



ПЛОВДИВСКИ УНИВЕРСИТЕТ „ПАИСИЙ ХИЛЕНДАРСКИ“

ФИЛОСОФСКО-ИСТОРИЧЕСКИ ФАКУЛТЕТ

КАТЕДРА ТЕОЛОГИЯ

Веселина Петрова Ботева

**УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИ ОРГАНИЗАЦИИ –
ЦЕЛИ, ФУНКЦИИ, МЕТОДИ И ДУХОВНА ПОДКРЕПА.
ХОЛИСТИЧЕН ПОДХОД КЪМ ПАЦИЕНТИ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд

за присъждане на образователна и научна степен „доктор“
област на висше образование 2. Хуманитарни науки
професионално направление 2.4 Религия и теология
докторска програма Медицина, психология и вяра

Научни ръководители:

1. доц. д-р Адриана Христославова Любенова
2. доц. д-р Русалена Веселинова Пенджекова-Христева

Пловдив, 2026 г.

Публичната защита на дисертационния труд ще се проведе на 21.10.2026 г. от 13,00 часа в Пловдивски университет „Паисий Хилендарски“ пред научно жури, назначено със заповед на Ректора на Пловдивски университет „Паисий Хилендарски“.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за публична защита на разширено заседание на Катедра „Теология“ към Философско-исторически факултет на Пловдивски университет „Паисий Хилендарски“, проведено на 30.06.2026 г.

Дисертационният труд е в общ обем от 207 страници и включва увод, три глави, заключение, публикации по темата на изследването, библиография и приложения. В текста са включени: 3 таблици, 17 фигури, 8 приложения.

Библиографията съдържа 124 литературни източника, от тях 36 на кирилица и 88 източника на латиница, нормативни документи, електронни ресурси и научни публикации. В дисертационния труд е приложен научен апарат, състоящ се от 266 бележки под линия.¹

Емпиричната част на изследването включва 11 дълбочинни интервюта, две анкетни проучвания, изследване сред 336 специалисти, изследване сред 129 ползватели на здравни и медико-социални услуги.

За препоръките и подкрепата, оказани ми през целия период на работа, както и конструктивните съвети, помогнали за успешното финализиране на дисертационния труд, отправям специална благодарност към доц. д-р Адриана Любенова и доц. д-р Русалена Пенджекова-Христева.

¹ С цел да не се утежнява изложението на автореферата са пропуснати цитиранията и съответните библиографски препратки. За справка вж. текста на дисертационния труд.

Съдържание

ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	4
1. Актуалност и значимост на изследвания проблем	4
2. Обект и предмет на изследването	5
3. Основна цел и задачи на изследването	6
4. Теза на изследването	7
5. Методология на изследването	9
5.1. Теоретична част на изследването	9
5.2. Емпирична част на изследването	10
5.3. Статистическа обработка	10
5.4. Ограничения на изследването	10
6. Теоретична и практическа значимост на изследването	11
КРАТКО ПРЕДСТАВЯНЕ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	12
ГЛАВА ПЪРВА. ЗДРАВНИ И МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ОРГАНИЗАЦИИ: ФУНКЦИИ И ОСИГУРЯВАНЕ НА ДУХОВНА ПОДДРЕПА	12
<i>Изводи от първа глава</i>	14
ГЛАВА ВТОРА. ХОЛИСТИЧЕН ПОДХОД КЪМ ПОТРЕБИТЕЛИ НА ЗДРАВНИ И МЕДИКО-СОЦИАЛНИ УСЛУГИ	15
<i>Изводи от втора глава</i>	17
ГЛАВА ТРЕТА. ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ И АНАЛИЗ НА ДУХОВНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ	18
<i>Изводи от трета глава</i>	22
НАУЧНО-ПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	23
1. Разработена интердисциплинарна концептуална рамка на холистичната грижа	23
2. Доказано управленското значение на духовната подкрепа в здравните организации и медико-социални услуги	23
3. Сравнителен анализ на международни модели за духовна грижа и капеланство	24
4. Установени конкретни дефицити в българската здравно-социална система при предоставяне на духовна подкрепа	24
5. Проведено оригинално емпирично изследване на духовните потребности	25
6. Социалната мисия на Православната църква в съвременната здравна и медико-социална система	25
7. Организационно-управленски модел за институционализиране на духовната подкрепа в здравните и медико-социални организации	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	30
ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	31

ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Актуалност и значимост на изследвания проблем

В съвременните условия социалната политика, здравеопазването и медико-социалните услуги заемат централно място в системата на държавното управление, тъй като са пряко свързани със защитата на човешкото достойнство, качеството на живот и обществената солидарност. Наред с медицинските, социалните и организационните аспекти на грижата, все по-отчетливо се откроява необходимостта от внимание към духовното измерение на човешкото съществуване, особено в ситуации на болест, старост, инвалидност, хронично страдание, палиативни състояния и екзистенциална криза.

Съвременният човек не преживява заболяването единствено като физиологично състояние. Болестта, загубата на автономност, зависимостта от чужда помощ, самотата и страхът от смъртта засягат неговата личност в нейната цялост-телесна, психична, социална, нравствена и духовна. Именно поради това холистичният подход към пациента не може да бъде ограничен само до диагностика, лечение и социална подкрепа, а следва да включва и грижа за вътрешния мир, надеждата, смисъла, религиозните убеждения и екзистенциалните въпроси на страдащия човек.

Актуалността на настоящото изследване се определя от няколко взаимосвързани обстоятелства.

На първо място, в българската практика духовното измерение на грижата все още остава недостатъчно институционализирано, независимо че международната научна и професионална традиция отдавна разглежда духовната грижа като съществен компонент на качествената палиативна, дългосрочна и интегрирана грижа. В повечето лечебни заведения и медико-социални услуги липсват устойчиви модели за духовна подкрепа, ясни механизми за взаимодействие с духовни лица, както и нормативно регламентирани форми на духовно обгрижване.

На второ място, резултатите от проведеното емпирично изследване показват ясно изразен дефицит именно в тази област. Значителна част от анкетираните лица заявяват потребност от разговор, вътрешен мир, смислова подкрепа и духовно присъствие, но едновременно с това само малка част от тях възприемат, че реално получават подобна помощ в институционалната среда. Данните показват, че 70,54 % от ползвателите на здравни и медико-социални услуги заявяват потребност да разговарят с друг човек, 45,74% имат

нужда да говорят за смисъла на живота, а същият процент търси вътрешен мир. Успоредно с това 41,86 % споделят, че в различна степен нямат с кого да обсъждат своите страхове и притеснения, а 36,43 % преживяват самота. В 86,1 % от медико-социалните услуги и в 70,6 % от лечебните заведения липсват православни параклиси или молитвени пространства, а разговорът с духовно лице остава най-слабо застъпената практика.

На трето място, в условията на застаряващо население, увеличаващ се дял на хроничните заболявания, нарастваща необходимост от палиативни грижи и все по-силна институционална зависимост на уязвими групи, отсъствието на духовна подкрепа вече не може да бъде разглеждано като второстепенен въпрос. То засяга не само психоемоционалното състояние на пациентите и потребителите, но и цялостното качество на грижата, доверието в институциите, медицинската етика и общественото разбиране за човешкото достойнство.

От богословска гледна точка темата е особено значима, тъй като поставя в нов контекст социалната мисия на Православната църква. Православното богословие традиционно разглежда човека като единство от тяло, душа и дух, поради което задачата на Църквата по отношение на болния, възрастния и страдащия човек не се изчерпва с тайнствата и епизодичните посещения, а включва съпричастно присъствие, пастирско обгрижване и реално сътрудничество с институциите.

Това поставя въпроса за необходимостта от ново осмисляне на връзката между медицина, психология, социална работа и богословие, както и за изграждането на устойчив модел на интердисциплинарно взаимодействие, в който духовната подкрепа се разглежда като органична част от цялостната грижа за човека.

Настоящото дисертационно изследване се стреми именно към това-да покаже, че духовната подкрепа не е външно допълнение към лечебния процес, а фундаментален елемент на холистичния подход към пациента и ползвателя на медико-социални услуги.

2. Обект и предмет на изследването

Обект на настоящото изследване е холистичната грижа в здравните и медико-социалните услуги в България като пространство на взаимодействие между медицина, социална работа, етика, психология и богословие.

Изследването разглежда здравната и социалната система не само като административна и клинична структура, а като среда, в която се осъществява цялостно човешко обгрижване. В тази перспектива грижата се разбира като комплексен процес, който включва не само физическото лечение и социалното подпомагане, но и вниманието към духовните потребности, вътрешната устойчивост и екзистенциалното благополучие на пациента.

Предмет на изследването е мястото и ролята на духовната подкрепа, и по-конкретно участието на православното духовенство и организираниите форми на духовна грижа, в процеса на обгрижване на пациенти и ползватели на здравни и медико-социални услуги.

Особено внимание се отделя на възможностите за институционализиране на духовната грижа чрез капеланство, мултидисциплинарни екипи, духовни пространства, механизми за насочване и професионално взаимодействие между медицинския персонал, социалните специалисти и духовните лица.

Така формулираният обект и предмет позволяват едновременно теоретично осмисляне и практическо изследване на духовната подкрепа като необходим компонент на съвременната здравна и социална грижа.

3. Основна цел и задачи на изследването

Основната цел на настоящото дисертационно изследване е да осветли необходимостта от по-тясно и устойчиво сътрудничество между частните науки и богословието, между лечебните заведения, медико-социалните услуги и религиозните общности, с оглед изграждането на по-цялостен, хуманен и етично устойчив модел на грижа за пациента и ползвателя на социални услуги.

Изследването изхожда от разбирането, че качествената грижа не може да бъде сведена единствено до медицинската интервенция, клиничния резултат или административната организация на услугата. Съвременният човек преживява болестта, страданието, зависимостта и старостта като комплексно състояние, което засяга не само физическото здраве, но и психоемоционалното равновесие, социалните отношения, чувството за смисъл и духовната устойчивост. Именно затова целта на труда е да аргументира духовната подкрепа като органична част от холистичния подход към пациента.

Особено внимание се отделя на възможностите за институционално интегриране на духовната грижа в българските условия, така че тя да не остане на равнището на спорадична лична

инициатива или религиозна практика, а да бъде призната като професионално и етично необходим елемент от системата на здравните и медико-социалните услуги.

За постигането на тази основна цел са формулирани следните научноизследователски задачи:

1. Да се анализират теоретичните основи, като се изведат дефиниции за организация на здравната грижа, интегрирани здравно-социални услуги, духовност, капеланство, холистичен модел и мястото на духовността в медицината и социалната грижа.

2. Да се проучат международни практики за духовна подкрепа и капеланство в здравните системи.

3. Да се разработят анкети и да се направи анкетно проучване, относно нагласите на специалистите към духовната подкрепа, наличието на институционални практики за нейното предоставяне, както и духовните потребности и удовлетвореността на пациентите и ползвателите на здравни и медико-социални услуги.

4. Да се идентифицират съществуващите дефицити в българските здравни и медико-социални институции по отношение на духовната грижа.

5. Да се изведат духовните потребности на пациентите и потребителите на услуги и тяхната оценка за наличната подкрепа.

6. Да се анализира ролята на медицинския и социалния персонал и възможностите за взаимодействие с духовенството.

7. Въз основа на получените резултати да се формулират практически препоръки за възможно институционално интегриране на духовната грижа и подкрепа в български условия. Тази задача има ясно приложен характер и цели създаване на управленски, организационни и образователни насоки за развитие на устойчив модел на духовна подкрепа в болници, медико-социални услуги, хосписи, домове за възрастни хора и резидентни услуги за хора с увреждания.

По този начин формулираните цели и задачи придават на изследването както теоретична дълбочина, така и ясно изразена практическа приложимост, като поставят в центъра не само организацията на услугата, но и достойнството на човека като основна ценност на грижата.

4. Теза на изследването

Основната теза на настоящото дисертационно изследване е, че духовната подкрепа представлява не външно допълнение към медицинската и социалната грижа, а органичен и необходим елемент

на холистичния подход към човека, без който не може да бъде постигнато пълноценно обгрижване в условията на болест, старост, инвалидност, зависимост и екзистенциална криза.

Изследването защитава разбирането, че човекът не може да бъде разглеждан единствено като биологичен организъм, пациент, потребител на услуга или административен случай. Той е личност със собствена биография, ценности, страхове, надежди, религиозни убеждения и търсене на смисъл. В ситуации на страдание тези духовни и екзистенциални измерения често придобиват по-голяма значимост от самото лечение, тъй като определят начина, по който човек преживява болестта, участва в решенията за собствената си грижа и запазва своето достойнство.

В българския контекст отсъствието на системно организирана духовна грижа води до съществен пропуск в качеството на здравните и медико-социалните услуги. Липсата на институционализирани форми на духовна подкрепа, ограниченото присъствие на духовни лица в лечебните заведения и медико-социални институции, както и недостатъчната подготовка на специалистите за работа с духовни потребности създават реален дефицит в цялостната грижа за пациента.

Дисертационният труд аргументира, че институционализираното, доброволно, етично защитено и междупрофесионално координирано участие на духовни лица, духовни практики и духовни пространства би допринесло съществено за подобряване на емоционалното благополучие на пациентите и потребителите; намаляване на чувството за самота, страх и екзистенциален дистрес; повишаване на удовлетвореността от грижата; изграждане на по-високо доверие в институциите; подкрепа на семействата и близките; утвърждаване на човешкото достойнство като основна ценност на здравната и медико-социалната система.

Тезата се основава както на международния научен опит и съществуващите модели на капеланство и духовна грижа, така и на резултатите от проведеното емпирично изследване, които ясно показват несъответствие между реалните духовни потребности на хората и степента, в която институциите предлагат разпознаваема, достъпна и системна духовна подкрепа. Следователно духовната подкрепа следва да бъде мислена не като периферна дейност, а като част от самата философия на грижата-преход от лечение на болестта към грижа за човека в неговата пълнота.

5. Методология на изследването

Методологията на настоящото дисертационно изследване е съобразена с комплексния, интердисциплинарен и ценностно чувствителен характер на поставения научен проблем. Изследването се развива в пресечната точка между богословието, медицината, социалната работа, здравния мениджмънт, биоетиката и организационните науки, поради което изисква подход, който едновременно да отчита както теоретичната дълбочина на проблема, така и неговото практическо проявление в институционалната среда.

С оглед на това е избран смесен изследователски подход, който съчетава качествени и количествени методи, позволявайки едновременно задълбочено разбиране на индивидуалните преживявания и извеждане на по-обща закономерности и тенденции в системата на здравните и медико-социалните услуги.

5.1. Теоретична част на изследването

Теоретичната част на труда се основава на системен анализ и синтез на научната литература, посветена на холистичния модел на грижа, духовността в медицината, палиативната медицина, капеланството, организацията на здравните институции и ролята на Православната църква в социалната и здравната подкрепа.

Използвани са следните научни методи:

Анализ и синтез

Чрез анализа са разгледани основните концепции, научни модели и съществуващи теоретични постановки, свързани с духовната грижа и холистичния подход. Синтезът позволява изграждането на единна концептуална рамка, която свързва медицинското, социалното и богословското разбиране за човека.

Исторически и сравнително-исторически подход

Този метод е използван за проследяване на развитието на медицинските модели - от биомедицинския към биопсихосоциалния и биопсихосоциално-духовния модел, както и за изследване на развитието на духовната грижа в различни здравни системи.

Структурно-функционален подход

Използван е при анализа на управленските модели в здравните организации, ролята на мултидисциплинарните екипи, мястото на капеланството и възможностите за институционализиране на духовната подкрепа.

5.2. Емпирична част на изследването

Емпиричната част има за цел да провери основната изследователска теза чрез реални данни от практиката и да установи какви са духовните потребности на пациентите и ползвателите на социални услуги, както и как се възприема духовната подкрепа от специалистите, работещи в системата.

Използван е анализ на съдържанието на интервютата, институционалните практики и организационните модели с цел систематизиране на качествените данни и извеждане на устойчиви тематични ядра.

5.3. Статистическа обработка

Количествените данни са обработени чрез описателна статистика, което позволява да бъдат установени зависимости между отделни показатели, както и да бъдат аргументирани основните изводи на изследването.

5.4. Ограничения на изследването

Наред с безспорната научна и практическа стойност на изследването, следва ясно да бъдат посочени и неговите ограничения.

На първо място, извадката не позволява пълна представителност за всички ползватели на здравни и медико-социални услуги в Република България. Изследването е съсредоточено основно в рамките на Южен централен район и в конкретни институции, поради което резултатите не следва да бъдат механично абсолютизирани за цялата страна.

На второ място, част от данните се основават на самооценка и лично преживяване, което предполага възможност за субективност, социално желателни отговори и индивидуални интерпретации.

На трето място, духовната подкрепа е по своята същност трудно измерима категория, тъй като включва вътрешни преживявания, екзистенциални състояния и лични религиозни нагласи, които не винаги могат да бъдат напълно обективирани чрез стандартни инструменти.

На четвърто място, изследването отразява състоянието на практиките и нагласите в периода 2024–2025 г., тоест в рамките на конкретен обществен, институционален и нормативен контекст.

Тези ограничения обаче не обезсилват резултатите, а ясно очертават рамките, в които те следва да бъдат интерпретирани. Напротив, те подчертават необходимостта от бъдещи по-мощни изследвания и от продължаване на научната работа в тази посока.

6. Теоретична и практическа значимост на изследването

Научно-теоретическата значимост на настоящото изследване се определя от неговия интердисциплинарен характер и от стремежа да бъде преодоляно традиционното разделение между медицина, социална работа и богословие.

Дисертационният труд допринася за задълбочаване на съществуващите представи относно:

- холистичния модел на грижа;
- духовното измерение на медицината;
- ролята на Православната църква в съвременното общество;
- възможностите за интердисциплинарен диалог между богословие, медицина и социални дейности;
- управленските модели за интегриране на духовната подкрепа в институционалната среда.

Изследването аргументира разбирането, че духовната грижа не е само професионална практика, а антропологична, етична и организационна необходимост, която следва да бъде мислена като част от качеството на институционалната грижа.

Особено значение има разработването на концептуална рамка, в която духовната подкрепа се разглежда като професионално обоснован и управленски значим компонент на здравните и медико-социалните услуги, а не като периферна или допълнителна дейност.

Практическата значимост на резултатите се изразява в тяхната непосредствена приложимост при разработването на политики, стандарти, вътрешни правила и добри практики за духовна подкрепа в здравните и медико-социалните институции.

Изводите от изследването могат да бъдат използвани при:

- а) създаване на институционални протоколи за духовна оценка и насочване;
- б) разработване на модели за сътрудничество между болници, институции и религиозни общности;
- в) въвеждане на духовни пространства в лечебните и медико-социалните заведения;
- г) подготовка на обучителни програми за медицински сестри, социални работници, капелани и доброволци;
- д) разработване на вътрешни правила за работа в болници, хосписи, домове за възрастни хора и резидентни услуги;
- е) формиране на национални политики в областта на духовната грижа и палиативната медицина.

Практическата стойност на труда се състои и в това, че той предлага научно обоснована основа за институционално интегриране на духовната подкрепа в българските условия, съобразена с реалните възможности и ограничения на системата. Това превръща дисертационното изследване не само в академичен труд, но и в инструмент за реална управленска, организационна и обществена промяна, насочена към по-човешки, по-справедлив и по-пълнен модел на грижа за страдащия човек

КРАТКО ПРЕДСТАВЯНЕ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

ГЛАВА ПЪРВА. ЗДРАВНИ И МЕДИКО-СОЦИАЛНИ ОРГАНИЗАЦИИ: ФУНКЦИИ И ОСИГУРЯВАНЕ НА ДУХОВНА ПОДКРЕПА

Първата глава на дисертационния труд е посветена на управленските, организационните и структурните измерения на здравните организации и медико-социалните институции, както и на мястото на духовната подкрепа в системата на съвременната институционална грижа. Основната цел на главата е да покаже, че духовната грижа не следва да бъде разглеждана като периферна или допълнителна дейност, а като елемент от самото стратегическо управление на здравната организация.

Изследването започва с анализ на стратегическите цели и управленските функции в здравните организации, като се разглеждат мисията, визията и ценностната рамка на лечебното заведение. Аргументира се, че мисията на здравната организация не се изчерпва с предоставянето на медицинска помощ, а представлява обществено обещание за защита на човешкото достойнство, доверие и качество на грижата. В тази връзка визията на организацията следва да включва не само клиничните резултати, но и качеството на човешкото присъствие, емпатията, комуникацията и духовната чувствителност към пациента.

Особено внимание е отделено на класическия модел на Avedis Donabedian „структура-процес-резултат“, който позволява качеството на здравната грижа да бъде разглеждано не само като клиничен резултат, а като следствие от организационната среда, процесите на взаимодействие и преживяването на пациента. Анализирани са и шестте цели на качествената здравна система, формулирани от Institute of Medicine-безопасност, ефективност, ориентираност към пациента, своевременност, ефикасност и справедливост. В контекста на дисертационното изследване тези критерии се разширяват чрез

включването на духовната подкрепа като част от качеството на грижата.

Разгледани са управленските функции-планиране, организиране, ръководство, контрол и оценка-като динамичен цикъл, в който качеството не се управлява единствено чрез административни механизми, а чрез култура на доверие, координация и смислено присъствие. Показано е, че стратегическото управление на човешките ресурси има ключова роля за развитието на емпатия, състрадание и чувствителност към духовните потребности на пациентите. Подчертава се, че съвременната здравна организация следва да разглежда човешкия ресурс не само като изпълнител на клинични дейности, а като носител на грижа.

Следващият тематичен акцент е поставен върху организацията на здравното заведение и структурните модели на управление. Анализира се йерархичната структура управител-медицински директор-началници на отделения-административен персонал, като се разглежда нейното значение за управленската отчетност, разпределението на отговорностите и контрола на качеството. Паралелно с това се подчертава, че болницата не функционира като „чиста“ бюрократична структура, а като професионална организация с висока степен на автономия на клиничните специалисти.

Използвана е концепцията на Henry Mintzberg и Sholom Glouberman за „четирите свята“ на болницата-„лечение, грижа, контрол и общност“, чрез която се показва, че здравната организация представлява система от взаимозависими, но често фрагментирани професионални пространства. Оттук се извежда необходимостта от координация между медицинските и немедицинските специалисти и изграждане на реален мултидисциплинарен модел на работа.

Особено място заема анализът на духовната грижа като част от организационната структура. Аргументира се, че духовната подкрепа не може да бъде оставена на случайни прояви на лична емпатия или спорадични посещения на духовни лица, а изисква формализирано място в структурата на институцията. В тази връзка се разглежда ролята на капелана или духовния консултант като част от мултидисциплинарния екип. Представени са международни модели на болнично капеланство, както и консенсусните документи на Puchalski и професионалните стандарти за капеланска дейност.

Особено внимание е отделено на анализа на здравните заведения в България и съществуващите управленски и духовни дефицити. Изследването показва, че в българската система доминира моделът на

управление, ориентиран към клиничните пътеки, финансовата отчетност и административната ефективност, докато духовните потребности на пациента остават с ограничена институционална видимост. Липсват устойчиви форми на духовна подкрепа, нормативно признато капеланство, системно взаимодействие с духовни лица и организационна култура, която да включва духовността като част от качеството на услугата.

Като особено ценен сравнителен пример е разгледан моделът на Румънската православна църква, която развива активна мрежа от центрове за палиативни грижи, хосписи, детски центрове и социално-здравни институции, в които медицинската, социалната, психологическата и духовната подкрепа са интегрирани в единна система. Този модел показва, че участието на Църквата в здравната и социалната сфера може да бъде институционално организирано, професионално легитимно и обществено полезно.

Следващата част на главата разглежда медицинския персонал и духовната подкрепа. Анализира се необходимостта от развитие на компетентности за разпознаване на духовни потребности, умения за общуване при екзистенциален дистрес, както и обучение за етично насочване към духовна подкрепа. Подчертава се, че медицинският специалист не следва да изпълнява ролята на духовник, но трябва да бъде подготвен да разпознава страданието отвъд клиничната симптоматика.

Специално място е отделено и на социално-здравните услуги и институциите за хора с увреждания, където духовната грижа често има още по-голямо значение поради продължителността на зависимостта, самотата и необходимостта от устойчиво присъствие. Анализирани са възможностите за внедряване на духовна подкрепа в резидентни услуги, домове за възрастни хора, центрове за настаняване от семеен тип и услуги за палиативна грижа.

Изводи от първа глава

Първата глава доказва, че духовната подкрепа има не само богословско и етично, но и ясно изразено управленско значение. Качеството на здравната грижа не може да бъде сведено единствено до клиничния резултат, а следва да включва цялостното преживяване на пациента, неговото чувство за сигурност, доверие, смисъл и човешко достойнство.

Изследването показва, че липсата на формализирана позиция за духовна грижа разкрива структурен дефицит в организацията на

здравните заведения. Интегрирането на духовния консултант или капелана в мултидисциплинарния екип не представлява „добавяне на услуга“, а необходима корекция на организационния модел, чрез която институцията приближава своята мисия за холистична грижа до реалната практика. Следователно духовната подкрепа следва да бъде разглеждана като част от стратегическото управление на здравните организации и като основен компонент на качествената, етична и човекоцентрична грижа.

ГЛАВА ВТОРА. ХОЛИСТИЧЕН ПОДХОД КЪМ ПОТРЕБИТЕЛИ НА ЗДРАВНИ И МЕДИКО-СОЦИАЛНИ УСЛУГИ

Втората глава на дисертационния труд е посветена на теоретичните основи на холистичния подход към пациента, мястото на духовността в медицината и социалната работа, международните практики за духовна подкрепа, както и възможностите за институционално интегриране на духовната грижа в българската здравна и социална система.

Основната цел на тази глава е да се аргументира научно и практически, че духовната подкрепа е неразделна част от качествената грижа за човека и че холистичният модел представлява необходима еволюция на съвременното разбиране за здраве, лечение и човешко достойнство.

Изследването започва с анализ на теоретичните основи на холистичния модел и духовността в медицината. Проследява се историческото развитие от класическия биомедицински модел към биопсихосоциалния модел на George Engel и по-късното му разширяване до биопсихосоциално-духовния модел, формулиран от Daniel Sulmasy и доразвит в съвременната палиативна медицина.

Показано е, че биомедицинският модел, макар и изключително значим за развитието на клиничната медицина, се оказва недостатъчен при обяснението и лечението на човешкото страдание, тъй като разглежда пациента предимно като носител на заболяване, а не като личност със своя психична, социална и духовна реалност. Холистичният модел преодолява тази ограниченост, като поставя в центъра човека в неговата цялост.

Особено внимание е отделено на разбирането за страданието като феномен, който не може да бъде сведен само до физическата болка. В тази връзка се разглежда концепцията на Cicely Saunders за „тоталната

болка“, която включва физическо, психично, социално и духовно страдание. Именно в този контекст духовната подкрепа придобива съществено значение като ресурс за надежда, вътрешен мир, приемане, прошка, смисъл и достойно преживяване на болестта и края на живота.

Анализирана е и ролята на духовността в съвременната медицина, като се прави разграничение между религиозност и духовност. Подчертава се, че духовната грижа не е ограничена до религиозна принадлежност, а включва екзистенциалните въпроси за смисъла, страданието, надеждата, принадлежността и вътрешната устойчивост. Това позволява духовната подкрепа да бъде разглеждана като универсална човешка потребност, а не само като религиозна практика.

Следващият важен акцент е поставен върху международните практики за духовна подкрепа в здравните системи. Подробно са разгледани моделите в Съединените американски щати, Великобритания, Германия и Румъния.

В САЩ духовната грижа е институционално развита чрез професионалното болнично капеланство, което е признато като част от палиативната медицина и мултидисциплинарни екипи. Представени са стандартите на Association of Professional Chaplains, както и консенсусният доклад на Christina Puchalski за духовната грижа като фундаментален компонент на качествена палиативна помощ.

Във Великобритания моделът на NHS England включва болнични капелани, духовни консултанти и стандартизирани инструменти за духовна оценка, сред които особено значение имат моделите FICA и NOPE. Духовната подкрепа е част от цялостната пациентска грижа и е интегрирана в болничната организация.

Германският модел се характеризира със силно участие на църковните институции в болничната и социалната грижа, особено в сферата на палиативната медицина и дългосрочната грижа.

Особено внимание е отделено на Румъния като най-близък и практически приложим сравнителен пример за България. Румънската православна църква развива устойчив модел на сътрудничество със здравната и медико-социалната система чрез центрове за палиативни грижи, хосписи, социални институции и специализирани програми за духовна подкрепа. Този модел доказва, че църковното участие може да бъде институционално организирано без противоречие със светския характер на държавата.

След сравнителния анализ е разгледано състоянието в България и липсата на системно организирана духовна грижа. Изследването

показва, че в българските лечебни заведения и медико-социални услуги духовната подкрепа остава фрагментарна, зависима от индивидуални инициативи и лишена от нормативна устойчивост. Очертани са следните дефицити:

- а) липса на болнично капеланство;
- б) нормативно призната позиция на духовния консултант;
- в) институционални протоколи за духовна оценка;
- г) структурирани форми на взаимодействие между лечебните заведения и Българската православна църква;
- д) обучителни програми за медицински и социални специалисти по духовна грижа.

Този дефицит се разглежда не само като организационен проблем, но и като етичен дефицит в самата философия на грижата.

Особено важна част от главата е анализът на възможностите за интегриране на духовната подкрепа в социално-здравните услуги. Разгледани са етичните, правните и културните предпоставки в България, както и възможните модели за внедряване.

Разгледани са и инструментите за оценяване на духовната подкрепа, включително FACIT-Sp, FICA, HOPE, SDAT и други международно използвани методики, които позволяват духовната грижа да бъде обективизирана като част от качеството на услугата.

В края на главата са формулирани конкретни препоръки към здравната и социалната система в България. Те включват необходимостта от стратегическо признаване на духовната грижа, развитие на нормативна база, включване на темата в обучението по медицина, социална работа и здравен мениджмънт, както и създаване на устойчив модел на институционално сътрудничество с Българската православна църква.

Изводи от втора глава

Втората глава доказва, че холистичният подход не представлява алтернативна или допълнителна концепция към съвременната медицина, а необходима еволюция на разбирането за качествена грижа. Човекът не може да бъде лекуван само като биологичен организъм, а следва да бъде разбран като личност, чието страдание има физически, психични, социални и духовни измерения.

Международният опит показва, че духовната подкрепа може успешно да бъде интегрирана в здравната и социалната система чрез устойчиви институционални модели, професионално капеланство и ясни управленски механизми.

Българската практика все още изостава значително в тази посока, но сравнителният анализ доказва, че този дефицит не е неизбежна даденост, а преодолимо състояние при наличие на последователна политика, професионална подготовка и междуинституционално сътрудничество. Следователно духовната грижа следва да бъде призната като съществен компонент на съвременната здравна и социална система, а интегрирането ѝ представлява необходима стъпка към по-справедлив, човечен и устойчив модел на грижа за пациента.

ГЛАВА ТРЕТА. ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ И АНАЛИЗ НА ДУХОВНИТЕ ПОТРЕБНОСТИ

Третата глава на дисертационния труд има ключово значение, тъй като представя емпиричната проверка на основната изследователска теза и осигурява практическата доказателствена основа на дисертацията. Чрез проведеното качествено и количествено изследване се анализира реалното състояние на духовната подкрепа в здравните и медико-социалните услуги, духовните потребности на пациентите и ползвателите на услуги, както и нагласите на специалистите, работещи в институционалната среда.

Основната цел на тази глава е да установи дали съществува реално несъответствие между духовните потребности на хората и степента, в която здравните и медико-социалните институции разпознават и удовлетворяват тези потребности.

Изследването е изградено върху смесен методологичен подход, който съчетава качествени и количествени методи. Това позволява едновременно да бъдат анализирани индивидуалните преживявания и вътрешните нагласи на респондентите, както и да бъдат изведени общи тенденции и закономерности.

В първата част на главата е представена методологията на изследването, включваща 11 дълбочинни интервюта, две анкетни проучвания и анализ на институционалната практика в конкретни лечебни заведения и медико-социални услуги от Южен централен район на Република България.

Провеждането на 11 дълбочинни интервюта е обосновано с необходимостта да бъде осигурена достатъчно представителна качествена извадка от лица с различни здравословни състояния, увреждания, хронични заболявания и диагнози, които са реални ползватели на здравни, медико-социални и социални услуги. Подборът на респондентите е направен целенасочено, така че да обхване

различни групи потребители от различни видове институционална грижа-лечебни заведения, резидентни услуги, социално-здравни услуги и дългосрочна подкрепа. Това позволява да бъдат проследени както общите тенденции, така и специфичните преживявания, свързани с духовните потребности, емоционалното състояние и отношението към духовната подкрепа. Броят на интервютата е достатъчен за качествен анализ, тъй като осигурява наситеност на информацията и възможност за установяване на повтарящи се модели, нагласи и проблеми. Чрез тези интервюта се открояват реалните потребности от смислова подкрепа, разговор, надежда и вътрешен мир, както и значението на духовното присъствие и възможното положително влияние на духовенството върху психоемоционалното състояние, адаптацията към заболяването и процеса на лечение. Това дава надеждна основа за извеждане на изводи относно необходимостта от институционализиране на духовната подкрепа като част от холистичната грижа.

На втория етап, в периода август 2024 г. – юни 2025 г., са проведени две анкетни проучвания. Авторските въпросници са разработени въз основа на анализ на утвърдени международни инструменти за оценка на духовните потребности (FICA, HOPE, SDAT, FACIT-Sp), както и след преглед на научната литература, относно духовната грижа. Преди окончателното им прилагане въпросите са обсъдени с научните ръководители и с експерти по социология с цел оценка на съдържателната валидност, терминологичната яснота и приложимостта им към българския контекст. Направени са редакции на формулировките с цел подобряване на разбираемостта и недопускане на двусмислия.

Първата анкета е реализирана чрез платформата Google Forms, като същата беше изпратена до над 1000 електронни адреса, предоставени от Националното сдружение на общините в Република България, които включват адреси на 265 общини, членове на постоянните комисии по „Здравеопазване“ и „Демографски и социални политики“ към сдружението, здравни и медико-социални организации. Получени са 336 отговора, в указания срок в анкетата, която имаше за цел да установи наличието на православни параклиси и други молитвени кътове в здравни и медико-социални услуги в Република България, както и характеристиките на институционалните практики в тази област. Въпросникът включва общо 10 въпроса. Тази анкета е предназначена за служители от общински администрации, за социални и здравни работници, както и други специалисти, ангажирани с

предоставянето на медико-социални и здравни услуги в Република България. Целта е да се събере информация за наличието на параклиси и молитвени кътове в медико-социални и здравни заведения, начина, по който се използват, достъпността им за различни потребители и видовете духовна активност, която се провежда в тях. Допълнително, изследването се фокусира върху възприятието на служителите и върху това как наличието на духовни пространства влияе върху емоционалното състояние и благополучието на потребителите и пациентите. Анкетата включва въпроси за демографски характеристики на респондентите (възраст, образование, професионален опит), както и за характеристиките на социалните и здравни услуги, в които работят. Въпросникът от направеното проучването, което е извършено за изследване на обособени/изградени православни параклиси или друг вид молитвени кътове в медико-социални и здравни заведения в Република България, е приложен към дисертационния труд.

Втората анкета, проведена чрез SurveyMonkey е индивидуално предоставена на пациенти и потребители в 5 здравни и медико-социални организации. В указания срок е попълнена от 129 респондента, като същата е с фокус върху индивидуалните нагласи, потребности и очаквания на ползвателите на социални и здравни услуги по отношение на духовно саморазвитие и духовна подкрепа. Анкетата се състои от 8 въпроса, като основните са с ликертова скала, при която респондентите оценяват степента на съгласие с твърдения или колко често извършват определени действия, свързани с духовно саморазвитие и духовна подкрепа. Този подход позволява количествено измерване на нагласите, предпочитанията и практиките на ползвателите на социални и здравни услуги и тяхното възприемане за влиянието на духовната подкрепа върху емоционалното им състояние. Въпросникът от направената анкета, за необходимостта от духовно саморазвитие сред лица, ползващи здравни и социални услуги в Република България е приложен към дисертационния труд.

В качествения анализ първо е представен социално-демографският профил на респондентите и контекстът на тяхното участие в системата на здравните и медико-социалните услуги. Анализът показва, че значителна част от участниците са лица в състояние на повишена уязвимост-хронично болни, възрастни хора, лица с увреждания, както и потребители на резидентни услуги, при които екзистенциалните въпроси и духовните потребности са особено изразени.

Особено важен акцент е поставен върху оценката на институционалната грижа и емоционалното благополучие. Значителна част от респондентите споделят преживявания, свързани със самота, тревожност, липса на смислова подкрепа и усещане за емоционална изолация. Това показва, че дори при наличието на медицинска и социална помощ често остава неудовлетворена потребността от човешко присъствие, изслушване и духовна близост.

Изследването установява, че 70,54 % от анкетираните заявяват потребност да разговарят с друг човек, 45,74 % посочват необходимост да разговарят за смисъла на живота, а същият процент споделят стремеж към вътрешен мир. Тези данни показват, че духовните и екзистенциалните потребности не са периферни, а представляват съществена част от преживяването на болестта и зависимостта.

Успоредно с това 41,86 % от респондентите заявяват, че в различна степен нямат с кого да споделят своите притеснения и страхове, а 36,43 % преживяват самота. Тези резултати разкриват сериозен дефицит в емоционалната и духовната подкрепа, предоставяна от институционалната среда.

В следващата част се анализират религиозните нагласи и духовните потребности на респондентите. Установява се, че за значителна част от анкетираните вярата, молитвата и духовният разговор представляват реален ресурс за справяне със страданието, тревожността и усещането за безпомощност. Въпреки това институционалната среда рядко създава условия за реализиране на тези потребности.

Особено място е отделено на ролята на православния параклис и духовенството. Респондентите оценяват положително наличието на молитвени пространства и възможността за среща с духовно лице, като ги възприемат като източник на спокойствие, надежда и вътрешна стабилност. Същевременно данните показват, че в 86.1% от медико-социалните услуги и в 70,6 % от лечебните заведения липсват православни параклиси или други молитвени пространства.

Най-слабо застъпената практика остава разговорът с духовно лице-58,14 % от анкетираните никога не са имали подобен контакт от времето на настаняването или лечението си. Това ясно показва липсата на системна организация на духовната грижа и зависимостта ѝ от случайни или неформални обстоятелства.

Количественият анализ сред специалистите показва, че голяма част от медицинския и социалния персонал признава значението на духовната подкрепа и положителното ѝ влияние върху емоционалното

състояние, адаптацията и доверието на пациентите. Над 60 % от специалистите оценяват наличието на параклиси и молитвени пространства като фактор с благоприятно въздействие върху потребителите.

Същевременно се отчита липса на подготовка, нормативна яснота и организационни механизми за работа в тази посока. Специалистите често разпознават проблема, но не разполагат с инструменти за действие, насочване и професионално взаимодействие с духовни лица.

Втората анкета, насочена към духовното саморазвитие сред ползващите здравни и медико-социални услуги, допълнително потвърждава необходимостта от духовна подкрепа като част от цялостната грижа. Данните показват, че потребността от смисъл, надежда, приемане и вътрешна устойчивост е силно изразена именно в периоди на заболяване, старост и зависимост.

Изводи от трета глава

Емпиричното изследване потвърждава изцяло основната теза на дисертационния труд, а именно, че съществува ясно изразено несъответствие между реалните духовни потребности на пациентите и ползвателите на услуги и степента, в която институциите предлагат разпознаваема, достъпна и системна духовна подкрепа.

Резултатите показват, че духовните потребности не са абстрактна или второстепенна категория, а реален фактор за качеството на живот, емоционалната устойчивост, доверието в институциите и човешкото достойнство. Липсата на параклиси, молитвени пространства, възможности за разговор с духовни лица и институционални механизми за духовна подкрепа разкрива системен дефицит както в здравните заведения, така и в медико-социалните услуги.

Същевременно положителното отношение на специалистите към духовната грижа и отчетената потребност от страна на потребителите показват, че съществува реална основа за изграждане на устойчив модел на институционализирана духовна подкрепа. Следователно духовната грижа следва да бъде призната като необходим компонент на качествената здравна и социална услуга, а нейното интегриране представлява не допълнителна възможност, а професионална, етична и обществена необходимост.

НАУЧНО-ПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Настоящият дисертационен труд има както научно-теоретична, така и ясно изразена научно-приложна стойност, произтичаща от неговия интердисциплинарен характер и от стремежа да бъде осъществена реална връзка между богословието, медицината, социалната работа, здравния мениджмънт и практиката на институционалната грижа.

Основният принос на изследването се състои в аргументираното утвърждаване на духовната подкрепа като органичен и необходим елемент на холистичния подход към пациента и ползвателя на социални услуги, както и в разработването на концептуална и практическа рамка за нейното институционално интегриране в българските условия.

Научните и научно-приложните приноси могат да бъдат систематизирани в следните основни направления:

1. Разработена интердисциплинарна концептуална рамка на холистичната грижа

В дисертационния труд е изграден цялостен теоретичен модел, който свързва медицината, социалната работа, биоетиката, здравния мениджмънт и православно богословие в единна концепция за холистична грижа.

Изследването надгражда традиционния биомедицински модел чрез включването на биопсихосоциално-духовната перспектива и аргументира необходимостта човекът да бъде разглеждан като единство от тяло, психика, социална принадлежност и духовност.

По този начин духовната подкрепа е представена не като професионално допълнение, а като антропологична и етична необходимост.

2. Доказано управленското значение на духовната подкрепа в здравните организации и медико-социални услуги

Един от съществените научни приноси на труда е разглеждането на духовната грижа не само в богословски и етичен аспект, а като част от стратегическото управление на здравните и медико-социални организации.

Аргументирано е, че качеството на здравната грижа не може да бъде измервано единствено чрез клинични показатели, а следва да

включва преживяното достойнство, доверието, смисъла и вътрешната устойчивост на пациента.

Разработена е връзката между модела „структура-процес-резултат“, организационната култура, управлението на човешките ресурси и необходимостта от институционализирана духовна подкрепа.

3. Сравнителен анализ на международни модели за духовна грижа и капеланство

В дисертацията са анализирани устойчиви международни практики в САЩ, Великобритания, Германия и Румъния, където духовната подкрепа е част от официалната здравна и социална система.

Особено значим е сравнителният анализ на румънския модел, който показва практически приложима възможност за институционално сътрудничество между държавата, здравните институции и Православната църква.

Този анализ доказва, че българският дефицит не е неизбежна даденост, а преодолимо състояние при наличие на последователна политика и професионална подготовка.

4. Установени конкретни дефицити в българската здравно-социална система при предоставяне на духовна подкрепа

На основата на теоретичния анализ и емпиричното изследване са идентифицирани конкретни институционални дефицити в българската практика:

- а) липса на болнично капеланство;
- б) отсъствие на нормативно призната позиция на духовния консултант;
- в) липса на институционални протоколи за духовна оценка и насочване;
- г) ограничено присъствие на параклиси и молитвени пространства;
- д) недостатъчно взаимодействие между институциите и Българската православна църква;
- е) липса на системна подготовка на медицинския и социалния персонал за работа с духовни потребности.

Тези дефицити са обосновани като реален пропуск в качеството на здравната и социалната грижа.

5. Проведено оригинално емпирично изследване на духовните потребности

Съществен принос на труда е реализирането на самостоятелно емпирично изследване, включващо:

- 11 дълбочинни интервюта;
- две анкетни проучвания - първото с 336 специалисти и служители и второто с 129 ползватели на здравни и медико-социални услуги;
- анализ на документални и архивни източници за изследваните обекти.

Изследването предоставя реална доказателствена основа за тезата на дисертацията и показва ясно изразено несъответствие между духовните потребности на хората и степента, в която институциите предоставят духовна подкрепа.

6. Социалната мисия на Православната църква в съвременната здравна и медико-социална система

Изследването допринася и за богословската наука, като поставя социалната мисия на Православната църква в контекста на съвременната здравна и социална система. Аргументира се, че грижата за болния, възрастния, уязвимия и страдащия човек не се изчерпва с извършването на тайнства, а включва институционално присъствие, пастирско съпровождане и реално участие в системата на обществената грижа. Така духовната подкрепа се разглежда като мост между богословието и обществената практика.

7. Организационно-управленски модел за институционализиране на духовната подкрепа в здравните и медико-социални организации

Въз основа на теоретичния анализ, международния опит и резултатите от проведеното емпирично изследване настоящият дисертационен труд предлага модел за постепенно институционализиране на духовната подкрепа като част от холистичната грижа за пациента и ползвателя на здравни и медико-социални услуги.

Предложеният модел не предполага създаването на нова самостоятелна система, а надграждане на съществуващите организационни механизми чрез нормативно регламентирано взаимодействие между лечебните заведения, медико-социалните услуги, Българската православна църква и останалите традиционно признати вероизповедания при стриктно спазване на принципите на доброволност, свобода на съвестта и религиозната автономия на всяко лице.

➤ *Институционално партньорство*

Необходимо е да бъде създаден национален координационен механизъм между Министерството на здравеопазването, Министерството на труда и социалната политика и Българската православна църква, чрез който да бъдат определени принципите, условията и редът за предоставяне на духовна подкрепа в здравните и медико-социалните организации.

Този механизъм следва да бъде нормативно регламентиран, чрез разработване на общи указания или методика, които да определят правата и задълженията на участниците, условията за достъп на духовните лица до лечебните и социалните организации, както и правилата за защита на личното достойнство, личните данни и свободния избор на пациента.

➤ *Организационно ниво*

Всяка здравна или медико-социална организация следва да разработи вътрешен ред за предоставяне на духовна подкрепа, който да включва: определяне на лице за координация на дейността; изграждане на официални контакти с местната митрополия или съответното вероизповедание; процедури за насочване на пациенти след изразено желание; регламент за посещенията на духовните лица.

По този начин духовната подкрепа няма да зависи от случайни инициативи или лични контакти, а ще се превърне в част от организационната политика за качествена грижа.

➤ *Достъпност на духовната подкрепа*

В организациите следва да бъдат осигурени условия за свободен достъп до духовна подкрепа чрез:

- а) изграждане или обособяване на молитвени кътове и параклиси;
- б) осигуряване на тяхната достъпност през цялото денонощие;
- в) предоставяне на информация за възможността за среща с духовно лице;
- г) възможност пациентът или неговите близки самостоятелно да поискат духовна подкрепа.

Наличието на подобни пространства има не само религиозно, но и терапевтично значение, тъй като създава среда за тишина, надежда, размисъл и вътрешно спокойствие.

➤ *Насочване към духовна подкрепа*

Медицинските специалисти, социалните работници и психолозите е необходимо да бъдат обучени да разпознават духовните потребности на пациента.

При наличие на признаци като: преживяване на безнадеждност; екзистенциална криза; тежка загуба; терминално заболяване; желание за разговор, относно вярата и смисъла, специалистът може да предложи възможност за доброволна среща с духовно лице, без да упражнява влияние върху избора на пациента.

➤ *Подготовка на персонала*

Разработването на национални обучителни програми по духовна компетентност за медицински и социални специалисти, като целта не е служителят да изпълнява ролята на духовник, а да придобие умения за разпознаване на духовните потребности; уважително общуване; насочване към подходящ специалист и работа в мултидисциплинарен екип.

➤ *Доброволчески модели*

Към лечебните заведения и медико-социалните услуги могат да бъдат изградени доброволчески групи, включващи представители на религиозните общности, преминали обучение за работа в болнична и социална среда. Това би позволило разширяване на достъпа до духовна подкрепа без значително увеличаване на финансовите разходи.

➤ *Богословски принос на изследването:*

- а) систематизира православно разбиране за духовната грижа в институционална среда;
- б) аргументира възможността пастирската грижа да бъде интегрирана в светски здравни и медико-социални организации без нарушаване на тяхната автономност;
- в) развива приложно направление на православно социално богословие.

Като следващ етап от развитието на институционалните системи могат да бъдат реализирани следните политики:

- 1) разработване на национален стандарт за духовна подкрепа в здравните и медико-социалните организации;
- 2) включване на духовната оценка в холистичната оценка на пациента;
- 3) разработване на единен алгоритъм за взаимодействие между лечебните заведения, медико-социалните услуги и Българската православна църква;
- 4) създаване на университетски програми за подготовка на болнични и социални капелани;
- 5) въвеждане на пилотни модели в университетски болници, хосписи, институции за хора с увреждания и резидентни услуги;

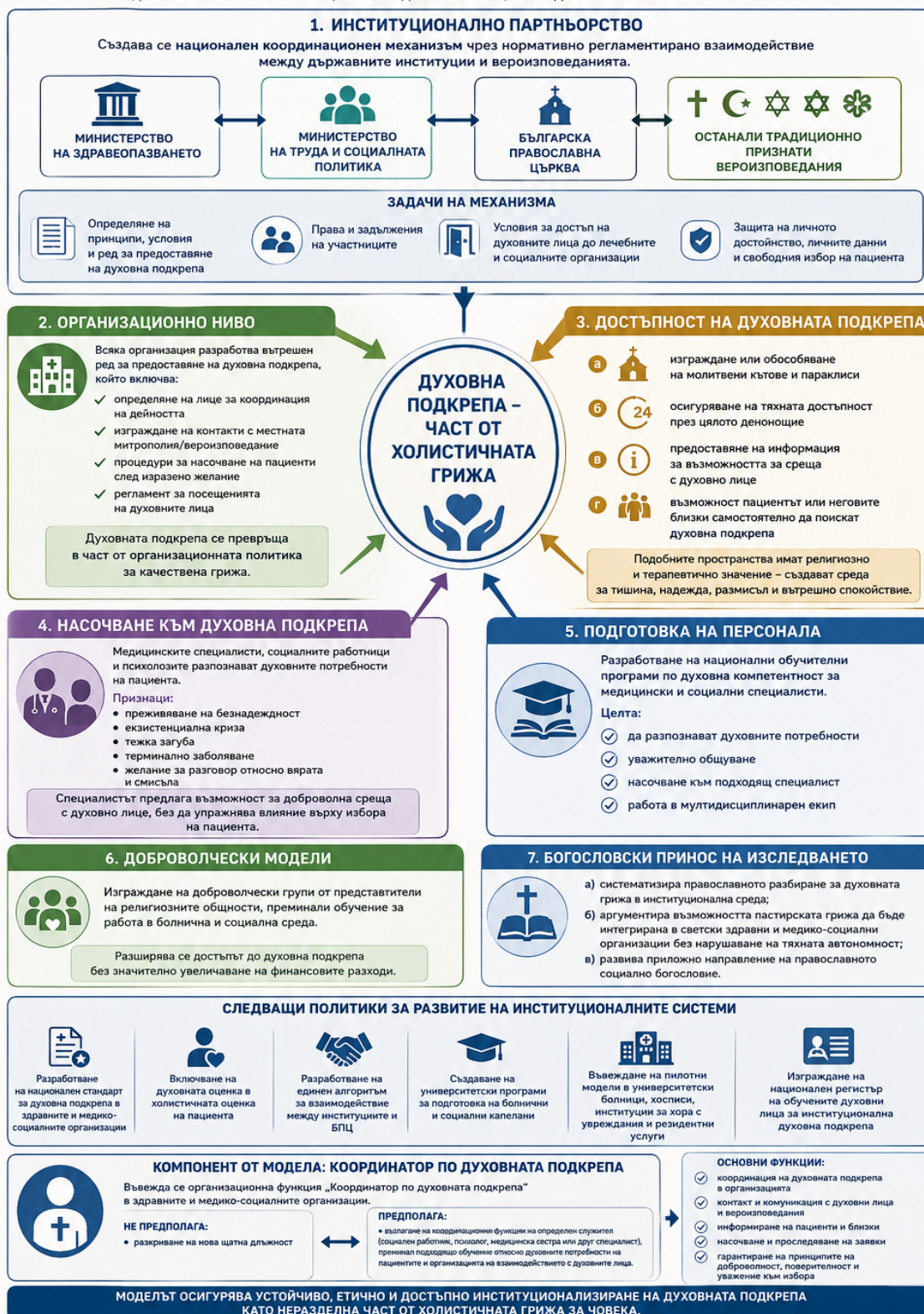
- 6) изграждане на национален регистър на обучените духовни лица, които могат да предоставят духовна подкрепа в институционална среда.

Като елемент от предложения модел за институционализиране на духовната подкрепа настоящият дисертационен труд предлага въвеждането на организационна функция „Координатор по духовната подкрепа“ в здравните и медико-социалните организации. Предложението не предполага разкриването на нова щатна длъжност, а възлагането на координационни функции на определен служител (социален работник, психолог, медицинска сестра или друг специалист), преминал подходящо обучение, относно духовните потребности на пациентите и организацията на взаимодействието с духовните лица. Така моделът няма да зависи от отделни инициативи, а ще се превърне в устойчив организационен механизъм.

В обобщение, научно-приложните приноси на дисертационния труд се изразяват в създаването на нова перспектива за разбиране на грижата за човека-като цялостен, етичен и институционално отговорен процес, в който духовността не е периферия, а съществена част от качеството на живота, лечението и човешкото достойнство.

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ЗА ОРГАНИЗАЦИОННО-УПРАВЛЕНСКИ МОДЕЛ ЗА ИНСТИТУЦИОНАЛИЗИРАНЕ НА ДУХОВНАТА ПОДКРЕПА В ЗДРАВНИТЕ И МЕДИКО-СОЦИАЛНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ

МОДЕЛЪТ СЕ ОСНОВАВА НА ПРИНЦИПИТЕ НА ДОБРОВОЛНОСТ, СВОБОДА НА СЪВЕЩТА И РЕЛИГИОЗНА АВТОНОМИЯ



Фигура 1. Предложен модел на организационно-управленско институционализиране на духовната подкрепа

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящият дисертационен труд е посветен на един особено значим и съвременно актуален проблем-мястото на духовната подкрепа в системата на здравните и медико-социалните услуги като съществен елемент на холистичната грижа за човека.

Изследването изхожда от разбирането, че съвременната грижа за пациента и ползвателя на услуги не може да бъде ограничена единствено до биомедицинските интервенции, диагностиката, лечението и социалното подпомагане. Човекът преживява болестта, страданието, старостта, инвалидността и зависимостта не само като физически състояния, а като дълбоко личностни и екзистенциални преживявания, които засягат неговата цялост-тяло, психика, социална принадлежност, морална идентичност и духовност.

Именно в условията на болест, хронично страдание, палиативни състояния, самота и страх от загуба на автономност духовните потребности придобиват особена значимост. Потребността от разговор, от надежда, вътрешен мир, смисъл, вяра и човешко присъствие се превръща в реален фактор за качеството на живот, преживяното достойнство и способността на човека да понесе страданието.

Проведеният теоретичен анализ показва, че съвременната международна научна традиция отдавна разглежда духовната грижа като неразделна част от качествената палиативна, дългосрочна и интегрирана грижа. Развитието от биомедицинския към биопсихосоциалния и биопсихосоциално-духовния модел доказва, че лечението на човека не може да бъде пълноценно без внимание към неговото вътрешно преживяване, екзистенциалните въпроси и духовната устойчивост.

Анализът на международните практики в САЩ, Великобритания, Германия и особено Румъния показва, че съществуват устойчиви институционални модели, в които духовната подкрепа е професионално организирана, нормативно регламентирана и интегрирана в системата на здравеопазването и медико-социалните услуги. Болничното капеланство, духовните консултанти, молитвените пространства и междупрофесионалното сътрудничество между специалисти и духовни лица не са изключение, а признат стандарт на качествена грижа.

Съпоставителният анализ ясно потвърди, че българският дефицит не е неизбежна даденост, а преодолимо състояние, при

наличие на последователни политики, нормативна яснота, професионална подготовка и междуинституционално партньорство.

Емпиричното изследване даде най-силната доказателствена основа на дисертационната теза. Проведените дълбочинни интервюта, двете анкетни проучвания сред специалисти и ползватели на услуги, както и анализът на институционалната среда показаха ясно изразено несъответствие между реалните духовни потребности на хората и степента, в която тези потребности се разпознават и посрещат от системата.

Научната стойност на настоящия труд се изразява в интердисциплинарното свързване на богословието, медицината, социалната работа и управленските науки в единна концептуална рамка на холистичната грижа. Дисертацията разширява разбирането за духовната подкрепа не като професионална практика, а като антропологична, етична и институционална необходимост.

В по-широк обществен план изследването поставя въпроса за възстановяване на човешкото измерение на грижата. То защитава разбирането, че пациентът и потребителят не са само клиничен случай, административна единица или социален статус, а личност със своя история, страдание, надежда, вяра и достойнство. Следователно интегрирането на духовната подкрепа в здравните и медико-социалните услуги не е въпрос на допълнителна услуга, а на дълбоко преосмисляне на самата философия на грижата. Това е преход от институционално обслужване към истинско човешко обгрижване, от фрагментирано лечение към цялостно присъствие, от формално изпълнение към грижа, основана на достойнството на човека.

Основното послание на настоящия дисертационен труд, е че качествената грижа започва там, където човекът е видян не само като пациент, а като личност. И именно там духовната подкрепа се превръща не в допълнение, а в необходимост.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Основните постановки, изследователски резултати и научни изводи, разработени в настоящия дисертационен труд, са апробирани чрез участие в научни форуми, конференции и публикации, свързани с проблематиката на духовната подкрепа, холистичния подход в медицината и социалната грижа, както и необходимостта от интегриране на духовното измерение в системата на здравните и медико-социалните услуги.

Списък с публикациите, във връзка с темата на дисертацията „Управление на здравни организации-цели, функции, методи и духовна подкрепа. Холистичен подход към пациенти.“:

1. Ботева, В. „Болничните параклиси като средоточие за извършване дела на милосърдието в здравните заведения“. В: Сборник с доклади от Научна конференция „Знание, наука, технологии, иновации“, ISSN 2815-3472 (Print), ISSN 2815-3480 (CD), В.-Търново, 2024, с. 151-160.
2. Ботева, В. „Холистичният подход в лечението на пациенти“. – В: „Мисъл, Слово, Текст“, Том 20 (26), ISSN 2815-2816, Пловдивско университетско издателство, Пловдив, 2024, с. 78-88.
3. Ботева, В. „Анализ на данни от емпирични изследвания за влиянието на духовенството върху емоционалното състояние на пациенти в палиативна грижа“, – В: Сборник с доклади от Научна конференция „Знание, наука, технологии, иновации“, 2025, ISSN 2815-3480, с. 229-242.
4. Ботева, В. „Интеграция на духовността в здравната практика – философски и етични измерения“. – В: „Мисъл, Слово, Текст“, Том 30 (35), ISSN 2815-2816, Пловдивско университетско издателство, Пловдив, 2025, с. 174-193.
5. Ботева, В. „Потребността от духовно самоусъвършенстване сред лица, ползващи здравни и социални услуги в Южен централен район на България“. – В: Сборник с доклади от XXXI Епископ – Константинови четения 15-16 май 2025 г., ШУ „Епископ Константин Преславски“, Шумен, 2025 (под печат).

Участие в международен конкурс:

1. ДИПЛОМ «РОДИНА: ОБЩЕСТВО, БЕЗОПАСНОСТЬ, ЭКОЛОГИЯ» (к 80-летию Победы в Великой Отечественной войне) III СТЕПЕНИ НАГРАЖДАЕТСЯ Ботева Веселина Петрова аспирант (научный руководитель - Адриана Любенова, доцент, кафедра теологии, Факультет философии и истории), Пловдивский университет имени Паисия Хилендарского, г. Пловдив, Болгария за работу: «ПОТРЕБНОСТЬ В ДУХОВНОМ САМОСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ СРЕДИ ЛИЦ, ПОЛЬЗУЮЩИХСЯ УСЛУГАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ В ЮЖНО-ЦЕНТРАЛЬНОМ РЕГИОНЕ БОЛГАРИИ». Приказ № 6 от 27.06.2025г., г. Киров, Российская Федерация.