

ВЛИЯНИЕТО НА БОЛНИЧНАТА СРЕДА ВЪРХУ ПСИХИЧНИЯ СТАТУС НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Стефка Костова-Пашова

Варненски свободен университет „Черноризец Храбър“

Резюме. Целта на настоящото изследване е чрез проучване и анализ да се установят факторите в болничната среда, които влияят върху психичния статус на професионалистите по здравни грижи. Участие взеха петдесет и две лица с различен трудов стаж, житейски път и професионален опит. Откриха се специфични взаимовръзки между оценките за социалната среда и последиците от стреса при изследваните лица, както и че последиците от стреса имат значими взаимовръзки с индивидуалните демографски характеристики, като възраст, трудов стаж и семейно положение.

Keywords: Hospital environment; mental status; health professionals; psychosocial risk; healthcare; mental health; stressogenic factors

Широко разпространено в обществото е мнението, че работата на професионалистите по здравни грижи е свързана с много отговорности. Заедно с настъпването на демократичните промени в българското общество след 1989 г. и съсловието на професионалистите по здравни грижи, наричани полувисши медицински специалисти или здравни работници със средно медицинско образование, осъзнаха себе си като значими при работата в медицински екип и като важна част от движещите сили в българското здравеопазване.

През 1997 година беше учредена новата съсловна организация под името „Българска асоциация на ръководителите и преподавателите по здравни грижи“ (БАРПЗГ). Тяхното съсловие е най-многобройното в здравната система – около 50 000 души. Всъщност 2/3 от тях са медицински сестри и акушерки, като 90% са медицински сестри. Наречени са професионалисти, защото включва най-различни професии – медицински сестри, акушерки, лаборанти и т.н., всички единадесет вида професии, получавани в медицинските колежи, а също така професиите на ръководителите по здравни грижи от различни нива. Всички те осъществяват различни видове грижи – промотивни, превантивни, диагностични, клинични, рехабилитационни, управленски, професионални, хосписни и др. Мисията им е да за-

доволят нуждите от здравни грижи за човека – болен или здрав, когато той не може (поради болест, възраст, недъг), не знае как или не трябва да ги осъществява сам.

Здравеопазването има глобално значение, но през последните години се наблюдава голямо отдръпване в професията на специалистите по здравни грижи. Това е една професия, която претърпява драстично развитие – от милосърдна сестра през войните, доброволец, специалист в определена медицинска област, обучен от лекар и т.н. През последните две десетилетия работните места се променят драматично вследствие на постоянните реорганизации, използването на нови информационни и комуникационни технологии, глобализация на икономиката, растящата разнородност на работната сила и повишеното натоварване (умствено) при работа. Успоредно с тези промени в света на труда се установява увеличаване на проблемите с психичното здраве. Най-честите психологични оплаквания на тези работещи са свързани с работата: стрес, обща умора, понижено субективно благополучие. Смята се, че в един момент те биха били помолени да постигнат повече с по-малко. Именно това са причините, които поставиха за цел да анализирам влиянието на факторите на работната среда върху психичния статус на професионалистите в тази област.

Свързаният с трудовата дейност психосоциален риск се поражда от взаимодействието между съдържанието, организацията и управлението на труда, условията на работната и организационната среда и професионалната подготовка и потребности на специалистите. Излагането на психосоциален риск влияе на здравето на работещите чрез възприятията и преживяванията им, което съответства на моделите на професионалния стрес.

С продължителното упражняване на професията стресовите въздействия се натрупват и се увеличават трайните неблагоприятни последствия за психичното здраве на индивидите.

Психичното здраве може да се разгледа под различни форми, но с една дума „да се чувстваме добре“ и да „функционираме добре“. Друга дефиниция е състоянието на благополучие, в което личността осъзнава своите способности, може да се справя със стресови ситуации в ежедневието си, може да работи продуктивно и може да допринесе за своето общество. Физическото и психичното благополучие са тясно свързани. Да се чувстваме щастливи, е част от психичното здраве, но е само част от цялото.

Има по-дълбоко разбиране за психично здраве, което е свързано с воденето на пълноценен начин на живот, хармонично развивайки се и проявявайки потенциала си.

Психичното здраве включва:

- чувство на задоволство, наслада;
- активност и ангажираност със света;
- самочувствие и самоувереност;
- усещане, че сме способни да извършим нещата, които искаме;

- изразяване, управляване и чувстване на широк спектър от позитивни и негативни емоции;
- способност за учене;
- създаване на пълноценни взаимоотношения, даряващи с радост нас и хората около нас.

Психичното здраве не означава, че никога не изпитвате чувства или ситуации, които възприемате като трудни. Но означава, че се чувствате способни и знаете, че притежавате уменията да се справяте с тях.

„Психичното здраве е интегрална част от здравето: дори няма здраве без психично здраве“.¹⁾ Това твърдение се потвърждава от много изследвания. Едно от тях открива, че личностите със слабо психично здраве имат повишен риск от смърт, сърдечносъдово заболяване, инсулт, рак. Най-общо можем да кажем, че психологическите проблеми възникват:

- поради възприетата гледна точка и оценка на ситуацията и невъзможността да се достигнат нови разбирания и действия;
- когато хората не позволяват на естествено променящите се обстоятелства в живота да прекъснат техните остарели и вече неподходящи модели на мислене и поведение, така че да се появят нови решения и нагласи.

Изборът за темата е провокиран от наблюденията в продължение на 18 години в практиката ми като медицинска сестра в интензивни и спешни отделения както в частни, така и в държавни лечебни заведения. Забелязах особености в поведението и начина на общуване на работещите в тази сфера.

Целта на настоящото изследване е чрез проучване и анализ да се установят факторите в болничната среда, които влияят върху психичния статус на професионалистите по здравни грижи.

Разграничаването на стресогенните фактори и прилагането на добри социални практики ще помогне професионалистите да преодоляват последствията от негативното психично състояние по-лесно.

Понятието стрес – определение и видове

Стрес в психологията е състояние на силно нервно напрежение, предизвикано от отрицателно физическо или емоционално въздействие, като най-вече това се отнася до високите нива на стрес, които могат да имат негативен ефект върху физиката, емоциите и умствената концентрация. Докато по-ниските нива могат да бъдат фактори на адаптация и справяне. Стресът се определя като неспецифична реакция на тялото на всяко поставено пред него изискване за преустройство или приспособяване, осъществяваща се по стереотипен начин на базата на идентични биохимични промени. Около 75% от физическите заболявания са свързани със стреса. Съществува негативен и позитивен стрес.

- **Негативният стрес** (дистрес, вреден стрес) включва всички видове дразнителни, които могат да бъдат оценени като неприятни, нарушаващи спо-

койствието и дори живота на човека. Повечето фактори на стреса (стресори) са такива. Предизвикващите дистрес фактори могат да се разделят най-общо в три големи групи:

- екологична система, обществени групи;
- социално-икономически фактори на стрес;
- лични инциденти.

– **Положителният стрес** може да се провокира от общуване (минало, моментно или предстоящо), от извършване на дейност под натиска на поставен краен срок, от очакване или предприемане на екстремно изживяване и други.

Стресът не е нещо, което трябва да се избягва: пълната липса на стрес означава смърт. Сам по себе си стресът има защитни функции. Посредством интензивен стрес организъмът и психиката на човек реагират на измененията на околната среда, още повече ако те застрашават индивида. В тези ситуации стресовото преживяване мобилизира в максимална степен индивидуалните способности за реакция и преодоляване на промяната. От гледна точка на времето, за което човек успява да се справи с негативните последици от стреса, се различават:

– **ситуативен стрес** – след отстраняването на стресогена отпадат нервното и емоционалното напрежение;

– **хроничен стрес** – човек изпитва нервни и емоционални напрежения необичайно продължително време дори и след прекратяване действието на стресогена, като стресът нараства лавинообразно поради непрестанно изменящата се среда;

– **посттравматичен стрес** – преживяването на нервни и емоционални напрежения не е по време на действие на стресогена, а едва след това – обикновено се появява до 24 часа и продължава неопределено дълго време.

Според теорията на Ханс Селие стресовата реакция се означава като общ адаптационен синдром и протича в три фази:

- фаза на тревога – соматичен израз на активацията на защитните сили;
- фаза на съпротива;
- фаза на изтощение – при дълго действие на стресогенния агент (Selie, 1982).

Ф. П. Космополинский въвежда понятието емоционален стрес през 1976 г., като счита, че емоционалният стрес е системна реакция на организма спрямо емоционалните дразнители (стресори по Х. Селие) със значителна сила (за разлика от емоционалните състояния, произтичащи без особено напрежение на организма), насочена към създаване на ново равнище на адаптация (или форми на поведение) на организма в отговор на променящите се условия. Космополинский приема, че емоционалният стрес представлява поведенческа реакция на организма, във формирането на която участват кората на главния мозък, т.е. съзнанието, мотивациите, отношенията, нагласите и останали-

те психофизиологични процеси, определящи насочеността на емоционалните реакции и тяхното качествено своеобразие.

Клинична картина на психосоматичните прояви на стреса

Психосоматика е научно направление в медицината и психологията, което, в най-широк смисъл, включва всички взаимодействия между поведението (мисли, чувства, действия) и телесната болест, като се основава на идеята, че болестите не се появяват и не протичат във вакуум: те съществуват само при пациенти. Оттук терминът „психосоматично разстройство“ се отнася до „тип телесна болест, чиято етиология или протичане са свързани със значими психологически фактори“. Психосоматичното разстройство е такова, при което емоционалните фактори са неговата главна етиологична детерминанта, която обаче за пациента е напълно или частично неосъзната. Терминът *психосоматика* е въведен за първи път от немския психиатър Christian Heinrot през 1818 г., а фразата „психосоматична медицина“ окончателно е била приета в медицината благодарение на виенския психоаналитик Felix Deutsch през 1922 г. Deutsch, заедно с колегите си Flanders Dunbar, Franz Alexander и др., бързо предизвиква интерес към психосоматичната проблематика и към края на 50-те години на миналия век в американската литература са публикувани около 5000 статии по този въпрос. Съгласно основния постулат на тази наука реакциите на определени емоционални преживявания се съпровождат от функционални изменения и патологични нарушения в органите, като съответната предразположеност може да влияе на избора на засегнатия орган или системата. Психосоматичното заболяване се разглежда като свойство на човешкия организъм, като система, и по този начин то не се дължи нито само на психологичните, нито само на физиологичните (включително наследствените) свойства на индивида. Вътрешните конфликти и невротичните реакции влияят не само на произхода, но и на хода на заболяването и несправянето с тях или омаловажаването им често води и до резистентност към соматичната терапия; както и обратното – тяхното спонтанно или целенасочено разрешаване до голяма степен би могло да обясни често наблюдаваните „чудеса“ в лекарските кабинети (Germanovna, 2005).

Тревожността е субективно емоционално състояние, което се характеризира с всепроникващи чувства на страх, ужас и много често се придружава от физически неразположения, като напрежение в мускулите, тремор, сърцебиене, болка в гърдите, главоболие, замаяност, стомашно-чревни оплаквания и други. Тревожността е полезна, доколкото сигнализира за нужда от промяна на нещо. Ако е прекалено висока, тя може да доведе до нежелание за каквато и да е дейност, а ако я няма, човек може да изгуби мотивация.²⁾

Тревожността е един от проблемите на съвременната психология, който напоследък се разглежда с особено внимание съобразно трудните и постоянно променящи се социални условия, в които сме поставени в днешно време.

Пренесено от психиатрията и психоанализата, понятието тревожност заема важно място в социалната психология, психологията на личността и възрастовата психология. Сарасон я определя като „централен проблем в теорията на личността“, а Р. Мей – като „най-значителната психологическа характеристика на съвременната цивилизация“.

В нашата психиатрична литература доскоро не се е правело особено разграничение между преживяването на страх и на тревожност. Едва в последните две десетилетия тези две понятия намират точното си семантично съдържание и съответна употреба. В психологията страхът е емоционална реакция, която мобилизира за търсене на стратегия за спасение при реална опасност. Тревожността е емоция, която сигнализира възможна, неочаквана, недиференцирана, неясна застрашеност. Това е една от най-важните характеристики. Човешката способност за предвиждане на евентуалното бъдеще и обмисляне на всички възможни алтернативи се явява основата за появата на тревожността. Тази непрекъсната надпревара с времето за съвременния човек естествено повишава и неговата тревожност пред множеството алтернативи, между които трябва да вземе решение, за да се справи с динамичните условия.

В психологията са известни корелационните зависимости между типа нервна система и развитието на тревожността като личностна характеристика. Разпространено е схващането, че лица със силна нервна система по-добре понасят стресовите ситуации. В същите условия хората със слаб тип нервна система реагират със значително емоционално напрежение, което оказва влияние върху цялото им поведение. Това се дължи също и на когнитивната оценка и преоценка на събитието (Marinov&Nikolova, 2006).

Депресия произхожда от латински език и означава „ниско, понижено състояние“. Тя е производна на глагола *dēprimere*, състоящ се от представката *dē-* – „извън; надалеч; надолу“, и *primere* – „натискам“, или *pressum*, *premo*, който означава „потъвам; смирявам; укротявам; понижавам“, тоест „натискам надолу, понижавам“.

В литературата се съобщава, че най-голяма роля за отключването на депресията са следните неблагоприятни събития: продължително емоционално претоварване, повторно излагане на емоционален риск, конфликти в ранното детство (отделяне на детето от майката, нарушена взаимовръзка дете – родител), конфликти в интимния живот (брачна дисхармония, самота, изолация, развод), емоционално пренебрежение в работата, загуба на работа, финансови затруднения, смърт и тежки заболявания за децата или брачния партньор (Marinov & Nikolova, 2006).

Съвременният етап от развитието на обществото, когато се преминава от един тип икономика към друг, води до отключването на цели серии стресови фактори. Те, от своя страна, изискват повишаване на адаптационните възможности на личността. Невинаги човек успява адекватно да отговори на пови-

шените изисквания към себе си. Вследствие на това се стига до развитието на различни форми на психологични разстройства и в частност до развитието на депресия.

Възникването на депресивните разстройства, независимо от тяхната нозологична принадлежност, зависи от наличието на сложен комплекс от биологични и психосоциални фактори. Холистичният подход в обяснението на депресиите дава пълна представа за взаимосвързаността на причините на възникване на депресиите. През последните десетилетия бяха отбелязани редица постижения в обяснение на етиологията и патогенезата на депресивните разстройства.

Причини за стрес в организацията на работа

Стресорите, свързани с работата, от своя страна, могат да се класифицират в три групи.

Първата група са стресорите, идващи от широката социална среда. Това са икономическите условия, промените в пазарите, развитието на технологиите, глобализацията, нарастващата конкуренция, безработицата.

Към *втората група* могат да се отнесат свързаните непосредствено с особеностите на организацията стресори. Това са видът на организацията, организационните промени, организационната култура, системата за стимулиране, стилът на ръководство, безопасността на работните условия, разнообразието на работата и др.

Към *третата група* могат да се отнесат свързаните непосредствено със спецификите на работата стресори: работно претоварване, времеви дефицит, характеристиките на работа (напр. монотонност), ролеви конфликти, ролевата неяснота, отговорността за хората, недостатъчните ресурси за изпълнение на задачите, недостигът на информация или прекалено много информация, работните условия, социално-психичният климат, физическите опасности, квалификационното несъответствие и др.

Стресорите, идващи от индивидуалнопсихичните особености, могат да се разпределят на две групи.

Първата се отнася до индивидуалнопсихичните особености. Към тях спадат личностните черти (напр. личностна тревожност, невротичност, локус на контрола и т.н.), демографските характеристики (пол, образователно ниво, семейно положение и др.), уменията за справяне със стреса и т.н. Към *втората* група могат да се причислят индивидуалните жизнени условия. Например взаимоотношенията семейство – работа (възможни са конфликтни отношения), семейни проблеми, социални проблеми, финансови затруднения и други житейски събития, описвани като носещи стрес.

В болниците се осъществява сложно взаимодействие между специалистите по здравни грижи, болничната среда, в която прекарват по-голямата част от

живота си, с колегите, които общуват, пациентите и техните близки. Характеристиките на това взаимодействие, както и изискванията и влиянията, на които човек е подложен, могат да бъдат източник на стрес. Разбира се, трябва да се има предвид, че стресът е субективно преживяване и се опосредства от индивидуалните характеристики на отделния човек. Заедно с това трябва да се отчита, че поради самото естество на трудовата дейност тя се осъществява в преобладаващата си част ежедневно в рамките на поне 8 часа през периода на активния трудоспособен живот на човека, което води, от една страна, до известно адаптиране към постоянните характеристики на трудовата ситуация, но от друга, води до наслагване на влиянието на редица стресогенни фактори (Cenova, 2004).

Медицинската помощ включва не само добре изпълнена манипулация, провеждане на подготовка за изследвания, раздаване на лекарства, провеждане на хигиенни и специализирани грижи, но и личната грижа към човека. Сестринските грижи за пациента се осъществяват не само чрез точното изпълнение на лекарските назначения и добрата техника при изпълнение на манипулациите и процедурите, а и посредством онова чисто човешко чувство за помощ, състрадание и милосърдие, което при хората се изразява с думи, поглед и жест.

Факторите, обуславящи качеството на медицинското обслужване, определят достъпа на населението до него. Когато обслужването се получава в обем, недостатъчен за създаването на полезен ефект за здравето и благосъстоянието на пациента, то е с лошо качество поради количествени несъответствия.

Емпирично изследване на професионалния стрес в здравеопазването

Цел, задачи и хипотези

Целта на настоящото изследване е чрез проучване и анализ да се установят факторите в болничната среда, които влияят върху психичния статус на професионалистите по здравни грижи.

Задачи

Реализацията на поставената цел се осъществява чрез изпълнение на следните задачи.

1. Проучване на факторите на болничната среда, които влияят на психичното здраве на медицинския персонал.

2. Анализ на организацията и дейността на двете болници – МБАЛ „Света Марина“ ЕАД – Варна, и МБАЛ „Св. Иван Рилски“ АД – Разград.

3. Изготвяне на тестова батерия, която включва:

- демографски данни на изследваните лица;
- метод за оценка на работната среда;
- метод за оценка на психосоматичните признаци;
- самооценъчна депресивна скала на W. Zung;
- скала за самооценка I (Спилбъргър) за ситуативна тревожност.

4. Провеждане на психологично измерване с готовите бланки.
5. Изготвяне на сравнителен анализ и оценка на резултатите от проведеното изследване чрез статистически методи и процедури.
6. Формулиране на изводи и препоръки относно работния стрес.

Хипотези

Предполага се, че ще се разкрият специфични взаимовръзки между оценките за социалната среда и последиците от стреса в двете лечебни заведения.

Предполага се, че последиците от стреса ще имат значими взаимовръзки с индивидуалните демографски характеристики, като възраст, трудов стаж и семейно положение.

Предмет и обект на емпиричното изследване

– Предмет

Факторите в болничната среда, които влияят върху психичното здраве на професионалистите по здравни грижи.

– Обект

Обект на изследването са петдесет и две (52) лица на възраст от 24 – 65 години с различен трудов стаж, житейски път, професионален опит. От тях с магистърска образователна степен са шестнадесет (16) души, с бакалавърска степен – двадесет и един (21), и с полувисше образование – петнадесет (15).

Организация, време и място на изследването

През периода 20.03.2017 – 20.04.2017 год. е проведено проучване сред медицински сестри, работещи в МБАЛ „Света Марина“ ЕАД – Варна, и МБАЛ „Св. Иван Рилски“ АД – Разград. В анкетирането участваха 52 медицински сестри, като 26 от тях работят в Разградската болница в Отделение по анестезиология и интензивно лечение и Спешно отделение. Другите 26 души работят в МБАЛ „Света Марина“, в Отделение за интензивни грижи и Спешно отделение.

Средната възраст на анкетираните лица е $40,52 \pm 10,08$.

Средно респондентите имат стаж по специалността $18,65 \pm 10,21$.

Най-голям е дялът на анкетираните, които са семейни (59%), от тях 23% са с едно дете и 36% с две деца. Несемейни са 19% и разведени 13%.

По отношение на образователната степен, най-голям е броят на респондентите със степен „Бакалавър“ – 40%, и с еднакъв процент – 30%, са „Професионален бакалавър“ и „Магистър“.

Анализ на резултатите от изследването

Болничната среда може да се дефинира като относително обособена и устойчива организирана съвкупност от материални условия и установени на тяхна основа социални взаимоотношения. Тя предявява изисквания към индивидите в нея да изразходват време, средства и други ресурси, и предоставя определени възможности да задоволяват личните потребности. Тази дефиниция произтича от подхода за анализ на поведенческите обстановки (behavioral setting), който е типичен за психологията на средата (Stoyanov, 2014).

Средата може да се опише с някои базисни дименсии, които отразяват типични процеси и характеристики. Оценките за средата силно се влияят от индивидуалните (личностните) особености на служителите в организацията. Тези особености представляват факторите, определящи „филтъра“, през който се анализира постъпващата от средата информация. Наличието на определени оценки за организационните фактори очакваме да генерира вторични оценки за възможностите да се контролират ситуациите в средата или да не се контролират. Когато вторичните оценки са за труден контрол и непредсказуемост, тогава може да се говори за кумулиране на стрес, който по-късно ще доведе до последици в психичен и психосоматичен план (Stoyanov, 2014).

Оценките на служителите за средата могат да бъдат изходна основа за изследване на психичния стрес в здравните заведения. Върху тях влияние оказва широк спектър от променливи. Важно е да се знае, че личността е надежден предиктор на кумулирането на стрес и посредниците от него при равни други условия.

Изводи

Във взаимовръзката на организационната среда с широкия социален контекст различия между възприятията на служителите в двете здравни заведения няма. Това може да се обясни с функционирането на болниците, постъпването като служител в тях е строго регламентирано.

Няма корелация между трудовия стаж и възрастта с психичния статус на професионалистите. Семейното положение оказва влияние върху оценките на средата, като семейните и разведените възприемат средата като по-задоволителна техните потребности в сравнение с несемейните.

В скалите, характеризиращи социалната среда и последиците от стреса, значими корелации се откриват само между противоречивост и психосоматика и противоречивост и ситуативна тревожност. Това се обяснява с факта, че неконсистентните мениджърски решения и нареждания водят до емоционална реакция (повишена тревожност и безпокойство) и в по-продължителен период – до соматизиране на проблемите.

В заключение ще кажа, че трудовото претоварване може да причинява стрес както при служителите от здравната сфера, така и при всички останали звена. Когато има намаляване на несигурността на работата на служителите, прекият ръководител може да играе важна роля, като изяснява професионалните роли и задължения.

NOTES/БЕЛЕЖКИ

1. Световна здравна организация
2. www.literaturata.com

REFERENCES/ЛИТЕРАТУРА

- Marinov, P. & Nikolova, Sv. (2006). *Depresivni i trevozni razstroystva v obshtata meditsinska praktika*, Sofiya. [Маринов, П. & Николова, Св. (2006). *Депресивни и тревожни разстройства в общата медицинска практика*, София.]
- Selie, H. (1982). *Stres bez distres, Savremenna chuzhdestranna psihologi*, Nauka i izkustvo, Sofiya. [Селие, Х.(1982). *Стрес без дистрес, Съвременна чуждестранна психология*, Наука и изкуство, София.]
- Stoyanov, V. (2011). *Psihichen stres v organizatsiyata*, VSU, Varna. [Стоянов, В. (2011). *Психичен стрес в организацията*, ВСУ, Варна.]
- Stoyanov, V. (2014). *Organizatsionna psihologiya*, VSU, Varna. [Стоянов, В. (2014). *Организационна психология*, ВСУ, Варна.]
- Tsenova, B. (2004). *Psihosotsialni problemi na rabotnoto myasto: stres, barnaut, psihologichen tormoz. Fizikalna meditsina, rehabilitatsiya, zdrave*. [Ценова, Б. (2004). *Психосоциални проблеми на работното място: стрес, бърнаут, психологичен тормоз. Физикална медицина, рехабилитация, здраве*.]
- Germanovna, I. (2005). *Psihosomatika: Spravochnik prakticheskogo psihologa*, Eskimo, M. [Германовна, И. (2005). *Психосоматика: Справочник практическото психолога*, Ескимо, М.]

HOSPITAL ENVIRONMENT IMPACT ON MENTAL STATUS OF HEALTHCARE PROFESSIONALS

Abstract. The purpose of the current search is to determine hospital environment factors influencing mental status of health professionals via investigation and analysis. Fifty-two individuals with dissimilar length of service, working experience and life path took part in. Specific interconnections were found between the evaluations of social environment and the consequences of stress, moreover, the second ones were significantly interrelated to demographic characteristics as age, length of service and family status.

✉ **Ms. Stefka Kostova-Pashova**
Varna Free University „Chernorizets Hrabar“
9007 Varna, Bulgaria
E-mail: stefka_pashova@abv.bg