Акушерска помощ и грижа в малките населени места се е оказвала от неспособни и в по-голямата си част неграмотни жени, което дава основание тя да бъде разглеждана като рисков фактор, асоцииран с влошените демографски показатели.

В същия период живее и развива своята дейност Андре Левре - виден френски акушер-гинеколог. Лично мадам дю Кудре отправя искане към него да изпробва и утвърди „La Machine”. Така Левре, заедно с Вердие, друг виден акушер-гинеколог от епохата на Просвещението, подобряват и апробират изобретението на френската акушерка [9].

Поради нарастващата употреба на акушерски симулатори през XIX век в Европа започва тяхното индустриално производство. Първите симулатори, включително създаденият от мадам дю Кудре, са били с вградени истински кости, за да бъде напълно реалистично пресъздаден тазовият пръстен. По-новите и модерни симулатори са били изградени от дървени и железни рамки. Феталната част често е представлявала консервиран труп на новородено или кожена, парцалена кукла - за по-лесно придаване на необходимите за симулацията позиция и презентация на плода [8].

Акушерски фантом на Budin-Pinard

Частично е издълбан от дърво, като онагледява гръдните жлези на родилката и родилната кухина. Коремната стена е изработена от гума, което позволява нейното напompване. Моделът също така притежава изкуствен сакрум, който е прикрепен с винт и това симулирало изцяло физиологичното движение на сакралната кост в процеса на раждане на плода от една страна, а от друга предоставяло възможност за симулиране на различни по вид стеснения на таза. Гумен ректум за провеждане на ректално туше и гумена матка с прикрепен към нея балон. Балонът е бил пълен с течност, за да се демонстрира напълно реалистично изтичането на околоплодна течност. Едно от най-големите предимства на фантома за времето си е било, че всички меки части към него са изработени от каучук, което позволявало тяхната подмяна [10,11]. Единственият за времето си симулатор, позволяващ палпация

на бременна матка през коремната стена, което подпомага усвояването на манипулативни умения, относно определяне на позиция и презентация на плода и приложение на външна верзия, за да се придаде физиологично предложение позволяващо нормално раждане [10].

От извършеният литературен преглед става ясно, че симулацията е добре познат метод на преподаване и учене, но благодарение на технологическия прогрес през XXI век тя става все по-реалистична. Именно като резултат на информационните системи, симулацията дава възможност за моделиране на различни по вид и сложност медицински процедури и техники, включително и изграждане на етични и комуникативни умения у бъдещите медицински специалисти [11]. Промяната в обществените нагласи, възможностите за пресъздаване на различни по вид и степен на сложност клинични сценарии, и не на последно място развитието на информационните технологии определят симулацията като ключов метод на обучение във висшите медицински университети.

Нийл Хау и Уилям Щраус са основоположници на теорията за поколенията, според която всяко поколение има своя епоха с продължителност 20-25 години [12,13,14]. Този период определя политическото, икономическото и общественото развитие на населението. Поколенията имат различни имена, като основният критерий за разграничаването им едно от друго се базира на технологичния прогрес или друго съществено събитие. В този контекст днес се намираме в периода на поколението Алфа (α), започнал от 2013 г. Изследването на теорията дава възможност да разберем кой е основният стимул за едно поколение, какви виждания и представи има за света около себе си и как ние бихме могли да окажем положително въздействие върху него [12, стр.7]. Тези особености на поколенията имат пряко отражение в историческото развитие на симулационното обучение. Днес симулационното обучение претърпява нова трансформация чрез интеграцията на дигитални технологии, като виртуална и добавена реалност.

През 2012 г. The French National Authority for Health (Haute Autorité de Santé, HAS) публикува доклад, озаглавен „Състояние на техниката по въпросите на симулационни практики в областта на здравеопазването“. Етичният приоритет „никога за първи път на пациента“ се утвърждава като водеща парадигма.

Симулацията се определя като работеща система за обучение на основни техники, но и на цялостни сложни процедури, чрез поставяне на студента в реалистична клинична ситуация [15].

През XXI век симулацията интегрирана в медицинското образование навлиза в нов етап, характеризиращ се с интеграцията на изкуственият интелект (ИИ). Особено внимание и значение се отделя на „интелигентните симулирани пациенти“, чрез които се разширяват традиционните симулационни методи на обучение. Huizi Yu et al. разработват AI Patient, което представлява система за изкуствено интелигентен симулиран пациент (Artificial Intelligence Patient), базирана на големи езикови модели (Large Language Models, LLM). Системата използва AI агенти, които симулират реалистични клинични сценарии, извлечени от базата данни Medical Information Mart for Intensive Care III (MIMIC-III) [8]. Основната дидактическа стойност на системата се състои във възможността да отговаря на конкретни медицински въпроси (question/answering Q/A), което симулира клиничната комуникация, протичаща между медицинските специалисти и пациентите. Това е ключов етап от диагностичния процес за получаване на информация, относно състоянието на пациента чрез насочени въпроси.

Заклучение

Още през XVIII век, с въвеждането на ранни симулатори като „La Machine“ на мадам дю Кудре, се поставя началото на обучение чрез онагледяване и упражняване на умения в контролирана среда. През XIX век, с индустриализацията и навлизането на различни материали и конструкции, акушерските фантоми стават все по-реалистични и функционални, отговаряйки на нарастващите изисквания към професионалната подготовка. В края на XIX и началото на XX век модели, като тези на Буден и Пинар, демонстрират преход към по-научно обоснован и стандартизиран подход в обучението.

В съвременната епоха, симулационното обучение претърпява нова трансформация чрез интеграция на дигитални технологии, виртуална и добавена реалност. Това развитие отразява не само технологичния напредък, но и променящите се образователни потребности на различните поколения. По този начин симу-

лацията се утвърждава като ключов педагогически инструмент, който еволюира в синхрон с историческите и генерационните промени, с цел повишаване на качеството и безопасността на акушерската грижа.

Литература

1. Андонова, А., Методите за обучение-ползност и ефективност, Управление и образование, том VIII (2) 2012, стр. 119-122
2. Smith, W.D. (2026, April 2). Hippocrates. Encyclopedia Britannica. <https://www.britannica.com/biography/Hippocrates>, достъпен на 19.03.2026 год.
3. <https://www.al-maram.org>, достъпен на 19.03.2026 год.
4. Kleiman, E. O., Isurina, G. L., Grandilevskaya, I. V., & Korotkova, I. S. (2023). Развитие симуляционных технологий в области медицинского образования. The Caucasus Journal of Medical and Psychological Sciences, 1(1), 49-60.
5. P. Marre, R. Villet, Anatomy theaters in the history and teaching of surgery, Journal of Visceral Surgery, Volume 157, Issue 3, Supplement 2, June 2020, Pages S73-S76
6. Александрова, Р. Медицината по времето на Галилей“, Сборник с доклади от конференция „Галилей и ренесансовата наука“. Издателство Нов Български университет, ISBN 978-619-233-289, (2025), стр. 49-84
7. Апостолов, М., П. Иванова., История на медицината и сестринството, Горекс Прес, София, 1998, стр. 178 – 209
8. <https://nyamcenterforhistory.org/2014/05/20/abrege-de-lart-des-accouchements/>, достъпен на 19.03.2026 год.
9. Makatsariya N.A. ANDRE LEVRE. Obstetrics, Gynecology and Reproduction. 2015;9(2):116-117. (In Russ.) <https://doi.org/10.17749/2070-4968.2015.9.2.116-117>
10. Yu H, Zhou J, Li L, Chen S, Gallifant J, Shi A, Sun J, Li X, He J, Hua W, Jin M, Chen G, Zhou Y, Li Z, Gupte T, Chen ML, Azizi Z, Dou Q, Yan BP, Xing Y, Zhang Y, Assimes TL, Bitterman DS, Ma X, Lu L, Fan L. Simulated patient systems powered by large language model-based AI agents offer potential for transforming medical education. Commun Med (Lond). 2025 Dec 19;6(1):27. doi: 10.1038/s43856-025-01283-x. PMID: 41420084; PMCID: PMC12808140.

11. Bogár PZ, Tóth L, Rendeki S, Mátyus L, Németh N, Boros M, Nagy B, Nyitrai M, Maróti P. Az egészségügyi szimulációs oktatás jelene és jövője Magyarországon [The present and the future of medical simulation education in Hungary]. Orv Hetil. 2020 Jun;161(26):1078-1087. Hungarian. doi: 10.1556/650.2020.31761. PMID: 32541086.

12. Стайкова, М. С., ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД „ Информационни и комуникационни технологии в STEM обучението“, (2025)

13. <https://forbesbulgaria.com/2022/09/16/new-business-concept/>

14. <https://www.knigovishte.bg/vijte/3686-x-y-z-%E2%80%99Calfa-kakvo-sa-pokoleniyata-i-po-kakvo-se-razlichavat>

15. Bresler, L., Perez, M., Hubert, J., Henry, J.P., Perrenot, C., Residency training in robotic surgery: The role of simulation, Journal of Visceral Surgery (2020) 157. S123-S129

ас. Радослава Радева
проф. Биянка Торньова, дп

Медицински университет-Пловдив,
Факултет по обществено здраве,
Катедра Управление на здравните
e-mail: Radoslava.Radeva@mu-plovdiv.bg
Адрес: гр. Пловдив; бул. „Васил Априлов”
№15 А



СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ ЗА ГОТОВНОСТТА НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ "МЕДИЦИНСКА СЕСТРА" ЗА УЧАСТИЕ В ДОБРОВОЛЧЕСКИ ИНИЦИАТИВИ В БЪЛГАРИЯ И ЧУЖБИНА

Снежанка Драгушева, Елена Мерджанова

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE READINESS OF NURSING STUDENTS TO PARTICIPATE IN VOLUNTARY INITIATIVES IN BULGARIA AND ABROAD

Snezhanka Dragusheva, Elena Merdzhanova

ABSTRACT: The nursing profession is an essential structural element of modern healthcare systems on a global scale. In the course of its historical development over the last century, the nursing profession has evolved from a form of volunteer activity and an auxiliary function to an autonomous professional practice with clearly regulated competencies and responsibilities, including the application of modern high-tech healthcare. Moral and ethical values occupy a central place in the professional identity of the nurse and are an inseparable part of the ethics of the medical profession. This is determined by the specificity of medical activity, in which complex moral and ethical dilemmas arise, directly related to fundamental human values such as health and life. **The aim** of this study is to carry out a comparative analysis of the readiness of students of the "Nursing" specialty to participate in volunteer initiatives in Bulgaria and abroad. **Material and methods.** The study involved 194 (96.5%) women and 7 (3.5%) men. The structural distribution of the 201 participants in the study from different Universities teaching nurses. **Results and discussions:** Although not a large percentage of respondents who would work for free, we see that the financial incentive is not the most important among the nursing students. This shows that during the years of study at the Higher Medical School, with the help of the teachers, they have managed to build professional values and qualities necessary for the nursing profession. **In conclusion,** the results of this study demonstrate high readiness and positive attitudes among the students of the "Nursing" specialty to participate in volunteer initiatives both at the national and international levels.

Keywords: readiness, nurse, volunteering

Въведение

Доброволчеството е социално отговорна дейност, в която всички, желаещи да се занимават с това, избират къде да станат доброволци. Личните ползи и следователно мотивациите за доброволчество, като саморазвитие, предизвикателство, личностно израстване, подобряване на автобиографията, университетски кредити, пътуване и приключения, практически позволяват да се погледне на доброволчеството като положителна черта в характера на човек, достоен за висше образование [1].

Професията на медицинската сестра представлява съществен структурен елемент на съвременните здравни системи в глобален мащаб. В хода на своето историческо развитие през последното столетие сестринската професия еволюира от форма на доброволческа дейност и спомагателна функция към автономна професионална практика с ясно регламентирани

компетентности и отговорности, включваща прилагането на съвременни високотехнологични здравни грижи. Морално-етичните ценности заемат централно място в професионалната идентичност на медицинската сестра и са неотделима част от етиката на медицинската професия. Това се детерминира от спецификата на медицинската дейност, при която възникват комплексни морални и етични дилеми, пряко свързани с фундаментални човешки ценности като здравето и живота. Сестринството е повече от предоставяне на грижи - то включва и застъпничество за пациента. Тъй като медицинските сестри имат най-прякото взаимодействие с пациентите, те са в идеалната позиция да се застъпват за всеки пациент поотделно [2].

Образованието помага за формирането на съзнанието, познанието и поведението на младите хора. Университетското образование е

най-последователният и най-определящ фактор за участието на доброволците, което е предпоставка за включването на студентите в доброволчески проекти. Това налага университетите да носят висока отговорност и да гарантират организирането на доброволчески проекти, насочени към уязвими групи хора като по този начин студентите ще практикуват клинични умения и ще осигуряват промоция на глобалното здраве [1].

Най-предпочитаните области в България за насочване на доброволци са социалната сфера, подпомагането на деца, семейства и центрове за деца и възрастни с увреждания, както и екологичната сфера. За разлика от другите европейски страни, сфери като образование и здравеопазване не са отворени за доброволчество у нас [3].

Медицинската професия изисква себеотдаване, любов към хората и емпатия, което прави доброволците в областта на медицинските сестри с голямо търсене, особено в развиващите се страни, където нуждата е голяма, а признанието за международния опит е още по-голямо [4].

Чрез доброволчеството младите хора биха подобрили социалните си умения, уменията за работа в екип, уменията за решаване на проблеми и конфликти, както и да развият качества като отговорност, общителност, лидерство, организационни умения [3].

Необходимо е студентките - медицински сестри да се включват в доброволческата дейност, която може да помогне за разрешаването на настоящите реални проблеми, пред които са изправени много държави. Студентите-медицински специалисти могат да облекчат тези трудности чрез доброволческа медицинска служба, като изследванията показват, че личната мотивация на доброволците стимулира тяхното участие. Независимо от факта, че медицината е най-хуманната професия, наред с дълга на лекаря и на медицинската сестра към пациента, отговорността на пациента към собственото му здраве, не трябва да остава на заден план [5,6,7,8].

Емпатията и алтруизмът представляват ключови личностни и социални качества с трайно значение за ефективността на здравните грижи и качеството на професионалната комуникация. В контекста на сестринската професия те са съществен елемент на хуманната ѝ мисия и предпоставка за изграждане на доверие и подкрепа в отношенията с пациен-

тите. Усвояването и развитието на тези ценности започва още в процеса на професионалното обучение, като те се доразвиват в хода на практическата реализация на медицинските сестри. Качеството на образованието играе решаваща роля за формирането и устойчивото развитие на тези ценности, като осигурява както теоретична основа, така и възможности за практическото им прилагане [9].

Ефективните образователни подходи, ориентирани към личностното развитие и критичното мислене, допринасят за изграждането на професионалисти с висока етична култура и социална отговорност [10].

Студентите, медицински сестри са водени предимно от традиционни мотивации, основани на ценности, включително алтруизъм, морален дълг и желание да служат на своите общности чрез доброволчество. Те научават как да работят в мултидисциплинарни екипи, да вземат бързи и информирани решения под напрежение и да се адаптират към динамичната среда на здравеопазването [11].

Доброволческата дейност предоставя на студентите възможността да видят от първо лице как функционира здравната система в кризисни ситуации и да разберат важността на координацията и сътрудничеството между различните звена. Това знание ще им помогне да бъдат по-добре подготвени и уверени в своята бъдеща кариера [12].

Традиционната мотивация за доброволчество, базирана на ценности, допринася значително за личностното и професионално развитие на индивида [13].

Според авторския колектив на Hassan Al Gharash голямата част от студентите медицински сестри демонстрират готовност да се включат в доброволческа дейност по време на пандемията. По този начин доброволците-медицински сестри биха могли да подкрепят работещите медицински сестри. Придобитите им знания и умения биха помогнали да предоставят необходимите грижи за пациентите, включвайки се в доброволческа дейност.

Изключително важно е координираното сътрудничество между университетите и здравните организации. Тези съвместни дейности биха могли да увеличат готовността на студентите да помагат и биха привлекли повече доброволци в подкрепа на медицинските сестри по време на пандемия [14].

Целта на настоящото проучване е да се осъществи сравнителен анализ на готовността на студентите от специалност „Медицинска

сестра“ за участие в доброволчески инициативи в България и чужбина, както и да се оцени степента на интерес към подобни дейности и потенциалният им принос за професионалното развитие на бъдещите медицински сестри и за подобряване на здравните услуги в различни региони.

Материал и методи: В проучването участват 194 (96,5%) жени и 7 (3,5%) мъже. Структурното разпределение на изследваните 201 участници в проучването от различни университети, обучаващи медицински сестри, е представено както следва.

Най-много от изследваните са стажанти от Медицински университет, Пловдив "Факултет по общественото здраве" (ФОЗ) Катедра "Сестрински грижи" Тракийски университет, Стара Загора, филиал Хасково и Югозападен университет - "Неофит Рилски", Благоевград.

Статистически методи.

Резултатите са обработени със статистически пакет SPSS 21. За достоверна разлика се прие $p < 0,05$.

Използвани са следните анализи:

- дескриптивен анализ за описание на структурата на процесите и явленията

- X2 анализ (Chi-square test) – за установяване на зависимости между качествени променливи. Там където не се изпълни условието за прилагане на X2 анализа се използва теста за максимално правдоподобие Likelihood Ratio.

- графичен анализ за онагледяване на получените резултати.

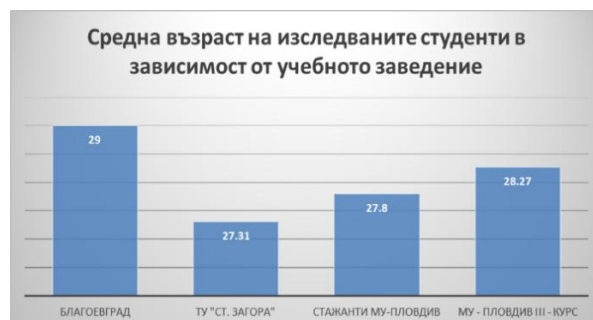
Резултати и обсъждания

В настоящото проучване участват 194 (96,5%) жени и 7 (3,5%) мъже. Структурното разпределение на 201 участници в проучването в зависимост от учебното заведение, от което са студентите е представено на фиг. 1. Най-много от изследваните са стажанти от Медицински университет – Пловдив, „Факултет по общественото здраве“ (ФОЗ), Катедра „Сестринския грижи“ – 44,8%, следвани от студенти в III-курс на същата катедра – 25,4% и Тракийски университет-Стара Загора, филиал Хасково-стажанти – 19,9%. Най-малък е броят на изследваните от Югозападен университет – „Неофит Рилски“, Благоевград, които са стажанти и са 10% от изследваните:



Фиг. 1. Структурно разпределение на изследваните студенти в зависимост от учебното заведение

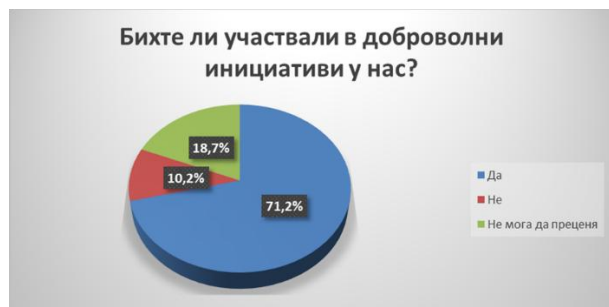
Представена е средната възраст на изследваните в зависимост от града и университета в който се обучават. Най-възрастни са стажантите от Благоевград – 29.00 г., а най-млади са стажантите от МУ – Пловдив – $27.08 \pm 8,352$ г. Най-голяма е отчетената възрастова разлика между студентите от Благоевград и стажантите от МУ – Пловдив – 1.2 г., следвани от разликата между стажантите от Благоевград и Стара Загора – 1.69 г. Въпреки отчетените възрастови различия, те не са статистически изразими – $p > 0.05$. Представянето на възрастта на изследваните групирани по университети се прави с цел обяснение на получените тенденционни разлики в отговорите на студентите по значителна част от зададените въпроси (фиг. 2).



Фиг. 2. Средна възраст на изследваните студенти в зависимост от учебното заведение

Проучено е мнението на студентите дали биха участвали (работили) в доброволни инициативи у нас. Данните показват, че 71,2% от студентите отговарят положително, 18,7% не могат да преценят, а 10,1% не желаят да работят в доброволни инициативи. Обнадеждаващ е фактът, че почти 2/3 от анкетираните желаят да бъдат доброволци и това се доказва в условията на COVID-19, когато почти всички студенти от специалност "Медицинска сестра" се

включиха активно, като доброволци в болничните звена. Във време, когато здравеопазната система изнемогваше и имаше нужда от помощ (фиг. 3).



Фиг. 3. Желание на изследваните студенти да участват в доброволни инициативи у нас

Ако цитираният по-горе въпрос се отнася за международни мисии, процентното съотношение се променя и положителният отговор вече се дава от 41,1% от студентите, 23,4 % отговарят, че не биха участвали в доброволни мисии в чужбина, а 35,5% не могат да преценят дали биха се включили или не (фиг. 4).



Фиг. 4. Желание на студенти да участват в доброволни мисии в чужбина

На въпроса дали биха работили безвъзмездно - 38,6% от студентите отговарят положително, 27,9% от тях не могат да преценят, а 33,5% отговарят отрицателно. Макар и нисък относителен дял на анкетираните, които биха работили безвъзмездно виждаме, че финансовият стимул не е водещ фактор сред студентите-медицински сестри. Това показва, че в годините на обучение във Висшето медицинско училище с помощта на преподавателите те са успели да изградят професионални ценности и качества, необходими за професията на медицинската сестра (фиг. 5).



Фиг. 5. Желание на изследваните студенти да работят безвъзмездно

Изследвано е мнението на респондентите дали биха работили в рискова среда, като например в такава ситуация предизвикана от Пандемията от COVID-19 (напр. работа в Инфекциозни отделения с пациенти болни от COVID-19). Данните показват, че 58,5% от студентите съобщават, че биха работили в подобни условия, 24,6% се колебаят, а 16,9 % посочват, че не биха се ангажирали с работа в рискова среда. Обнадеждаващ и реален е фактът, че студентите биха работили в Инфекциозни отделения в настоящата кризисна ситуация. Това се потвърждава и от действията по време на извънредното положение, когато по призова на Министъра на здравеопазването студенти от горните курсове на Висшето медицинско училище масово се включват в работата на Инфекциозни и COVID- отделения (фиг. 6):



Фиг. 6. Работа в рискова среда

Анализът на отговорите показва, готовността на студентите от специалност „Медицинска сестра“ за участие в доброволчески инициативи както в България, така и в чужбина, е хуманният характер на професията и осъзнатото чувство за морална отговорност. Значителна част от анкетираните изразяват резерви или отказ от участие в такива инициативи, което може да бъде свързано с лични, социални или професионални фактори. За част

от студентите участието в доброволчески мисии, независимо дали в национален или международен контекст, се асоциира и с вътрешно удовлетворение и личностна реализация. Тези резултати подчертават многофакторния характер за доброволчество и отразяват баланса между професионални, морални и личностни подбуди, като показват сходства и различия в нагласите за доброволчество в България и в международен контекст.

Заклучение

Резултатите от настоящото проучване демонстрират висока готовност и положителни нагласи сред студентите от специалност „Медицинска сестра“ за участие в доброволчески инициативи както на национално, така и на международно ниво. По-младите студенти проявяват по-висока склонност към участие, включително в ситуации с повишен риск, което подчертава значението на възрастовите и житейските фактори за вземането на решения. Активното участие в доброволчески дейности в България и международни мисии отразява силно развито чувство за професионална етика, солидарност и обществена отговорност, като подчертава ключовата роля на медицинското образование за формирането на компетентни и социално ангажирани здравни специалисти.

Библиография

1. M. Obreykova, A. Andonova, Proceedings of EDULEARN22, 4th–6th July 2022, Palma, Mallorca, Spain, ISBN 978-84-09-42484-9, pp. 2050–2055.
2. Protecting the Integrity of Human Dignity in the Care of All Patients, Nursing CE Central, достъпно на: <https://nursingcecentral.com/protecting-the-integrity-of-human-dignity-in-the-care-of-all-patients/>
3. М. Обрейкова, А. Андонова, Covid-19. Мултидисциплинарен научен обзор, Сборник доклади и резюмета, Ст. Загора, октомври 2021.
4. How to Volunteer Abroad as a Nurse, Volunteer HQ, достъпно на: <https://www.volunteerhq.org/blog/how-to-volunteer-abroad-as-a-nurse/>
5. S. Dorn, M. G. Newberry, E. M. Bauske, V. Pennisi Svoboda, “If You Build It, Will They Come? Examining Motivations of Extension Master Gardener Volunteers,” *Society & Natural Resources*, vol. 34, no. 9, pp. 1250–1267, ISSN 1521-0723.
6. J. A. Robinson et al., “Meeting Volunteer Expectations — A Review of Volunteer Motivations in Citizen Science and Best Practices for Their Retention,” *Journal of Environmental Planning and Management*, vol. 64, no. 12, pp. 2089–2113, 2021, DOI: 10.1080/09640568.2020.1853507.
7. Y. Wang, “Construction of the Cultivation Mechanism Model of College Students' Voluntary Spirit in the New Era from the Perspective of Public Service Motivation,” *Party Building and Ideological Education in Schools*, 2021, no. 12, pp. 48–50.
8. H. Pu et al., “Qualitative Research of Initial Motivation of Undergraduate Nursing Students Participating in Aged Nursing Voluntary Service,” *Chinese Journal of Practical Nursing*, vol. 37, 2021, pp. 460–465, DOI: 10.3760/cma.j.cn211501-20200415-01889.
9. K. Kilova, T. Kitova, “Student Opinion on the Quality of Distance Medical Learning in Pandemic Conditions,” *Journal of Environmental Protection and Ecology*, vol. 22, no. 4, 2021, pp. 1706–1714.
10. K. Kilova, “The Quality of University Education in Bulgaria in the Case of Competition and Dynamically Developing Educational System,” *Research Highlights in Education and Science*, 2020, pp. 40–52.
11. K. Kilova, D. Milkov, N. Mateva, “Attitudes Towards the Use of Information and Communication Technologies in Healthcare,” *Journal of IMAB*, vol. 26, no. 3, 2020, pp. 3317–3322, DOI: 10.5272/jimab.2020263.3317.
12. J. Domaradzki, D. Walkowiak, “Medical Students' Voluntary Service During the COVID-19 Pandemic in Poland,” *Frontiers in Public Health*, vol. 9, 2021, DOI: 10.3389/fpubh.2021.61860.
13. J. Xu et al., “A Study on the Correlation Between Function Motivation and Professional Identity Among Nursing Volunteers,” *Journal of Integrative Nursing*, vol. 3, no. 4, 2021, pp. 165–169, DOI: 10.4103/jin.jin_37_21.
14. H. Al Gharash, M. Smith, L. Cusack, “Nursing Students' Willingness and Confidence to Volunteer in a Pandemic,” *SAGE Open Nursing*, vol. 7, 2021, DOI: 10.1177/23779608211044615.

Снежанка Драгушева
Катедра по сестрински грижи
e-mail: Snezhanka.Dragusheva@mu-plovdiv.bg
МУ-Пловдив, ФОЗ, бул. В. Априлов №15А

Елена Мерджанова
Катедра по сестрински грижи
e-mail: Elena.Merdzhanova@mu-plovdiv.bg
МУ-Пловдив, ФОЗ, бул. В. Априлов №15А



СЪВРЕМЕННИ АСПЕКТИ НА СЕСТРИНСКИТЕ ГРИЖИ В РАННИЯ ПОСТОПЕРАТИВЕН ПЕРИОД ПРИ ОПЕРАТИВНИ ИНТЕРВЕНЦИИ В ОБЛАСТТА НА ТАЗОБЕДРЕНАТА СТАВА

Софка Николова, Камелия Богданова

MODERN ASPECTS OF NURSING CARE IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN HIP SURGERY

Sofka Nikolova, Kamelia Bogdanova

ABSTRACT The aim of the present study is to analyze modern aspects of nursing care in the early postoperative period in patients undergoing hip surgery. The study was conducted among 72 nurses working in medical institutions in Blagoevgrad and Dupnitsa. The results show that nurses recognize the importance of key modern approaches such as early mobilization, pain management, and prevention of postoperative complications. At the same time, partial implementation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) concept, insufficient use of standardized assessment tools, and limited integration of modern technologies were identified. The findings indicate discrepancies between theoretical knowledge and practical application, as well as the need for improved training, standardization of care, and better organizational support. It can be concluded that improving nursing care in the early postoperative period requires a comprehensive approach, including continuous education, implementation of evidence-based protocols, and integration of innovative technologies, in order to enhance patient outcomes and quality of care.

Key words: nursing care, hip surgery, early postoperative period, ERAS, rehabilitation, pain management

Въведение

Оперативните интервенции в областта на тазобедрената става, включително тоталната и частичната артропластика, са сред най-значимите постижения на съвременната ортопедична хирургия, тъй като осигуряват възстановяване на двигателната функция, облекчаване на болката и съществено подобряване на качеството на живот при пациенти с дегенеративни и травматични увреждания. Класическите трудове на John Charnley поставят основите на съвременното ендопротезиране, което днес се прилага широко при коксартроза, фрактури на бедрената шийка и други патологични състояния. В условията на глобално засегане на населението честотата на тези интервенции нараства, което е свързано с повишени изисквания към качеството и ефективността на следоперативните грижи (Learmonth et al., 2007; Kurtz et al., 2007).

Ранният постоперативен период, обхващащ първите 24 до 72 часа след хирургичната интервенция, представлява критичен етап, в който се определя до голяма степен успехът на лечението. През този период пациентът е в

състояние на повишен физиологичен стрес, обусловен от оперативната травма, анестезията и съпътстващите заболявания. Научните изследвания показват, че рискът от усложнения остава значителен, като най-често се наблюдават дълбока венозна тромбоза, инфекции на оперативната рана, луксация на ендопротезата и кардиоваскуларни инциденти, особено при пациенти с придружаващи заболявания като Артериална хипертония (Geerts et al., 2008; Parvizi et al., 2011). Това налага прилагането на комплексен, структуриран и научно обоснован подход към грижите, в който ролята на медицинската сестра е ключова.

Съвременните сестрински грижи в ранния постоперативен период се развиват динамично под влияние на доказателствената медицина и интердисциплинарния подход. Те надхвърлят традиционното разбиране за пасивно наблюдение и включват активни интервенции, насочени към оптимизиране на възстановяването. Както подчертава Virginia Henderson, основната функция на медицинската сестра е да подпомага пациента в дейности, които той не може да извършва самос-

тоятелно, което в контекста на следоперативния период придобива особена значимост. Практическата реализация на този принцип се изразява в непрекъснат мониторинг на жизнените показатели, системна оценка и контрол на болката чрез валидирани скали, профилактика на тромбоемболични усложнения, както и осигуряване на правилно позициониране и безопасност на пациента.

Главно място в съвременните грижи заема концепцията за ранна мобилизация, която се утвърждава като основен фактор за предотвратяване на усложнения и ускоряване на функционалното възстановяване. Редица изследвания доказват, че ранното раздвижване, комбинирано с адекватен контрол на болката, води до намаляване на честотата на тромбози, белодробни усложнения и мускулна атрофия, като същевременно подобрява психоемоционалното състояние на пациента. В този контекст медицинската сестра играе активна роля като медиатор между пациента и рехабилитационния процес.

В последните години значително развитие претърпява и организацията на периоперативните грижи чрез въвеждането на иновативни модели като програмите за ускорено възстановяване след хирургия (Enhanced Recovery After Surgery – ERAS), разработени от Henrik Kehlet. Тези програми интегрират мултимодален подход, включващ оптимизация на предоперативната подготовка, минимизиране на хирургичния стрес, ефективен контрол на болката и ранно възстановяване на двигателната активност (Kehlet & Wilmore, 2008). Внедряването на ERAS в ортопедичната практика доказано води до съкращаване на болничния престой, намаляване на усложненията и повишаване на удовлетвореността на пациентите.

Паралелно с това развитието на дигиталните технологии и здравните информационни системи създава нови възможности за усъвършенстване на сестринските грижи. Използването на стандартизирани протоколи, електронни досиета, телемедицина и носими устройства позволява по-прецизен мониторинг и индивидуализиране на грижите. Това от своя

страна повишава безопасността и ефективността на лечебния процес.

Ролята на медицинската сестра в ранния постоперативен период е комплексна и многоаспектна, като изисква не само практически умения, но и аналитично мислене, способност за вземане на решения и ефективна комуникация в рамките на мултидисциплинарния екип. Освен това сестрата има съществена роля в обучението на пациента и неговите близки относно правилното поведение след операцията, което е ключово за предотвратяване на усложнения и успешна рехабилитация.

В този контекст изследването на съвременните аспекти на сестринските грижи в ранния постоперативен период при интервенции в областта на тазобедрената става е от изключително значение. Анализът на практиките, знанията и нагласите на медицинските сестри може да допринесе за оптимизиране на грижите, повишаване на тяхното качество и постигане на по-добри здравни резултати при тази нарастваща група пациенти.

Резултати и обсъждане

Анкетното проучване е проведено сред 72 медицински сестри, работещи в лечебни заведения на територията на гр. Благоевград и гр. Дупница. Целта на изследването е да се анализират съвременните аспекти на сестринските грижи в ранния постоперативен период при пациенти с оперативни интервенции в областта на тазобедрената става. Получените резултати позволяват да се оцени степента на прилагане на съвременни практики и да се идентифицират основните проблеми в клиничната практика.

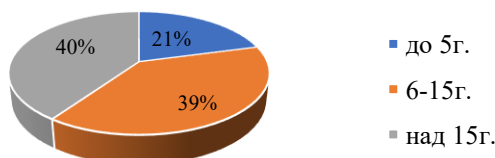
Разпределението на респондентите по месторабота е представено на фигура 1. Най-голям относителен дял заемат медицинските сестри от ортопедични и травматологични отделения, което е логично с оглед спецификата на изследваната проблематика, докато по-малък процент са ангажираните в интензивни структури и хирургични звена:



Фиг. 1. Разпределение на респондентите по професионално направление

Анализът на професионалния стаж показва, че най-голям дял от анкетираниите медицински сестри имат над 15 години трудов опит (40,28%), следвани от тези със стаж между 6 и 15 години (38,89%), докато по-малък процент са специалистите с опит до 5 години (20,83%). Данните сочат, че преобладават респонденти с

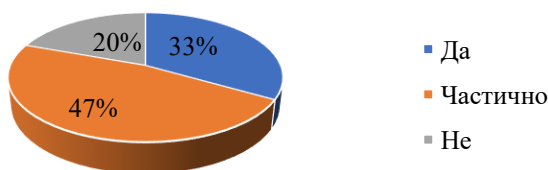
дългогодишен практически опит, което предполага добра професионална подготовка при грижите за пациенти след оперативни интервенции на тазобедрената става. Същевременно присъствието на по-млади специалисти създава възможност за съчетаване на утвърдени практики със съвременни подходи в сестринската дейност:



Фиг. 2. Разпределение на респондентите по професионален стаж

Анализът на отговорите, свързани със съвременните подходи в сестринските грижи, показва ясна тенденция към частично познаване и ограничено практическо прилагане на концепцията за ускорено възстановяване след хирургия (ERAS). По отношение на информираността, една трета от анкетираниите медицински сестри посочват, че са запознати с концепцията (33,33%), докато най-голям дял заемат

тези, които я познават частично (47,22%). Около една пета от респондентите (19,45%) заявяват, че не са запознати с ERAS. Тези резултати показват, че въпреки нарастващото значение на този подход в съвременната клинична практика, знанията за него не са напълно усвоени от всички медицински специалисти:

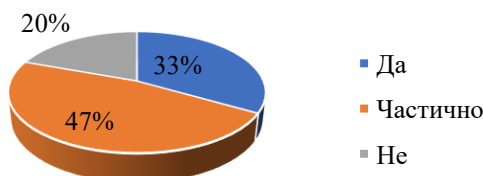


Фиг. 3. Познаване на ERAS концепцията

По отношение на реалното приложение на ERAS в клиничната практика се наблюдава още по-изразено разминаване между теория и практика. Значителна част от анкетираниите посочват, че подходът се прилага частично в тяхното отделение, докато по-малък процент съобщават за системно прилагане. Наличието на респонденти, които заявяват, че ERAS не се

прилага, подчертава съществуващи организационни и ресурсни ограничения, както и необходимостта от по-добра координация и въвеждане на стандартизирани протоколи.

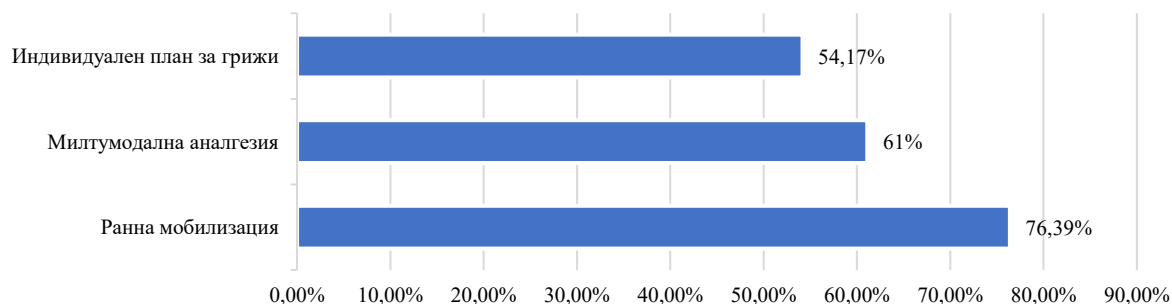
Анализът на конкретните съвременни практики, прилагани в ранния постоперативен период, показва, че най-широко разпространена е ранната мобилизация, посочена от 76,39% от анкетираниите:



Фиг. 3. Познаване на ERAS концепцията

Това е в съответствие със съвременните препоръки, според които раздвижването в първите 24 часа след операцията играе ключова роля за намаляване на усложненията и ускоряване на възстановяването.

Висок е и дялът на респондентите, които прилагат мултимодална аналгезия (61,11%), което отразява стремеж към по-ефективен контрол на болката и подобряване на комфорта на пациента:



Фиг. 4. Прилагане на съвременни практики

По-нисък, но все пак значителен процент от медицинските сестри посочват, че използват индивидуален план за грижи (54,17%), което показва наличие на персонализиран подход в част от клиничната практика. В същото време по-малко от половината респонденти (48,61%) прилагат системно проследяване чрез стандартизирани скали, което може да се разглежда като слабост в оценката и проследяването на състоянието на пациента.

Особено внимание заслужава фактът, че част от анкетираните посочват, че съвременните практики не се прилагат системно. Това потвърждава наличието на несъответствие между съвременните научни препоръки и реалната клинична практика. Като основни причини могат да се посочат недостатъчно обучение, липса на утвърдени стандарти и протоколи, както и организационни затруднения в работната среда.

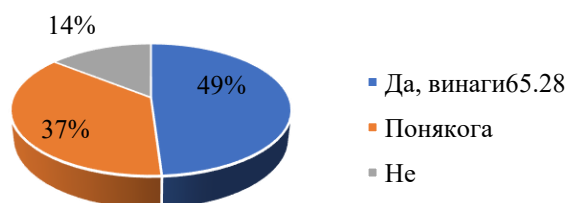
Получените резултати показват, че въпреки наличието на тенденция към внедряване на съвременни сестрински подходи, тяхното приложение остава непълно и неравномерно. Това подчертава необходимостта от повишаване на информираността, въвеждане на стандартизирани модели на грижа и развитие на професионалната компетентност на медицинските сестри.

Анализът на отговорите, свързани с мониторинга и профилактиката на усложненията в ранния постоперативен период, показва относително добро ниво на ангажираност от страна на медицинските сестри, но същевременно

очертава и определени пропуски в прилагането на стандартизирани практики.

По отношение на честотата на проследяване на жизнените показатели в първите 24 часа след оперативната интервенция, повече от половината анкетирани (52,78%) посочват, че извършват мониторинг на всеки 1–2 часа. Това е в съответствие със съвременните изисквания за интензивно наблюдение в ранния постоперативен период, когато рискът от усложнения е най-висок. Значителен дял от респондентите (34,72%) съобщават, че проследяват показателите на всеки 3–4 часа, което също може да се счита за приемлива практика при стабилни пациенти. Все пак се наблюдава и група от 12,50%, които разчитат единствено на лекарско назначение, което предполага по-ограничена самостоятелност в сестринската дейност и потенциално забавяне в откриването на ранни отклонения в състоянието на пациента.

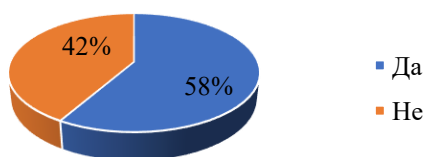
Относно профилактиката на Дълбока венозна тромбоза, резултатите показват, че 65,28% от анкетираните прилагат системно превантивни мерки. Това е положителен показател, тъй като тромбоемболичните усложнения са сред най-сериозните рискове след операции на тазобедрената става. В същото време една четвърт от респондентите (25,00%) посочват, че прилагат профилактика само понякога, а 9,72% не я прилагат, което буди притеснение и показва наличие на несъответствия в практиката. Тези данни подчертават необходимостта от по-стриктно спазване на клиничните препоръки и въвеждане на унифицирани протоколи:



Фиг. 5. Профилактика на дълбока венозна тромбоза

По отношение на използването на стандартизирани инструменти за оценка на риска, резултатите показват, че 58,33% от анкетираните

ги използват в своята практика, докато 41,67% не прилагат такива методи:



Фиг. 6. Използване на стандартизирани инструменти за оценка на риска

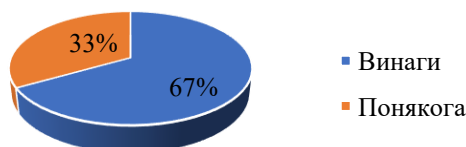
Този сравнително висок дял на неупотреба на стандартизирани инструменти може да доведе до субективност в оценката и пропускане на рискови състояния. Липсата на системност в оценяването на пациента ограничава възможностите за ранна превенция и адекватна интервенция.

Резултатите показват, че макар да съществува добра основа в мониторинга и профилактиката на усложненията, все още са налице пропуски, свързани с непълното прилагане на стандартизирани подходи и вариабилност в практиката. Това налага необходимостта от повишаване на професионалната подготовка и внедряване на единни стандарти за сестрински грижи в ранния постоперативен период.

Анализът на отговорите, свързани с оценката и контрола на болката в ранния постоперативен период, показва, че този аспект от сес-

тринските грижи се възприема като съществен, но прилагането му не е напълно систематизирано във всички клинични звена.

По отношение на използването на скали за оценка на болката, като визуално-аналоговата скала (VAS), повече от половината анкетиранни медицински сестри (58,33%) посочват, че ги използват винаги в своята практика. Това е положителен показател, тъй като обективната оценка на болката е ключов елемент за адекватното ѝ овладяване и за планиране на последващите грижи. В същото време значителен дял от респондентите (29,17%) споделят, че използват такива скали само понякога, което показва липса на последователност в прилагането на този инструмент. Наличието на група от 12,50%, които не използват скали за оценка на болката, е индикатор за пропуски в практиката и потенциален риск от недооценяване на състоянието на пациента:



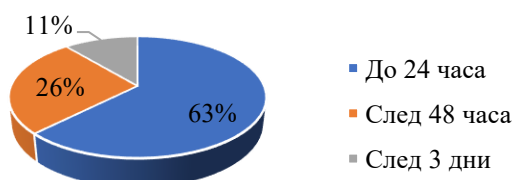
Фиг. 7. Използване на скали за оценка на болката

Отговорите на въпроса, свързан с влиянието на контрола на болката върху възстановяването, показват ясно изразено разбиране за неговото значение. Преобладаващата част от

анкетираните (81,94%) считат, че ефективният контрол на болката има пряко отражение върху възстановителния процес. Това съответства на съвременните научни данни, които

подчертават, че адекватното обезболяване подпомага ранната мобилизация, намалява риска от усложнения и подобрява общото състояние на пациента. Малък процент от респондентите (9,72%) не споделят това мнение, а същият дял (8,33%) не могат да преценят, което може да се свърже с недостатъчна информираност или ограничен клиничен опит.

Резултатите показват, че медицинските сестри осъзнават значението на контрола на болката като ключов компонент на съвременните сестрински грижи, но прилагането на стандартизирани методи за оценка не е напълно последователно. Това подчертава необходимостта от въвеждане на ясни протоколи и повишаване на обучението в областта на болковия мениджмънт, с цел подобряване на качеството на грижите и оптимизиране на възстановителния процес.



Фиг. 8. Начало на раздвижване на пациента

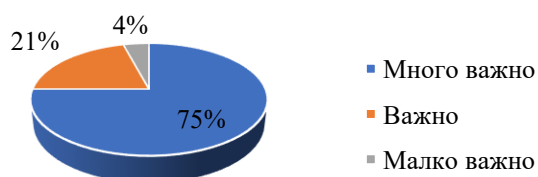
Значителен дял от респондентите (26,39%) съобщават, че раздвижването започва след 48 часа, което може да бъде обусловено от индивидуалното състояние на пациента или организационни фактори. Малък процент (11,11%) посочват, че мобилизацията се отлага до третия ден, което се отклонява от съвременните препоръки и може да повиши риска от усложнения.

Оценката на значението на ранната мобилизация показва категорично положително от-

Анализът на отговорите, свързани с ранната мобилизация и рехабилитация на пациентите след оперативни интервенции на тазобедрената става, показва, че този компонент на сестринските грижи е добре осъзнат като ключов за възстановителния процес, но в практиката се наблюдават известни вариации.

По отношение на времето за започване на раздвижването, по-голямата част от анкетираните медицински сестри (62,50%) посочват, че мобилизацията започва в рамките на първите 24 часа след операцията. Това е в съответствие със съвременните стандарти и препоръки, които подчертават значението на ранната активизация за предотвратяване на усложнения и ускоряване на функционалното възстановяване:

ношение от страна на анкетираните. Преобладаващата част от тях (75,00%) определят ранната мобилизация като много важна, а 20,83% я оценяват като важна. Едва 4,17% считат, че тя има малко значение. Тези резултати показват високо ниво на информираност относно ролята на ранното раздвижване за намаляване на риска от усложнения, подобряване на кръвообращението и ускоряване на възстановяването:



Фиг. 9. Оценка на значението на ранната мобилизация

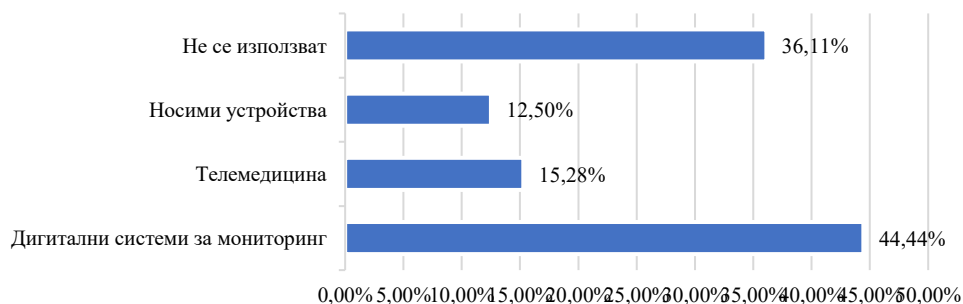
По отношение на активното участие на пациента в рехабилитационния процес, почти всички анкетирани (88,89%) посочват, че насърчават пациентите да участват активно в своята рехабилитация. Това е изключително важен аспект от съвременните сестрински грижи, тъй като ангажираността на пациента е

пряко свързана с по-добри резултати и по-бързо възстановяване. Малък процент (11,11%) от респондентите не насърчават активно участието, което може да се дължи на различни фактори, включително натовареност или липса на време.

Анализът на отговорите, свързани с използването на съвременни технологии в сестринските грижи, показва, че дигитализацията в клиничната практика е все още в процес на развитие и не е равномерно внедрена във всички лечебни заведения.

По отношение на конкретните технологични решения, най-често използвани са дигиталните системи за мониторинг, посочени от 44,44% от анкетираните. Това показва наличие на базово ниво на дигитализация, свързано основно с проследяване на жизнени показатели

и състоянието на пациента. Значително по-нисък е дялът на използване на телемедицина (15,28%), което може да се обясни с ограниченото ѝ приложение в болничната среда, особено в по-малки лечебни заведения. Носимите устройства се използват от още по-малък процент от респондентите (12,50%), което показва, че този тип технологии все още не са широко внедрени в практиката:



Фиг. 10. Използване на съвременни технологии в отделенията

Особено показателен е фактът, че 36,11% от анкетираните посочват, че в тяхното отделение не се използват съвременни технологии, което подчертава наличието на значителни различия в технологичното обезпечаване.

По отношение на нагласите към използването на технологии, резултатите показват ясно положително отношение. По-голямата част от медицинските сестри (69,44%) смятат, че внедряването на технологични решения подобрява качеството на грижите. Част от респондентите (20,83%) оценяват влиянието като частично, което вероятно отразява както предимствата, така и съществуващите ограничения в практиката. Малък процент (9,72%) не считат, че технологиите имат съществено влияние, което може да се дължи на липса на опит или недостатъчно внедряване в тяхната работна среда.

Анализът на отговорите, свързани с професионалната подготовка на медицинските сестри и срещаните затруднения в практиката, показва наличие на известен дисбаланс между изискванията на съвременната клинична практика и реалните възможности на персонала.

По отношение на самооценката за професионална готовност спрямо съвременните изисквания, близо половината от анкетираните (45,83%) посочват, че се чувстват частично подготвени. Това показва, че макар да притежават базови знания и умения, те не се

чувстват напълно уверени в прилагането на съвременни подходи като ускорено възстановяване, стандартизирани протоколи и технологични решения. По-малък дял от респондентите (34,72%) смятат, че са достатъчно подготвени, което може да се свърже с по-голям професионален опит или участие в допълнителни обучения. Същевременно 19,45% заявяват, че не се чувстват подготвени, което е индикатор за необходимост от целенасочено повишаване на квалификацията.

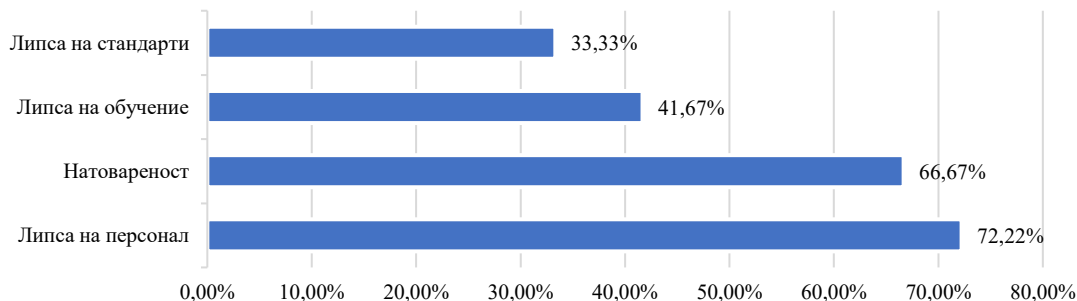
Отговорите на въпроса за необходимостта от допълнително обучение допълнително потвърждават тази тенденция. Преобладаващата част от анкетираните (77,78%) посочват, че имат нужда от допълнителни обучения, което ясно показва стремеж към професионално развитие и усъвършенстване. Само 22,22% считат, че не се нуждаят от допълнителна подготовка. Тези резултати подчертават значението на продължаващото медицинско образование и необходимостта от организиране на обучения, насочени към съвременните сестрински практики.

Анализът на основните затруднения в практиката показва, че най-сериозните проблеми са свързани с организационни и кадрови фактори.

Най-често посочван проблем е липсата на достатъчно персонал (72,22%), което води до

повишено натоварване и затруднява прилагането на качествени грижи. Висок дял от респондентите (66,67%) отбелязват и значителната натовареност като основен фактор, влияещ върху ефективността на сестринската дейност. Липсата на достатъчно обучение се посочва от 41,67% от анкетираните, което съот-

ветства на установените по-рано данни за необходимост от повишаване на квалификацията. Липсата на ясно дефинирани стандарти и протоколи също е отчетена като проблем от 33,33% от респондентите, което може да доведе до вариабилност в практиката и по-ниска ефективност на грижите.



Фиг. 11. Основни затруднения в практиката

Резултатите показват, че медицинските сестри осъзнават необходимостта от развитие и усъвършенстване на своите знания и умения, но същевременно се сблъскват с редица организационни и структурни затруднения. Това налага предприемането на мерки както на ниво обучение, така и на ниво здравна система, с цел подобряване на условията на труд и повишаване качеството на сестринските грижи.

Анализът на свободните отговори на въпроса относно необходимите подобрения в сестринските грижи очертава няколко основни направления, които се повтарят при значителна част от анкетираните медицински сестри. Най-често се подчертава необходимостта от увеличаване на броя на медицинския персонал, с цел намаляване на натовареността и осигуряване на по-качествени грижи за пациентите. Този проблем се свързва пряко с ограниченото време за индивидуален подход и затрудненията при прилагане на съвременни сестрински практики.

Друг често срещан аспект е необходимостта от организиране на допълнителни обучения и повишаване на квалификацията на медицинските сестри, особено в областта на съвременните подходи като ранна мобилизация, контрол на болката и внедряване на нови технологии. Респондентите изразяват мнение, че продължаващото обучение би допринесло за по-уверено и ефективно прилагане на съвременни стандарти на грижа.

Значително внимание се обръща и на нуждата от въвеждане на ясни и унифицирани стандарти и протоколи за работа, които да

улеснят практическата дейност и да намалят вариабилността в грижите. Част от анкетираните посочват и необходимостта от подобряване на материално-техническата база и въвеждане на съвременни технологични решения, които да подпомогнат мониторинга и грижите за пациентите.

В обобщение, основните насоки за подобрене се концентрират върху кадровото обезпечаване, повишаването на професионалната квалификация, стандартизирането на сестринските грижи и внедряването на съвременни технологии, като всички тези фактори са ключови за повишаване качеството на медицинската помощ.

Заклучение

Настоящото изследване потвърждава, че съвременните сестрински грижи в ранния постоперативен период при оперативни интервенции в областта на тазобедрената става заемат ключово място за успешното възстановяване на пациентите и превенцията на усложнения. Получените резултати показват, че медицинските сестри в значителна степен осъзнават значението на основни съвременни подходи като ранна мобилизация, ефективен контрол на болката и профилактика на усложненията, което е в съответствие с доказателствено базираната практика.

Въпреки това се установява, че внедряването на съвременни концепции, включително програмите за ускорено възстановяване (ERAS), остава частично и неравномерно. На-

лице е разминаване между теоретичната информираност и практическото приложение, което се дължи както на организационни ограничения, така и на недостатъчно стандартизиране на грижите. Непълното използване на инструменти за оценка, вариабилността в мониторинга и ограниченото приложение на съвременни технологии допълнително подчертават необходимостта от оптимизация на клиничната практика.

Резултатите ясно показват, че медицинските сестри демонстрират готовност за професионално развитие и осъзнават необходимостта от повишаване на квалификацията, като преобладаващата част от тях заявяват нужда от допълнително обучение. В същото време основните затруднения в практиката са свързани с недостиг на персонал, висока натовареност и липса на унифицирани стандарти, което оказва пряко влияние върху качеството на предоставяните грижи.

В заключение може да се обобщи, че подобряването на сестринските грижи в ранния постоперативен период изисква комплексен подход, включващ въвеждане на стандартизирани протоколи, разширяване на обучителните програми, подобряване на кадровото обезпечаване и по-широко внедряване на съвременни технологии. Само чрез интегриране на тези елементи може да се постигне по-високо качество на грижите, намаляване на усложненията и по-добри здравни резултати при пациентите с оперативни интервенции в областта на тазобедрената става.

Литература

1. Charnley, J. 1979. *Low friction arthroplasty of the hip: theory and practice*. Berlin, Springer-Verlag.
2. Geerts, W. H., D. Bergqvist, G. F. Pineo et al. 2008. Prevention of venous thromboembolism: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, 133(6): 381S–453S.
3. Kehlet, H., D. W. Wilmore. 2008. Evidence-based surgical care and the evolution of

fast-track surgery. *Annals of Surgery*, 248(2): 189–198.

4. Kurtz, S., K. Ong, E. Lau et al. 2007. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 89(4): 780–785.

5. Learmonth, I. D., C. Young, C. Rorabeck. 2007. The operation of the century: total hip replacement. *The Lancet*, 370(9597): 1508–1519.

6. Parvizi, J., A. J. Ghanem, R. Joshi et al. 2011. Does “aseptic loosening” really exist? *The Journal of Arthroplasty*, 26(6): 56–60.

7. Henderson, V. 1966. *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. New York, Macmillan.

8. Smeltzer, S. C., B. G. Bare. 2010. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

10. Lewis, S. L., S. R. Dirksen, M. M. Heitkemper et al. 2017. *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems*. St. Louis, Elsevier.

11. Mohammed, H. S., Shehata, M. 2023. Effect of pre and postoperative nursing intervention on pain and postoperative complications among patients undergoing hip replacement. *Menoufia Nursing Journal*. Available at: https://menj.journals.ekb.eg/article_307381_d18183b5caec0fab900559c52c08358f.pdf

Софка Николова, докторант,

E-mail: sf.dimitrova@abv.bg

Доц. Камелия Богданова д.м.

e-mail: k.bogdanova@foz.mu-sofia.bg

Медицински университет- София

ФОЗ „Проф. д-р Ц. Воденичаров дмн“

Катедра „Здравни грижи“

София, ул. „Бяло море“ 8



АКУШЕРСКИ ГРИЖИ В СЛЕДРОДИЛНИЯТ ПЕРИОД В БОЛНИЧНИ УСЛОВИЯ

Юркюш Бейсимова, Златина Денева

MIDWIFERY CARE IN THE POSTPARTUM PERIOD IN HOSPITAL SETTINGS

Yurkyush Beysimova, Zlatina Deneva

ABSTRACT: *The role of the midwife in hospital settings is a significant component of the modern healthcare system aimed at providing high-quality and safe care for women during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. As an independent and highly qualified health professional, the midwife performs a complex set of activities that combine medical, preventive, rehabilitative, and educational functions. In the postpartum period, the midwife continues to provide care directed towards the recovery of the mother and the adaptation of the newborn. She assesses the physical condition of the mother, monitors the involution of the uterus and the overall health status, and supports the establishment and maintenance of breastfeeding. An essential aspect of her work is providing information and education on caring for the newborn, hygiene, and preventing complications. The professional activity of the midwife in hospital settings is based on ethical principles, clinical standards, and evidence-based practice. It requires a high level of competence, responsibility, communication skills, and the ability to make decisions in a dynamic clinical environment. In conclusion, the midwife occupies a central place in providing integrated healthcare for the mother and newborn in hospital settings. Her contribution is crucial for improving perinatal outcomes and enhancing the quality of obstetric-gynecological care. The goal of the research is to analyze and evaluate midwifery care in the postpartum period during the stay in the healthcare facility. A survey was conducted among 100 mothers, and the results show that 87% of respondents received sufficient information regarding postpartum care; 73% of mothers received assistance with their first breastfeeding; 73% of women received psycho-emotional support; 49% of respondents expressed a desire for training on breastfeeding and breast care; and 48% of the families of the mothers wished for training and preparation for the postpartum period.*

Key words: postpartum period, midwife, newborn

Въведение

Препоръките, относно здравето на майката и новороденото, на Световната здравна организация (СЗО) са за положително преживяване след раждането. „Положителен следродилнен опит“ се разглежда, като съществен резултат за всички раждащи жени и техните новородени, поставящ основата за по-добро здраве и благополучие в краткосрочен и дългосрочен план и се характеризира с предоставяне на навременна информация, подкрепа и увереност от мотивирани здравни специалисти [3].

Грижите в следродилния период представляват съществен елемент от грижите за майката и детето и имат ключово значение за постигане на Целите за устойчиво развитие (ЦУР), свързани с репродуктивното, майчино и детско здраве, особено по отношение на намаляване на майчината смъртност и предотвратяване на смъртността при новородени [2]. По данни на СЗО, в световен мащаб, в периода

на първите дни след раждане, повече от 3 на 10 жени и бебета не получават следродилни грижи. Акушерката играе ключова роля в осигуряване на качествени здравни грижи в следродилния период. Чрез своите знания и професионални умения тя подпомага за възстановяването на майката, за развитието на новороденото и създава увереност в семейството.

Цел и задачи

Целта на изследването е анализиране и оценка на акушерските грижи в периода след раждане, по време на престоя в лечебното заведение. За постигане на целта се поставиха следните **задачи**: Да се проучи мнението на родилки, по отношение предоставената от акушерки информация, подкрепа, грижи и обучение в периода след раждане, по време на болничния престой; да се проучи потребността на семействата на жените от предоставяне на обучение за следродилни грижи.

Материал и методи

В периода 01.02.2026 г.-01.04.2026 г. е проведено доброволно анонимно анкетно проучване, чрез пряка анонимна анкета сред родилки. За целта се изработи Анкетна карта, съдържаща 13 въпроса.

Обхват на проучването са 100 родилки, преминали през УМБАЛ „Дева Мария“, гр. Бургас.

Обект на изследване са преживяванията, чувствата, нагласите на жените.

Предмет на изследване е процеса на предоставяне на акушерски грижи.

Резултати и обсъждане

Изследваните родилки са условно разделени в четири възрастови групи, като най-голям е дялът на анкетираните във възрастови групи 20-30 г. – 42 (42%) и 31-40 г. – 42(42%), следвани от групите на „до 20 г.“ – 9 (9%) и „над 41 г.“ – 7 (7%) (фиг. 1):



Фиг. 1. Респонденти по възраст

По-голямата част от анкетираните - 87 (87%) живеят в градове, а 13 (13%) в села. Според признака „образование“, по-голямата част от респондентите са с висше 47 (47%) и със средно образование са 26 (26%). С основно образование са 16 (16%) анкетираните, 6 (6%) са с начално, а 5 (5%) са без образование (фиг. 2):



Фиг. 2. Образователен статус

Образователното равнище, особено при жените, играе ключова роля за здравето и общественото развитие. Отдавна е установена връзката между образованието на жените и по-добрите показатели в майчиното и детско здраве. Това включва използване на здравни услуги, по-голяма самостоятелност при вземането на решения и по-голяма икономическа стабилност [1]. В нашата извадка почти половината 47 (47%) от анкетираните имат висше образование. При висок дял на респонденти с висше образование е вероятно да се наблюдава и по-висока здравна грамотност, което се свързва с по-добро разбиране за значението на здравословния начин на живот, профилактичните прегледи и акушерските грижи, което от своя страна допринася за по-добри перинатални резултати. Начинът на родоразрешение при 75 (75%) е чрез Цезарово сечение, а 25 (25%) са родили по нормалния механизъм на раждане. За 45 (45%) от анкетираните това е първо раждане, 43 (43%) раждат за втори път, а за 12 (12%) от респондентите това е трето и повече от трето раждане.

На въпроса: „Получихте ли достатъчно информация относно следродилните грижи“ от дежурната акушерка, много висок процент анкетираните 87 (87%) дават положителни отговори, частична информация са получили 11 (11%), само 1 (1%) жена не е получила информация.

Въпрос от анкетата изисква споделяне на това дали са получили помощ при първоначалното кърмене – „Получихте ли помощ при пър-

воначалното кърмене?“. Положителни отговори са дали 73 (73%), 17 (17%) „не са имали нужда“, а 10 (10%) не са получили помощ (фиг. 3):



Фиг. 3. Помощ при кърмене

73 (73%) от анкетираните са получили помощ при първоначалното кърмене. Това е значителен процент и подчертава, че акушерските грижи и подкрепата в болнични условия са ефективни и полезни за новите майки при започване на процеса на кърмене. Не са имали нужда от помощ 17 (17%) от анкетираните. Това може да означава, че част от родилките се чувстват уверени и подготвени да започнат кърмене без допълнителна помощ. Важно е обаче да се подчертае, че дори и тези жени да не са поискали помощ, необходимо е системата да предлага такава, за да адресира нуждите на всички, независимо от чувството за самостоятелност.

Значително висок е дялът на родилките - 49 (49%), който ясно показва, че имат голяма нужда от обучение и подкрепа при кърмене. Това означава, че акушерката трябва да постави основен акцент именно тук – практически насоки, решаване на проблеми и насърчаване (фиг. 4):

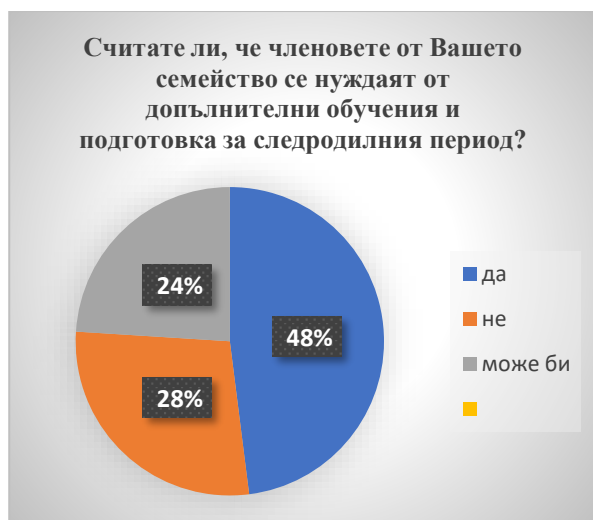


Фиг. 4. Темы за обучение в следродилния период

Психоемоционалната подкрепа 16 (16%) е поставена на второ място, което показва, че родилките не търсят само физическа грижа, а и разбиране, сигурност и подкрепа в адаптацията към майчинството. Грижата за оперативната рана 15 (15%) има почти същата тежест както емоционалната подкрепа, което подчертава нуждата от ясни указания за физическо възстановяване. По-ниският дял може да означава или по-малка осъзнатост, или липса на достатъчно информация по темата, което я прави важна за включване в обучението.

На участвалите в анкетното проучване е зададен и въпрос, свързан с необходимостта от обучение на членовете на семейството в следродилния период

Най-голям дял от анкетираните 48 (48%) споделят, че членовете на семейството имат нужда от допълнителна подготовка. Това показва, че родилките осъзнават колко важна е подкрепата от близките в следродилния период. Групата на респондентите дали отговор „може би“ 24 (24%), също е показателна – тя подсказва липса на достатъчно информация или колебание относно ролята на семейството. Това означава, че има потенциал тази група да бъде убедена в ползата от обучение. Малка част от анкетираните 8 (8%) посочват, че не е необходимо допълнително обучение, което може да се дължи на вече наличен опит или подценяване на нуждата от подготовка (фиг. 5):



Фиг. 5. Нужда от обучение и подкрепа от семейството

Повечето родилки 48 (48%) категорично признават нуждата от подготовка на семейството. Това подчертава значението на включването на партньори и близки в обучителни програми, тъй като тяхната информираност и подкрепа са ключови за по-лесното възстановяване и адаптация на майката.

Заклучение

Следродилният период е критичен етап както за майката, така и за новороденото, който изисква комплексни и добре организирани грижи в болнична среда. Проведените наблюдения и анализи показват, че качествените следродилни грижи допринасят съществено за бързото възстановяване на родилката и за нормалната адаптация на новороденото към извънматочния живот. Особено значение имат ранното проследяване на жизнените показатели, контролът на болката, профилактиката на инфекции и наблюдението за евентуални усложнения. Подкрепата при кърмене и обучението на майката за грижи за новороденото също са ключови елементи, които подобряват

дългосрочните здравни резултати. Съществен фактор за ефективността на грижите е мултидисциплинарният подход, включващ лекари, акушерки и медицински сестри, както и индивидуализираният подход към всяка пациентка. Емоционалната подкрепа и създаването на доверителна среда в болничното заведение оказват положително влияние върху психическото състояние на майката.

Оптимизирането на следродилните грижи в болнични условия чрез прилагане на съвременни стандарти и практики е от съществено значение за намаляване на риска от усложнения и за осигуряване на благоприятен старт в живота на новороденото.

Литература

1. Bello-Álvarez, L., B. M. Fernández-Félix, J. Allotey et al., Effects of maternal education on maternal and perinatal outcomes: An individual participant data meta-analysis of 2 356 402 pregnancies, *Int J Gynaecol Obstet.* 2025 Jul 28;172(2):886–895. doi: 10.1002/ijgo.70401
2. Wojcieszek, A. M., M. Bonet, A. Portela et al. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: strengthening the maternal and newborn care continuum, *BMJ Glob Health.* 2023 Jan 30;8(Suppl 2):e010992. doi: 10.1136/bmjgh-2022-010992
3. Dimitrova, V., Evtimova, T. Spetsialni akusherski grizhi pri normalen i patologichen puerperium. Varna: Meditsinski universitet – Varna, 2020, 224 s
4. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Юркюш Бейсимова: urkush_ahmed@abv.bg
 Златина Денева: zlatinadeneva@abv.bg
 Бургаски държавен университет „Проф. д-р Асен Златаров“, ФО33Г



АДОЛЕСЦЕНТНА БРЕМЕННОСТ И РАЖДАНЕ – ЗДРАВНИ И СОЦИАЛНИ ПРОБЛЕМИ. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Златина Денева

ADOLESCENT PREGNANCY AND BIRTH – HEALTH AND SOCIAL PROBLEMS LITERATURE REVIEW

Zlatina Deneva

ABSTRACT Adolescent pregnancy and childbirth represent a significant health and social problem that affects the individual, the family and society as a whole. The problem remains relevant, both globally and in Europe, including Bulgaria, with socio-economic differences having a significant impact on the frequency of early pregnancies. According to the World Health Organization, this is a pregnancy that occurred during adolescence, between the ages of 10 and 19. This period is characterized by intense physical, psychological and social changes, which make pregnancy and childbirth particularly risky for both the mother and her newborn child. The aim of this literature review is to review the specialized scientific literature and to analyze and summarize scientific research on the medico-social problems of early pregnancy and childbirth, as well as to identify the main risk factors and prevention options. Material and methods: Specialized scientific literature on the problem was analyzed. Bulgarian and foreign literary sources were used. The results show that pregnancy and childbirth expose young mothers to an increased risk of complications – hypertension, hemorrhage, preeclampsia and eclampsia, anemia, endometritis and high maternal mortality. The risks and adverse outcomes for the newborn include a higher incidence of prematurity, stillbirth, premature birth, low birth weight, asphyxia. Conclusion: Adolescent pregnancy and childbirth is a problem that requires a multidisciplinary approach, including health, educational and social interventions. Despite progress in understanding the problem, significant challenges remain, especially in the areas of prevention and social integration of young mothers.

Key words: adolescent pregnancy and childbirth, adolescence, health problems, social problems

Въведение

Терминът adolescence, -су, в превод от английски език, означава юношество [2]. Световната здравна организация (СЗО) определя юношеството, като фаза от живота между детството и зрелостта във възрастта от 10 до 19 години [15]. Възрастта, според СЗО, е само една характеристика, която определя този критичен период на развитие. Благополучието и здравето на юношите зависят много от поведението им и от изборите, които те правят по това време [34].

Юношите преживяват хормонални, физически, психологически и социални промени, които се отразяват на техните чувства, мисли, решения и взаимодействие с околния свят. Едновременно с това юношите могат да се изправят пред много социални предизвикателства – ограничени възможности за образование [20] и намиране на доходна работа, здравни пре-

дизвикателства като ранна и нежелана бременност, полово предавани инфекции, депресия [20]. Предизвикателства пред юношеското сексуално и репродуктивно здраве са и липсата на образование и информация, трудния достъп до здравни услуги, особено контрацепция и небезопасен аборт, ранни и насилствени бракове [34]. Различни фактори от социален и личен характер могат да доведат до настъпване на бременност в адолесцентна възраст – ускорено физическо развитие (акцелерация) [4], ранно сексуално съзряване, ранно менархе [9, 16], млада възраст на първи сексуален контакт [1, 16], ниска сексуална култура [1, 9], сексуална активност [29], неизползване на контрацептиви [29], занижен родителски контрол [9, 28], липса на родителска подкрепа [19, 20], употреба или злоупотреба с алкохол и наркотици, сексуално насилие [9], вярвания, нагласи и норми в общността [25], а в определени етнически общности е резултат на исторически установили се традиции [4].

Бременността може да се появи в ранния адолесцентен период (11-14 г.), среден адолесцентен период (15-17 г.) или в стадия на късното адолесцентство (18-20 г.) [9].

Цел

Целта на настоящия литературен обзор е да се направи преглед в специализирана научна литература и да се анализират и обобщат научните изследвания, относно медико-социалните проблеми при ранната бременност и раждане, както и да се идентифицират основните рискови фактори и възможностите за превенция.

Материал и методи

Анализирана е специализирана научна литература по проблема. Използвани са български и чуждестранни литературни източници.

Резултати

Адолесцентната бременност и раждане поставят значими здравни, социални и икономически проблеми с краткосрочни и дългосрочни последици, както в България, така и в чужбина. По данни на Световната здравна организация (СЗО), ежегодно в страните с ниски и средни доходи 21 милиона момичета на възраст 15-19 години забременяват и приблизително 12 милиона от тях раждат. Данните сочат, че в световен мащаб раждаемостта сред подрастващите намалява от 64,5 раждания на 1000 жени на възраст 15-19 г. през 2000 г. до 41,3 раждания на 1000 жени през 2023 г. Въпреки това, темповете на промяна в различните региони са неравномерни. В рамките на отделните държави също се наблюдават големи различия [32].

Проучванията в страните с ниски и средни доходи, на рисковите фактори, свързани с юношеската бременност, показват, че честотата ѝ е по-висока сред момичета с по-ниско образование и с по-нисък социално-икономически статус. Един от факторите, които допринасят за юношеската бременност и раждане е ранният брак. В много общества, момичетата са принудени да се женят рано и да раждат деца. В тези общества майчинството е важно и бракът и раждането на деца може да са най-добрата налична възможност. Освен това, забременяването се явява избор поради ограничените възможности за образование и работа.

При желание да избегнат бременност, момичетата се сблъскват с бариери пред достъпа до контрацепция и ограничителни закони. Дори и да могат да се снабдят с контрацептиви, на подрастващите могат да им липсват ресурси за да ги заплатят и знания, за това как да ги използват [32]. В тази връзка, проучване от Финландия установява, че предоставянето на безплатна контрацепция без рецепта, както и наличието на спешна контрацепция без рецепта, без възрастови ограничения, се свързват с по-ниски нива на тийнейджърска бременност. Поради това, тези услуги, в комбинация с подходящо консултиране и информиране, представляват важен елемент от ориентираните към младите хора контрацептивни грижи. Осигуряването им по достъпен начин за всички подрастващи допринася за по-нататъшно намаляване на честотата на тийнейджърски бременности (Jalanko et al. 2021) [18].

Друга причина за ранна и нежелана бременност е сексуалното насилие [26], като според СЗО, 120 милиона момичета на възраст под 20 години са били подложени на сексуално насилие от лице, което не е интимен партньор (СЗО, 2024) [32].

Автори посочват, че адолесцентната бременност може да бъде повлияна, както от социалната среда, така и от биологични фактори, които се предават през поколенията. Rowlands et al. [28] разглеждат социалните и биологични трансгенерационни основи на юношеската бременност. Те считат, че рискът от бременност в юношеска възраст, може да започне да се формира още преди менархе, дори преди зачеването, и да бъде повлиян от фактори, засягащи майките и бабите. Социалните и икономическите неравенства, като бедност, несигурни условия на живот, неравнопоставеност между половете и насилие играят важна роля за този риск. Затова е важно усилията за неговото намаляване да се насочат към преодоляване на тези неравенства и да се обърне влияние на „майчините линии“ (Rowlands et al., 2021) [28]. Aluga and Okolie [11] също свързват междугенерационният цикъл с тийнейджърска бременност. Редица рискови фактори, според тях, са по-често срещани сред децата, родени от тийнейджърски майки – момичета, израснали със самотна майка, с майка, родила в юношеска възраст или майка с нисък образователен и социален статус, са изложени на по-висок риск. Социално-икономическите лишения, съчетани с отсъствието на бащина фи-

гура, повишават тяхната уязвимост и насърчават търсенето на стабилност чрез ранни партньорства. Също така, решението на ранна бременност се формира под влияние на натрупания житейски опит и очаквания за бъдещето (Aluga and Okolie, 2021) [11]. Други автори считат, че бременността може да представлява несъзнателен опит на тийнейджърката да се справи с трудности във взаимоотношенията с майката. Колева и Хаджиделева [8] предполагат, че в детството си тези момичета не са получили достатъчно майчински грижи и подкрепа, което може да доведе до липса на доверие в способността на майката да осигури необходимата физическа и емоционална сигурност, както и близост в общуването (Колева и Хаджиделева, 2023) [8].

Независимо, че adolescentната бременност представлява основен проблем в страните с ниски и средни доходи, той все още буди безпокойство и в много европейски страни. Юношеската бременност в Европа е намаляла, но тази тенденция е различна за различните страни, като според Martins et al. [21] по-високите нива на бременност сред жени 15-19 години се срещат в Източна Европа, в сравнение със Северна, Западна и Южна (Martins et al., 2023) [21].

При проучвания върху нивата на бременност при юноши в Европа, висока честота на тийнейджърска бременност се установява в България и Румъния, умерена в Словакия и ниска в останалите европейски страни, като процентът на тийнейджърска бременност в страните от Източна Европа е два до три пъти по-висок, отколкото в други европейски страни (Ursache et al., 2023) [30].

Според законодателството на Република България, adolescentна бременност е термин, отнасящ се за бременност, настъпила при млади жени преди навършване на 18 години [9]. По данни от 2024 г. на Националния статистически институт (НСИ), през 2023 г. в Р България са живородени 57 197 деца, а от тях родените от майки под 20-годишна възраст са 5820 (НСИ, 2024) [33]. В България се наблюдава трайна тенденция за висока ранна плодовитост при 15-19 годишните момичета. Докато в развитите европейски страни делът на ражданията от майки под 20 години е 2%, то той е над 10% у нас. По-голямата част от жените, които раждат на тази възраст са от ромски произход (Грънчарова и Александрова-Янкуловска, 2021) [3]. У нас, сериозен проблем при ромския етнос е ниската сексуална култура,

която е предпоставка за ранно започване на полов живот, ранен брак, последвани от ранна бременност и раждане [5].

Раждането на деца от деца крие сериозни здравни и социални рискове, свързани с физическото изпитание и с психическата неподготвеност за изпълнение на отговорно родителство. В тази възраст жената все още не е готова да стане майка, както по физиологични, така и по социални причини – нисък социален статус, ниско ниво на образование, липса на доходи [3].

Настъпването на бременност в adolescentна възраст нарушава възприетия житейски модел, при който първо се получава образование, започва се работа, постига се финансова независимост и след това се създава семейство [12]. Младите майки навлизат в зрелия живот без сигурност по отношение на професия, собствено жилище, без финансова и икономическа стабилност. Сблъскват се с трудности, ако решат да продължат образованието си или да потърсят работа. Преждевременното напускане на училище [9, 13, 14, 26] и ниското ниво на образование намаляват възможностите за бъдеща реализация. Социални последици може да са и малтретиране от страна на семейството, връстници и партньори, ранен и принудителен брак [16], както и отхвърляне от техните партньори и семейства. Често са изложени на по-висок риск, в сравнение със своите връстници от влошено психично здраве, суицидно поведение и проблеми, свързани с употребата на вещества [13]. Поради психологическата си незрялост, на младите майки им е трудно се справят с родителските отговорности, което се отразява на качеството на грижи за техните деца. Често отговорностите се прехвърлят към семействата на децата, родили деца или към държавни институции, което лишава пък родените и изоставени деца от семейна среда [1].

Ранната бременност в повечето случаи не е планирана (50-60%), а значителна част от нея е и нежелана (30-40%). Поради тази причина тя по-често завършва с изкуствено прекъсване на бременността [7].

Проучвания показват, че adolescentната бременност е свързана и с по-неадекватни пренатални грижи [12, 25] в сравнение с бременност на по-възрастни жени. Поради икономически и социални затруднения тийнейджърските майки по-рядко посещават пренатални консултации и здравни заведения, което може

неблагоприятно да се отрази, както върху майчиното здраве, така и върху неонаталните резултати [27]. Leftwich [13] съобщава, че често юношите се обръщат късно към пренатални грижи поради липса на знания, страх от последиствия, ограничен достъп или стигма (Leftwich et al, 2017) [13]. При проучвания на серия от случаи с юношеска бременност, Briosio et al. [15], установяват 89,3% непланирани бременности, късно начало на наблюдение, както и акушерски и неонатални усложнения (Briosio et al., 2022) [15].

Бременността и раждането в adolescentна възраст излага младите майки на повишен риск от усложнения като хипертония [20, 22], прееклампсия и еклампсия [10, 13, 17, 20, 28, 30], анемия [6, 13, 20, 22, 28, 30], пуерперален ендометрит [20, 30], кръвоизлив [10, 20, 30], полови предавани инфекции [26], хронична инфекция [30] и майчина смъртност [5, 10, 13, 20, 22, 26]. Основните причини за майчината смъртност, които посочват Maheshwari et al. [20], са кръвоизлив при майката, хипертонични разстройства, прееклампсия и еклампсия, руптура на матката и сепсис (Maheshwari et al., 2022) [20]. Matasariu et al. [22], установяват по-висок процент на пелвео-фетална диспропорция, цервикална дистокия, инструментално раждане, разкъсване на маточната шийка и случаи, по-често изискващи налагане на епизиотомия, в сравнение с по-възрастни жени (Matasariu et al., 2023) [22]. Цервикалната дистокия и пелвео-феталната диспропорция са водещи индикации сред подрастващи майки за по-често налагане на Цезарово сечение (Brezeanu et al. 2025) [14].

Adolescentната бременност се свързва и с рискове за неблагоприятни резултати при раждане - по-висока честота на недоносеност [5, 6, 10, 20] и мъртво раждане [3, 20, 30, 28, 31], ниско тегло при раждане [14, 16, 17, 20, 22, 26, 28, 29, 30], забавяне на растежа [22] преждевременно раждане [6, 10, 13, 14, 16, 17, 28, 29, 30, 31], по-висока неонатална и перинатална детска смъртност [3, 13, 17, 20, 24, 31], ниски резултати по APGAR [16, 20, 22, 26], вродени аномалии [5, 10], родови травми и асфиксия [6]. Според Ursache et al., неонаталната смъртност при тийнейджърска бременност е около три пъти по-висока, отколкото при възрастни жени, а рискът от майчина смърт поради усложнения е два пъти по-висок (Ursache et al., 2023) [30].

Заклучение

В научната литература се подчертава значението на превенцията чрез образование, сексуално образование, достъп до контрацепция и създаване на подкрепяща социална среда за младите хора. Adolescentната бременност и раждане се разглеждат като комплексен феномен, изискващ мултидисциплинарен подход, включващ здравни, образователни и социални интервенции. За справяне с него е необходимо изграждане на мултидисциплинарни екипи, включващи здравни специалисти и социални работници, които допринасят за намаляване както на майчините, така и на перинаталните усложнения. В училищната среда следва да се прилагат общообразователни програми, насочени към репродуктивното и сексуално здраве. Подрастващите се нуждаят от достъп до ориентирани към младите хора услуги за репродуктивно здраве и от подкрепата на родители и други доверени възрастни. Тази подкрепа има ключова роля, тъй като помага на младите хора да вземат информирани и здравословни решения, свързани с взаимоотношенията и сексуалното поведение (Briosio et al. 2022) [15]. Въпреки това, проучване на Michaud et al. [23], оценяващо препоръките и политиките, относно достъпа до грижи в областта на сексуалното и репродуктивно здраве на подрастващи в 31 европейски държави, включително и в България, установява, че в значителна част от европейските държави достъпът до контрацепция остава ограничен, както и достъпът до здравни услуги и програми, насочени към бременни тийнейджърки. В почти половината от страните в Европейския съюз липсват услуги, предоставящи грижи, съобразени със специфичните нужди на подрастващите в областта на сексуалното и репродуктивно здраве и гарантиращи спазването на техните права, включително поверителност и автономност. Освен това, се оказва, че много от здравните специалисти, които предоставят услуги, свързани със сексуалното и репродуктивно здраве на подрастващите, не разполагат с необходимата подготовка, за да отговорят адекватно на специфичните потребности на младите хора в тази област (Michaud et al. 2020) [23].

Литература

1. Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012-2030г.) <https://www.>

president.bg/docs/1352302457.pdf за обсъждане, с.15, 52-53, 103-105.

2. Английско-български, българо-английски речник. Издателска къща „МАГ-77“, Печат „Полиграфия“ АД-Пловдив, 1999, с.12.

3. Грънчарова, Г., С. Александрова-Янкуловска. 2021. Основи на социалната медицина, Издателска къща „СТЕНО“, Варна, 2021.

4. Димиева, Зл., Вл. Гончев. 2013. Характеристика на ранната раждаемост в Североизточен район, Научни трудове на Русенския университет-2013, том 52, серия 8.3, с.110-113.

5. Евтимова, Т., Т. Цветкова. 2013. Здравни и социални проблеми на ранния брак, бременност и раждане сред ромската общност, Сп. Управление и образование, Том IX (5) 2013, с.115-121.

6. Колева, Н., Д. Хаджиделева, А. Димитрова. 2017. Специфики при протичане на бременност, раждане и послеродов период в адолесцентна възраст, Сп. Управление и образование, Том XIII (5), 2017, с.142-149.

7. Колева, Н., Д. Хаджиделева. 2023. Медицински и социални аспекти на бременността в адолесцентна възраст-литературен обзор, Сп. Управление и образование, Том 19(5) 2023, с. 34-42.

8. Колева, Н., Д. Хаджиделева. 2023. Психологически аспекти на бременността в адолесцентна възраст-литературен обзор, Сп. Управление и образование, Том 19(5)2023, с. 43-52.

9. Под редакцията на Проф. д-р А. Димитров, дм, дмн.2020. Акушерство, Учебник за студенти по медицина, Медицинско издателство „АРСО“-АРСО-КП ЕООД, София, 2020, с.173-174.

10.Сандева, М. 2020. Социо-демографски, икономически и поведенчески фактори, влияещи върху преждевременната раждаемост. Издателство „Макрос“, Пловдив, 2020.с.23-24, 73-77, 82-83.

11.Aluga, D., E. A. Okolie. 2021. Socioeconomic determinants of teenage pregnancy and early motherhood in the United Kingdom: A perspective, Health Promot Perspect. 2021 Dec 19;11(4):426-429. doi: 10.34172/hpp.2021.52

12.Bałańda-Bałydyga, A., A. B. Pilewska-Kozak, C. Łepecka-Klusek, G. Stadnicka, B. Dobrowolska. Attitudes of Teenage Mothers towards Pregnancy and Childbirth, Int J Environ Res Public Health. 2020 Feb; 17(4): 1411. doi: 10.3390/ijerph17041411

13.Baxter, A., J., R Dundas, F. Popham et al. 2021. How effective was England's teenage pregnancy strategy? A comparative analysis of high-income countries, Soc Sci Med. 2021 Feb;270:113685.

doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113685

14.Brezeanu, D., A. Brezeanu, S. Stase, et al. 2025. Adolescent Pregnancy in Southeastern Romania: A Ten-Year Retrospective Cohort from a Regional Referral Center, Medicina (Kaunas). 2025 Dec 4;61(12):2162. doi: 10.3390/medicina61122162

15.Brioso, E, K., A. I Carvalho, T. Caldeira, et al. 2022. Adolescent Pregnancy: A Case-Series Study of 112 Adolescent Mothers and Their Newborns, Cureus. 2022 Aug; 14(8): e27987.. doi: 10.7759/cureus.27987

16.Diabelková, J., K. Rimárová, E. Dorko, P. Urdžík, A. Houžvičková, L. Argalášová. Adolescent Pregnancy Outcomes and Risk Factors, Int J Environ Res Public Health. 2023 Mar; 20(5): 4113. doi: 10.3390/ijerph20054113

17.Ganchimeg, T. E Ota, N Morisaki, et al.; WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. 2014. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study, BJOG. 2014 Mar;121(Suppl 1):40-8.doi: 10.1111/1471-0528.12630.

18.Jalanko, E., F. Gyllenberg, N. Krstic, et al. 2021. Municipal contraceptive services, socioeconomic status and teenage pregnancy in Finland: a longitudinal study, BMJ Open. 2021 Feb 17;11(2):e043092. doi: 10.1136/bmjopen-2020-043092

19. Leftwich, H. K., M. V. O. Alves. 2017. Adolescent Pregnancy, Pediatr Clin North Am. 2017 Apr;64(2):381-388.doi: 10.1016/j.pcl.2016.11.007. Epub 2017 Jan 3.

20.Maheshwari, M. V., N. Khalid, P. D Patel, R. Alghareeb, A. Hussain, Maternal and Neonatal Outcomes of Adolescent Pregnancy: A Narrative Review, Cureus. 2022 Jun; 14(6): e25921. doi: 10.7759/cureus.25921

21.Martins, M. V., N. Karara, L. Dembiński, M. Jacot-Guillarmod, A. Mazur, A. Hadjipanayis, P. Michaud. Adolescent pregnancy: An important issue for paediatricians and primary care providers—A position paper from the European academy of paediatrics, Front Pediatr. 2023; 11: 1119500. doi: 10.3389/fped.2023.1119500

22.Matasariu, D. R., I. Dumitrascu, I. E. Bujor, A. E. Cristofor, L. V. Boiculese, C. E. Mandici, M. Grigore, D. Socolov, F. Nechifor, A.

- Ursache. Mirroring Perinatal Outcomes in a Romanian Adolescent Cohort of Pregnant Women from 2015 to 2021, *Diagnostics* (Basel). 2023 Jul; 13(13): 2186. doi: 10.3390/diagnostics13132186
23. Michaud, P., A. Visser, J. Vervoort, et al. 2020. Do European Union countries adequately address the healthcare needs of adolescents in the area of sexual reproductive health and rights?, *Arch Dis Child*. 2020 Jan;105(1):40-46. doi: 10.1136/archdischild-2019-317073. Epub 2019 Jul 3.
24. Neal, S., A. A. Channon, J. Chintsanya. 2018. The impact of young maternal age at birth on neonatal mortality: Evidence from 45 low and middle income countries, *PLoS One*. 2018 May 23;13(5):e0195731. doi: 10.1371/journal.pone.0195731
25. Noori, N., J. L Proctor, Y. Efevbera et al. 2022. The Effect of Adolescent Pregnancy on Child Mortality in 46 Low- and Middle-Income Countries *BMJ Glob Health*. 2022 May 3;7(5):e007681. doi: 10.1136/bmjgh-2021-007681
26. Radu M. C, L. S Manolescu, R. Chivu et al. 2022. Pregnancy in Teenage Romanian Mothers, *Cureus*. 2022 Jan 24;14(1):e21540. doi: 10.7759/cureus.21540
27. Rexhepi, M., F. Besimi, N. Rufati, et al. 2019. Hospital-Based Study of Maternal, Perinatal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy Compared to Adult Women Pregnancy, *Open Access Maced J Med Sci*. 2019 Mar 14;7(5):760–766. doi: 10.3889/oamjms.2019.210
28. Rowlands, A., E. C. Juergensen, A. P. Prescivalli, et al. 2021. Social and Biological Transgenerational Underpinnings of Adolescent Pregnancy, *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Nov; 18(22): 12152. doi: 10.3390/ijerph182212152
29. Sedgh, G., L.B. Finer, A. Bankole et al. 2016. Adolescent Pregnancy, Birth, and Abortion Rates Across Countries: Levels and Recent Trends, *J Adolesc Health*. Author manuscript; available in PMC: 2016 May 2;56(2):223–230. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.09.007
30. Ursache, A., L. Lozaneanu, I. Bujor, et al. 2023. Epidemiology of Adverse Outcomes in Teenage Pregnancy—A Northeastern Romanian Tertiary Referral Center, *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan; 20(2): 1226.. doi: 10.3390/ijerph20021226
31. Zhang, T., H. Wang, X. Wang, et al. 2020. The adverse maternal and perinatal outcomes of adolescent pregnancy: a cross sectional study in Hebei, China, *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Jun 1;20:339. doi: 10.1186/s12884-020-03022-7
32. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> Посл. 30.04.2026 г.
33. <https://www.nsi.bg/statistical-data/216/689> Посл. 30.04.2026 г.
34. [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/adolescent-and-sexual-and-reproductive-health-and-rights](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/adolescent-and-sexual-and-reproductive-health-and-rights) Посл. 30.04.2026 г.

преп. Златина Денева, доц
Бургаски държавен университет
„Проф. д-р Асен Златаров“,
„Проф. Я. Якимов“ I
ФОЗЗГ, Катедра „Здравни грижи“
e-mail: zlatinadeneva@abv.bg



КЛИНИЧНИ АСПЕКТИ И ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПРИЛОЖЕНИЕ НА ПОЛИНУКЛЕОТИДИТЕ PLURIAL SILK ЗА КОЖНА БИОРЕВИТАЛИЗАЦИЯ В ЕСТЕТИЧНАТА МЕДИЦИНА

Димитър Иванов, Иванка Стамболова

CLINICAL ASPECTS AND HEALTHCARE IN THE APPLICATION OF PLURIAL SILK POLYNUCLEOTIDES FOR SKIN BIOREVITALIZATION IN AESTHETIC MEDICINE

Dimitar Ivanov, Ivanka Stambolova

ABSTRACT: Modern aesthetic medicine increasingly applies regenerative therapies aimed at improving skin quality by stimulating natural restorative processes. Among contemporary biostimulating products, Plurial Silk occupies a significant place as an injectable polynucleotide-based treatment designed for skin biorevitalization and restoration of skin structure.

Plurial Silk contains highly purified polynucleotides with proven regenerative and hydrating effects. By stimulating fibroblast activity and collagen synthesis, the product contributes to improved skin elasticity, density, and overall skin quality. Polynucleotide procedures are commonly used for photoaged skin, fine lines, dehydration, loss of skin tone, and delicate areas such as the periorbital region.

This report examines the clinical aspects and healthcare considerations in the application of Plurial Silk in aesthetic medicine. The mechanism of action of polynucleotides, indications and contraindications, injection techniques, and possible adverse reactions are analyzed. Special attention is given to the role of healthcare professionals in patient preparation, assisting the physician during the procedure, maintaining aseptic conditions, and providing adequate post-procedure care.

In conclusion, the report emphasizes the importance of a professional approach and individualized patient assessment in achieving safe and effective outcomes with Plurial Silk procedures.

Key words: aesthetic medicine, health care, polynucleotides, biorevitalization

Въведение

Полинуклеотидите, наричани още PDRN или полидезоксирибонуклеотиди, са дълговерижни ДНК фрагменти, пречистени от сперматозоиди от съомга. ДНК от съомга има висока структурна съвместимост с човешката ДНК, което е причината тя да функционира толкова добре като биологична сигнална молекула в човешката тъкан [JuvenoLogy, n.d.]. Полинуклеотидите подпомагат клетъчната регенерация, като осигуряват структурна рамка, която улеснява клетъчното делене и възстановяване. Когато се инжектират в кожата, те действат като скелета, които помагат за организирането и стабилизирането на извънклетъчната матрица. Този процес подобрява способността на кожата да произвежда колаген и еластин, ключови протеини за поддържане на стегнатостта и еластичността на кожата.

Един от непосредствените ефекти на инжекциите с полинуклеотиди е подобряването на хидратацията на кожата. Полинуклеотидите привличат и свързват водни молекули, което води до ефект на изравняване, който увеличава обема на кожата и намалява появата на фини линии и бръчки. Това хидратиращо свойство е особено полезно за хора със суха или старееща кожа.

Полинуклеотидите играят ключова роля в стимулирането на фибробластите и производството на колаген и еластин. Тези протеини са от съществено значение за поддържане на структурната цялост и еластичност на кожата. Чрез насърчаване на техния синтез, полинуклеотидите помагат за стягане и укрепване на кожата, което води до по-младежки вид [BTX London, n.d.].

Plurial Silk представлява вискоеластичен, непирогенен стерил полинуклеотиден гел за еднократна употреба, за интрадермална инфилтрация [(MD Beauty, 2021)]. Индикациите

за прилагане на продукта са при дехидратирана и фотоувредена кожа, агресивна кожа, за възстановяване на нейната текстура и цвят и при подготовка за други естетични процедури. С продукта могат да се третира и деликатни зони (контур на очите и устата), стрии и белези [Pluryal, n.d.], също така и при фотоувредена кожа. Контраиндикациите са: бременност и кърмене, активно кожно възпаление (акне, херпес), алергия към съставките на препарата, склонност към развитие на хипертрофични белези, рак, автоимунни заболявания [Hyaloo, n.d.]. Pluryal Silk е универсален и по отношение на използваната техника на инжектиране, тъй като този гел може да се прилага чрез тунелна, точкова, кръстосана и ветрилообразна техника, както и чрез различни нови, неинвазивни техники [Skinline, n.d.]. Целевата възрастова група е над 25-годишна възраст, нивото на инжектиране е дълбока дерма / средна дерма (около устните и очите). Приложение: 1 x 2ml спринцовка / 2 x 30G ½ игли. Регулаторни изисквания: спринцовка (CE 0373, MD Skin Solutions) , игли (CE 0050, BD) [MD Beauty, 2022]. Постпроцедурно могат да се появят леки странични ефекти като еритема, подуване или чувствителност, като обикновено кожата се успокоява в рамките на няколко часа. Инжекционното приложение на полинуклеотидите е строго лекарска манипулация с асистирание от квалифицирана медицинска сестра. За да бъде то безопасно се изискват задълбочени познания на анатомичните области, правилен подбор на подходящият пациент, както и стриктно спазване на правилата на асептиката и антисептиката. Превенцията на усложненията започва още по време на предварителната консултация и оценка на състоянието на кожата на пациента и общото му състояние, наличието на алергии, автоимунни заболявания, активни инфекции и други противопоказания за инжекционната процедура. Съществено значение имат и правилната инжекционна техника, дълбочина и количество продукт, за да се намали и сведе до минимум риска от папули, хематоми, отоци, алергични реакции и постпроцедурни възпаления. Използването на стерилни инструменти и стриктната дезинфекция на третираната зона са задължителни. Подходящата и изискуема квалификация на лекаря и медицинската сестра, индивидуалният подход и спазването на изискванията за добра клинична практика и етични стандарти са основни фактори за минимизиране на рисковете и постигане на безопасни и

ефективни резултати при работа с продукта Pluryal Silk.

Здравни грижи

Професионалните грижи се осъществяват от медицинска сестра която има знания, умения и правомощия да ги извършва. Тези грижи следва да произтичат от философията и теоретичните основи на сестринството. [Stambolova, I. 2016]. Сестринските грижи при приложението на Pluryal Silk имат съществено значение за правилното и безопасно изпълнение на естетичната процедура, както и гарантирането на безопасността на пациента, превенцията на усложнения и постигането на оптимални резултати. Медицинската сестра участва активно както в подготовката на пациента и необходимите принадлежности, така и в наблюдението и асистирането по време на процедурата и в постпроцедурните грижи. Преди започването на процедурата медицинската сестра извършва подготовка на работното място и необходимите стерилни принадлежности, като спазва стриктно правилата на асептиката и антисептиката. Взема участие в провеждането на предварителна оценка на общото състояние на пациента, наличие на алергии, активни инфекции, кожни заболявания и други състояния противопоказани за приложение на полинуклеотиди. От съществено значение е пациента да бъде информиран за процедурата, очакваните резултати и възможните временни постпроцедурни реакции. По време на процедурата медицинската сестра асистира на лекаря, подготвя инжекционния материал и следи за комфорта и състоянието на пациента, като поддържа непрекъсната комуникация с него и лекаря.

Необходими принадлежности:

- Маркер
- Локален анестетик
- Предварително напълнена стерилна спринцовка с Pluryal Silk. Тя съдържа готов за употреба полинуклеотиден продукт предназначен за интрадермална инфилтрация, осигуряващо прецизно дозиране и стерилност по време на процедурата
- Игли 30G и 32 G за интрадермална инфилтрация, осигуряващи прецизна инфилтрация и минимизиращи травмата и дискомфорта за пациента
- Канюла- при работа в по-деликатни и чувствителни зони и при техники изискващи по-

малък риск от хематоми и съдови увреждания, като осигурява по-щадящо и равномерно разпределение на продукта

- Стерилни ръкавици и маски
- Антисептичен разтвор
- Стерилни марли и тампони
- Охлаждащ компрес- прилага се след процедурата с цел намаляване на отока, еритема и дискомфорта в третираните зони
- Контейнер за остри медицински отпадъци
- Формуляр за информирано съгласие който се попълва от лекаря и пациента, както и медицинска документация в която се записва използвания продукт, техниката на приложение, третираните зони, количеството на инфилтриран продукт и проследяването на пациента след процедурата.

След приключването на процедурата сестринските грижи включват:

- наблюдение за ранни нежелани реакции- еритем, хематоми, оток, свръхчувствителност и болезненост в третираните зони
- подробни указания за постпроцедурната грижа- избягване на интензивна слънчева експозиция, използване на фотозащитни продукти според типа кожа, избягване на солариум, сауна, тежка физическа активност и агресивни козметични процедури в първите дни след манипулацията.
- наблюдение на възстановителния процес и насочване към лекар при поява на усложнения или нетипични реакции.
- спазване на всички норми на медицинската етика

Изводи

1.Полинуклеотидите Pluryal Silk представят съвременен регенеративен подход в естетичната медицина, насочен към подобряване виталитета и структурата на кожата.

2.Приложението на полинуклеотидите Pluryal Silk стимулира активността на фибробластите, неколагеназата и процесите на кожна регенерация, което води до подобряване на кожната еластичност, хидратация и тонус.

3. Процедурите с полинуклеотидите Pluryal Silk намират широко приложение при фотоувредена кожа, фини линии, възрастови кожни промени, дехидратация, включително и в деликатни анатомични зони.

4. Спазването на правилната инжекционна техника от лекаря, асептика и индивидуалния

подход към пациента са от основно значение за минимизиране на риска и постигане на оптимален естетичен резултат.

5. Медицинската сестра има ключова роля в подготовката на пациента, асистирането по време на процедурата и осигуряване на адекватни постпроцедурни грижи и проследяване.

6. Професионалният подход, комуникацията с пациента и отличното познаване на показанията, противопоказанията и евентуалните временни реакции както от лекаря, така и от медицинската сестра допринасят за безопасното и ефективно приложение на полинуклеотидите Pluryal Silk в естетичната практика.

7. Непрекъснатото повишаване на квалификацията на медицинската сестра и усъвършенстване на познанията в областта на естетичната медицина е от съществено значение за безопасното и ефективно приложение на полинуклеотидите Pluryal Silk и за поддържането на високо качество на предоставяните здравни грижи.

Литература

1. Stambolova, I. 2015. Sestrinski grizhi pri bolni s infeksiozni zabolyavaniya. Sofiya, MU-Sofiya.

2.Naredba № 1 от 8 февруари 2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асистентите медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно]-

<https://www.mh.government.bg/upload/4517/naredba1-ot-08-02-2011g-profesionalni-deinosti-izvarshvat-po-prednaznachenie-ili-samostoiatelno.pdf>

3.,Naredba № 23 от 25 юни 2010 г. за utvarzhdavane na meditsinski standart "Kozhni i Venericheski bolesti"-
<https://www.mh.government.bg/upload/4596/naredba23-ot-25-06-2010g-meditsinski-standart-kozhni-venericheski-bolesti.doc>

4. JuvenoLogy. What Are Polynucleotides?
<https://www.juvenology.co.uk/post/what-are-polynucleotides>

5. BTX London. The Science Behind Polynucleotides.
<https://www.btxlondon.co.uk/the-science-behind-polynucleotides/>

6. MD Beauty. Pluryal Densifiers Protocols.
https://mdbeauty.rs/wp-content/uploads/2021/07/PLURYAL-DENSIFIERS_PROTOCOLS_TURKEYVCH_July_2021_VF.pdf

7. Pluryal. PI TES PRO EN RevE 2.
https://api.pluryal.com/content/uploads/MediaKit/PI_TES_PRO_EN_RevE_2.pdf

8. Hyaloo. Pluryal Silk 2 ml.
https://hyaloo.de/en_US/p/Pluryal-Silk-2ml/2338

9. Skinline. Hydration and Bio Revitalisation with Pluryal Refresh. <https://skinline.bg/en/produkt/hydration-and-bio-revitalisation-with-plural-refresh-2-5ml-copy/>

10. MD Beauty. Pluryal Silk Professional Brochure <https://mdbeauty.rs/wp-content/uploads/2022/03/psbroproenreva.pdf>

Dimitar Ivaylov Ivanov

RN, Dermatology Nurse

e-mail: miteto1989@abv.bg

Medical University of Sofia, "St. Georgi Sofiyski"
St. No. 1. Aleksandrovska University Hospital

Ivanka Kostova Stambolova

Professor, Doctor of Medicine

e-mail: i.stambolova@fz.mu-sofia.bg

Sofia, Bialo more Street , Faculty of Public Health "Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, PhD",
Medical University-Sofia



РОЛЯТА НА ДЕТСКИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ В РАННОТО ИДЕНТИФИЦИРАНЕ НА РИСК ОТ ДОМАШНОТО НАСИЛИЕ

Роска Станчева, Петя Трендафилова

THE ROLE OF CHILDCARE INSTITUTIONS IN THE EARLY IDENTIFICATION OF RISK OF DOMESTIC VIOLENCE

Roska Stancheva, Petya Trendafilova

ABSTRACT: Domestic violence represents a serious social and public health problem that significantly affects the physical, psychological, and emotional development of children. Children growing up in an environment characterized by violence are often exposed to various risks related to disturbances in their emotional development, behavioral problems, and difficulties in social adaptation. For this reason, the early identification of the risk of domestic violence and the implementation of timely protective measures are essential for ensuring the well-being and safety of children. Childcare institutions play an important role in this process, as the specialists working in them have the opportunity to observe the daily behavior and condition of children and to recognize possible signs of risk.

The aim of the study is to examine the role of childcare institutions in the process of early identification of the risk of domestic violence against children. The research seeks to determine the level of awareness, professional training, and practical experience of specialists working in childcare institutions, as well as to analyze the existing organizational practices related to the prevention and recognition of such cases.

The empirical study was conducted through a survey among specialists working in childcare institutions, including directors, nurses, educators, and assistant caregivers. A total of 46 respondents participated in the study. The questionnaire included questions related to the regulatory framework and organizational environment, the professional training and education of specialists, their practical experience in cases of suspected domestic violence, as well as their assessment of the need to improve existing procedures and practices.

The results of the study show that a significant number of specialists have encountered cases or suspicions of domestic violence in their professional practice. At the same time, it was found that in some childcare institutions there are no clearly regulated internal procedures and systems for documenting observations in cases of suspected risk. The data also indicate that although some specialists have received training on the topic, there is a considerable need for additional professional preparation and specialized training aimed at recognizing the early signs of violence in children.

Keywords: domestic violence, children, early identification of risk, childcare institutions, prevention, professional training, child protection, interinstitutional cooperation.

Въведение

Домашното насилие представлява сериозен социален проблем, който засяга милиони деца и семейства по света. То включва физическо, психологическо, емоционално, а понякога и икономическо насилие в рамките на семейната среда. Децата, които израстват в семейства, в които се проявява насилие, често са изложени на силен емоционален стрес и риск от различни затруднения в тяхното психическо, емоционално и социално развитие. Поради тази причина ранното идентифициране на рисковете е от изключително значение за осигуряване на навременна подкрепа и защита.

Детските заведения, като детски градини и други институции за ранно детско образование и грижа, имат важна роля в разпознаването на ранните признаци на домашно насилие. Специалистите, работещи в тези институции, взаимодействат ежедневно с децата и често са сред първите, които могат да забележат промени в поведението, емоционалното състояние или физически признаци, които могат да насочват към проблеми в семейната среда. Чрез наблюдение, комуникация с децата и техните родители, както и чрез сътрудничество със социалните служби, детските заведения могат да допринесат значително за ранното установяване на риск от домашно насилие.

Домашното насилие като проблем

Насилието представлява действия, които причиняват вреда или страдание на хора или животни. То е свързано с прояви на агресия и се изразява чрез различни агресивни поведения. От морална гледна точка насилието между хората се счита за неприемливо и се разглежда като примитивен начин за изразяване на агресивни импулси. При животните обаче агресивното поведение и насилието често се разглеждат като естествен механизъм за защита и оцеляване. Произходът на насилието може да бъде обяснен чрез различни фактори, които условно се разделят на външни – като провокиращи стимули от средата, и вътрешни – свързани с психологически състояния като тревожност, напрежение и безпокойство.

Една от формите на насилие е домашното насилие. То представлява сериозен социален проблем, който може да се прояви във всяка културна, социална или икономическа среда. В световен мащаб домашното насилие оказва сериозно отрицателно въздействие върху физическото, психическото, емоционалното и икономическото благополучие на жени, деца, семейства и цели общности. В миналото този вид насилие често е бил възприеман като „личен“ или „семеен“ въпрос. Поради това насилствените действия, случващи се в рамките на дома и интимните взаимоотношения, дълго време са били извън обсега на държавната намеса и обществената отговорност. С течение на времето обаче обществените нагласи започват да се променят. Все по-често домашното насилие се разглежда не само като личен проблем, а като значим социален въпрос, който изисква институционална намеса и обществена реакция.

Промени в българския Наказателен кодекс от 2019 г. включват домашното насилие като утежняващо обстоятелство при извършването на редица престъпления, сред които убийство, подтикване към самоубийство, причиняване на телесна повреда, отвлечане, незаконно лишаване от свобода, принуда и заплахата за извършване на престъпление. В законодателството домашното насилие се определя като системно упражняване на физическо, сексуално или психическо насилие, както и поставяне на дадено лице в икономическа зависимост, ограничаване на личния му живот, свобода и права. Това се отнася за случаи, при които насилието е извършено спрямо членове на семейството или лица, с които извършителят се намира или

се е намирал в близки семейни или съжителствени отношения (Ilcheva, 2020, p. 58).

Насилието над деца

Насилието над деца е глобален социален феномен, който се среща във всички държави, общества, етнически и религиозни общности, независимо от социално-икономическия статус на детето или неговото семейство. Защитата на децата от всички форми на насилие е основно право, гарантирано от Конвенцията на ООН за правата на детето. Съгласно член 19 от Конвенцията държавите са задължени да осигурят защита на детето от всякакви форми на физическо и психическо насилие, злоупотреба, пренебрегване, малтретиране или експлоатация, включително сексуално посегателство.

Международни организации, като УНИЦЕФ, подчертават, че всяка форма на насилие над деца може да бъде предотвратена. Прекъсването на цикъла на насилието е важна морална и социална отговорност на обществото, тъй като защитата на детските права изисква активни и навременни действия от страна на институциите и общността (Stoykova, Mihaylov, 2007, p. 12)

Противно на широко разпространените представи, насилието над деца най-често се случва в семейната среда. В много случаи извършителите са родители или други близки до детето лица, които имат постоянен достъп до него. Освен в семейството, децата могат да бъдат изложени на насилие и в училищната среда – от свои връстници или понякога от възрастни. Особено уязвими са децата, които живеят в институции или са лишени от родителска грижа, както и тези в конфликт със закона.

Често се счита, че насилието задължително включва физическа сила. В действителност много деца страдат не само от активни агресивни действия, но и от бездействие, липса на грижа или безразличие от страна на родителите, настойниците или обществото.

В научната литература се разграничават няколко основни форми на насилие над деца.

Физическо насилие представлява всяко умишлено физическо посегателство над дете от страна на родител или друг възрастен. То може да включва действия като удряне, ритане, щипане, силно разтърсване, изгаряне, душене или други форми на физическа агресия, които причиняват болка, наранявания или страх у детето. Към тази категория се отнасят

и физическите наказания, използвани като средство за дисциплиниране, например шамари или удари с предмети. В някои случаи физическо насилие може да бъде и даването на вредни вещества, неподходящи медикаменти или алкохол на дете, както и прекомерното използване на сила при ежедневни грижи.

Психическото и емоционалното насилие се проявяват чрез системно унижаване, обиди, заплахи, подигравки, постоянно критикуване или създаване на чувство за страх и несигурност у детето. Този вид насилие може да се изразява и в неспособността на родителите или настойниците да осигурят подкрепяща и стимулираща среда за развитие. Съгласно българското законодателство и международните стандарти, децата, които са свидетели на домашно насилие, също се считат за жертви на психически и емоционален тормоз (Yosifov et al., 2018, p. 45).

Сексуалното насилие включва въвличането на дете в сексуални действия, които то не разбира напълно и за които не може да даде информирано съгласие поради възрастта си. Това обхваща различни форми на сексуално посегателство, включително неподходящ физически контакт, принуждаване към сексуални действия, използване на детето за създаване на порнографски материали или други форми на сексуална експлоатация.

Неглижирането представлява форма на насилие, при която родителите или настойниците не осигуряват основните условия за нормалното развитие на детето. Това може да включва липса на подходяща грижа за здравето, образованието, емоционалните потребности, храненето или безопасната жизнена среда на детето. Според Световната здравна организация съществуват различни форми на неглижиране – физическо, образователно, здравно и емоционално.

Тормозът (булинг) и кибертормозът са съвременни форми на насилие, които често се проявяват в училищната среда или в онлайн пространството. Те включват обиди, заплахи, унижения и разпространение на обидно съдържание чрез интернет, мобилни устройства и социални мрежи.

Друга сериозна форма на насилие е трафикът на деца и експлоатацията на детски труд, които често са свързани с организирана престъпна дейност. Тези практики включват сексуална или трудова експлоатация, принуждаване към просия, кражби или други незаконни

дейности, които нарушават основните права, достойнството и безопасността на децата.

Според Simeonova et al. (2023) ранното идентифициране на маркери на риск е основен елемент в процеса на предоставяне на допълнителна подкрепа за личностно развитие на деца в риск.

Роля на детските заведения в ранното идентифициране на риск от домашно насилие

Целта на изследването е да се проучи ролята на детските заведения в ранното идентифициране на риск от домашно насилие над деца, както и нивото на информираност, подготовка и готовност на специалистите за разпознаване и реагиране при подобни случаи.

Задачите са пряко свързани с поставената цел и включват:

- избор на метод за провеждане на емпиричното проучване;
- разработване на подходящ инструментариум;
- определяне на дата, час и място на провеждане на емпиричното изследване;
- анализ на получените резултати и извършване на съответните изводи.

Обект на изследването са детските заведения като институции, имащи роля в ранното разпознаване и превенция на риска от домашно насилие над деца.

Предмет на изследването е готовността на специалистите, работещи в детските заведения, да разпознават признаци на домашно насилие и да предприемат адекватни действия при съмнение за риск.

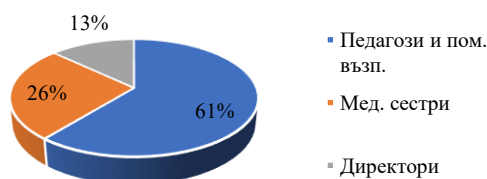
В изследването участват 46 специалисти, работещи в детски заведения, включително директори, медицински сестри, педагози и помощник-възпитатели. За събиране на информацията е използван методът на анкетното проучване, като инструментариумът включва специално разработена анкета, съдържаща въпроси, свързани с нормативната уредба, професионалната подготовка, практическия опит и необходимостта от подобряване на процедурите за ранно идентифициране на риск от домашно насилие.

Най-голям дял от участниците заемат педагозите и помощник-възпитателите – 28 души (60,9%), което е очакван резултат, тъй като именно те прекарват най-много време в ежедневна работа с децата и имат най-пряк контакт с тях (фиг. 1).

Следващата по численост група са медицинските сестри – 12 души (26,1%), които също имат важна роля при наблюдението на здравословното и физическото състояние на децата.

Най-малък е дялът на директорите – 6 души (13,0%), които участват в изследването като представители на ръководното ниво и имат отношение към организационната среда и прилагането на институционални политики при съмнение за домашно насилие.

По отношение на професионалния опит на участниците се установява, че специалистите имат различен трудов стаж в детски заведения. Най-голям дял заемат специалистите със стаж между 5 и 10 години – 18 души (39,1%), което показва наличие на значителен практически опит в работата с деца.



Фиг. 1. Професионален статус на изследваните

Стаж до 5 години имат 12 участници (26,1%), което включва по-млади специалисти или такива в началото на своята професионална кариера.

Стаж между 10 и 20 години притежават 10 души (21,7%), а над 20 години професионален опит имат 6 участници (13,0%).

Получените резултати показват, че в изследването са включени специалисти с разнообразен професионален опит, което позволява по-обективна оценка на ролята на детските заведения в ранното идентифициране на риск от домашно насилие.

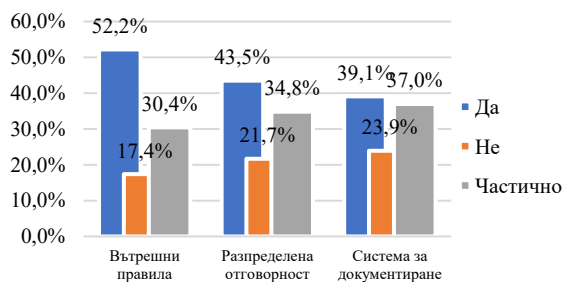
Резултатите, свързани с нормативната уредба и организационната среда в детските заведения, са представени на фигура 2.

По отношение на наличието на вътрешни правила или документи, регламентиращи действията при съмнение за домашно насилие, 24 участници (52,2%) посочват, че такива съществуват в тяхното детско заведение. 14 души (30,4%) считат, че подобни правила са налични само частично, а 8 участници (17,4%) заявяват, че в тяхната институция липсват подобни регламентиращи документи. Тези резултати показват, че въпреки наличието на

определена нормативна рамка в част от детските заведения, все още съществуват институции, в които липсват ясно разработени вътрешни правила за действие при съмнение за домашно насилие.

По отношение на яснотата на правилата и разпределението на отговорностите при съмнение за домашно насилие, 20 участници (43,5%) посочват, че в тяхното детско заведение съществуват ясно регламентирани процедури. 16 души (34,8%) отговарят, че тези правила са частично уточнени, докато 10 участници (21,7%) считат, че липсва ясно разпределение на отговорностите между служителите. Това може да създаде затруднения при своевременното реагиране в ситуации, свързани с риск за детето.

Относно системата за документиране на наблюдения при потенциален риск от домашно насилие, 18 участници (39,1%) посочват, че в тяхното детско заведение съществува такава система. 17 души (37,0%) споделят, че документирането се извършва частично или не е ясно регламентирано, а 11 участници (23,9%) отбелязват, че липсва установена система за документиране на подобни случаи.

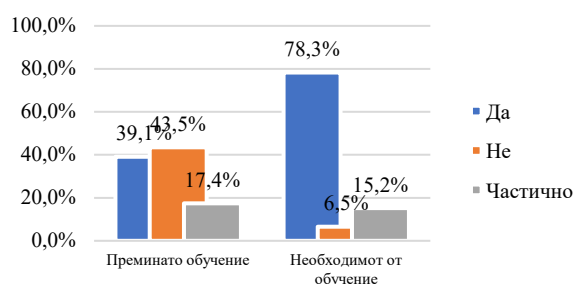


Фиг. 2. Нормативна уредба и организационна среда при риск от домашно насилие

Анализът на резултатите показва, че макар в част от детските заведения да са въведени определени правила и процедури, все още съществуват пропуски по отношение на яснотата на нормативната рамка и систематичното документиране на наблюденията. Това подчертава необходимостта от разработване и въвеждане на по-ясни вътрешни политики и процедури, които да подпомагат специалистите при ранното идентифициране на риск от домашно насилие и при предприемането на адекватни действия за защита на детето.

Резултатите, свързани с обучението и професионалната подготовка на специалистите по въпросите на домашното насилие, са представени на фиг. 3.

По отношение на въпроса дали участниците са преминавали обучение по въпросите на домашното насилие, резултатите показват, че 18 от анкетиранияте специалисти (39,1%) са участвали в подобни обучения. 20 участници (43,5%) посочват, че не са преминавали специализирано обучение, а 8 души (17,4%) отбелязват, че такова обучение е планирано в тяхната институция. Данните показват, че въпреки наличието на специалисти, които са преминали обучение, значителна част от персонала все още няма системна подготовка по темата. Това може да създаде затруднения при разпознаването на ранните признаци на домашно насилие, особено при по-малките деца, при които сигналите често са индиректни и се проявяват чрез промени в поведението, емоционалното състояние или социалното взаимодействие.



Фиг. 3. Обучение и професионална подготовка на специалистите по въпросите на домашното насилие

Липсата на достатъчно обучение може да повлияе и върху увереността на специалистите при предприемането на действия в случаи на съмнение за насилие. В практиката често се наблюдава колебание относно това как да се реагира, към кои институции да се насочи информацията и какви са конкретните стъпки, които следва да се предприемат. Това подчертава значението на системното обучение и повишаването на професионалната компетентност на специалистите, работещи с деца в ранна възраст.

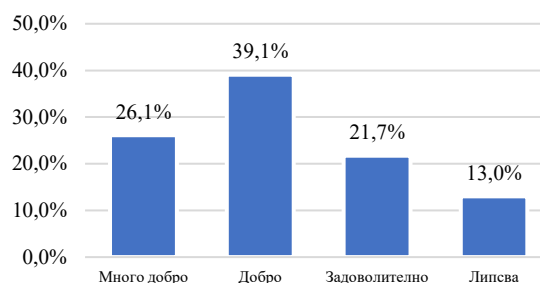
Отговорите на следващия въпрос, свързан с необходимостта от специализирано обучение за разпознаване на признаци на домашно насилие при деца, показват ясно изразено мнение сред участниците. 36 души (78,3%) считат, че подобно обучение е необходимо, 7 участници (15,2%) посочват, че то е необходимо частично, а 3 души (6,5%) смятат, че не е необходимо. Тези резултати показват висока степен на осъзнаване сред специалистите относно значението на професионалната подготовка за

ранно идентифициране на риск от домашно насилие.

Получените данни показват, че съществува значителна необходимост от системни обучения, които да подпомогнат специалистите в детските заведения при разпознаването на ранните признаци на насилие и при предприемането на адекватни действия. Подобни обучения биха могли да включват теми като разпознаване на поведенчески и емоционални индикатори при децата, процедури за сигнализиране към компетентните институции, както и начини за ефективна комуникация с родители и специалисти от други институции.

В заключение може да се отбележи, че повишаването на квалификацията на специалистите чрез специализирани обучения е ключов фактор за подобряване на ефективността на детските заведения в процеса на ранно идентифициране на риск от домашно насилие и за осигуряване на по-добра защита на децата.

Резултатите, свързани с практическия опит на специалистите и сътрудничеството с външни институции при случаи на домашно насилие, са представени на фиг. 4.



Фиг. 4. Ефективност на сътрудничеството с външни институции

По отношение на въпроса дали специалистите са срещали случаи или съмнения за домашно насилие над деца в своята професионална практика, 26 от анкетиранияте (56,5%) посочват, че са се сблъскали с подобни ситуации. 20 участници (43,5%) заявяват, че не са имали подобни наблюдения или съмнения в своята практика. Получените резултати показват, че повече от половината от специалистите в детските заведения са имали досег със случаи, при които съществува риск или съмнение за домашно насилие. Това подчертава значимостта на проблема и необходимостта от добра професионална подготовка и ясни процедури за действие.

В отговорите на отворения въпрос участниците посочват различни признаци, които са

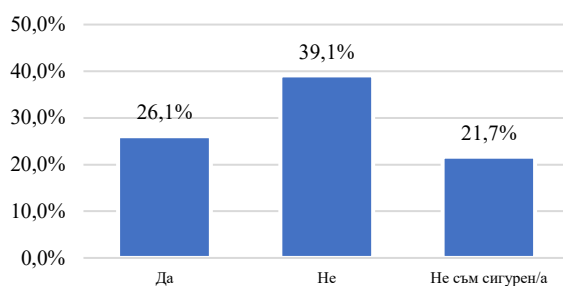
предизвикали съмнения за домашно насилие. Най-често се споменават видими физически наранявания, като синини или драскотини по тялото на детето, както и промени в поведението, например повишена тревожност, затвореност, страх от възрастни или нежелание за връщане у дома. Някои специалисти отбелязват и случаи на чести отсъствия от детското заведение, както и силна емоционална нестабилност или агресивно поведение при децата. В отделни случаи участниците споделят, че съмненията са възникнали след разговор с детето или наблюдение на взаимодействието между детето и неговите родители.

По отношение на ефективността на сътрудничеството с външни институции, резултатите показват различни оценки от страна на специалистите. 12 участници (26,1%) определят сътрудничеството със социалните служби, психолозите и полицията като много добро, а 18 души (39,1%) го оценяват като добро. 10 участници (21,7%) смятат, че сътрудничеството е задоволително, докато 6 души (13,0%) посочват, че подобно сътрудничество липсва или е много ограничено.

Анализът на тези резултати показва, че в повечето случаи съществува определено ниво на взаимодействие между детските заведения и външните институции, което подпомага работата по случаи на домашно насилие. Въпреки това част от специалистите посочват, че сътрудничеството не винаги е достатъчно ефективно. Причините за това могат да бъдат свързани с забавена реакция от страна на институциите, липса на ясна комуникация между различните структури или недостатъчно координирани действия при работа по конкретни случаи.

Получените резултати показват, че ефективното сътрудничество между детските заведения и външните институции е от съществено значение за навременното разпознаване и овладяване на ситуации, свързани с домашно насилие. Подобряването на координацията между различните институции, както и разработването на ясни механизми за взаимодействие, могат да допринесат за по-ефективна защита на децата и по-бързо предприемане на необходимите мерки за тяхната безопасност.

Резултатите, свързани с оценката на съществуващите практики и необходимостта от подобряния при ранното идентифициране на риск от домашно насилие, са представени на фиг. 5.



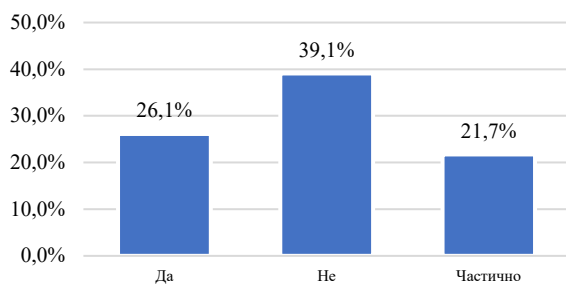
Фиг. 5. Необходимост от въвеждане на стандартизирана процедура за ранно разпознаване на риск от домашно насилие

По отношение на въпроса дали е необходимо въвеждането на стандартизирана процедура или инструмент за ранно разпознаване на риск от домашно насилие, по-голямата част от участниците изразяват положително мнение. 34 участници (73,9%) считат, че въвеждането на подобна процедура е необходимо. 5 души (10,9%) посочват, че такава мярка не е необходима, а 7 участници (15,2%) споделят, че не са сигурни. Получените резултати показват ясно изразена потребност от разработване на структурирани и унифицирани механизми за ранно идентифициране на риск от домашно насилие. Наличието на стандартизирани процедури би подпомогнало специалистите при наблюдението на децата, документирането на съмнения и предприемането на адекватни действия при наличие на риск.

По отношение на въпроса дали е необходимо разработването на вътрешна стратегия или протокол за превенция на домашното насилие в детските заведения, резултатите показват още по-силна подкрепа от страна на участниците. 37 души (80,4%) посочват, че подобна стратегия е необходима. 3 участници (6,5%) считат, че тя не е необходима, докато 6 души (13,1%) отговарят, че необходимостта е частична. Тези резултати показват, че специалистите осъзнават значението на ясно структурирана политика на институционално ниво. Наличието на вътрешна стратегия би позволило по-добра организация на дейностите по превенция, както и по-ясно разпределение на отговорностите между различните специалисти в детското заведение.

Отговорите на въпроса, свързан с това дали родителите информират достатъчно детското заведение при наличие на семейни проблеми, които могат да застрашат детето, показват по-различна тенденция са представени на фиг. 6. Според 9 участници (19,6%) родителите предоставят достатъчно информация в подобни

ситуации. Най-голям дял от анкетираните – 23 души (50,0%), считат, че родителите не информират достатъчно детските заведения за проблеми в семейната среда.



Фиг. 6. Информираност на детските заведения от страна на родителите при наличие на семейни проблеми

14 участници (30,4%) посочват, че това се случва частично. Тези резултати показват, че комуникацията между семейството и детските заведения често е недостатъчна, което може да затрудни навременното идентифициране на рискове за детето.

Анализът на получените резултати показва, че специалистите в детските заведения осъзнават необходимостта от подобряване на процедурите и механизмите за превенция и ранно разпознаване на домашното насилие. Същевременно се очертава и необходимостта от подобро сътрудничество и открита комуникация между родителите и институциите, които се грижат за децата. Подобряването на тези аспекти би могло да допринесе за по-ефективна защита на децата и за по-навременно предприемане на мерки при наличие на риск от домашно насилие.

Анализът на отговорите на последните въпроси от анкетата позволява да бъдат идентифицирани основните затруднения в процеса на ранно разпознаване на риск от домашно насилие, както и възможни насоки за усъвършенстване на процедурите и професионалната подготовка на специалистите.

В отговорите на въпрос 13 участниците посочват различни фактори, които затрудняват ранното идентифициране на риск от домашно насилие в детските заведения. Най-често споменаваната трудност е липсата на достатъчно специализирано обучение за разпознаване на ранните признаци на насилие, особено при деца в ранна възраст. Специалистите отбелязват, че симптомите често са косвени и могат да се проявят чрез промени в поведението, тревожност, затвореност или агресивност, което

затруднява правилната интерпретация на тези сигнали.

Друга често посочвана трудност е ограничената комуникация с родителите и семейството. Според част от участниците родителите невинаги споделят информация за семейни проблеми, което прави по-трудно навременното установяване на рискови ситуации. Някои специалисти отбелязват и страха от погрешна преценка или неправилно обвинение, което може да доведе до колебание при приемането на действия.

Като допълнителни затруднения се посочват липсата на ясно регламентирани процедури в някои детски заведения, както и недостатъчната координация между институциите, които участват в процеса на закрила на детето. Част от анкетираните споделят, че ограниченото време за индивидуално наблюдение на всяко дете също може да бъде фактор, който възпрепятства навременното разпознаване на риск.

В отговорите на последния въпрос участниците формулират различни предложения, насочени към подобряване на практиките за ранно идентифициране на риск от домашно насилие. Най-често се посочва необходимостта от провеждане на регулярни специализирани обучения и семинари за специалистите, работещи в детските заведения. Според анкетираните подобни обучения биха допринесли за повишаване на професионалната компетентност и увереността при разпознаване на ранните признаци на насилие.

Други предложения включват разработването на ясни вътрешни процедури и стандартизирани инструменти за наблюдение и документиране на съмнения за риск, които да подпомагат специалистите в тяхната работа. Част от участниците подчертават и необходимостта от подобряване на сътрудничеството между детските заведения и външните институции, като социални служби, психолози и други специалисти.

Като важна мярка се посочва и засилването на комуникацията с родителите, включително чрез информационни срещи, консултации и програми за родителска подкрепа. Според анкетираните по-добрата информираност на родителите относно рисковете и последствията от домашното насилие би могла да допринесе за неговата превенция.

В заключение, получените мнения показват, че специалистите осъзнават необходимостта от подобряване на професионалната

подготовка, организационните процедури и междуинституционалното сътрудничество, за да се осигури по-ефективно ранно идентифициране и превенция на риска от домашно насилие над деца.

Заклучение

Домашното насилие представлява сериозен социален проблем, който оказва значително влияние върху физическото, психическото и емоционалното развитие на децата. В ранна детска възраст последствията от подобни преживявания могат да имат дълготрайно отражение върху личностното развитие, социалните умения и психичното здраве на детето. Поради тази причина ранното идентифициране на риск от домашно насилие и предприемането на навременни мерки за защита са от изключително значение.

Детските заведения имат ключова роля в този процес, тъй като специалистите, работещи в тях, осъществяват ежедневен контакт с децата и могат да наблюдават промени в поведението, емоционалното състояние или физическите признаци, които биха могли да бъдат индикатор за наличие на проблеми в семейната среда. Чрез системно наблюдение, комуникация с децата и техните родители, както и чрез сътрудничество с други институции, детските заведения могат да допринесат значително за ранното разпознаване и предотвратяване на случаи на домашно насилие.

Резултатите от проведеното анкетно проучване показват, че специалистите, работещи в детските заведения, в значителна степен осъзнават важността на проблема и своята роля в процеса на ранно идентифициране на риск от домашно насилие. Данните сочат, че повече от половината от анкетирания са се сблъскали със случаи или съмнения за домашно насилие в своята професионална практика. Това показва, че проблемът съществува реално и изисква системно внимание от страна на институциите, които работят с деца.

В същото време резултатите разкриват и определени затруднения, свързани с нормативната уредба, организационната среда и професионалната подготовка на специалистите. Част от участниците посочват, че в техните институции липсват ясно регламентирани вътрешни процедури или системи за документирание на наблюдения при съмнение за риск от домашно насилие. Това показва необходимостта от разработване и въвеждане на

по-ясни и стандартизирани механизми за действие в подобни ситуации.

Особено внимание заслужават резултатите, свързани с обучението на специалистите. Макар част от участниците да са преминали обучения по темата, значителен дял от тях посочват, че подобна подготовка липсва или е недостатъчна. В същото време преобладаващата част от анкетирания изразяват мнение, че специализираното обучение е необходимо за по-ефективното разпознаване на признаци на домашно насилие при деца в ранна възраст. Това подчертава необходимостта от организиране на регулярни обучения и квалификационни програми, които да подпомагат специалистите в тяхната професионална дейност.

Получените резултати показват също, че сътрудничеството между детските заведения и външните институции, като социални служби, психолози и органи на реда, в повечето случаи се оценява като добро или много добро. Въпреки това част от участниците посочват, че съществуват затруднения, свързани с комуникацията и координацията между различните институции. Подобряването на междуинституционалното взаимодействие би могло да допринесе за по-ефективна реакция при случаи на риск за детето.

Друг важен аспект, който се откроява в резултатите от изследването, е необходимостта от по-добра комуникация между родителите и детските заведения. Част от анкетирания специалисти смятат, че родителите не винаги споделят информация за семейни проблеми, които могат да застрашат благополучието на детето. Това затруднява навременното разпознаване на рискови ситуации и подчертава значението на изграждането на доверие и партньорство между семейството и образователните институции.

Въз основа на получените резултати може да се направи изводът, че за повишаване на ефективността на детските заведения в процеса на ранно идентифициране на риск от домашно насилие е необходимо предприемането на редица мерки. Сред тях са разработването на ясни вътрешни правила и процедури, въвеждането на стандартизирани инструменти за наблюдение и документиране, провеждането на специализирани обучения за специалистите и подобряването на сътрудничеството между институциите.

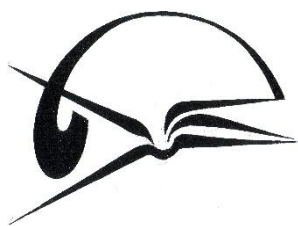
В заключение може да се отбележи, че превенцията и ранното разпознаване на домашното насилие изискват координирани усилия

от страна на всички институции и специалисти, които работят с деца. Детските заведения имат съществена роля в този процес и чрез повишаване на професионалната подготовка, усъвършенстване на процедурите и развитие на ефективно партньорство с родителите и външните институции могат да допринесат за по-добра защита на децата и за създаването на безопасна и подкрепяща среда за тяхното развитие.

Литература

1. Ilcheva, M. 2020. Bulgaria and the Istanbul Convention – Law, Politics and Propaganda vs. the Rights of Victims of Gender-based Violence. Open Journal for Legal Studies, 3(1), 49-63.
2. Yosifov, Y., Banova, V., Zhupunov, L., Marinova, A., Kotseva, T., Dimitrova, E., Moraliyska, S., Ilieva, K., Gerginova, E. 2018. Rannoto detsko razvitie v Bulgariya. Izsledvane na sistemite, podkrepashti rannoto detsko razvitie, vzaimovrazkite i vzaimodeistviето mezhdu tyah i s roditelite. Fondatsiya „Za Nashite Detsa“, Sofiya,
3. <https://detebg.org/wp-content/uploads/2021/11/%D0%A0%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%82%D0%BE-%D0%B4%D0%B5%D1%82%D1%81%D0%BA%D0%BE-%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%B5-%D0%B2-%D0%91%D1%8A%D0%BB%D0%B3%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%8F-%D0%98%D0%B7%D1%81%D0%BB%D0%B5%D0%B4%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4.pdf>
4. Sdruzhenie za spodeleno uchene ELA, Sdruzhenie na pomagashchi spetsialisti v sotsialnata sfera „Malki stapki“. 2020. Pomagalo za zakrila na deteto v detskata gradina i v uchilishteto. Sofiya, <https://www.ela-bg.eu/cache/files/358.pdf>
5. Simeonova, V., Marinova, A., Bosilkov, D., Toteva, I., Nikolova, Y. 2023. Instrument za identifikatsiране на markeri на risk pri detsa i uchenitsi i opredelyane na vazmozhnosti za predostavyane na dopalnitelna podkrepa za lichnostno razvitie na detsa i uchenitsi v risk i nasoki za prilaganeto na instrumenta. MON, Sofiya, https://rcsf.bg/wp-content/uploads/2023/12/deca_v_risk_pr-podkrepa_po_01122023.pdf
6. Stoykova, N., Mihaylov, D. 2007. Chuvstvitelnost na sistemata za ustanovyavane, registrirane i saobshtavane za sluchai na nasilie nad detsa v Bulgariya. Doklad ot provedeno izsledvane. Sofiya, <https://www.unicef.org/bulgaria/sites/unicef.org.bulgaria/files/2018-10/Sensitivity%20of%20the%20system%20for%20detection%2C%20registration%20and%20reporting%20of%20cases%20of%20violence%20against%20children%20in%20Bulgaria.pdf>
7. Darzhavna agentsiya za zakrila na deteto. 2021. Natsionalna strategiya za deteto. Sofiya.
8. WHO. 2020. Global Status Report on Preventing Violence Against Children. World Health Organization, Geneva.

Роска Станчева,
Петя-Трендафилова
МУ -София
Факултет по Обществено здраве
Катедра по Здравни Грижи
e-mail:rosi7523@abv.bg



УПРАВЛЕНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ

Технически редактор

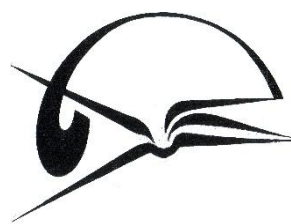
Иван Димитров
Галина Терзиева

Художник на корицата

Красимир Николов

Издателство

Бургаски държавен университет
„Проф. д-р Асен Златаров”
Формат – 206 / 290



MANAGEMENT AND EDUCATION

Technical Editor

Ivan Dimitrov
Галина Терзиева

Cover Design

Krasimir Nikolov

House Press

Burgas State University
Prof. Dr Assen Zlatarov University
Format – 206 / 290