

**СБОРНИК ДОКЛАДИ  
ОТ  
ОСМА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ  
„ТРАДИЦИИ И ИНОВАЦИИ  
В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“**

21 ноември 2024 г.

**Организатор на събитието:  
Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца**

**РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:**  
Проф. д-р Тихомира Златанова, дм  
Проф. Павлинка Добрилова, дм  
Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм  
Доц. Галя Янкова, дм

**СБОРНИК ДОКЛАДИ  
ОТ  
ОСМА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ**

**„ТРАДИЦИИ И ИНОВАЦИИ  
В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“**

**21 ноември 2024 г.**

**РЕДАКЦИОНЕН СЪВЕТ:**

Проф. д-р Тихомира Златанова, дм  
Проф. Павлинка Добрилова, дм  
Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм  
Доц. Галя Янкова, дм

---

---

СБОРНИК ДОКЛАДИ ОТ ОСМА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ „ТРАДИЦИИ  
И ИНОВАЦИИ В ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ“, 2025 г.

ISBN 978-619-7491-94-4

**Под редакцията на:** Проф. д-р Тихомира Златанова, дм  
Проф. Павлинка Добрилова, дм  
Проф. д-р Ралица Златанова-Великова, дм  
Доц. Галя Янкова, дм

Стилова редакция и корекции *В. Цъклева, И. Митева*  
Редакция на англ. резюмета *В. Колев*  
Страниране *О. Маркова*

Печатни коли 14.5, формат 60 x 90/8

Медицински университет – София  
Централна медицинска библиотека

1431 София, ул. "Св. Г. Софийски" № 1

## СЪДЪРЖАНИЕ

<i>Т. Златанова, Д. Пенчев.</i> Анализ на профилактичната дейност, осъществявана от общопрактикуващите лекари по линия на здравето осигуряване, за периода 2021-2023 година .....	5
<i>А. Гузуткова, С. Великов, Н. Лалев.</i> Умения и нагласи за саморегулиране на ученето в условията на пандемия.....	9
<i>Т. Даков, П. Добрилова.</i> Ендометриална хиперплазия – епидемиология, класификация, диагноза .....	17
<i>Т. Даков, П. Добрилова.</i> Терапевтични възможности при ендометриална хиперплазия .....	25
<i>Е. Сергеева.</i> Анализ на причините и факторите за медицинския туризъм и пътуването за лечение .....	34
<i>Пл. Георгиев.</i> Анализ на факторите, водещи до намаляване риска от възникване на грешки в сестринската практика.....	38
<i>П. Добрилова, Т. Даков, Пл. Георгиев.</i> Роля и място на педагогическите знания в професионалната дейност на съвременната медицинска сестра .....	42
<i>Т. Златанова, Д. Пенчев, М. Лазарова, Н. Попов.</i> Анализ на нуждите от дългосрочни грижи, осъществявани в системата на здравеопазването.....	46
<i>Г. Георгиева.</i> Визия на студентите от специалност "Медицинска сестра" относно превенцията на диабетната нефропатия .....	50
<i>Г. Янкова.</i> Феноменът бърнаут в сестринската професия.....	55
<i>К. Цекова.</i> Храненето при деца на 0-3 години – ключов фактор за живота на човека .....	65
<i>Л. Маринов.</i> Самооценка на практическите умения на студентите от специалност „лекарски асистенти“ .....	68
<i>Л. Маринов.</i> Дигитализация на учебния процес и авторско право.....	72
<i>М. Лаловска.</i> Медицинските сестри – ключов ресурс на здравни грижи при пациенти с мозъчносъдови заболявания.....	75
<i>Ц. Джиганска, М. Лозанова.</i> Включването на съвременни методи в практическото обучение на студентите от специалностите „медицинска сестра“ и „акушерка“ .....	79
<i>М. Борисова.</i> Професионална тайна в сестринската практика .....	82
<i>М. Петрова.</i> Водене на раждане на многоплодна бременност .....	84
<i>П. Павлова, Л. Маринов.</i> Проучване на комуникативните умения на студентите от специалност лекарски асистент.....	88
<i>П. Цветанов.</i> Формиране на здравословен стил на живот при деца на възраст от 12 до 16 години – отговорност на семейството и обществото .....	93
<i>П. Аспарухова.</i> Познания на студентите и медицинските сестри относно духовните измерения на грижите при болни в клинични условия.....	97
<i>Р. Ереданска.</i> Лекарските асистенти и мястото им в спешната помощ.....	101
<i>Т. Славкова.</i> Грижата за пациенти с панкреатит – предизвикателства пред медицинските сестри .....	106
<i>Ц. Джиганска.</i> Историческо развитие на акушерското образование в България.....	111
<i>К. Стефанова.</i> Персонализираната медицина – нов подход в медицинската практика .....	114

---

Издателят не носи отговорност за изложените в публикациите авторски мнения и становища, както и за достоверността на представените от авторите данни.  
Авторите запазват всички некомуерсиални права върху публикуваните си текстове.

## CONTENTS

<i>T. Zlatanova, D. Penchev.</i> Analysis of the preventive activities carried out by general practitioners under the health insurance line for the period 2021-2023 .....	5
<i>A. Gugutkova, S. Velikov, N. Lalev.</i> Skills and attitudes for self-regulation of learning in the conditions of a pandemic .....	9
<i>T. Dakov, P. Dobrilova.</i> Endometrial hyperplasia – epidemiology, classification, diagnosis .....	17
<i>T. Dakov, P. Dobrilova.</i> Endometrial hyperplasia – therapeutic options.....	25
<i>E. Sergeeva.</i> Analysis of the causes and factors of medical tourism and medical travel.....	34
<i>Pl. Georgiev.</i> Analysis of factors leading to reduction in the risk of errors in nursing practice .....	38
<i>P. Dobrilova, T. Dakov, P. Georgiev.</i> Role and place of pedagogical knowledge in professional activity of modern nurse .....	42
<i>T. Zlatanova, D. Penchev, M. Lazarova, N. Popov.</i> Analysis of long-term care needs in the health care system .....	46
<i>G. Georgieva.</i> Vision of nursing students on the prevention of diabetic nephropathy.....	50
<i>G. Yankova.</i> Burnout phenomenon in nursing profession.....	55
<i>K. Tsekova.</i> Nutrition in children 0-3 years old – a key factor for human life.....	65
<i>L. Marinov.</i> Self assessment of practical skills of physician associates .....	68
<i>L. Marinov.</i> Digitalization of the learning process and copyright .....	72
<i>M. Lalovska.</i> Nurses – a key resource of quality healthcare for patients with cerebrovascular diseases .....	75
<i>T. Dzhiganska, M. Lozanova.</i> Inclusion of modern methods in practical training of students in the specialties of „nurse“ and „midwife“ .....	79
<i>M. Borisova.</i> Professional confidentiality in nursing practice.....	82
<i>M. Petrova.</i> Partus in graviditas multifetalis.....	84
<i>P. Pavlova, L. Marinov.</i> Study of the communication skills of physician associate students.....	88
<i>P. Tsvetanov.</i> Formation of healthy lifestyle in children aged 12 to 16 years – the responsibilities of family and society .....	93
<i>P. Asparuhova.</i> Awareness of students and nurses on spiritual dimensions of care for patients in clinical settings .....	97
<i>R. Eredanska.</i> Medical assistants and their place in emergency care .....	101
<i>T. Slavkova.</i> Care of patients with pancreatitis – challenges for nurses .....	106
<i>Ts. Dzhiganska.</i> Historical development of obstetric education in bulgaria .....	111
<i>K. Stefanova.</i> Personalized medicine – a new approach in medical practice .....	114

---

The publisher is not legally responsible for the author's opinions and statements expressed in their publications as well as for the accuracy and the sources of data to which the authors refer in their publications. Authors retain all rights on his/her intellectual property rights on their respective publications, except the rights of publication and commercial use.

**АНАЛИЗ НА ПРОФИЛАКТИЧНАТА ДЕЙНОСТ, ОСЪЩЕСТВЯВАНА  
ОТ ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ ПО ЛИНИЯ  
НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ, ЗА ПЕРИОДА 2021-2023 ГОДИНА**

**Т. Златанова, Д. Пенчев**

Факултет по обществено здраве "Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн", МУ – София

**ANALYSIS OF THE PREVENTIVE ACTIVITIES CARRIED OUT BY GENERAL  
PRACTITIONERS UNDER THE HEALTH INSURANCE LINE FOR THE PERIOD 2021-2023**

**T. Zlatanova, D. Penchev**

Faculty of Public Health „Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, DSc”, Medical University – Sofia

**Abstract.** One of the methods for controlling risk factors and preventing the occurrence and development of chronic non-communicable diseases is prevention. In our country, it is implemented mainly through annual preventive examinations by general practitioners (GPs). The conditions, procedure and financing are regulated in the National Framework Agreement and Regulation 8 on preventive examinations and dispensary visits. In this article, we present an analysis of the activities of GPs in relation to preventive examinations conducted on PWDs over 18 years of age for the period 2021 – 2023. The data show positive changes in terms of the coverage of persons over 18 years of age with preventive examinations to 41.8% in 2023 from 35% in 2021. There is also a significant growth of 770% in highly specialized medical diagnostic examinations „Mammary ultrasound“ in 2023 compared to 2021.

**Key words:** prevention, national framework agreement, activities, GP

**Адрес за кореспонденция:** Проф. д-р Тихомира Златанова, дмн, e-mail: t.zlatanova@foz.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Prof. Tihomira Zlatanova, e-mail: t.zlatanova@foz.mu-sofia.bg

---

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Според СЗО „ключът към бъдещето е да се промени начинът на мислене на политиците, изпълнителите на медицинска помощ и представителите на обществото. Всички те трябва да престанат да гледат на здравеопазването като на система за борба със заболяванията и да започнат да поставят фокуса върху промоцията на здравето и доброто физическо състояние. Успехът изисква политическа подкрепа, технически и административни иновации и промени в разпределянето на финансовите ресурси и други активи“.

Визията на Националната здравна стратегия 2030 насочва, че е утвърден модел на здравео-

пазване, поставящ по-голям акцент върху профилактиката и промоцията на здравето, който е персонализиран и използва цифровите технологии. Също така първичната медицинска помощ става център на интегрирани и ориентирани към пациента грижи. В Стратегическа цел 1 „Устойчиво подобряване на здравето и среда, подкрепяща здравето“ в същия документ се акцентира върху работата за предотвратяване на лошото здраве чрез редуциране на вредните ефекти от рисковите поведения и от околната среда, както и редовна профилактика и превенция на заболяванията.

В Националния рамков договор 2023-2025, в чл. 142, ал. 1, е заложено, че общопрактикуващият лекар е длъжен да: извършва профилактика

на здравноосигурени лица (ЗОЛ) над 18-годишна възраст, формира групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване при ЗОЛ над 18 години, извършва профилактични дейности при ЗОЛ над 18 години с рискови фактори за развитие на заболяване съгласно Приложения № 1, 2, 3, 5 и 6 на Наредба № 8 от 2016 г. Освен това има и стимули във финансово отношение при по-голям брой обхванати ЗОЛ с профилактични прегледи, също посочени в НРД 2023-2025 г. (чл. 182). Разширен е и обемът на медико-диагностичните дейности, които се извършват при провеждане на профилактични прегледи на ЗОЛ над 18-годишна възраст, заложен в Наредба 8.

Всичко описано дотук, показва, че са създадени условия както нормативни, така и финансови, за извършването на задължителните профилактични прегледи на ЗОЛ над 18-годишна възраст в нашата страна на нивото на общата медицинска практика.

**Целта** на настоящото проучване е анализ на дейността на ОПЛ по отношение на профилактичните прегледи, провеждани на ЗОЛ над 18-годишна възраст, за периода 2021-2023 г.

За реализиране на тази цел си поставихме следните задачи:

1. Анализ на обхвата на ЗОЛ над 18-годишна възраст с профилактични прегледи за периода 2021-2023 г.
2. Анализ на броя на отчетените карти за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване за ЗОЛ за периода 2021-2023 г.
3. Анализ на включените ЗОЛ в група с рискови фактори за развитие на сърдечно-съдови заболявания и захарен диабет тип 2 за периода 2021-2023 г.
4. Анализ на формираните групи от лица с риск за развитие на злокачествени новообразувания за периода 2021-2023 г.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Използван е документален метод, като са анализирани: Националната здравна стратегия 2030, НРД за медицински дейности 2023-2025, Наредба № 8 за профилактичните прегледи и диспансеризацията и годишните отчети за дейността на НЗОК за периода 2021-2023 г. в частта относно профилактиката на ЗОЛ над 18-годишна възраст на нивото на първичната извънболнична медицинска помощ.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

През 2023 г. отчетените профилактични прегледи на здравноосигурени лица над 18-годишна възраст са 2 434 062 броя, през 2022 г. – 2 344 883 броя, а през 2021 г. те са 2 094 247 броя. Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2023 г. при лицата над 18 години е 0,42 прегледа на едно ЗОЛ, при предвиден един преглед годишно. За 2022 г. стойността на показателя е 0,40 прегледа на едно ЗОЛ, а за 2021 г. – 0,35 прегледа на едно ЗОЛ, което показва повишаване обхвата на профилактираните лица. За 2023 г. 41,8% от ЗОЛ над 18 години са се обърнали към ОПЛ за извършване на профилактичен преглед, докато за 2022 г. те са 40%. С цел профилактика на социалнозначими заболявания при ЗОЛ над 18 години ОПЛ формира групи от лица с рискови фактори за развитие на заболяване, като резултатите от профилактичния преглед се отразяват в „Карта за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване“.

По данни на Информационни технологии и системи за здравноосигурителни плащания (ИТСЗОП) през 2023 г. броят на отчетените карти за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване за ЗОЛ, на които е извършен профилактичен преглед, е 2 310 545, което представлява ръст с 4,05% в сравнение с 2022 г. (2 220 638 броя). За 2022 г. ръстът на отчетените карти за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване за ЗОЛ, на които е извършен профилактичен преглед, е 4,81% в сравнение с 2021 г. – 2 118 696 бр. карти на ЗОЛ, на които е извършен профилактичен преглед.

За 2023 г. в резултат на проведените профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, съгласно отчетените карти за оценка на рискови фактори, включените ЗОЛ в група с рискови фактори за развитие на заболявания са, както следва: с рискови фактори за развитие на сърдечно-съдови заболявания са 18 270 ЗОЛ, а с много висок риск по SCORE – 1805 ЗОЛ; с рискови фактори за развитие на захарен диабет тип 2 са 191 393 ЗОЛ, а 4230 лица са с много висок риск – над 20 т. по FINDRISK и стойности на гликиран хемоглобин, по-високи или равни на 5,5 mmol/l до 6,5 mmol/l вкл.

За 2022 г., в резултат на проведените профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, съгласно отчетените карти за оценка на рискови фактори,

включените ЗОЛ в група с рискови фактори за развитие на заболявания са, както следва: с рискови фактори за развитие на сърдечно-съдови заболявания са 17 341 ЗОЛ, а с много висок риск по SCORE – 1704 ЗОЛ; с рискови фактори за развитие на захарен диабет тип 2 са 180 726 ЗОЛ, а 3612 лица са с много висок риск – над 20 т. по FINDRISK и стойности на гликиран хемоглобин, по-високи или равни на 5,5 mmol/l до 6,5 mmol/l вкл.

За 2021 г. в резултат на проведените профилактични прегледи на ЗОЛ над 18 години, съгласно отчетените карти за оценка на рискови фактори, включените ЗОЛ в група с рискови фактори за развитие на заболявания са, както следва: с рискови фактори за развитие на сърдечно-съдови заболявания са 16 896 ЗОЛ, а с много висок риск по SCORE – 1565 ЗОЛ; с рискови фактори за развитие на захарен диабет тип 2 са 161 880 ЗОЛ, а 3057 лица са с много висок риск – над 20 т. по FINDRISK и стойности на гликиран хемоглобин, по-високи или равни на 5,5 mmol/l до 6,5 mmol/l вкл.;

В резултат на извършените профилактични прегледи за периода 2021-2023 г. са формирани и групи от лица с риск за развитие на заболяванията, представени в табл. 1.

**Таблица 1. Групи лица с риск от развитие на заболявания за периода 2021-2023 г.**

Групи лица с риск от развитие на:	2021 г.	2022 г.	2023 г.
Злокачествено новообразуване на шийката на матката	10 997	10 710	10 635
Злокачествено новообразуване на млечната жлеза	34 776	38 903	40 987
Злокачествено новообразуване на ректосигмоидалната област	16 303	17 811	19 897
Злокачествено новообразуване на простатата	749	714	761

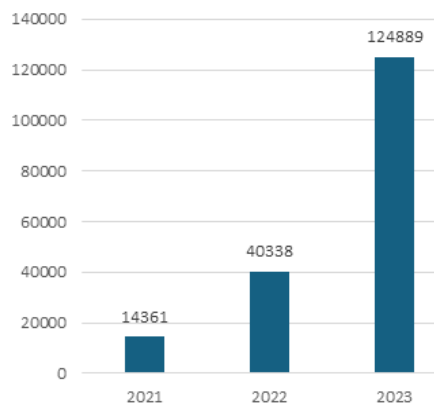
Не може да се проследи пътят на пациентите, включени в рискови групи, понеже не се отбелязват или не се насочват към лекари специалисти за по-нататъшно проследяване на риска. Консултацията със специалист е по преценка на ОПЛ, с изключение на лица с риск от развитие на: злокачествено новообразуване на простатата при стойности на PSA > 10.0 ng/ml при мъже над 40 г.; злокачествено новообразуване на шийката на матката при резултат от цитонамазка ≥ PAP III B и

при риск за развитие на захарен диабет тип 2 при стойности на гликирания хемоглобин, по-високи или равни на 5.5 mmol/l до 6.5 mmol/l вкл.

Броят на отчетените високоспециализирани медико-диагностични изследвания (ВСМДИ) „Мамография на двете млечни жлези“ отбелязва ръст от 6,39 на сто през 2023 г. (177 168 броя) в сравнение с 2022 г. (166 520 броя). Ръстът през 2022 г. е 25,45% (166 520 броя) в сравнение с 2021 г. (132 737 броя).

През 2023 г. се наблюдава висок скок с 210% на ВСМДИ „Ехография на млечна жлеза“, като отчетеният брой за цялата страната е 124 889, а за 2022 г. – 40 338 броя. Ръстът на това изследване през 2022 г. в сравнение с 2021 г. е 181%, като отчетеният брой за цялата страната е 40 338, а за 2021 г. – 14 361 броя.

Увеличението на отчетения брой ВСМДИ „Ехография на млечна жлеза“ се дължи на включване на изследването от септември 2022 г. в годишния профилактичен преглед за здравноосигурени жени от 30- до 50-годишна възраст (с периодичност веднъж на две години) и увеличаване на цената на изследването, която от септември 2022 г. е 23,60 лв. Въпреки значителния ръст на броя на отчетените ВСМДИ „Ехография на млечна жлеза“ от изпълнители на пакет „Образна диагностика“, обхванатият брой здравноосигурени жени е малък за страната.



**Фиг. 1. Брой ВСМДИ „Ехография на млечна жлеза“ за периода 2021-2023 г.**

През 2023 г. броят на отчетените „PSA – общ“ е 362 704 броя, а на „PSA – свободен“ е 304 899 бр., общо 667 603 бр. През 2022 г. са отчетени 324 319 броя ВСМДИ „PSA – общ“, с което се отбелязва ръст от 22,13% в сравнение с 2021 г., когато са отчетени 265 560 броя. От м. септември 2022 г.



НЗОК заплаща ВСМДИ „PSA – свободен“, до края на годината са отчетени 63 194 изследвания. И двете ВСМДИ „PSA – общ“ и „PSA – свободен“ са включени в профилактиката при мъже на и над 50 г. за превенция на злокачествено новообразуване на простатата, с периодичност веднъж на две години. ВСМДИ „PSA – общ“ и „PSA – свободен“ заемат 94,53% от общия брой на отчетените ВСМДИ „Туморни маркери“.

## Изводи

На базата на анализа на представените данни могат да се направят следните изводи:

1. Наблюдава се повишаване на обхванатите с профилактични прегледи лица над 18-годишна възраст от 35% през 2021 г. на 41,8% през 2023 г.

2. През 2023 г. броят на отчетените карти за оценка на рискови фактори за развитие на заболяване за ЗОЛ, на които е извършен профилактичен преглед, е 2 310 545, което представлява ръст с 9% в сравнение с 2021 г.

3. Включените ЗОЛ в група с рискови фактори за развитие на сърдечно-съдови заболявания и захарен диабет тип 2 също са с тенденция към повишаване.

4. В резултат на извършените профилактични прегледи за периода 2021–2023 г. са формирани и групи от лица с риск за развитие на злокачествени заболявания. Не може да се проследи пътят на пациентите, включени в тези рискови групи, понеже те не се отбелязват или не се насочват към лекари специалисти за по-нататъшно проследяване на риска.

5. Наблюдава се и значителен ръст – със 770%, на високоспециализираните медико-диагностични изследвания „Ехография на млечна жлеза“ през 2023 г. в сравнение с 2021 г.

Провеждането на редовни профилактични прегледи е един от елементите, необходими за намаляване на негативните статистики в България по отношение на заболяемостта от сърдечно-съдови, ендокринни и онкологични заболявания.

С цел повишаване обхвата на профилактиката предлагаме:

– чрез средствата за масова информация да бъдат постоянно информирани здравноосигурените лица за възможността да преминат профилактичен преглед, както и за неговото съдържание;

– да се обяснява, че профилактичният преглед при ОПЛ е различен от прегледа по месторабота, организиран от службите по трудова медицина;

– да се припомня непрекъснато и за задължението, което има всеки гражданин според Закона за здравето (чл. 209) и Закона за здравното осигуряване (чл. 110), да премине този профилактичен преглед, и за санкциите, на които подлежи при неизпълнение;

– да се обсъдят стимулиращи и улесняващи фактори за провеждане на годишния профилактичен преглед, например осигуряване на един ден платен отпуск от работодателя в деня на провеждането, което е предложено от НСОПЛБ преди много години.

## Библиография

1. Годишен отчет за дейността на Националната здравноосигурителна каса за 2021 г., 2022 г. и 2023 г.
2. Закон за здравето. В сила от 01.01.2005 г., обн. ДВ. бр. 70 от 10 август 2004 г., ...изм. и доп. ДВ. бр.85 от 8 октомври 2024 г.
3. Закон за здравното осигуряване. Отражена деноминацията от 05.07.1999 г., обн. ДВ. бр. 70 от 19 юни 1998 г.,... изм. ДВ. бр. 39 от 1 май 2024 г., доп. ДВ. бр. 85 от 8 октомври 2024 г. <https://lex.bg/laws/ldoc/2134412800>.
4. Златанова Т, Джугларска М. Анализ на профилактиката на здравноосигурени лица в първичната извънболнична медицинска помощ. Петдесета научно-технологична сесия Контакт 2023, 30 юни 2023, София.
5. Златанова Т, Попов Н, Янева Р, Петрова-Готова Цв. Анализ доброволного страхования здравия и профилактики в България за период 2003–2011 г. Человек в современном мире, психология XXI века, Россия-Болгария, Красноярск 2013, Сборник материалы II Международной научно-практической конференции, 60–69.
6. Златанова-Великова Р, Златанова Т. Парадоксите в българското здравеопазване – задължителните профилактични прегледи на лица над 18 години. Обща медицина, 2010, (2), 27–32.
7. Наредба № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансеризацията, в сила от 01.01.2017 г., обн. ДВ. бр. 92 от 22 ноември 2016 г., ... изм. и доп. ДВ. бр. 3 от 9 януари 2024 г. <https://lex.bg/bg/laws/ldoc/2136933195>
8. Национален рамков договор № РД-НС-01-2 от 1 септември 2023 г. за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2023–2025 г. [https://www.nhif.bg/bg/nrd/2023-2025/medical#docs\\_section1](https://www.nhif.bg/bg/nrd/2023-2025/medical#docs_section1)
9. Национална здравна стратегия 2030. <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&Id=1604>
10. Пантелеев С, Златанова Т. Ефективност на профилактиката на ниво първична извънболнична медицинска помощ. Сборник доклади от шеста научна конференция с международно участие „Добри практики в здравните грижи“. 24 ноември 2022 г., Враца, 2023, Медицински университет – София, Централна медицинска библиотека, 54–56.

## УМЕНИЯ И НАГЛАСИ ЗА САМОРЕГУЛИРАНЕ НА УЧЕНОТО В УСЛОВИЯТА НА ПАНДЕМИЯ

А. Гугуткова<sup>1</sup>, С. Великов<sup>2</sup>, Н. Лалев<sup>3</sup>

<sup>1</sup>51 СУ „Елисавета Багряна“ – София

<sup>2</sup>ФОЗ „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ – София

<sup>3</sup>Медицински факултет, МУ – София

## SKILLS AND ATTITUDES FOR SELF-REGULATION OF LEARNING IN THE CONDITIONS OF A PANDEMIC

A. Gugutkova<sup>1</sup>, S. Velikov<sup>2</sup>, N. Lalev<sup>3</sup>

<sup>1</sup>51 "Elisaveta Bagryana" School – Sofia

<sup>2</sup>Faculty of Public Health „Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, DSc“, Medical University – Sofia

<sup>3</sup>Faculty of Medicine, Medical University – Sofia

**Abstract.** With the outbreak of the COVID-19 pandemic and the imposed emergency measures to contain the virus, Bulgaria was forced to suspend all in-person forms of education in schools, since March 13, 2020. The learning process was reorganized and implemented remotely through electronic platforms and other non-attendance forms of education, for which teachers and students were not prepared. The purpose of this study is to present and analyze the main components (cognitive, metacognitive and motivational) of skills, beliefs and attitudes contained in the theory of self-regulated learning in the context of a pandemic.

**Key words:** pandemic, COVID-19, self-regulated learning, skills

**Адрес за кореспонденция:** Аделина Гугуткова, e-mail: adi\_yotova@abv.bg; Стефан Великов, e-mail: s.velikov@fоз.mu-sofia.bg; Николай Лалев, e-mail: n.lalev@medfac.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Adelina Gugutkova, e-mail: adi\_yotova@abv.bg; Stefan Velikov, e-mail: s.velikov@fоз.mu-sofia.bg; N. Lalev, e-mail: n.lalev@medfac.mu-sofia.bg

Спирането на присъственото обучение заради пандемията от COVID-19 и несигурността относно развитието и продължителността на кризата са свързани със сериозни рискове за ефективността на образователната система и за учебните резултати в краткосрочен и средносрочен аспект. Тази ситуация налага необходимостта от разработване на адекватни решения, които да осигурят адаптивност, координация и ефективност на образователния процес. Целта е да се намалят неравенствата, да се гарантират равни възможности за качествено образование, да се осигури устойчивост на придобитите знания и умения,

както и да се предотврати рискът от отпадане от училище. В тази връзка изследването на уменията и нагласите за саморегулиране на ученето в условията на пандемия е от изключително важно значение.

**Целта** на настоящото проучване е да представи и анализира основните взаимнообвързани компоненти от умения, вярвания и нагласи (когнитивен, метакогнитивен и мотивационен), съдържащи се в теорията за саморегулираното учене.

Саморегулацията е една от ключовите характеристики на личността. Тя се определя като процес на целенасочено структуриране на мислите,

емоциите и действията на индивида, който му позволява да постигне своите цели. В рамките на учебния процес саморегулацията се определя като процес на систематично активиране и поддържане на знанията, мотивацията и действията на учащия се, с цел постигане на желаните резултати (Zimmerman, 2000; Schunk, 2018). С развитието на образователните изследвания саморегулираното учене постепенно се налага като важна сфера, свързана с ефективността на преподаването и ученето (Dignath, 2008; Dent, 2016).

Способностите за саморегулирано учене се отнасят до уменията на учениците да осъзнават и управляват процеса на своето учене, като (Schunk, 1996; Schraw, 2006; Zimmerman, 2000):

- формулират конкретни цели за своето учене;
- избират подходящи стратегии, които да им помогнат да реализират тези цели;
- прилагат избраните стратегии в учебния процес;
- следят напредъка си по постигането на поставените цели;
- адаптират стратегиите си с цел подобряване на резултатите.

В контекста на теорията за саморегулираното учене, тази концепция обхваща три основни взаимосвързани компонента, представени на фиг. 1: когнитивен, метакогнитивен и мотивационен,

които се отнасят до умения, вярвания и нагласи (Zimmerman, 2000, 2008; Pintrich, 2000).

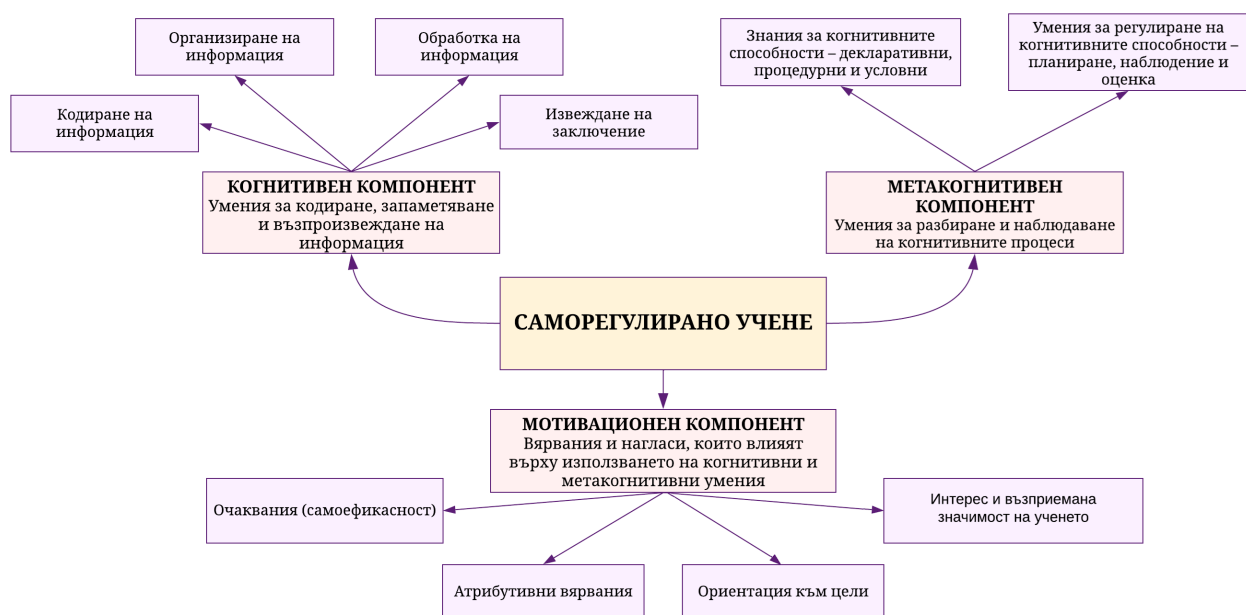
Когнитивният (познавателен) компонент играе съществена роля в процеса на учене, като обхваща умения, необходими за кодиране, запаметяване и възпроизвеждане на информация. Произходът на термина „когниция“ е свързан с латинската дума *cognoscere*, която означава „опознавам“. Тези умения са от съществено значение за ефективното усвояване на нови знания и информация и включват (Schraw, 2006):

**1. Умения за кодиране на информация:**

Свързани със способността за обработка на текущата информация в работната памет, за да бъде съхранена в дълготрайната памет.

**2. Умения за организиране на информацията:**

Това умение се отнася до начина, по който информацията се класифицира и структурира в дълготрайната памет, създавайки организирани схеми и скриптове. Схемите представляват групи от декларативни знания (факти или концепции), които улесняват бързото организиране на наличната информация, основаваща се на предишен опит, за да се реагира адекватно в нови ситуации. Скриптовите от своя страна са набори от процедурни знания, които позволяват автоматизирано изпълнение на задачи или прилагане на определени умения. Схемите и скриптовите са решаващи за саморегулираното учене, тъй като



Фиг. 1. Ключови компоненти за саморегулиране на ученето

осигуряват бърз достъп до голямо количество информация в паметта.

**3. Умения за обработка на информацията:** Това умение се отнася до способността да се свързва новото знание с вече съществуващото, както и да се надгражда информацията в дълготрайната памет. Чрез ефективна обработка на информацията учащите се може да интегрира новите концепции в своите предишни познания, което улеснява задълбоченото разбиране и запомняне на изучавания материал.

**4. Умения за извеждане на заключения/изводи:** Това умение се отнася до способността за анализиране и формулиране на нова информация въз основа на съществуващото знание. Тези умения са изключително важни за саморегулираното учене, тъй като дават възможност на учащите се да надминат придобитото знание и да генерират нова информация, необходима за постигане на по-високо ниво на компетентност.

Саморегулирането на учебния процес изисква значителна когнитивна ангажираност, която е необходима за създаването на кодирана информация. Това включва прехвърляне на предварително кодираната информация от дълготрайната памет в работната памет, с цел активното ѝ използване в процеса на учене, разбиране, прогнозиране, решаване на проблеми, разсъждаване и визуализиране. В значителна степен познавателните процеси в училище са свързани с прилагането на заучени алгоритми, които изискват информацията да бъде подготвена и в готова за употреба форма (Winne, 2018). Успехът на саморегулирането, особено при работа по сложни задачи, до голяма степен зависи от ефективното активиране на съответните когнитивни схеми в дълготрайната памет, което е ключово за определяне на най-подходящия начин на действие в конкретната ситуация (Usher и Schunk, 2018).

**Метакогнитивният компонент** обхваща знания и умения, които дават възможност на обучаемите да наблюдават и разбират своите когнитивни процеси. Метапознанието може да се определи като „осъзнаването на учащите се за техните основни силни и слаби страни в академичен контекст, когнитивните ресурси, които могат да използват, за да отговорят на изискванията на конкретните учебни задачи, както и знанията им за регулиране на изпълнението на задачите с цел оптимизиране на процесите и резултатите от ученето“ (Winne и Perry, 2000).

Преди повече от 40 години Флавел, в предложението от него структуриран модел, дефинира метапознанието като „познание на индивида за собствените му когнитивни процеси и резултати, или всичко, свързано с тях“ (Flavell, 1979). В рамките на модела на Флавел метакогнитивните процеси са насочени към оптимизиране на когнитивните действия с цел постигане на обучителните цели. За това допринасят следните фактори:

**1. Метакогнитивните знания:** Първият фактор се отнася до прилагането на съществуващи метакогнитивни знания, които включват конкретни стратегии или умения, използвани от учениците за предприемане на действия, насочени към подобряване на ефективността на ученето.

**2. Метакогнитивните реакции:** Вторият фактор се отнася до реакциите на субективните усещания и вътрешни състояния, които възникват в резултат на когнитивните действия по време на учебния процес.

Метакогнитивните знания оказват влияние върху действията и поведението на обучаемите, което от своя страна се отразява на резултатите от процеса на учене и може да предизвика различни субективни преживявания. В контекста на саморегулацията е важно обучаемите да следят внимателно своите вътрешни метакогнитивни усещания, за да оценят напредъка си в ученето и да направят навременни корекции в познавателните си умения. Метакогнитивните знания представляват осъзнаване и разбиране на собствените когнитивни процеси като мислене, учене, планиране и решаване на проблеми. Те включват знание за това какво знаем, как учим и как можем да използваме стратегии за подобряване на тези процеси. Основните компоненти на метакогнитивните знания са: декларативно знание, процедурно знание и условно знание (Pintrich, 2000; Schraw, 2006). Декларативното знание се отнася до познаването на собствените способности и ограничения, разбирането на факторите, които влияят върху ученето (например мотивация или среда), осъзнаването на силните и слабите страни в познавателния процес. Процедурното знание се отнася до познанието как да се изпълнят определени задачи, а също така овладяването на различни стратегии за учене (техники за запаметяване и решаване на проблеми) за осъществяване на по-ефективно учене. Условното знание се отнася до използването на определени стратегии (кога и защо) и

умението да се адаптират подходите според ситуацията или задачата. Обучаемите, притежаващи висока степен на условно знание, могат по-добре да оценят изискванията на конкретната учебна ситуация и да избират стратегии, които най-добре отговарят на тези изисквания. Метакогнитивните стратегии са конкретни методи, които помагат на учениците да осъзнават и управляват своите мисловни процеси по време на ученето. Те са разделени в три основни фази: планиране, мониторинг и оценка. Планирането включва подготовка за изпълнение на задача чрез определяне на цели, избор на подходящи стратегии и предвиждане на потенциални резултати и предизвикателства. При планирането може да се формулират определени въпроси, свързани с налични познания по темата и избор на подходяща стратегия, може да се създаде списък със стъпки и алгоритми, които трябва да се следват, за да се постигнат набелязаните цели или да се активират предишни знания, като се обсъди какво вече се знае по темата и как това знание може да бъде полезно за новия материал. Мониторингът включва наблюдение и оценка на напредъка по време на изпълнение на задачата. Тази фаза позволява корекции в реално време, като се използват самонаблюдение чрез въпроси, мислене на глас или използване на критерии за успех, с които се сравнява напредъкът, за да се оцени дали е избрана правилна стратегия. Оценката се извършва след приключване на задачата и включва анализ на постигнатите резултати и ефективността на използваните стратегии. На този етап се проверява дали поставените цели са постигнати и какви подобрения са необходими, а също се обсъжда как наученото може да се използва при други проблеми или задачи. Метакогнитивните стратегии не само подобряват ученето, но също така насърчават самостоятелността и увереността у учениците. Те са особено ефективни при сложни задачи и помагат за дългосрочното развитие на умения за саморегулирано учене.

**Мотивационният компонент** в ученето представлява съвкупност от психологични механизми и нагласи, които влияят върху развитието и използването на когнитивни и метакогнитивни умения. Той играе централна роля в процеса на учене, като стимулира усилията, насочва поведението и поддържа ангажираността на обучаемите. Мотивацията е сложен психичен процес, който включва:

- **Вътрешни фактори:** любопитство, интереси, лични цели, удоволствие от ученето.

- **Външни фактори:** награди, похвали, оценки, очаквания на преподаватели и родители.

Тя определя желанието на обучаемите да се включат активно в учебния процес и да преодоляват предизвикателствата. Мотивацията е не само двигател за започване на дадена задача, но и за упоритостта при нейното изпълнение. Въпреки че в литературата не съществува единна дефиниция на мотивацията, тя обикновено се разглежда като основен двигател, който стои зад иницирането, контрола, поддържането и оценката на поведението, насочено към постигане на цели (Hall, 2013). Според Дент (Dent, 2016) мотивацията за разлика от метакогнитивните процеси обяснява защо обучаемите саморегулират ученето си.

В контекста на саморегулираното учене, мотивационните нагласи играят ключова роля за активирането и поддържането на когнитивните и метакогнитивните процеси. Ето четирите основни мотивационни нагласи, които са от значение:

1. **Самоефикасност** – това е вярата на обучаемия в собствените му способности да изпълни дадена задача успешно. Тя е критичен фактор за саморегулиращото учене, защото:

- учениците с висока самоефикасност са по-склонни да използват стратегии за планиране, мониторинг и оценка на своето учене;
- те възприемат предизвикателствата като възможности за развитие, а не като заплахи;
- самоефикасността влияе върху усилията, постоянството и адаптивността при трудности.

Убедеността в личната ефикасност, която се отнася до увереността на обучаемия в способностите му да постигне желаните резултати, представлява ключов фактор за саморегулиращото поведение, свързано със:

- избора на задачи (увереността във възможностите предопределя избора);
- полаганите усилията (вярата, че е в състояние да реши определен проблем);
- постоянството и липсата на желание да се откаже, когато срещне затруднения;
- успехът е насочен към постигането на целите (Bandura, 1997; Eccles и Wigfield, 2002; Zimmerman, 2013; Usher и Schunk, 2018).

Учениците, които вярват в собствените си способности, демонстрират позитивни нагласи,

поставят си предизвикателни цели, проявяват упорство при среща с трудности, следят напредъка си и предприемат адекватни корекции, за да осигурят успешното си представяне. Едновременно с това съмнението в собствената ефективност намалява мотивацията, води до неувереност и несигурност в предприетите действия, избягват се предизвикателствата и бързо се отказват при срещане на затруднения (Usher и Schunk, 2018).

**2. Атрибутивните вярвания** се отнасят до психологичния процес, при който обучаемите приписват успеха или неуспеха си на вътрешни или външни причини. Учениците, които считат, че успехът им се дължи на вътрешни, контролируеми и постоянни фактори (като собствените усилия), проявяват по-висока мотивация и положителни реакции в учебната среда. От друга страна, тези, които отдават успеха си на външни, неконтролируеми и променливи обстоятелства (като късмет), често са по-неуверени и избягват да се изправят пред трудни и предизвикателни задачи (Schraw, 2006). Обучаемите могат да развият адаптивни атрибутивни връзки, които подобряват мотивацията и поведението, свързано с постиженията, включително полагане на усилия, търсене на помощ и упоритост в обучението.

Тази нагласа отразява степента, до която ученикът оценява задачата като важна, интересна или полезна. Вътрешната ценност мотивира учениците да се ангажират активно с ученето. Основните елементи са:

- 1) Интерес: Удоволствието от самата задача.
- 2) Ползност: Възприемането на задачата като значима за бъдещи цели.
- 3) Важност: Усещането, че задачата е съществена за успеха.

**3. Ориентация към постигане на цели.** Обучаемите, които си поставят учебни цели, се стремят да усвоят нови умения и да повишат своята компетентност. От друга страна, тези, които определят цели за представяне, се опитват да докажат своите умения в академичната среда. Много емпирични изследвания показват, че учащите се, които си поставят цели за учене, проявяват по-адаптивно поведение, търсят по-големи предизвикателства, демонстрират устойчивост и реагират положително на неуспехите. Напротив, учащите се с цели за представяне често избягват предизвикателствата, отказват се при трудности, чувстват

се безпомощни и приписват неуспехите на неконтролируеми фактори, използвайки неадекватни стратегии и други подобни (Schraw, 2006; Usher и Schunk, 2018). Целеполагането се свързва с ориентацията на учащия към конкретен тип цели:

- Майсторска ориентация: Фокус върху овладяването на нови знания и умения.
- Ориентация към изпълнение: Фокус върху постигането на резултати (например високи оценки).
- Избягване на провал: Стремение към минимизиране на грешките или избягване на негативни оценки.

Учениците с майсторска ориентация са по-ангажирани и склонни да използват стратегии за саморегулиращо учене.

**4. Интересът и възприеманата значимост на ученето** са ключови фактори, които предопределят вътрешния стремеж на учащите се към придобиване на знания и овладяване на умения. Те представляват важен аспект от вътрешната мотивация, която стимулира ангажираността и ефективността в учебния процес.

Интересът е психологичен процес, който насочва вниманието и усилията към определена тема или дейност. Той може да бъде:

- Ситуационен интерес: Възниква в конкретна ситуация, например чрез новост, изненада или интригуваща задача. Този интерес може да бъде временен, но ако бъде поддържан, може да се развие в по-дълбока ангажираност.
- Индивидуален интерес: Постоянно предпочитание към определена тема или дейност. Този тип интерес е по-устойчив и води до дългосрочно участие и задълбочено учене.

Възприеманата значимост се отнася до това доколко учащите се виждат стойността и ползността на учебния материал за своите лични цели или бъдеще. Тази значимост може да бъде:

- Инструментална: Свързана с практическата полза от ученето (например за кариера или изпит).
- Лична: Отразява как учебният материал съответства на интересите или ценностите на ученика.

Интересът и възприеманата значимост са основополагащи за вътрешната мотивация в ученето. Те не само стимулират ангажираността с учебния процес, но също така насърчават дълбокото разбиране и дългосрочното приложение на

знанията. Преподавателите играят ключова роля в създаването на условия, които подхранват тези аспекти чрез подходящи стратегии и подкрепа.

Мотивационният компонент е ключов за успешното учене. Той не само стимулира ангажираността с учебния процес, но също така подпомага развитието на когнитивните и метакогнитивните умения. Преподавателите могат активно да повишават мотивацията чрез стратегии като поставяне на ясни цели, създаване на позитивна среда и свързване на учебния материал с интересите на учениците.

Всички тези умения, убеждения и нагласи са от съществено значение за процеса на саморегулация. Ученето може да се определи като саморегулирано, когато учащите се проявяват мотивация и активно участие на когнитивно и поведенческо ниво при изпълнението на учебните задачи (Zimmerman, 1986). Тези, които умеят да се саморегулират, комбинират необходимите умения с желанието за учене. Учащите се, които имат когнитивни и метакогнитивни умения, но нямат мотивация да ги прилагат, не постигат същите резултати като тези, които са както компетентни, така и мотивирани. В същото време учениците с висока мотивация, но без необходимите когнитивни и метакогнитивни умения, също срещат затруднения при ефективната саморегулация. Изследванията идентифицират редица характеристики, които разграничават учащите се, способни на саморегулирано учене, от тези, които не притежават такива способности (Weinstein, 1988; Zimmerman и Schunk, 1989; Zimmerman, 2000; Hall, 2013; Van Velzen, 2016; Schunk и Greene, 2018). В обобщение, саморегулиращите се учащи:

- подхождат активно и самостоятелно към изпълнението на академични задачи, като използват предишни знания за формулиране на цели и избор на подходящи стратегии за учене;

- влагат значителна лична мотивация при поставянето на своите цели;

- проявяват адаптивност в мотивационните си нагласи и емоции, като демонстрират високо ниво на академична ефикасност, интерес към ученето и училищната работа, както и позитивни емоции като удоволствие, удовлетворение и ентузиазъм;

- самостоятелно планират и управляват времето и усилията, необходими за изпълнение на задачите;

- познават и прилагат разнообразни когнитивни стратегии за кодиране, организиране, обработване, надграждане и използване на информацията;

- умеят да насочват, контролират и планират собствените си когнитивни процеси с цел постигане на личните си цели;

- работят съсредоточено и избягват разсейването по време на изпълнение на учебните задачи;

- проявяват устойчивост при трудности, като се придържат към целите си и запазват увереността в способностите си да ги постигнат;

- реалистично оценяват собствените си знания и умения, идентифицирайки разликата между желаното и постигнатото в процеса на учене.

Според съвременните принципи в образованието ученето е осъзнат и активен процес, при който учащите се не само разбират и усвояват учебното съдържание, но и развиват умения за саморегулация. Изследванията показват, че способностите за саморегулирано учене са тясно свързани с академичните постижения на учащите се. Тази връзка обаче зависи от множество фактори, включително възрастта, образователния контекст, както и социално-икономическите и семейните условия. Изследванията сочат, че саморегулацията е ключов фактор за успех дори при ученици от рискови социално-икономически среди. Високото ниво на саморегулация може да компенсира някои от негативните ефекти на ниския социален статус или липсата на ресурси. В контекста на онлайн обучението, саморегулираните учащи се показват по-висока академична ефективност благодарение на уменията си за управление на времето и усилията. Саморегулацията се развива с възрастта. В ранните етапи (детска градина и начално училище) тя е свързана с основни когнитивни умения като внимание и памет. С напредването на възрастта учениците започват да използват по-сложни стратегии за планиране и самооценка. Резултатите от изследвания сред учащи се от различни възрастови групи показват, че колкото по-често те прилагат уменията и практиките – част от саморегулираното учене, толкова по-вероятно е да имат по-високи образователни постижения (Robbins, 2004; Ursache, 2012; Richardson, 2012; Dent, 2016; Mägi, 2016; Harding, 2019).

Уменията за саморегулиране не са вродени, а се развиват целенасочено чрез подходящи образователни методи и подкрепа от страна на преподавателите и други участници в учебния процес. За да се постигне ефективен преход от външна регулация (осъществявана от преподавателя) към саморегулация (осъществявана от учащите се), е необходимо систематично и поетапно въвеждане на стратегии за саморегулирано учене. Саморегулираното учене е сложен процес, който изисква целенасочена работа както от страна на преподавателите, така и от страна на учащите се. Постепенният преход от външна регулация към саморегулация е възможен чрез систематично обучение, подкрепа и насърчаване на рефлексията. Това не само подобрява академичните резултати, но също така подготвя учащите се за ефективно учене през целия живот.

Едно от основните предимства на саморегулираното учене е увереността, която то предоставя на учащите се, че контролират своето учене и работа. Чувството за увереност във възможностите е мотивиращо и повишава вярата в собствените възможности за справяне с конкретната задача. Цимерман описва ученика като активен участник в учебния процес, обхващащ всички негови аспекти – мотивационен, метакогнитивен и поведенчески. Учащите се с развити умения за саморегулация осъзнават потенциалната полза от тях за подобряване на академичните си постижения и целенасочено прилагат ефективни учебни стратегии. Те могат да регулират и управляват емоциите си, които оказват положително влияние и допринасят за процеса на учене; мотивирани са, получават удоволствие от ученето и са удовлетворени от постигнатите резултати. Чрез насърчаване на учащите да развиват умения за саморегулирано учене и създаване на подходяща среда за това, особено по време на пандемията от COVID-19, преподавателите им помагат да осъзнаят и оценят връзката между начина, по който учат, и постигнатите резултати.

### Библиография

1. Христова А. Наръчник за оценяване на уменията за саморегулирано учене, Институт за изследвания в образованието, 2022, 60.
2. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman. 1997.
3. Dent AL, Koenka AC. The Relation Between Self-Regulated Learning and Academic Achievement Across Childhood and Adolescence: A Meta-Analysis. *Educ Psychol Rev*, 2016, 28, 425-474. <https://doi.org/10.1007/s10648-015-9320-8>.
4. Dent AL, Koenka AC. The Relation Between Self-Regulated Learning and Academic Achievement Across Childhood and Adolescence: A Meta-Analysis. *Educ Psychol Rev* (2016). 28, 425-474. <https://doi.org/10.1007/s10648-015-9320-8>.
5. Eccles JS, Wigfield A. Motivational beliefs, values, and goals. *Ann Rev Psychol*, 2002, 53(1), 109-132. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135153>.
6. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive developmental inquiry. *Am Psychol*, 1979, 34, 906-911.
7. Hall N, Goetz T. *Emotion, Motivation, and Self-Regulation: A Handbook for Teachers*. Emerald Group Publishing Limited, 2013.
8. Harding S-M, Griffin P, Graham L et al. Self-regulated learning as a predictor of mathematics and reading performance: A picture of students in grades 5 to 8. *Australian J Educ*, 2019, 0(0) 1-24. Australian Council for Educational Research.
9. Mägi K, Männamaa M, Kikas E. Profiles of self-regulation in elementary grades: Relations to math and reading skills. *Learning and Individual Differences*, 2016, 51, 37-48. doi:10.1016/j.lindif.2016.08.028.
10. Pintrich PR. The role of goal orientation in self-regulated learning. In: M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation*, 2000, 451-502). San Diego, CA, US: Academic Press. Retrieved from <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780121098902500433>.
11. Richardson M, Abraham C, Bond. Psychological correlates of university students' academic performance: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 2012, 138(2), 353-387. doi:10.1037/a0026838.
12. Robbins SB, Lauver K, Le H et al. Do psychosocial and study skill factors predict college outcomes? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 2004, 130(2), 261-288. doi:10.1037/0033-2909.130.2.261.
13. Schraw G, Kauffman DF, Lehman S. Self-Regulated Learning. In *Encyclopedia of Cognitive Science*, L. Nadel (Ed.). 2006, <https://doi.org/10.1002/0470018860.s00671>.
14. Schunk D, Greene J. *Handbook of Self-Regulation of Learning and Performance*, 2nd Edition. Routledge. 2018.
15. Schunk D, Greene J. *Handbook of Self-Regulation of Learning and Performance*, 2nd Edition. Routledge. 2018.
16. Schunk DH. Goal and Self-Evaluative Influences During Children's Cognitive Skill Learning. *Am Educ Res J*, 1996, 33(2), 359-382. doi:10.3102/00028312033002359.
17. Ursache A, Blair C, Raver CC. The Promotion of Self-Regulation as a Means of Enhancing School Readiness and Early Achievement in Children at Risk for School



- Failure. *Child Dev Perspect.* 2012;6(2):122-128. doi: 10.1111/j.1750-8606.2011.00209.x.
18. Usher EL, Schunk DH. Social cognitive theoretical perspective of self-regulation. In D. H. Schunk & J. A. Greene (Eds.). *Handbook of self-regulation of learning and performance.* 2018, 19-35). Routledge/Taylor & Francis Group.
19. Van Velzen J. *Metacognitive Learning: Advancing Learning by Developing General Knowledge of the Learning Process.* Springer International Publishing. 2016.
20. Winne PH. Cognition and metacognition within self-regulated learning. In D. H. Schunk & J. A. Greene (Eds.), *Handbook of self-regulation of learning and performance* 2018, 36-48. Routledge/Taylor & Francis Group.
21. Winne PH, Perry NE. Measuring Self-Regulated Learning. In: Boekaerts M, Pintrich PR, Zeidner M, Eds., *Handbook of Self-Regulation*, Academic Press, San Diego, 2000, 531-566. <http://dx.doi.org/10.1016/b978-012109890-2/50045-7>.
22. Zimmerman B. Attaining self-regulated learning: a social-cognitive perspective. In: Boekaerts M, Pintrich P and Zeidner M (eds) *Handbook of Self-Regulation*, 2000, 13-39. San Diego, CA: Academic Press.
23. Zimmerman BJ. Investigating Self-Regulation and Motivation: Historical Background, Methodological Developments, and Future Prospects. *Amn Educ Res J*, 2008, 45(1), 166-183. DOI:10.3102/0002831207312909.

## ЕНДОМЕТРИАЛНА ХИПЕРПЛАЗИЯ – ЕПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛАСИФИКАЦИЯ, ДИАГНОЗА

Т. Даков, П. Добрилова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## ENDOMETRIAL HYPERPLASIA – EPIDEMIOLOGY, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS

T. Dakov, P. Dobrilova

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** Endometrial hyperplasia (EH) is a spectrum of changes in the endometrium – from a slightly disordered pattern that exaggerates the alterations seen in the late proliferative phase of the menstrual cycle to irregular, hyperchromatic lesions that are similar to endometrioid adenocarcinoma. EH is caused by continuous exposure of estrogen unopposed by progesterone, polycystic ovary syndrome, tamoxifen, or hormone replacement therapy. EH, especially the one with atypia, can progress, or often occur coincidentally with endometrial carcinoma. EH is typically categorized into two groups: EH without atypia (usually not neoplastic) and EH with atypia (neoplastic; also referred to as endometrial intraepithelial neoplasia). The terminology and classification systems for EH have changed significantly over time. Main risk factors involve exposure of the endometrium to continuous estrogen unopposed by progestin.

**Key words:** endometrial hyperplasia; classification, risk factors

Адрес за кореспонденция: Теодор Даков, e-mail: dakov7@yahoo.com

Address for correspondence: Teodor Dakov, e-mail: dakov7@yahoo.com

## ВЪВЕДЕНИЕ

Ендометриумът е динамична тъкан, която претърпява редица промени (пролиферация, секреция, излющване) през време на менструалния цикъл на жената. Тези циклични промени са резултат от взаимодействието на двата женски полови хормона – естрадиол и прогестерон. Естрогените стимулират пролиферацията на епителните клетки, което води до удебеляване на маточната лигавица, докато прогестеронът стимулира диференциацията на епителните клетки и секреторната фаза на ендометриалния цикъл (Medh et al., 2000; Horne et al., 2007). Тънкият баланс между ендометриалната пролиферация и апоптоза се поддържа от редица фактори, включващи хормонален баланс, молекулярни механизми, околна среда, възраст и др., промените в които водят до

различни ендометриални нарушения. Ендометриалната хиперплазия (ЕХ) се характеризира с неинвазивна пролиферация на ендометриалните жлези и се разделя на две основни групи: ЕХ без атипия (обикновено доброкачествена) и атипична ЕХ (неоплазия, означавана още като ендиметриална интраепителна неоплазия – ЕИН). ЕХ и особено атипичната, има вероятност да прогресира или да се съчетава с ендометриален карцином.

## Класификация и хистология

Двете основни класификации на ЕХ са на Световната здравна организация (СЗО) от 2014 г. и системата на ендометриална интраепителна неоплазия (ЕИН) (Emons et al., 2015; Mutter et al., 2000). Класификацията на СЗО от 2014 е по-широко използваната (Raffone et al., 2019; Sanderson

Таблица 1. Ендометриална хиперплазия: терминология и хистологична класификация

Класификация		Хистология			
2014 СЗО		Хиперплазия без атипия		Атипична хиперплазия	
2000 ЕИН	Нормален ендометриум*	Доброкачествена ендометриална хиперплазия		Ендометриална интраепителна неоплазия**	
1994 СЗО		Проста хиперплазия без атипия	Комплексна хиперплазия без атипия	Проста хиперплазия с атипия	Комплексна хиперплазия с атипия

СЗО: Световна здравна организация; ЕИН: ендометриална интраепителна неоплазия; ДЕХ: доброкачествена ендометриална хиперплазия

\*означавана още като пролиферативен тип, нормален пролиферативен ендометриум или нормален секреторен ендометриум.

\*\*ЕИН се характеризира със: Жлезно струпване, което измества стромата до степен, когато обемът на стромата е под приблизително половината от несекреторния ендометриум и клетките са морфологично клонални и различни от останалия ендометриум. В ЕИН системата, D-score е измерване на обема на стромата като съотношение от общия обем тъкан (строма + епител + жлезен лумен). ЕИН се отличава от ДЕХ по наличието на жлезно струпване, дори без наличието на атипия. Така е налице известно припокриване между ДЕХ и ЕИН със СЗО категориите без атипия (Emons et al., 2015; Mutter et al., 2000; Scully et al., 1994)

et al., 2017). В настоящата разработка е използвана основно СЗО класификацията от 2014 г., но част от цитираните изпитвания са прилагали и други системи на класификация. Малко изпитвания са сравнявали СЗО и ЕИН класификациите, като те са използвали СЗО класификацията от 1994 г. (Travaglino et al., 2019, Scully et al., 1994).

Класификацията на СЗО 2014 включва следните категории (Emons et al., 2015):

- **Нормален ендометриум** – по време на нормален менструален цикъл ендометриумът е пролиферативен във фоликуларната фаза и секреторен в лутеалната. Нормалният пролиферативен ендометриум няма струпване на жлезите в стромата (съотношението жлези-строма е < 2:1). В отделни случаи нормалният ендометриум може да има съотношение жлези към строма > 2:1. В тези случаи обаче, въпреки че има струпване, жлезите са организирани, а клетките са без митотична активност.

- **Хиперплазия без атипия** – този термин в миналото се означаваше като проста или комплексна хиперплазия без атипия (Scully et al., 1994). При тази ЕХ съотношението жлези/строма е увеличено > 2:1; жлезите са с умерено струпване и дилатация. Характерно е разклоняването и пъпкуването както към лумена (без оформяне на истински папили), така и към околната строма. Стратификацията на епитела е добре изразена, налице са чести, но правилни митози (Kurman et al., 1985). Няма наличие на ядрен полиморфизъм.

- **Атипична хиперплазия** (хиперплазия с атипия; ЕИН) – с този термин в миналото се е означавала проста или комплексна хиперплазия с

атипия (Scully et al., 1994). При ЕХ с атипия съотношението жлези/строма е още по-високо, като е налице дезорганизация на жлезите с папили, клетъчни митози и увеличен ядрен атипизъм (Kurman et al., 1985). Хроматинът може да е диспергиран или неправилно струпан и/или с изпъкващи нуклеоли и увеличен брой митозите (Mazur et al., 1995; Kurman et al., 1982). Много рядко диагнозата ЕХ с атипия може да се постави и на базата на комплексност, без изразена клетъчна атипия.

Тази класификация цели намаляване на комплексността, свързана с редица патологични термини (напр. проста или комплексна, със или без атипия), както и да отрази, че хиперплазията без атипия е обикновено доброкачествено изменение, докато хиперплазията с атипия е преканцерозна и често се свързва с ендометриален карцином (Cancer Genome Atlas Research Network, 2013).

**Ендометриална интраепителна неоплазия** – класификацията на ЕИН е предложена от международна група гинекологични патолози през 2000 г. (Mutter et al., 2000) и не отговаря пряко на отделните категории на 2014 СЗО класификацията, въпреки че има известно припокриване (табл. 1).

ЕИН класификацията е по-слабо използвана, вероятно поради по-големите разходи и липсата на опит с компютризиран D-scoring компонент, който е част от ЕИН класификацията (Kane et al., 2012; Baak et al., 2001; Mutter et al., 2007).

ЕИН класификацията определя два основни вида ендометриални промени:

- **Доброкачествена ендометриална хиперплазия** (не неопластична) – в тази група са включени промени, наблюдавани при ановулация

или продължителна експозиция на естроген. Морфологичните промени при доброкачествената хиперплазия варират: от пролиферативен ендометриум с пръснати кистични жлези (Mutter et al., 2007) (персистиращ пролиферативен ендометриум) до уплътнен ендометриум с множество дилатирани жлези с разклонения и пъпкувания, което в други класификации съответства на „кистична жлезна хиперплазия“, „лека ахиперплазия“, или „проста хиперплазия“.

● **Ендометриална инраепителна неоплазия (ЕИН)** – тази група представлява премалигнени лезии на ендометриума. Струпаните ендометриални жлези изместват стромата до степен под половината от общата на нормалния несекреторен ендометриум и обикновено клетките са атипични.

Компютризиращият D-scoring компонент измерва обема на стромата като съотношение към общия обем тъкан (строма + епител + лумен на жлезите). Чрез този метод пробите се класифицират на доброкачествени ( $D > 1$ ), интермедиерни ( $D$  между 0 и 1) или ЕИН ( $D < 0$ ). D-скорът се определя на база компютърна морфометрия. Възможна алтернатива на компютризираната морфометрия е субективната ЕИН класификация. Този подход показва корелация с компютризиращия D-score в едно малко проучване при 84 пациентки, от които 10% (8 пациентки) са развили карцином (Hecht et al., 2005). Като цяло обаче е необходимо натрупване на опит за субективното определяне на D-score в клиничната практика.

Както класификацията на СЗО, така и ЕИН класификацията показват умерена възпроизводимост при различните наблюдатели (Ordí et al., 2014), но редица изследвания потвърждават връзката на ЕИН с прогресия към ендометриален карцином (Ваак et al., 2001; Lacey et al., 2008).

## Епидемиология

Определянето на честотата на ЕХ е трудно поради редица причини, включващи възрастта и менопаузния статус на изследваните пациентки, промяната на диагностичните критерии с времето, оценката само на симптоматични пациентки (с абнормално маточно кървене), тенденцията за хормонално заместителна терапия (използването на естроген без съответно прогестероново изследване, спрямо естроген и прогестин), техниката за оценка (ендометриален кюртаж спрямо

хистеректомия), както и едновременната диагноза на ендометриален карцином с хиперплазия.

ЕХ е най-често срещана при перименопаузалните или ранните постменопаузални пациентки. Репрезентативни са следните проучвания:

● В проучване, включващо жени на възраст между 18 и 90 години в рамките на 18-годишен период (от 1985 до 2003), е установена честота на ЕХ от 133 на 100 000 жени на година (Reed et al., 2009). Честотата на ЕХ без атипия е била по-висока при пациентките между 50 и 54 г. (между 142 и 213 на 100 000 жени/година), докато честотата на ЕХ с атипия е била по-висока при пациентките на възраст между 60 и 64 г. (56 на 100 000 жени/година).

● Анализът в друг обширен здравен план установява честота на ЕХ от 144 на 100 000 жени/година през 2002 (Lacey et al., 2012).

## РИСКОВИ ФАКТОРИ

Рисковите фактор за ЕХ са идентични с тези за ендометриален карцином (табл. 2) (Erplein et al., 2008; Erplein et al., 2009; Wise et al., 2016).

По-голямата част от тези рискови състояния включват повишена експозиция на ендометриума към естроген при липсата на съответстваща/несъответна прогестеронова експозиция. Това може да е резултат от ендогенни (напр. затлъстяване, овариална дисфункция) или екзогенни (напр. лекарства, вкл. отпускани без рецепта или локални терапии) източници на естроген. От друга страна, пациентите с менструални нарушения, причинени от хипоталамусен хипогонадизъм и ниски серумни концентрации на лутеинизиращ хормон (LH), фоликулостимулиращ хормон (FSH) и естрадиол не показват повишен риск от ЕХ.

Пациентите със синдром на Lynch (наследствен неполипозен колоректален карцином) или синдром на Cowden (известен още като болест на Cowden или множествен хемартомен синдром) са със значително увеличен риск от ЕХ или ендометриален карцином.

## Клинична картина

ЕХ се проявява с абнормално маточно кървене, като по-рядко може да се наблюдават следните симптоми:

● Абнормална цитологична находка при скрининг за цервикален карцином (напр. атипич-

Таблица 2. Рискови фактори за ендометриален карцином

Рисков фактор	Относителен риск (RR)
Напредване на възраст	1 до 2% кумулативна честота на ендометриален карцином при пациентките на възраст между 50 и 70 години
Самостоятелна естрогенова терапия	2 до 10
Терапия с tamoxifen	2
Ранно менархе	NA
Късна менопауза (след 55 г.)	2
Нулипаритет	2
Поликистозен овариален синдром (хронична ановулация)	3
Затлъстяване	За тип I ендометриален карцином: OR 1.5 за наднормено тегло (BMI 25.0 до < 30 kg/m <sup>2</sup> ), 2.5 за степен 1 затлъстяване (30.0 до < 35 kg/m <sup>2</sup> ), 4.5 за степен 2 затлъстяване (35.0 до 39.9 kg/m <sup>2</sup> ) и 7.1 за степен 3 затлъстяване (≥ 40.0 kg/m <sup>2</sup> ). За тип II: OR 1.2 за наднормено тегло (BMI 25.0 до < 30 kg/m <sup>2</sup> ), 1.7 за степен 1 затлъстяване (30.0 до < 35 kg/m <sup>2</sup> ), 2.2 за степен 2 затлъстяване (35.0 до 39.9 kg/m <sup>2</sup> ) и 3.1 за степен 3 затлъстяване (≥ 40.0 kg/m <sup>2</sup> ).
Диабет	2
Естроген-секретиращи тумори	NA
Синдром на Lynch (наследствен неполипозен колоректален карцином)	13 до 71% доживотен риск
Синдром на Cowden	13 до 28% доживотен риск
Фамилна анамнеза за ендометриален или овариален карцином, карцином на млечната жлеза или на дебелото черво	NA

NA: RR не е наличен; OR: odds ratio; BMI: body mass index (Heald et al., 2010; Pilarski et al., 2011; Ramsoekh et al., 2009; Riegert-Johnson et al., 2010; Setiawan et al., 2013; Smith et al., 2001; Tan et al., 2012; Ten et al., 2012).

ни жлезни клетки, ендометриални клетки с характеристики на доброкачествени при пациентки ≥ 45 години (Nayar et al., 2015).

- Постменопаузални пациентки с удебелена ендометриална лигавица при ултразвуково изследване.

- Случайно диагностициране при хистеректомия по повод друга диагноза.

**Изследвания и диагноза** – клиничните изследвания при ЕХ са сходни с тези при ендометриален карцином.

- Изследване на малък таз – увеличение или болезненост на матката при палпация не е характерно.

- Лабораторни резултати – обикновено са нормални, с изключение на пациентките с обилно маточно кървене, които може да са анемични.

**Образни изследвания** – при постменопаузалните пациентки ултразвуковото изследване може да покаже удебеляване на маточната лигавица с хетерогенни участъци и кистични характеристики (Levine et al., 2022); ултразвукови критерии за доказване ЕХ няма, каквито са налице при ендометриален карцином. Така, удебеляване на маточната лигавица при менопаузалните пациентки при липсата на кървене е неспецифична находка, изискваща допълнително уточняване (34ACOG Committee Opinion, 2023). Същевременно дебелина на ендометриума от 4 mm и по-малко има над 99% негативна предикативна стойност за ендометриален карцином.

Изследването на ендометриума е основно за диагностична оценка на пациентките със съмнение за ендометриален карцином или предракова ендометриална лезия (напр. ендометриална хиперплазия със или без атипия). Оценката включва вземане на материал от ендометриума (напр. ендометриална биопсия, дилатация и кюртаж (D & K) със или без хистероскопия и/или трансвагинално ултразвуково изследване (ТВУИ).

## Ход на заболяването

ЕХ може да прогресира или да съществува едновременно с ендометриален карцином.

Рискът от прогресия на ЕХ към ЕК е приблизително четири пъти по-висок при пациентките с ЕХ с атипия (ендометриална интраепителна неоплазия – ЕИН) спрямо ЕХ без атипия (Reed et al., 2010).

Едновременно наличие на ендометриален карцином може да е налице при до 40% от пациентките с ЕХ с атипия (ЕИН) и < 1 процент от тези с ЕХ без атипия (Emons et al., 2015; Travaglino et al., 2019; Trimble et al., 2006; Rakha et al., 2012;

Semere et al., 2011). При пациентките с ЕХ най-отчетливите предиктори за едновременно наличие на ЕК включват възрастни пациентки, затлъстяване, диабет и атипия (Matsuo et al., 2015). В един метаанализ, включващ 15 ретроспективни проучвания върху над 1500 пациентки с ЕХ, честотата на едновременното наличие на ЕК (диагностициран в рамките на 3 месеца от диагнозата на ЕХ) е била 32% (95% CI 26-40 процента), но с голяма вариабилност на изхода (Doherty et al., 2020).

Наличието и тежестта на клетъчната атипия и архитектурата на струпването са основните фактори за определянето на риска от прогресия към карцином. Простата хиперплазия е с най-малък риск от прогресия към карцином и в над 80% от случаите показва регрес (Kurman et al., 1985; Terakawa et al., 1997). Сред пациентките с атипична хиперплазия постменопаузалиният статус се свързва с най-висок риск от прогресия към аденокарцином (Reed et al., 2010). Простата хиперплазия се свързва с 3 до 8% честота на прогресия към комплексна хиперплазия и проста атипична хиперплазия, съответно. Комплексната хиперплазия има среден риск за прогресия, като в по-голямата част от случаите регресира, докато ЕХ с атипия е преканцероза и има висок риск от прогресия към ЕК (Widra et al., 1995). Резултатите от друго проучване показват прогресия до ЕК при 1% от пациентките с проста хиперплазия, 3% от пациентките с комплексна хиперплазия, 8% от пациентките с проста атипична хиперплазия и 29% от тези с комплексна атипична хиперплазия (Kurman et al., 1985). Резултатите от друго скорошно проучване сочат, че 2% от случаите с комплексна хиперплазия (8/390) прогресират до ЕК и 10.5% в атипична хиперплазия, докато 52% от тези с атипична хиперплазия прогресират до ЕК (Bernstein et al., 2006).

## ДИАГНОЗА

ЕХ е хистологична диагноза на базата характерните находки на материал от матката, получен при ендометриална биопсия, дилатация и кюртаж (Д & К) или хистероскопия.

**Роля на биомаркерите** – имунохистохимичните маркери могат да помогнат за разграничаването на ЕХ с атипия от ЕХ без атипия или ЕК (Sanderson et al., 2017; Travaglini et al., 2018; Hosseini et al., 2018; Joiner et al., 2015; Quick et

al., 2012; Allison et al., 2012; Laas et al., 2014). Тези маркери обаче са обект на изследване и не са част от рутинната клинична практика. Такива биомаркери включват липсата на paired box gene 2 (PAX2) оцветяване (Joiner et al., 2015; Quick et al., 2012; Allison et al., 2012), оцветяване за matrix metalloproteinase 9 (MMP-9) и B-cell lymphoma 2 (Bcl-2) (Travaglini et al., 2018; Hosseini et al., 2018; Joiner et al., 2015; Quick et al., 2012; Allison et al., 2012; Laas et al., 2014), както и свързекспресия за естроген и прогестерон (Laas et al., 2014). Описани са и други биомаркери (Strickland et al., 2019).

## ДИФЕРЕНЦИАЛНА ДИАГНОЗА

Диференциалната диагноза включва основно ЕК, за което е характерна инвазия при хистологично изследване.

Факторите, които предполагат инвазия, включват инвазивен характер на жлезите и реактивна строма (най-дефинитивните), крибриформни жлези или с конфлуиращ растеж (липса на строма между жлезите). Изразена нуклеарна атипия, особено при атрофичен ендометриум, може да е налице и при ЕХ с атипия (ЕИН) или ЕК.

## ПОСЛЕДВАЩА ОЦЕНКА НА ПАЦИЕНТКИТЕ С ЕХ С АТИПИЯ

В нашата практика при пациентките с диагноза ЕХ с атипия на базата на ендометриална биопсия се извършват дилатация и кюртаж, за се изключи наличието на ЕК.

Доказването на нуклеарна атипия има ниска честота на потвърждаемост при второ мнение (Trimble et al., 2006; Rakha et al., 2012; Suh-Burgmann et al., 2009; Hedrick Ellenson et al., 2010; Zaino et al., 2006; Kendall et al., 1998; Allison et al., 2008). В проучване, включващо над 300 ендометриални препаратата, първоначално оценени като ЕХ с атипия, при повторен преглед от панел експерти патолози, потвърждение на диагнозата е било налице само при 38% от случаите (коефициент на корелация на нуклеарна атипия 0.28) (Zaino et al., 2006). В друго проучване при 289 пациентки с диагноза комплексна атипична хиперплазия (ЕХ с атипия), след преглед от втора група патолози (на база критериите на СЗО от 1994), при 29% е поставена по-сериозна диагноза (като ЕК) (Trimble et al., 2006). Съвпадаемостта при второ мнение, изглежда, се подобрява при нарастване броя на

пробите, както и наличието на отчетливи нуклеоли (Hedrick Ellenson et al., 2010; Zaino et al., 2006; Kendall et al., 1998).

Някои данни предполагат, че Д & К е по-ефективен метод спрямо ендометриалната биопсия при откриването на едновременно наличие на ЕК, вероятно поради по-големия обем на получения маточен материал (Rakha et al., 2012; Sug-Burgmann et al., 2009). Нито ендометриалната биопсия, нито дилатацията и кюртажът могат напълно да изключат съпътстващия ендометриален карцином. В едно ретроспективно проучване при над 820 пациентки с ЕХ с атипия, честотата на неочакван ендометриален карцином, диагностициран след хистеректомия, е била по-висока при пациентките, при които диагнозата е поставена чрез ендометриална биопсия спрямо тези с дилатация и кюртаж (45% спрямо 30%) (Suh-Burgmann et al., 2009). Сред пациентките с повторна процедура за потвърждаване на диагнозата (ендометриална биопсия или Д & К) честотата на неочакван ЕК при хистеректомия е по-ниска (повторна ендометриална биопсия: 20 от 89 пациентки (22%); ендометриална биопсия, последвана от Д & К: 28 от 171 пациентки (16%).

## ПРЕПОРЪКИ

**Подход при пациентките с несигурна хистопатология** – при ендометриална биопсия с недостатъчен хистологичен материал и при които има клинично съмнение за ендометриална патология (ЕХ с атипия, ендометриален карцином), следва да се повтори биопсията или да се направят дилатация и кюртаж. При две неуспешни ендометриални биопсии без получаване на достатъчно хистологичен материал следва да се извършат дилатация и кюртаж. При цервикални стенози, които често са причина за неуспешна биопсия, следва да се направи предоперативно подготовка на маточната шийка.

**Подход при пациентките с доброкачествена хистопатология** – при пациентките с персистиращо или рецидивиращо кървене в рамките на три до шест месеца след доброкачествен резултат от хистологичното изследване, симптоматиката може да се дължи на пропуснатата ендометриална патология (ЕХ, ендометриален карцином) и е необходимо допълнително изследване.

Докладваната честота на ЕХ или ендометриален карцином при пациентки с преценка след

персистиращо или рецидивиращо постменопаузално кървене варира в широки граници – от 4 до 22% (Twu et al., 2000; Ronghe et al., 2010; Gull et al., 2003). Особено при пациентките с рискови фактори за ендометриален карцином следва да се направи повторно изследване (табл. 2 – рискови фактори за ендометриален карцином). В едно case-control проучване при пациентки с ендометриален карцином, предшествано от доброкачествен резултат, данни за колоректален карцином, ендометриален полип или BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> са свързани с последващ ендометриален карцином (Torres et al., 2012).

## Библиография

1. ACOG Committee Opinion No. 734: The Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Women With Postmenopausal Bleeding. *Obstet Gynecol*, 2018; 131:e124. Reaffirmed, 2023.
2. Allison KH, Reed SD, Voigt LF, et al. Diagnosing endometrial hyperplasia: why is it so difficult to agree? *Am J Surg Pathol*, 2008; 32:691.
3. Allison KH, Upson K, Reed SD, et al. PAX2 loss by immunohistochemistry occurs early and often in endometrial hyperplasia. *Int J Gynecol Pathol*, 2012; 31:151.
4. Baak JP, Ørbo A, Van Diest PJ, et al. Prospective multicenter evaluation of the morphometric D-score for prediction of the outcome of endometrial hyperplasias. *Am J Surg Pathol*, 2001; 25:930.
5. Bernstein L. The risk of breast, endometrial and ovarian cancer in users of hormonal preparations. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*, 2006;98:288-96.
6. Kandoth C, Schultz N, et al. Cancer Genome Atlas Research Network. Integrated genomic characterization of endometrial carcinoma. *Nature*, 2013; 497:67.
7. Doherty MT, Sanni OB, Coleman HG, et al. Concurrent and future risk of endometrial cancer in women with endometrial hyperplasia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 2020; 15:e0232231.
8. Emons G, Beckmann MW, Schmidt D, et al. New WHO Classification of Endometrial Hyperplasias. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 2015; 75:135.
9. Epplein M, Reed SD, Voigt LF, et al. Risk of complex and atypical endometrial hyperplasia in relation to anthropometric measures and reproductive history. *Am J Epidemiol*, 2008; 168:563.
10. Epplein M, Reed SD, Voigt LF, et al. Endometrial hyperplasia risk in relation to recent use of oral contraceptives and hormone therapy. *Ann Epidemiol*, 2009; 19:1.
11. Gull B, Karlsson B, Milsom I, Granberg S. Can ultrasound replace dilation and curettage? A longitudinal evaluation of postmenopausal bleeding and transvaginal sonograph-

- ic measurement of the endometrium as predictors of endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol*, 2003; 188:401.
12. Heald B, Mester J, Rybicki L, et al. Frequent gastrointestinal polyps and colorectal adenocarcinomas in a prospective series of PTEN mutation carriers. *Gastroenterology*, 2010; 139:1927.
  13. Hecht JL, Ince TA, Baak JP, et al. Prediction of endometrial carcinoma by subjective endometrial intraepithelial neoplasia diagnosis. *Mod Pathol*, 2005; 18:324.
  14. Hedrick Ellenson L, Ronnett BM, Kurman RJ. Precursor Lesions of Endometrial Carcinoma. In: Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract, 6th ed, Kurman RJ, Hedrick Ellenson L, Ronnett, BM (Eds), Springer, New York, 2010, 360-361.
  15. Horne FM, Blithe DL. Progesterone receptor modulators and the endometrium: changes and consequences. *Hum Reprod Update*, 2007;13:567-80.
  16. Hosseini Nasab S, Jooya N, Esmaili A, et al. Using Pyruvate Kinase as a Predictor for Patient With Endometrial Cancer Having Complex Hyperplasia With Atypia to Prevent Hysterectomy and Preserve Fertility: Retrospective Immunohistochemical Study. *Reprod Sci*, 2018; 25:1286.
  17. Joiner AK, Quick CM, Jeffus SK. Pax2 expression in simultaneously diagnosed WHO and EIN classification systems. *Int J Gynecol Pathol*, 2015; 34:40.
  18. Kane SE, Hecht JL. Endometrial intraepithelial neoplasia terminology in practice: 4-year experience at a single institution. *Int J Gynecol Pathol*, 2012; 31:160.
  19. Kendall BS, Ronnett BM, Isacson C, et al. Reproducibility of the diagnosis of endometrial hyperplasia, atypical hyperplasia, and well-differentiated carcinoma. *Am J Surg Pathol*, 1998; 22:1012.
  20. Kurman RJ, Kaminski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia. A long-term study of „untreated“ hyperplasia in 170 patients. *Cancer*, 1985; 56:403.
  21. Kurman RJ, Norris HJ. Evaluation of criteria for distinguishing atypical endometrial hyperplasia from well-differentiated carcinoma. *Cancer*, 1982; 49:2547.
  22. Laas E, Ballester M, Cortez A, et al. Supervised clustering of immunohistochemical markers to distinguish atypical endometrial hyperplasia from grade 1 endometrial cancer. *Gynecol Oncol*, 2014; 133:205.
  23. Lacey JV Jr, Mutter GL, Nucci MR, et al. Risk of subsequent endometrial carcinoma associated with endometrial intraepithelial neoplasia classification of endometrial biopsies. *Cancer*, 2008; 113:2073.
  24. Lacey JV Jr, Chia VM, Rush BB, et al. Incidence rates of endometrial hyperplasia, endometrial cancer and hysterectomy from 1980 to 2003 within a large prepaid health plan. *Int J Cancer*, 2012; 131:1921.
  25. Levine D, Gupta SC, Kwan C, et al. The Sonographic Appearance of Endometrial Intraepithelial Neoplasia. *J Ultrasound Med*, 2022; 41:1723.
  26. Matsuo K, Ramzan AA, Gualtieri MR, et al. Prediction of concurrent endometrial carcinoma in women with endometrial hyperplasia. *Gynecol Oncol*, 2015; 139:261.
  27. Mazur MT, Kurman RJ. Endometrial hyperplasia and epithelial cytoplasmic change. In: *Diagnosis of Endometrial Biopsies and Curettings. A Practical Approach*, Springer-Verlag, New York, 1995, 160.
  28. Medh RD, Thompson EB. Hormonal regulation of physiological cell turnover and apoptosis. *Cell Tissue Res*, 2000;301:101-24.
  29. Mutter GL. Endometrial intraepithelial neoplasia (EIN): will it bring order to chaos? The Endometrial Collaborative Group. *Gynecol Oncol*, 2000; 76:287.
  30. Mutter GL, Baak JP, Crum CP, et al. Endometrial precancer diagnosis by histopathology, clonal analysis, and computerized morphometry. *J Pathol*, 2000; 190:462.
  31. Mutter GL, Zaino RJ, Baak JP, et al. Benign endometrial hyperplasia sequence and endometrial intraepithelial neoplasia. *Int J Gynecol Pathol*, 2007; 26:103.
  32. Nayar R, Wilbur DC. The Pap test and Bethesda 2014. *Cancer Cytopathol*, 2015; 123:271.
  33. Ordi J, Bergeron C, Hardisson D, et al. Reproducibility of current classifications of endometrial endometrioid glandular proliferations: further evidence supporting a simplified classification. *Histopathology*, 2014; 64:284.
  34. Pilarski R, Stephens JA, Noss R, et al. Predicting PTEN mutations: an evaluation of Cowden syndrome and Bannayan-Riley-Ruvalcaba syndrome clinical features. *J Med Genet*, 2011; 48:505.
  35. Quick CM, Laury AR, Monte NM, Mutter GL. Utility of PAX2 as a marker for diagnosis of endometrial intraepithelial neoplasia. *Am J Clin Pathol*, 2012; 138:678.
  36. Raffone A, Travaglino A, Saccone G, et al. Endometrial hyperplasia and progression to cancer: which classification system stratifies the risk better? A systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*, 2019; 299:1233.
  37. Rakha E, Wong SC, Soomro I, et al. Clinical outcome of atypical endometrial hyperplasia diagnosed on an endometrial biopsy: institutional experience and review of literature. *Am J Surg Pathol*, 2012; 36:1683.
  38. Reed SD, Newton KM, Clinton WL, et al. Incidence of endometrial hyperplasia. *Am J Obstet Gynecol*, 2009; 200:678.e1.
  39. Ramsoekh D, Wagner A, van Leerdam ME, et al. Cancer risk in MLH1, MSH2 and MSH6 mutation carriers; different risk profiles may influence clinical management. *Hered Cancer Clin Pract*, 2009; 7:17.
  40. Reed SD, Newton KM, Garcia RL et al. Complex hyperplasia with and without atypia: clinical outcomes and implications of progestin therapy. *Obstet Gynecol*, 2010;116 (2 Pt 1):365-73.
  41. Riegert-Johnson DL, Gleeson FC, Roberts M, et al. Cancer and Lhermitte-Duclos disease are common in Cowden syndrome patients. *Hered Cancer Clin Pract*, 2010; 8:6.



42. Ronghe R, Gaudoin M. Women with recurrent postmenopausal bleeding should be re-investigated but are not more likely to have endometrial cancer. *Menopause Int*, 2010; 16:9.
43. Sanderson PA, Critchley HO, Williams AR, et al. New concepts for an old problem: the diagnosis of endometrial hyperplasia. *Hum Reprod Update*, 2017; 23:232.
44. Scully RE, Bonfiglio TA, Kurman, et al. Uterine corpus. In: *Histological Typing of Female Genital Tract Tumours*, 2nd ed., Springer-Verlag, New York, 1994, 13.
45. Semere LG, Ko E, Johnson NR, et al. Endometrial intraepithelial neoplasia: clinical correlates and outcomes. *Obstet Gynecol*, 2011; 118:21.
46. Setiawan VW, Yang HP, Pike MC, et al. Type I and II endometrial cancers: have they different risk factors? *J Clin Oncol*, 2013; 31:2607.
47. Smith RA, von Eschenbach AC, Wender R, et al. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer: Update of early detection guidelines for prostate, colorectal, and endometrial cancers. *CA Cancer J Clin*, 2001; 51:38.
48. Strickland AL, Rivera G, Lucas E, et al. PI3K Pathway Effectors pAKT and FOXO1 as Novel Markers of Endometrioid Intraepithelial Neoplasia. *Int J Gynecol Pathol*, 2019; 38:503.
49. Suh-Burgmann E, Hung YY, Armstrong MA. Complex atypical endometrial hyperplasia: the risk of unrecognized adenocarcinoma and value of preoperative dilation and curettage. *Obstet Gynecol*, 2009; 114:523.
50. Reed SD, Urban R. Endometrial hyperplasia and endometrial intraepithelial neoplasia: Clinical features, diagnosis, and differential diagnosis. Up-to date.
51. Tan MH, Mester JL, Ngeow J, et al. Lifetime cancer risks in individuals with germline PTEN mutations. *Clin Cancer Res*, 2012; 18:400.
52. Ten Broeke SW, Van der Klift HM, Tops CMJ, et al. Cancer risks for PMS2-associated Lynch syndrome. *J Clin Oncol*, 2018; 36:2961.
53. Terakawa N, Kigawa J, Taketani Y, et al. The behavior of endometrial hyperplasia: a prospective study. Endometrial Hyperplasia Study Group. *J Obstet Gynaecol Res*, 1997;23:223-30.
54. Torres ML, Weaver AL, Kumar S, et al. Risk factors for developing endometrial cancer after benign endometrial sampling. *Obstet Gynecol*, 2012; 120:998.
55. Travaglino A, Raffone A, Saccone G, et al. Loss of B-cell lymphoma 2 immunohistochemical expression in endometrial hyperplasia: A specific marker of precancer and novel indication for treatment: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2018; 97:1415.
56. Travaglino A, Raffone A, Saccone G, et al. Endometrial hyperplasia and the risk of coexistent cancer: WHO versus EIN criteria. *Histopathology*, 2019; 74:676.
57. Trimble CL, Kauderer J, Zaino R, et al. Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study. *Cancer*, 2006; 106:812.
58. Twu NF, Chen SS. Five-year follow-up of patients with recurrent postmenopausal bleeding. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*, 2000; 63:628.
59. Widra EA, Dunton CJ, McHugh M, Palazzo JP. Endometrial hyperplasia and the risk of carcinoma. *Int J Gynecol Cancer*, 1995;5:233-5.
60. Wise MR, Gill P, Lensen S, et al. Body mass index trumps age in decision for endometrial biopsy: cohort study of symptomatic premenopausal women. *Am J Obstet Gynecol*, 2016; 215:598.e1.
61. Zaino RJ, Kauderer J, Trimble CL, et al. Reproducibility of the diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study. *Cancer*, 2006; 106:804.

## ТЕРАПЕВТИЧНИ ВЪЗМОЖНОСТИ ПРИ ЕНДОМЕТРИАЛНА ХИПЕРПЛАЗИЯ

Т. Даков, П. Добрилова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## ENDOMETRIAL HYPERPLASIA – THERAPEUTIC OPTIONS

T. Dakov, P. Dobrilova

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** Endometrial hyperplasia (EH) is a spectrum of changes in the endometrium - from a slightly disordered pattern that exaggerates the alterations seen in the late proliferative phase of the menstrual cycle to irregular, hyperchromatic lesions that are similar to endometrioid adenocarcinoma. Generally, EH is caused by continuous exposure of estrogen unopposed by progesterone, polycystic ovary syndrome, tamoxifen, or hormone replacement therapy. EH can progress, or often occur coincidentally with endometrial carcinoma. EH is of clinical importance, and the reversion of hyperplasia to normal endometrium represents the key conservative treatment for prevention of the development of adenocarcinoma. Presently, cyclic progestin or hysterectomy constitutes the major treatment option for EH without or with atypia, respectively. However, hormonal therapies and definitive standard treatments are to be established for the management of EH. Moreover, therapeutic options for EH patients who wish to preserve fertility are challenging and require nonsurgical management. Therefore, future studies should focus on evaluation of new treatment strategies and novel compounds that could simultaneously target pathways involved in the pathogenesis of estradiol-induced EH. Novel therapeutic agents precisely targeting the inhibition of estrogen receptor, growth factor receptors, and signal transduction pathways are likely to constitute an optimal approach for treatment of EH.

**Key words:** endometrial hyperplasia; treatment, surgery, hormone therapy

Адрес за кореспонденция: Теодор Даков, e-mail: dakov7@yahoo.com

Address for correspondence: Teodor Dakov, e-mail: dakov7@yahoo.com

## ВЪВЕДЕНИЕ

Ендометриумът е динамична тъкан, която претърпява редица промени (пролиферация, секреция, излющване) през време на менструалния цикъл на жената. Тънкият баланс между ендометриалната пролиферация и апоптоза се поддържа от редица фактори, включващи хормонален баланс, молекулярни механизми, околна среда, възраст и др., промените в които водят до различни ендометриални нарушения.

Ендометриалната хиперплазия (ЕХ) е пре-канцерозна и се характеризира с неинвазивна пролиферация на ендометриума, водеща до уве-

личаване обема на ендометриума с промени в жлезната морфология (форма и размери), както и на съотношението жлезна тъкан към строма над 1:1 (Daud et al., 2011). Понастоящем честотата на ЕХ е около 200 000 нови случая/година в Западна Европа (Ozdegirmenci et al., 2011). По-голямата част от случите се дължат на хронична естрогенна експозиция и несъответна експозиция на прогестерон (например при първите форми на хормонозаместителна терапия) (Daud et al., 2011). Свръхпродукцията на естроген от мастните клетки също допринася за повишения риск от ЕХ и ендометриален карцином (ЕК) при жените с наднормено тегло (Ozdegirmenci et al., 2011; Nieman

et al., 2013). Освен пролиферативни изменения на ендометриума (Gunin et al., 2001) естрогените предизвикват и морфологични промени в луминалния и glandуларния епител, броя и формата на жлезите, съотношението жлези/строма, както и морфологията на епителните клетки (Deligdisch L, 2000; Silverberg SG. 2000).

В допълнение, ЕХ се наблюдава след менопаузата, когато овулаторните функции отпадат, съответно и продукцията на прогестерон, както и по време на пременопаузата, когато овулаторната функция е нерегулярна. Най-честият симптом на ЕХ са абнормното маточно кървене и нерегулярно маточно кръвотечение при лечение с хормонозаместителна терапия или терапия с tamoxifene (Kurman et al., 1985; Montgomery et al., 2004; Palmer et al., 2008). Понастоящем терапевтичните подходи за лечение на ЕХ са ограничени и включват хистеректомия или хормонална терапия (Reed et al., 2010). ЕХ без атипия обикновено се лекува с прогестини (Bese et al., 2006; Haimovich et al., 2008; Anastasiadis et al., 2008), докато хистеректомията е стандарт в лечението на ЕХ с атипия (Kim et al., 2014).

### ТЕРАПЕВТИЧНИ ВЪЗМОЖНОСТИ ПРИ ЕНДОМЕТРИАЛНА ХИПЕРПЛАЗИЯ

При пациентките с ЕХ основна цел е да се определи дали има съпътстващ ЕК, или да се предотврати прогресията ѝ към ЕК.

Лечението следва да се ръководи от следните фактори:

- Вида на ЕХ (дали е със, или без атипия)
- Менопаузалния статус
- Желанието за запазване на репродуктивните функции при пременопаузалните пациентки
- Нуждата от контрацепция при пременопаузалните пациентки
- Рисковите фактори за рецидив или прогресия на заболяването, включващи:
  - Възраст > 50 години (Zhao et al., 2021)
  - Body mass index (BMI) > 25 kg/m<sup>2</sup> (Zhao et al., 2021)
  - Нулипаратет (Yin et al., 2020)
  - Диабет (Zhao et al., 2021)
  - ЕХ с атипия (Zhao et al., 202)
  - Големина на матката ≥ 9 cm (Pal et al., 2018)
  - Ендометриална лезия > 2 cm (Zhou et al., 2021)

- Липсата на адекватна прогестинова терапия (Yin et al., 2020).

#### ЕХ без атипия

**Естествен ход на заболяването** – рискът от прогресия на ЕХ без атипия в ЕК не е напълно изследван, но изглежда, е под 10%, на базата на изпитвания с над 20-годишен период на наблюдение (Terakawa et al., 1997; Kurman et al., 1985; Reed et al., 2010; Lacey et al., 2010; Lacey et al., 2008). Репрезентативните проучвания на ЕХ без атипия без лечение са редки, но включват:

- В преглед на 35 пациентки (средна възраст 46 години) с проста хиперплазия (т.е. ЕХ без атипия) и изчаквателно поведение за шест месеца, приблизително 74% са имали спонтанна регресия, при 17% е персистирала и при 9% е прогресирала към атипична хиперплазия; ЕК е диагностициран при една пациентка (2.9%) (Terakawa et al., 1997).
- В често цитирана серия клинични случаи, включваща 122 пациентки с проста и комплексна хиперплазия без атипия (ЕХ без атипия), голямата част (близо 90%) от които не са лекувани с прогестинова терапия, две пациентки (1.6%) са диагностицирани с ЕК след среден период на наблюдение от 10 години (Kurman et al., 1985).
- По-висока честота на прогресия към ЕК (5-годишна кумулативна честота от близо 10%) е установена в кохортно проучване при 164 пациентки с комплексна хиперплазия (ЕХ без атипия), които не са лекувани с прогестинова терапия (Reed et al., 2010).

**Препоръчвано лечение:** медикаментозното или хирургичното лечение се препоръчва пред наблюдението при по-голямата част от пациентките с ЕХ без атипия. Видът лечение зависи от менопаузалния статус, желанието за запазване на репродуктивните функции, контрацептивните нужди и рисковите фактори за прогресия при конкретната пациентка.

Пременопаузални пациентки, които не са в групата с нисък риск от прогресия, се лекуват с прогестинова терапия. Прогестиновата терапия може да бъде интраутеринна или перорална и комбинирани естроген-прогестин перорални контрацептиви (КПК). Пременопаузалните жени с непоносимост или противопоказания за прогестини може да бъдат стриктно наблюдавани.

- Постменопаузални пациентки: следва да бъдат лекувани с прогестини или хирургично с хис-

теректомия; при избора на терапия следва да се има предвид рискът от прогресия в ЕК на базата на наличните рискови фактори (напр. хронична овариална дисфункция, затлъстяване, ранно менархе, късна менопауза, напредване на възрастта, терапия с tamoxifen, синдром на Lynch, синдром на Cowden).

- Повечето постменопаузални пациентки са подходящи за прогестинова терапия – интраутеринна или перорална; пероралните контрацептиви не са опция при тези пациентки с цел избягване експозиция на естроген, което може да увеличи риска (напр. тромбоемболични усложнения).

- Хистеректомията е дефинитивна терапия при ЕХ и се прилага при постменопаузалните пациентки, които отказват прогестинова терапия, или тя е противопоказана, при тези с упорито кървене, с повишен риск от ЕК или при желание за дефинитивна терапия.

**Алтернативно лечение при пациентките с нисък риск: наблюдение** – препоръчва се при пациентките с ЕХ без атипия с нисък риск от прогресия към ЕК. Това са тези, които отговарят на един или повече от следните критерии:

- Елиминиране на факторите, причиняващи пролиферацията на ендометриума (напр. коригирана ановулация).

- Липсват други рискови фактори за ЕК.

- Възстановяване на нормалната менструация; овулация и формиране на жълто тяло са предпоставка за високи нива на ендогенен прогестерон, което обикновено е достатъчно за обратно развитие на ЕХ без атипия.

**Ефективност на прогестиновата терапия** – наличните данни доказват ефективността на прогестиновата терапия при ЕХ без атипия (Lacey et al., 2010; Lacey et al., 2008; Gallos et al., 2010; Bian et al., 2015; Abu Hashim et al., 2015; Reed et al., 2009; Gal et al., 1983; Wildemeersch et al., 2003; Gallos et al., 2013); репрезентативни проучвания са:

- В едно проучване, включващо 63 пациентки с ЕХ без атипия, голямата част от които (над 80%) са получили лечение и са развили ЕК, кумулативната честота на прогресия в ЕК е била 1.2, 1.9 и 4.6% на 4-тата, 9-ата и 19-та година, съответно (Lacey et al., 2010; Lacey et al., 2008). В кохортно проучване, включващо 1037 пациентки с ЕХ без атипия, лекувани с прогестинова терапия, честотата на прогресия в ЕК е била 2% на 10-ата година (Reed et al., 2010).

- В метаанализ на 24 наблюдателни проучвания, включващи над 1000 пациентки с проста или комплексна хиперплазия (ЕХ без атипия), нивата на регресия са били между 66 и 89%, като е била налице обратна връзка между степента на жлезно струпване и нивата на регресия (Galos et al., 2010). Нивата на обратно развитие са били дори по-високи при терапия с levonorgestrel (LNG)-освобождаващите интраутеринни спирали (IUD [LNG 52 mg; 92 до 96%; общо 174 пациентки]).

- Последващ метаанализ на седем рандомизирани изпитвания също показва, че терапията с LNG 52 mg е била по-ефективна от пероралните прогестини при лечението на ЕХ без атипия; лечението с LNG 52 mg е било с по-висока честота на отговора на шестия месец в четири от изпитванията (88 спрямо 69%, [OR] 3.16, 95% CI 1.84-5.45) и по-ниска честота на хистеректомиите (OR 0.26, 95% CI 0.15-0.45) (Abu Hashim et al., 2015).

- Честотата на рецидив вероятно също е по-ниска след лечение с LNG 52 mg спрямо това с перорални прогестини. Едно кохортно изпитване при над 200 пациентки с комплексна ЕХ (ЕХ без атипия) и дълъг период на наблюдение (> 5 години) след лечение с LNG 52 mg или перорален прогестин показва честота на рецидивите съответно от около 13 и 28% (Gallos et al., 2013).

### **ЕХ с атипия (ЕИН)**

**Естествен ход на заболяването** – рискът от прогресия на ЕХ с атипия (ендометриална интраепителна неоплазия – ЕИН) до ЕК е по-висок спрямо тази при ЕХ без атипия и е между 15 и 40%, на базата на данните от проучвания с до 20 години период на наблюдение (Kurman et al., 1985; Reed et al., 2010; Lacey et al., 2010; Vereide et al., 2003).

- В проучване, включващо 48 пациентки с ЕХ с атипия, 83% от които са били без прогестинова терапия, единадесет (23%) са развили ЕК след средна продължителност от приблизително 5 години (Kurman et al., 1985).

- По-висока честота на прогресия в ЕК (пет годишна кумулативна честота от приблизително 40%) е установена в кохортно проучване при 62 пациентки с ЕХ с атипия, които не са получавали лечение (Reed et al., 2010).

- Съпътстващ ЕК може да е налице при до 40% от пациентките с ЕХ с атипия (Trimble et al., 2006; Travagline et al., 2019); рисковите фактори за съпътстващ ЕК включват напредване на възрастта, затлъстяване, диабет, както и постмено-

паузалните пациентки с ултразвукови данни за ендометриална лигавица  $\geq 20$  mm (Vetter et al., 2020; Karlsson et al., 1995; Matsuo et al., 2015).

**Първи избор на лечение: хистеректомия** – предвид високия риск от съпътстващ или от прогресия в ЕК, за голямата част от постменопаузалните пациентки, както и за пременопаузалните, които са изпълнили репродуктивните си планове, е препоръчително дефинитивно лечение чрез хистеректомия. В едно лонгитудилно проучване при пациентки с хиперплазия (със или без атипия), случаите на смърт, свързана с ЕХ, са били само при пациентки с установен ЕК по време на хирургичното лечение (Reed et al., 2010).

Важно е също да се обърне внимание и на съпътстващи състояния, които може да доведат до развитието на ЕХ, като например при пациентките с наднормено тегло е препоръчително сваляне на теглото (Jernigan et al., 2015).

Пациентките с висок риск от хирургични усложнения може да бъдат лекувани с прогестагенова терапия.

**Алтернативно лечение: прогестагенова терапия** – основната препоръка е лечението на ЕХ с атипия да е хистеректомията. С натрупването на данни за ефективността на лекарственото лечение и след одобрението на levonorgestrel (LNG)-освобождаващите интраутеринни спирали, прогестагените стават алтернатива на хирургичното лечение при някои пациентки, въпреки че се налагат продължително наблюдение и терапия, която да не е дефинитивна като хистеректомията (Gallos et al., 2010; Reed et al., 2009; Gal et al., 1983; Wildemeersch et al., 2003; Gallos et al., 2013; Trimble et al., 2012; Gallos et al., 2012; Orbo et al., 2014; Baker et al., 2012; Gallos et al., 2013; Mandelbaum et al., 2020; Gunderson et al., 2020; Randall et al., 1997; Wheeler et al., 2007; Perino et al., 1987; Montz et al., 2002). Съвременните схващания са, че прогестагеновата терапия е алтернатива на хистеректомия в следните случаи:

- Пременопаузални пациентки с планове за забременяване
- Пациентки, които отказват хистеректомия
- Пациентки с висок риск от оперативни усложнения.

Тези пациентки трябва да се придържат към терапията и последващите процедури за вземане на хистологичен маточен материал.

Прогестагеновата терапия включва вътрематочна спирали и перорални прогестагени. Комбинираните естроген/прогестинови контрацептиви не са подходящи за лечение на ЕХ с атипия.

*Доказателства за ефективността на прогестиновата терапия при ЕХ с атипия*

- В кохортно проучване при над 240 пациентки с ЕХ с атипия, пациентките, лекувани с прогестаген (180 пациентки), са имали по-ниска честота на ЕК спрямо нелекуваните пациентки (62 пациентки) (20.5 спрямо 101.4 на 1000 човекогодина) и хистеректомия (61 спрямо 297 на 1000 човекогодина) (Reed et al., 2010). Въпреки това процентът на персистирането и рецидива на заболяването след спиране на лечението е бил висок. В това изпитване от 180 пациентки с ЕХ с атипия на прогестинова терапия 27 (15%) са развили ЕК за период от 10 години (Reed et al., 2010). По същия начин, в системен преглед, включващ 111 пациентки с ЕХ с атипия, лекувани с прогестагенова терапия (средна възраст 31.7 години), персистиране и рецидив на заболяването са наблюдавани съответно при 14 и 23% от пациентките (Gunderson et al., 2012).

- В друго проучване сред пациентките с ЕХ с атипия и впоследствие развили ЕК (42 пациентки; 86 до 92% от които са били на лечение с прогестагени), честотата на прогресия към ЕК е била съответно 8.2, 12.4 и 27.5% на 4-тата, 9-ата и 19-ата година (Lacey et al., 2010; Lacey et al., 2008). Пациентките са били диагностицирани с ЕК средно 6 години след първоначалната диагноза (от 1 до 24 години).

Редица перорални прогестагенови терапии се смятат за ефективни при това заболяване, но LNG 52 mg IUD (Mirena, Liletta) се счита за най-ефективната терапия от първа линия (Gallos et al., 2010; Gallos et al., 2013; Galloe et al., 2012; Orbo et al., 2014; Baker et al., 2012; Gallos et al., 2013; Mandelbaum et al., 2020). Проучвания при пациентки с ЕХ с атипия показват, че LNG 52 се свързва с по-висока честота на регресия спрямо прогестиновата терапия (90 спрямо 69%) и по-ниска честота на рецидив (27 спрямо 50%) (Gallos et al., 2013). В допълнение, при пациентките с наднормено тегло (повишен BMI) е налице по-голяма полза от лечението с LNG 52 mg спрямо тези с нисък BMIs (Mandelbaum et al., 2020); тук обаче е необходимо допълнително проучване на тези резултати.

## ЛЕЧЕНИЕ

### Прогестагенова терапия

**Избор на прогестинов препарат** – LNG 52 mg (Mirena, Liletta) се счита за първи избор на прогестинова терапия при пациентките с ЕХ (със или без атипия) (Gallos et al., 2010; Bian et al., 2015; Abu Hashim et al., 2015; Wildemeersch et al., 2007; Gallos et al., 2013; Gallos et al., 2012; Orbo et al., 2014; Baker et al., 2012; Gallos et al., 2013; Mandelbaum et al., 2020; Jernigan et al., 2015; Montz et al., 2002; Wang et al., 2019; Simpson et al., 2014; Takeshima et al., 1998), въпреки че по исторически данни, по-често е лечението с перорални medroxyprogesterone acetate (MPA) или megestrol acetate. Резултатите от клиничните проучвания показват, че LNG 52 mg спрямо пероралните прогестини в лечението на ЕХ се свързва с по-висока честота на обратно развитие и по-ниска честота на рецидив. В допълнение към по-високата ефективност, те могат да се използват и при пациентки с относителни противопоказания за прогестини, защото предоставят дългодействаща контрацепция и не налагат ежедневно дозиране (Wildemeersch et al., 2003; Vereide et al., 2003; Perino et al., 1987). Те също са по-добре поносими спрямо пероралните прогестини, въпреки че метаанализ на рандомизирани проучвания не установява значима разлика в честотата на нерегулярните маточни кръвотечения при двата вида терапия (Abu Hashim et al., 2015).

Пероралните прогестини са приемлива алтернатива при пациентките, които отказват, не могат да понесат (напр. трудно поставяне, повтарящи се експулсации) или не са кандидати за LNG IUD.

При пероралното лечение на ЕХ с атипия се предпочита megestrol acetate поради по-високата ефективност спрямо другите прогестини, като например MPA (Randall et al., 1997; Wheeler et al., 2007). Другите перорални терапевтични възможности са сходни с тези при ЕХ без атипия, въпреки че пероралният norethisterone и micronized progesterone не са обстойно проучени при пациентките с ЕХ с атипия. Често при пациентките с ЕХ с атипия се прилагат по-високи дози спрямо препоръчаните при ЕХ без атипия, въпреки че данните в подкрепа на този подход са ограничени.

**Перорални прогестини** – пероралните прогестини могат да се прилагат като прогестини

самостоятелно (eg. megestrol acetate, MPA); при пременопаузалните пациентки без атипия, може да се използват и комбинирани естроген-прогестинови перорални контрацептиви (Wang et al., 2019). Терапевтичният курс обикновено е три до шест месеца. Проучвания, сравняващи високи дози прогестини, не показват значима разлика (Reed et al., 2009; Simpson et al., 2014).

### Хистеректомия

Тоталната екстрафасциална хистеректомия е дефинитивното лечение на ЕХ. Супрацервикална хистеректомия не се прилага частично поради възможност за локално разрастване на ендометриалната тъкан в маточната шийка (Trimble et al., 2012).

Необходимо е предприемане на всички стъпки за установяване на ендометриален карцином преди или по време на хистеректомията.

### Роля на оофоректомията и салпингектомията

При по-голямата част от пациентките се препоръчва хистеректомия с двустранна салпингектомия, със или без билатерална оофоректомия; няма обаче стандартизирани препоръки на дружествата относно отстраняването или запазването на яйчниците при пациентките с ЕХ. Поведението при пациентките с наследствен овариален карцином (напр. Lynch синдром, Cowden синдром) може да е различно.

Салпингектомията сама по себе си е превенция на карцинома на яйчниците, фалопиевите тръби и перитонеума. Изборът за оофоректомия зависи от непосредствените и дългосрочните негативни ефекти (напр. повишен риск от сърдечно-съдови заболявания, когнитивни нарушения) и възможните ползи (напр. избягване на необходимостта от последваща оофоректомия, намаляване на риска от карцином на гърдата) от хирургичната менопауза.

Дори при ЕК, овариални метастази се наблюдават само в 5% от случаите (Takeshima et al., 1998; Boronow et al., 1984). В допълнение, пациентките със съпътстващ ЕК по-често имат заболяване с нисък риск и вероятността от ефект върху преживяемостта със запазване на яйчниците при пациентките със стадий I, степен 1 ЕК е ниска (Lee et al., 2009; Matsuo et al., 2016). Някои експерти обаче все още правят билатерална салпинго-оофоректомия (БСО) при всички случаи на ЕХ с атипия поради риска от съпътстващ ЕК и

тъй като БСО е стандартна част от стадирането (Trimble et al., 2006; Creasman et al., 1987).

При пациентките с оофоректомия менопаузалните симптоми може да се лекуват с постменопаузална естрогенна терапия, при липсата на противопоказания.

### Терапии в проучване

Лечението с непрогестинови медикаменти, както и орган-съхраняващите оперативни интервенции не са стандарт, но са описани в литературата (Zhang et al., 2017; Pronin et al., 2015).

- Непрогестинови медикаменти

- Агонисти на Gonadotropin-releasing хормон са прилагани едновременно с LNG 52 mg (Mirena, Liletta) с успех при 24 пременопаузални пациентки с ЕХ със или без атипия или ранен стадий на ЕК (Pashov et al., 2012).

- Овариална индукция (напр. с clomiphene или ароматазни инхибитори) при пациентки в репродуктивна възраст води до формиране на жълто тяло corpus luteum, експозиция на ендogenous progesterone и повлияване на ЕХ при част от пациентките (Kistner et al., 1966). Приложението на тези терапии следва да бъде под наблюдение на специалист по репродуктивна медицина и гинеколог-онколог. Настъпване на бременност не е очаквано в условията на ЕХ. Необходимо е стриктно проследяване на ЕХ регресията. Този подход се предпочита при пациентките с ЕХ без атипия, които имат желание за постигане на бременност.

- Metformin има едновременно антипролиферативен ефект и намалява инсулиновата резистентност, които имат роля за развитието на ЕК при пациентките със затлъстяване (Tas et al., 2013).

В метаанализ на наблюдационни и рандомизирани проучвания, включващи група от 472 пациентки с ЕХ с атипия, тези, лекувани с прогестин и metformin, са имали по-ниска честота на рецидив на заболяването спрямо лекуваните само с прогестин (odds ratio 0.46, 95% CI 0.24-0.91; 3 проучвания), но сходна честота на ремисия (6 проучвания) (Chae-Kim et al., 2021). Едно от ограниченията на този анализ е, че са включени и пациентки с ЕК и изходът не е различим между групите. Необходими са допълнителни проучвания, включващи големи рандомизирани изпитвания, преди metformin да бъде препоръчан за рутинно

използване като допълваща терапия към прогестините при тези пациентки (Atiomo et al., 2020).

- Други хирургични лечения

- Хистероскопска резекция на ЕХ е била ефективно лечение при 68 от пациентки, но дългосрочните ефекти от лечението остават неопределени (Cianferoni et al., 1999). При преглед на 36 лекувани с хистероскопска туморна резекция, в комбинация с хормонална терапия, е установена честота на отговора от 89%, с 11% честота на рецидив (Alonso et al., 2015).

- Бариатричната хирургия също може да е обещаващ подход (Argenta et al., 2013; Aubrey et al., 2019). В едно ретроспективно проучване, включващо над 1400 пациентки със затлъстяване, подложените на бариатрична хирургична интервенция са имали по-ниска честота на карцином спрямо пациентките, които не са лекувани с бариатрична хирургия (3.5 спрямо 5.8%) (McCawley et al., 2009). Най-честият карцином в групата с бариатрична хирургия е бил този на гърдата (28.3%), следван от ендометриалния (17%). В контролната група, най-честият е бил ендометриалният карцином (62.3%).

### ОБОБЩЕНИЕ

- **Избор на лечение** – ЕХ се разделя на две групи: ЕХ без атипия и ЕХ с атипия (ЕИН). ЕХ може да прогресира или да съществува едновременно с ендометриален карцином. Изборът на лечение (наблюдение, прогестинова терапия или хистеректомия) се базира на няколко фактора: вида на ЕХ (със или без атипия), менопаузалния статус, желанието за запазване на репродуктивните функции и наличните рискови фактори.

- ЕХ без атипия – нелекувана, ЕХ без атипия има риск от прогресия към злокачествено образувание в приблизително 10% или по-малко за период от 20 години.

- При голяма част от пациентките с ЕХ без атипия се препоръчва прогестинова терапия с вземане на ендометриален материал пред хистеректомията (2С). Прогестиновото лечение намалява риска от прогресия към ЕК до близо 2% за 10 години. Наблюдението е обоснована алтернатива при пременопаузалните пациентки без рискови фактори за ЕК и/или с противопоказания за прогестиново лечение.

- ЕХ с атипия – нелекувана, ЕХ с атипия има риск от прогресия към ЕК до 40% за 20 години, а едновременното ѝ съществуване с ЕК може да е налице при до 40% от тези пациентки.

- При постменопаузалните пациентки с ЕХ с атипия, както и при тези, които са изпълнили репродуктивните си планове, се препоръчва хистеректомия пред прогестинова терапия с изследване на ендометриален материал (1В).

- При пременопаузалните пациентки с ЕХ с атипия, които искат за запазят репродуктивните си функции, се препоръчва прогестинова терапия с изследване на ендометриален материал пред хистеректомията (2В).

При хистеректомия се препоръчва тя да е без билатерална оофоректомия (2С).

**Прогестинова терапия** – Най-честата прогестинова терапия за лечение на ЕХ (всеки тип) включва levonorgestrel (LNG)-освобождаващи интраутеринни спирали (IUD [LNG 52 mg; Mirena, Liletta]), перорален megestrol acetate или перорален medroxyprogesterone acetate (MPA). Комбинирани перорални естроген-прогестин контрацептиви не са проучени при лечението на ЕХ, но са опция при част от пременопаузалните пациентки.

- При пациентките с ЕХ (със или без атипия) на консервативно лечение се препоръчва LNG 52 mg пред системните прогестини (перорални, мускулни или трансдермални (2В)). Резултатите от проучванията показват, че LNG 52 mg има по-висока честота на регресиите спрямо пероралните прогестини в лечението на ЕХ и по-ниска честота на рецидивите.

### Библиография

1. Abu Hashim H, Ghayaty E, El Rakhawy M. Levonorgestrel-releasing intrauterine system vs oral progestins for non-atypical endometrial hyperplasia: a systematic review and metaanalysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol*, 2015; 213:469.
2. Alonso S, Castellanos T, Lapuente F, Chiva L. Hysteroscopic surgery for conservative management in endometrial cancer: a review of the literature. *Ecancermedicalscience*, 2015; 9:505.
3. Anastasiadis PG, Skaphida PG, Koutlaki NG et al. Descriptive epidemiology of endometrial hyperplasia in patients with abnormal uterine bleeding. *Eur J Gynaecol Oncol*, 2000;21:131-4.
4. Argenta PA, Kassing M, Truskinovsky AM, Svendsen CA. Bariatric surgery and endometrial pathology in asymptomatic morbidly obese women: a prospective, pilot study. *BJOG*, 2013; 120:795.
5. Atiomo W. Is there any move to use metformin for endometrial hyperplasia in routine clinical practice? *BJOG*, 2020; 127:858.
6. Aubrey C, Black K, Campbell S, Pin S. Endometrial cancer and bariatric surgery: A scoping review. *Surg Obes Relat Dis*, 2019; 15:497.
7. Baker J, Obermair A, GebSKI V, Janda M. Efficacy of oral or intrauterine device-delivered progestin in patients with complex endometrial hyperplasia with atypia or early endometrial adenocarcinoma: a meta-analysis and systematic review of the literature. *Gynecol Oncol*, 2012; 125:263.
8. Bese T, Vural A, Ozturk M et al. The effect of long-term use of progesterone therapy on proliferation and apoptosis in simple endometrial hyperplasia without atypia. *Int J Gynecol Cancer*, 2006;16:809-13.
9. Bian J, Shao H, Liu H, et al. Efficacy of the Levonorgestrel-Releasing Intrauterine System on IVF-ET Outcomes in PCOS With Simple Endometrial Hyperplasia. *Reprod Sci*, 2015; 22:758.
10. Boronow RC, Morrow CP, Creasman WT, et al. Surgical staging in endometrial cancer: clinical-pathologic findings of a prospective study. *Obstet Gynecol*, 1984; 63:825.
11. Chae-Kim J, Garg G, Gavrilova-Jordan L, et al. Outcomes of women treated with progestin and metformin for atypical endometrial hyperplasia and early endometrial cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer*, 2021; 31:1499.
12. Cianferoni L, Giannini A, Franchini M. Hysteroscopic resection of endometrial hyperplasia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 1999; 6:151.
13. Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. A Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer*, 1987; 60:2035.
14. Daud S, Jalil SS, Griffin M, Ewies AA. Endometrial hyperplasia - the dilemma of management remains: a retrospective observational study of 280 women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2011;159:172-5.
15. Deligdisch L. Hormonal pathology of the endometrium. *Mod Pathol* 2000;13:285-94.
16. Gal D, Edman CD, Vellios F, Forney JP. Long-term effect of megestrol acetate in the treatment of endometrial hyperplasia. *Am J Obstet Gynecol*, 1983; 146:316.
17. Gallos ID, Krishan P, Shehmar M, et al. Relapse of endometrial hyperplasia after conservative treatment: a cohort study with long-term follow-up. *Hum Reprod*, 2013; 28:1231.
18. Gallos ID, Krishan P, Shehmar M, et al. LNG-IUS versus oral progestogen treatment for endometrial hyperplasia: a long-term comparative cohort study. *Hum Reprod*, 2013; 28:2966.
19. Gallos ID, Shehmar M, Thangaratinam S, et al. Oral progestogens vs levonorgestrel-releasing intrauterine sys-



- tem for endometrial hyperplasia: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*, 2010; 203:547.e1.
20. Gallos ID, Yap J, Rajkhowa M, et al. Regression, relapse, and live birth rates with fertility-sparing therapy for endometrial cancer and atypical complex endometrial hyperplasia: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*, 2012; 207:266.e1.
  21. Gunderson CC, Fader AN, Carson KA, Bristow RE. Oncologic and reproductive outcomes with progestin therapy in women with endometrial hyperplasia and grade 1 adenocarcinoma: a systematic review. *Gynecol Oncol*, 2012; 125:477.
  22. Gunin AG, Mashin IN, Zakharov DA. Proliferation, mitosis orientation and morphogenetic changes in the uterus of mice following chronic treatment with both estrogen and glucocorticoid hormones. *J Endocrinol*, 2001;169:23-31.
  23. Haimovich S, Checa MA, Mancebo G et al. Treatment of endometrial hyperplasia without atypia in peri- and postmenopausal women with a levonorgestrel intrauterine device. *Menopause*, 2008;15:1002-4.
  24. Jernigan AM, Maurer KA, Cooper K, et al. Referring survivors of endometrial cancer and complex atypical hyperplasia to bariatric specialists: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*, 2015; 213:350.e1.
  25. Karlsson B, Granberg S, Wikland M, et al. Transvaginal ultrasonography of the endometrium in women with postmenopausal bleeding--a Nordic multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*, 1995; 172:1488.
  26. Kim MK, Seong SJ. Conservative treatment for atypical endometrial hyperplasia: what is the most effective therapeutic method? *J Gynecol Oncol*, 2014;25:164-5.
  27. Kistner RW, Lewis JL, Steiner GJ. Effects of clomiphene citrate on endometrial hyperplasia in the premenopausal female. *Cancer*, 1966; 19:115.
  28. Kurman RJ, Kaminski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia. A long-term study of "untreated" hyperplasia in 170 patients. *Cancer*, 1985; 56:403.
  29. Lacey JV Jr, Ioffe OB, Ronnett BM, et al. Endometrial carcinoma risk among women diagnosed with endometrial hyperplasia: the 34-year experience in a large health plan. *Br J Cancer*, 2008; 98:45.
  30. Lacey JV Jr, Sherman ME, Rush BB, et al. Absolute risk of endometrial carcinoma during 20-year follow-up among women with endometrial hyperplasia. *J Clin Oncol*, 2010; 28:788.
  31. Lee TS, Kim JW, Kim TJ, et al. Ovarian preservation during the surgical treatment of early stage endometrial cancer: a nation-wide study conducted by the Korean Gynecologic Oncology Group. *Gynecol Oncol*, 2009; 115:26.
  32. Mandelbaum RS, Ciccone MA, Nusbaum DJ, et al. Progestin therapy for obese women with complex atypical hyperplasia: levonorgestrel-releasing intrauterine device vs systemic therapy. *Am J Obstet Gynecol*, 2020; 223:103.e1.
  33. Matsuo K, Cahoon SS, Yoshihara K, et al. Association of Low-Dose Aspirin and Survival of Women With Endometrial Cancer. *Obstet Gynecol*, 2016; 128:127.
  34. Matsuo K, Ramzan AA, Gualtieri MR, et al. Prediction of concurrent endometrial carcinoma in women with endometrial hyperplasia. *Gynecol Oncol*, 2015; 139:261
  35. McCawley GM, Ferriss JS, Geffel D, et al. Cancer in obese women: potential protective impact of bariatric surgery. *J Am Coll Surg*, 2009; 208:1093.
  36. Montgomery BE, Daum GS, Dunton CJ. Endometrial hyperplasia: a review. *Obstet Gynecol Surv*, 2004;59:368-78.
  37. Montz FJ, Bristow RE, Bovicelli A, et al. Intrauterine progesterone treatment of early endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol*, 2002; 186:651.
  38. Nieman KM, Romero IL, Van Houten B, Lengyel E. Adipose tissue and adipocytes support tumorigenesis and metastasis. *Biochim Biophys Acta*, 2013;1831:1533-41.
  39. Orbo A, Vereide A, Arnes M, et al. Levonorgestrel-impregnated intrauterine device as treatment for endometrial hyperplasia: a national multicentre randomised trial. *BJOG*, 2014; 121:477.
  40. Ozdegirmenci O, Kayikcioglu F, Bozkurt U et al. Comparison of the efficacy of three progestins in the treatment of simple endometrial hyperplasia without atypia. *Gynecol Obstet Invest*, 2011;72:10-4.
  41. Pal N, Broaddus RR, Urbauer DL, et al. Treatment of Low-Risk Endometrial Cancer and Complex Atypical Hyperplasia With the Levonorgestrel-Releasing Intrauterine Device. *Obstet Gynecol*, 2018; 131:109.
  42. Palmer JE, Perunovic B, Tidy JA. Endometrial hyperplasia. *Obstet Gynaecol*, 2008;10:211-6.
  43. Pashov AI, Tskhay VB, Ionouchene SV. The combined GnRH-agonist and intrauterine levonorgestrel-releasing system treatment of complicated atypical hyperplasia and endometrial cancer: a pilot study. *Gynecol Endocrinol*, 2012; 28:559.
  44. Perino A, Quartararo P, Catinella E, et al. Treatment of endometrial hyperplasia with levonorgestrel releasing intrauterine devices. *Acta Eur Fertil*, 1987; 18:137.
  45. Pronin SM, Novikova OV, Andreeva JY, Novikova EG. Fertility-Sparing Treatment of Early Endometrial Cancer and Complex Atypical Hyperplasia in Young Women of Childbearing Potential. *Int J Gynecol Cancer*, 2015; 25:1010.
  46. Randall TC, Kurman RJ. Progestin treatment of atypical hyperplasia and well-differentiated carcinoma of the endometrium in women under age 40. *Obstet Gynecol*, 1997; 90:434.
  47. Reed SD, Newton KM, Garcia RL, et al. Complex hyperplasia with and without atypia: clinical outcomes and implications of progestin therapy. *Obstet Gynecol*, 2010; 116:365.
  48. Reed SD, Voigt LF, Newton KM, et al. Progestin therapy of complex endometrial hyperplasia with and without atypia. *Obstet Gynecol*, 2009; 113:655.
  49. Urban RR, Reed SD. Endometrial hyperplasia: Management and prognosis Up-to date
  50. Silverberg SG. Problems in the differential diagnosis of endometrial hyperplasia and carcinoma. *Mod Pathol*, 2000;13:309-27.

51. Simpson AN, Feigenberg T, Clarke BA, et al. Fertility sparing treatment of complex atypical hyperplasia and low grade endometrial cancer using oral progestin. *Gynecol Oncol*, 2014; 133:229.
52. Takeshima N, Hirai Y, Yano K, et al. Ovarian metastasis in endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol*, 1998; 70:183.
53. Tas M, Kutuk MS, Serin IS, et al. Comparison of antiproliferative effects of metformine and progesterone on estrogen-induced endometrial hyperplasia in rats. *Gynecol Endocrinol*, 2013; 29:311.
54. Terakawa N, Kigawa J, Taketani Y, et al. The behavior of endometrial hyperplasia: a prospective study. *Endometrial Hyperplasia Study Group. J Obstet Gynaecol Res*, 1997; 23:223.
55. Travaglino A, Raffone A, Saccone G, et al. Endometrial hyperplasia and the risk of coexistent cancer: WHO versus EIN criteria. *Histopathology*, 2019; 74:676.
56. Trimble CL, Kauderer J, Zaino R, et al. Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia: a Gynecologic Oncology Group study. *Cancer*, 2006; 106:812.
57. Trimble CL, Method M, Leitao M, et al. Management of endometrial precancers. *Obstet Gynecol*, 2012; 120:1160.
58. Vetter MH, Smith B, Benedict J, et al. Preoperative predictors of endometrial cancer at time of hysterectomy for endometrial intraepithelial neoplasia or complex atypical hyperplasia. *Am J Obstet Gynecol*, 2020; 222:60.e1.
59. Vereide AB, Arnes M, Straume B, et al. Nuclear morphometric changes and therapy monitoring in patients with endometrial hyperplasia: a study comparing effects of intrauterine levonorgestrel and systemic medroxyprogesterone. *Gynecol Oncol*, 2003; 91:526.
60. Wang Y, Nisenblat V, Tao L, et al. Combined estrogen-progestin pill is a safe and effective option for endometrial hyperplasia without atypia: a three-year single center experience. *J Gynecol Oncol*, 2019; 30:e49.
61. Westin SN, Fellman B, Sun CC, et al. Prospective phase II trial of levonorgestrel intrauterine device: nonsurgical approach for complex atypical hyperplasia and early-stage endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol*, 2021; 224:191.e1.
62. Wheeler DT, Bristow RE, Kurman RJ. Histologic alterations in endometrial hyperplasia and well-differentiated carcinoma treated with progestins. *Am J Surg Pathol*, 2007; 31:988.
63. Wildemeersch D, Dhont M. Treatment of nonatypical and atypical endometrial hyperplasia with a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Am J Obstet Gynecol*, 2003; 188:1297.
64. Wildemeersch D, Janssens D, Pyllyser K, et al. Management of patients with non-atypical and atypical endometrial hyperplasia with a levonorgestrel-releasing intrauterine system: long-term follow-up. *Maturitas*, 2007; 57:210.
65. Yin J, Ma S, Shan Y, et al. Risk Factors for Recurrence in Patients with Atypical Endometrial Hyperplasia and Endometrioid Adenocarcinoma after Fertility-Sparing Treatments. *Cancer Prev Res (Phila)*, 2020; 13:403.
66. Zhang Q, Qi G, Kanis MJ, et al. Comparison among fertility-sparing therapies for well differentiated early-stage endometrial carcinoma and complex atypical hyperplasia. *Oncotarget*, 2017; 8:57642.
67. Zhao J, Hu Y, Zhao Y, et al. Risk factors of endometrial cancer in patients with endometrial hyperplasia: implication for clinical treatments. *BMC Womens Health*, 2021; 21:312.
68. Zhou S, Xu Z, Yang B, et al. Characteristics of progestin-insensitive early stage endometrial cancer and atypical hyperplasia patients receiving second-line fertility-sparing treatment. *J Gynecol Oncol*, 2021; 32:e57.

## АНАЛИЗ НА ПРИЧИНИТЕ И ФАКТОРИТЕ ЗА МЕДИЦИНСКИЯ ТУРИЗЪМ И ПЪТУВАНЕТО ЗА ЛЕЧЕНИЕ

Е. Сергеева

Катедра „Здравен мениджмънт и икономика на здравеопазването“,  
ФОЗ „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ – София

## ANALYSIS OF THE CAUSES AND FACTORS OF MEDICAL TOURISM AND MEDICAL TRAVEL

E. Sergeeva

Department of Health Management and Health Economics,  
Faculty of Health Sciences „Prof. Tsekomir Vodenicharov, MD, DcS“, Medical University – Sofia

**Abstract.** Health tourism is a huge and thriving industry covering the whole world. The article presents and analyzes the factors on which medical tourism depends, namely the quality of care, price and tourism opportunities. The 10 best destinations for medical tourism in the world are presented. The differences between medical tourism and medical travel are analyzed in a comparative plan.

**Key words:** health tourism, factors, medical travel, price, quality of care

**Адрес за кореспонденция:** Елена Сергеева, докторант, e-mail: 121518@students.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Elena Sergeeva, PhD student, e-mail: 121518@students.mu-sofia.bg

---

---

Здравният туризъм е огромна и процъфтяваща индустрия, обхващаща целия свят. През 2020 г. стойността на сектора на здравния туризъм в световен мащаб е около 54 млрд. щатски долара, но до 2027 г. се очаква да се увеличи почти четири пъти до 207 милиарда щатски долара [6].

Въпреки че секторът беше изправен пред значителни предизвикателства по време на пандемията от COVID-19 през 2020 г., той демонстрира бързо възстановяване през 2021 г. и 2022 г., което показва неговата стабилна устойчивост [3].

Медицинският туризъм датира от древни времена. Известно е, че хората в древните общества са изминавали големи разстояния, за да търсят опита на лекари и духовни лечители в други части на света. В ранното модерно общество пациентите предприемат дълги пътувания до СПА градове, където биха могли да получат медицинско

лечение в болници и да се възстановят на спокойствие.

Днес има много причини някой да стане медицински турист – от цената и качеството на лечението до получаването на достъп до лечения, които не са широко достъпни във неговата страна. Медицинският туризъм може да съчетае медицински процедури с ваканция и мнозина вече избират да прекарат времето си в работа в чужбина като цифрови номади.

Един от най-големите пазари за медицински туризъм е САЩ. Поради високата цена на медицинското лечение в САЩ повече от 2 млн. американци пътуват в чужбина за медицински туризъм всяка година (което представлява приблизително 9% от всички медицински туристи по света). Разликата в цената е значителна – OECD посочва, че лечение на сърдечна клапа на стойност 150 000

щатски долара в Америка може да струва само 9250 щатски долара в Полша.

Изборът на правилната дестинация за пътуване с цел медицински туризъм зависи от няколко фактора:

#### 1. Качество на грижите

Според McKinsey 40% от хората, които пътуват с цел медицински туризъм, търсят по-висококачествено лечение, отколкото могат да намерят у дома. Поради тази причина медицинските туристи често търсят страни с високоразвити здравни системи, достъп до най-висококвалифицирани лекари и медицинско оборудване и лесен достъп до лечение (например кратки списъци на чакащите). Различните държави могат да се специализират в определени видове лечение, поради което е трудно да се каже кои страни са „най-добрите“ за всички видове медицински туристи.

#### 2. Цена

Медицинските туристи са склонни да избират страни, където здравеопазването е по-евтино. Много медицински туристи специално търсят частно здравеопазване в чужди страни, за да гарантират качеството на грижите за тях, но това обикновено води до повече разходи. Независимо от повишаването на разходите, по-бързият достъп (по-кратко време на изчакване) и по-висококачественото лечение са причина много медицински туристи да са на мнение, че тези разходи си струват, особено в сравнение с разходите за лечение в собствената им страна.

#### 3. Възможности за туризъм

Времето, прекарано като медицински турист, може да отнеме няколко седмици или дори месеци в чужда страна, докато се прилагат лечението и възстановяването. Поради тази причина медицинските туристи са склонни да избират страни, които са безопасни, приятни и предлагат възможности за работа в чужбина. Медицинските туристи често комбинират медицинското си лечение с почивка, което кара мнозина да изберат „горещи туристически точки“ като свои дестинации за медицински туризъм.

10-те най-добри дестинации за медицински туризъм в света според данни от International Medical Travel Journal са представени на табл. 1.

Има разлика между медицинския туризъм и пътуването за лечение. Това, че пътувате до друга държава или регион по медицински или уелнес

причини, не означава непременно, че участвате в медицински туризъм.

**Таблица 1. Десетте най-добри дестинации за медицински туризъм в света**

Ред	Страна	Медицински туристи на година (2019)
1	Малайзия	1 100 000
2	Тайланд	632 000
3	Турция	400 000
4	Южна Корея	400 000
5	Дубай	350 000
6	Виетнам	350 000
7	Южна Африка	300 000
8	Мексико	300 000
9	Тайван	300 000
10	Индия	200 000

Медицинският туризъм се определя като пътуване до друга държава специално за по-евтино и по-достъпно лечение. По-голямата част от медицинските туристи пътуват за лечение по избор (например пластична хирургия или стоматологична работа), което се предлага в родната им страна, макар и на по-висока цена. Някои медицински туристи също пътуват, за да получат по-висококачествено лечение, отколкото биха намерили в собствената си страна.

„Пътуването за лечение“ е различно от медицинския туризъм в смисъл, че пътуващите за лечение е по-вероятно да бъдат насочени от лекари в родната си страна.

Ако се нуждаете в даден момент от специализирано лечение, което не се предлага във вашата страна, в тези случаи вашият лекар може да ви насочи към болница в друг град, регион или различна държава. Това е често срещана практика дори във високоразвитите страни. Много по-често такива пътувания се налагат, ако живеете в отдалечен район с ограничен достъп до болници, в малка страна с ограничени здравни заведения, като Андора, или в по-бедна или по-слаборазвита страна, където достъпът до здравеопазване е ограничен.

Въпреки че става все по-трудно да се раздели статистиката за броя на хората, които пътуват за

основно лечение, спрямо медицинските туристи, има няколко ключови разлики между пътуването за лечение и медицинския туризъм (табл. 2).

**Таблица 2. Разлики между медицински туризъм и пътуване за лечение**

Медицински туризъм	Пътуване за лечение
Често избираеми лечения като пластична хирургия, зъбни фасети, операции за отслабване или уголемяване на бюста	Обикновено пациентите се насочват от медицински специалист за основно лечение, което не е налично в техния регион или държава
Въпреки че лечението може да е достъпно в родината на пациента, той пътува в чужбина за по-добра сделка	Пациентът може да бъде принуден да потърси лечение в чужбина, ако не може да си позволи разходите за лечение в собствената си страна, или може да бъде насочен от застрахователя си
Пациентът организира пътуването чрез трета страна доставчик и често може да включва кратка почивка и почивка за разглеждане на забележителности	Пациентът е насочен от медицински специалист или застраховател и е вероятно да прекара времето си в болница – туризмът не е приоритет за пациента

Потенциалът за подобро благосъстояние и медицинско лечение се превърна в мотивиращ фактор за пътуване [9, 14]. Индустрията на медицинския туризъм се разраства бързо, като правителствата признават нейния потенциал за устойчив растеж [7, 8]. Правителствата в популярни дестинации за медицински туризъм са въвели политики и стратегии за привличане на международни пациенти. Тези стратегии включват инвестиране в здравна инфраструктура, повишаване на качеството на медицинските услуги и насърчаване на медицинския туризъм чрез маркетингови кампании. Например Тайланд и Малайзия са се утвърдили като водещи центрове за медицински туризъм, като предлагат висококачествени здравни услуги на конкурентни цени, съчетани с репутацията им на гостоприемни страни с екзотични туристически атракции [2, 10, 11, 12].

Освен това интегрирането на модерни технологии в медицинските процедури и телемедицината, както и включването на изкуствен интелект (AI) в медицинския туризъм допълнително повишават привлекателността на медицинския туризъм. Пациентите вече имат достъп до предварителни

консултации и последващи грижи чрез цифрови платформи, което прави целия процес по-удобен и ефективен. Този технологичен напредък не само подобрява опита на пациентите, но също така позволява на доставчиците на здравни услуги да поддържат непрекъснатата грижа за международни пациенти [1, 5]. В изчерпателен доклад UNWTO и ETC [13] се изследват факторите, допринасящи за растежа на медицинския туризъм и здравния сектор, включително увеличено свободно време и достъпни пътувания, улеснени от достъпна информация в интернет. Претоварените системи на здравеопазване и нарастващите разходи за дългосрочни грижи поради застаряването на населението генерират медицински туризъм, при който хората търсят медицинска помощ в други страни. Урбанизацията на глобалното население, заедно със свързаните с това фактори като хронични заболявания, води до нарастваща нужда и търсене на здравословно ориентирани пътувания. Бързият технологичен напредък, като по-малко инвазивните медицински технологии, оказват влияние върху пътуванията със здравни цели. В допълнение, политиките в областта на здравеопазването се очертаха като влиятелни катализатори, стимулиращи растежа както на вътрешния, така и на международния здравен туризъм. В този доклад се подчертава потенциала на здравния туризъм за смекчаване на сезонните предизвикателства, т.е. адаптивността му към целогодишни стратегии за дестинации е обещаващ път за развитие на туризма.

### Библиография

1. Bathla G, Raina A, Rana VS. Artificial intelligence-driven enhancements in medical tourism: opportunities, challenges, and future prospects. In: Hassan V, Albattat A, Bashaer S (eds.). *Impact of AI and robotics on the medical tourism industry*. IGI Global, 2024, 139-162. <https://doi.org/10.4018/979-8-3693-2248-2.ch006>
2. Chee H. Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore. *Glob Soc Policy*, 2010, 10(3), 336-357. <https://doi.org/10.1177/1468018110379978>
3. Euromonitor International. *Euromonitor International Database (2023)*, <https://www.euromonitor.com/>
4. Gholipour HF, Esfandiar K. Does medical tourism promote growth in healthcare sector? *The European Journal of Health Economics*, <https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-024-01700-3>
5. Gu D, Humatova G, Xie Y et al. Different roles of telehealth and telemedicine on medical tourism: an empiri-

- cal study from Azerbaijan. *Healthcare*, 2021, 9(8), 1073. <https://doi.org/10.3390/healthcare9081073>
6. <https://www.william-russell.com/blog/what-is-medical-tourism/>
  7. Kim HL, Hyun SS. The future of medical tourism for individuals' health and well-being: a case study of the relationship improvement between the UAE (United Arab Emirates) and South Korea. *Int J Environ Res Public Health*, 2022, 19(9), 5735.
  8. Klímová B, Kuča K. Medical tourism: its research and implications for public health. *Central Eur. J. Public Health*, 2020, 28(3), 226-229. <https://doi.org/10.21101/cejph.a5744>
  9. Majeed S, Kim W. Emerging trends in wellness tourism: a scoping review. *J Hosp Tour Insights*, 2022, 6(2), 853-873. <https://doi.org/10.1108/jhti-02-2022-0046>
  10. Mishra V, Sharma M. Framework for promotion of medical tourism: a case of India. *Int J Glob Bus Compet*, 2021, 16(S1), 103-111. <https://doi.org/10.1007/s42943-021-00027-7>
  11. Moghavvemi S, Ormond M, Musa G et al. Connecting with prospective medical tourists online: a cross-sectional analysis of private hospital websites promoting medical tourism in India, Malaysia and Thailand. *Tour Manage*, 2017, 58, 154-163. <https://doi.org/10.1016/J.TOURMAN.2016.10.010>
  12. Pocock NS, Phua KH. Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Global. Health*, 2011, 7(1), 12. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-7-12>
  13. World Tourism Organization and European Travel Commission: Exploring Health Tourism. UNWTO, Madrid, Spain, 2018.
  14. Wright DWM, Zascerinska S. Becoming immortal: future wellness and medical tourism markets. *J Tour. Futur*, 2022, 9(2), 168-195. <https://doi.org/10.1108/jtf-05-2021-0119>

## АНАЛИЗ НА ФАКТОРИТЕ, ВОДЕЩИ ДО НАМАЛЯВАНЕ РИСКА ОТ ВЪЗНИКВАНЕ НА ГРЕШКИ В СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА

Пл. Георгиев

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## ANALYSIS OF FACTORS LEADING TO REDUCTION IN THE RISK OF ERRORS IN NURSING PRACTICE

Pl. Georgiev

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** The contribution of nursing to the development of modern healthcare is undeniable. Nurses are part of a wide range of health professionals involved in the provision of medical services. The main task of nurses is to provide quality healthcare in a safe hospital environment, but in this complex process there is always a risk of adverse events. The article examines the main causes of errors in nursing practice. Factors leading to a reduction in the risk of errors in nursing practice are analyzed.

**Key words:** nurses, errors, healthcare

**Адрес за кореспонденция:** Пламен Георгиев, e-mail: p.m.georgiev@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Plamen Georgiev, e-mail: p.m.georgiev@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

---

### ВЪВЕДЕНИЕ

Здравеопазната дейност е екипна дейност, в която участват широк кръг професионални групи, но най-многобройна е групата на професионалистите по здравни грижи. Това изисква от медицинските сестри знания и умения за добра екипна ефективност, необходими за организиране, координиране и управление на здравните грижи, и създаване на благоприятна работна среда. Въпреки че приносът на сестринството за развитието на съвременното здравеопазване е безспорен, съществуват редица фактори, които водят до риск от възникване на грешки в сестринската практика. Част от тези фактори са външни и са независещи от дейностите на медицинските сестри, но важно значение имат вътрешните фактори, зависещи от самите медицински сестри и определящи качеството на предоставяните здравни грижи.

**Цел:** Да се анализират факторите, водещи до намаляване риска от възникване на грешки в сестринската практика, с цел подобряване на качеството на здравните грижи и предоставяне на ефективни и безопасни здравни грижи.

Използван е документален метод – проучена и анализирана е научна литература по изследвания проблем, свързан с дейностите на медицинските сестри в лечебните заведения, извършен е анализ на факторите, водещи до риск от възникване на грешки в сестринската практика.

През последните години настъпиха съществени изменения както в световната, така и в националната практика, изразяващи се в развитие на нова философия на сестринството, увеличаване на потребностите от здравни грижи, мобилност на професионалистите по здравни грижи [4]. Това изисква от медицинските сестри способност да организират качествени, на съвременно ниво

здравни грижи, прилагайки холистичен подход към пациента и неговите проблеми.

Философията на сестринската професия е свързана с удовлетворяване на човешките потребности на основата на етични и морални принципи. Тази философия на съвременното сестринство може да се реализира само от добре подготвени медицински сестри, притежаващи необходимите умения за предоставяне на качествени здравни грижи, които да са научнообосновани, прилагани съобразно здравното законодателство и етичните принципи. Според И. Стамболова (2008 г.) тази философия се реализира само от медицинските сестри, притежаващи необходимите качества и добродетели, които могат да носят отговорност за качеството на извършените грижи и проявяват състрадание и милосърдие към хората в работата си [6]. Съвременната медицинска сестра носи отговорност не само за качеството на извършените здравни грижи, но тя трябва да притежава и личностни качества и добродетели, за да може да изпълни мисията на своята професия. Според възприетата от Световната здравна организация дефиниция за “качество на здравните грижи”, качествени са:

- грижите, които предоставят най-добрия здравен резултат – максимум полза и минимум риск за пациента;
- грижите, които демонстрират отличен професионализъм на всички, участващи в помощта;
- грижите, при които се отчита ефективно и рационално използване на ресурсите;
- грижите, при които се отчита високо ниво на удовлетвореността и на самочувствието на пациентите.

Въпреки че XXI век е обявен за век на здравните грижи, редица причини доведоха до драстично намаляване броя на сестринския персонал и покачване на средната възраст на работещите в сектора.

По данни от проведена анонимна анкета на Индекс на болниците, сред 543 специалисти по здравни грижи в болничната помощ в края на 2022 г. и началото на 2023 г. над 97% от професионалистите по здравни грижи в България са категорични, че в болниците е налице кадрови дефицит. Това потвърждават и данните за броя пациенти на една сестра. 33% от анкетиранияте посочват, че на смяна се грижат за повече от 20 пациенти, като близо половината от тях съобщават, че се грижат дори за повече от 30 души. Други 37% от анкети-

раните посочват, че на смяна се грижат за от 10 до 20 пациенти. Едва 23% са тези, които полагат грижа за по-малко от десет души на дежурство.

Съотношението лекар-сестра също масово е негативно. На един лекар има по-малко от една сестра според отговорите на 48% от анкетиранияте, а в една пета от случаите съотношението е равно. Само при 19% от анкетиранияте на един лекар се пада повече от една сестра, както би трябвало да бъде.

Кадровият дефицит и прекомерната натовареност на специалистите по здравни грижи влияят негативно върху възможността им да работят нормално. 90% от анкетиранияте смятат, че липсата на достатъчно кадри е проблем за качеството на работата, а над 70% са на мнение, че дефицитът увеличава риска от медицински грешки. 76% от анкетиранияте споделят, че са прекалено натоварени, а 76% от тях смятат, че това влияе негативно на работата. Проучването отчита още, че 66% от анкетиранияте специалисти по здравни грижи работят на едно място, 30% – на две, а 4% – на три. Стандартна 40-часова работна седмица имат 39% от анкетиранияте, което предполага висока степен на полагане на извънреден труд. Най-голям дял от анкетиранияте – 54% – са посочили, че се трудят между 41 и 80 часа седмично, а 6% – над 80 часа.

Голямата заетост на специалистите по здравни грижи се потвърждава и от данните за извънредния труд, който те полагат. 46% от анкетиранияте са заявили, че полагат такъв, като 32% от тях работят между 16 и 30 часа повече на седмица, а 7% – над 31 часа [5].

Видно е, че за преодоляване на проблема с недостига на медицински сестри те работят на няколко места, което нарушава ритъма на работа и води до прекомерна натовареност, а това създава риск от професионални пропуски и е предпоставка за допускане на грешки в сестринската практика и намаляване качеството на здравните грижи. Проблемът с кадровия дефицит в сестринската практика неизбежно води и до риск от влошаване качеството на здравните грижи. Всичко това е предпоставка за възникване на грешки, които засягат не само практикуващите сестринската професия, но и пациентите, нуждаещи се от здравни грижи. Създава се риск за професионални пропуски и грешки.

Друга група фактори, които могат да окажат влияние върху риска от допускане на грешки, е



хроничното свръхнатоварване. Една от основните задачи на медицинските сестри е предоставяне на ефективни и безопасни здравни грижи, което изисква от тях непрекъснато да усъвършенстват своите теоретични знания и практически умения. Медицинските сестри често са недооценени и това пречи на тяхната мотивация за професионално развитие, което може да доведе до допускане на неволни грешки.

Конфликтите в лечебните заведения също могат да доведат до нежелани последици, включително и до допускане на грешки. Една среда, в която има конфликти, се характеризира със значително влошена комуникация и взаимодействие между професионалистите, които работят в нея. А това води до фрагментиране на медицинската грижа и до създаване на условия, в които се допускат грешки. Това поражда необходимостта от въвеждане на обучения по разрешаване на конфликти в лечебните заведения

Според М. Шаркова (2016) системата следва да се промени, така че да се намали рискът от грешки, чрез промяна на политиките и културата на безопасност. Безопасността на пациента има много аспекти, като от особена важност е тя да следва принципите на откритост, честност и адекватна комуникация. В лечебните заведения съществува основателен страх от това ясно и открито да се признаят допуснати грешки, да бъде информиран пострадалият пациент или близките му за неблагоприятното събитие, да бъде поднесено извинение, да се демонстрира съчувствие и да бъдат разследвани причините за възникналата медицинска грешка. Последното е особено важно, защото резултатите се използват за подобряване на системата и за предотвратяване на последващи медицински грешки [10]. Едно от основните права на пациента е той да бъде информиран, затова е необходимо въвеждането на добри практики за комуникация с пациентите.

Според Г. Чанева (2008) медицинските сестри в болничните отделения не разполагат с достатъчно време за разговори с пациента и неговите близки, както и за попълване на сестринска документация. Това, което е приложимо и осъществимо при съществуващите условия за работа на медицинските сестри, е изработването и въвеждането на стандартни планове за грижи. Тези стандартни планове за грижи допринасят за по-

бързото реагиране на медицинските сестри при осъществяването на грижите за пациента [9].

Друг важен проблем, свързан с допускане на грешки, е липсата на сестринска документация. Въпреки че световната практика доказва ролята на сестринския процес като ключов фактор за повишаване качеството на сестринските грижи, в нашата страна все още липсва официален единен документ, който да обединява цялата информация за пациента относно извършените сестрински грижи и манипулации. Липсата на сестринска документация или нечетливата документация пречат на предаването на важна информация и създават предпоставки за риск от допускане на грешки при извършването на здравни грижи. Въпреки съществуващите бариери относно внедряването на сестринския процес е необходимо нормативно да се уреди неговата приложимост в практиката, за да се гарантира повишаване качеството на сестринските грижи и подобряване удовлетвореността на пациентите. Все по-отчетлива става необходимостта от създаване на алгоритъм за добра сестринска практика и на правила, които да предпазят медицинските сестри от допускането на неволни грешки.

Разширяването на пълномощията на медицинската сестра, повишаването на престижа на професията, прилагането на съвременни подходи към оказване на сестринска помощ – изискват внедряване на нови форми на организация на труда на медицинските сестри. Анализът на данни показва съществуването на необходимост от полагане на усилия за създаване на условия за недопускане на грешки в сестринската практика с цел решаване на проблема с пациентската безопасност и е основание да направим следните изводи:

1. Липсата на единна система за откриване и регистриране на медицински грешки затруднява техния анализ, но съществуват обективни фактори, които създават условия за риск от възникване на грешки в дейността на медицинската сестра.

2. Сестринската професия се практикува в условия, които са предпоставка за съществуването на риск от възникване на грешки.

3. Ефективно средство за отстраняване на пропуските и премахване или минимизиране на риска са откритото обсъждане и анализът на причините за възникване на грешки в сестринската практика.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашата страна липсва единна система за регистриране и класифициране на нежелани събития във връзка с допуснати грешки от сестринския персонал, поради което е невъзможно да се извърши адекватен анализ. Медицинските сестри практикуват своята дейност в условията на редица външни и вътрешни фактори, които неизменно са предпоставка за възникване на грешки при предоставяне на здравни грижи. Външните фактори са свързани с неадекватна организация, създадени условия за пропуски на работното място, липса на политическа воля за преодоляване кризата с недостига на тези специалисти, липса на единна сестринска документация. Вътрешните фактори са свързани с неправилно предаване или с непредаване на информация, с възникване на конфликти на работното място. Първостепенна задача на здравния мениджмънт е намаляване на условията за възникване на грешки в сестринската практика. За подобряване качеството на здравните грижи и на пациентската безопасност е необходимо създаването на единна система за разпознаване, регистрация и анализ на грешките в сестринската практика.

---

**Благодарност:** Това изследване е подкрепено от МОН по Национална програма "Млади учени и постдокторанти-2". Втори етап (2024-2025г.) Допълнително споразумение № 250/01.10.2024 г.

---

## Библиография

1. Джиганска Ц, Петков Е, Добрилова П, Борисова М. Перспективи и проблеми в акушерската дейност. Варненски медицински форум, 2018, 7(прил. 4), 250-253.
2. Джиганска Ц, Цветанова В, Добрилова П. Обучение на акушерки за прилагане на холистичен подход при жени с рак на маточната шийка. Сестринско дело, 2017, 49(1), 14-17.
3. Добрилова П, Георгиев П. Роля на медицинската сестра в предоставянето на интегрирани грижи в общността. Сборник доклади от шеста научна конференция с международно участие: Добри практики в здравните грижи, Враца, ЦМБ, 2023, 83-87.
4. Добрилова П, Маринова П. Роля на медицинската сестра за подобряване качеството на медицинските услуги в условията на пазарна икономика, X Международна конференция „Съвременният модел на Европейския съюз и мястото на България в него“, МВБУ, Бояна, 14-15 юни 2013, 816-820.
5. Маринова Е. Икономика и политика, 2023, <https://www.investor.bg/a/514-ikonomika-i-politika/374751>
6. Стамболова И. Философия на сестринството и добродетели на медицинската сестра. Сестринско дело, 2008, 40(1), 13-15.
7. Стефанова К, Добрилова П. Трудности в реализирането на холистичния подход в работата на медицинската сестра в първичната медицинска помощ. Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие: „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, Враца, ЦМБ, 2019.
8. Стоянова В, Добрилова П, Джиганска Ц. Разработване на модел за оценка на конфликти в болничната помощ и внедряването в практиката на професионалистите по здравни грижи на нови подходи и решения при управление на конфликтите. Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие: „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, Враца, 2019.
9. Чанева Г. Качеството на сестринските грижи като приоритет. София, Артик 2001, 2008.
10. Шаркова М. Съвременни методи за комуникация с пациенти при възникване на медицински грешки. 2016, <https://mariasharkova.com>
11. Янкова Г, Добрилова П, Аспарухова П и др. Анализ на грешките в сестринската практика, Втора научна конференция с международно участие „Здравето – предизвикателство пред професионалистите по здравни грижи“, Сборник доклади, Враца, ЦМБ, МУ – София, 2019, 102-106.

## РОЛЯ И МЯСТО НА ПЕДАГОГИЧЕСКИТЕ ЗНАНИЯ В ПРОФЕСИОНАЛНАТА ДЕЙНОСТ НА СЪВРЕМЕННАТА МЕДИЦИНСКА СЕСТРА

П. Добрилова, Т. Даков, Пл. Георгиев

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## ROLE AND PLACE OF PEDAGOGICAL KNOWLEDGE IN PROFESSIONAL ACTIVITY OF MODERN NURSE

P. Dobrilova, T. Dakov, P. Georgiev

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** The main goal of the educational process in higher medical school is the creation and development of future healthcare professionals, through the formation and development of professional competence and humanity. One of the main tasks of higher medical education is the creation of specialists not only with special medical knowledge, but also possessing pedagogical knowledge and skills. The article analyzes the role and place of pedagogical knowledge in the realization of one of the main goals of medical education, namely the formation of professional competence.

**Key words:** nurse, pedagogical knowledge, medical pedagogy

Адрес за кореспонденция: Павлинка Добрилова, e-mail: p.dobrilova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Pavlinka Dobrilova, e-mail: p.dobrilova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Развитието на висшето образование през последните десетилетия се характеризира с редица количествени и качествени изменения. Извършените промени са свързани със значителен ръст на висшите учебни заведения, на броя на приетите студенти, на преподавателите, както и с една обща тенденция към обучение от университетски тип. Значително въздействие ще оказват и в бъдеще експоненциалният ръст на медицинските научни знания, интеграцията на научни области и учебни дисциплини, появата на нови, непрекъснатото нарастване ролята на колективния труд, на нивото на здравните потребности на населението, както и повишените изисквания към преподавателите от висшите медицински училища да

прилагат в практиката най-новите постижения на вузовската дидактика.

Целта на настоящата статия е да се очертаят ролята и мястото на учебната дисциплина „Медицинска педагогика“ при подготовката на медицинските сестри чрез формиране на професионално значими ценности в процеса на обучение.

Бързото обществено-икономическо развитие през последното десетилетие на редица страни в Европа налага промяна и в системата за подготовка на професионалистите по здравни грижи за здравеопазването. Ускореното икономическо, технологично, психологично и социално въздействие изменя окръжаващата среда, условията, начина на живот и поведението на човека. Нов характер приемат демографските процеси, заболяемостта на населението, увеличаването на дела на хро-

ничните заболявания, отношението към здравето като ценност.

Явна е неудовлетвореността от слабата адаптивност на специалистите с висша квалификация, от недостатъчните им умения да решават конкретни задачи, да задоволяват специфичните здравни нужди на населението. Наложителни са промени в учебното съдържание, както и намиране на оптимално съотношение между фундаментална и клинична подготовка, между теоретична и практическа, както и засилване на профилактичните аспекти във всички образователни програми.

Забелязва се тенденция за усъвършенстване на обучението чрез техническо осигуряване на учебния процес. Това е технологичен подход, който прие внасянето на съвременни учебно-технически средства в обучението като решаващ фактор за неговото оптимизиране, без достатъчно пълно и научнообосновано да са решени проблемите, свързани с психолого-дидактическата същност на това обновление.

Особено значение за оптимизиране системата на висшето образование има новата дидактическа насока, свързана с промяна на функциите на преподаватели и студенти в учебния процес. Явна е тенденцията за намаляване задачите на висшите учебни заведения в областта на предаването на знания с помощта на традиционните форми, методи и средства и прилагането в педагогическата практика на подходи, които стимулират обучаваните, повишават техните познавателни и професионални интереси, подпомагат формирането на гъвкави интелектуални умения и навици за самостоятелно решаване на проблеми и мотивират самоусъвършенстването на личността.

Учебният процес в специалността „Медицинска сестра“ решава ясно заявена, социално обусловена обществена поръчка да подготвя специалисти, годни за успешна професионална дейност, носители на утвърдените в професията и обществото добродетели.

СЗО определя четири основни функции на медицинската сестра:

*Първата функция* е осигуряване на сестрински грижи – превантивни дейности, сестрински интервенции, рехабилитация, психологична подкрепа на пациента или неговото семейство. Тази функция е най-ефективна, ако се прилага в рамките на сестрински процес. Сестринските грижи включват:

- оценка на потребностите на пациента и неговото семейство;
- идентифициране на потребности, които могат да бъдат най-ефективно задоволени чрез сестринска намеса;
- идентифициране на приоритетни здравни проблеми, които могат да бъдат решени чрез сестринска намеса;
- планиране и осъществяване на необходимите сестрински грижи; привличане на пациента в грижите за себе, а при необходимост – и на членовете на семейството и приятелите;
- използване на приети професионални стандарти.

*Втората функция* – обучение на пациенти и сестрински персонал, включва:

- оценка на знанията и уменията на лицето, свързани с опазването и възстановяването на здравето;
- подготовка и предоставяне на необходимата информация на подходящо ниво;
- подпомагане на други медицински сестри, пациенти и друг персонал при придобиване на нови знания и умения.

*Третата функция* е изпълнението на зависима и независима роля от медицинската сестра в медицинските екипи. В нашата страна компетенции на професионалистите по здравни грижи са определени в Наредба № 1 през 2011 г. Медицинските сестри могат да извършват самостоятелно и по назначение от лекар дейности по: предоставяне и събиране на здравна информация; промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите; предоставяне на медицински и здравни грижи; ресоциализация, реадaptация и рехабилитация; осъществяване на манипулации; оказване на спешна медицинска помощ; разработване на проекти, провеждане на обучение и изследвания в областта на здравните грижи. Компонент на тази функция е сътрудничеството с пациента, с неговото семейство, с медицински специалисти при планиране и организиране на грижите за пациентите.

*Четвъртата функция* е развитието на сестринската практика чрез научни изследвания и дейности.

За да изпълняват пълноценно определените им функции, медицинските сестри е необходимо непрекъснато да се развиват, да поемат отговорност за собственото си усъвършенстване, да мислят глобално съобразно конкретните условия.

Обучението като система на взаимодействие на двете основни страни – обучаващи и обучавани, е свързано от общата педагогическа цел и учебното съдържание. По своята същност учебният процес е двустранен познавателен процес, при който обучаваните се придвижват с помощта на система от педагогически мероприятия към реализиране на предварително набелязана цел. Обучението на студентите медицински сестри се постига чрез двете основни дейности – преподаване и учене, като всяка от тях има своята организация, методи, прийоми, темп на протичане и са налице множество фактори, които им въздействат.

Присъствието на болния като трета страна придава специфични характеристики на учебния процес. Болният със своите страхове, нагласа, отношение към здравето и болестта, към медицинския екип и обучаваните може да подпомогне или да провали и най-добрите педагогически намерения. Влияние върху хода на учебния процес ще оказват и фактори, свързани с вида и тежестта на заболяването, етапа на протичане, наличните усложнения, прогнозата, възрастта, пола, образователния ценз, здравната култура, социалния статус и др.

Всеки болен е и личност с темперамент, характер, физически и психични способности, потребности, интереси, идеали, убеждения, мироглед, които определят реакциите му в условията на различни социални взаимодействия, каквито са учебният и лечебно-диагностичният процес.

Ежедневната среща със страданието и смъртта, с опасни за човешкото здраве фактори и условия натоварва допълнително обучаваните.

Според И. Стамболова (2012) сестрите имат няколко роли при изпълнение на служебните си задължения, една от които е ролята им на учител. В тази си роля те трябва да бъдат знаещите, осведомените и динамично въвлечените в човешкото общуване [8]. Общуването с болните и техните близки изисква адекватно етично поведение, строго спазване на принципите за автономност, конфиденциалност, безвредност, добронамереност, равнопоставеност, полезност, както и на изискването да се получи информираното съгласие на пациента.

Предложените характеристики на средата и условията, при които се организира и провежда учебният процес в специалност „Медицинска се-

стра“, поставят определени изисквания към студентите и преподавателите, към дидактическата технология, към психологичната страна на сложното взаимодействие преподавател-болен-студент.

Изучаването на дисциплината „Медицинска педагогика“ има за цел формиране у бъдещите медицински сестри на задълбочено клинично мислене и рационални умения за общуване с пациентите, както и на определени личностни качества, необходими за решаването на профилактични, диагностични, лечебни, организационни, трудово-експертни и социални задачи. Усвояването на психологични и педагогически знания предоставя възможности за формиране на общокултурни и професионални компетенции в процеса на обучение. Според И. Сербезова (2010) професионално-значимите ценности за медицинската професия започват да се формират по време на обучението на медицинските специалисти във ВУЗ, където задачата на преподавателите е да заложат стремеж към усъвършенстване (в т.ч. образование и самообучение) през целия живот у студентите. За целта е необходимо да се разширят възможностите за допълнително образование и квалификация на медицинските специалисти след завършване на базовото образование [7].

Целите на висшето медицинско образование отразяват два основни компонента на медицинската практика:

I. Ценности и ценностна система – свързани с развитието на хуманистично професионално самосъзнание, професионална идентичност, възприемане на хуманистични нагласи;

II. Технологично овладяване на основите на професионалната култура и дейност.

Медицинската педагогика е педагогически компонент в медицинското образование, изучаващ обективните процеси на образование и обучение, свързани с медицинската практика, което позволява да се предава изкуството на лечението и общуването с пациенти от по-старото поколение към по-младото чрез изучаване на специфичните особености и условия за организация на педагогическия процес в медицинските специалности. По-специално, педагогиката в медицинския университет създава условия за всички студенти да овладеят основите на професионалната компетентност, духовното и професионалното развитие.

Всичко това определя учебния предмет „Медицинска педагогика“ като основа, изходен пункт и направляващо начало за пълноценна организация и управление на учебно-възпитателния процес в специалността „Медицинска сестра“.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подготовката и квалификацията на медицинските сестри включват придобиване както на специални медицински знания и умения, така и на медико-педагогически и медико-психологични. Медико-педагогическите знания и умения отразяват способността на медицинската сестра в компетенциите си да информира и обучава лицата за задоволяване на здравните им потребности. Педагогическите знания и умения са ключова компетентност за задоволяване на обществените потребности при предоставяне на качествени здравни грижи.

## Библиография

1. Джиганска Ц, Маринова П, Добрилова П. Холистичният подход в медицината. Сестринско дело, 2016, 48(3), 23-26.
2. Джиганска Ц, Добрилова П, Маринова, И. Мнение на студентите за прилагане на дистанционна форма на обучение в медицинските университети. Тринадесета международна научна конференция „Съвременното дистанционно обучение: тенденции, политики и добри практики“. 17-18 юни 2016, Ботевград, МВБУ, 462-466.
3. Джиганска Ц, Добрилова П. Роля на преподавателя за повишаване качеството на образованието, Дванадесета международна научна конференция. София, 12-13 юни 2015, 438-441.
4. Добрилова П, Джиганска Ц. Дистанционното обучение в здравните условия на съвременното – проблеми и перспективи. Тринадесета международна научна конференция „Съвременното дистанционно обучение: тенденции, политики и добри практики“. 17-18 юни 2016, Ботевград, МВБУ, 274-279.
5. Добрилова П, Джиганска Ц. Развитие на професионалистите по здравни грижи – възможности и предизвикателства. Дванадесета международна научна конференция, 12-13 юни 2015. София, 507-513.
6. Наредба №1/08.февруари.2011 г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, ДВ бр.15/18.02.2011.
7. Сербезова И. Професионално значими ценности у медицинските специалисти и тяхното формиране, Научни трудове на Русенския университет. 2010, 49, серия 8.1, 30-35.
8. Стамболова И. Сестрински грижи при соматични заболявания. София, МУ – ЦМБ, 2012.
9. Стефанова К, Добрилова П, Борисов М. Комуникативните умения на медицинската сестра – фактор за обществена удовлетвореност от дейността на първичната медицинска помощ. Sci Technol, 2017, 7(1), 143-146. Medical biology studies, clinical studies, social medicine and health care, 143-146
10. Полякова ОВ, Жолудова АН. Педагогика. Рязань, России, 2016.

## АНАЛИЗ НА НУЖДИТЕ ОТ ДЪЛГОСРОЧНИ ГРИЖИ, ОСЪЩЕСТВЯВАНИ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Т. Златанова, Д. Пенчев, М. Лазарова, Н. Попов

Факултет по обществено здраве “Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, МУ – София

## ANALYSIS OF LONG-TERM CARE NEEDS IN THE HEALTH CARE SYSTEM

T. Zlatanova, D. Penchev, M. Lazarova, N. Popov

Faculty of Public Health „Prof. Dr. Tsekomir Vodenicharov, MD, DSc“, Medical University – Sofia

**Abstract.** The article presents and analyzes the trends of population aging in our country, the projected options for the number of the population until 2050 and the related increased needs for long-term care. Definitions of „long-term care“ are presented. Different categories of the individuals who are subjects to long-term care and the state of the health care system to meet the needs of the population for long-term care have been analyzed.

**Key words:** long-term care, health care, coverage, children, adults

Адрес за кореспонденция: Проф. Тихомира Златанова, e-mail: t.zlatanova@foz.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Prof. Tihomira Zlatanova, e-mail: t.zlatanova@foz.mu-sofia.bg

---

### ВЪВЕДЕНИЕ

Здравеопазването в световен мащаб през последното десетилетие е изправено пред сериозни предизвикателства, едно от които е застаряването на населението и свързаното с това нарастващо значение на дългосрочните грижи. Обща тенденция в европейските страни – членки на Европейския съюз, е все повече ресурси да бъдат насочвани към тези грижи.

Населението на България продължава да намалява с ускорени темпове, което е резултат на намалената раждаемост, повишената смъртност, емиграционните процеси, променения семеен модел и поведение. Това има дълготрайно въздействие и се отразява върху развитието на всички социални системи и услуги и всички сектори на икономиката. Продължава процесът на застаряване на населението, процес, характерен за по-голямата част от страните в ЕС. В края на 2020 г. лицата на 65 и повече навършени години са 21.8% от населението на страната, докато за страните от ЕС те са средно 20.0%.

**Целта** на настоящата статия е да се анализират нуждите от дългосрочни грижи, осъществявани в системата на здравеопазване у нас.

За реализацията на тази цел си поставихме следните задачи:

1. Анализ на демографското състояние на населението у нас.
2. Представяне на дефиниции на понятието „дългосрочна грижа“.
3. Анализ на броя и относителния дял по възрастови групи и процент намалена трудоспособност на лицата с трайно намалена работоспособност.
4. Анализ на осигуреността на страната с болнични легла за дългосрочни грижи.

### РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В Националния статистически институт е разработена тривариантна целева прогноза за демографското развитие на България в перспектива до 2080 година. Първият вариант се определя като реалистичен и е съобразен с нормативните изи-

сквания на ЕС за демографско и социално-икономическо развитие на държавите членки. Вторият вариант се определя като оптимистичен и при него се предполага, че демографските процеси ще протичат при благоприятни социално-икономически условия. Третият вариант е определен като песимистичен и развитието на населението е прогнозирано при хипотези за неблагоприятни социално-икономически процеси.

По варианти прогнозното развитие на броя на населението на страната към 2050 г. е следното:

➤ Реалистичен (Конвергентност) – 5 791 137 души (2050 г.). Намаление за прогнозния период с 1 151 005 души, или с 16.6%;

➤ Оптимистичен (Относително ускоряване) – 6 034 526 души (2050 г.). Намаление за прогнозния период с 918 106 души, или с 13.2%;

➤ Песимистичен (Относително забавяне) – 5 669 528 души (2050 г.). Намаление за прогнозния период съответно с 1 267 695 души, или с 18.3%.

Съгласно същата прогноза абсолютният и относителният дял на населението на възраст над 65 години ще нарастват. Очакванията са до 2050 г. хората на възраст над 65 години да са около 30%. Това ще постави под въпрос устойчивостта на осигурителната система: от едната страна, ще има много пенсионери, а от друга – все по-намаляващ брой работещи, внасящи осигуровки и данъци.

За периода 2020-2050 г. прогнозата е за нарастване на абсолютния и относителния дял на възрастните хора над 75-годишна възраст, като тази възрастова група ще се увеличи с 42%. Застаряването на населението ще увеличава потребностите от грижа за старите хора, а незадоволителните условия и недостатъчният капацитет на държавните домове за възрастни хора ще наложат нуждата от създаването на по-добре поддържани частни домове от подобен тип. Всички тези процеси ще натоварят и здравната система, което ще породи и нуждата от дългосрочни грижи за тези хора.

В страните – членки на ЕС, дългосрочната грижа е дефинирана по различен начин. Тя отразява различията в продължителността на грижите, обхванатите ползватели на услугите и често трудната за определяне граница между предлаганите медицински (здравни) и немедицински (социални) услуги.

Според Европейската комисия „дългосрочните грижи съчетават широк набор от медицински и

социални услуги за хора, нуждаещи се от помощ при основни ежедневни дейности поради хронични физически или психически увреждания. Тези грижи често се извършват поне отчасти от непрофесионалисти, като например роднини или приятели. Дългосрочните грижи са на границата между медицинските и социалните грижи и обикновено се предоставят на хора с физически или психически заболявания, на възрастни хора и на определени групи хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности”.

Съгласно дефиницията на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) дългосрочните грижи представляват „междусекторен политически въпрос, обединяващ гама от услуги за лица, които имат нужда от помощ в ежедневните си дейности за продължителен период от време“.

В България законодателно не е дефинирано понятието „дългосрочни грижи“ (в Националната стратегия по въпроса от 2014 г. се използва терминът „дългосрочна грижа“). Някои елементи са включени в квалификацията на „социални услуги“, дадена в Закона за социално подпомагане и Правилника към него, като дейности в подкрепа на лицата за социално включване и самостоятелен начин на живот, които се основават на социална работа и се предоставят в общността и в специализирани институции“ (Закон за социалното подпомагане, чл. 16). Липсва систематично идентифициране на бенефициентите на дългосрочните грижи, както и на кръга от услуги, обхващани от дългосрочните грижи. Официалното разбиране за ползвателите на дългосрочни грижи се отнася до възрастните хора и хората с увреждания (физически увреждания, психични разстройства и нуждаещите се от палиативни грижи) (Национална стратегия, 2014). Системите, задоволяващи тези нужди, са системата на социалните услуги и системата на здравеопазване.

Законът за социално подпомагане и Правилникът за неговото прилагане дефинират и уреждат правно дейностите по предоставяне на социални услуги от общността, като по същество ги структурират чрез изброените специализирани институции – домове за лица с увреждания, за стари хора, защитени жилища, приюти, дневни центрове, социални услуги от резидентен тип, центрове за социална рехабилитация и интеграция, както и социални услуги в домашна среда (личен асис-



тент; социален асистент; домашен помощник; домашен социален патронаж) (ППЗСП, чл. 36).

Дългосрочните здравни услуги се регламентират и в Закона за здравето и Закона за лечебните заведения. В съответствие с това институционални здравни грижи се оказват в болници за продължително лечение, за рехабилитация, за продължително лечение и рехабилитация, домове за медико-социални грижи, центрове за комплексно обслужване на деца с увреждания и хронични заболявания, държавни психиатрични болници, както и в центрове за психично здраве и хосписи.

За целите на този анализ се приема, че обект на дългосрочна грижа в системата на здравеопазване са:

- възрастните хора, нуждаещи се от гериатрични грижи;
- деца и възрастни с тежкопротичащи заболявания, физически увреждания и/или психични разстройства, нуждаещи се от продължително лечение;
- деца и възрастни, нуждаещи се от палиативни грижи в лечебно заведение.

От услуги за дългосрочна грижа се нуждаят не само възрастни хора, но и хора с увреждания, както и тези, които не могат самостоятелно да изпълняват ежедневни дейности. Съгласно изследвания на ЕК, в Европейския съюз един на всеки шест души е с увреждане, вариращо от леко до тежко, или общо около 80 милиона души. Повече от една трета от хората на възраст над 75 години имат увреждания. В редица страни в ЕС от 5 до 10% от възрастното население над 65-годишна възраст е засегнато от болестта на Алцхаймер. В Европа над 7 милиона страдат от форма на деменция. За България се приема, че болните с деменция са 100 000, като поне 50 000 са с болест на Алцхаймер.

Наблюдава се увеличаване на броя на лицата с определена трайно намалена работоспособност по данни от Информационната система за трайна неработоспособност на населението над 16 години на Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА) (на база експертните решения, издадени от ТЕЛК и НЕЛК), като през 2021 г. броят им достига 39 738 лица. Броят на освидетелстваните и преосвидетелствани лица с трайно намалена работоспособност е значителен – през 2021 г. е 172 555 души, почти поравно разпределени между мъже и жени. Най-висок е отно-

сителният дял на тези лица от възрастовата група 50-59 години (37.5%), следвани от възрастта 60 и повече години (36.2%). Относителният дял на първично освидетелстваните лица с призната трайно намалена работоспособност (71-90%) е висок – 32.4%. Следват лицата с 50-70% трайно намалена работоспособност – 31.8%. Всяко четвърто лице с трайно намалена работоспособност над 16-годишна възраст е с над 90% трайно намалена работоспособност.

Броят на психично болните под наблюдение намалява и през 2021 година показателят възлиза на 1982 на 100 000 души население. Данните по заболявания показват, че това са предимно лица с умствена изостаналост, шизофрения и афективно разстройство.

Броят на болните с онкологични заболявания също нараства и въпреки постигания напредък в диагностиката и лечението на рака се увеличават пациентите, нуждаещи се от палиативни грижи след изчерпване на терапевтичните възможности.

Категорията на децата, които имат нужда от дългосрочни грижи поради хронични заболявания или физически и психични увреждания, също формира потребности от здравни услуги, свързани с предоставяне на специфични дългосрочни грижи.

Представените данни показват, че на България ще бъде необходим все по-голям капацитет за дългосрочни грижи и развитие на здравни и интегрирани здравно-социални услуги и мрежи за солидарност и грижи.

От анализа на данните за осигуреността на страната с болнични легла във всички области е налице сериозен дефицит на разкрити легла за дългосрочни грижи. Анализът показва, че дори в областите като Враца, Плевен, Стара Загора, в които има регистрирана достатъчна осигуреност с легла за дългосрочни грижи, тя се дължи на наличието на специализирани болници за продължително лечение на определен тип заболявания (белодробни, психиатрични и др.), което не покрива общите нужди от дългосрочни грижи на населението.

Част от причините за това е липсата на адекватно регламентиране и финансиране на дейностите по предоставяне на продължително лечение и палиативни грижи. НЗОК заплаща за продължително лечение на болни с определени

заболявания след активно лечение само по 4 клинични пътеки. Въведените изисквания за изпълнението на тези пътеки се доближават до изискванията за активно лечение, при значително по-ниски нива на финансиране. Това не мотивира лечебните заведения да разкриват легла за продължително лечение, поради което голяма част от болните с нужда от такова лечение продължават да се лекуват в структури за активно лечение, което не само натоварва този леглови фонд, но е свързано и със значително по-високи разходи за болнично лечение.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изводът, който може да се направи от анализа на представените данни, е, че при настоящото състояние на системата на здравеопазване голяма част от нуждите на населението от дългосрочни грижи се покриват частично от болничните структури за активно лечение. Това води до неефективно разходване на публичните средства. Незадоволените потребности влошават качеството на живот на болните и създават затруднения на семействата на тези болни, които разходват лични средства за осигуряване на грижи в частни структури като хосписи и старчески домове или поемат сами основната част от грижите.

Това налага да се планира комплекс от интервенции и инвестиции в изграждане на адекватна система за продължително лечение и палиативни грижи, която да бъде интегрирана както с останалите части на здравната система, така и със социалната система, осигурявайки необходимата приемственост и качество на грижите.

## Библиография

1. <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?id=764>. Национална концепция за насърчаване на активния живот на възрастните хора в България (2012-2030 г.);
2. <http://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?id=765>. Национална програма за развитие: България 2020.
3. <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&id=1592>
4. [https://www.eufunds.bg/sites/default/files/uploads/oprd/docs/2021-11/4\\_SIA\\_BG\\_Part\\_3%2008.2021-fin1.pdf](https://www.eufunds.bg/sites/default/files/uploads/oprd/docs/2021-11/4_SIA_BG_Part_3%2008.2021-fin1.pdf)
5. <https://lex.bg/laws/ldoc/2134405633>. Закон за социално подпомагане.
6. <https://mlsp.government.bg/uploads/1/ppzsp.pdf>
7. [http://ec.europa.eu/health-eu/care\\_for\\_me/long\\_term\\_care/index\\_bg.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/long_term_care/index_bg.htm)
8. <https://www.strategy.bg/StrategicDocuments/View.aspx?lang=bg-BG&id=1604>, Национална здравна стратегия 2030.

## ВИЗИЯ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ “МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“ ОТНОСНО ПРЕВЕНЦИЯТА НА ДИАБЕТНАТА НЕФРОПАТИЯ

Г. Георгиева

Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. Д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## VISION OF NURSING STUDENTS ON THE PREVENTION OF DIABETIC NEPHROPATHY

G. Georgieva

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** Diabetic nephropathy is one of the most common and most serious complications associated with diabetes mellitus. Diabetes, along with hypertension, are serious factors that damage the small blood vessels of the kidneys and create a risk for the development of chronic diseases with serious consequences. The study aims to explore and analyze the vision of nursing students regarding the prevention of diabetic nephropathy. Materials and Methods: Sociological and statistical methods were applied. A sociological survey was conducted with a direct individual anonymous survey in the period January–October 2024. The subjects of the study are 74 third- and fourth-year nursing students studying at the Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev”– Vratsa, MU – Sofia. Results and Discussion: (93.2%) of the respondents showed good awareness of the essence of disease prevention. A significant part of the respondents (72.90%) indicated that they have a role and can contribute significantly to the prevention of diabetic nephropathy

**Key words:** students, nurse, nephropathy, diabetes, prevention

**Адрес за кореспонденция:** Галя Георгиева, тел.: 0876833153, e-mail: g.georgieva@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Galya Georgieva, tel.: 0876833153, e-mail: g.georgieva@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

---

### Въведение

Хроничните незаразни болести (ХНБ) са главна причина за смъртността и инвалидността в световен мащаб [9]. Диабетът е едно от най-разпространените незаразни заболявания. Над 33 милиона души в ЕС живеят с диабет и се очаква броят им да нарасне до 38 милиона до 2030 г [15]. Диабетът е най-честата причина за хроничните бъбречни заболявания (ХБЗ) и е основна причина за развитието на късни усложнения на болестта.

Диабетната нефропатия се определя като микроваскуларно усложнение на бъбреците, предизвикано от захарен диабет, и се характеризира с албинурия и прогресивна загуба на бъбречна функция. Развива се в хода на дългогодишен ди-

абет. Хипертонията и диабетът са сериозни фактори, които увреждат малките кръвоносни съдове на бъбреците и създават риск за развитието на хронични заболявания с тежки последици [5, 10].

Диабетната нефропатия е огромен социален и здравен проблем. Наблюдава се при 20-40% от пациентите с диабет и е самостоятелна и водеща причина за хронична бъбречна недостатъчност. Може да се появи години по-късно и в някои случаи се налага прилагане на извънбъбречни методи за почистване на кръвта [3, 10].

Прогресията на заболяването може да бъде забавена значително, а при навременното лечение – дори да бъде предотвратена. Превантивните здравни мерки са приоритет в системите на здравеопазването на различните държави по све-

та. Редица изследвания доказват съществуването на фактори на риска, чието редуциране може да намали смъртността и заболяемостта от ХНБ, както и икономическия и социалния товар за обществото. В основата на профилактиката на хроничните незаразни болести, сред които диабетът, е концепцията за факторите на риска – модифицируеми (предотвратими) и немодифицируеми (пол, възраст, наследственост). Превенцията на заболяванията обхваща дейности не само за предотвратяване на заболявания – като намаляване на рисковите фактори, но и дейности, предназначени да спрат прогресирането на заболяването и да намалят последствията от него в случай на заболяване. Опитът на водещите страни показва, че ранната диагностика, ефективната профилактика и лечение на диабета и неговите усложнения, както и обучението на пациентите са от съществено значение за ограничаване на заболяемостта, на появата и прогресирането на усложненията, на инвалидността и смъртността [2, 4, 9, 11, 13].

В Консенсус от 09.04.2005 г. на Българското дружество по ендокринология и Българското научно дружество по нефрология за „Превенция и лечение на диабетна нефропатия“ са приети редица конкретни действия, част от които са превенция на диабета и диабетната нефропатия, забавяне на нейната прогресията и прогресията на бъбречната недостатъчност, превенция на усложненията, ранното им лечение и др. Действията за стратегии за превенция на диабетната нефропатия и за забавяне на прогресията са насочени към стриктен контрол на гликемията и артериалното налягане, промяна в стила на живот, спиране на тютюнопушенето, спазване на диета с ограничаване на солта и избягване на хиперпротеино хранене, намаляване на протеинурията, ранно лечение на анемията и др. [3, 11].

Уменията за провеждане на дейности по превенция на заболяванията са част от професионалните компетенции на специалистите по здравни грижи [6, 7, 12]. Те имат право самостоятелно или в екип да извършват превантивни дейности, регламентите за които са публикувани с Наредба № 1 от 2011 г. [8]. Университетите са утвърдени като ключови места за опазване и подобряване на здравето и благополучието на обществото [14].

**Цел:** Да се проучи и анализира визията на студентите от специалност „Медицинска сестра“ относно превенцията на диабетната нефропатия.

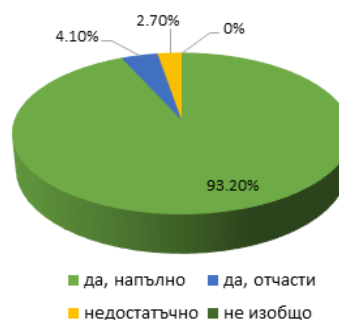
## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведено е социологическо проучване с пряка индивидуална анонимна анкета в периода януари – октомври 2024 г. Обект на изследването са 74 студенти от специалност „Медицинска сестра“ – образователно-квалификационна степен „бакалавър“ във Филиал „Проф. д-р Иван Митев“, Враца, към МУ – София. В проучването са включени студенти от трети и четвърти курс. Приложени са социологически и статистически методи. Статистическата обработка на информацията е осъществена с програмен продукт SPSS v.19.0.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Проведеното анонимно анкетно проучване сред 74 студенти, обучавани във Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, към МУ – София, от специалност „Медицинска сестра“ втори – 47,3% (n = 35), и трети курс 52,7% (n = 39), показва, че най-голям е относителният дял на жените – 95,9% (n = 71), а съответно мъжете са 4,1% (n = 3), на възраст от 22 до 55 години. Всички анкетирани са дали информирано съгласие при участието си.

В компетенциите на медицинската сестра е предоставянето и събирането на здравна информация, извършването на промоция на здравето, превенция и профилактика на болестите. Изучаването на учебната дисциплина „Промоция на здравето“ предоставя информация за основните концепции, проблемите и програмите за промоция на здравето и превенция на заболяванията [1]. Това е видно и от резултатите от анкетното проучване. 93,2% (да, напълно) имат познания относно същността на превенция на заболяванията, 4,1% – да, отчасти. С недостатъчни знания се определят 2,7%. Прави впечатление липсата на отрицателен отговор в анкетното проучване.



Фиг. 1. Познания на студентите относно същността на превенция на заболяванията

Анализът на данните от анкетното проучване показва, че като резултат от повишаване на знанията и информираността на студентите има промяна в поведението и личната отговорност на анкетираните. 39,2% съобщават, че се стараят да водят здравословен начин на живот, 43,2% са започнали да посещават редовно профилактичните прегледи. Техните знания се простират и до осъзнаването за значимостта на информираността на населението и 56,8% често говорят за значението на здравословния начин на живот, а 71,6% убеждават близки и приятели в редовното извършване на профилактичните прегледи. Немалък е делът на студентите (32,4%), които не са променили вследствие на обучението собственото си поведение (фиг. 2).

Данните показват, че респондентите познават добре рисковите фактори за развитие на диабетната нефропатия, което свидетелства красноречиво за нивото на полученото образование и тяхната мотивация за избор на професия, в която да се реализират (фиг. 3).

Значителна част от анкетираните студенти (около 43,2%) познават усложненията от заболяването, докато по-малка част (16,2%) частично са запознати с настъпващите усложнения. От друга страна, около 39,2% намират информираността си по темата за недостатъчна, много малък процент (1,4%) изобщо не виждат риск (фиг.4).

Преобладаващото мнозинство (72,90%) са напълно съгласни, че студентите имат място и могат да допринесат значително за превенцията на диабетната нефропатия, което е положителен знак за тяхната бъдеща професионална ангажираност.

Значителна част (21,60%) дават отговор отчасти, което може да означава нужда от допълнително обучение или практически опит, за да се повиши увереността в способностите на тези студенти за участие в превенцията. Малка част (4,20%) смятат, че студентите нямат място в превенцията, а 1,30% нямат изразено мнение по въпроса, което може да се дължи на липса на осведоменост или на различни виждания за професионалните им компетенции. Това подчертава

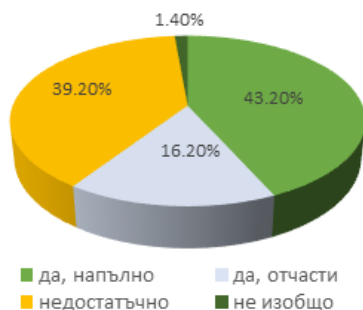


Фиг. 2. Мнение на анкетираните относно промяната в собственото поведение вследствие на обучението в специалност „Медицинска сестра“

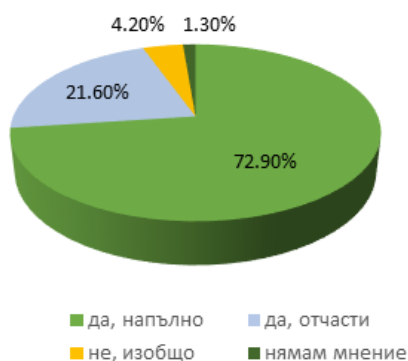


Фиг. 3. Мнение на студентите за риска от развитие на диабетна нефропатия

значимостта на подготовката и обучението на медицинските сестри за участие в профилактични програми, насочени към предотвратяване на диабетната нефропатия.



Фиг. 4. Запознати ли сте с усложненията, настъпващи при пациенти с диабетна нефропатия?



Фиг. 5. Смятате ли, че студентите от специалност „Медицинска сестра“ имат място при превенцията на диабетната нефропатия?

Визията на студентите относно тяхното участие в дейности за превенция на заболяването е от решаващо значение за изграждането на здравословно общество. Техните нагласи, разбирания

и мотивация да се включват в инициативи като участие в студентски сесии, кампании и инициативи на университета, могат да окажат значително влияние върху ефективността на превантивните програми. Здравната култура сред студентите играе ключова роля, когато младите хора разбират дългосрочните ползи от превенцията на заболяванията, те са по-мотивирани да участват в такива дейности. Използването на съвременните технологии е важен момент за включването им в различни здравни инициативи и за предоставяне на информация. Липсата на време, финансова подкрепа и недостатъчната информираност могат да бъдат пречки за активно участие на студентите в превантивни дейности.

## Изводи

1. Висок относителен дял (93,2%) от респондентите показват добра осведоменост за същността на превенцията на заболяванията.
2. Респондентите посочват основни рискови фактори за развитие на диабетната нефропатия.
3. Студентите, от специалност „Медицинска сестра“ считат, че имат място при превенцията на диабетната нефропатия (94,5%)
4. Студентите, обучавани в специалност „Медицинска сестра“, имат визия за развитие на превантивните мерки относно диабетната нефропатия чрез различни инициативи.

**Благодарности.** Статията е реализирана с подкрепата на Министерството на образованието и науката по Национална програма „Млади учени и постдокторанти – 2“ Втори етап (2024-2025 г).



Фиг. 6. Визия на студентите относно тяхното участие в дейности за превенция на заболяванията

### Библиография

1. Андонова А. Студентите за ролята на медицинската сестра в системата на общественото здраве. Управление и образование, 2018, 14 (1), 7-10.
2. Борисова А-М. Диабетна бъбречна болест. Ендокринология, 2019, 24, (4), 179-184.
3. Борисова А-М, Симеонов П. Консенсус Превенция и лечение на диабетна нефропатия на Българско дружество по ендокринология. Българско научно дружество по нефрология, Варна, 9 април 2005.
4. Воденичаров Ц, Попова, Мутафова М, Шипковенска Е. Социална медицина, София, ГорексПрес, 2013.
5. Гаврилова Д. Ръководство по Вътрешни болести със сестрински грижи. ЦМБ, МУ– София 2013.
6. Джиганска Цв, Добрилова П, Стефанова К. Холистичен подход в обучението на професионалистите по здравни грижи. Сестринско дело, 2015, 47(3), 11-16.
7. Милчева Хр, Йорданова Р. Проучване мнението на студентите с медицински специалности по въпроси на общественото здраве и промоция на здравето. Шеста научна конференция на БНДОЗ. Общественото здраве: предизвикателства пред здравната система. МУ – Плевен, 2023, 26-27.
8. Наредба № 1 от 8 февруари 2011г. за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките, асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, МЗ. <https://lex.bg/laws/ldoc/2135513453>
9. Национална програма за превенция на ХНБ 2021-2025 приет с Решение №552 на МС от 28.07.2021г. <https://ncpha.government.bg/index/3189-nacionalna-programa-za-prevenция-na-hronichnite-nezarazni-bolesti-2021-2025-g.html>
10. Ненов Д. Справочник по нефрология. Варна, Стено, 2018.
11. Танкова Ц. Захарен диабет. Парадигма, 2013.
12. Терзиева Г. Изграждане и утвърждаване на умения у студенти за промоция на здравето и превенция на социално – значими заболявания. Управление и образование, 2013, 9(5).
13. European Parliament resolution of 14 March 2012 on addressing the EU diabetes epidemic (2011/2911(RSP) 2013/C 251 E/09
14. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TX-T/?uri=CELEX%3A52012IP0082>
15. WHO. Types of healthy settings. Health promoting universities. [https://www.who.int/healthy\\_settings/types/universities/en/](https://www.who.int/healthy_settings/types/universities/en/)
16. Европейски парламент 2019-2024. Доклад относно незаразните болести (2023/2075(INI)). 16.11.2023 г.

## ФЕНОМЕНЪТ БЪРНАУТ В СЕСТРИНСКАТА ПРОФЕСИЯ

Г. Янкова

Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

## BURNOUT PHENOMENON IN NURSING PROFESSION

G. Yankova

Department of Health Care, Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** Burnout is a serious problem of modern professional activity. The WHO defines it as the „disease of the 21st century“, which is globally taking on the dimensions of a „pandemic“. It occurs most often in helping professions, such as nursing. In recent years, the syndrome has been widely studied and discussed in the specialized literature. There are studies that report high levels of burnout among nurses, which, in addition to worsening their physical and mental health, has a negative effect on the quality of care and patient safety. Good knowledge of the problem is key to organizing an appropriate mental health prevention program and addressing any negative trends that may have already occurred. The scientific review analyzes the phenomenon of burnout in order to clarify the genesis, causes, and consequences related to the concept of burnout in the nursing profession. The development is based on a large volume of national and international scientific research, personal professional experience and observations related to burnout in this professional group. Nurse burnout is an occupational hazard affecting nurses, patients, organizations, and society as a whole. Although the syndrome has traditionally been viewed as an individual problem, re-framing burnout as an organizational and societal phenomenon provides a broader perspective needed to address burnout in the nursing profession. The analyzed predictors, consequences, and empirical referents of burnout can serve for larger-scale nursing research, as well as in nursing education and practice.

**Key words:** burnout; nurses; nursing profession; conceptual analysis

Адрес за кореспонденция: Галя Янкова, e-mail: g.iankova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Galya Yankova, e-mail: g.iankova@filialvratsa.mu-sofia.bg

## ВЪВЕДЕНИЕ

Безспорно е, че професионалното прегаряне е един от сериозните проблеми на съвременната професионална дейност. СЗО го дефинира като „болестта на XXI век“, която в световен мащаб приема размери на „пандемия“. Световният икономически форум през 2019 г. оцени глобалните разходи за прегаряне на 322 милиарда долара, дължащи се на загубени работни часове, отпуск по болест и лошо представяне [21]. По-конкретно, медицинският персонал, който поради специфичните изисквания на неговата работа, е податлив на прегаряне [6, 13, 47].

Значимостта на проблема се потвърждава и от факта, че в последната, 11-та ревизия на МКБ burnout е описан като „синдром, концептуализиран като резултат от хроничен стрес на работното място, който не е бил успешно управляван“. От изявлението на СЗО става ясно, че прегарянето е дефинирано като „професионален феномен. То не се класифицира като медицинско състояние“ [51].

Burnout се проявява най-често в помагачите професии. Като такава се определя медицинската професия, в т.ч. и сестринската.

Медицинските сестри са един от най-важните фактори в системата на здравеопазване и са ос-



новен ключ към подобряване качеството на грижите за пациентите, особено в болнични условия.

Работата на медицинската сестра е отговорна, изисква издръжливост, което предполага висок и постоянен психо-емоционален стрес, както и необходимост за вземане на решения при извънредни ситуации. Взаимоотношенията между медицинските сестри и пациентите носят значителен емоционален заряд. Всеки работен ден на медицинската сестра преминава в много близък контакт с хора, най-вече с пациенти, които се нуждаят от бдителна грижа и внимание. Под влияние на болестта, дискомфорта и болката болните често стават неспокойни, нетърпеливи, капризни. Това, в съчетание с високите изисквания и напрежението поради недостиг на хора, време и материали, липсата на социална подкрепа и комуникация в организацията; дискриминацията на работното място; претовареността с административни задачи, води до хроничен стрес и „източване“ на емоционалните запаси на личността.

Медицинските сестри са принудени да издигат своеобразна бариера за психологическа защита от пациента, да станат по-малко емпатични или ги грози професионално прегаряне. За тях е по-лесно „безчувствено“ да извършват действия и манипулации, отколкото да са съпричастни, да проявяват загриженост, да поддържат пациента.

По този начин стресът, свързан с работата, а следователно и прегарянето, нарастват сред медицинските сестри. Бърнаут е крайният резултат от продължителен процес на изчерпване, при който мотивираните и ангажирани лица губят желание и енергия в изпълнението на работните си цели. Феноменът „професионално прегаряне“ не се проявява внезапно, а е процес на натрупване. В тази връзка първите симптоми често са незабележими, докато не настъпят по-сериозни и дори необратими процеси.

През последните години burnout е широко проучван и дискутиран в специализираната литература. Налице са изследвания, които съобщават за високи нива на прегаряне сред медицинските сестри [3, 11, 13, 14, 15, 20, 24, 33, 42]. Освен това прегарянето примедицинските сестри е свързано с качеството на грижите и безопасността на пациентите [12, 30, 50].

Следователно, намаляването на прегарянето сред медицинските сестри може да осигури по-добри организационни резултати (по-ниско

текучество на работната сила, по-добра удовлетвореност от работата и по-добро представяне на медицинските сестри) и да подобри качеството на здравните грижи в здравните организации.

Доброто познаване на проблема е ключ към организирането на подходяща програма за профилактика на психичното здраве и справяне с евентуално възникнали вече отрицателни тенденции.

В научния обзор се анализира феноменът „бърнаут“, с цел да се изяснят генезисът, причините и последствията свързани с концепцията за прегаряне в сестринската професия.

Използвани са документално проучване, анализ на национални и международни литературни източници, личен професионален опит и наблюдения, свързани с концепцията „бърнаут“ в сестринската професия.

В настоящата разработка е изложен един нов, задълбочен поглед върху проблема, с очаквания да допринесе за по-цялостното му обхващане, предвид чувствителността през последните години към него от институции и организации.

## ИСТОРИЧЕСКИ ДАННИ ЗА ФЕНОМЕНА "БЪРНАУТ"

Англосаксонският термин *burnout* буквално означава изгарям и е зает от механиката. Обозначава крайното изтощение на горивната смес на двигателя с вътрешно горене, което води до прегаряне и експлозия. В психологията понятието „професионално прегаряне“ е въведено за пръв път през 1974 г.

Метафората „burnout“ не означава само, че човек „изгаря“ (т.е. силно харесва нещо, силно е ангажиран и т.н.), преди да бъде в състояние да прегори, но и че след като има „огън“, той не може да продължава да гори, ако не са осигурени ресурси, които да запазят горенето. С други думи, енергията, или трудоспособността на служителите отслабва (угасва) с времето, когато работната среда не предоставя ресурси и е особено възискателна. И накрая настъпва състояние на физическо, емоционално и умствено изчерпване, което е трудно за възстановяване [45].

Има и друго метафорично значение на burnout: „Не може да има прегаряне, ако няма горене“ [46].

В исторически план симптомите на „прегаряне“ са познати отдавна, но са били назовавани по различен начин. През 1911 г. Зигберт Шнайдер в

статията „Заболявания на учителите“ представя симптоми на „модерната учителска болест“, неподобяващи тези на burnout, която нарича „неврастения“. През 1953 г. Швартс и Уил публикуват казуса на госпожица Джоунс (разочарована психиатрична сестра), който е най-често цитираният пример за бърнаут [8]. В книгата „Бърнаут-синдромът. Теория на вътрешното изтощение“ Матиас Буриш [22] пише, че терминът „бърнаут“ е използван през 1961 г. от известния английски писател и драматург Греъм Грийн в заглавието на новелата „A Burn-Out Case“.

Терминът „прегаряне на персонала“ като психологичен феномен за първи път е споменат от Брадли [19] в статия за стажант-офицери, ръководещи терапевтична програма за непълнолетни престъпници. Според него работещите с тези младежи трябва да бъдат предпазени от „прегаряне“ („Staff burnout“) чрез преразпределение на задачите и ролите в рамките на организацията.

Научна дискусия по проблемите на бърнаут възниква в средата на 70-те години на XX в. в САЩ и се свързва с имената на Фройденбергер, Маслач, Джаксън и Чернис. Първоначално литературата за синдрома е описателна [28, 34, 37].

Въпреки това за откривател на състоянието бърнаут синдром се смята американският психиатър и психоаналитик Хърбърт Фройденбергер. През 1974 г. в статията „Прегарянето: Високата цена на високите постижения“ се появява терминът „burnout“ (engl. to burnout – прегарям, изгарям, изпепелявам), с който Фройденбергер описва „прегарянето“ на терапевти, работещи в клиники за наркозависими в САЩ. Той обозначава с този термин състояние на изтощение и отпадналост, което възниква от дългата и интензивна работа с нуждаещи се от помощ.

Почти по същото време Кристина Маслач изучава начините, по които социалните работници се справят с емоционалната възбуда по време на работа. Тя открива, че и възбудата, и стратегиите имат важни последствия за професионалната идентичност на хората и за тяхното поведение на работното място. Когато случайно описва тези резултати на един адвокат, Маслач разбира, че адвокатите наричат този социален феномен „burnout“. Така Маслач и нейните колеги одобряват разговорния израз и го приемат като термин [37].

След въвеждането на концепцията от Фройденбергер и Маслач, и нейните колеги през след-

ващите години бърнаут се превръща в много популярна тема. Появяват се повече от 6000 издания за бърнаут [43].

Развитието на изследванията за „професионалното прегаряне“ през 80-те и 90-те години на XX век е свързано изцяло с професии, упражнявани от хора, посветили живота си да помагат на другите. Почти всички изследвания по темата се отнасят за т.нар. *социални професии* – медицински сестри, учители, социални работници, полицаи и др. Професионалистите в тези сфери спазват строги норми в работата си и изразходват огромно количество физическа, емоционална енергия и когнитивни ресурси.

## БЪРНАУТ ПРЕЗ XXI ВЕК

„Burnout е най-големият професионален риск на двадесет и първи век“. В момента съществуват два основни фактора, които обясняват бърнаут и отразяват преживяванията в трудовия живот от социална и научна гледна точка. Първият фактор е постоянният дисбаланс между изисквания и ресурси [17, 18]. Когато изискванията се увеличават, ресурсите не могат да ги последват. Причините може да са недостиг на персонал, оборудване или работно пространство [32]. Недостатъчните възможности за почивка и възстановяване на изчерпаните сили задълбочават изтощителното въздействие на дисбаланса *изискване–ресурс*. Вторият фактор се отнася повече до мотивите, отколкото до енергията. Служителите през XXI век възприемат организационните задачи и ценности със скептицизъм [27]. Те притежават лични ценности, които се различават от целите на организациите. Появява се дисбаланс между изисквания и ресурси по време на работа, както и конфликт на ценностите, т.е. между междуличностните ценности и тези на организациите [8, 12, 13, 14].

## Определения за феномена BURNOUT

Професионално прегаряне (burnout) според дефиницията на Фройденбергер е „изчерпване на енергията при професионалистите в сферата на социалната помощ, когато те се чувстват претоварени от проблемите на хората, с които работят“ или „състояние на умора или чувство на неудовлетвореност, предизвикани от отдаденост към дадена кауза, начин на живот или амбиция, която

не може да произведе очакваното възнаграждение“ [28].

Burnout е дългосрочна реакция на стреса на работното място и се появява най-вече при тези, за които практикуването е социално призвание [48].

Най-широко разпространената дефиниция за бърнаут е на Маслач и Джаксън: „Бърнаут е синдром на емоционално изтощение, деперсонализация и чувство на незадоволеност от себerealизацията“ [34].

Популярността на това определение се дължи на факта, че през 1982 г. авторките разработват научен метод за изучаване на синдрома на професионалното изчерпване, благодарение на който създават първия тест, оценяващ нивото на бърнаута, „Maslach Burnout Inventory“ (MBI). Той включва и трите измерения, споменати в тази дефиниция.

Според концептуалния модел на методиката „професионалното прегаряне“ съдържа три дименсии: високо емоционално изтощение (ЕЕ), висока деперсонализация (D) и ниско лично постижение (РА) [35].

Първият компонент – емоционално изтощение, се отнася до индивидуалното чувство за изразходен емоционален ресурс и се разглежда като базисен компонент на синдрома.

Вторият компонент – деперсонализация, подкрепя междуличностния аспект на прегаряне. Деперсонализацията се отнася до негативно, цинично и крайно дистанцирано отношение към хората, с които се взаимодейства на работното място. Типичен пример за такова поведение е склонността на професионалистите да се обръщат към пациента не по имена, но с номера на леглото/стаята, или заболяването.

Последният компонент – намаляващите професионални постижения, се отнася до индивидуалната преценка и емоционалното отношение към личната професионална компетентност и способността на индивида да се справя в различните професионални ситуации. Обхванатият от професионално изпепеляване преценява себе си като некомпетентен, трудно вървящ в крачка с изискванията на професията и неефективен в различните ситуации. Този симптом се отнася до самооценъчния компонент на професионалното изпепеляване.

Изследователите доказват, че burnout синдромът засяга предимно социални, професии (ме-

дицински сестри, учители, социални работници и професии в сферата на услугите, тъй като основният аспект на работа в тези професии е връзката между обгрижващия персонал и получателя на грижи/услуги [5, 35].

К. Чернис е сред първите, които предлагат линейно описание на процеса на „професионално прегаряне“ – бърнаут се отнася до процес, в който отношението и поведението на професионалистите се променят в негативен аспект, в отговор на напрежението в работата [23]. По този начин авторката смята, че основната причина за бърнаут са прекомерните изисквания на работата, свързани с отбранителна стратегия за справяне, характеризираща се с избягване и оттегляне.

В Русия един от най-известните изследователи, В. Бойко, представя подробна картина на „емоционалното изтощение“ като динамичен процес. Той определя бърнаут като изработен личностов механизъм на психологична защита във формата на пълно или частично изключване на емоциите в отговор на психотравмиращо въздействие. Емоционалното изгаряне представлява стереотип на емоционалното и преди всичко на професионалното поведение. Прегарянето отчасти е функционален стереотип, доколкото позволява на човек да дозира и икономично да изразходва своите енергийни ресурси. В същото време могат да възникнат и дисфункционални следствия, когато „прегарянето“ отрицателно повлиява изпълнението на професионалната дейност и отношението с колегите [1].

Въпреки че определенията за състоянието на бърнаут се различават по обхват и прецизност, Маслач, Лейтър и Шофили [36] стигат до заключението, че повечето от тях споделят 5 общи елемента:

- Преобладават дисфоричните симптоми, като интелектуално и емоционално изтощение, умора, депресия;
- Акцентът е по-скоро върху психичните и поведенческите симптоми, отколкото върху физическите;
- Бърнаут симптомите са свързани с работата;
- Симптомите се проявяват при „нормални“ лица, които не са имали никаква психопатология преди това;
- Намалената ефективност и производителност на работата се дължат на негативни нагласи и поведение.

## КОМПОНЕНТИ НА „ПРОФЕСИОНАЛНО ПРЕГАРЯНЕ“

Независимо от различията при отделни автори, за общоприето се смята разглеждането на бърнаут синдрома като проявление на следните три признака [4]:

– чувство на емоционално изтощение, безразличие, отдръпване, хронична умора, изчерпване и понижено настроение. Развитието му почти винаги е предшествано от период на повишена активност, когато човек е напълно погълнат от работата си, игнорирайки своите лични нужди и концентрирайки целия си умствен и физически потенциал за изпълнението на поставената му задача. Така, в определен момент се появява основният аспект на синдрома, а именно чувството на изтощение. При изчерпване на емоционалните и физическите ресурси, работещите чувстват, че не са в състояние да дадат нищо повече от себе си и се чувстват безкрайно уморени, като умората не отминава след нощния сън. След определен период на отпочиване това чувство намалява и в зависимост от индивидуалните характеристики човек може отново да е напълно работоспособен. Важно е да се отбележи, че при своевременна и адекватна намеса бърнаут синдромът е обратим на всеки един етап, стига да бъдат разпознати симптомите и да се овладеят техниките за справяне. Според Маслач емоционалното изтощение е най-широко докладваният и най-подробно анализираният компонент на прегарянето. Авторката го дефинира като "централното качество на прегарянето и най-очевидната проява на този сложен синдром" [35];

– обезличаване/дехуманизация – деперсонализацията/дехуманизацията касае междуличностното измерение на прегарянето. Отнася се до развитието на отрицателни, цинични нагласи и чувства по отношение на клиенти, пациенти, ученици. Започва с период на личностно отстраняване и неангажираност, като защитен механизъм срещу емоционалния стрес. В крайните му проявления този аспект се изразява в абсолютна апатия към професионалната дейност, която вече не е в състояние да възбуди интереса на доскоро вглъбения в нея професионалист. Присъствието на клиент или пациент има силата на присъствие на неодушевен предмет и той се възприема по-

вече като натрапник и дразнител, отколкото като човек, нуждаещ се от помощ [35];

– намаляване (редукция) на професионалните постижения, негативно себевъзприемане и намалена себеефективност в професионален аспект.

Третият аспект на синдрома е тенденцията за отрицателна самооценка. Страдащите се чувстват нещастни и недоволни от себе си, неудовлетворени от професионалните си умения и реализация. Те не виждат път за професионално израстване и постепенно губят вяра в способностите си. Последствията от това състояние могат да бъдат много сериозни както за самите засегнати и обкръжаващите ги, така и за организацията, в която работят [35].

## СИМПТОМИ И ФАЗИ В РАЗВИТИЕТО НА БЪРНАУТ СИНДРОМА

Синдромът на „професионално прегаряне“ се проявява с няколко групи симптоми:

– *Физиологични* – Шофили и Ензман ги разделят в три категории: неопределени физически оплаквания, психосоматични разстройства и физиологични реакции (хронична умора; понижена устойчивост по отношение на простудни и вирусни инфекции; често необяснимо главоболие; гастроинтестинални разстройства; остра загуба на тегло или внезапно надебеляване; постоянно желание за сън през деня, а пълно или частично безсъние нощем) [44];

– *Когнитивни* – дистанциране и отбранителна нагласа спрямо проблемите, които трябва да се разрешат; негативно или цинично отношение към работата и колегите. Според Шофили и Ензман „прегорялата“ личност, изпитвайки чувство на безнадеждност, безпомощност и безсилие, не е в състояние да се концентрира и да извърши дори посредствени задачи, става цинична с тенденция за дехуманизация към реципиента на неговите услуги;

– *Емоционални* – чувство за „професионален провал“; безнадеждност; чувство за вина по отношение на търсещите помощ; раздразнителност; недоверие към хората, с които се работи;

– *Поведенчески* – някои индивиди се превръщат в хронично недоволни мърморковци; при други се повишава склонността към рисково

поведение или приемане на опии; трети намаляват ефективността на работата, увеличавайки отсъствията от работа;

– *Социални* – ограничаване на социалните контакти; изолация; дистанциране.

В специализираната литература съществуват няколко теории, описващи различен брой стадии в протичането на процеса. Независимо от броя на фазите, описаните признаци са доста близки по съдържание. Тяхното представяне е полезно, тъй като биха послужили както за ориентири за диагностика и самодиагностика, така и за предприемане на мерки за стопиране на по-нататъшното развитие.

Бойко описва динамиката на „професионално прегаряне“, разграничавайки три етапа – фаза на „напрежение“, фаза на „резистенция“ и фаза на „изтощение“ [1].

К. Маслач дефинира четирите стадия на протичане на синдрома:

- Идеализъм и свръхизисквания към себе си;
- Емоционално и психично изтощаване;
- Дехуманизация като форма на защита;
- Синдром на отвращаването (от себе си, от другите, от всичко).

Според Дж. Гринберг това е петстепенен прогресиращ процес със следните стадии:

– „Меден месец“ – човек навлиза с ентузиазъм и високи очаквания в работата си и влага много енергия и желание в нея;

– Стагнация – поява на първите признаци на умора, апатия, „недостиг на гориво“. При високомотивираните хора тези признаци може и да не се проявят външно, тъй като те ще мобилизират вътрешните си ресурси и ще продължат да бъдат перфекционисти. При по-слабо мотивираните хора се забелязват видими признаци на загуба на интерес към работата, по-малко енергия, по-чести отсъствия и нарушения на трудовата дисциплина;

– Хронична умора – изразява се както във физически признаци (безсъние, чести инфекциозни и други заболявания), така и в психологични прояви (раздразнителност, потиснатост, дори озлобяване към зависимите хора);

– Кризис – човек ясно осъзнава, че очакванията му от професията не са се реализирали, не е можал да се справи, както е желал в началото, и няма сили и мотивация да работи „на пълни обороти“. Често се развиват хронични заболявания, които още повече намаляват работоспособността и удовлетвореността от труда [7].

Всички проблеми придобиват вече остра форма, като съществува реална опасност за физическото и психичното здраве на човека.

Какво на практика се случва? Как обикновено протича процесът на професионално изгаряне, ако своевременно не бъде прекъснат? В класическия случай хората, засегнати от бърнаут, се отличават в началото с динамичност, свръхотговорност, завишена мотивираност, отдаденост. Постепенно те се изтощават, започват по-често да боледуват от вирусни и простудни заболявания, да страдат от безсъние, главоболие, нарушена концентрация, понякога от сърдечно-съдови увреждания и др. Човек се чувства непрекъснато уморен, напрегнат и тревожен, често става и по-раздразнителен. Така с течение на времето оптимизмът се заменя с песимизъм, позитивната нагласа – с негативна, дори може да се стигне до цинизъм спрямо зависимите хора. Настъпват съществени промени не само на физиологично ниво, а в основни структури на личността и всичко това възпрепятства нормалното изпълнение на професионалните функции. В началото хората се опитват сами да се справят с проблема, като по-често прибегват до употребата на алкохол, цигари, кафе, сънотворни медикаменти. Постепенно започват да проявяват повече агресия, което влошава взаимоотношенията им с колеги, начальници, пациенти. Накрая изпадат в изолация и се затварят още повече в собствените си проблеми.

## **ПРИЧИНИ/РИСКОВИ ФАКТОРИ ЗА ВЪЗНИКВАНЕ НА БЪРНАУТ СИНДРОМА**

Професионалното прегаряне (бърнаут) представлява специфична форма на психична дезадаптация, възникваща в резултат от продължително въздействие на кумулативен професионален стрес и неуспешно справяне с него. Стресогенните фактори могат да произлизат както от организацията, така и от личността.

Литературата, посветена на синдрома на прегаряне, се насочва към значително разширяване на услугите, предмет на този риск. Те включват: учители, психолози, учители, възпитатели, лекари, социални работници, служителите на правоприлагащите органи и представители на други професии. Всички те са служители от „комуникативни“ професии, чиято специфика се заключава в много емоционално обременени и сложни ког-

нитивни междуличностни контакти, изискваща от специалиста значителен личен принос към ежедневните професионални въпроси. Освен това в професии, насочени към работа с хора, е много важно да се получи обратна връзка от тях (например благодарност, признание, което показва отношение, информация за промени или нови здравни планове за по-нататъшно бизнес сътрудничество и т.н.), има и висока отговорност за резултата от комуникацията, зависимостта от партньора в общуването; необходимост от разбиране на неговите индивидуални особености, стремежи и очаквания, конфликти или напрегнати ситуации при комуникация, обусловени от недоверие и несъгласие и проява на различни форми на отказ от по-нататъшно взаимодействие (комуникация).

Счита се, че всички професии са уязвими, но някои са значимо по-уязвими от бърнаут синдрома. Към тях спадат такива, в които се работи със зависими в някаква степен хора, напр. в системата на здравните грижи – лекари, медицински сестри, психолози [7].

Според Ценова той е един професионален феномен, при който последствията са свързани с работата, но проблемите могат да се пренасят и в личния живот [9]. Изследователите отделят три основни групи фактори, които способстват появата на синдрома на „професионалното изгаряне“ и това според Херберт Фройденбергер са: личностен, ролеви и организационен.

Типични организационни стресори са претоварването с работа, неадекватното разпределение на професионалните задачи, недостатъците в контрола и управлението, липсата на социална подкрепа, социалната изолация и ролеви конфликти. Тези шест области от живота в дадена организация са рамката на предшестващото развитие на бърнаут организационни характеристики.

Ценова посочва, че колкото по-голямо е хроничното несъответствие между работещия и организационните характеристики на работното място, толкова по-голяма е вероятността от възникване на бърнаут, който на свой ред води до редица отрицателни последствия за индивида и организацията. Към организационните фактори, които създават условия за появата на синдрома, са дестабилизираща организационна среда, в която властват стресът и напрежението, неблагоприятният психологичен климат, многочасовата работа и конфликти както на ниво началник-подчинен, така и между

колеги. За отделния човек такива са: непосилното работно натоварване, неадекватното заплащане, липсата на социална подкрепа и на морално признание, невъзможността да участва при вземането на важни решения, постоянният страх от възможни санкции или изпълнението на еднообразна, монотонна и безперспективна дейност [9].

Въпросите, свързани със социално-психологичното взаимодействие в колектива вертикално, са разгледани в няколко проучвания и по-специално влиянието на стила на ръководство и тенденцията за бърнаут у подчинените [12, 26]. Като важен фактор изследователите отбелязват стимулирането на служителите. Счита се, че недостатъчната компенсация (материална и морална) или липсата на такава способства за възникване на бърнаут. Има данни, които показват, че допълнителната компенсация за изпълнението на определена работа повишава чувството за професионална ефективност, докато наказанието води до развитието на деперсонализация [13, 14].

Според редица изследователи водещи фактори при възникване на бърнаут синдрома са преди всичко *условията на труд* [2, 10, 40].

Тези фактори могат да се разделят на общи и специфични за дадена професия. Общи – за всички социални професии. При тях стресори са прекалено дългото работно време, различията в разбирането на обществото за същността на работата, липсата на достатъчно и своевременно предоставена информация, липсата на автономност, недостатъчната подготовка, разногласията в организацията.

*Съдържанието на труда* на медицинския специалист включва количествените и качествените аспекти на обслужване на пациентите: брой пациенти, ниво на тежест, степен на дълбочина на контактите с тях. Определена тенденция показва съпоставянето на дълбочината на контакта с пациента и тежестта на състоянието (проблемите) му. Най-силно изразен е ефектът на тези фактори там, където тежестта на проблемите на пациента се съчетава с минимален успех в ефективността на решенията относно грижите и изхода от заболяването му. Това е работата с хронично болни и болни с неизлечими заболявания [16, 42].

Установена е и пряка връзка между ролевата неопределеност и бърнаут. Според Криймър и Шмаленберг [31] формализацията, която се свързва с предоставяне на по-голяма яснота при изпълнение на задачите, правилата и отговорностите,

позволява по-голяма автономия, респ. по-висока удовлетвореност от работата и ниски нива на бърнаут. Липсата на автономност засилва чувството за нисък статус в организацията и е предпоставка за прегаряне. Работата в ситуации, в които отговорностите не са добре разпределени и в същото време резултатът зависи от множество и съвместни усилия, е основна предпоставка за развитието на синдрома. Почти е невъзможно да се върши добра работа, ако очакванията не са ясни или ако твоите разбирания за същността на работата рязко се разминават с тези на началника, от когото зависи оценката, на твоето трудово представяне.

Друга предпоставка за „запалването“ е наличието на ролеви конфликт [5, 52]. Това е ситуация, в която човек се стреми да се справи с конфронтации се отговорности. В такива случаи той се обезсърчава и чувства, че всъщност работи срещу себе си. Колкото по-дълго продължава конфликтът, толкова по-невъзможно му се струва да намери баланса. Резултатът в повечето случаи е изтощение и чувство на безпомощност, които маркират пътя към бърнаут.

По подобен начин са нещата и когато се увеличи значително натоварването в работата. Според Световната здравна организация (СЗО) психичното здраве и заболяванията, предизвикани от стреса, са основна причина за преждевременна смърт в Европа. Основните фактори, които ги провокират, са: физическото и умственото претоварване, липсата на подкрепа и адекватни възнаграждения, заплахите и лошите условия на труд.

Други проучвания на феномена „burnout“ показват, че *повишеното работно натоварване и извънредният труд* стимулират развитието на прегаряне [11, 49]. Аналогични резултати са получени и между продължителността на работния ден и синдрома на прегаряне, защото тези две променливи са тясно свързани помежду си [29, 38].

Прегарянето на работното място е свързано колкото с работата, толкова и с мечтите и надеждите на личността, защото бърнаут най-кратко може да се определи като празнота между очакванията на човека и възможностите му да ги осъществи [12].

С други думи, бърнаут не е колко дълго продължава работният ден, а какви са реалните резултати от труда и дали те съвпадат с желанията и търсените.

На базата на задълбочени изследвания Б. Ценова стига до следния извод: Бърнаут синд-

ромът е тясно свързан с неудовлетвореността от труда, но не е изяснена посоката на корелационната връзка, а именно: дали бърнаут кара хората да се чувстват неудовлетворени от работата си, или неудовлетвореността от работата провокира появата на бърнаут синдрома. Или и бърнаут синдромът, и неудовлетвореността от работата се причиняват от трети фактор, каквито са лошите условия на труд.

*Личностните фактори*, които обуславят професионалното изгаряне, са ориентацията към развитие в кариерата, липсата на подкрепа от близките и наличието на източници на стрес извън организацията. При комбинирането на двата основни извора на стрес (личността и организацията) се формират непосредствените причини за професионалното изгаряне.

За доказателство е изследването, проведено от А. Пайнс – университетска професорка, която открива, че серия успешни предприемачи, които работят много дълго, дори и по 12 часа на ден, почти не страдат от бърнаут, защото изпитват задоволство от постигнатите резултати, които са ясни и видими. От друга страна, най-страдащи от бърнаут са медицинските сестри от отделението по детски изгаряния, които работят на смени по 5 часа, но чувството на безсилие, че колкото и да се стараят и да дават най-доброто от себе си не могат да се видят желаните резултати, ги превръща в жертви на синдрома [39].

Съгласно модела на Чернис личностните фактори, обуславящи синдрома на прегаряне, са: съмненията в компетентността, проблемите с клиентите (гражданите, обслужваните), липсата на колегиалност, липсата на стимулация и бюрократизмът. При неуспешно справяне с организационните и извънорганизационните стресори се променят нагласите на работещите. Те престават да се чувстват отговорни за резултатите от дейността на организацията, отчуждават се от организационните цели и започват да преследват единствено собствените си интереси, изпълняват задълженията си формално, губят емоционалната връзка с работата си и се изолират от своите колеги.

Според Бойко развитието на „емоционално прегаряне“ зависи от външни и вътрешни фактори. Към групата на външните фактори се включват условията на материалната среда, съдържанието на работата и психосоциалните условия на труд. Сред тях доминираща роля в развитието

на бърнаут имат дестабилизиращите дейности в организацията на трудовия процес, повишената отговорност при функционирането на личността, неблагоприятната психологична атмосфера и психологично трудният контингент за работа. Вътрешните фактори са: тенденцията към емоционална ригидност, преживяването на професионалните дейности, слабата мотивация, моралните дефекти и дезориентацията на личността [1].

Освен факторите на работната среда и екипа, върху развитието и разпространението на burnout синдрома оказват влияние социалната подкрепа и семейството, които имат значение на „буфер“ по отношение на професионалното прегаряне [16, 25].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Професионалната дейност на медицинската сестра се отнася към сложните видове труд, като изисква разностранна образованост, непрекъснат процес на професионализация и притежаване на лични и професионални качества. Медицинският специалист е облечен в обществено доверие, затова вниманието и хуманизмът, неговото уважение към болния не трябва да се определят като престорена учтивост и „сиропирани“ думи или добри, но фалшиви маниери. От идеалната медицинска сестра се очаква да бъде състрадателна и емпатична по всяко време, което често създава вътрешен смут и безпокойство. Цялата професионална дейност на медицинските сестри предполага емоционална наситеност и висок процент на стресогенните фактори. От друга страна, непосилното работно натоварване, неадекватното заплащане, липсата на социална подкрепа и морално признание влияят негативно върху взаимодействията на работното място и изпълнението на работните задачи. Причиняват увеличаване на междуличностните конфликти и повлияват отрицателно семейните отношения на засегнатите.

Прегарянето при медицинската сестра е професионален риск, засягащ медицинските сестри, пациентите, организациите и обществото като цяло. Въпреки че традиционно синдромът се разглежда като индивидуален проблем, преформулирането на бърнаут като организационен и обществен феномен предоставя по-широка перспектива, необходима за справяне с прегарянето в сестринската професия.

Анализираните предиктори, последствия и емпирични референти на прегарянето могат да послужат за по-широкообхватни сестрински изследвания, а също и в сестринското обучение и практика.

## Библиография

1. Бойко В. Методика диагностика уровня эмоционального выгорания. В: Д. Я. Райгородский (ред.). Практическая психодиагностика: Методики тесты. Самара, 1999, 161-169.
2. Лечева З, Георгиева Л, Стойчева М. Теоретични основи на професионалния стрес и бърнаут синдрома. Социална медицина, 2017, (1), 33-35.
3. Лечева Зл, Георгиева Л. Връзка между професионалния стрес и бърнаут синдрома при медицински сестри. Управление и образование. 2018; 14 (1):39-42.
4. Лэнге А.(2008). Эмоциональное выгорание с позиции экзистенциального анализа. Вопросы психологии (2).
5. Мирчева, К. Стрес и психични стратегии за справяне. 2012, 44.
6. Митева И, Русев Р. Изследване на психичната устойчивост и бърнаут сред служителите на медицински факултет. Сестринско дело, 2023, 55(2), 13-22.
7. Стоянова К. Бърнаут – поява и феноменологични особености на синдрома. Годишник по психология, том 1. Благоевград, УИ „Неофит Рилски“, 2017.
8. Харизанова Ст, Търновска Т. Бърнаут синдром – исторически преглед, определение, същност, последствия. Български медицински журнал, 2013, 7(1), 31-38.
9. Ценова Б. Стрес и психично здраве при работа – перспективи от гледна точка на здравето, политиката и бизнеса. Здраве и безопасност при работа, 2015.
10. Ценова Б, Костадинова К. Професионален стрес, бърнаут синдром и модериращи ги фактори при персонала от детски социално – здравни заведения. Сб. Стрес, 1-ва Нац. Конф., С.,КНСБ, 2003, 55-64.
11. Янкова Г. Професионалните нагласи за сестрински грижи като предиктори в мерките за профилактика на бърнаут синдром при болничните медицински сестри. Сестринско дело, 2020, 52(3), 22-32.
12. Янкова Г. Професионалната удовлетвореност на медицинските сестри и свързаните с нея фактори в сестринската практика. Сборник доклади от IV научна конференция с международно участие: Мултидисциплинарен подход в здравните грижи. Враца, МУ – София, ЦМБ, 2021, 46-52.
13. Янкова, Г. Burn out сред професионалистите по здравни грижи. Профилактика и управление. Монография. МИКРОТЕСТ, 2017, 127.
14. Янкова Г. Връзка между професионалната дейност „здравна грижа“ и деперсонализацията в лечебните заведения. Обща медицина, 2017, 19(2), 25-30.
15. Янкова Г, Аспарухова П, Владимирова Е, Йорданов Н. Прояви на burn out сред здравните професионалисти, работещи в онкологични здравни заведения. Folia palliatica. 2017, (1),75-82.



16. Янкова Г, Аспарухова П, Владимирова Е. Социалната подкрепа – буфер на професионалния стрес и burn out. Сб. доклади от 13-та национална научна сесия за студенти и преподаватели. Плевен, 2014, 240-249.
17. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care* 23: 2011, 357-364.
18. Bakker AB, Demerouti E. The job demands resources model: state-of-the-art. *J Manag Psychol*, 2007, 22, 309-328.
19. Bradley HB. Community-based treatment for young adult offenders. *Crime Delinquency*, 1969, 15, 359-370.
20. Browning L, Ryan CS, Thomas S et al. Nursing specialty and burnout. *Psychology, Health & Medicine*, 2007, 12: 248-254.
21. Bruce J. The overlooked consequences of today's burnout problem. 2019. <https://www.forbes.com/sites/janbruce/2019/06/06/overlooked-consequences-burnout-problem/#799240a5b58c>
22. Burisch M. Das Burnout — Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Springer, 1989.
23. Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger. 1980.
24. Dall'Ora C et al. Burnout in nursing: a theoretical review. *Human Resources for Health*; 2020, 18: 41.
25. Demir A, Ulusoy M, Ulusoy M.F. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud*, 2003, 40(8): 807-827.
26. Dubois CA, Bentein K, Mansour JB et al. Why some employees adopt or resist reorganization of work practices in health care: associations between perceived loss of resources, burnout, and attitudes to change. *International Journal of Environmental Research Public Health*, 2014, 11: 187-201.
27. Dyrbye LN, West CP, Johnson PO et al. Burnout and satisfaction with work-life integration among nurses. *J Occupat Environm Med*, 2019, 61: 689-698.
28. Freudenberger H J. Staff burnout. *J Soc Issues*, 1974, 30(1):159-165.
29. Henriksen L, Lukasse M. Burnout among Norwegian midwives and the contribution of personal and work-related factors: A cross-sectional study. *Sexual Reproduct Health care*, 2016, 9: 42-47.
30. Johnson J, Louch G, Dunning A et al. Burnout mediates the association between depression and patient safety perceptions: A cross-sectional study in hospital nurses. *J Advan Nurs*, 2017, 73: 1667-1680.
31. Kramer M, Schmalenberg C. Magnet hospital nurses describe control over nursing practice. *Western J Nurs Res*, 2003, 25(4), 434-452.
32. Leiter MP, Laschinger HKS. Relationships of work and practice environment to professional burnout: testing a causal model. *Nursing Research*, 2006, 55: 137-146.
33. Liao RW, Yeh ML, Lin KC, Wang KY A Hierarchical Model of Occupational Burnout in Nurses Associated With Job-Induced Stress, Self-Concept, and Work Environment. *J Nurs Res*. 2019.
34. Maslach C, Jackson SE. Burnout in organizational settings. *Applied Soc Psychol Annual*, 1984, 5:133-153.
35. Maslach, C. Burnout: a multidimensional perspective in Professional burnout: Recent developments in theory and research edited by Schaufeli, W, Maslach, C and Marek, T. Washington, DC: Taylor & Francis. 1993.
36. Maslach C, Leiter MP, Schaufeli WB. Measuring burnout, in Cooper C. L. and Cartwright, S. (Eds), *The Oxford Handbook of Organizational Wellbeing*, Oxford University Press, Oxford, 2008. 86-108.
37. Maslach, C., W. B. Schaufeli. Historical and conceptual development of burnout. In: W. B. Schaufeli, C. Maslach and T. Marek (Eds.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Washington, DC, Taylor & Francis, 1993, 1-16. 1974, 159-165.
38. Padilla Fortunatti C, Palmeiro-Silva YK. Effort-Reward Imbalance and Burnout Among ICU Nursing Staff: A Cross-Sectional Study. *Nursing Research*, 2017, 66: 410-416.
39. Pines, Ayala Malach. *Couple Burnout*. New York/London: Routledge. 1996.
40. Queiros C, Carlotto MS, Kaiseler M et al. Predictors of burnout among nurses: an interactionist approach. *Psicothema*, 2013, 25: 330-335.
41. Rizo-Baeza M, Mendiola-Infante SV, Sepehri A et al. Burnout syndrome in nurses working in palliative care units: An analysis of associated factors. *J Nurs Managem*, 2017, 26: 19-25.
42. Rudman A, Gustavsson JP Early-career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories. *Int J Nursing Stud*, 2011, 48: 292-306.
43. Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: an Overview of 25 Years of Research and Theorizing. In: M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst and C. L. Cooper (Eds.). *The Handbook of Work and Health Psychology*. John Wiley & Sons, Ltd., 2003, 383-425.
44. Schaufeli WB, Enzmann D. *The Burnout companion for research and practice: A critical analysis of theory, assessment, research and interventions*. Washington DC: Taylor and France. 1999.
45. Schaufeli WB, Greenglass ER. Introduction on a special issue on burnout and health. *Psychol Health*, 2001, 16, 501-510.
46. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development Internat*, 2009, 14(3):204-220.
47. Shao J, Tang, L, Wan X et al. Nursing work environment, value congruence and their relationships with nurses' work outcomes. *J Nursing Manag*, 2018, 26(8), 1091-1099.
48. Shoorideh FA, Ashktorab T, Yaghmaei F et al. Relationship between ICU nurses' moral distress with burnout and anticipated turnover. *Nursing Ethics*, 2015, 22: 64-76.
49. Stimpfel AW, Sloane DM, Aiken LH The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affair (Millwood)*, 2012, 31: 2501-2509.
50. Viffladt A, Simonsen BO, Lydersen S, Farup PG. The association between patient safety culture and burnout and sense of coherence: A cross-sectional study in restructured and not restructured intensive care units. *Intensive and Critical Care Nursing*, 2016, 36: 26-34.
51. WHO. 2019. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
52. Włodarczyk D, Lazarewicz M. Frequency and burden with ethical conflicts and burnout in nurses. *Nursing Ethics*, 2011, 18: 847-861.

## ХРАНЕНОТО ПРИ ДЕЦА НА 0-3 ГОДИНИ – КЛЮЧОВ ФАКТОР ЗА ЖИВОТА НА ЧОВЕКА

К. Цекова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## NUTRITION IN CHILDREN 0-3 YEARS OLD – A KEY FACTOR FOR HUMAN LIFE

K. Tsekova

Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** The physiological norms for nutrition of the population include recommended values for food intake and recommended intervals for food intake. They are developed by experts at the Ministry of Health of the Republic of Bulgaria and are regulated by a special normative act. The application of physiological norms for nutrition aims to meet physiological needs, achieve normal growth and development, and create prerequisites for long-term good health of the population. Adequate intake of food ingredients with food products is especially important for children and adults at any time of their lives. The rapid growth of healthy children requires a relatively high intake of energy and nutrients per kilogram of body weight. In addition, the quality and quantity of imported foods have an important, long-lasting effect on organs and their functions, health and risk of disease, as well as on organs and their functions, health and risk of disease, and cognitive capabilities in later stages of the children live. The purpose of nutrition recommendations is to define a nutrition pattern that meets nutritional needs and reduces the risk of nutrition-related chronic noncommunicable diseases such as obesity, diabetes, cardiovascular disease, cancer and others. Proper and balanced nutrition is the best way to protect and promote good health in childhood.

**Key words:** child, nutrition, growth, life

**Адрес за кореспонденция:** Камелия Цветанова Цекова, k.tsekova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Kamelia Tsvetanova Tsekova, k.tsekova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Съгласно дефиницията на Световната здравна организация (СЗО) здравето е състояние на пълно физическо, психично и социално благополучие, а не само отсъствие на болест или недъг.

Това определение предлага изключително широк подход за анализ на човешкото здраве.

В този смисъл храненето е важен фактор за поддържане, стимулиране и възстановяване на здравето, а с това и на благополучието и самочувствието. С приетата с храната енергия се поддържат жизнените функции, осигурява се работоспособността на организма, както и извършването на важни физиологични функции – бременност, кърмене, растеж.

СЗО постановява и се приема, че вътреутробното развитие на човека е част от детството,

защото е много важно за развитието на човека въобще. Така детството обхваща периода от оплождането на яйцеклетката и образуването на зиготата до юношеската възраст.

Още преди жената да разбере, че е бременна, органите на бебето са започнали да се оформят. Затова е важно още преди първия ден на бременността бъдещата майка да е здрава, така че бебето да има най-благоприятни възможности за добро начало. Здравословното хранене не е нещо непостижимо. Спазването на принципите, заложени в Препоръките за здравословно хранене на населението в България, осигурява здравословен начин на хранене. Здравето на бебето се влияе от здравето, телото и храната, която консумира бременната. Няма „идеални“ храни, осигуряващи

всички необходими хранителни вещества, от които се нуждае бременната жена. Тя трябва да яде разнообразни храни, за да получи необходимото количество калории, белтъци, витамини и минерали. По време на бременността, както и през целия живот, трябва да се наслаждаваме на храненето.

Принципите на здравословното хранене са валидни и важни за кърмещата жена: разнообразие на храните, което се постига чрез ежедневна консумация на поне един представител от основните групи храни (зърнени, зеленчуци, плодове, мляко и млечни продукти, риба, яйца, месо, бобови храни и ядки); ограничаване на мазнините, особено животинските; достатъчна консумация на плодове и зеленчуци; достатъчна консумация на храни, източници на калций; продукти, източници на белтъци. Секретирането на кърма изисква допълнителни количества вода. При кърмене е необходимо да се пият много течности – вода, айрян, неподсладени плодови сокове.

Кърмата е най-добрата храна за бебето, още от първите часове след раждането, важна за неговия растеж, за физическото и интелектуалното развитие, за здравето му не само в ранното детство, но и в по-късна възраст.

През първата седмица след раждането млечните жлези отделят коластра – гъста, лепкава, жълтеникава течност, в количество около 10-100 ml/24 h. Тя е с висока хранителна стойност, съдържа в по-висока концентрация от зрялата кърма множество защитни фактори, които предпазват уязвимото новородено от бактериални, вирусни и паразитни заболявания.

Зрялото женско мляко съдържа над 200 хранителни и биоактивни вещества. Внесените с него белтъци са основен градивен материал. Те са видово специфични и го предпазват от алергии. Мазнините и млечната захар (лактоза) са основни енергийни източници. Защитните фактори в кърмата предпазват детето от инфекции и стимулират развитието на имунната система. Тя съдържа множество биоактивни съставки – простагландини, хормони, растежни фактори, ензими и други, свързани с растежа и развитието на детския организъм, съзряването на чревните защитни механизми, имунната, нервната, ендокринната и ензимната система.

Съставът на майчината кърма е индивидуален. Той се променя през целия период на лактация, в различните часове на деня, както и в рамките на едно кърмене. Съдържанието на лактозата е по-високо в първите порции мляко, докато мазнините преобладават в края на кърменето.

Те са с добър засищащ ефект и предпазват детето от прехранване.

Според вида на храната храненето в кърмаческата възраст бива: естествено, смесено и изкуствено.

Режимът на естественото хранене (кърмене) през първия месец е 7 пъти през 3 часа със задължителна 6 часова нощна пауза. През втория месец кърменето е 6-кратно през 3 часа до 5-и месец от раждането.

От 5-и-9-и месец храненето е през интервал 3 часа и 30 минути пет пъти в денонощието, а през 4 часа е храненето през 10-и-12-и месец – четирикратно.

Смесеното хранене стартира в случаите, когато количеството на кърмата не е достатъчно и не може да задоволи хранителните потребности на кърмачето. Това налага дохранване с млека за кърмачета. Кравето мляко не е подходящ заместител на кърмата през първата година. Смесено хранене се препоръчва едва след като се изчерпят всички възможности за стимулиране на лактацията в продължение на 7-10 дни (по-често кърмене, изцеждане на гърдите, коригиране режима на хранене на майката и детето, прием на билки и други).

При заместващото хранене майчината кърма се заменя изцяло с млека за кърмачета. При смесено или заместващо хранене педиатър определя вида на млякото и препоръчителния прием в зависимост от възрастта, физическото развитие и здравното състояние на детето. При заместващото хранене е необходимо да се спазват точно указанията за приготвяне и съхранение на млякото, отбелязани на опаковката. Внимателно се следи състоянието на детето – наддаване на тегло, оригвания, повръщания, брой и консистенция на изпражненията и други.

Интензивният растеж и повишената двигателна активност на кърмачетата през второто полугодие изискват по-висок енергиен белтъчен, витаминен и минерален внос, по-специално на желязо, които майчината кърма не може да задоволи напълно. Захранващите храни са преход от изцяло млечно хранене към модела на хранене на по-големите деца. Захранването е важен етап от правилното хранене на кърмачетата, от значение не само в тази възраст, но и през следващите периоди от живота им.

СЗО формулира четири основни принципа на захранването:

- Своевременно – в оптимална възраст;
- Адекватно – да осигурява необходимата енергия и хранителни вещества;

– Безопасно – определя се от подбора на продуктите, начина на обработка, съхранение и спазването на съответната хигиена;

– Правилно хранене – количеството и консистенцията на храната, както и броят на храненията да отговарят на функционалните възможности на детския организъм.

СЗО определя като захранващи „всички хранителни продукти, приготвени индустриално или при домашни условия, които могат да се използват като допълнение към майчината кърма или нейните заместители, в период, когато млеката не могат адекватно да задоволят хранителните потребности на децата“.

За да се захрани едно дете, е необходимо храносмилателната, отделителната и имунната система да бъдат с определена степен на развитие и всяко избързване или забавяне би имало негативен ефект върху неговото здраве. Европейските педиатри препоръчват захранването да започне след 17-ата седмица (4-ти месец) и преди 26-а седмица (6-и месец), като се имат предвид теглото при раждане, коригираната възраст (според датата на термин при недоносените), наддаването на тегло, здравният и хранителният статус и други. При ранно, както и при късно захранване могат да възникнат проблеми при кърмачето.

Изборът на храните за захранване се определя от съществуващия модел на хранене, традициите, икономическия статус на семейството и други. Новите храни се включват в определена последователност. У нас се препоръчва следната схема на захранване:

– В началото на 5-ия месец – млечно-зеленчуково пюре, през ден 1/4 твърдо сварен жълтък, плодов сок, пюре;

– В края на 5-ия месец – инстантна млечна каша;

– От 6-ия месец – месно-зеленчуково пюре през ден, като се редува с млечно-зеленчуково;

– През 7-и месец – попара със сирене, сухар и масло;

– От 8-и месец – 30-50 ml зеленчуков или месен бульон (супа), без хляб преди зеленчуковото пюре. 1-2 седмици се въвежда рибно-зеленчуково пюре.

– Плодов сок или пюре се дават между храненията, но не повече от 30-50 ml дневно.

– След 10-ия месец – опит с „преходна храна“ (мусака, кюфтета със сос и др.). Кулинарната обработка на „преходната храна“ не включва пържене, остри подправки, добавени сол, захар и др.

Децата се захранват само при условие, че са напълно здрави, храната задължително се дава с лъжичка, което е от значение за правилната артикулация по-късно. По правило всяка нова храна се внася предпазливо в малки, постепенно увеличаващи се количества, за около 7-10 дни се измества напълно едно млечна хранене.

Храненето на децата на 1-3-годишна възраст е съобразено с интензивните процеси на растеж, както и с повишената двигателна активност, които определят високите потребности от енергия и хранителни вещества. Преминаването към модела на хранене на по-големите деца и възрастни трябва да става внимателно поради все още недостатъчно зрелите функции на храносмилателната система и бъбреците. Необходимо е да се прецизират количеството, качеството, видът на храните и режимът на хранене.

Разнообразието в храненето на децата има положителен ефект върху апетита, от значение са още вкусът и естетичното оформление на ястията. Храната не е само сбор от химични съединения, но с вкуса, аромата, вида си тя въздейства върху сетивата на детето. Поради това са важни не само комбинацията от продукти, но и органолептичните им качества, които до голяма степен определят положителното отношение на детето към процеса на хранене и изграждането на правилни хранителни навици.

Храненето в кърмаческата и ранната детска възраст е един от най-важните фактори, определящи нормалния растеж и развитие на детето. Някои заболявания в по-късен период на живота могат да бъдат следствие от неправилно хранене в най-ранната детска възраст.

За да израсте едно дете здраво и добре развито, е необходимо средата, в която се развива, да е спокойна и естествена. Доброто възпитание и хигиенни навици, на които ще бъде научено от родителите си, ще имат важно значение за по-нататъшното му развитие в обществото.

#### Библиография

1. Добрилова П, Янкова Г. Педиатрични сестрински грижи, 2020.
2. Дойчинова А. Хранене на детето 0-3 години.
3. МЗ – НЦООЗ
4. Medicina-bg.info
5. Михов Хр. Детски болести, 1991.
6. Мумджиев Н., Детски болести, 2000.
7. Национален план за действие „Храни и хранене“.

## САМООЦЕНКА НА ПРАКТИЧЕСКИТЕ УМЕНИЯ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „ЛЕКАРСКИ АСИСТЕНТИ“

Л. Маринов

Катедра “Здравни грижи“, Филиал “Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

### SELF ASSESSMENT OF PRACTICAL SKILLS OF PHYSICIAN ASSOCIATES

L. Marinov

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** The training of physician associates in Bulgaria is carried out according to curricula and programs aligned with the State Educational Requirements (SER) for the specialty, as a key requirement for regulated professions in the EU. Over 50% of the total academic hours are dedicated to practical training, which is a fundamental factor in developing the practical skills and competencies of future specialists. The article examines the self-assessment of students regarding the practical skills acquired during their practical training and internships.

**Key words:** physician associates, self-assessment, practical skills, competencies

Адрес за кореспонденция: Любомир Маринов, дм, e-mail: lyubo60@abv.bg

Address for correspondence: Lyubomir Marinov, PhD, e-mail: lyubo60@abv.bg

---

Самооценката е ключов компонент от Аз-концепцията на личността, тъй като отразява начина, по който човек възприема и оценява своята собствена ценност. Тя обхваща всички представи, които човек има за себе си – за своите способности, компетентности, умения за справяне и контрол върху обстоятелствата и ситуациите около него, психологическите си характеристики, физическите си качества и много други. Самооценката влияе пряко върху начина, по който хората се самоутвърждават, взаимодействат със средата и се справят с трудностите. Тя може да е както висока, така и ниска и да се променя в зависимост от успехите, неуспехите и социалната подкрепа, които човек получава.

Самооценката оказва непосредствено и решаващо влияние върху самочувствието и самоуважението, които са предпоставки за човешките постижения. Тя се характеризира с ниво и устойчивост.

Нивото може да се колебае от ниско до високо и обратно, но не бива да спада под една субективно определена долна граница. Устойчивостта

дава информация за стабилността или нестабилността на самооценката. Смята се, че тя е консервативен елемент на самосъзнанието и за нея не са присъщи резките и значителни колебания на нивото, т.е. тя е относително устойчива.

Хората с ниско ниво на самооценката се ориентират към избягване на провалите. Те обикновено са неуверени във възможностите си и трудно се справят с предизвикателствата на живота, макар че не им липсват способности и компетентност.

Хората, които имат високо ниво на самооценката, демонстрират стремеж към запазване и засилване на собствения престиж и репутация на компетентен човек. Често пъти обаче поддържането на високо ниво на самооценката е защитна стратегия, която се опитва да компенсира чувството за малоценност.

Устойчивостта на самооценката се отнася до стабилността на личното възприятие за собствената стойност във времето, независимо от промените в обстоятелствата или от външни оценки.

Хората с устойчива самооценка са склонни да запазват по-постоянна представа за себе си и да не позволяват на отделни неуспехи, критика или житейски трудности да подкопаят тяхното усещане за лична стойност.

Тази устойчивост често е свързана с вътрешната увереност, че човекът притежава качества и способности, които са независими от моментни резултати или външно признание. Хората с по-устойчива самооценка могат да се справят по-добре със стреса и да проявяват по-висока резилентност. В същото време устойчивостта на самооценката може да бъде повлияна от фактори като семейна подкрепа, социална среда, житейски опит и емоционална зрялост.

За разлика от устойчивата, неустойчивата самооценка е по-податлива на колебания и лесно се променя при позитивна или негативна обратна връзка. Тя често зависи от външни фактори като постижения или одобрението на другите, което прави човека по-уязвим на критика и по-зависим от външни оценки.

За успешното упражняване на дадена професия е необходимо достигане до определено равнище на подготвеност. За бъдещите медицински сестри от голямо значение е добрата практическа подготовка. Тя е необходима предпоставка за успешната им професионална реализация. Компетенциите на лекарските асистенти законово са регламентирани с Наредба № 1 от 8 февруари 2011 г. (Обн. ДВ бр. 15 от 18 февруари 2011 г., изм. ДВ бр. 50 от 1 юли 2011 г., изм. и доп. ДВ бр. 61 от 2 август 2022 г.) и квалификационната характеристика на специалността.

Проблемът за професионалните компетенции и компетентност теоретично е разгледан обстойно от Я. Мерджанова. Според авторката: "Компетенциите се разработват за съответното равнище на професионална квалификация и са основа на професионално-длъжностните характеристики, където се посочват конкретни права и задължения на професионалиста на работното място и неговите взаимоотношения на подчинение и ръководство по вертикал и хоризонтал с други специалисти в институцията и извън нея".

Авторката определя следните групи компетентности: общосоциални, общо професионални, специфични за определена професия, кариерни, научноизследователски и научноприложни, диагностични, методически, комуникационни, информационни, управленски, работа с документация

## Цел

Настоящото проучване има за цел да проучи възможността на студентите от специалност лекарски асистент за обективна и адекватна самооценка на придобитите практически умения.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В изследването са използвани:

1. Анкетен метод – анонимна индивидуална анкета с 60 студенти от специалност Лекарски асистент на Медицински университет – София, Филиал "Проф. д-р Ив. Митев" – Враца
2. Документален метод – обработка на изпитните протоколи от учебната практика и преддипломния стаж.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

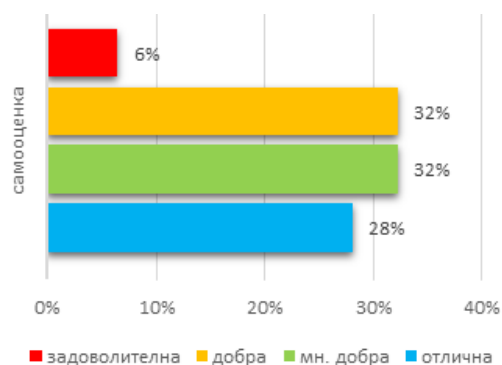
Проучването бе проведено в периода септември–октомври 2024 година във Филиал "Проф. д-р Ив. Митев" – Враца

На табл.1 е отразено разпределението на изследваните лица по курс на обучение и пол.

Таблица 1

Курс	I ЛА	II ЛА	III ЛА	IV	Общо
Жени	–	16	9	13	38
Мъже	–	12	9	3	24
Общо	–	28	18	16	62

Самооценка на изследваните лица за практическата им подготовка е илюстрирана на фиг. 1.

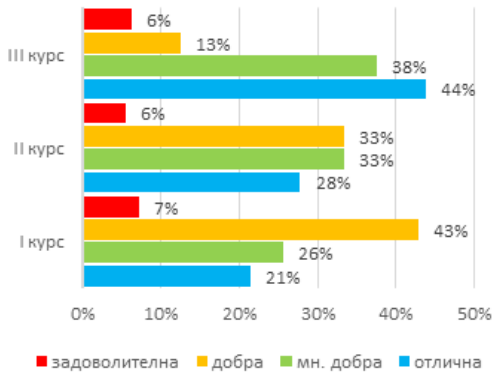


Фиг. 1. Самооценка на изследваните лица

Студентите и от трите курса не оценяват практическата си подготовка като слаба. Най-голям е дялът на много добрата и добрата самооценка –

32,25%, следвана от отлична, 28%, и задоволителна – 7%.

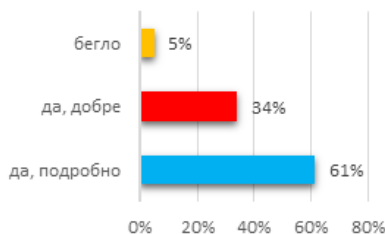
На фиг. 2 е показана самооценката на изследваните по курс на обучение.



Фиг. 2. Самооценка на изследваните по курс на обучение

С напредване на обучението се наблюдава динамика в нивото на самооценката. В I курс преобладава добрата самооценка – 48,86%, докато отличната е 21,43%. При студентите от II курс най-висок е процентът на много добрата и добрата самооценка – 33,33%, следвана от отлична – 27,78%. В III курс отчетливо отличната самооценка е водеща – 43,79%, следвана от много добрата – 37,5%. От изнесените данни се очертава тенденция за повишаване нивото на самооценка с напредване на обучението.

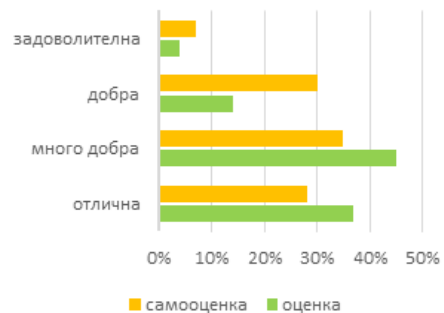
Практическото обучение е основен фактор за формиране на практически умения и компетенции у бъдещите специалисти. Адекватността на самооценката за практическите умения е в пряка зависимост от познаването на длъжностната характеристика и професионалните компетенции на специалността. До каква степен студентите познават цитираните документи, е показано на фиг. 3.



Фиг. 3. Познаване на длъжностната характеристика

61,29% от анкетираните студенти са запознати подробно с длъжностната характеристика и професионалните компетенции за специалността, 33,87% добре я познават и само 4,84% бегло.

Самооценката позволява на човека да оцени критично своите знания и умения и да предприеме коригиращи мерки. Самооценката и самосъзнанието са сред факторите, които регулират дейността и поведението на личността. В този аспект следва да представим корелационната зависимост между равнищата на оценката и самооценката на практическите умения на студентите с цел да открием тяхната адекватност или неадекватност.



Фиг. 4. Корелация между оценка и самооценка

Както се вижда на фиг. 4, при студентите се наблюдава леко понижена самооценка за практическите умения. Отлична и много добра самооценка са дали съответно 29,15% и 32,25% от тях, докато оценките отлична са 54,83% и много добър – 33,87%. Добра самооценка имаме при 32,25%, задоволителна при 6,25%, в сравнение с оценки добър – 9,68%, и среден – 1,61%.

В проучването ясно се очертава тенденцията за завишаване нивото на самооценка с напредване на обучението и усвояването на знания и практически умения. Видно е, че при I курс нивото на самооценка е най-ниско, докато при III курс самооценката се доближава до оценката.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Практиката показва, че за успешното упражняване на дадена професия е необходимо достигане на определено равнище на подготвеност. За бъдещите лекарски асистенти от голямо значение е добрата теоретична и практическа подготовка. Тя е необходима предпоставка за формиране на практически умения и компетенции за успешната им професионална реализация. Адекватната самооценка на студентите е от съществено значение за успешното им обучение и личностно развитие. Когато студентите имат реалистична оценка за собствените си компетенции и способности, те

са по-способни да поставят постижими цели, да поемат отговорност за собственото си развитие и да се справят по-ефективно с предизвикателствата в учебния процес.

За да се формира адекватна самооценка, е важно студентите да развият рефлексивни умения, които им позволяват да анализират своите силни и слаби страни, както и постигнатите резултати. Преподавателите играят ключова роля в този процес, като създават подкрепяща и доверителна учебна среда, където студентите могат да обсъждат свободно своите успехи и предизвикателства.

Личностите с висока самооценка притежават нагласата и увереността, че могат да се справят във всяка ситуация. Те се фокусират върху силните страни и постиженията си, приемат грешките и слабостите си без ненужно себеомаловажаване.

Такъв тип специалисти, с висока професионална самооценка, се нуждаят съвременното здравеопазване в България.

#### Библиография

1. Десев Л. Речник по психология. С., Булгарика, 2010.
2. Мерджанова Я. Професионалното и кариерно развитие в структурата на една академична проблематика. Педагогика, 2003, 7.
3. Митева Д. Психология на оптималното функциониране. Варна, ВСУ, 2013.
4. Стаменов Р, Минчев Б, Психология на човека. Хермес, 2008.
5. Стаматов Р. Психология на общуването. Пловдив, 2005.
6. Тютюнкков Ж. Човекът и неговата самооценка. Психология Журнал, декември 2006.
7. McConnell A, Strain L. Content and structure of the self-concept. Psychology Press, 2007.
8. <http://psychologyjournalbg.com>



## ДИГИТАЛИЗАЦИЯ НА УЧЕБНИЯ ПРОЦЕС И АВТОРСКО ПРАВО

Л. Маринов

Катедра “Здравни грижи“, Филиал “Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

## DIGITALIZATION OF THE LEARNING PROCESS AND COPYRIGHT

L. Marinov

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** The digitalization of the learning process is one of the most significant trends in modern education. Technologies and Internet platforms offer new opportunities for learning and teaching that change traditional teaching methods. Despite all the advantages that digitalization brings, it also poses new challenges, especially in the context of copyright. The use of online materials, resources and platforms raises questions about intellectual property rights, which need to be clearly regulated to ensure fair and ethical use of the content. This article will examine the relationship between the digitalization of the learning process and copyright, as well as the main problems and solutions related to them.

**Key words:** education, digitalization, copyright

Адрес за кореспонденция: Любомир Маринов, дм, e-mail: lyubo60@abv.bg

Address for correspondence: Lyubomir Marinov, PhD, e-mail: lyubo60@abv.bg

---

---

Дигитализацията в образованието и учебния процес обхваща широк спектър от технологии, включително електронни учебни материали, платформи за дистанционно обучение, виртуални класни стаи, онлайн курсове, видеоуроци и интерактивни приложения. Всеки от тези елементи предоставя нови възможности за обучение и преподаване, като преодолява пространствените и времевите ограничения на традиционните класни стаи, т.е. студентите могат да учат по свой собствен график чрез видеоуроци или да участват в онлайн дискусии и форуми, които насърчават активното учене.

Един от основните фактори, които ускорява дигитализацията, е разпространението на интернет и мобилни технологии. Отдалеченото обучение, което стана изключително популярно по време на пандемията от COVID-19, показва как технологиите могат да променят и адаптират учебния процес. Възможността за достъп до големи количества информация и ресурси през интернет значително подобрява както качеството на образованието, така и неговата достъпност.

Дигитализацията също така води до създаването на нови форми на учебни материали, като електронни книги, статии, презентации, инфографики и различни дигитални платформи. Всички тези нововъведения обаче поражда сериозни въпроси по отношение на авторските права, които трябва да бъдат разгледани и регулирани.

Какво е значението на авторското право в днешната дигиталната ера? Авторското право е правната защита на интелектуалната собственост, като литература, музика, изкуство, научни изследвания и други форми на творчество. Тази защита се предоставя на създателя на произведението с цел да му се гарантира, че той ще има правото да контролира използването на своята работа и да получава възнаграждение за това. В контекста на дигитализацията и интернет технологиите авторското право става особено важно, тъй като лесното разпространение и копиране на цифрови материали създава значителни рискове за нарушаване на правата на създателите на съдържание.

С развитието на онлайн образованието и дигитализацията на учебния процес възникват нови предизвикателства, свързани с авторските права. Множество материали, които се използват в обучението, са защитени от авторско право, което означава, че преподаватели и студенти трябва да бъдат внимателни при тяхното използване. В противен случай може да се стигне до неволни нарушения на правата на авторите, които да имат сериозни правни последици.

Възникващите проблеми, свързани с авторското право в дигиталния учебен процес, може да се обобщят в няколко пункта.

Един от основните проблеми в дигитализацията на учебния процес е използването на материали без съответното разрешение от страна на авторите или притежателите на правата. Например преподавателите често използват статии, книги или други произведения в рамките на лекции и онлайн курсове, без да търсят или получават разрешение от авторите или издателствата. Това може да включва копиране и разпространение на части от учебни материали, които не са в публичния домейн, или използване на платени ресурси без подходящо лицензиране.

Дигитализацията значително улеснява разпространението на материали. Учебни текстове, видеоролици, презентации и други материали могат да бъдат лесно споделяни чрез интернет платформи и социални медии. Това, от една страна, увеличава достъпността на знанията, но от друга страна, създава проблеми за авторите, които може да не получават възнаграждение за използването на тяхното съдържание. Възможността за нелегално копиране и разпространение на учебни материали води до значителни загуби за авторите и издателите.

Много от участниците в образователния процес – както преподаватели, така и студенти – може да нямат ясна представа за основните принципи на авторското право и как те се прилагат в дигиталния контекст. Липсата на осведоменост води до неволни нарушения и понякога до пълна неосъзнатост относно необходимостта от получаване на лиценз за използване на защитени материали.

Решенията за справяне с проблемите за авторските права в дигитализацията на образованието трябва да бъдат комплексни.

Една от най-важните стъпки за решаване на тези проблеми е повишаването на осведомеността сред преподаватели и студенти. Те трябва да бъдат информирани за правата и задълженията, които имат, при използване на защитени от автор-

ско право материали. Множество онлайн курсове и ресурси могат да помогнат за разясняване на основните принципи на авторското право, както и на начините за придобиване на лицензи или използване на материали, които са в публичния домейн или са с отворен лиценз.

На второ място е използването на отворени ресурси и лицензи. Все повече учебни материали и платформи предлагат съдържание с отворен лиценз, като Creative Commons, което позволява свободно използване и адаптиране на материалите при определени условия. Преподавателите и студентите могат да използват тези ресурси без да нарушават авторските права, като в същото време създателите на съдържанието получават признание за своята работа. Използването на такива отворени ресурси може да бъде ключово за осигуряване на устойчивото развитие на дигиталното образование.

Следваща стъпка може да бъде лицензирането на учебните материали. Един от начините да се предотвратят нарушенията на авторското право, е учредяването на ясни механизми за лицензиране на учебни материали. Университетите и образователните институции могат да сключват споразумения с издатели и автори, за да осигурят достъп на студентите до платени ресурси чрез официални канали. Така ще се гарантира, че авторите получават справедливо възнаграждение за използването на техните произведения, а преподавателите и студентите ще имат достъп до легитимни източници на информация.

Темата за дигитализацията на учебния процес и авторското право е широко разглеждана от изследователи в области като право, технологии в образованието, интелектуална собственост и дигитални медии. Някои от основните автори и учени, които са писали по тези въпроси, обхващат както теоретични, така и практически аспекти на взаимовръзката между правото на интелектуална собственост и новите технологии в образованието.

Lawrence Lessig е известен със своите изследвания върху интелектуалната собственост, цифровата култура и въздействието на интернет върху законите за авторско право. Неговата книга „Free Culture: How Big Media Uses Technology and the Law to Lock Down Culture and Control Creativity“ разглежда как законите за авторско право влияят на образованието, културата и иновациите в дигиталната ера. P. Bernt Hugenholtz и Ruth L. Okediji разглеждат глобалните предизвикателства на авторските права в контекста на интернет и дигитализацията. Изслед-

ването им обсъжда начините, по които международните норми и политики могат да регулират използването на дигитално съдържание в образованието. Други автори правят анализ как интелектуалната собственост и законите за авторско право могат да се адаптират към новите технологии, включително онлайн образованието и съвременните дигитални платформи. Те поставят акцент върху необходимостта от нови правни модели и подходи за управление на авторските права в контекста на онлайн обучението и цифровите ресурси.

В България също има проведени изследвания по темата, макар те да не са толкова широко разпространени както в международен мащаб. Български учени и автори в областта на правото, образованието и интелектуалната собственост разглеждат проблемите, които възникват с дигитализацията на образованието и приложението на авторските права в този нов контекст. Проблемите и темите, които те поставят на дневен ред, са:

– Нови форми на интелектуална собственост в онлайн обучението – как да се регулират авторските права върху съдържание, генерирано от преподаватели или студенти в онлайн курсове.

– Дигитализация на учебните материали – как трябва да се уреждат въпросите на авторските права по отношение на електронни учебници, видеа, презентации и други дигитални ресурси в образованието.

– Съотношение между свободния достъп до знание и защитата на интелектуалната собственост – как да се осигури баланс между правата на авторите и нуждата от свободен достъп до образователни ресурси, особено в контекста на отворените лицензи и платформи.

– Ролята на европейското и международното право за регулиране на авторските права в цифровото образование – как трябва да се приложат директивите на Европейския съюз и международните споразумения в българския контекст за защита на авторските права в образованието.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дигитализацията на учебния процес предоставя огромни възможности за развитие на образованието, като същевременно поставя нови предизвикателства пред авторските права. С увеличаване на използването на онлайн материали и платфор-

ми за дистанционно обучение е от съществено значение да се разработят ясни правила и механизми за защита на интелектуалната собственост. Това включва повишаване на осведомеността за авторските права, насърчаване на използването на отворени ресурси и осигуряване на подходящо лицензиране на учебни материали. Само така ще се гарантира справедливото използване на съдържанието и ще се създаде устойчиво и етично образование в дигиталната ера.

Въпреки че в България темата за дигитализацията на образованието и авторското право не е толкова широко разисквана в сравнение с международните изследвания, български автори в правната и образователната сфера разглеждат съществени въпроси, свързани с адаптацията на българското законодателство към новите технологични условия.

Въпреки тези предизвикателства дигитализацията на образованието в България се развива активно, като се търси баланс между технологичните иновации и спазването на авторскоправната рамка. По-дълбокото осмисляне на тези въпроси е от съществено значение за успешната интеграция на технологиите в българската образователна система.

## Библиография

1. Андреева А, Йолова Г, Димитрова Д, Радев Е. Правни аспекти на дигитализацията в сферата на висшето образование и в трудовите отношения. Варна, Знание и бизнес, 2024.
2. Николаева С. Дигиталните шансове и предизвикателства пред педагогическите взаимодействия в условията на КО-ВИД-19. Актуални политики и практики в образованието: дигитална образователна реалност. 2021.
3. Терзиев В, Любчева М, Михайлова К. Належаша необходимост от промени във висшето образование в България. (The Need of Changes in Bulgaria's Higher Education). Knowledge Int J, 2020, 43.
4. Dreier T. Copyright in the times of the internet, ERA Forum. J Academy Eur Law, 18(1), 7-19, DOI: 10.1007/s12027-017-0462-7.
5. Hugenholtz P, Quintais J. Copyright and Artificial Creation: Does EU Copyright Law Protect AI-Assisted Output? IIC – International Review of Intellectual Property and Competition Law. 2021. 52. DOI: 10.1007/s40319-021-01115-0.
6. Lessig L. Free Culture. 2002.
7. Macharia J. Intellectual property challenges in digital library environments. (2017). DOI: 10.4018/978-1-5225-3093-0.ch012.
8. Okediji, R. Reframing International Copyright Limitations and Exceptions as Development Policy. 2017. DOI: 10.1017/9781316450901.016.

## МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ – КЛЮЧОВ РЕСУРС НА ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С МОЗЪЧНОСЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

М. Лаловска

Филиал “Проф. д-р Иван Митев” – Враца, Медицински университет – София

## NURSES – A KEY RESOURCE OF QUALITY HEALTHCARE FOR PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR DISEASES

M. Lalovska

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** Modern health care requires innovative behavior by nurses in the treatment of patients with cerebrovascular diseases. The nurse is not only the person who manages health care in each individual case of illness, but also largely depends on the patient treatment, recovery and satisfaction. It contributes to a better quality of life for patients by supporting their social adaptation and resocialization. This necessitates the need for professional development of nurses working with patients with cerebrovascular diseases, requires the acquisition of specific qualities and skills, such as responsibility, dedication and high professionalism.

**Key words:** patients, cerebrovascular disease, nursing, health care

Адрес за кореспонденция: Маргарита Лаловска, e-mail: mdm61@abv.bg

Address for correspondence: Margarita Lalovska, e-mail: mdm61@abv.bg

### ВЪВЕДЕНИЕ

Мозъчносъдовите заболявания са важен медицински и социален проблем. Те се характеризират с висока заболяемост, болестност и смъртност и са най-честата причина за инвалидизация. Мозъчносъдовите заболявания са и голям консуматор на обществени ресурси, директните и индиректните разходи за тях са огромни. Затова грижите за пациенти с мозъчносъдови заболявания изискват вниманието на медицинската сестра да е съсредоточено върху различните аспекти на състоянието на пациентите. Основната дейност на медицинската сестра се състои в оказване на помощ на отделната личност. Нейна отговорност е да подпомага пациента по отношение на неговите ежедневни навици, както и да съдейства при осъществяване на дейности, които правят живота на пациента значим. Съвременната медицинска

сестра трябва да бъде лицето, което чрез своите знания и компетенции да съдейства и да подпомага индивида както да промени своите нездравословни навици, така и да поддържа здравословен начин на живот. Тя е основният елемент във веригата лекар-здравни грижи-пациент, като на нея се пада основната роля на пряк изпълнител и в същото време ръководи цялостния процес. Но развитието на медицинската наука тя придобива ново измерение.

Ролята на медицинската сестра може да се определи като процес, който трябва да гарантира непрекъснати, качествени и адекватни на здравните потребности, ефективни здравни грижи, в които водещо място и значение имат формирането на здравно обусловен начин на живот на пациентите, предлагането на необходимата здравна информация и осигуряването на професионални здравни грижи за предотвратяване на усложненията и по-

добряване качеството на живот пациентите, включително тези с мозъчносъдови заболявания.

## Цел

Да се проучи организацията на здравните грижи при пациентите с мозъчносъдови заболявания и да се очертае тяхното развитие в зависимост от здравните потребности на пациентите.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведена е анонимна анкета сред 97 медицински сестри, работещи в три многопрофилни болници за активно лечение в Северозападна България, намиращи се в градовете Враца, Монтана и Видин. Изследването е проведено в периода януари-март 2024 г. Данните са обработени със статистическа компютърна програма SPSS v.19.0.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

От участвалите в анкетата 97,0% са жени и 3,0% – мъже, на средна възраст 56 год. По отношение на образованието на анкетираниите медицински сестри се наблюдава следното разпределение: повече от половината от тях са с висше образование – бакалавър – 53,5%, 24,5% са със степен магистър, а останалите 22,0% от участниците съобщават, че притежават образователно-професионална степен специалист/полувисше.

За осъществяването на качествени здравни грижи медицинските сестри трябва да притежават необходимата подготовка и компетентност. Само 60,8% от анкетираниите медицински сестри съобщават, че подготовката, която имат, е достатъчна за извършване на качествени здравни грижи, 35,3% са подготвени частично, а само 3,9% не са подготвени.

Спецификата на медицинската помощ и здравните грижи изисква медицинските специалисти и пациентите да работят заедно в интерес на пациента. Определено медицинските сестри със своя професионализъм имат значителна роля за адаптацията на пациентите към новия начин на живот. Това показват резултатите от проучването. Повече от половината – 60,0%, от медицинските сестри твърдят, че пациентите търсят професионалното им мнение за грижите, свързани със заболяването, 36,1% смятат, че това е само понякога, и 3,9% от тях отговарят отрицателно (фиг. 1).



Фиг. 1. Разпределение на медицинските сестри според заинтересуваността на пациентите от здравни грижи

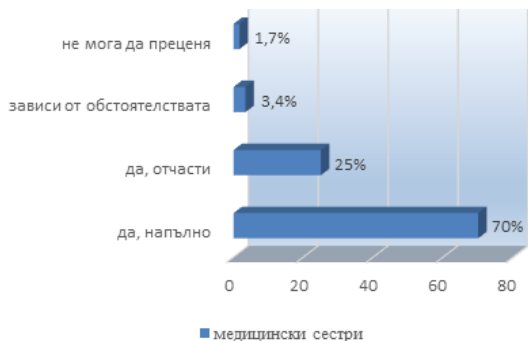
Съществен елемент в съвременните здравни грижи е необходимостта от изготвянето от медицинската сестра на план за грижи за всеки пациент, който е индивидуализиран и съобразен с потребностите. От анкетираниите медицински сестри 30,0% съобщават, че „не се изготвят планове за сестрински грижи“. Останалите 34,4% отговарят „да, изготвят се такива планове“, а 35,6% – „изготвят се частично“. Тези резултати доказват наличието на проблем в дейността на медицинските сестри. В сестринската практика не се изработват и не са документират индивидуални планове за пациентите и необходимите компетенции, а от друга страна, медицинските сестри в лечебните заведения не разполагат с достатъчно време за разговори с пациента и неговите близки, както и за попълване на сестринска документация.

Информираността на пациентите е важен фактор за качеството на живот, включително при пациентите с мозъчносъдови заболявания. Според отговорите в анкетата най-висок дял анкетирани – 70,0%, отговарят, „да, напълно“ информираността винаги има връзка с качеството на живот на пациентите (фиг. 2). От медицинските сестри 25,0% смятат, че „отчасти“ съществува зависимост между информираността и качеството на живот, 3,4% определят, че обстоятелствата имат значение, и малък е относителният дял – 1,7% от медицинските сестри, които не могат да преценят.

Желанието за комуникация с пациента създава атмосфера за обучение и разпространяване на информация, но поради разширения обем на сестринските функции медицинските специалисти нямат достатъчно време за комуникация с пациентите (фиг. 3).

Анализът на получените резултати показва, че 61,1% от проучваните медицински специалисти „недостатъчно“ разговарят с пациентите. От-

говорите са ранжирани по следния начин: 22,8% разговарят „достатъчно“ с пациентите, „нямам време“ за разговори – 11,1%; „не разговарям“ с пациентите – 5,0%.



**Фиг. 2.** Разпределение на мнението на медицинските сестри за влиянието на информираността върху качеството на живот



**Фиг. 3.** Желание на медицинските сестри за комуникация с пациентите

Осигуряването на здравна информация е задължителен елемент от обучението при пациенти с мозъчносъдови заболявания. 46,7% от медицинските сестри напълно осигуряват информацията относно хигиенно-диетичния режим, отчасти информират пациентите 35,6% от анкетираните, недостатъчна информация предоставят 13,8% от медицинските сестри и 3,9% изобщо не осигуряват необходимата информация на пациентите.

Всяка медицинска сестра трябва да изгради индивидуален подход към всеки един пациент. От анкетираните медицински сестри 47,2% съобщават, че извършват на всеки пациент при постъпване в болничното заведение оценка на възможностите за самообслужване, 36,1% отговарят – само понякога. Отрицателни отговори са дали 10,6%, като 5,0% не извършват никога такава оценка, а други 1,1% смятат, че не им влиза в задълженията. Неизпълнението на това задължение според тях се дължи на липса на време и липса на мениджмънт в организацията (фиг. 4).



**Фиг. 4.** Оценка на здравния потенциал на новопостъпили пациенти от медицинските сестри

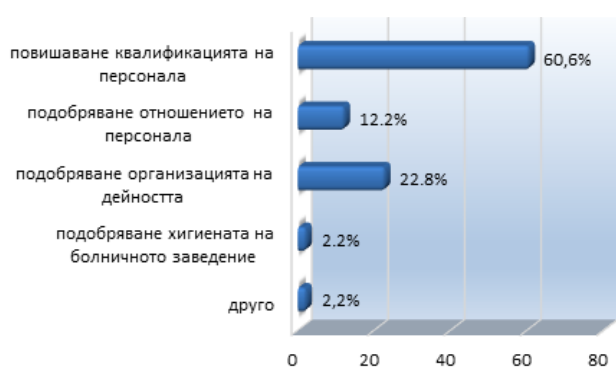
Медицинските специалисти имат отношение към проблемите на пациентите, защото в основата на сестринската професия е уважението към правата на човека, всеотдайността и чувството на отговорност. Медицинските сестри осъзнават факта, че те са лицата, на които пациентите могат да се доверят и с които да споделят своите проблеми, и те трябва да оправдаят доверието, което им се предоставя. Затова и 42,2% от анкетираните съобщават, че ако получат оплакване от пациент, му обръщат внимание и се опитват да го удовлетворят, дори ако не е пряко свързано с тяхната дейност. Други 53,9% се опитват да решават възникнали проблеми, но само ако са пряко свързани с тяхната дейност. Не обръщат внимание на оплакванията на пациентите едва 3,9% от здравните специалисти.

Развитието на професията на медицинската сестра е свързано и с развитието на основната й дейност – здравната грижа, за удовлетворяване потребностите на пациентите.

Отговорите на повече от половината анкетирани медицински сестри – 60,6%, са, че с „повишаване на квалификацията на персонала“ ще се подобри и качеството на предоставените здравни грижи, за 22,8% – „подобряване организацията на работа“. Еднакъв е дялът на анкетираните – 2,2%, които са посочили „подобряване на хигиената в болничното заведение и „друго“, като метод за качествени здравни грижи. Само 12,2% от персонала смятат, че „подобряване отношението на персонала“ към пациентите ще повиши качеството на здравните грижи (фиг. 5).

Според получените резултати 62,0% от анкетираните медицински сестри познават стандар-

тите за работа в болничните заведения. Немалък е дялът – 38,0%, на тези, които не са запознати. През последните години са разработени медицински стандарти по съответните медицински специалности относно броя на персонала и някои отговорности. Те съдържат описание на част от дейностите на медицинските сестри, но няма информация за здравните грижи. Това налага необходимостта от професионално развитие на медицинските сестри, работещи с пациенти с мозъчносъдови заболявания, изисква придобиване на специфични качества и умения, като отговорност, всеотдайност и висок професионализъм.



Фиг. 5. Мнение на медицинските сестри за повишаване качеството на здравните грижи

За подобряване качеството на здравните грижи при пациенти с мозъчносъдови заболявания медицинските сестри се нуждаят не само от съответна подготовка, адекватна на потребностите на обществото, но и от промяна в тяхната професионална кариера.

## Изводи

Доброто управление на здравните грижи при пациенти с мозъчносъдови заболявания и предотвратяването на техните усложнения изискват икономически по-целесъобразно да се вложат средства в информираността и обучението. Това е значима инвестиция на обществото, която е насочена към съхраняване на човешките ресурси и допълнително спестяване на материални средства.

За да отговорят адекватно на динамично променящите се здравни потребности на населението, медицинските сестри трябва да предоставят нов качествен вид здравни грижи в лечебните заведения. Необходимо е разширяване на сестринските функции, обучение на медицинските сестри в иновациите в професията, както и намиране

на нови подходи за подобряване качеството на здравните грижи и удовлетворяване на потребностите на пациентите.

Това засилва необходимостта от повишаване професионалната квалификация на медицинските сестри, качеството на здравните грижи и подобряване качеството на живот на пациентите.

## Библиография

1. Александрова М. Съвременни тенденции в обучението на медицинските сестри. София, 2007.
2. Александрова М, Москов А. Развитие на сестринската професия в България и влиянието на Европейските държави. Сестринско дело, 2001, 33(4), 20-23.
3. Аспарухова П, Янкова Г, Владимирова Е. Качество на живот при пациенти преживели мозъчен инсулт. Академично списание „Управление и образование“. 2017,13(5), 174-179.
4. Велева Ст, Василева Н, Недев Хр. Възстановяване след инсулт. Алианс Принт, 2000.
5. Григорова К. Мозъчен инсулт и ранна кинезитерапия. София, ИД Принт, 2017.
6. Димова Р, Димитрова Д, Иванова Н. Място и роля на специалистите по здравни грижи в осигуряване на качеството на общата медицинска помощ. Здравни грижи, 2005, 1(3).
7. Добрилова П. Здравните грижи – основен фактор за повишаване качеството на услугите в рехабилитационните болници. Дис., д.м, 2014.
8. Добрилова П. Анализ на потребностите на пациентите с хронични заболявания. Сестринско дело, 2014, 46(1), 10-15.
9. Либекаян Е, Василева П. Компетенциите на медицинските сестри в променящото се съвременно общество. Научни трудове на Русенския университет, том 48, серия 8.1, 150-152.
10. Чанева Г, Стамболова И. Качество и контрол на здравните грижи. Мениджмънт на сестринския процес. София, Филвест, 2003, 94-100.
11. Чанева Г. Удовлетвореност на пациентите от качеството на сестринските грижи в болницата. Български медицински журнал, 2008, 2(1), 61-64.
12. Юркова К. Терапевтичното поведение – умения за вербална и невербална комуникация. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството, Пловдив, 2001, 93-99.
13. Янкова Г, Аспарухова П, Владимирова Е. Оптимизиране на учебно-практическата дейност, чрез прилагане на систематизиран трудотерапевтичен подход при пациенти с мозъчен инсулт. Академично списание „Управление и образование“. 2017,13(5), 33-39.
14. Borisova M, Vladimirova E, Dzhiganska Ts. Risk factors in men with benign prostatic hyperplasia. Sci technol, 2020,10. (Number 1: Medical biology studies, clinical studies, social medicine and health care),77-83.

## ВКЛЮЧВАНЕТО НА СЪВРЕМЕННИ МЕТОДИ В ПРАКТИЧЕСКОТО ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТИТЕ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“ И „АКУШЕРКА“

Ц. Джиганска, М. Лозанова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## INCLUSION OF MODERN METHODS IN PRACTICAL TRAINING OF STUDENTS IN THE SPECIALTIES OF „NURSE“ AND „MIDWIFE“

T. Dzhiganska, M. Lozanova

Affiliate „Prof. Dr. Ivan Mitev“ – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** This report presents various teaching methods that are used in medical universities to prepare students in the professional field of „health care“. It is emphasized that traditional teaching methods together with modern methods such as interactive learning, mutual learning, „synectics“, „invention“, as well as the use of new technologies in the practical training of nurses and midwives support the development of their creative potential and creative thinking, encouraging them to seek innovative solutions to complex medical problems.

**Key words:** modern methods, practical training, nurse, midwife

Адрес за кореспонденция: Мариана Лозанова, е-mail: m.lazarova@filialvratsa.mu-sofia.bg

Address for correspondence: Mariana Lozanova, e-mail: m.lazarova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Обучението на студентите от специалностите "Медицинска сестра" и "Акушерка" в България е съобразено със съвременните европейски стандарти и се провежда в медицински университети или филиали, акредитирани по Закона за висшето образование. За професиите от направление „Здравни грижи“ практическото обучение е изключително важно и представлява повече от 50% от цялостното обучение в университета. Съвременните методи в обучението на медицинските специалисти са важен компонент в преодоляването на предизвикателствата в медицинското образование, като предоставят възможност за повишаване на качеството в професионалната подготовка. Методите на обучение са едни от най-динамичните

и променящи се компоненти, върху които оказват влияние както външни фактори, така и непрекъснатото преустройство и развитие на обучението като цяло [1]. Възможността за свободен избор на метод на обучение от преподавателя допринася до голяма степен за разнообразието на използваните методи за преподаване и изпитване. Включването на иновативни методи и технологии в обучението насърчава активното участие на студентите, развива практически умения и осигурява адаптация към съвременните изисквания и предизвикателства в медицинската практика.

Независимо от непрекъснатото осъвременяване на методите, значителна част от обучението включва традиционни методи, с които се гарантира правилното овладяване на манипулации, медицински дейности и др.



## **ВОДЕЩИ МЕТОДИ, ИЗПОЛЗВАНИ В ПРАКТИЧЕСКОТО ОБУЧЕНИЕ НА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТИТЕ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“ И „АКУШЕРКА“**

*Демонстрацията* е популярен и широкоприложим метод във всички форми на обучение в медицинските университети. Той се използва за показване на конкретни действия или процеси, които студентите трябва да усвоят. Инструктажът включва предаването на информация и инструкции към студентите, като се използват както устни, така и писмени средства за това. Този метод е полезен за подробно представяне на материала, осигуряване на яснота и повторение на информацията. Методът на упражняването играе важна роля в обучението в медицинските университети, като се използва за затвърждаване на знания, формиране на професионални умения и навици, както и за стимулиране на творческо мислене. *Самостоятелната работа* е метод, който изисква от студентите да учат и да развиват умения без пряко ръководство от преподавателите.

*Ситуационният метод* в обучението цели да създаде среда, която максимално се приближава до реалния живот и практиката на хората. Наблюдението е непосредствен източник на информация. Методът играе важна роля в обучението на медицинските специалисти, тъй като познанието често се изгражда в резултат на наблюдение и възприемане на околната среда. Проучването на документи включва анализ и изучаване на различни видове документи, които се използват в медицинската практика за диагностика, лечение и проследяване на заболяванията.

*Включването на съвременните методи за практическо обучение* на студентите от професионално направление „Здравни грижи“ се фокусира върху развитието на творческия потенциал и индивидуалното креативно мислене и играе изключително важна роля в тяхното професионално развитие. Тези методи стимулират обучаваните да търсят нови и нетрадиционни решения, което е критично в медицинската практика, където често е необходимо да се намерят иновативни подходи за решаване на сложни медицински проблеми. Те са съобразени със запазването на високите стандарти на професионална практика и непрекъснатото развитие в областта на здравеопазването [11].

Съвременните методи на интерактивното обучение, включването на „синектиката“, взаимообучението, „инвентиката“, както и използването на съвременните технологии могат да насърчат студентите да мислят нестандартно и да търсят нови решения на медицинските проблеми.

**Интерактивното обучение** се основава на взаимодействието на обучаваните с учебната среда. Вместо да се базира само на лекции и учебни материали, съвременното обучение на бъдещите професионалисти по здравни грижи се фокусира върху интерактивни методи като групови дискусии, симулации, мозъчна атака и др. Такива методи насърчават активното участие на студентите и им помагат да придобият практически умения и опит.

Думата „**синектика**“ в превод от гръцки означава „съвместяване на разнородни елементи“. Синектиката е система на творческо мислене. Тя се основава на предположението за съществуващата връзка между всички, дори най-различни на пръв поглед неща. Прилагането ѝ е процес на създаване или откриване на нови идеи, нов синтез, нови връзки и решения, което несъмнено би способствало за развитието на творческо мислене сред бъдещите професионалисти по здравни грижи за намирането на решения при сложни клинични случаи, за откриването на проблем и решаването му в медицинската практика. Синектиката е целесъобразно да се прилага, когато целта на обучението е да се стимулира креативното мислене, да се осъществява връзка между нови и стари знания (от неизвестното към известното) и да се задълбочи осмислянето на изучения учебен материал.

**Взаимообучението**, или обучението на връстници от връстници, създава възможност за обмен на знания и опит между студентите, което може да стимулира иновациите и сътрудничеството.

**Методът Инвентика** е известен и под наименованието „метод на контролните въпроси“. Автори на метода са А. Кауфман, М. Фюстие и А. Древе. Предназначен е за нуждите на техническите науки, като е приложен интердисциплинарният подход, но би могъл да се прилага и в други научни направления. Обектите се диференцират на отделни части, които се преформулират чрез изменения и комбинации (с противоречива същност) за структуриране на нови форми. Методът инвентика представлява разчленяване на предметите на съставните им части и след това чрез различни комбинации – създаване на нови фор-

ми. В този смисъл би могло да се работи по метода при противоричиви симптоми на заболявания и за развитие на творческото мислене на студентите от медицинските специалности.

Използването на **технологичните иновации** като: виртуална реалност, симулационни модели и уеб базирани платформи за обучение, може да подобри процеса на обучение и да предостави на студентите възможност да опитат различни сценарии и ситуации, с които могат да се сблъскат в реалния живот. Включването на технологиите се приема от студентите като нещо естествено [6]. Днес социалните мрежи и технологиите управляват чувствата, културата и тенденциите на няколко поколения. Професионалната насоченост и развитие на младите хора (поколението Gen Z) до голяма степен са повлияни от интернет пространството – избор на специалност, на университет, на населено място и др. Необходимо е преподавателите да използват силата на това безпрецедентно присъствие на информация в мрежата, но и да успяват да поставят граници, в което тяхната роля е ключова.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Включването на съвременните методи в практическото обучение на медицинските сестри и акушерките играе ключова роля в развитието на техните професионални умения и компетентности. Осигурявайки възможности за развитие на творческия потенциал и индивидуалното креативно мислене, тези методи подготвят бъдещите професионалисти по здравни грижи да се справят със сложните предизвикателства в медицинската практика. В съчетание с традиционните методи за обучение, тези съвременни подходи създават интегрирано и стимулиращо образователно пространство, което подготвя студентите от посочените медицински специалности да бъдат компетентни, емпатични и иновативни професионалисти, готови да отговарят на нуждите на съвременната здравна система.

## Библиография

1. Андреев М, Дидактика. София, Народна просвета, 1987.
2. Воденичаров Ц, Митова М. Медицинска педагогика. София, БАН, 1995.
3. Георгиева С. Съвременни методи и учебни технологии в обучението по история. Научни трудове на русенския университет, 2008, 47, 9.
4. Драгушева С, Петлешкова П, Бакова Д. Повишаване качеството на практическото обучение на медицинските сестри – приоритети. Научни трудове на Съюза на учените в България – Пловдив. Серия Г. Медицина, фармация и дентална медицина, 2017, 21.
5. Лалова В, Мерджанова Е. Приложение на методите за обучение в подготовката на студентите от специалност „Медицинска сестра“ в МУ – Пловдив, 2020. <https://www.researchgate.net/publication/>.
6. Милчева Х, Креативен стил в обучението на здравните професионалисти. Лакс бук, 2019.
7. Митова М, Методика на обучението по практика в медицинските колежи. София, График консулт, 1998.
8. Митова М, Воденичаров Ц. Педагогически проблеми на медицинското образование. София, График Консулт, 1998.
9. Наредба за единни държавни изисквания за придобиване на висше образование по специалностите от професионално направление „Здравни грижи“ за образователно-квалификационна степен „бакалавър“. Обн. ДВ, 22.11.2005 г.
10. Попов Т. Педагогика. Теория на обучението и дидактика. Трето издание. Габрово, „Екс-Прес“, 2015.
11. Танева Д, Киркова А. Мнението на пациентите за готовността на стажант-медицинските сестри да упражняват самостоятелно професията. Управление и образование, 2017, 13(5).
12. Elena G. Zheleva, The methodology of healthcare training – professional partnership and interaction between healthcare teachers and students-healthcare professionals, Contemporary University education, Association of the professors from Slavonic countries (APSC), 2018, 3(3).

## ПРОФЕСИОНАЛНА ТАЙНА В СЕСТРИНСКАТА ПРАКТИКА

М. Борисова

Филиал „Проф. д-р Ив. Митев – Враца, МУ – София

## PROFESSIONAL CONFIDENTIALITY IN NURSING PRACTICE

M. Borisova

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** Medical specialists, fulfilling their professional duties, encounter specific ethical problems. Their professional appearance requires dealing with a number of personal, interpersonal, institutional and socio-cultural challenges. This is due to the place they occupy in relation to patients, their relatives and other members of the medical team. Every medical professional is required to adhere to the standards of ethical conduct and practice set by the profession.

**Key words:** professional secret, ethics, patients, students

**Адрес за кореспонденция:** Мариела Борисова, дм, e-mail: marielaborisova@abv.bg

**Address for correspondence:** Mariela Borisova, PhD, e-mail: marielaborisova@abv.bg

---

Медицинските специалисти, изпълнявайки професионалните си задължения, се срещат със специфични етични проблеми. Професионалната им изява налага справяне с редица лични, междуличностни, институционални и социокултурни предизвикателства. Това е породено от мястото, което те заемат по отношение на пациентите, техните близки и другите членове на медицинския екип. В ежедневието си работата медицинският специалист получава информация за здравното състояние лично от пациента, от неговите близки и от медицинската документация.

Според П. Дончев професионалната тайна включва всички аспекти на информацията, която специалистът вижда, научава или констатира при упражняване на своята професия.

Всеки медицински специалист е длъжен да се придържа към стандартите за етично поведение и практика, определени от професията.

### Цел

Проучването цели да се получи информация за спазването на професионалната тайна в се-

стринската практика сред медицински специалисти и студенти от специалност „Медицинска сестра“.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проведена бе анонимна анкета сред медицински специалисти от МБАЛ “Хр. Ботев” и студенти от специалност „Медицинска сестра“ към Филиал „Проф. д-р Ив. Митев“ – Враца, от първи, втори и трети курс на случаен принцип, които попълниха анкета след изявено информирано съгласие.

#### Място и време на проучването

Настоящото проучване е проведено в периода месец септември 2024 г. – ноември 2024 г. на територията на МБАЛ “Хр. Ботев” – Враца.

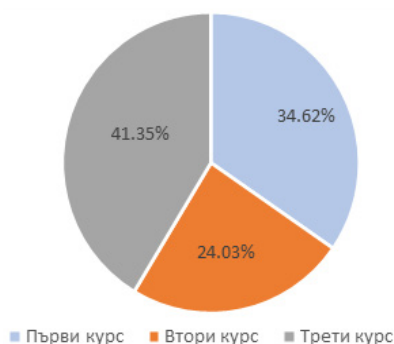
### РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Анкетираните са 52 медицински сестри и 104 студенти от специалност „Медицинска сестра“.

При медицинските сестри преобладаваща е възрастовата група 41-50 г., а при студентите най-многобройна е групата във възрастта 20-30 г.

Таблица 1. Разпределение по възраст

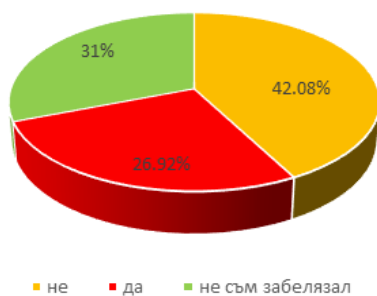
Възрастова група	Медицински сестри/бр.	Студенти/бр.
20-30 г.	9	40
31-40 г.	11	29
41-50 г.	13	26
51-60 г.	10	9
Над 60 г.	9	0
Всичко	52	104



Фиг. 1. Разпределение на студентите по учебни години

Най-голямо участие в анкетата са взели студентите от трети курс – 41,35%. Те имат реална представа от спазването на професионалната тайна. Студентите от първи курс, които са 34,62%, са имали скоро лекции по предмета медицинска етика. Най-малък е относителният дял сред второкурсниците – 24,03%.

Присъщи за изпълнителите на сестринската професия са уважението към правата на човека, всеотдайността и чувството за отговорност. Професионалистът по здравни грижи е длъжен да упражнява своята професия по съвест и да оправдава доверието, което му предоставят пациентът или неговите близки.



Фиг. 2. Отношение към пациента

На въпроса “Присъствали ли сте на неетично отношение на медицинската сестра към пациен-

та?“, най-голям процент – 42,08%, отговарят с „не“, 31% – не са забелязали, и 26,92% са били свидетели на такова отношение (фиг. 2).

Студентите посочват най-честите отговори за това в какво се изразява това отношение.

Таблица 2. Относителен дял на сестрите, показали неетично отношение към пациентите

	Отн. дял в %
Не се обръщат към пациента по име	11%
Не разговарят с пациента	8%
Не се усмихват	5%
Обсъждат личния живот на пациента	2,92%
Общо	26,92%

В хода на лечебния процес здравният специалист получава информация за физическото, психичното здраве, интимния живот, наследствените заболявания, стила на живот, семейното положение на пациента.

Ако медицинската тайна не бъде запазена, това може да доведе до морални, физически и материални вреди за пациента. Разпространяването на данни за пациента се възприема в обществото като неетично поведение на медицинския специалист, поведение, компрометиращо съответната професионална общност и лечебното заведение, в което се провежда диагностично-лечебният процес.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Спазването на професионалната тайна в медицинската практика е морално задължение на всички лица, полагащи грижи за пациента.

## Библиография

1. Александрова С. Медицинска етика. МУ – Плевен, 2007 г.
2. Воденичаров Ц. Медицинска етика. София, 1995.
3. Дончев П. Медицинско право и деонтология. София, 1992.
4. Джиганска Ц. Холистичният подход – резултатна линия в здравните грижи, монография. Враца, ЛГ-График”, 2020.
5. Butts JB. Chapter 3: Ethics in Professional Nursing Practice. In: Nursing Ethics: Across the Curriculum and Into Practice. Jones and Bartlett Publishers, 2019, 81-118.
6. ICN. The ICN Code of Ethics in Nursing, Revised 2021. [https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN\\_Code-of-Ethics\\_EN\\_Web\\_0.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2021-10/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0.pdf) Accessed 2 Jan. 2023.

## ВОДЕНЕ НА РАЖДАНЕ НА МНОГОПЛОДНА БРЕМЕННОСТ

М. Петрова

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

### PARTUS IN GRAVIDITAS MULTIFETALIS

M. Petrova

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** The factors defining occurrence of multifetal pregnancy are various. In multifetal pregnancy increased demands are laid down to female organism: partial placental abruption, retention of placental parts, severe hemorrhages, cardiovascular system; the lungs, liver, kidneys and other organs function at higher tension. Multiple pregnancy is carried to full time more difficult than singlet pregnancy and has its symptoms and complications: higher frequency of complications, uterine overdistension, increase of placental mass, increased requirements on behalf of fetuses in the intrauterine volume, frequency of spontaneous abortions. Multifetal pregnancies are more common in the recent years, since a growing number of people use drugs and procedures for treatment of infertility such as IVF to assist conception.

**Key words:** twins, pregnancy, development, birth, complication

Адрес за кореспонденция: Миглена Петрова, e-mail: megipetrovasun@abv.bg

Address for correspondence: Miglena Petrova, e-mail: megipetrovasun@abv.bg

---

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Факторите, които определят настъпването на многоплодна бременност, са различни. Сред тях са наследствената предразположеност, както и възрастта на майката (с напредване на възрастта шансът се увеличава). Многоплодната бременност е тази, при която се развива повече от един ембрион. Наименованието идва от латинските изрази *graviditas multifetalis* и *graviditas multiplex*. Многоплодната бременност бива двуплодна, триплодна, като децата родени при нея, се наричат близнаци. Повечето бременности се откриват при ултразвуково изследване. Бебетата, родени преди 37-а седмица от бременността, могат да имат повишен риск от краткосрочни и дългосрочни здравни проблеми. Сред тях са проблеми с дишането, храненето, поддържането на топлина, други, които могат да се проявят в детството или в зряла възраст.

При многоплодна бременност към организма на жената се предявяват повишени изисквания: частично отлепване на плацентата, задържане на плацентарни части, тежки кръвотечения, сърдечно-съдова система, бели дробове, черен дроб, бъбреци и други органи функционират с голямо напрежение. Затова многоплодната бременност протича по-тежко от едноплодната. Бременните често се оплакват от умора и задух, които се усилват към края на бременността. Причина за задуха е затруднената дейност на сърцето във връзка със значителното избутване на диафрагмата от дъното на матката, размерът на която при многоплодна бременност е по-голяма, отколкото при едноплодната. Нерядко се появяват разширени вени на долните крайници. Към края на бременността често се наблюдават учестени позиви за уриниране вследствие на натиска, който уголемената матка оказва върху пикочния мехур. При многоплодна бременност по-често, отколкото при едноплодна възникват токсикози,

повръщане, отоци, нефропатия, еклампсия. Жените, заченали с повече от един ембрион, имат висок риск от гестационен диабет. Това състояние може да увеличи риска от прееклампсия и развитие на захарен диабет на по-късен етап от живота. Жените трябва да посещават често женска консултация, като редовно се изследват кръвно налягане, албумин, телло на жената, обиколка на корема, а при бебето на ултразвук се проследяват размерите за растеж на ембрионите. Пускат се кръвни изследвания за хемоглобин и други. Морфологични изследвания на бъдещия плод вече се прилагат по-често.

При многоплодна бременност нерядко се среща хидрамнион (многоводие) на единия плод, което води до рязко уголемяване и прерастягане на матката, задух, тахикардия и други оплаквания. Хидрамнион по-често се наблюдава в единия от еднотайчните близнаци. В някои случаи хидрамнион на единия близнак се съпровожда с олигохидрамнион (маловодие) при другия плод.

При многоплодната бременност често възниква преждевременно прекъсване на бременността. При близнаци преждевременното раждане се наблюдава в 25%, а при тризнаци – по-често, отколкото при близнаци. Колкото повече са зародишите, толкова по-често се случва преждевременно раждане. Преносена бременност при многоплодна бременност е изключение! Многоплодната бременност обикновено се прекъсва до 3-а г.с. При изследвания на бипариеталния и торакалния размер се установява, че 20% от развиващите се близнаци показват растежна ретардация. Спецификата на раждането и акушерските резултати зависят от редица особености на многоплодието:

- Брой и разположение на близнаците
- Телесна маса на плодовете
- Срок на бременността
- Смърт на един или повече близнаци
- Обилна кръвозагуба
- По-голяма честота на маточните контракции
- Съпътстващи заболявания на раждащата (захарен диабет, артериална хипертония).

Развитието на близнаците, родени в термин, в повечето случаи е нормално, но по принцип близнаците се раждат с по-ниска телесна маса в сравнение с единичните плодове. Нерядко съществува разлика в масата на телата на близнаците от 200-300 грама, а често и повече.

Неравномерното развитие на близнаците е свързано с нееднаквото постъпване на хранителни

вещества по единия плацентарен кръг на кръвообращението. Нерядко се наблюдава разлика не само в масата, но и в дължината на телата на близнаците. Във връзка с това е била развита теорията със свръхзачеването (superfoetatio). Защитниците на тази хипотеза смятат, че е възможно оплождане на яйцеклетка в различни овулационни периоди, т.е. настъпване на нова бременност при вече съществуваща, по-рано възникнала бременност.

Във връзка с неравномерната доставка на хранителни вещества и кислород може да възникне значително нарушаване в развитието и дори смърт на еднотайния близнак. Това по-често се наблюдава при еднотайчни близнаци. Загиналият плод се притиска от втория, добре растящ близнак, околоплодните му води се резорбират, плацентата търпи обратно развитие. Смачканият мумифициран плод се отделя от матката заедно с плацентата след раждането на живия близнак. Хидрамнион на единия плод може да попречи на правилното развитие на другия плод. При изразен хидрамнион нерядко се наблюдават различни аномалии, растящи при излишък на околоплодни води. Понякога се раждат сраснали близнаци (срастването може да бъде в областта на главата, гърдите, корема и таза) и близнаци с други пороци на развитието.

Положението на плодовете в маточната кухина в огромното количество случаи (90%) е нормално. При надлъжно разположение се наблюдават различни варианти на предлежание: двата плода предлежат главично, двата плода предлежат седалищно, единият плод принадлежи главично, а вторият – седалищно. При това единият плод може да се намира зад другия, което затруднява диагностиката. По-рядко се наблюдава надлъжно разположение на единия плод и напречно на другия. Най-рядко се среща напречното положение на двамата близнаци.

Нарастването на матката при многоплодна бременност става по-бързо, отколкото при еднотайната, затова големината на матката не съответства на срока на бременността. Дъното на матката обикновено стои по-високо, особено към края на бременността, като обиколката на корема през този период достига 100-110 cm и повече.

## ПРОТИЧАНЕ НА РАЖДАНЕТО

Раждането може да протече нормално – разкритие, пукане на единия околоплоден мехур и раждане на първия близнак. След това настъпва

пауза в родовата дейност с продължителност от 15 минути до 1 час. През това време се усилва ретракцията на мускулатурата и матката се приспособява към новия намален размер. След това родовата дейност се възобновява, пука се вторият околоплоден мехур и се ражда вторият близък. Времето между раждането на първия и втория плод обикновено е 20-30 минути. След раждането на втория близък двете плаценти се отделят от стената на матката и се израждат едновременно.

Такова благоприятно протичане на раждането обаче невинаги се случва.

## ВОДЕНЕ НА РАЖДАНЕТО

Честите усложнения по време на раждане дават основание те да се считат при многоплодна бременност за гранични между физиологични и патологични състояния. При многоплодната бременност често се налага да се прилагат акушерски способности, операции и лекарства.

Воденето на раждането изисква голямо внимание и търпение. Необходимо е внимателно да се наблюдават състоянието на родилката и на плодовете, динамиката на раждането, навреме да се храни родилката с висококалорични, лесноусвоими храни, да се следи функцията на пикочния мехур и червата, системно да се прави тоалет на външните полови органи.

При слаби контракции се налага да се стимулира родовата дейност с медикаменти. Други вмешателства в периода на разкритието обикновено не се налагат. Само при хидрамнион се прибегва до изкуствено преждевременно пукане на околоплодния мехур. След изтичането на излишното количество околоплодна течност прекомерното разтягане на матката изчезва и съкратителната способност на маточната мускулатура се подобрява. Водите трябва да се оттичат бавно, тъй като бързо изтичане може да доведе до редица неблагоприятни последици: изпадане на пъпна връв, на ръчичка, преждевременно разлепване на плацентата. За тази цел околоплодният мехур се пука отстрани, като ръката на оператора не се маха веднага от влагилицето и по този начин не позволява бързото изтичане на околоплодните води.

Периодът на изгонването също се оставя на естествения му ход. Към активни действия се прибегва само при възникване на усложнения, застрашаващи здравето на майката или плода. При

слаба родова дейност се прилагат средства за усилването ѝ, прави се профилактика на асфиксията на плода.

След раждането на първия плод внимателно се лигира не само плодният, но и майчиният край на пъпната връв. Това е необходимо, защото след раждането на първия плод не е възможно да се определи близнаците еднородни ли са, или двуродни. При еднородни близнаци вторият плод може да загине от кръвозагуба (през пъпната връв на първия плод, ако не е лигирана).

След раждането на първия плод се прави външно изследване и се изясняват положението на втория плод и характерът на сърцебиенето. При добро състояние на родилката, надлъжно разположение на плода, отсъствие на асфиксия и други усложнения раждането продължава да се води изчаквателно.

Ако в рамките на 30 минути вторият плод не се роди, пука се вторият околоплоден мехур (околоплодните води се изпускат бавно) и раждането продължава по естествен начин. Някои акушери предлагат по-ранно пукане на околоплодния мехур (10-15 минути). Обаче изчакването в течение на 30 минути е желателно в такъв смисъл, че през това време матката се свива и моторната ѝ функция се усилва. При напречно положение на втория близък се прави ротация на плода за крака и извличането му през родовите пътища.

Ако възникне асфиксия на плода или кръвотечение от родовите пътища, незабавно се прави ротация на плода и извличане през родовите пътища. Ако главата се намира високо, ако се намира в кухината на таза или изхода му, раждането се завършва с налагането на форцепс. При тазово предлежание плодът се извлича за крака или за ингвиналната гънка.

Третият период на раждането изисква особено внимание. Необходимо е внимателно да се следят състоянието на родилката и количеството кръвозагуба. В началото на послеродовия период се прави мускулно 1 ml питуитрин или интравенозно окситоцин с цел профилактика на обилното кръвотечение. При възникване на кръвотечение незабавно се предприемат мерки за извличане на плацентата от маточната кухина. При наличието на признаци за израждане на плацентата, тя се отделя с външни методи. Ако плацентата не може да се изроди, а кръвотечението е значително, се прилага мануална екстракция на плацентата. Тази

манипулация се прави под анестезия. Плацентата се оглежда внимателно, за да се убеди специалистът в нейната цялост и да се установи дали близнаците са еднояйчни, или двужайчни.

В първите часове след раждането трябва да се следят състоянието на родилката, съкращението на матката и количеството кръв, отделящо се от половите пътища. При вяло съкращение на матката се прави окситоцин повторно, метергин и други утеротонични средства, на корема се слага мехур с лед, при необходимост се прави масаж на матката и други мерки за борба с кръвозагубата.

При раждане на близнаци по-чести са оперативните намеси – секцио цезаре.

В послеродовия период при многоплодната бременност инволюцията на матката е по-бавна, отколкото след раждане на един плод. Затова е необходимо да се наблюдават характерът на отделените лохии, съкращението на матката и общото състояние на родилката. При необходимост се назначават средства, съкращаващи матката. За такива родилки са полезни гимнастически упражнения, които укрепват мускулите на коремната стена и тазовото дъно.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Най-вероятно след констатиране на многоплодна бременност лекарят ще препоръча по-чести

прегледи, започващи от 2-рия триместър. Тогава пациентката може да ходи на ултразвук на всеки 4-6 седмици. В случай че лекарят открие проблем, може да се назначат по-специфични изследвания. Важно е наблюдението и следенето на кръвното налягане, отоците, урината. Трябва да се съобразят съпътстващите заболявания. Диета, упражнения и понякога лекарства могат да намалят риска от усложнения. Понякога може да се наложи и разговор с консултант по кърмене, ако бебетата не искат да сучат или жената има проблем с източване на млякото. Многоплодната бременност се износва по-трудно от едноплодната и има свои симптоми и усложнения: по-висока честота на усложненията, преразтягане на матката, повишаване на плацентарната маса, повишени изисквания от страна на плодовете от вътрематочния обем, честота на спонтанните аборти. Многоплодните бременности са по-често срещани през последните години, тъй като все повече хора използват лекарства и процедури за лечение на безплодие като IVF, за да помогнат за зачеването на бебе.

## **Библиография**

1. Щерев А. Акушерство 1991.
2. Джиганска Ц. Протичане на нормална бременност. 2012.



## ПРОУЧВАНЕ НА КОМУНИКАТИВНИТЕ УМЕНИЯ НА СТУДЕНТИТЕ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ ЛЕКАРСКИ АСИСТЕНТ

П. Павлова, Л. Маринов

Катедра “Здравни грижи“, Филиал “Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, Медицински университет – София

### STUDY OF THE COMMUNICATION SKILLS OF PHYSICIAN ASSOCIATE STUDENTS

P. Pavlova, L. Marinov

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** The training of physician associates is a complex and continuous process, which purpose is to build a combination of knowledge, skills and attitudes that students must acquire in the course of this process. The article explores student opinions on the importance of communication skills as a prerequisite for the formation of practical skills and competencies for their successful professional realization.

**Key words:** communication, physician associates, training

Адрес за кореспонденция: Любомир Маринов, дм, e-mail: lyubo60@abv.bg

Address for correspondence: Lyubomir Marinov, PhD, e-mail: lyubo60@abv.bg

---

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Потребността от общуване е една от най-основните и рано възникнали нужди на всеки човек, която се променя в различните етапи на живота. Чрез общуването човек не само опознава околните, но и открива себе си, като развива своята индивидуалност, умения за самоанализ и стремеж към самоусъвършенстване. В този процес се формират както неговите психични, така и социални качества. Общуването служи като средство за опознаване както на другите, така и на собствената личност.

В процеса на общуване между хората се пораждат емоции, които допълнително влияят на хода на процеса и позволяват да се преживее удоволствие, наслада или тъга, неудовлетворение, разочарование. Или както отбелязва големият писател Антоан дьо Сент-Екзюпери – „Единственият истински разкош е разкошът на човешкото общуване“.

При всяко общуване неизбежно протичат два неразделно свързани процеса: комуникация и интеракция.

Думата комуникация има латински произход и буквално означава съобщение, известие, връзка между индивиди, предаване. В речника по психология на Л. Десеев терминът е предложен със следните значения: като система от връзки за придвижване, система от съобщителни линии и средства, система от актове за общуване между лица и като процес на предаване и приемане на сигнали, съобщения, информация, или информативна страна на общуването.

Терминът комуникация широко се използва в медико-социалните науки, където означава процес на общуване, взаимодействие и взаимовлияние между партньори, най-вече в малки групи, опосредствено от предаване и приемане на информация.

Съществуват професии от типа „човек-човек“, които се определят като комуникативни, тъй като основната им същност е свързана с различ-

ни форми на общуване. Това изисква от хората, ангажирани с такъв вид работа, да притежават добри комуникативни умения. Комуникативната способност представлява уменията на човек да създава бързо и лесно контакти с другите, както и да общува с тях увлекателно и ефективно.

Изграждането на комуникативни умения е процес, започващ с раждането и продължаващ през целия живот на човека. Фактори, влияещи при формирането на комуникативните умения, са: семейството, училището, обществото.

Обучението на лекарските асистенти е сложен и продължителен процес, чиято цел е изграждането на съчетание от знания, умения и отношения, които студентът трябва да придобие в хода на този процес. Съществено място в този процес се отдава на комуникативните умения.

## Цел

Настоящото проучване има за цел да се проучи мнението на студентите от специалност „Лекарски асистент“ относно значимостта на комуникативните умения за професионалната компетентност на лекарския асистент.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

В изследването са използвани:

1. Анкетен метод – анонимна индивидуална анкета със 70 студенти от специалност „Лекарски асистент“ на Медицински университет – София, Филиал „Проф. д-р Ив. Митев“ – Враца.

2. Наблюдение – проведено бе наблюдение на комуникациите между студентите и пациентите в болницата по време на учебната практика.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Проучването бе проведено в периода септември-октомври 2024 г. в базата за практическо обучение МБАЛ „Хр. Ботев“ – Враца.

На табл. 1 е отразено разпределението на изследваните лица по курс на обучение и пол.

Таблица 1.

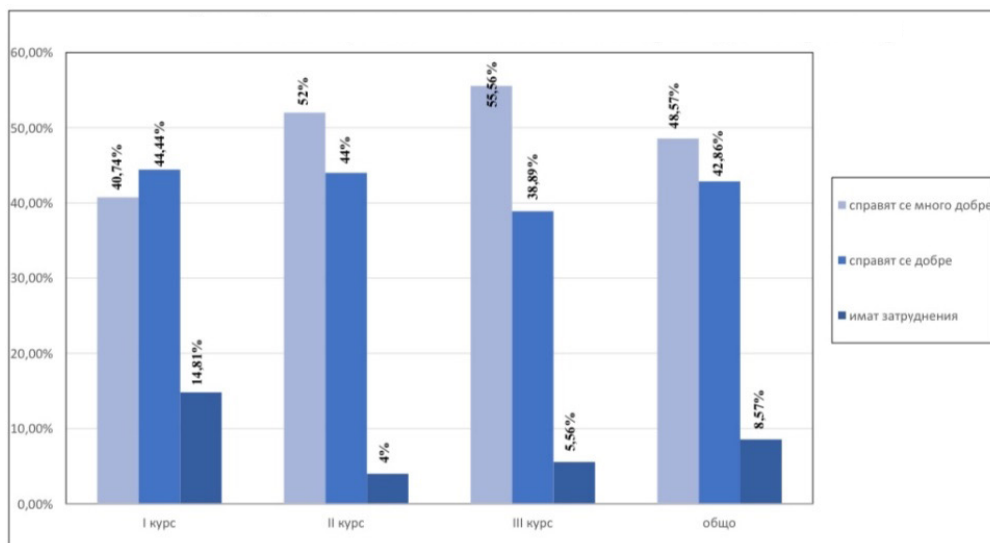
Курс	I ЛА	II ЛА	III ЛА	Общо	%
Жени	18	14	9	41	58,57
Мъже	9	11	9	27	41,43
Общо	27	25	18	70	100

Изследването стартира с провеждане на наблюдение. Наблюдението се провеждаше ежедневно по време на учебната практика. Използвани бяха следните критерии:

- способност за установяване на контакт и провеждане на разговор с пациентите;
- продължителност на разговора.

Резултатите се отразяваха в протоколи за всяка група.

От проведеното наблюдение се установи, че по-голям процент от студентите относително лесно установяват контакт с пациентите и провеждат разговор, 48,57% се справят много добре, 42,86%



Фиг. 1. Способност за установяване на контакт

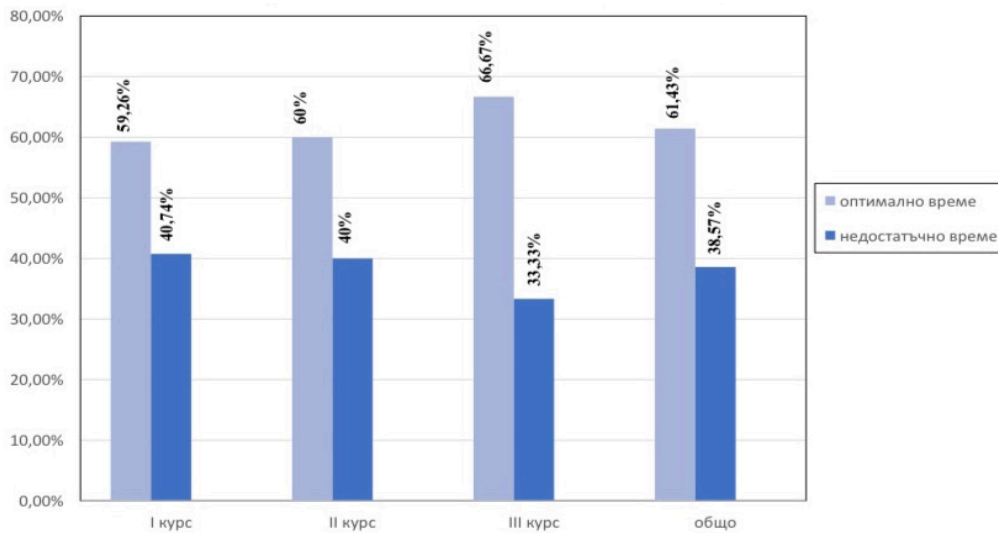
– добре, и само 8,57% имат някакви затруднения. При студентите от I курс преобладават добрите резултати, което може да се обясни с липсата на опит и недостатъчни базови знания, докато при III курс с натрупването на опит и знания резултатите са много добри.

61,43% от изследваните провеждат разговор с оптимална продължителност в съответствие с поставените им учебни задачи (снемане на анамнеза, даване на информация, вземане на информирано съгласие и т.н.), като най-висок е процентът при групата от III курс.

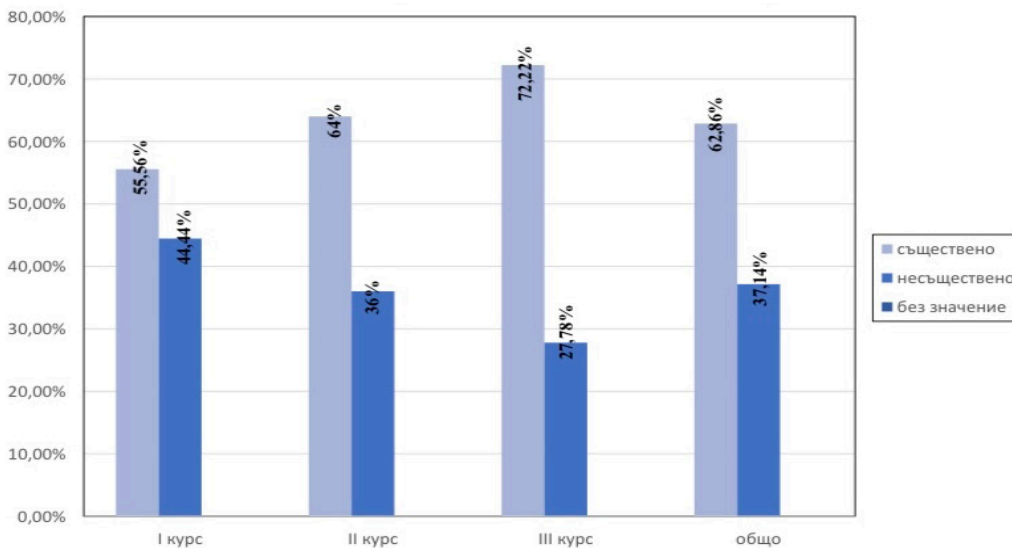
Добрата комуникация между медицинския персонал, в частност лекарския асистент, болния

и неговите близки е съществена част от лечебния процес и е една от предпоставките за благоприятен изход от заболяването. Анкетираният осъзнават този факт, като 62,86% от тях оценяват като съществено влиянието на комуникацията върху лечебния процес – фиг. 3.

Формирането на комуникативната компетентност започва в началото на обучението на лекарските асистенти. В учебните програми на специалността са отделени часове за изграждане на комуникативни умения както в лекционните курсове, така и в упражненията и семинарите. Те са съобразени с европейските изисквания към професията като регулирана и с българското за-



Фиг. 2. Продължителност на разговора



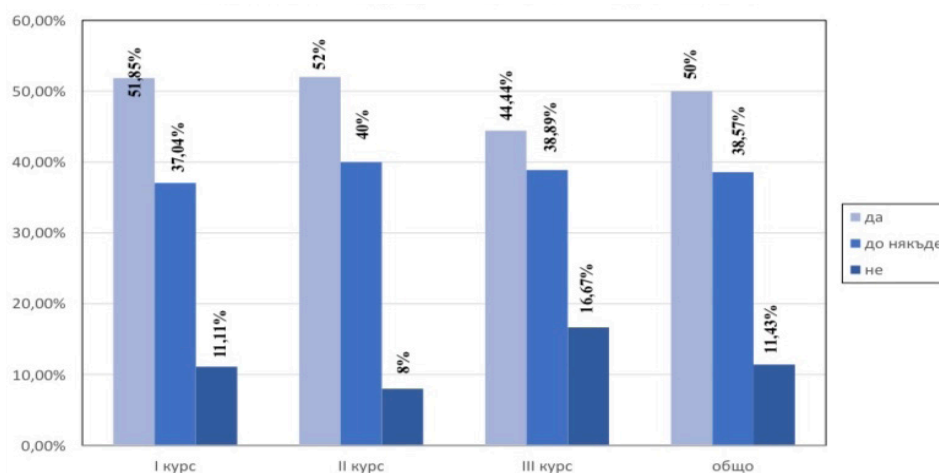
Фиг. 3. Влияние на комуникацията на лечебния процес

конодателство (Закон за висшето образование, ЕДИ и др.). Относно това дали са достатъчни, анкетираните студенти дават следните отговори: 50% – „да“, 38,57% – „донякъде“, и 11,43% – „не“, като при групата от I курс преобладават отговорите „да“, докато при III курс се наблюдава леко повишаване на отговорите „донякъде“ и „не“, което може да се обясни с осъзнаването на необходимостта от по-добра комуникативна техника с овладяването на професията – фиг. 4.

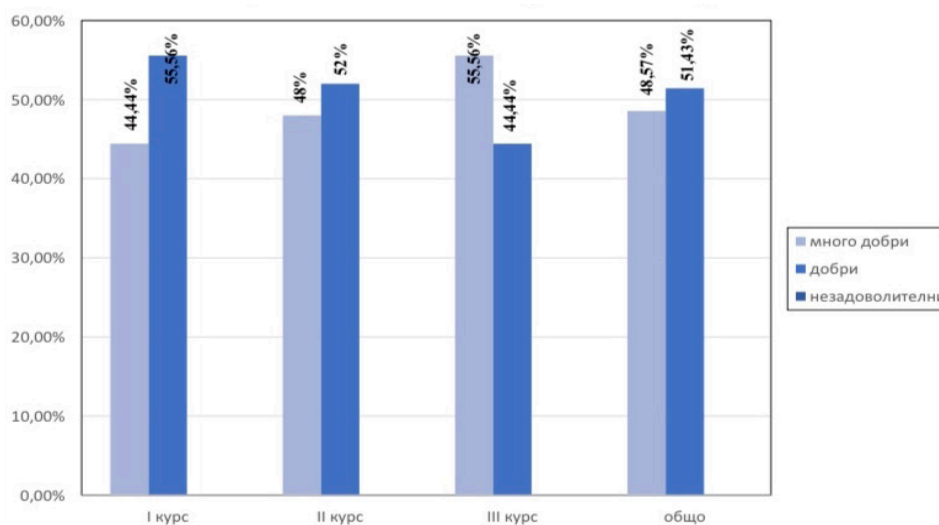
В проведената анкета беше поставен и въпрос, изискващ самооценка и оценка, а именно: „Как оценявате Вашите комуникативни умения“. 48,57% от студентите определят своите възможности за комуникация като „много добри“, 51,43% – „добри“. Отлични и незадоволителни оценки

няма (фиг. 5). Тези резултати се доближават до резултатите и от проведеното наблюдение.

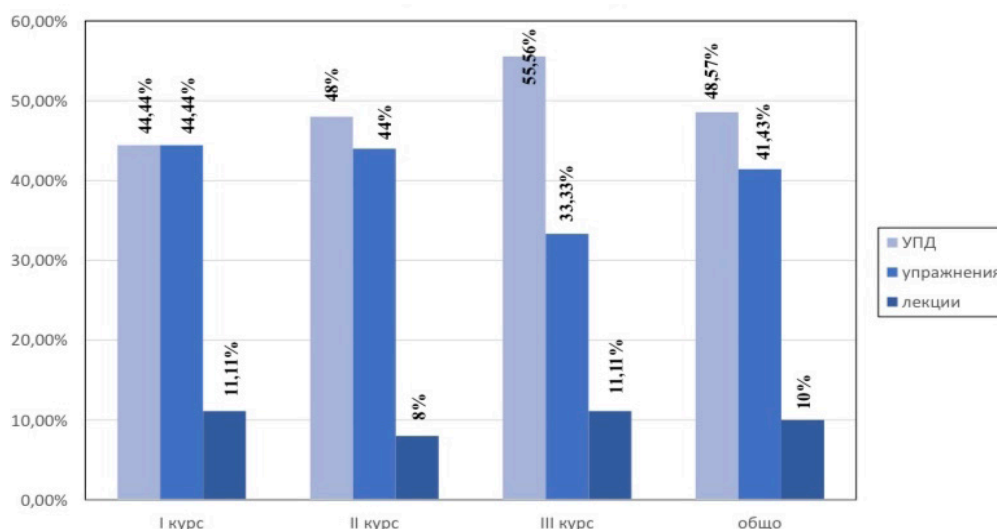
Обучението на лекарските асистенти се провежда по утвърдени учебни планове и програми, съобразени с единните държавни изисквания за специалността, в тях са регламентирани както хорариумът, така и учебните форми: лекции, упражнения, семинари, учебна практика/стаж. Кой от тези форми допринасят най-много за развитието на комуникативните умения? Според анкетираните най-голям принос има учебната практика – 48,57%, следвана от упражненията – 41,43%, и лекции – 10% (фиг. 6). Подобни резултати са получени и в проучвания на други автори. Това потвърждава тезата, че най-адекватното обучение на бъдещите лекарски асистенти е в реална работна среда.



Фиг. 4. Достатъчност на часовете по комуникация



Фиг. 5. Самооценка за комуникативните умения



Фиг. 6. Учебни форми, допринасящи за комуникативните умения

При анализа на получените данни могат да се направят следните изводи:

– Анкетираните студенти осъзнават необходимостта от формиране на добри комуникационни умения.

– Настоящите учебен план и учебни програми допринасят за изграждане на комуникативните умения на бъдещите лекарски асистенти, но могат да бъдат предоставени още възможности под формата на избираеми дисциплини или кръжоци.

– Провеждането на учебния процес в реална обстановка е предпоставка както за по-добра клинична подготовка, така и за формирането на по-добри комуникативни умения.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обучението на лекарските асистенти е сложен и продължителен процес, чиято основна цел е формирането на комплекс от знания, умения и нагласи, които студентът трябва да усвои по време на обучението. Важна роля в този процес имат комуникативните умения. Практиката показва, че за успешното упражняване на дадена професия

е необходимо достигане на определено равнище на подготвеност. За бъдещите лекарски асистенти от голямо значение е добрата теоретична и практическа подготовка. Тя е необходима предпоставка за формиране на практически умения и компетенции за успешната им професионална реализация.

## Библиография

1. Ачкова М. Приложна психология в медицината и здравните грижи. С., 2001.
2. Десев Л. Речник по психология. Булгарика, 2010.
3. Димитрова М, Стамболова И. Проблеми на професионалното общуване на медицинските сестри. Сестринско дело, 2010, 42(1),7-10.
4. Митева Д. Психология на оптималното функциониране. Варна, ВСУ, 2013.
5. Балканска П. За умението да общуваме с пациента. Сестринско дело, 2009, 41(3), 26-30.
6. Попова С. и др. Комуникационни умения и автономни функции на сестринството. Пловдив, ДС Гриф, 2001.
7. Стаматов Р. Психология на общуването. Хермес, 2012.
8. Стаматов Р, Минчев Б. Психология на човека. Хермес 2008.

## ФОРМИРАНЕ НА ЗДРАВΟΣЛОВЕН СТИЛ НА ЖИВОТ ПРИ ДЕЦА НА ВЪЗРАСТ ОТ 12 ДО 16 ГОДИНИ – ОТГОВОРНОСТ НА СЕМЕЙСТВОТО И ОБЩЕСТВОТО

П. Цветанов

Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLE IN CHILDREN AGED 12 TO 16 YEARS – THE RESPONSIBILITIES OF FAMILY AND SOCIETY

P. Tsvetanov

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** Current adverse socio-economic conditions in the country have a negative impact on the health of people, especially the health of children. Health education of children is an important medical-social, moral-ethical and psychological-pedagogical problem. It is manifested in forming and shaping health knowledge and health behavior in children. Also, it reflects the roles of parents, educators, institutions and society as a whole to build a healthy culture of children. The purpose of this study was to establish the level of awareness of children surveyed for the development of health knowledge, habits and responsibility for children health education. Material and Methods: A documentary method, analysis of literary sources and anonymous survey of 65 children (45 girls and 20 boys) aged 12-16 years surveyed in the period September–December 2013, among students from the city of Vratsa, were applied. Analysis of Results: The data show that by the age of 7, health skills, customs and habits have to be formed in children through explanation by example, repetition of actions and media health education. Family has great merit in the health education of children, but there is still much to be desired. Conclusion: In order to enhance the health education of children greater awareness and competence of parents are needed. Actions directed towards a healthier lifestyle have to be applied.

**Key words:** health, health education, habits, skills

**Адрес за кореспонденция:** Петър Цветанов, e-mail: petyratanasovcvetanov86@gmail.com

**Address for correspondence:** Petar Tsvetanov, e-mail: petyratanasovcvetanov86@gmail.com

## ВЪВЕДЕНИЕ

Няма по-ценно нещо за човека от това да е здрав, жизнен, трудоспособен. В общобиологичен аспект здравето се разглежда като хармонично единство на организма с жизнената среда, основно на съгласувано протичане на разнообразните обменни процеси в организма и оптимална жизнена дейност на неговите органи и системи. Съществуващите неблагоприятни социално-икономически условия в страната оказват негативно влияние върху здравето на индивидите и особено

върху здравето на децата. Това оформя здравната проблематика като още по-актуална и още по-значима тема. Основните фактори за формиране на здравното възпитание при децата са семейството, детската градина, училището. Семейството е първото място, където децата получават информация за здравето и болестта, усвояват първите си здравни знания и умения, извършват здравни действия съобразно установени норми и правила. В съвременната теория на възпитанието се отделя голямо внимание на проблемите, свързани със здравното възпитание. Главната цел на

здравното възпитание е да даде още от детско-юношеска възраст необходимите здравни знания и да формира убеждения, умения и навици, чрез които да се осигури нормално и хармонично физическо, психично, сексуално и социално развитие на личността, да изгради у нея висока здравнопрофилактична култура и поведение.

Целта на настоящото проучване е да установи нивото на информираност на анкетираните деца за изграждане на здравни умения и навици и на отговорните за здравното им възпитание.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

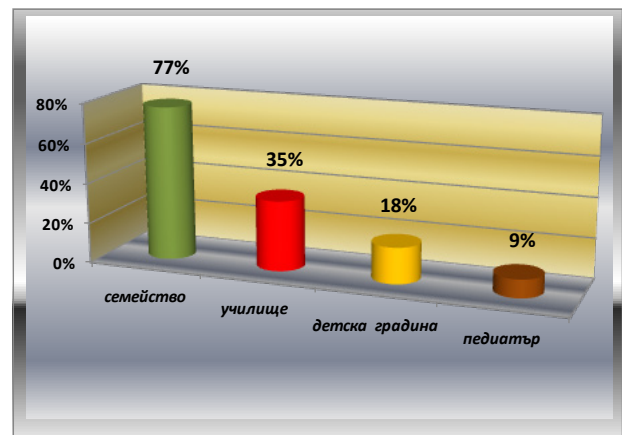
Приложени са документален метод, анализ на литературни източници и анонимна анкета сред 65 деца (45 момичета и 20 момчета) на възраст 12-16 год., анкетирани през периода септември-декември 2013 г. сред ученици от СОУ „Васил Кънчов“ град Враца.

## РЕЗУЛТАТИ

Данните показват, че до 7-годишна възраст трябва да се формират здравните умения, навици и привички при децата чрез обяснение, личен пример, чрез повторение на действията и медийна здравна просвета. Семейството е с най-голяма заслуга за здравното възпитание на децата, но има все още какво да се желае. Трябва да се отделя повече внимание и да се разглеждат позадълбочено проблемите, свързани със здравето и здравното възпитание. 91% от анкетираните отговарят, че формирането на здравни умения и навици при децата трябва да става до 7-годишна възраст. Само 9% посочват, че това трябва да стане след 7-годишна възраст (фиг. 1).



Фиг. 1. Коя възраст е най-подходяща за формиране на здравни умения и навици



Фиг. 2. Кой има най-голяма отговорност за формиране на здравно възпитание

Процентите, показани на фиг. 2, са над 100%, тъй като учениците са дали повече от един отговор. Според 77% от анкетираните лица най-голяма роля и отговорност за формиране на здравно възпитание при децата има семейството. На второ място, с 35%, се посочва ролята на училището във формиране на здравни навици и умения, 18% смятат, че в детската градина се изграждат здравните умения на децата и на последно място, с 9% отговорност за формиране на здравно възпитание участие взема педиатърът.

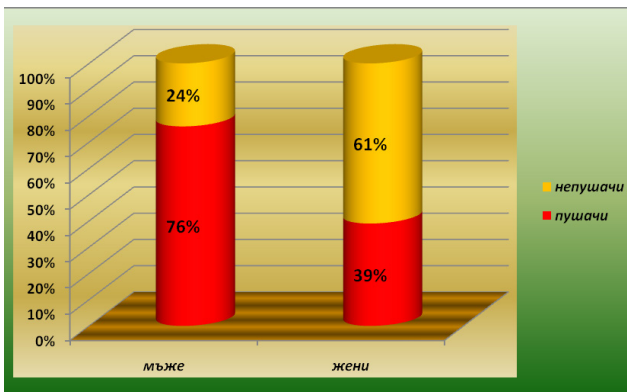
Следователно най-важната среда за формиране на поведението и миогледа на децата е семейството. Детето изгражда ценностната си ориентация първо в семейството, т. е. научава кое е добро и кое е зло, кое е приемливо и кое – неприемливо, кое е полезно и кое е вредно.

Децата много бързо, с голямо любопитство и сензибилност имитират действията и поведението на своите родители. Затова отношението на родителите към собственото им здраве, техните здравни навици и здравно поведение са от голямо значение децата им да формират здравни навици, здравословен начин на живот, добра здравна култура.

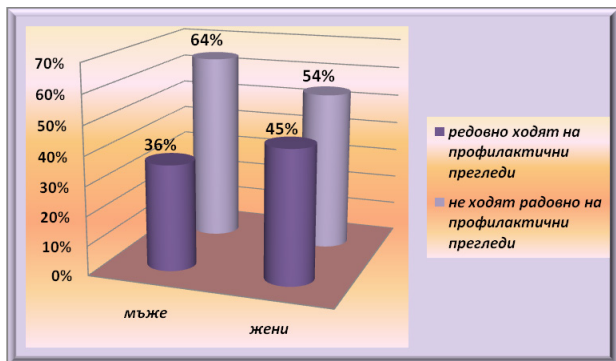
При обработка на данните от анкетата се установи, че по-голяма част от родителите са пушачи (мъже – 76%, жени – 39%), като мъжете са почти два пъти повече от жените (фиг. 3).

От най-ранна възраст децата се стремят да подражават на възрастните и преди всичко на родителите си. Затова е особено важно родителите да нямат вредни навици (тютюнопушене, алкохолизъм, употреба на наркотици), да водят здравно-

словен начин на живот, да дават добър пример за подражание при формиране на здравни навици у децата още от най-ранна възраст. От проведеното проучване се установи, че 81% от анкетираните ученици, момичета и момчета, ходят на профилактични прегледи. Прави впечатление, че анкетираните момичета, които не ходят на профилактични прегледи, са 54%, а момчетата – 64% (фиг. 4).



Фиг. 3. Процентно съотношение на пушачи и непушачи



Фиг. 4. Честота на профилактичните прегледи на учениците

Отговорите на въпроса „Как оценявате здравното си поведение?“ показват, че учениците оценяват здравното си поведение като „добро“ – 69% от момичетата и 54% от момчетата (табл. 1).

Таблица 1. Оценка на здравното поведение

Пол	Оценка на здравното поведение			
	Отлично	Добро	Задоволително	Лошо
Момичета	12%	69%	19%	0%
Момчета	10%	54%	36%	0%

На въпроса „Как бихте формирали най-добре здравните си знания и умения?“ – 95% от ученици-

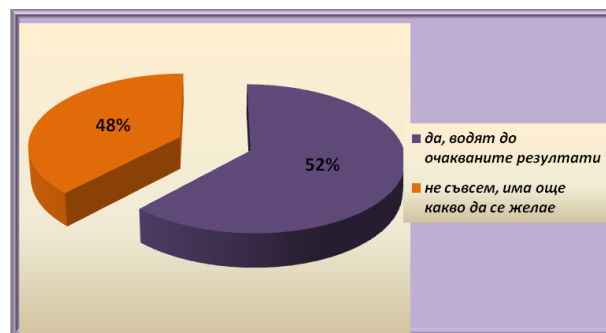
те отговарят „с обяснения“, 87% – с „личен пример“, 90% – с „повторение на действията“, 45% – с „помощта на медийната здравна просвета“ (табл. 2).

Таблица 2. Как бихте формирали здравните си знания и умения?

Начин на формиране	Да	Не толкова	Не
С обяснение	95%	5%	0%
С личен пример	87%	13%	0%
С повторение на действията	90%	10%	0%
С медийна здравна просвета	45%	35%	20%

Проучването показва, че родителите изграждат здравни умения и навици при децата си най-често чрез обяснения, повторения на действията и личен пример. Това е свързано с адекватна и своевременна информираност на родителите и с това те да бъдат добър пример за подражание на своите деца.

Анализът на резултатите сочи, че при 52% от анкетираните ученици прилаганите средства и методи за формиране на здравни умения и навици водят до очакваните резултати, а 48% посочват, че те не са съвсем ефективни и има още какво да се желае (фиг. 5).



Фиг. 5. Ефективност на прилаганите методи и средства за формиране на здравни навици при учениците

Резултатите показват, че почти половината от прилаганите методи и средства за формиране на здравни умения и навици при учениците не са достатъчно ефективни. Всяко ново поколение се отличава с особеностите на своето развитие, което изисква прилагането на нови, разнообразни и резултатни форми. Прилагането на нови методи е свързано с отчитане на възрастовите особености на подрастващите съобразно новите, съвременни постижения на медицината, здравеопазването, профилактиката, дидактиката.



## Изводи

1. Здравните навици да се формират до 7-годишна възраст.
2. Основната грижа за изграждането на здравните и хигиенните навици при децата е на семейството. Това изисква повишаване на здравната му култура.
3. Родителите са тези, които трябва да проявяват повече отговорност, постоянство, грижа и внимание – те са личният пример на своите деца.
4. Провеждане на редовни профилактични прегледи на децата и родителите, те носят отговорност за това.
5. В училищата да се работи повече с учениците за повишаване на здравната и сексуалната култура на подрастващите.
7. Семейството, педиатърът, детските градини и училищата – всички да обединят усилията си и да работят за ефективното прилагане на методите и средствата за подобряване на здравното възпитание на децата.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

От проведеното проучване става ясно, че основен и най-отговорен фактор за здравното възпитание на децата е семейството. Неговото възпитателно действие се определя от възрастта на членовете му, от характеристиката на социално-битовите и културните условия, както и от това каква е тяхната обща и здравна култура, от техния начин на живот, традиции и религиозни убеждения. Необходимо е здравните умения и навици да се формират в най-ранна детска възраст до 7 години. Родителите не трябва да забравят, че те са огледало за своите деца.

### Библиография

1. Борисов В. Социална медицина. С., Акар ПРИНТ, 2004.
2. Димитров И. Социална медицина. Пловдив, 2002.
3. Панайотова М. Здравно образование. Пловдив, 2000.
4. Панайотова М. Съвременни аспекти на здравното възпитание чрез обучение по биологичните дисциплини. Пловдив, 2007.

## ПОЗНАНИЯ НА СТУДЕНТИТЕ И МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ ОТНОСНО ДУХОВНИТЕ ИЗМЕРЕНИЯ НА ГРИЖИТЕ ПРИ БОЛНИ В КЛИНИЧНИ УСЛОВИЯ

П. Аспарухова

Филиал „Проф. Д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## AWARENESS OF STUDENTS AND NURSES ON SPIRITUAL DIMENSIONS OF CARE FOR PATIENTS IN CLINICAL SETTINGS

P. Asparuhova

Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** This article presents the results of a study conducted in four multi-profile hospitals in the cities of Montana, Pleven, Ruse, and Sofia. The study examines the knowledge of students and nurses regarding the spiritual dimensions of healthcare for the sick in clinical settings. The research was carried out in the period of August–September 2013.

**Key words:** students, nurses, spiritual dimensions, healthcare

**Адрес за кореспонденция:** Доц. Петя Аспарухова, дм, e-mail: p.asparuhova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Assoc. Prof. Petya Asparuhova, PhD, e-mail: p.asparuhova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

### ВЪВЕДЕНИЕ

Пациентите са личности, притежаващи идентичност, ценности – изпълнени с култура, история и взаимоотношения. Kleiman и други автори твърдят, че културните фактори трябва да се разглеждат в клиничната практика, тъй като те се явяват като „етно-медицински убеждения“. Всяка култура на отделния пациент е изправена пред болестта и смъртта според своя мироглед. Болестта е нарушение на нормалното психично състояние на човека и на неговата способност оптимално да удовлетворява системата на материалните и духовните си потребности. Духовните грижи за пациентите трябва да поставят и да съдействат за решаването не само на «религиозни», но и на психологични и социални въпроси. В тази връзка «духовната грижа не е само на духовниците, тъй като духовното измерение често се изразява чрез човечността на грижите, предлагани от специали-

стите в здравеопазването», които имат огромната привилегия чрез екипна работа да обхванат всички измерения на личността на пациента – физически, психични, социални и духовни, за да подобрят смисъла на живота на пациента и неговото семейство. Според Андерсон: определянето на духовните нужди на болния и тяхното задоволяване представлява голяма част от сестринските грижи за болния. За модерната медицина в демократичния свят познаването на духовните потребности на пациентите, както и духовните грижи за тях, се оценят като „необходими за лечебния процес“.

Статията представя резултати от проучване, проведено в четири многопрофилни болници в градовете Монтана, Плевен, Русе и София. **Целта** е да се изследват знанията на студенти и медицински сестри относно духовните измерения на грижите при болни в клинични условия.

Изследването е проведено в периода август-септември 2013 г.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

От табл. 1 е видна възрастта на анкетираните медицински сестри, като най-голям е броят на отговорилите между 46 и 60 години (42,5%). От респондентите повече от половината са с полувисше образование (54,4%).

Запитани „Подготвени ли са да отговорят на потребността на болния от духовна грижа?“, анкетираните отговарят така: 43,4% от медицинските сестри и 40% от студентите не са подготвени добре (фиг. 1).

От направената самооценка за консултирането в духовните грижи на респондентите се

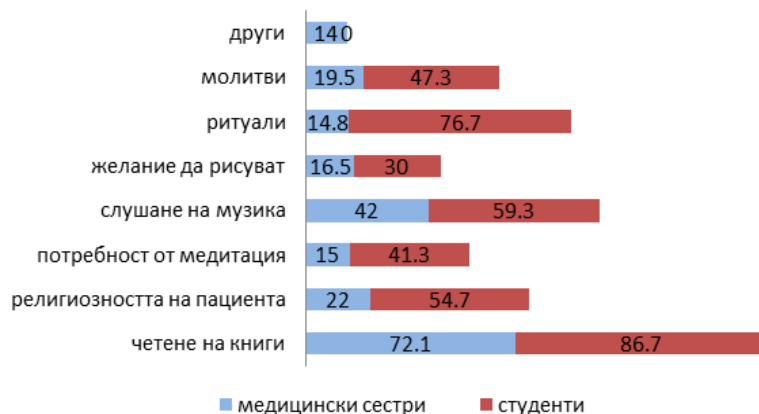
установи, че студентите имат по-добри умения спрямо медицинските сестри и в консултирането по всички аспекти от духовността на болния: четене на книги (86,7% – студенти, и 72,1% – медицински сестри), ритуали (76,7% – студенти, и 14,8% – медицински сестри), слушане на музика (59,3% – студенти, и 42,0% – медицински сестри), религиозност на пациента (54,7% – студенти, и 22,0% – медицински сестри), молитви (47,3% – студенти, и 19,5% – медицински сестри), потребност от медитация (41,3% – студенти, и 15,0% – медицински сестри) и желание на болните да рисуват (30,0% – студенти, и 16,5% – медицински сестри). Сборът на процентите надхвърля сто, тъй като всеки респондент има повече от един отговор (фиг. 2).

Таблица 1. Трудов стаж и образование на респондентите

Обект на изследване	Трудов стаж			Образование		
	до 5 г.	до 10 г.	над 10 г.	полувисше	бакалавър	магистър
200 бр.	13,7%	7,9%	78,4%	54,0%	33,8%	12,1%



Фиг. 1. Самооценка за подготовката за прилагане на духовни грижи



Фиг. 2. Кои аспекти от духовността на болните могат да консултират респондентите

Търсейки източниците на знания за духовните грижи при респондентите, установихме, че най-значим и актуален източник за медицинските сестри са: колеги в чужбина и научна литература – 42,9%. За разлика от тях най-значим източник на знания за духовните грижи при студентите (86,7%) са лекциите в учебна институция. Процентът надхвърля 100%, тъй като респондентите са посочили повече от един отговор (фиг. 3).

Установи се силна статистически значима зависимост между образование и информираност на медицинските сестри за духовните грижи:  $\chi^2 = 32,88$ ,  $p < 0,001$ . Резултатите показват, че най-много са медицинските сестри с полувисше образование – 55,9%. От тях слабо информирани са

9,1%, а отлично – 2,0%. Медицинските сестри с висше образование са 31,2%. От тях слабо информирани са 1,5%, а отлично – 2,5% (табл. 2. Kruskal-Wallis Test).

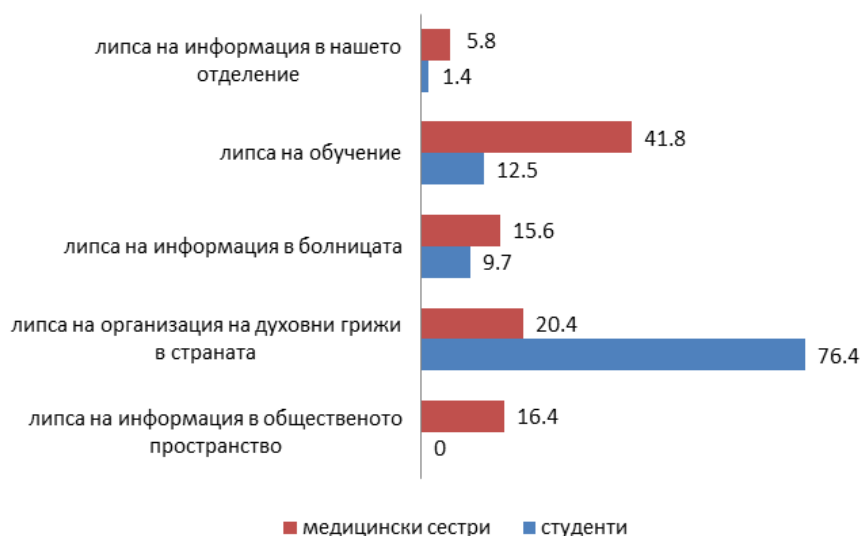
За нас представляваше интерес да проучим какво пречи на анкетираните да отговорят на потребността на болния от духовни грижи. Една част от студентите са посочили – липса на организация на духовни грижи в страната (76,4%), липса на обучение (12,5%) и липса на информация в болницата (9,7%). За медицинските сестри водеща причина е липсата на обучение (41,8%), следвана от липсата на организация на духовни грижи в страната (20,4%) и липсата на информация в болницата (9,7%) (фиг. 4).



Фиг. 3. Източници на знания за духовните грижи

Таблица 2. Зависимост между образование и информираност

Степен на информираност	Образование			
	Полувисше – специалист	Висше – бакалавър	Висше – магистър	Всичко
Отлична	8 2,0%	10 2,5%	0 0%	18 4,5%
Много добра	32 8,1%	38 9,6%	11 2,8%	81 20,4%
Добра	68 17,1%	47 11,8%	28 7,1%	143 36,0%
Задоволителна	78 19,6%	23 5,8%	8 2,0%	109 27,5%
Слаба	36 9,1%	6 1,5%	4 1,0%	46 11,6%
Всичко	222 55,9%	124 31,2%	51 12,8%	397 100,0%



Фиг. 4. Какво пречи на респондентите да отговорят на потребността на болния от духовни грижи

## Изводи

Анализирайки процентите и резултатите от проучването, можем да очертаем следните изводи:

1. Повече от половината анкетирани медицински сестри са с полувисше образование (54,4%).
2. Най-значим източник на знания за духовните грижи при студентите (86,7%) са лекциите в обучителна институция, а за медицинските сестри е научната литература (42,9%).
3. Необходимо е следдипломно обучение за всички медицински сестри с полувисше образование и тези с образователно-квалификационна степен „специалист“, обучавани по учебни прог-

рами, в които не е включено учебно съдържание в областта на духовните грижи.

## Библиография

1. Воденичаров Ц, Попова С. С., Медицинска етика, 2010.
2. Вучков Й. Медицина и религия. [www.pravoslavieto.com](http://www.pravoslavieto.com).
3. Поибренски Т. Теоретични проблеми на съвременната медицина. София, 1988.
4. Попова К, Савова З, Проданова Я. Психотерапията неотменна част от онкологично болни. Здравна политика и мениджмънт, 2010, (3), 15.
5. Govier. Spiritual care in nursing: a systematic approach. Nursing standard, 2000.
6. Sims A. The nature of spiritual needs, Edinburgh, 2001.
7. Spiritual distress-[www.radcliffe\\_oxford.com/books/samplechapter](http://www.radcliffe_oxford.com/books/samplechapter).

## ЛЕКАРСКИТЕ АСИСТЕНТИ И МЯСТОТО ИМ В СПЕШНАТА ПОМОЩ

Р. Ереданска

Катедра “Здравни грижи“, Филиал “Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## MEDICAL ASSISTANTS AND THEIR PLACE IN EMERGENCY CARE

R. Eredanska

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** Efforts to save human life have been made since the beginning of the human race. Driving forces for the development of emergency medicine are wars given to the need for rapid intervention in the event of a large number of casualties. In the modern healthcare system, the demand for medical services is constantly increasing, and resources are often limited. Physician assistants are medical specialists who not only support the work of doctors, but also actively participate in the diagnosis, treatment and care of patients. In emergency care, where every minute counts, their presence and skills are critical to the team’s quick and effective response of the team. The inclusion of physician assistants in emergency care has a number of advantages: they relieve the workload of physicians, help to better coordinate care, and contribute to reducing waiting times and increasing the quality of patient care. Through their clinical competencies and ability to quickly adapt in a dynamic environment, physician assistants are establishing themselves as key members of emergency care teams. Objective: to assess the importance of the role of physician assistants in emergency care. Materials and Methods: The study was conducted through an anonymous survey among 60 working physician assistants and medical paramedics in 10 structures of the Emergency Medical Service in Western and Northwestern Bulgaria. Results and Discussion: The results of the study highlight the importance of physician assistants in emergency care and demonstrate the need for support and additional resources to increase their effectiveness. Participation in training programs and improvement of working conditions will lead to optimization of health care in the emergency department. In order to achieve sustainability and quality of medical services, it is important that the health system invests in the development and retention of these specialists by offering better working conditions, a clear structure of responsibilities and continuing education.

**Key words:** physician assistant, emergency care, training

**Адрес за кореспонденция:** Ралица Ереданска, e-mail: r.eredanska@filialvrasa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Ralitsa Eredanska, e-mail: r.eredanska@filialvrasa.mu-sofia.bg

## ВЪВЕДЕНИЕ

През последните години здравната система се сблъсква с редица предизвикателства – от увеличеното натоварване и нарастващото търсене на спешни услуги до дефицита на медицински кадри, който се отразява на спешната помощ. В този контекст професията на лекарския асистент

се утвърждава като значим компонент от здравната система, който подпомага и допълва работата на лекарите. Ролята му е особено важна в спешната помощ, където бързината и точността на решенията са от основно значение. Лекарските асистенти не само облекчават натовареността на останалия медицински персонал, но и допринасят за повишаване на качеството на грижите и

за намаляване на времето за чакане на пациентите. Тяхната работа включва оценка на състоянието на пациентите, подпомагане при диагностични процедури и извършване на редица базови и спешни медицински интервенции. Спешната помощ в България е изградена от двадесет и осем самостоятелни центъра, подчинени на министъра на здравеопазването и финансиращи се от държавния бюджет. Числеността на медицинските фелдшери и лекарските асистенти преобладава в тези структури [5]. Към настоящия момент динамичните промени в обществения живот се отразяват и на здравната ни система, като ключова сфера в опазване здравното състояние на населението. В България демографската ситуация се характеризира с трайна тенденция за намаляване броя на населението и неговото застаряване, както и със свързаните с тях ниска раждаемост, нарастваща смъртност и емигриране на млади хора извън страната [3]. Нараства необходимостта от нови технологии и нова организация на медицинското обслужване, и това в условията на дефицит на медицински кадри. На този фон професията лекарски асистент заема ключово място в националната здравна система. Исторически те й корени са отпреди повече от 100 години, с професионалната квалификация медицински фелдшер, на която лекарските асистенти са последователи. Професията изисква задълбочени познания по клиничните дисциплини относно етиологията, патогенезата, клиниката, диагнозата и лечението на заболяванията, както и владееенето на алгоритмите за поведение при спешни състояния. Необходими са професионални знания, професионални умения, професионални компетентности и личностни качества за упражняването на професията [2]. Наредбата за професионалните дейности, които медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти и здравните асистенти могат да извършват по назначение или самостоятелно, е приета през 2011 година [4]. Създаването на съсловна организация за лекарските асистенти е важна стъпка към утвърждаването на професията и играе ключова роля в регулацията, защитата на интересите, повишаването на престижа и професионалното развитие на лекарските асистенти. Това в крайна сметка ще доведе до подобряване на качеството на здравните услуги и удовлетворението на пациентите [7].

**Целта** на проучването е да се оцени значимостта на ролята на лекарските асистенти в спешната помощ.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Проучването е проведено през периода март-септември 2024 г. Обект на изследване са работещи лекарски асистенти и медицински фелдшери в сруктурите на ЦСМП/ФСМП в Западна и Северозападна България. Основният метод на изследване е социологически, основаващ се на пряка индивидуална анкета и беседа.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Резултатите от проучването показват, че лекарските асистенти играят ключова роля в спешната помощ и значително допринасят за ефективността и координацията на здравните услуги. Въпреки това има необходимост от подобряване на условията на труд и осигуряване на допълнителна квалификация за тези специалисти.

*Таблица 1. Разпределение на лекарските асистенти по възраст*

Възраст	Брой	Относителен дял (%)
До 27	8	13,33
28-35	10	23,33
36-44	18	30,00
45-52	10	16,00
53-60	20	33,00
Общо	60	100,00

Най-голям е относителният дял на лекарските асистенти на възраст между 53 и 60 години – 33,00%, както и на възраст 36-44 години и 45-52 години. Относителният дял на анкетираните до 27 години е 13,33%. От данните е видно, че изследването обхваща максимално широк възрастов диапазон на респондентите.

Най-голям е относителният дял на лицата с професионален стаж от 11 до 20 години – 41,66%, както и между 21-30 години и 31-40 години – съответно 23,33% и 21,66%. Професионалният стаж на 13,33% от анкетираните е между 3 и 10 години. Образователната система предоставя на професионалистите по здравни грижи възможности да повишават образователната си степен

– “бакалавър” и “магистър”, така и възможности за специализация и квалификация в различни направления.

**Таблица 2. Разпределение на анкетираните според професионалния им стаж в структурите на спешните отделения**

Професионален стаж, години	Брой	Относителен дял (%)
3-10	8	13,33
11-20	25	41,66
21-30	14	23,33
31-40	13	21,66
Общо	60	100,00

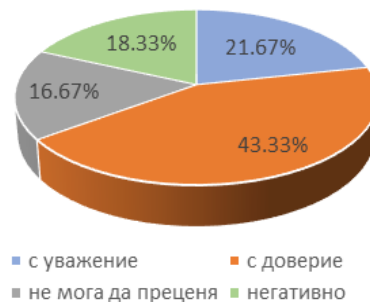


**Фиг. 1. Мнение на лекарските асистенти за функциите и задачите, които изпълняват в спешната помощ**

Почти една четвърт (23,33%) от анкетираните смятат, че основната функция на лекарските асистенти е диагностицирането и лечението на пациентите в спешен порядък. Това включва извършване на прегледи, поставяне на диагнози и провеждане на лечение. Близо една трета (28,33%) от анкетираните виждат в лекарските асистенти професионалисти с важна роля в профилактиката и промоцията на здравето. Това означава, че те участват активно в превенцията на заболяванията и в образоването на пациентите за здравословен начин на живот. Най-голямата част от респондентите (почти половината) сочат, че лекарските асистенти играят ключова роля в оказването на спешна медицинска помощ. Това включва реагиране на спешни медицински случаи и работа в извънредни ситуации. Някои от анкетираните (малка част) са посочили други функции и задачи, които не попадат в горните категории.

Тези отговори могат да включват административни задачи, обучение на нови кадри, научноизследователска дейност и други.

На фиг. 2 е представено мнението на лекарските асистенти за отношението на медицинския персонал към тях.



**Фиг. 2. Мнение на лекарските асистенти за отношението на медицинския персонал към тях**

По този въпрос 21.67% от респондентите дават отговори „с уважение“. Около една пета от анкетираните оценяват, че медицинският персонал се отнася с уважение към лекарските асистенти. Най-голям процент от респондентите (почти половината) считат, че има доверие към лекарските асистенти. Значителна част от анкетираните не могат да определят отношението към лекарските асистенти. Малко под една пета от анкетираните (18.33%) смятат, че останалият медицински персонал има негативно отношение към лекарските асистенти.

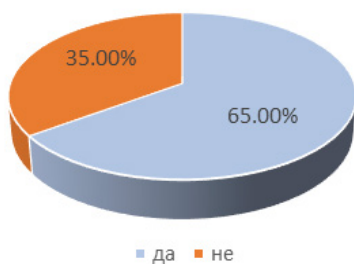


**Фиг. 3. Мнение на лекарските асистенти за предизвикателства в работната среда**

По отношение на предизвикателствата в работната среда почти половината от анкетираните (48.33%) са посочили, че основната им цел е подобряване качеството на работа. Това показва, че голяма част от професионалистите са съсредоточени върху предоставянето на по-качествени ме-



дицински грижи и услуги. Значителен процент от респондентите, 31.67%, считат, че е необходимо да се подобрят образователните програми. Това може да обхваща актуализиране на учебните планове, включване на нови технологии и методи на обучение, които ще подпомогнат подготовката на бъдещите професионалисти. Една пета от анкетираните, 20.00%, се стремят към професионално развитие. Това включва продължаващо обучение, специализации и участия в различни професионални форуми и семинари, което ще им позволи да разширят своите знания и умения и да се развиват в професията си.



Фиг. 4. Мнение на лекарските асистенти за необходимостта от повече ефективност в спешната помощ

По-голямата част от анкетираните, представляващи 65%, смятат, че включването на повече лекарски асистенти в спешната помощ би довело до подобряване на ефективността и качеството на здравните услуги. Те считат, че увеличаването на броя на тези специалисти би допринесло за намаляване на времето за реакция и за предоставяне на по-пълноценни грижи на пациентите. Останалите 35% дават отрицателен отговор и са на мнение, че проблемите в системата се дължат повече на организационни и структурни недостатъци, отколкото на липсата на персонал.



Фиг. 5. Мнение на лекарските асистенти относно мотивацията при избора на професията

Най-големият процент от респондентите, избрали професията лекарски асистент, са мотивирани от факта, че тя е хуманна професия. Това показва силната етична и морална мотивация сред бъдещите лекарски асистенти, които се стремят да помогнат на хората и да се грижат за тяхното здраве и благополучие. Втората по големина група, 35.00%, избира тази професия заради възможността за професионална реализация. Това предполага, че респондентите виждат перспективи за кариера и стабилност в професията, което също е значителен мотиватор. Около 18.33% от респондентите са избрали професията, защото не са били приети в друга специалност. Този резултат показва, че има част от студентите, които не са имали професията лекарски асистент като първи избор, но все пак са решили да се реализират в тази област.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основните задачи на лекарските асистенти се свързват предимно с оказването на спешна медицинска помощ, диагностика и лечение, както и с профилактика и промоция на здравето. Голям процент от пациентите се отнасят с доверие към лекарските асистенти, като същевременно значителен дял изпитват уважение, а сравнително малка част имат негативно отношение или не могат да преценят. От анализа можем да заключим, че основните цели на лекарските асистенти са разнообразни, но с ясно изразени приоритети. Най-важната цел за почти половината от анкетираните е подобряване качеството на работа, което е съществено за предоставяне на висококачествени здравни грижи. Професионалното развитие и подобряването на образователните програми също са важни цели, които подчертават стремежа на лекарските асистенти към постоянно усъвършенстване и адаптация към новите изисквания и стандарти в здравеопазването. Мнозинството от лекарските асистенти виждат пряка връзка между престижа на тяхната професия и качеството на здравните услуги, които предоставят. Това подчертава значението на професионалното признание и уважение като фактори, които могат да подобрят мотивацията и ефективността на здравните грижи. В същото време значителна част от респондентите смятат, че ефективността може да бъде постигната и без пряка връзка с престижа,

което насочва вниманието към необходимостта от подобряване на други аспекти на работната среда и професионалното обучение. Анализът на данните сочи, че основните мотиви за избора на тази професия са хуманната същност и възможността за професионална реализация. Въпреки че част от респондентите са избрали тази професия поради невъзможността да бъдат приети в друга специалност, преобладаващите мотиви са положителни и показват ангажираност и желание за развитие в областта на грижата за здравето.

### Библиография

1. Врачева П. Професиите „Медицински фелдшер“ и „Лекарски асистент“ в България. Историческо развитие, съвременно обучение и реализация. Афтореферат на дисертационен труд. Тракийски университет медицински факултет, Стара Загора, 2017.
2. Врачева П. Професията медицински фелдшер в България. Съюз на учените – Стара Загора, 2020.
3. Концепция за развитие на спешната медицинска помощ в Република България 2014-2020.
4. Наредба № 1 от 08 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.
5. Институт за пазарна икономика. Спешната помощ и планът за възстановяване. 2022.
6. Закон за професионалното образование и обучение. Изм. и доп. ДВ, бр. 59 от 29 юли 2016.
7. Закон за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на лекарските асистенти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите. Доп. и изм. ДВ, бр. 91 от 2018 г., изм. ДВ, бр. 39 от 2024 г., в сила от 01.05.2024 г.

## ГРИЖАТА ЗА ПАЦИЕНТИ С ПАНКРЕАТИТ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРЕД МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ

Т. Славкова

Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р Иван Митев“ – Враца, МУ – София

## CARE OF PATIENTS WITH PANCREATITIS – CHALLENGES FOR NURSES

T. Slavkova

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, MU – Sofia

**Abstract.** The article examines issues related to challenges faced by nurses in caring for patients admitted with a diagnosis of pancreatitis. Emphasis is placed on key aspects of nursing care, such as continuous patient monitoring, pain management, and nutrition. The role of nurses in patient education to prevent complications and relapses, and the importance of emotional support and coordination in the multidisciplinary team are analyzed. Objective: to review and analyze the main challenges that nurses face in caring for patients with pancreatitis. Materials and Methods: In the period January–June 2024, a survey was conducted among 60 nurses working in surgical and therapeutic clinics/wards in five multispecialty hospitals for active treatment. The results highlight the important role of nurses in providing quality and timely care, as well as the need for specific knowledge and skills to effectively monitor, manage symptoms and provide psychological and emotional support to patients. Conclusions: Caring for patients with pancreatitis presents nurses with a number of challenges, requiring a high level of professional competence as well as empathy and communication skills. Successfully overcoming the challenges of nursing care requires ongoing support and training, which are essential to improve the patient quality of life.

**Key words:** nursing, pancreatitis, challenges, care

**Адрес за кореспонденция:** Ас. Татяна Славкова, дм, e-mail: t.slavkova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Tatyana Slavkova, e-mail: t.slavkova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Грижите и лечението на пациентите, постъпили в хирургичните или терапевтичните клиники с диагноза панкреатит, поставят редица предизвикателства пред медицинските сестри предвид сложността на заболяването, разнообразието на симптомите и потенциалните усложнения. Най-честа причина за развитие на остър панкреатит са жлъчните заболявания и алкохолизмът. Основните предизвикателства за тези пациенти са свързани с ранната диагностика, която често е сложна, тъй като симптомите могат да бъдат неспецифични или наподобяват други състояния,

като гастрит, язва или жлъчнокаменна болест. Отлагането на диагнозата може да доведе до влошаване на състоянието на пациента и до усложнения [1, 3]. Острият панкреатит може да бъде съпроводен с изключително силна болка, която често изисква специализирана аналгезия. В компенсирания стадий профилактиката на повторни рецидиви и на болката е приоритет в лечението. Нестероидните противовъзпалителни средства (НСПВС) са първият избор за аналгезия и ако са неадекватни, слабите опиоиди са добро решение както за коремна болка, така и за болка в гърба. Ако аналгезията е все още неадекватна, могат да се използват силни опиоиди [9]. Осигуряването на

ефективен контрол върху болката е предизвикателство, особено при пациенти с непоносимост към определени лекарства или с придружаващи заболявания, които ограничават опциите за обезболяване [3]. Пациентите с остър или хроничен панкреатит се нуждаят от специален хранителен режим. Това може да включва пълно гладуване за определен период, ентерално или парентерално хранене, и постепенен преход към диета с ниско съдържание на мазнини. Панкреатитът може да доведе до различни усложнения като псевдокисти, инфекции, портална хипертония и дори органна недостатъчност. Тези състояния налагат допълнителни интервенции – хирургична намеса или инвазивни процедури, които изискват специфична подготовка и компетентност. Медикаментозното лечение има за цел да осигури функционален покой на панкреаса и да възстанови, ако е възможно, нормалната му функция [1, 5]. От друга страна, лечението на панкреатита и съпътстващите симптоми може да бъде усложнено от потенциални взаимодействия между медикаментите, особено при пациенти с други хронични заболявания. Освен това дългосрочната употреба на определени медикаменти носи риск от зависимост и нежелани реакции. Пациентите с хроничен панкреатит често се сблъскват с депресия, тревожност и умора, свързани с хроничната болка и ограниченията в храненето и активността [4]. Медицинските сестри трябва да работят заедно с психолози и социални работници, за да осигурят цялостна грижа и подкрепа, включително мотивация за спазване на хранителен и постелен режим. При хроничния панкреатит е особено важно пациентите да бъдат обучени как да разпознават признаците на усложненията и да следват препоръките за начин на живот и хранене. Обучението на медицинските сестри е системен процес за обогатяване на знанията, уменията и нагласата с цел професионално развитие в съответствие в най-голяма степен с изискванията за заеманите от тях длъжности. Квалификацията и професионалното развитие зависят не само от първоначалното обучение, но в голяма степен те се определят от продължаващото обучение и продължителната квалификация [2]. Необходимо е медицинските сестри да разговарят с пациентите, да ги насърчават да споделят своите тревоги, чувства и страхове. Разпознаването на емоциите дава представа за индивидуалните нужди на пациента. Всеки човек, когато е в

болнична обстановка, се променя емоционално – става чувствителен, раним и се нуждае от по-специални грижи и отношение [6]. Съвременната концепция за „здравни грижи“ изисква в центъра да е поставен пациентът, независимо от вида на полаганите грижи. Важна част е тяхното планиране, адекватното им прилагане и етичното поведение от страна на медицинските сестри [7].

## Цел

Да се разгледат и анализират основните предизвикателства, с които медицинските сестри се сблъскват при грижата за пациенти с панкреатит.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За анализ на сестринските мнения по отношение на грижата за пациенти, хоспитализирани с диагноза „панкреатит“, е проведено анкетно проучване на базата на доброволно анкетиране сред 60 медицински сестри, работещи в хирургични и терапевтични клиники/отделения в пет многопрофилни болници за активно лечение (МБАЛ „Христо Ботев“ – Враца, МБАЛ „Стамен Илиев“ – Монтана, и МБАЛ „Сити клиник – Свети Георги“ – Монтана). Изследването обхваща периода януари–юни 2024 г. Получените първични данни са обобщени и анализирани посредством статистически метод и са представени графично.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Резултатите показват, че изследването обхваща максимално широк възрастов диапазон на респондентите. Най-голям е относителният дял на медицинските сестри на възраст между 36 и 44 години – 36,66%, както и на възраст между 28 и 35 години и 45 и 52 години – съответно 23,33% и 20,00%. Относителният дял на анкетираните до 27 години е 13,33%, а между 53 и 60 години – 6,66% (табл. 1).

В съответствие с разпределението на анкетираните медицински сестри по възраст е и това според техния професионален стаж, който е от 3 до 47 години (табл. 2). Най-голям е относителният дял на тези с професионален стаж от 11 до 20 години – 41,66%, както и между 21 и 30 години и 31 и 40 години – съответно 23,33% и 21,66%. Професионалният стаж на 13,33% от анкетираните е между 3 и 10 години.

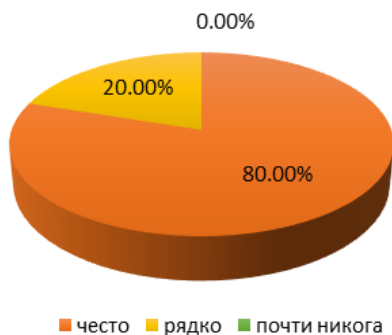
Таблица 1. Разпределение на медицинските сестри по възраст

Възраст	Брой	Относителен дял (%)
до 27	8	13,33
28-35	14	23,33
36-44	22	36,66
45-52	12	20,00
53-60	4	6,66
Общо	60	100,00

Таблица 2. Разпределение на медицинските сестри според професионалния им стаж в болничната помощ

Професионален стаж, години	Брой	Относителен дял (%)
3-10	8	13,33
11-20	25	41,66
21-30	14	23,33
31-40	13	21,66
Общо	60	100,00

По-голямата част от анкетираните медицински сестри (80%) често полагат грижи за пациенти с панкреатит. Това е значителен дял, който предполага, че заболяването е често срещано в клиничната практика. 20% от тях посочват, че рядко се грижат за такива пациенти. Това вероятно е свързано с профила на отделенията, в които те работят, където случаите на панкреатит са по-редки. Интересен е и фактът, че нито една от анкетираните сестри не е отбелязала отговора „почти никога“. Това показва, че дори в отделенията, където случаите на панкреатит не са чести, все пак има известен брой пациенти с това заболяване.



Фиг. 1. Честота на грижите за пациенти с панкреатит

Над една четвърт от анкетираните смятат, че инфекциите са едно от най-честите усложнения

при пациенти с панкреатит. Това може да се дължи на факта, че панкреатитът води до възпаление, което създава благоприятна среда за развитие на инфекции. Около 17% посочват органната недостатъчност като значимо усложнение. При тежък панкреатит често се наблюдава засягане на други органи, като бъбреци, черен дроб, и сърдечно-съдова система, което може да доведе до органна недостатъчност. Почти 23% смятат, че псевдокистите са често усложнение при пациенти с панкреатит. Най-голямата част, 33%, са посочили категорията „друго“ като най-често срещаното усложнение. Това може да включва различни други усложнения, свързани с панкреатита, като метаболитни нарушения, некроза на панкреаса или тромбоза.



Фиг. 2. Мнението на медицинските сестри за най-честите усложнения при пациентите с панкреатит

Най-висок процент, 33.81%, от медицинските сестри посочват поддържането на диетичен режим като най-труден аспект. Това е разбираемо, тъй като диетичният контрол е ключов компонент в лечението на панкреатита и изисква непрекъснато наблюдение и подкрепа на пациента, за да се предотвратят усложнения. Около 30% намират обезболяването за труден аспект в грижата за тези пациенти. Панкреатитът често е свързан със силна болка, която трудно се контролира, особено в острия стадий на заболяването. Поддържането на адекватно обезболяване е предизвикателство и изисква внимание и индивидуален подход. Почти 23% посочват подготовката за различни процедури като трудност. Пациентите с панкреатит може да се нуждаят от множество диагностични и терапевтични процедури, като ендоскопия или дренаж на псевдокисти, което изисква внимателна подготовка и координация. По-малък процент избират категорията „други“. Това може да включва различни предизвикателства, като комуника-

ция с пациентите и техните семейства, психологична подкрепа, както и справяне с евентуални усложнения на заболяването.

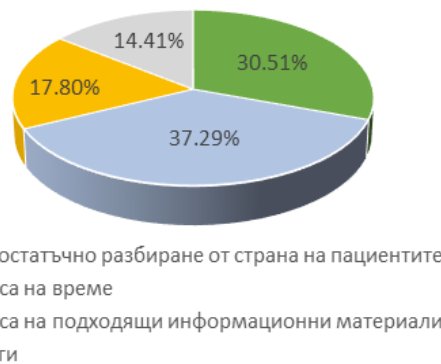


Фиг. 3. Мнение на медицинските сестри за трудностите в грижата за пациенти с панкреатит

На фиг. 4 са показани гледните точки на медицинските сестри относно предизвикателствата, пред които са изправени при разясняване на диетичния режим. Голяма част от болните трудно разбират значението на специфичния хранителен режим и неговото влияние върху тяхното състояние и много често медицинските сестри трябва да разясняват на пациентите защо определени храни са забранени и как спазването на режима помага за избягване на усложнения и обостряне на заболяването. В тази връзка 30,51% от респондентите са избрали отговор недостатъчно разбиране от страна на пациентите. Най-значимото предизвикателство е липсата на време и невъзможността медицинските сестри да осигурят необходимата индивидуална грижа, 37,29%. Липсата на подходящи информационни материали е трудност за 17,80% от анкетираните. Данните подчертават, че ограниченията във времето и трудностите в комуникацията с пациентите са основните предизвикателства пред медицинските сестри.

Данните показват, че по-голямата част от анкетираните смятат, че е необходимо допълнително обучение, особено в областите психологична подкрепа (36,67%) и управление на болката (28,33%). Обучения, свързани с диетичния режим, също се считат за важни от една четвърт от анкетираните (25,83%). Само малък процент (9,17%) смятат, че не е необходимо допълнително обучение. Медицинските сестри, взели участие в анкетата, виждат важната роля на обучението за предоставяне на холистични грижи – насочени както към физическите, така и към психологичните нужди на па-

циентите. За осигуряване на качествени здравни грижи се изискват специфични познания за: управление на болката, наблюдение на усложненията и диетичния режим, които не винаги са включени в основното обучение на медицинските сестри. Допълнителното обучение по тези въпроси е важно, за да могат сестрите да отговорят на предизвикателствата и да се справят по-ефективно с грижата за тези пациенти.



Фиг. 4. Мнение на медицинските сестри относно трудностите при разясняване на хранителния режим



Фиг. 5. Мнение на медицинските сестри относно необходимостта от допълнително обучение при пациенти с панкреатит

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получените резултати подчертават, че грижите за пациенти с панкреатит представляват комплексно предизвикателство пред медицинските сестри поради многообразието от симптоми, тежестта на болката и риска от усложнения, които заболяването носи. Ефективната грижа изисква бърза и точна диагностика, комплексен подход в управлението на болката, адекватен хранителен режим и постоянно наблюдение за предотвратяване на усложнения. Изключително важно е па-

циентите да получат психологична подкрепа и да бъдат обучени как да се справят със стреса. За да се подобри качеството на здравните грижи, е важно да се инвестира в допълнително обучение на медицинските сестри, както и да се осигурят по-добри ресурси и работни условия, които да им позволят да се справят с тези предизвикателства. Липсата на време е сериозно предизвикателство, което оказва своето влияние върху качеството на грижата за пациентите с панкреатит и върху благосъстоянието на самите медицински сестри. За да се реши проблемът, е необходимо да се осигурят адекватни ресурси и персонал, както и да се оптимизират работните процеси, така че медицинските сестри да разполагат с повече време за осигуряване на качествена и пълноценна грижа.

---

**Благодарности:** Статията е реализирана с подкрепата на Министерството на образованието и науката по Национална програма „Млади учени и постдокторанти – 2“. Втори етап (2024-2025 г.) Допълнително споразумение № 248/01.10.2024 г.

---

#### Библиография

1. Беловеждов Н, Петров Д. Практическа терапия на вътрешните болести. Тип Топ Прес, 2018.
2. Богданова К. Основни аспекти в управлението на здравните грижи. София, Централна медицинска библиотека, Медицински университет, 2019.
3. Гаврилова Д. Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи. София, ЦМБ, МУ – София.
4. Данов В. Хирургия за медицински сестри. София, Св. Климент Охридски.
5. Делийски Т. Оперативна обща и специална хирургия. Хирургични грижи. ИЦ МУ – Плевен, 2017.
6. Милева Ж, Нешев Г, Шинков А. Вътрешни болести. Арсо, 2020.
7. Чифлигарска А и др. Съвременните хирургични грижи – реално предизвикателство за медицинските сестри. Сестринско дело, 2023, 55(3).
8. Evidence-based clinical practice guidelines for chronic pancreatitis. 2021.
9. Nutrition and Dietary Management in Chronic Pancreatitis. 2019.
10. Роль медицинской сестры в оказании хирургической помощи. [http://www.sestrinskoedelo.ru/sestrinskoe\\_delo\\_v\\_hirurgii/rol\\_meditinskoy\\_sestry\\_v\\_okazanii\\_hirurgicheskoy\\_pomoschi](http://www.sestrinskoedelo.ru/sestrinskoe_delo_v_hirurgii/rol_meditinskoy_sestry_v_okazanii_hirurgicheskoy_pomoschi).

## ИСТОРИЧЕСКО РАЗВИТИЕ НА АКУШЕРСКОТО ОБРАЗОВАНИЕ В БЪЛГАРИЯ

Ц. Джиганска

Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р И. Митев“ – Враца, МУ – София

## HISTORICAL DEVELOPMENT OF OBSTETRIC EDUCATION IN BULGARIA

Ts. Dzhiganska

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** In ancient times, there were no people specifically engaged in treatment. Much later, persons who marked the history of medicine, for whom healing became a profession, appeared. Obstetrics is the oldest branch in medicine. For a long time, obstetric care was carried out by unqualified women (grandmothers). All births were carried out according to “grandmother’s” rules. The evolution of the obstetric profession in Bulgaria is long and quite often difficult. The purpose of this article is to provide a brief overview of the history and development of the obstetric profession.

**Key words:** history, development, obstetric education, Bulgaria

**Адрес за кореспонденция:** Цветанка Джиганска, e-mail: c.djiganska@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Tsvetanka Dzhiganska, e-mail: c.djiganska@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

### ВЪВЕДЕНИЕ

Медицината изминава дълъг и сложен път, като непрекъснато натрупва нови знания за здравето и болестта. Историята на акушерската професия започва още в древността. Акушерството и гинекологията са два раздела на една и съща наука, „наука за жената (gynе – жена, и logos – наука). Акушерството е медицинска дисциплина за детеродната функция на жената – нормалната, патологичната бременност, раждането и послеродовия период, физиологията и патологията на новороденото.

Наченки на тази наука се срещат в паметниците от Индия, Древния Рим, Египет и Гърция. Дотогава съществуващите религиозни предразсъдьци отклонявали жените да търсят помощ. Още тогава с женските проблеми са се занимавали предимно жени.

Бързо развитие на акушерството и гинекологията започва след Възраждането, за което са допринесли лекарите Морисо, Чембърлейн, Левре, Негеле, Симсон и др.

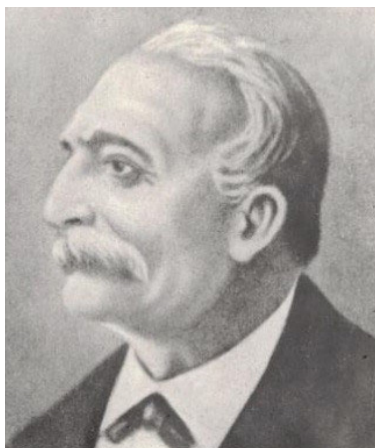
В нашата страна медицински теми и въпроси за майката и детето са намерили място в трудовете на най-старите представители на славянобългарската писменост (Черноризец Храбър, Презвитер Козма, Климент Охридски и др.).

През Средновековието и по време на Ренесанса в България развитието на медицината е потискано в условията на робство, в които се е намирал нашият народ. Все пак съществува медицинска помощ, макар и оскъдна.

Забележителен медик на нашето Възраждане е лекарят и учен енциклопедист Петър Берон, завършил медицинското си образование през 1831 година в Мюнхен. За гордост на българското акушерство трябва да кажем, че д-р Петър Берон в епохата на изостаналост и при трудни условия от райтаче се издига до върховете на европейската наука, става известен енциклопедист, блестящо защитил първата докторска дисертация от областта на акушерството, отпечатана на латински език, с няколко чертежа и две таблици с измервания



върху главата на новородено дете. Дисертацията му е на тема „Върху нов тазомер и ембриометър“. На първата страница пише „За получаване на висше отличие (докторат) по медицина, хирургия и акушерско изкуство“, д-р Петрус Хаджи Берон, Мюнхен, 1831 година.



Петър Хаджи Берович (д-р Петър Берон)

Условия за медицинска дейност в България се създават едва след Освобождението. Дипломирана акушерка преди Освобождението ни не е имало.

Първата българска дипломирана акушерка е позната на целия народ Райна (Райкя) Попгеоргиева, известна като Райна Княгиня, носителка на знамето на националното революционно движение. След Априлското въстание тя е заловена и измъчвана, освободена е с помощта на европейски дипломати. През август 1876 година заминава за Русия, където учи за акушерка.



Райна Попгеоргиева Футекова

След Освобождението Райна се омъжва за Васил Дипчев, който е кмет на Панагюрище. Раж-

да петима синове и осиновява едно момиченце. Васил Дипчев е избран за народен представител и цялото семейство се премества в София. Впоследствие е политически преследван и убит.

Независимо от влошеното си здраве, рано починалия съпруг и децата Райна Княгиня неуморно акушира за бедните жени безплатно, благодарение на акуширането за дипломати и други по-богати и знатни хора. Умира в бедност от туберкулоза в София на 61 години през 1917 г.

Макар Райна Княгиня да се дипломира първа, през 1879, друга акушерка първа започва да практикува акушерската професия. Христина Хранова е първата дипломирана акушерка, практикуваща професията. Своята работа започва в град Варна. Тя се ражда през 1851 г. За нейно родно място се споменава с. Клисуря. Христина Хранова е най-малкото дете в многобройно семейство (12 сина и 6 дъщери). Още от малка се показва като любознателна и решителна. През 1881 година завършва за акушерка с отличен успех в Имперския университет „Свети Владимир“ в Киев и се завръща в България. Тя споделя, че ръцете ѝ са довели на бял свят 3462 деца.

Будна и родолюбива българка, тя участва във въстания и войни за Освобождението и Обединението на България – в комитета на Васил Левски, в Априлското въстание, в Руско-турската, в Сръбско-българската и Балканската война. През 1907 година е наградена със сребърен орден „За гражданска заслуга“.



Христина Хранова Антонова

По нейно време в Морските бани в град Варна не е имало спасители, а във водата са ставали нещастия. Христина Хранова се изявява като първата

българска „морска“ спасителка. Спасила е около 50 души. Умира през 1922 година в крайна бедност на 71-годишна възраст, забравена от държавата.

В края на 1903 година в страната практикуват 131 дипломирани акушерки. През същата година е открита новата сграда на болница „Майчин дом“. Към нея през 1909 година е открито първото акушерско училище, чийто основоположник е руският възпитаник д-р Методи Славчев, който вижда крещящата нужда за нашата страна от акушерски кадри.

През 1919 година се открива Софийският медицински факултет, а болница „Майчин дом“ се преустройва в акушеро-гинекологична клиника. Ръководител на първата катедра по акушерство и гинекология е проф. д-р Георги Ермолаевич Рейн.

Към 1945 година в София има две медицински училища: за акушерки към „Майчин дом“ с 45 курсистки годишно и за милосърдни сестри към Българското дружество „Червен кръст“ с 40 курсистки годишно.

През учебната 1953/54 г. училището за акушерки при „Майчин дом“ става Медицински техникум за акушерки – София, с 11 щатни инструкторки, преподаватели и без собствена материална база. През тази учебна година се обучават 154 девойки в първи курс, 145 във втори и 109 в трети курс по класно-урочна система с 44 часа седмична натовареност. Една учебна група е била от 27 девойки.

През 1973 година към Медицинската академия (МА) в София се разкрива Медицинско училище, в което първоначално се обучават медицински сестри за нуждите на МА.

През 1981 година се обединяват софийските училища (без училището към МА) за медицински сестри, акушерки, фелдшери, рехабилитатори, санитарни инспектори, помощник-фармацевти, зъботехници, рентгенови лаборанти, инструкции по хранене, както и Центърът за следдипломна квалификация на средните медицински кадри в Централен институт за подготовка на здравни кадри със средно специално образование (ЦИПЗКССО), който поема методическата помощ за всички медицински институти за подготовка на здравни специалисти в страната. От учебната 1990/91 година ЦИПЗКССО и Институтът за подготовка на здравни кадри със средно специално образование към МА се преобразуват в полувисши медицински институти.

С ПМС № 16 от 27.01.1997 г. са преобразувани и обединени в Медицински колеж към Медицински университет – София. От учебната 1997/98 година акушерките се обучават по нови учебни планове и програми.

С ПМС №238/26.09.2008 г. е въведена образователно-квалификационна степен „професионален бакалавър“. От учебната 2007/2008 г. обучението на акушерките и медицинските сестри се осъществява по бакалавърски програми.

Днес акушерката е лице с висше образование, получило диплом от висше училище, признато от държавата, и обучението в него съответства на държавните изисквания за образователно-квалификационна степен „бакалавър“. Нивото на нейната подготовка отговаря на съвременните постижения на медицинската наука и практика. Съвременната акушерка работи самостоятелно и във взаимодействие с лекаря, полагайки цялостни грижи за физическото, психичното и социално-то здраве на жената, детето и семейството.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Възникнала в най-дълбока древност, акушерската професия изминава дълъг и сложен път, по който придобива нови знания за здравето и болестта. Върху натрупания опит и знания през вековете се опират днешните ни постижения за подобряване на ефективността на профилактиката, лечението, рехабилитацията и социалната адаптация на бременната, раждащата, родилката и гинекологично болната жена. Развитието през вековете на медицинското образование, ценности и отношение към човека ще допринесе за повишаване на качеството на здравните грижи и на морала на медицинските специалисти.

## Библиография

1. Апостолов М, Иванова П. История на медицината и сестринството. София, Горекс Прес, 1998.
2. Апостолов М. Исторически, социални и етични измерения на медицината. Трето издание. София, Горекс Прес, 2004.
3. Борисов В. Ще има ли ренесанс на Хипократ в съвременната медицина? Шести конгрес на Балканската асоциация по история и филодофия на медицината. Асклепий, 2016, 11-12 (30-31), № 1 и 2.
4. Георгиев М, Алексеев А. Към историята на академичното медицинско образование в България. Под редакцията на В. Златков. Св. Георги Победоносец, 2017.
5. Стамболова И. Сестринството в България: възникване, развитие, състояние и перспективи. ЦМБ, МУ – София, 2015.
6. Стоименов Г. Акушерство и гинекология. София, Мед. и физк., 1986.
7. Френгов Х. История на медицината в България като академична дисциплина и изследователска общност. Асклепий, 2014, 9(28), 129-155.

## ПЕРСОНАЛИЗИРАНАТА МЕДИЦИНА – НОВ ПОДХОД В МЕДИЦИНСКАТА ПРАКТИКА

К. Стефанова

Катедра „Здравни грижи“, Филиал „Проф. д-р И. Митев“ – Враца, МУ – София

## PERSONALIZED MEDICINE – A NEW APPROACH IN MEDICAL PRACTICE

K. Stefanova

Department of Health Care, Affiliate “Prof. Dr. Ivan Mitev” – Vratsa, Medical University – Sofia

**Abstract.** The introduction of new technologies in the field of medical science and practice presents humanity with a number of challenges. The new conditions stimulate the search for new solutions to the problems of healthy and sick people, as well as to the gaps in the health care system. Personalized medicine (PM) is a relatively new approach that involves individualizing treatment and health care with solutions, which are tailored to each individual or patient through the use of genetic or other information.

**Key words:** personalized medicine, medical genetics, drugs, medical professionals

**Адрес за кореспонденция:** Доц. Калина Стефанова, дм, e-mail: k.stefanova@filialvratsa.mu-sofia.bg

**Address for correspondence:** Assoc. Prof. Kalina Stefanova, e-mail: k.stefanova@filialvratsa.mu-sofia.bg

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

Персонализираната медицина е научен подход, който предполага индивидуализиране на лечението и здравните грижи с решения и практики, съобразени с всеки отделен човек чрез използването на генетична или друга информация. Този медицински подход се основава на наблюдението, че пациенти с една и съща диагноза реагират на едно и също лечение по различен начин. Едно и също лекарство може да бъде много ефективно за един пациент и в същото време да не води до желани резултати при друг пациент със същата диагноза.

С други думи, традиционно практикуваното лечение не е толкова ефективно, колкото може да се очаква при немалък брой пациенти.

Това е подход, който се основава на все по-прецизираното разбиране на различията между пациентите, на молекулярната основа на болестите.

За начало на персонализираната медицина (ПМ) може да се приеме откриването на ДНК през 1953 година. От края на 90-те години на миналия

век и особено през последното столетие се появила изследвания, при които чрез използване на молекулни методи при предварително изградени ДНК банки се достига до напредък в молекулярната медицина и метаболитния анализ, както и множество генетични тестове.

При ПМ се предписва специална лекарствена терапия, която е най-подходяща за определена популация въз основа на фармакогенетичната информация или биомаркери.

Тя се основава на все по-диференцираното разбиране на причините за болестта, на това как действат лекарствата и как наследствените фактори оказват влияние върху едните и другите. Базира се главно на нови диагностични тестове за поставяне на диагноза, които са насочени към по-продължително изследване и анализиране на съответната болест, към разпределяне на пациентите по вид на болестта, така че да се определи най-подходящото лечение.

С помощта на персонализираната медицина могат да се подобрят медицинските резултати и

качеството на здравните грижи и в крайна сметка да се повиши качеството на живота на пациентите и той да се удължи. Разликата на персонализираната медицина от традиционната е, че медицинските решения много отдавна не се вземат на базата на емпирични изследвания и знания, а на все по-подробни научни доказателства. Лечение на принципа „проба-грешка“ или „универсално решение за всички“ постепенно се заменя от медицината, базирана на доказателства.

Съвременната медицина вече включва много елементи от персонализираната.

Персонализираната медицина има потенциала да направи терапиите икономически по-ефективни, както и диагностичните тестове за лечение, чрез насочване на пациентите към терапия, която би имала най-добър ефект за тях. Тя дава надежда на хората да се справят със сложни заболявания като онкологичните, сърдечно-съдовите и захарния диабет.

## Изводи

– Въвеждането на персонализираната медицина има значим научен и морален аспект, свързан с придържането към моралните и етични ценности в здравеопазването. Всички въпроси, свързани с нея, трябва да се подложат на сериозен обществен и професионален дебат и анализ, с цел да се подготви обществото за изместване на акцента на медицинските грижи към индивидуализиран модел на лечение и дейности.

– Всички данни показват, че ПМ ще се превърне в практика, а това от своя страна ще доведе до трудности, тъй като голяма част от медицинските специалисти не са добре информирани и подготвени за нейното приложение.

– Положителен е фактът, че голяма част от медицинските специалисти имат добри познания

по промоцията на здравето и според тях това до голяма степен ще има значение за ефективното прилагане на ПМ.

– Редица научни изследвания са проведени през последните години относно това дали ПМ ще повиши интереса към запазване на личното здраве на индивида и отговорността му към него. Според голяма част от тях ще има смисъл от нейното прилагане и всички, които се интересуват и водят здравословен начин на живот чрез нея, ще станат още по-отговорни към себе си и собственото си здраве.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Човечеството действително възлага големи надежди на практическото приложение на персонализираната медицина, а дали тези надежди и очаквания ще се оправдаят, ще покаже бъдещето.

## Библиография

1. Джиганска Ц. Място на преподавателя по здравни грижи в условия на цифровизация. XVII международна научна конференция „Дигиталната трансформация – бизнес, образование, наука“. МВБУ, 2020.
2. Масларов Д. Персонализираната медицина – актуално състояние. Здраве и наука, 2013, 1, 29-34.
3. Младенова С. Персонализираната медицина: предизвикателства, очаквания, възможности. Първо издание, 2015, 67-68.
4. Стоянова В, Добрилова П, Джиганска Ц. Разработване на модел за оценка и управление на конфликти в болничната помощ и внедряването в практиката на професионалистите по здравни грижи на нови подходи и решения при управлението на конфликтите. Сборник доклади от Трета научна конференция с международно участие: „Медико-социални аспекти в здравните грижи“, Враца, 2019, 116-125.
5. <http://www.biomedivotall.com/en/publications-and-downloads> Наq – on – biobank