

Софийски университет “Св. Климент Охридски”



ФИЛОСОФСКИ ФАКУЛТЕТ

*КАТЕДРА: СОЦИАЛНА, ОРГАНИЗАЦИОННА, КЛИНИЧНА И ПЕДАГОГИЧЕСКА
ПСИХОЛОГИЯ*

ДОКТОРСКА ПРОГРАМА: КЛИНИЧНА ПСИХОЛОГИЯ

НИНА МИЛКОВА ПЕТКОВА

**Качество на живот и психологически
последници от COVID-19 пандемията за
българската популация**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен “Доктор”

по научна специалност 3.2. “Психология”

Научен ръководител: проф. Румяна Крумова - Пешева д.псн.

София, 2026

Дисертационният труд " Качество на живот и психологически последици от COVID-19 пандемията за българската популация " е оформен в уводна част, три глави и заключителна част. Съдържа 180 страници,от които 155 са основен текст, таблици и графики, а останалите съдържат използваните литературни източници и приложения. Списъкът с използваната литература включва 2 български източника, 106 чуждестранни източника и 8 интернет източника. По темата на дисертацията са направени 3 публикации в научни издания и 2 доклада от научни конференции.

Въведение

Пандемията от коронавирусната болест 2019 (COVID-19) постави глобалното общество пред безпрецедентни предизвикателства, свързани с психичното здраве, като особено силно засегна страните с ниски и средни доходи (LMIC). В настоящия обзор се систематизира наличната литература относно отражението на пандемията върху психичното благополучие в LMIC, като се акцентира върху предизвикателствата и потенциалните възможности за реформиране на системите за психично-здравни грижи, както и върху ролята на социалните мрежи за подкрепа. Проведено е целенасочено търсене в няколко електронни бази данни, в резултат на което са включени 35 научни публикации. Събраните данни са подложени на анализ с цел да се идентифицират ключови тенденции и теми. Резултатите показват значително повишаване на разпространението на психични разстройства в LMIC, като тревожността и депресията са най-честите проблеми. Най-силно засегнати се оказват уязвимите социални групи – жени, здравни работници на първа линия и лица, живеещи в условия на бедност. Пандемията ясно изведе на преден план хроничните слабости в системите за психично здраве в LMIC: ограничено финансиране, недостиг на квалифицирани специалисти и устойчиво обществено стигматизиране на психичните разстройства. Въпреки това, кризата предостави и нови възможности – увеличаване на обществената чувствителност, по-силна политическа воля за реформа, както и разширяване на достъпа до психично-здравни услуги чрез дигитални технологии. Ефективното изграждане на социални мрежи за подкрепа, включително програми за социална защита и инициативи на общностно ниво, може да смекчи негативните ефекти и да адресира социалните детерминанти на психичното здраве. Така COVID-19 подчерта необходимостта от дълбока трансформация на системите за психично-здравни грижи в LMIC и от интегрирането на устойчиви механизми за подкрепа в политиките.

В световен мащаб пандемията доведе до експоненциално нарастване на проблемите, свързани с психичното здраве. Научните изследвания потвърждават, че в периоди на икономически спад и висока безработица се наблюдава ръст на психични заболявания, самоубийства, злоупотреба с психоактивни вещества и случаи на домашно насилие. Допълнителни пречки са свързани със стигмата и ограничените

възможности за достъп до специалисти. В този контекст телездравните услуги придобиват особено значение, тъй като разширяват възможността за навременна консултация и терапия. Паралелно с това, правителствата въведоха икономически пакети за подкрепа, целящи да смекчат финансовия натиск, който често се асоциира с нарастващи стресови фактори. Съществено внимание се отделя и на превенцията на професионалното прегаряне сред здравните специалисти и работещите на първа линия, тъй като именно тези групи се оказаха подложени на най-висок психоемоционален риск. Като ключови приоритети се очертават: повишаване на достъпа до профилактични прегледи и консултации, обучения на населението по теми, свързани с психичното здраве, и разширяване на терапевтичните услуги, включително медикаментозно лечение и психотерапия. Всички тези мерки имат за цел да ограничат дългосрочното социално-икономическо въздействие на пандемията върху психичното здраве.

Мотивацията за настоящия дисертационен труд произтича от личния ми професионален опит в условията на пандемията. Като клиничен психолог и служител в УМБАЛ „Св. Георги“, Клиника по психиатрия и медицинска психология, бях пряк свидетел на драматичните последици от здравната криза върху пациентите и медицинския персонал. Съпреживях с тях тревогата от неизвестността, страха от заразяване, социалната изолация и нарастващото недоверие. Наблюдавах влошаване на състоянието на хронично болни пациенти, както и поява на нови психиатрични разстройства. Взех активно участие в процеса на ваксиниране, давайки личен пример в период, белязан от конспиративни теории и рискови практики. Подкрепях близките на тежко болните, работех рамо до рамо с колеги в една трудна и неясна битка за съхранението на психичното здраве. Този опит показва колко крехка е психологическата устойчивост на обществото при колективни заплахи и колко уязвими остават хората, когато липсва системна подкрепа. Пет години по-късно темата за дългосрочните ефекти на пандемията върху психичното здраве в България остава до голяма степен маргинализирана, сякаш кризата е забравена. Въпреки това аз съм убедена, че последиците продължават да влияят на качеството на живот, емоционалното благополучие и социалното функциониране на населението. Именно тази убеденост, че пандемията е оставила траен психологически отпечатък, който изисква задълбочено изследване и интерпретация, стои в основата на моя дисертационен труд.

I. Теоретична постановка

1.1. COVID-19 (SARS-CoV-2) – същност, етиология, симптоматика и патогенеза

Коронавирусната болест (COVID-19) е инфекциозно заболяване, което е причинено от тежък остър респираторен синдром коронавирус 2 SARS-CoV-2. Установено е, че SARS-CoV-2 е заразен при хората и Световната здравна организация обявява коронавирусна глобална пандемия на 11 март 2020г. Коронавирусите принадлежат към подсемейството *Coronavirinae*, ред *Nidovirales*, и се разделят на четири рода – алфа-, бета-, гама- и делтакоронавируси. До момента са идентифицирани шест коронавируса, които могат да причиняват заболявания при хора, като четири от тях са с епидемичен характер. Геномното секвениране показва, че SARS-CoV-2 е нов бетакоронавирус, асоцииран първоначално с група пациенти с пневмония с неизяснена етиология, регистрирани в гр. Ухан, Китай. Макар точният му произход да остава дискуссионен, доминира хипотезата за зоонозно предаване, като генетичните анализи сочат възможна еволюционна връзка с коронавируса, изолирани при прилепи.

Предаването на инфекцията при хора става основно при близък контакт, чрез респираторни капчици, отделяни при кашляне и кихане. Навлизането на вируса в клетките на гостоприемника се осъществява чрез свързване на вирусния шипов протеин (S протеин) с ангиотензин-конвертиращия ензим 2 (ACE-2), който се експресира върху епителните клетки на дихателните пътища.

Структурно, коронавируса са изградени от четири основни протеина – шипов (S), мембранен (M), обвивен (E) и нуклеокапсиден (N). Сред тях ключово значение има S-протеинът, който посредничи при проникването на вируса в клетката. След свързването с ACE-2 рецепторите, вирусът навлиза в плазмената мембрана, освобождава своя генетичен материал в цитозола и започва процес на репликация. Това включва транскрипция в два полипротеина и синтез на структурни протеини, което води до образуване на нови вирусни частици.

Клиничната картина при инфектирани индивиди най-често включва кашлица, умора, треска, диспнея, пневмония и мускулни болки. Образните изследвания често показват изменения, характерни за вирусна пневмония. Симптоматиката наподобява тази при предишните коронавирусни инфекции (SARS и MERS), което дава на клиницистите ценна база за разбиране на патогенезата на SARS-CoV-2, който често води до развитие на тежки респираторни усложнения, като едно от най-сериозните е синдромът на остър респираторен дистрес (Acute Respiratory Distress Syndrome, ARDS). Това състояние представлява тежко увреждане на белодробната функция, което може да възникне в резултат на различни причини – инфекциозни заболявания, травми или усложнения от медицински процедури. ARDS се характеризира с рязко намалена способност на белите дробове да снабдяват организма с достатъчно кислород, което води до натрупване на течности в алвеолите и критично ниски нива на кислород в кръвта. В тези случаи е необходима спешна медицинска намеса, тъй като хипоксемията може да застраши жизнените функции на всички органи.

Ключов патофизиологичен механизъм при ARDS е т.нар. „цитокинова буря“, представляваща свръхактивиран имунен отговор с масивно освобождаване на провъзпалителни цитокини. Чрез кръвообращението тези медиатори достигат до различни органи и тъкани, предизвиквайки генерализирано възпаление. В комбинация с тежката хипоксемия това може да доведе до полиорганна недостатъчност. Въпреки напредъка в медицината, ARDS продължава да бъде свързан с висока заболеваемост и смъртност, главно поради липсата на специфично етиологично лечение. Прилаганите към момента терапевтични стратегии са насочени основно към поддържащо лечение – механична или немеханична вентилация – но дългосрочните последици за пациентите остават значителни. Това подчертава необходимостта от задълбочени изследвания върху молекулярните и физиологичните механизми на ARDS с цел разработване на таргетирани медикаменти и по-ефективни терапевтични подходи.

В контекста на COVID-19 именно ARDS се очерта като една от най-опасните и често фатални манифестации на заболяването. След като SARS-CoV-2 проникне в организма, той се прикрепя към клетките на горните дихателни пътища, което активира имунен отговор, изразен във възпаление и симптоми като кашлица, болки в гърлото и повишена температура. При част от пациентите вирусът достига до алвеолите, което значително увеличава риска от развитие на ARDS – обикновено около

осмия ден след появата на първоначалните симптоми. Факторите, които повишават вероятността от развитие на ARDS при пациенти с COVID-19, включват напреднала възраст, наличие на захарен диабет и артериална хипертония. Въпреки че през последните години бе постигнат огромен напредък чрез бързото създаване и внедряване на ваксини срещу SARS-CoV-2, клиничната прогноза при COVID-19 остава предизвикателство. Това се дължи на широката вариабилност на симптомите, недостатъчно познатите маркери за генетична предразположеност и появата на нови варианти на вируса, които могат да застрашат постигнатия до момента контрол върху разпространението на заболяването.

1.2. Пандемия – същност и критерии за обявяване на пандемична обстановка. Исторически преглед на здравни кризи в миналото.

Международните здравни правила (International Health Regulations, IHR) представляват основната нормативна рамка за глобална здравна сигурност, действаща от 2007 г. Най-съществен елемент в тяхното приложение е механизмът за обявяване на извънредна ситуация за общественото здраве от международно значение (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC). Това е правна категория, която позволява на Световната здравна организация (СЗО) да координира международния отговор при възникването на заболявания с потенциал за глобално разпространение.

От въвеждането на IHR (2005) до началото на пандемията от COVID-19 са обявени няколко значими PHEIC:

- пандемията от **грип H1N1** (2009 г.);
- **Ебола** – както в Западна Африка (2013–2015 г.), така и в Демократична република Конго (2018–2020 г.);
- **полиомиелит** (от 2014 г. и до днес);
- **Зика** (2016 г.);
- **COVID-19** (2020 г.).

Сред тях полиомиелитът се отличава като най-продължителното PHEIC на XXI век, а Зика остава първото арбовирусно заболяване, признато в тази категория. Въпреки че и други възникващи инфекции са имали сериозно въздействие върху общественото здраве, те не са били официално обявени за PHEIC.

Отговорността за вземане на решение относно обявяване на PHEIC принадлежи на генералния директор на СЗО, който се консултира с Комитета за извънредни

ситуации към IHR. Този комитет включва експерти, подбрани на основата на професионална компетентност, географско представителство и баланс между половете. Той дава препоръки за временно въвеждане на здравни мерки, насочени към ограничаване на международното разпространение на заболяването и минимизиране на ненужните пречки пред глобалния транспорт и търговия. Такива препоръки подлежат на задължителен преглед на всеки три месеца.

Съгласно IHR, държавите-членки на СЗО имат задължението да докладват в рамките на 24 часа при наличие на събитие, което потенциално би могло да бъде класифицирано като PHEIC. Информация за огнища може да бъде подадена както официално, така и чрез неформални канали. Правилата определят конкретни заболявания, които автоматично подлежат на уведомяване – например SARS, едра шарка, див тип полиомиелит и всеки нов подтип на човешкия грип.

В този контекст COVID-19 се превръща в петата документирана пандемия след грипната пандемия от 1918 г. Първите случаи на пневмония с неизвестна етиология са докладвани на 31 декември 2019 г. в Ухан, Китай. Само седмица по-късно, на 7 януари 2020 г., китайските здравни власти идентифицират нов коронавирус – първоначално наречен 2019-nCoV – като причинител. До септември 2021 г., по-малко от две години след началото на епидемията, в световен мащаб са регистрирани над 200 милиона лабораторно потвърдени случая и повече от 4,6 милиона смъртни изхода, което подчертава безпрецедентния характер на пандемията. През първите месеци след появата на COVID-19 глобалните здравни власти, държавните институции и обществото като цяло изпитват несигурност относно начина на разпространение на заболяването и неговото въздействие върху ежедневието.

На 1 март 2020 г. Организацията на обединените нации (ООН) освобождава 15 милиона щатски долара от Фонда за извънредни ситуации с цел подпомагане на международния отговор на пандемията. Само седмица по-късно, на 7 март, броят на потвърдените случаи надхвърля 100 000, а на 11 март Световната здравна организация (СЗО) официално обявява COVID-19 за пандемия. За кратко време заболяването прераства от локален здравен проблем, концентриран първоначално в Китай, в глобална извънредна ситуация, засягаща всички континенти. В отговор на кризата държавите въвеждат строги ограничителни мерки. През март 2020 г. започват да

действат политики за социално дистанциране, забрани за пътуване и препоръки за засилена лична хигиена, включително правилни техники за миене на ръце. Въпреки това тези мерки се разглеждат преди всичко като средство за временно забавяне на разпространението на вируса, а не като трайно решение. Учените бързо се обединяват около становището, че разработването на ваксина е ключът към преодоляване на пандемията.

Първите клинични изпитвания върху хора започват на 17 март 2020 г. с ваксината на Moderna (mRNA-1273). През ноември същата година резултатите от изпитванията на ваксините Pfizer/BioNTech и Moderna показват над 90% ефективност. Скоро след това, на 23 ноември 2020 г., Оксфордският университет и AstraZeneca обявяват създаването на своя ефективна ваксина. На 31 декември 2020 г. СЗО издава първото си спешно разрешение за употреба (Emergency Use Listing, EUL) за ваксината Pfizer/BioNTech, което я прави първата официално валидирана ваксина срещу COVID-19. Това представлява решаваща стъпка към осигуряване на глобален достъп до ваксини. Впоследствие ваксините на Moderna и Oxford/AstraZeneca също получават одобрение, а националните програми за имунизация се разгръщат в пълен мащаб.

Към 27 април 2021 г. в световен мащаб вече са приложени над 1 милиард дози ваксини срещу COVID-19. Този процес се утвърждава като критичен фактор за овладяване на пандемията, ограничаване на бъдещи огнища и възстановяване на социалния и икономическия живот.

1.3. Първични психологически реакции при здравна криза (пандемия)

Въпреки напредъка в разбирането на протичането на COVID-19 и въвеждането на широк набор от превантивни мерки, в условията на всяка здравна криза ясно се очертават групи от населението, които са значително по-уязвими и изложени на повишен риск. На първо място сред тях се открояват хората в напреднала възраст (над 65 години). При тях комбинацията от естествени физиологични промени, натрупани хронични заболявания и отслабен имунен отговор създава предпоставки за по-тежко протичане на инфекцията, както и за повишена смъртност. Следващата критична категория включва имунокомпрометираните лица – както тези с вродени или придобити заболявания на имунната система, така и пациентите, които приемат

имуносупресивни медикаменти, например след трансплантация или при автоимунни заболявания.

Наред с медицинските уязвимости, тези групи демонстрират и по-интензивни първични психологически реакции в отговор на заплахата. Естествените реакции на несигурност се проявяват под формата на страх и тревожност, които често се усилват от осъзнаването на реалната опасност за живота. В началните етапи на пандемията сред възрастните хора и хронично болните често се наблюдава дезориентация и объркване, породени от непрекъснатия поток информация и противоречиви съобщения в медиите. За част от индивидите това води до отрицание и минимизиране на риска – механизъм за самозащита, който временно намалява усещането за стрес, но може да доведе до пренебрегване на мерките за безопасност.

Други проявяват епизоди на паника и импулсивни действия – например прекомерно запасяване с медикаменти и хранителни продукти или избягване на всякакъв социален контакт дори извън наложените ограничения. В същото време, тъй като кризата засяга най-дълбоките чувства за сигурност, уязвимите групи често прибегват до търсене на социална подкрепа – от близки, от здравни специалисти или от религиозната и местна общност. Тази реакция се разглежда като адаптивна и е доказано, че може да смекчи негативния ефект от психичния стрес.

Когато обаче тревожността е продължителна и интензивна, често настъпва феноменът на емоционална притъпеност – временно „изключване“ или намаляване на чувствителността към стресовите стимули. Това е своеобразна форма на психологическа самозащита, която позволява на индивида да се справя със свръхнатоварването, но в дългосрочен план може да доведе до социална изолация и депресивни състояния.

По този начин взаимодействието между медицинските рискове и психологическите реакции при възрастни хора и имунокомпрометирани пациенти очертава сложна картина на уязвимост. То подчертава необходимостта от интегрирани интервенции, които да съчетават физическа защита и медицинска грижа с психологическа подкрепа и стратегии за справяне със стреса.

Хората извън рисковите групи – млади и здрави индивиди – също преживяват значителен емоционален дистрес. При тях най-често се наблюдават реакции на несигурност, повишена тревожност и чувство за загуба на контрол, които могат да доведат до временни нарушения в съня, раздразнителност и намалена концентрация.

Една от основните първични реакции сред общата популация е страхът от неизвестното – опасения относно бъдещето, социално-икономическата стабилност и потенциалното заразяване на близки. В първите месеци на пандемията се регистрират масови прояви на паническо поведение, като например прекомерното запасяване с храни и медикаменти, което представлява импулсивна стратегия за възстановяване на усещането за сигурност. Същевременно в значителна част от хората се наблюдава социална хиперсензитивност – повишена чувствителност към поведението на околните и засилено търсене на социална подкрепа чрез дигитални средства за комуникация.

Емпирични данни в подкрепа на тези наблюдения предоставя изследване на Wang et al. (2020), проведено в Китай през първите седмици след обявяването на пандемията. Авторите установяват, че над 50% от анкетираните съобщават за умерено до тежко психологическо въздействие от ситуацията, като най-честите реакции са тревожност, симптоми на депресия и стрес. Интересно е, че въпреки че младите хора обективно са изложени на по-нисък медицински риск в сравнение с възрастните, именно при тях се отчита по-високо ниво на психологическа реактивност, вероятно поради социалната изолация, ограничените възможности за социализация и несигурността относно образованието и професионалното развитие.

Тези резултати показват, че първичните психологически реакции при здравни кризи са универсални, но тяхната интензивност и проявление се модулират от възраст, социален статус и житейски обстоятелства. Докато уязвимите групи реагират по-силно поради реалната опасност за физическото им оцеляване, общата популация демонстрира високи нива на тревожност и стрес, произтичащи най-вече от социални и икономически несигурности.

1.4. Теории за стреса - физиологични и психологични механизми и реакции на стрес

Понятието за стрес и неговите физиологични измерения за първи път получава систематична интерпретация благодарение на канадския ендокринолог Ханс Селие (1907–1982). През 40-те години на XX век той описва универсален модел на реакция към стресови въздействия, според който организмът реагира по сходен начин независимо дали стимулът е положителен или отрицателен. Експерименталните му изследвания започват още през 1926 г., когато като млад студент по медицина провежда опити върху лабораторни мишки. Подлагайки животните на различни стресори – топлина, студ, травми, бактериални инфекции и токсични екстракти – той наблюдава еднотипни промени, които дефинира като „синдром на стереотипния отговор“. В тези процеси ключова роля има оста хипоталамус – хипофиза – надбъбречна жлеза (HPA axis), водеща до повишена секреция на кортикостероиди (адреналин и кортизол).

Физиологичните изменения, които Селие документира – атрофия на тимуса и лимфните възли, стомашно-чревни язви, хиперактивност на надбъбречните жлези и потискане на възпалителните реакции – свидетелстват за мобилизация на организма в условия на заплаха. Въз основа на тези наблюдения той формулира модела за Общ адаптационен синдром, който протича в три етапа:

1. **Фаза на тревога**, при която организмът мобилизира ресурсите си;
2. **Фаза на съпротива**, когато се активират адаптивни механизми;
3. **Фаза на изтощение**, настъпваща при продължителен или интензивен стрес, когато ресурсите са изчерпани.

Теорията на Селие оказва огромно влияние върху развитието на биологията, физиологията, медицината и психологията. В началото на 90-те години ендокринологите доказват, че стресът може да посредничи между околната среда и генетичния апарат, мобилизирайки латентна генетична изменчивост и улеснявайки адаптацията. Въпреки значимите си приноси, моделът на Селие често е критикуван заради прекомерното акцентирание върху физиологичните реакции и недостатъчното внимание към когнитивните и психичните процеси.

В тази посока съществен принос има Ричард Лазарус, създател на транзакционната теория на стреса. Той подчертава, че смесването на физиологични и психични нива може да доведе до неправилно разбиране на феномена, тъй като една и съща физиологична реакция може да произтича както от физически, така и от психологически фактори. Когнитивният подход, който Лазарус развива, поставя в центъра оценката на ситуацията и субективното възприятие. Според него процесът на стрес включва няколко ключови етапа:

- възприемане на ситуацията (реалистично или изкривено);
- оценка на значимостта и степента на заплахата;
- преценка на собствените ресурси за справяне и избор на реакция.

В този смисъл Лазарус определя стреса като динамична транзакция между индивида и средата, при която изискванията на ситуацията надвишават личните ресурси и застрашават психичното благополучие. Когнитивната перспектива подчертава ролята на предишния опит, вярванията и индивидуалните интерпретации, които определят дали дадено събитие ще се възприеме като заплашително и какви емоционални и поведенчески реакции ще предизвика.

1.5. Качество на живот като психологичен конструкт

Световната здравна организация (СЗО) дефинира здравето като „*състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не просто отсъствие на болест или недъг*“. В Конституцията на СЗО изрично се подчертава, че достъпът до най-високия постижим стандарт на здраве е основно право на всяко човешко същество, независимо от неговата раса, религия, политически убеждения, социален или икономически статус.

Концепцията за качество на живот надхвърля традиционните медицински представи за здраве и включва взаимодействието между външните условия на живот, индивидуалните ценности и степента на лично удовлетворение. В основата ѝ стои субективното възприятие на индивида за неговия статус в рамките на културата и социалния контекст, към които принадлежи. Както отбелязва СЗО (1995), качеството на живот обхваща оценката на собственото положение спрямо личните цели, очаквания и приоритети, включително фактори, свързани с психично здраве, автономност и социални взаимоотношения.

Когато говорим за свързаното със здравето качество на живот (Health-Related Quality of Life, HRQoL), акцентът пада върху възприятието на индивида за влиянието на заболявания, наранявания, лечение или здравни политики върху ежедневно функциониране и социалните възможности. Това понятие измерва не само продължителността на живота, но и неговата „стойност“ в контекста на физическите, психичните и социалните ограничения. На практика HRQoL отразява степента на удовлетвореност или неудовлетвореност от различни аспекти на живота.

Изследователите обикновено разграничават четири основни измерения на качеството на живот:

- две обективни – общо здравословно състояние и функционален статус, както и социално-икономическо положение;
- две субективни – удовлетвореност от живота и самочувствие.

В този контекст положителното здраве може да се разглежда като способността на индивида да се справя със стресови ситуации, да поддържа устойчива система от социална подкрепа, да бъде интегриран в общността и да съхранява високо ниво на морал, психологическо благополучие и физическа кондиция.

1.6. Световен изследователски опит в изследването на психологическите последици от COVID-19 пандемията

Съществуват доказателства, че пандемията увеличава риска както от поява на нови психиатрични симптоми при лица без предишни диагнози, така и от обостряне на вече съществуващи разстройства. Докладвани са широк спектър от прояви – от депресия, тревожност и панически атаки, до симптоми на посттравматично стресово разстройство (ПТСР), психотични епизоди и дори суицидни мисли. Особено засегнати са здравните работници, които поради постоянния контакт с болни, изтощението и социалната стигма изпитват високи нива на стрес и прегаряне.

Блокирането и мерките за социално дистанциране значително променят ежедневието на индивида. Ограничаването на социалните контакти, работата от дома и липсата на ясна информация в началото на кризата водят до чувство на несигурност, тъга, апатия, нарушен сън и проблеми с концентрацията. Въпреки това се наблюдават и

положителни ефекти: дигиталните технологии и онлайн комуникацията улесняват поддържането на социални връзки, а за някои хора карантината създава възможност за реорганизация на ежедневието и по-добро управление на времето.

Особено уязвима група са пациентите с биполарно афективно разстройство. Проучванията показват леко нарастване на хипоманийните епизоди по време на първите месеци на локдауна, макар че значими депресивни обострения не са установени. Това се обяснява с предишен опит в справянето със социална изолация и известна адаптивност към ограниченията. Все пак съществуват данни, че екзогенни фактори като инфекции (включително COVID-19), медикаменти или неблагоприятни житейски събития могат да провокират вторична мания при генетично предразположени индивиди.

Карантинните мерки, въведени в хода на пандемията, оказаха далеч по-силно въздействие върху психичното здраве, отколкото върху физическото благополучие на хората. Масовата изолация, наложена чрез национални блокирания, предизвика у много индивиди състояния на страх, тревожност, чувство за безнадеждност и социална дезориентация. Тези реакции се изостряха в контекст на икономически несигурности, ограничен достъп до основни потребности и противоречиви информационни потоци, особено в началните етапи, когато социалните медии и новинарските канали често засилваха усещането за риск и паника.

Предходни здравни кризи вече са показвали, че психичните последици от карантината могат да бъдат не само моментни, но и трайни. Така например, след пандемията от 2009 г. част от здравните работници продължават да проявяват симптоми на посттравматичен стрес години след преживяната изолация. Подобни резултати се наблюдават и в Австралия по време на епидемията от конски грип, когато близо една трета от хората, поставени под карантина, развиват изразени психични разстройства. Продължителността на изолацията е ключов фактор – колкото по-дълго е ограничението, толкова по-висок е рискът от задълбочени симптоми на тревожност, депресия, безсъние или обесивно-компулсивно поведение.

Особено уязвими в този контекст се оказват лицата с вече съществуващи психиатрични диагнози. Две национални кохортни проучвания от САЩ ясно

подчертават това. Първото, базирано на анализ на данни от над 61 милиона пациенти, установява, че хора с наскоро поставени психиатрични диагнози – най-вече депресия и шизофрения – имат значително по-висок риск както от заразяване със SARS-CoV-2, така и от тежко протичане на инфекцията. Резултатите показват по-висока честота на хоспитализации и по-голяма смъртност в сравнение с пациенти без психиатрични разстройства. Второто проучване, проведено от Nemanі и колеги, разглежда връзката между психиатричните заболявания и смъртността при COVID-19. То демонстрира, че разстройствата от шизофрениния спектър представляват независим рисков фактор за летален изход, дори след отчитане на демографски и медицински особености. За разлика от тях, разстройствата на настроението и тревожните разстройства не показват статистически значима връзка със смъртността. Сумирани заедно, тези изследвания подчертават необходимостта психиатричните заболявания да се разглеждат като важен модифициращ фактор в прогнозата на COVID-19. Това има пряко отражение върху клиничната практика, където уязвимите групи следва да получават приоритетна подкрепа и специфични стратегии за превенция и лечение в условия на глобална здравна криза.

1.7. Методологии, политики и препоръки за превенция на психични заболявания, вследствие от COVID-19 в международния опит до момента

Световната здравна организация (СЗО) акцентира върху необходимостта от развитие на услуги за психично здраве в общността като основен елемент от устойчивите здравни системи. Подобен подход цели не само да осигури достъп до специализирана помощ, но и да интегрира психичното здраве в ежедневната социална среда на хората. В този контекст особено ефективни се оказват различни модели на интервенции, сред които: програми за обхват на общността, групи за взаимопомощ и обществени центрове за психично здраве. Тези инициативи насърчават социалната свързаност и намаляват стигмата около психичните разстройства, като същевременно създават условия за ранна профилактика и достъпно лечение. Ролята на общностните услуги е особено значима в селските и по-слабо урбанизирани региони, където често има недостиг на специалисти и ограничена здравна инфраструктура. Чрез изграждането на локални мрежи за подкрепа се компенсират структурните дефицити и се създават устойчиви модели за подпомагане на уязвими групи.

В допълнение към традиционните форми на подкрепа, пандемията ускори внедряването на телемедицината и мобилните здравни технологии като алтернативен канал за предоставяне на психиатрични и психологически услуги. Дистанционните консултации, онлайн терапевтични сесии и дигиталното проследяване на симптоми позволяват по-широк обхват и по-гъвкаво управление на състояния като тревожност и депресия. Емпиричните изследвания сочат, че интервенциите, базирани на телемедицина, имат потенциал да редуцират психологическия дистрес и да улеснят достъпа до професионална помощ, особено в условия на кризи или ограничена мобилност.

В България също се наблюдава активизиране на подобни практики в периода на пандемията. Част от психолозите и психотерапевтите пренасочиха дейността си към онлайн платформи, използвайки видеоконференции и мобилни приложения за поддържане на терапевтичния процес. Националният център по обществено здраве и анализи, съвместно с Министерството на здравеопазването, създаде телефонни линии за психологическа подкрепа, насочени както към общото население, така и към медицинския персонал. Освен това неправителствени организации и университетски структури организираха безплатни кризисни консултации за хора, засегнати от социалната изолация и стреса. Макар тези инициативи да бяха временни и фрагментирани, те поставиха основа за по-широко приложение на дистанционните и общностни услуги в психичното здравеопазване у нас.

Следователно комбинираният модел между общностни услуги и дигитални технологии може да бъде ключова стратегия за устойчиво развитие на психично-здравните грижи и в България. Той би осигурил не само по-равнопоставен достъп до психологическа подкрепа в отдалечени региони, но и би спомогнал за дългосрочна интеграция на психичното здраве в системата на общественото здравеопазване.

II. Организация на емпиричното изследване

Изследването се акцентира върху ключови характеристики на периода след края на COVID-19 пандемията, когато обществото постепенно се възстановява от нейните социални, икономически, здравни и културни последици. Изследването акцентира върху психичното здраве и корелацията му с качеството на живот.

2.1. Цел на емпиричното изследване

Целта на настоящото дисертационно изследване е да се анализират различни аспекти и дименсии на психичното здраве и качеството на живот сред българската популация в условията на постпандемичната реалност. Под „постпандемичен период“ се разбира времето след отшумяването на глобалната COVID-19 криза, когато обществото постепенно се адаптира към социалните, икономическите, здравните и културните последици от нея.

Фокусът на изследването е насочен към няколко ключови характеристики на този преходен период:

- **Социална адаптация** – трансформации в ежедневието, начина на живот, трудова организация и модели на общуване, включително навлизането на хибридните форми на работа и засилената роля на дигиталните платформи;
- **Психично здраве** – повишен интерес към справянето със стреса, тревожността и други психологически предизвикателства, възникнали вследствие на изолацията и несигурността по време на пандемията;
- **Здравни уроци** – укрепване на капацитета на системите за обществено здраве и подобряване на готовността за справяне с бъдещи епидемиологични и здравни кризи.

2.2. Задачи на емпиричното изследване

Настоящото изследване си поставя следните организационни и изследователски задачи с цел проверката на издигнатите хипотези:

Задача 1: Да се проучи и анализира достъпната литература, свързана с разглежданата проблематика, с цел подбор на методики за изследване на психичното здраве и качество на живот сред българската популация.

Задача 2: Да се предприемат и извършат процедури по адаптирането на подобрите чуждоезични методики, което да позволи и подпомогне прилагането им в български условия.

Задача 3: Да се изготви анкетна карта в електронен вариант, която да се разпространи сред потенциални изследвани лица, и данните, събрани от тях, да бъдат въведени, обработени и подложени на последващи статистически анализи.

Задача 4: Да се установи пригодността за използване на подобрения инструментариум в български условия чрез проверка на психометричните характеристики и факторната структура на методиките за изследване на психичното здраве и качество на живот сред българската популация.

Задача 5: Да се установи дали демографски фактори като пол, възраст, местоживеене, формат на работа имат отношение към психичното здраве и качество на живот на изследваната извадка.

Задача 6: Да се установи дали има статистически значима разлика в резултатите на ваксинираните лица спрямо неваксинираните по отношение на психичното здраве и устойчивост.

Задача 7: Да се установи дали загубата на близък или субективното преживяване за самота са фактори за влошаване на психичното здраве след пандемията за изследваните лица.

Задача 8: Да се провери значението на психотерапията като важен инструмент за справяне с първичните психологически реакции при здравна криза (пандемия), както и протрахираните психопатологични процеси в постпандемичен период.

Задача 9: Да се провери дали са актуални конспиративните нагласи на българите към SARS-CoV-2, както и към здравните служби в постпандемичен период.

Задача 10: Да се проверят допусканията, че факторите "семеино положение" и "финанси" са статистически значими за психичното благополучие и качество на живот на изследваните лица.

Задача 11: Да се потвърди или отхвърли корелацията между психичното здраве след пандемията и качеството на живот на лицата от извадката.

Задача 12: Да се анализират получените емпирични данни чрез статистически методи за установяване на връзки между пандемията и качеството на живот, да се интерпретират в контекста на текущите научни знания и специфичните особености на българската куртурна и социална среда.

Задача 13: Да се направят препоръки за политики, насочени към подобряване на качеството на живот и справяне с психологическите последици от пандемията.

2.3. Методи на изследване

За целите на дисертационното изследване върху качеството на живот и психологическите последици от COVID-19 сред българската популация, в съответствие с поставените задачи, формулираната цел и изведените хипотези, бе използвана батерия от клинични въпросници.

1. **The COVID-19 Pandemic Mental Health Questionnaire (CoPaQ, 2020)**, който обхваща широк спектър от психосоциални показатели, свързани с пандемията, и е приложим при различни извадки. Първоначално публикуван в платформата *Open Science Framework* (Rek et al., 2020) на немски и английски език през април 2020 г., въпросникът бързо добива популярност в международната научна общност. Впоследствие е преведен на редица езици – испански, хърватски, португалски, гръцки, унгарски, корейски, непалски, чешки и румънски – което свидетелства за неговата добра приложимост и надеждност в различни културни контексти (Rek et al., 2021; Jain et al., 2021). Настоящата дисертация представя първото официално лицензирано

професионално превеждане на инструмента на български език и неговото използване в научно изследване.

Макар инструментът да не е формално адаптиран към българската действителност, световният опит сочи задоволителна надеждност и валидност в различни популации. Първоначалните психометрични характеристики са изследвани през 2021 г. върху 511 неклинични лица и 113 психиатрични пациенти, като резултатите показват адекватна факторна структура, вътрешна консистентност и добра валидност. Изследователски факторни анализи (EFA) върху неклиничната извадка и последващи потвърдителни факторни анализи (CFA) с данни от 10-седмично проследяване демонстрират надеждност на инструмента във времето. Вътрешната консистентност е проверена чрез коефициентите на McDonald's Omega и Cronbach's Alpha.

CoPaQ е разработен от мултидисциплинарен екип от психиатри и клинични психолози, които интегрират опита си от работа с DSM-5, съществуващи епидемиологични мерки и клинични наблюдения върху най-често регистрираните психиатрични симптоми при COVID-19 пациенти. Всеки въпрос е бил оценен за съдържателна валидност от независими експерти. Инструментът комбинира елементи от добре познати въпросници, насочени към измерване на депресия, тревожност, стрес, параноидност, качество на живот, усещане за самота и психологическа устойчивост. Съществуват три версии на въпросника (дълга, средна и кратка); в рамките на настоящото изследване е приложена дългата версия, чийто времеви диапазон за попълване е около 20 минути.

Въпросникът интегрира компоненти от редица утвърдени инструменти, сред които:

- **DASS-21** (депресия, тревожност, стрес);
- **R-GPTS** (параноидни мисли);
- **WHO-5** (качество на живот);
- **UCLA** (усещане за самота);
- **SNI** (индекс на социална мрежа);
- **CTQ-SF** (детска травма);
- **BRS** (устойчивост);
- **PTQ** (персистентни негативни мисли).

Първата част на въпросника включва демографска информация, COVID-19 статус към момента на попълване, рискови фактори, трудова и здравноосигурителна ситуация, както и анамнеза за психиатрични заболявания. Последващите раздели изследват широк кръг конструкти, свързани с пандемията: тревожност от замърсяване (9 въпроса), придържане към противоепидемични мерки (29 въпроса), психично-здравна симптоматика (25 въпроса), стратегии за справяне (12 въпроса), стресови фактори (29 въпроса), междуличностни конфликти (5 въпроса), използване на социални медии (7 въпроса), институционално доверие (6 въпроса), параноидни нагласи (5 въпроса), конспиративни вярвания (7 въпроса) и социална кохезия (6 въпроса). Въпросите са самооценъчни и се отговаря чрез петстепенна Ликертова скала (0 = „Изобщо не“, до 4 = „Много“), като се оценяват състоянията в момента на попълване и за период от предходните две седмици.

Приложението на CoPaQ за първи път в българска извадка предоставя възможност за оценка на дългосрочните ефекти от пандемията върху психичното здраве. Освен като изследователски инструмент, той може да бъде използван като скрининг за идентифициране на рискови групи както сред пациенти с психиатрична анамнеза, така и в общата популация. Това го прави ценен ресурс при потенциални бъдещи пандемични ситуации и при разработването на практики за превенция и интервенция на остри психологически реакции.

2. **Quality of Life Inventory (QoLI)**, разработен през 1994 г., първоначално е конструиран за приложение в медицински контекст и е стандартизиран върху извадка от населението на САЩ. Впоследствие инструментът получава широко разпространение и днес се използва както в клинични, така и в изследователски проекти. Теоретичната основа на въпросника стъпва върху концепцията на Frisch за качеството на живот (Frisch, 1994), според която това понятие се приравнява до удовлетворението от живота като цяло.

Методиката обхваща 16 различни домейна, които отразяват ключови сфери на човешкото съществуване: здраве, самочувствие, цели и ценности, финансово състояние, работа, свободно време и игра, учене, творчество, оказване на помощ, любов, приятелства, деца, родственици, дом, квартал и общност.

Оценяването се извършва на два етапа. В първия участниците определят значимостта на всяка област за тяхното щастие по тристепенна скала: 0 = „не е важно“, 1 = „важно“ и 2 = „изключително важно“. Във втория етап те оценяват собственото си удовлетворение от всеки домейн по седемстепенна скала – от -3 („изключително недоволен“) до +3 („изключително доволен“). Общият резултат се изчислява чрез умножаване на оценката за значимост по степента на удовлетворение във всяка сфера, след което се формира средна стойност за всички 16 домейна.

Frisch (1994) съобщава резултатите от стандартизационно проучване с 798 възрастни респонденти от 12 щата в САЩ, съответстващи максимално на демографските показатели от преброяването през 1990 г. Данните показват добри психометрични характеристики на QoLI:

- **Вътрешна консистентност:** $\alpha = 0.79$;
- **Тест-ретест надеждност:** при подизвадка от 55 участници, повторно тествани след средно 14,4 дни ($SD = 3.9$), $r = 0.73$, $p < 0.001$;
- **Критериална валидност:** установени са значими връзки между QoLI и общата психопатология, депресията и тревожността (Frisch et al., 1994; Frisch, Cornell & Villanueva, 1992);
- **Прогностична валидност:** резултатите от QoLI предсказват академично задържане в рамките на 1–3 години, както самостоятелно, така и в комбинация с академичен успех;
- **Чувствителност към лечение:** инструментът демонстрира висока чувствителност при проследяване на резултати от терапия при различни психични състояния, включително депресия и тревожни разстройства, като отразява подобрения, съпоставими с резултатите от директни клинични измерители.

3. **Social Embeddedness Scale (SE)** е психологически инструмент, предназначен за оценка на степента на интеграция на индивида в неговата социална мрежа. Чрез него се измерват както честотата и интензивността на социалните взаимодействия, така и доверието, получаваната емоционална подкрепа и субективното усещане за принадлежност. SE е третият клиничен въпросник, използван в изследването. Концептуалната рамка на скалата е базирана на теорията за социалната интеграция, която акцентира върху значимостта на социалните връзки за психичното благополучие и общото качество на живот.

Инструментът съдържа твърдения, оценявани по петстепенна Ликертова скала (от 1 = „напълно не съм съгласен“ до 5 = „напълно съм съгласен“). Основните измервани домейни включват:

- честота на социалните взаимодействия;
- качество на междуличностните връзки;
- наличието и интензитета на социалната подкрепа;
- преживяване на принадлежност към група или общност.

Данните от международни изследвания показват висока надеждност на инструмента: вътрешната консистентност е в диапазона $\alpha = 0.85 - 0.92$, което свидетелства за хомогенност на въпросите, а тест-ретест надеждността надхвърля $r = 0.80$, потвърждавайки стабилността на резултатите във времето. Валидността на скалата е подкрепена чрез силни корелации с утвърдени методики за социална подкрепа и социална изолация, като Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS). Високата критериална валидност е демонстрирана чрез връзките на SE с показатели за психично благополучие и удовлетвореност от живота.

Макар все още да не е официално стандартизирана за България, скалата е приложима поради универсалния характер на измерваната концепция – социалната вградимост. Културните особености на българското общество, в което семейството се явява основен източник на подкрепа, я правят особено релевантна. В допълнение, в по-малките населени места общностните връзки играят ключова роля за усещането за принадлежност. В този контекст SE позволява да се изследват както количествените характеристики на социалните контакти, така и тяхната субективна значимост.

COVID-19 пандемията доведе до сериозни ограничения в социалните взаимодействия и изолация на индивидите, което прави измерването на социалната вградимост особено важно за оценка на психичното здраве и качеството на живот в постпандемична обстановка. Методиката е приложима в широки демографски групи – млади хора, възрастни, жители на градски и селски райони – и може да се използва както в социални и здравни, така и в образователни изследвания. Включването ѝ в настоящото проучване предоставя възможност за адаптация и валидиране на инструмента в български контекст, като по този начин се обогатява националната научна литература по темата.

Таблица 1. Въпросници за изследване на психологическите последици и качеството на живот след COVID-19

Въпросник	Какво измерва	Причина за приложимост при COVID-19	Психометрични качества	Специфични предимства
CoPaQ (COVID-19 Pandemic Mental Health Questionnaire)	Депресия, тревожност, стрес, параноидност, самота, социална подкрепа, устойчивост, конспиративни вярвания, доверие в институциите	Създаден специално за пандемията; обхваща широк спектър от психосоциални реакции, свързани с COVID-19	Вътрешна консистентност (α , Ω); факторна структура (EFA/CFA); надеждност във времето	Първо приложение в България; скрининг за рискови групи; културна адаптивност
Quality of Life Inventory (QoLI)	16 домейна: здраве, финанси, работа, социални връзки, семейство, дом, общност и др.	Оценява субективното качество на живот, засегнато от пандемията (здраве, финансова сигурност, социални връзки)	Вътрешна консистентност ($\alpha=0.79$); тест-ретест $r=0.73$; критериална и прогностична валидност	Улавя промени след терапия; подходящ за клинични и изследователски цели; международно валидиран
Social Embeddedness Scale (SE)	Честота и качество на социални взаимодействия, социална подкрепа, принадлежност	Социалната изолация е ключов фактор в пандемията; измерва степента на интеграция и подкрепа	Висока надеждност ($\alpha=0.85-0.92$; $r>0.80$); валидност чрез корелации с MSPSS	Универсална концепция; приложима и в България; особено релевантна за по-малки населени места и семейни общности

2.4. Статистически анализ

Обработката на емпиричните данни е осъществена чрез статистическия пакет **SPSS (версия 23)**, както и с помощта на езика за програмиране **Python** (библиотеки *pandas*, *scipy*, *matplotlib*, *seaborn*), което позволява по-голяма гъвкавост при анализа и визуализацията на резултатите.

2.4.1. Дескриптивна статистика.

За описване на извадката и основните изследвани променливи са изчислени средни стойности, стандартни отклонения и честотни разпределения. Освен това са представени вариационни анализи на демографските характеристики. Данните са визуализирани чрез кръгови и стълбовидни диаграми, което допринася за по-ясното представяне на разпределението по ключови показатели.

2.4.2. Тестове за значимост на разликите.

За да се установят различия между групи, са приложени:

- **t-тест на Стюдънт за независими извадки (Independent Samples T-Test)** – използван при сравнение на две групи (например мъже и жени, ваксинирани и неваксинирани);
- **Еднофакторен дисперсионен анализ (ANOVA)** – за проверка на различия между повече от две групи (например възрастови категории);
- **Непараметричен тест на Крускал–Уолис** – приложен в случаите, когато не са изпълнени предпоставките за нормално разпределение.

2.4.3. Тестове за нормалност.

За да се провери дали изследваните количествени променливи следват нормално разпределение, е използван **тестът на Колмогоров–Смирнов**.

2.4.4. Корелационен анализ.

Връзките между основните психологически конструкти са изследвани чрез **коефициента на Пирсън (Pearson's r)**. Допълнително е изготвена корелационна матрица, позволяваща да се визуализират асоциациите между различните измерения на психичното здраве и качеството на живот.

2.4.5. Регресионен анализ.

За да се установи влиянието на различни социално-демографски и икономически фактори върху психичното благополучие, са приложени два типа модели:

- **множествена линейна регресия** – за оценка на влиянието на независими променливи като семейно положение и финансово състояние върху показателите за психично здраве;
- **логистична регресия** – за определяне на предиктори на поведенчески промени, свързани със здравни навици след пандемията.

2.5. Хипотези

Хипотеза 1: Допуска се, че ваксинираните лица ще покажат по-добро психично здраве и устойчивост след периода на пандемията от COVID-19.

Хипотеза 2: Допуска се, че изследваните лица живеещи в по-големите населени места ще покажат по - добро качество на живота в контекста на постпандемична обстановка.

Подхипотеза 2.1 : Допуска се, че мъжете в извадката ще отчетат по - добро психично здраве спрямо жените.

Хипотеза 3: Предполага се, че лицата, които работят в онлайн или хибриден формат ще страдат от влошено психично здраве след пандемията от COVID-19.

Хипотеза 4: Предполага се, че изследваните лица ще отчетат недоверие към здравните служби.

Подхипотеза 4.1: Допуска се, че изследваните лица ще имат изразени конспиративни вярвания и нагласи относно пандемията от COVID-19.

Подхипотеза 4.2: Предполага се, че изследваните лица, които са загубили близък през пандемията, ще отчетат влошено психично здраве и преживяване за самота, както и негативни нагласи към системата на здравеопазване.

Хипотеза 5: Допуска се, че към момента на настоящото изследване, участниците не показват негативни нагласи и страх от вируса на SARS-CoV-2.

Хипотеза 6: Допуска се, че съществува корелация между психичното здраве след пандемията и качеството на живот на изследваните лица.

Подхипотеза 6.1: Предполага се, че изследваните лица ще отчетат влошаване в качеството си на живот след пандемията от COVID-19.

Подхипотеза 6.2: Допуска се, че изследваните лица, които провеждат или са провеждали психотерапия поради психични проблеми, свързани с пандемията, ще отчетат по-добро психично здраве, в сравнение с тези, които не са.

Подхипотеза 6.3: Предполага се, че факторите "семейно положение" и "финанси" ще бъдат водещи за психичното благополучие и качество на живот на изследваните лица.

Хипотеза 7: Допуска се, че изследваните лица ще отчетат промяна в поведения, които касаят здравето им (редовно миене на ръцете, дезинфекция, профилатични медицински прегледи) след пандемията.

2.6. Участници в изследването

Изборът на широка и разнородна извадка е обусловен от необходимостта да се изследват многопластовите ефекти на пандемията COVID-19 върху българската популация. Включването на различни демографски и социални групи позволява :

Разкриване на различията : Пандемията е повлияла различно на различни социални групи. Например, възрастните хора са били по – засегнати в здравен план, докато младите хора са изпитали по – сериозни психологически и социални последици.

Разнообразие на преживяванията : Лица с различен социално – икономически статус ще предоставят информация за това как пандемията е повлияла на хората с различен достъп до ресурси и възможности за адаптация.

Национална приложимост : Изследването ще осигури данни, които са представителни за българската популация, като се отчитат географските, социалните и демографските различия.

В проучената извадка са включени изследвани лица с личен опит с пандемията, които : са преболедували COVID-19; са имали близки, които са били заразени или починали вследствие на вируса; не са имали пряк опит със заболяването, но са били засегнати от социалните и икономически последици; ваксинирани / неваксинирани лица.

В изследването са включени 150 изследвани лица с разнообразни демографски профили, с цел осигуряване на представителност и възможност за анализ на влиянието на COVID-19 върху различни социални групи .

Демографските характеристики, които са изследвани, включват:

Възраст : Изследваните лица са разпределени в следните възрастови групи:

18-29 години - 30% (N=45)

30-45 години – 35% (N=52)

46-55 години – 15% (N=22)

56-65 години – 12% (N=18)

Над 65 години – 8% (N=13)

Средната възраст на участниците е 40.78 години (SD = 40.78)

Пол: Разпределението по пол включва :

Мъже: 40% (N=60)

Жени: 60% (N=90)

Половото разпределение е небалансирано.

Местоживееене: Изследваните лица са класифицирани според техния тип местоживееене :

Село: 15% (N=23)

Град под 100 000 души население : 30% (N=45)

Град над 100 000 души население: 40% (N=60)

Град над 1 000 000 души население: 15% (N=22)

Образователно ниво : В изследването са обхванати участниците с различно ниво на образование:

Без образование: 1% (N = 2)

Начално: 2% (N = 3)

Основно: 2% (N = 3)

Средно: 50% (N = 75)

Висше: 40% (N = 60)

Студент: 5% (N = 7)

Семейно положение: Изследваните лица са класифицирани според семейния им статус :

- Семейни 50% (N = 75)
- Неженени 20% (N = 30)
- Съвместно съжителство 10% (N = 15)
- Обвързани 10% (N = 15)
- Необвързани 5% (N = 8)
- Разведени 3% (N = 5)
- Овдовели 2% (N = 2)

Трудова ангажираност :

- Работещи :* 70% (N=105)
- Неработещи (вкл. студенти и пенсионери) :* 30% (N=45)

Формат на трудова ангажираност:

- Присъствен :* 60% (N=63)
- Онлайн:* 25% (N=26)
- Хибриден:* 15% (N=16)

Националност:

- Българска:* 90% (N=135)
- Друга:* 10% (N=15)

Майчин език:

- Български език:* 92% (N=138)
- Друг:* 8% (N=12)

Сексуална ориентация:

- Хетеросексуална:* 85% (N=128)
- Бисексуална:* 10% (N=15)
- Хомосексуална:* 5% (N=7)

Разнообразният демографски профил на изследваните лица осигурява възможност за анализ на влиянието на пандемията COVID-19 върху различни групи от

населението. Представителността на извадката (въз основа на възраст, пол, местоживееене и други показатели) гарантира, че резултатите ще бъдат валидни за българската популация като цяло.

2.7. Процедура

Процедурата на изследването е внимателно планирана и организирана, за да осигури надеждност на събраните данни и да минимизира възможните грешки.

Изследването преминава през няколко основни етапа, а именно:

В първоначалния етап (планиране на изследването) бяха дефинирани целите и задачите на изследването, обектът и предметът, както и конкретната изследователска методология. Разработен беше детайлен план за проучването, включващ:

- Изготвяне на анкетни инструменти
- Определяне на целевата извадка, обхващаща представители на различни социални, възрастови и демографски групи
- Организация на процеса по избора на участници в изследването

В следващия етап (подбор на участници) извадката целеше да обхване разнородна група изследвани лица, за да се гарантира представителност и надеждност на резултатите. Бяха определени критерии за включване – навършени 18 години, пребиваване в България по време на пандемията, съгласие за участие. Критериите за изключване бяха съответно – наличието на тежки когнитивни или психични увреждания, които могат да затруднят участието.

Проучването се проведе в периода юни 2023г. – януари 2024г., като беше използван следния метод за събиране на данни : онлайн анкета чрез дигиталната платформа Google Forms, осигуряваща анонимност на участниците. Линковете към анкетата бяха разпространени чрез социални мрежи, имейли и други онлайн канали.

Изследването беше съобразено с етичните стандарти, утвърдени от научния ръководител. Участието беше доброволно и информирано, като всеки участник даде електронно съгласие за участие. Анонимността и конфиденциалността на изследваните

лица бяха гарантирани. Изследваните лица имаха правото да прекратят участието си по всяко време без обяснение.

Събраните данни бяха обработени и анализирани със специализиран софтуер SPSS, като процедурата включваше проверка за грешки или липсващи данни, кодиране и категоризация на отговорите, прилагане на статистически методи за анализ на данните, съобразени с целите на изследването.

Процедурата беше лишена от директен контакт с изследваните лица, както и беше на изцяло доброволен принцип, което доведе до ограничена извадка. Въпреки това приложеният подход позволи да се съберат релевантни данни, необходими за постигане на целите на изследването .

Процедурата на изследването е проектирана така, че да осигури висока степен на надеждност и валидност на резултатите, като същевременно минимизира потенциалните грешки. Спазването на етичните и изследователски стандарти допринесе за приложимостта и научната значимост на разработката в бъдещи по – мащабни проучвания.

2.8. Анализ на получените резултати

Изследването е структурирано около три основни направления – психично здраве, качество на живот и социална вградимост. Целта на анализа е да обвърже емпиричните данни със съществуващите теоретични модели и международната научна литература, като се открият закономерности и взаимовръзки, релевантни за социалната и здравната политика в България.

Резултатите от приложението на **CoPaQ** показват, че значителен дял от участниците преживяват умерени до високи нива на психологически дистрес. Симптомите на тревожност, депресия и хроничен стрес са отчетени при голяма част от изследваните лица, независимо от наличието или липсата на предшестващи психиатрични диагнози. Тези данни съответстват на глобалните наблюдения, които определят пандемията като универсален стресогенен фактор с дълбоко въздействие върху психичното здраве. Особено внимание заслужава връзката между социалната

изолация и психичното благополучие. Положителната корелация между индекса за самота и нивата на депресия ($r = .52$, $p < .001$) и тревожност ($r = .48$, $p < .01$) потвърждава хипотезите, че изолацията е критичен рисков фактор. Хроничната самота води не само до емоционален дискомфорт и когнитивни затруднения (нарушена концентрация, понижено внимание, проблеми с паметта), но е и биологично свързана с повишени нива на кортизол, хронично възпаление и потисната имунна система. Забележително е, че тези ефекти се проявяват и при лица, които не са били директно засегнати от вируса, но са преживели вторичните социални последици – ограничения, загуба на рутина и липса на социални контакти. Най-силно уязвими се оказват възрастните хора, самотно живеещите и младите в преходни житейски етапи, при които се наблюдават високи нива на отчуждение и безнадеждност.

Друг ключов резултат е отчетеното ниско ниво на доверие към здравните институции. Значителна част от изследваните демонстрират скептицизъм не само към предприетите мерки по време на пандемията, но и към официалните източници на информация като цяло. Тази тенденция е най-осезаема сред социално уязвимите групи – лица с по-ниско образование, временна заетост и нисък социално-икономически статус. При тях е отчетена и по-висока склонност към конспиративно мислене. Обратно, наличието на висше образование и достъп до проверени източници на информация се проявяват като защитни фактори. Подобни изводи съответстват на изследванията на van Prooijen & Douglas (2017), според които социалната маргинализация и преживяваната несправедливост засилват възприемчивостта към дезинформация.

Средните резултати от **QoL** свидетелстват за значително по-ниско качество на живот спрямо предепидемични изследвания в сходни популации. Най-силни спадове се регистрират в областите на финансова стабилност, трудова реализация и физическо здраве. Това е в съответствие с модела на Маслоу, според който именно удовлетворяването на базови потребности е предпоставка за изграждането на усещане за сигурност, принадлежност и самоактуализация. Липсата на такива базови условия води до перманентна тревожност и чувство за нестабилност.

Данните от **скалата за социална вградимост (SE)** също са показателни:

- 42% от респондентите изпитват чувство на самота поне веднъж седмично;
- 36% определят социалната си подкрепа като незадоволителна;
- 29% не участват в общностни или доброволчески дейности.

Тези стойности корелират положително с качеството на живот и отрицателно със симптомите на депресия и тревожност, като потвърждават модела за социална амортизация – социалните връзки действат като буфер срещу стреса и укрепват психичната устойчивост. Регресионният анализ, базиран върху социална подкрепа, институционално доверие и усещане за контрол, обяснява 51% от вариацията в качеството на живот ($R^2 = 0.51$). Това е сериозен индикатор, че психосоциалните фактори са равностойни, а понякога дори по-значими от медицинските и икономическите за определяне на субективното благополучие.

Анализ на резултатите по поставените хипотези

Хипотеза 1: Психично здраве и ваксинационен статус

Анализът на събраните данни разкрива статистическа разлика в нивата на психично здраве между ваксинирани и неваксинирани лица. Средната стойност на измереното психично здраве при ваксинираните изследвани лица е значително по-висока (74.91), в сравнение с тази при неваксинираните (60.29). Получената р-стойност от 0.0036 показва, че тази разлика е малко вероятно да е случайна и подкрепя валидността на изследваната хипотеза. Тези резултати предполагат, че ваксинирането срещу COVID-19 може да бъде свързано с по-добра психична устойчивост в постпандемичния контекст.

Хипотеза 2: Качество на живот и населено място

Резултатите от анализа показват, че участниците, живеещи в големите градове, отчитат най-високи средни стойности на качеството на живот. Това първоначално би могло да се тълкува като индикация, че градската среда предлага повече възможности за подкрепа, достъп до услуги, социални мрежи и ресурси за възстановяване след пандемията. Въпреки тези тенденции обаче, ANOVA тестът ($p = 0.1468$) не отчита статистически значима разлика между групите въз основа на вида населено място

(голям град, малък град или село). Този резултат предполага, че размерът и типът на населеното място не е самостоятелен и определящ фактор за възприеманото качество на живот в постпандемия.

Подхипотеза 2.1: Пол и психично здраве

Анализът на данните показва ясно изразена разлика в нивата на психично здраве между мъжете и жените. Средната стойност за мъжете е 70, докато при жените тя е 62, като р-стойността от 0.0033, което потвърждава, че разликата не е случайна. Това означава, че мъжете са с по-добро психично благосъстояние от жените. Тези резултати са в съответствие с редица национални и международни изследвания, които показват, че жените често проявяват по-високи нива на тревожност, депресивни симптоми и усещане за емоционално натоварване, особено в контекста на социални и здравни кризи.

Хипотеза 3: Формат на работа и психично здраве

Според данните няма статистически значима разлика в нивата на психично здраве между участниците, работещи в различни формати – онлайн, хибридно или присъствено. Получената р-стойност от 0.993 показва, че форматът на трудовата заетост не е съществен фактор за субективното психично благополучие в изследваната извадка. Този резултат е особено интересен, тъй като в предварителните хипотези се очакваше, че дистанционната работа може да бъде свързана с по-висока степен на изолация, нарушени граници между работа и личен живот и общо натоварване – особено в контекста на пандемичните ограничения. Въпреки това, данните не подкрепят идеята за негативно влияние на онлайн или хибриден формат на работа върху психичното здраве.

Хипотеза 4: Доверие към здравните служби

Резултатите от анализа потвърждават първоначалното предположение, че изследваните лица демонстрират ниско доверие към здравните институции. Разпределението на отговорите показва, че половината от извадката (50%) са с ниско или много ниско доверие (съответно 30% и 20%), докато само една четвърт от анкетираните (25%) изразяват високо или много високо доверие. Останалите 25% заемат умерена позиция, която може да се интерпретира като колебливост или неутралност по отношение на оценката за здравните служби.

Тези резултати отразяват сериозна тенденция на институционален скептицизъм в постпандемичния контекст. Недоверието може да се разглежда като следствие от редица фактори – липса на последователна комуникация по време на кризата, противоречиви послания относно мерките и ваксинационния процес, както и натрупано недоволство от общото състояние на здравната система. Емпиричните данни съответстват на наблюдавани международни тенденции, според които институционалното доверие е ключов ресурс за ефективното справяне със здравни кризи, а неговият дефицит често води до съпротива срещу мерки за обществено здраве и по-слабо спазване на препоръките (Lazarus et al., 2021).

Следователно, резултатите недвусмислено потвърждават изходната хипотеза, като подчертават нуждата от прозрачност, достъпна информация и активна работа за възстановяване на доверието между гражданите и институциите.

Подхипотеза 4.1: Конспиративни вярвания и нагласи относно COVID-19

Анализът на данните показва, че изследваните лица проявяват отчетливи конспиративни нагласи, като средната стойност е 55.6 при стандартно отклонение 13.87. Това разпределение свидетелства за умерена вариация в резултатите – най-често срещаните стойности се групират около 44, 61 и 68, което показва, че макар да няма крайно поляризация, съществуват различия в нагласите към пандемията.

Получените данни подкрепят изходната хипотеза, че част от изследваните лица възприемат конспиративни обяснения за произхода, разпространението и управлението на COVID-19. Тези вярвания могат да се тълкуват като индикатор за ниско институционално доверие и като психологическа реакция на несигурност и липса на контрол в условията на глобална здравна криза. Съществуват редица изследвания, които потвърждават подобна зависимост – например, според van Prooijen & Douglas (2017), конспиративното мислене често се свързва със социална несигурност, чувство за маргинализация и преживяване на несправедливост.

В контекста на настоящото изследване, тези резултати показват, че конспиративните вярвания не са изолиран феномен, а по-скоро форма на колективна когнитивна стратегия за справяне с несигурността. Те могат да имат сериозни

последствия, тъй като влияят върху готовността за спазване на противоепидемични мерки, отношението към ваксинацията и цялостното доверие към здравните институции.

Подхипотеза 4.2: Здравно състояние на лица, загубили близък по време на пандемията

Анализът на данните показва, че участниците, преживели загуба на близък човек по време на пандемията, демонстрират значимо по-ниски нива на психично здраве, както и повишени усещания за самота, безнадеждност и изолация. Разликите в сравнение с останалите изследвани лица са статистически значими ($p < 0.05$), което потвърждава изходната хипотеза за повишена уязвимост на тази група. Освен емоционалното натоварване, данните сочат и за засилена негативна нагласа към здравната система.

Хипотеза 5: Нагласи към вируса SARS-CoV-2

Резултатите от изследването показват, че по-голямата част от участниците (около 70%) не изпитват страх от вируса, като много от тях отбелязват само леко ниво на притеснение. Средната стойност на страха (2.12 по 5-степенна скала) потвърждава, че SARS-CoV-2 вече не се възприема като непосредствена или сериозна заплаха за повечето участници. Този резултат е показателен за промяна в колективното възприятие и емоционалната обработка на пандемията, особено в контекста на намалените ограничения, по-добрия достъп до ваксини и адаптацията към „новото нормално“.

Хипотеза 6: Връзка между психично здраве и качество на живот

Данните сочат за изключително силна положителна корелация между психичното здраве и качеството на живот ($r = 0.92$, $p < 0.001$). Тази стойност представлява една от най-ясно изразените статистически зависимости в цялото изследване, което подчертава централната роля на психичното благополучие в изграждането на субективната оценка за живот. На практика това означава, че участниците, които отчитат по-добро психично здраве, също така са склонни да оценяват живота си като по-удовлетворяващ, независимо от други фактори като възраст, пол или икономически статус.

Подхипотеза 6.1: Влошаване на качеството на живот след пандемията -

Данните показват статистически значимо понижение в отчетеното качество на живот след пандемията от COVID-19 ($p < 0.001$), което потвърждава тенденцията, че здравната криза е имала не само медицински, но и дългосрочни психосоциални последици, като е нарушила усещането за сигурност, контрол и житейска стабилност при мнозина. Въпреки адаптацията към новите условия, негативният отпечатък върху общото благополучие остава осезаем.

Подхипотеза 6.2: Роля на психотерапията

Анализът разкрива по-добри показатели на психично здраве сред участници, които са провеждали психотерапия ($p < 0.00001$). Тоест, ефективността на психологическата подкрепа като ресурс за справяне в кризисни и посткризисни периоди е висока. Психотерапията не само намалява дистреса, но и подпомага реинтеграцията на смисъл, личен капацитет и емоционален баланс. Тези резултати са напълно съзвучни с тенденциите, отчетени в международната литература. Световният опит в управлението на психичните последици подчертава именно ролята на психотерапията като основен буфер срещу хронифицирането на стреса.

Подхипотеза 6.3: Влияние на семейното и финансовото положение

Множественият регресионен анализ показва, че семейното положение и финансовата стабилност имат силно предсказваща стойност за психичното благополучие ($R^2 = 0.48$). Почти половината от вариацията в нивата на психично здраве може да се обясни с тези два фактора. Хората със стабилна партньорска връзка и адекватни доходи се чувстват по-емоционално обезпечени, имат по-ниски нива на тревожност и по-високо усещане за контрол върху бъдещето.

Хипотеза 7: Промяна в здравните поведения

Данните сочат, че пандемията от COVID-19 е довела до частична, но не еднозначна трансформация в здравните навици на населението. Повечето участници съобщават за усвояване на нови защитни практики, като:

- редовно миене на ръце – отчетено от 85% от участниците;
- използване на дезинфектанти – посочено от 75%.

От друга страна, само 40% от анкетираните посочват повишена честота на профилактични прегледи, което говори за по-слаба интернализация на проактивните здравни грижи. Това несъответствие подсказва, че макар част от рутинните практики да са се променили под натиска на непосредствена заплаха, дългосрочната нагласа към поддържане на здраве чрез превенция остава ограничена.

Таблица 2. Обобщение на резултатите по изследователските хипотези

Хипотеза	Съдържание	Основни резултати	Статистическа значимост	Интерпретация
X1	Психично здраве и ваксинационен статус	Ваксинирани: 74.91; Неваксинирани: 60.29	$p = 0.0036$	Ваксинираните демонстрират по-добро психично здраве и устойчивост
X2	Качество на живот и населено място	Най-високи стойности – големи градове	$p = 0.1468$ (NS)	Разликата не е значима; средата не е самостоятелен фактор
X2.1	Пол и психично здраве	Мъже: 70; Жени: 62	$p = 0.0033$	Мъжете показват по-добро психично здраве
X3	Формат на работа и психично здраве	Няма съществени различия	$p = 0.993$ (NS)	Форматът на работа не влияе върху психичното здраве
X4	Доверие към здравните служби	50% ниско/много ниско доверие; 25% високо/много високо	-	Потвърждава се ниско институционално доверие
X4.1	Конспиративни вярвания	Средна = 55.6; SD = 13.87	-	Умерено изразени конспиративни нагласи; свързани с несигурност и недоверие
X4.2	Загуба на близък и психично здраве	Значимо по-ниски нива на психично здраве	$p < 0.05$	Потвърждава се по-висока уязвимост на групата
X5	Нагласи към SARS-CoV-2	Среден страх: 2.12/5; 70% без силен страх	-	Вирусът не се възприема като непосредствена заплаха
X6	Връзка между психично здраве и качество на живот	$r = 0.92$	$p < 0.001$	Силна положителна корелация
X6.1	Влошаване на QoL след пандемията	Намалено QoL	$p < 0.001$	Потвърждава се трайно негативно влияние
X6.2	Роля на психотерапията	Провеждали психотерапия с подобри показатели	$p < 0.00001$	Психотерапията действа като ефективен буфер
X6.3	Семейно и финансово положение	$R^2 = 0.48$	-	Семейна и финансова стабилност предсказват психично благополучие
X7	Промяна в здравни поведения	85% – миене на ръце; 75% – дезинфектант; 40% – профилактични прегледи	-	Трайни промени в навиците, но ограничен ефект върху превантивната нагласа

Обобщените резултати потвърждават значимата роля на психосоциалните фактори (ваксинация, пол, социална подкрепа, семейно и финансово положение) за психичното благополучие в постпандемичния период. Данните подчертават и ниските нива на институционално доверие, наличието на конспиративни вярвания, както и частична трансформация на здравните поведения.

III. Заключение, изводи и препоръки

Пандемията от COVID-19 се утвърди не само като сериозно здравно предизвикателство, но и като повратна точка с дългосрочни отражения върху психичното благополучие, социалната динамика и качеството на живот както на отделния човек, така и на обществото като цяло. Настоящото изследване потвърждава, че в българския контекст пандемията провокира комплексна и многопластова психологическа реакция – от първоначален остър стрес и високи нива на тревожност, до по-продължителни състояния, свързани със социална изолация, усещане за несигурност и намалена жизнена удовлетвореност.

Анализът на данните показва, че психичното здраве и качеството на живот в постпандемичната обстановка се обуславят от взаимодействието на множество фактори. Сред тях изпъкват ваксинационният статус, социалната и семейна подкрепа, финансовата стабилност и достъпът до психологически услуги. Ваксинираните участници демонстрират по-висока степен на адаптация и усещане за контрол, което подчертава значението както на медицинската защита, така и на психологическата сигурност, произтичаща от нея.

Загубата на близък по време на пандемията се свързва с по-изразени тревожни и депресивни прояви, както и с понижено доверие в институциите. Това подчертава нуждата от по-адекватни механизми за кризисна интервенция и подкрепа в траурни ситуации. Същевременно, лицата, имали достъп до психотерапия, демонстрират по-добри показатели за психично здраве, което е ясен аргумент за значението на психологическите интервенции като средство за справяне в условия на криза.

Резултатите потвърждават и централната роля на социалната свързаност и икономическата сигурност като буфер срещу негативните ефекти от пандемията. Финансово стабилните и социално интегрирани участници показват по-ниски нива на дистрес и по-добро емоционално равновесие. Наред с това, се наблюдава устойчива промяна в здравното поведение на населението – повишено внимание към профилактиката, хигиената и самонаблюдението, които макар и породени от криза, могат да се разглеждат като дългосрочен адаптивен ефект.

Събраните данни ясно очертават необходимостта от интегриране на психично-здравни услуги в рамките на здравната система и изграждане на многостепенни механизми за психосоциална подкрепа при бъдещи кризи. Пандемията извади на преден план редица системни слабости – ограничен достъп до специалисти по психично здраве, недостатъчно институционално внимание към психологическите аспекти и липса на превантивни програми. В същото време тя разкри и потенциала за промяна – възможността психичното здраве да бъде осмислено като стратегически приоритет в националната политика.

За да се преодолеят ограниченията и да се задълбочи разбирането за постпандемичните ефекти върху психичното здраве и социалната адаптация, е важно да се насочат усилия към няколко ключови направления в бъдещите изследвания:

Лонгитюдни проучвания - проследяват същата или сходна извадка във времето, предоставят възможност за изследване на промените в психичното здраве, социалната адаптация и нагласите на участниците. Този подход позволява да се разкрие динамиката на тези процеси и да се направят по-надеждни изводи относно дългосрочните ефекти от пандемията, което е невъзможно при еднократно изследване.

Включване на обективни показатели - може да повиши точността и надеждността на измерванията. Този подход намалява риска от субективни изкривявания, свързани с личните възприятия и моментното емоционално състояние на участниците, като по този начин осигурява по-пълна и балансирана картина на психичното здраве и благополучие.

Качествени методи за по-дълбоко разбиране - интервюта, фокус групи или етнографски подходи биха могли да разкрият индивидуалните смислови конструкции и социалния контекст зад числовите резултати. Такива методи са особено полезни при изследване на теми като доверие, идентичност, преживяване на загуба и смисъл.

Включване на уязвими и трудно достъпни групи - ключово значение за постигане на по-пълна и справедлива картина на психичното здраве в обществото. Специални усилия трябва да се насочат към социално изключени и маргинализирани

категории като хора в институции, мигранти, етнически малцинства и лица без достъп до здравни услуги. Това ще позволи да се отразят специфичните предизвикателства и нужди на тези групи, които често остават извън обхвата на стандартните проучвания, и ще подобри цялостната адекватност на изводите и препоръките.

Международни сравнения и крос-културни анализи - участието в международни проекти или съпоставки с данни от други държави би позволило да се разграничат универсални ефекти от културно специфични особености. Това би обогатило анализа и би допринесло за формулирането на политики, съобразени с местния контекст, но с глобална чувствителност.

Приноси на дисертацията

Научни приноси

1. За първи път в български условия е приложен и адаптиран *COVID-19 Psychological Questionnaire* въпросникът (CoPaQ), което представлява значим принос за валидирането и използването на международно признат инструмент за оценка на психологическите последици от пандемията.
2. За първи път в български условия се изследва системно качеството на живот и дългосрочните последици за психичното здраве след COVID пандемията.
3. Идентифицирани са водещи фактори за психично благополучие след пандемията - ваксинация, социална подкрепа, финансова стабилност и достъп до психотерапия.
4. Емпирично е потвърдено наличието на трайни психологически ефекти от пандемията, включително преживяване на самота, недоверие към здравната система и промени в здравно - ориентираното поведение.

Приложни приноси

1. Разработена и приложена е методика, която дава надеждни данни и е приложима при лонгитюдни изследвания или бъдещи научни проекти.
2. Валидиран е клиничен инструмент (CoPaQ), изследващ психичното здраве в контекста на COVID-19, което обогатява националната научна литература.
3. Получените резултати допринасят за изграждане на политики и интервенции в областта на психичното здраве и общественото здравеопазване, насочени към превенция на кризи и подпомагане на уязвими групи.
4. Предложени са интердисциплинарни насоки за психосоциална подкрепа на уязвими групи в условия на колективни здравни кризи.

Публикации по темата

1. „Самооценка и социална адаптация в период на рехабилитация при пациенти с рак на гърдата. Контролирано изследване“, Годишник на Софийския университет „Св. Климент Охридски“ Философски факултет, Книга Докторанти, Vol.6, 2021.
2. „Въпросник за психично здраве при пандемия от COVID-19 (CoPaQ). Възможности и перспективи за приложение при психиатрични пациенти и неклинични лица“, Българско списание по психология, брой 1, 2024.
3. Психично здраве на работното място след COVID-19 пандемията. Рискови фактори и работещи програми за превенция - предадена за печат.

Участие в научни конференции, семинари и конгреси

1. X Юбилеен международен конгрес по психология 2023.
2. Четвърти Национален конгрес по Клинична психология 2024.