

## ПРЕВАНТИВНИ ПРАКТИКИ И ПОВЕДЕНИЕ ПРИ СЕЗОНЕН ГРИП В БЪЛГАРИЯ

М. Джугларска<sup>1</sup>, Т. Златанова<sup>1</sup>, Р. Златанова-Великова<sup>1</sup>, Р. Янева<sup>1</sup>,  
Цв. Петрова-Готова<sup>2</sup>, Р. Михайлов<sup>3</sup>, Н. Попов<sup>1</sup>, Ст. Великов<sup>2</sup>, М. Лазарова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Катедра „Здравен мениджмънт и икономика на здравеопазването“,  
Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София  
<sup>2</sup>Катедра „Оценка на здравните технологии“,  
Факултет по обществено здраве „Проф. д-р Цекомир Воденичаров, дмн“, Медицински университет – София  
<sup>3</sup>Медицински колеж „Йорданка Филаретова“, Медицински университет – София

## PREVENTIVE PRACTICES AND BEHAVIOUR DURING SEASONAL INFLUENZA IN BULGARIA

M. Djuglarska<sup>1</sup>, T. Zlatanova<sup>1</sup>, R. Zlatanova-Velikova<sup>1</sup>, R. Yaneva<sup>1</sup>,  
Ts. Petrova-Gotova<sup>2</sup>, R. Mihaylov<sup>3</sup>, N. Popov<sup>1</sup>, St. Velikov<sup>2</sup>, M. Lazarova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Management and Health Economics,  
Faculty of Public Health „Prof. Tzecomir Vodenitcharov, MD, DSc“, Medical University – Sofia  
<sup>2</sup>Department of Health Technology Assessment,  
Faculty of Public Health „Prof. Tzecomir Vodenitcharov, MD, DSc“, Medical University – Sofia  
<sup>3</sup>Medical College “Y. Filaretova”, Medical University – Sofia

**Резюме.** Ниският ваксинален обхват и лесното разпространение на грипа налагат възприемането на защитни практики и отговорно поведение сред обществото. **Целта** на настоящата публикация е да се анализират прилаганите противоепидемични мерки и моделите на поведение сред пълнолетни лица при сезонен грип в България. **Материал и методи:** Проучването е проведено онлайн в периода януари-април 2025 г. сред 1038 пълнолетни български граждани. **Резултати:** Миенето на ръцете (80,2%) и маските в лечебни заведения (53,6%) са водещи предпазни мерки. Изборът на противоепидемични мерки зависи от социалния статус и усещането за риск. Работещите са най-стриктни към хигиенните мерки и мерките за безопасност в работна среда ( $p < 0,05$ ). Пенсионерите проявяват най-висока отговорност при носене на маски, особено в обществена среда ( $p < 0,001$ ), и социална изолация ( $p = 0,001$ ), докато учащите се подценяват рисковете. При реакцията срещу грипна симптоматика доминира обръщането към личния лекар (75,7%), следвано от самолечението (9,8%). Профилът на самолечуващите се е концентриран в големите градове и сред активното население (работещи и учащи се), докато в малките населени места се предпочита официалната медицинска помощ. **Заключение:** Необходимо е повишаване на здравната грамотност сред учащите се, насърчаване на своевременната консултация с лекар и засилване на контрола върху практиките на самолечение.

**Ключови думи:** грип, превантивни мерки, поведение, ключови детерминанти

**Abstract.** Low vaccination coverage and the ease of spread of influenza necessitate the adoption of preventive practices and responsible behaviour among the population. **The goal** of this publication is to analyse the anti-epidemic measures applied and the behaviour patterns present among adults during seasonal influenza in Bulgaria. **Materials and methods:** The study was conducted in an online environment during January 2025-April 2025 among 1,038 adult Bulgarian citizens. **Results:** Hand washing (80.2%) and wearing masks in healthcare facilities (53.6%) are the leading protective measures. The choice of anti-epidemic measures depends on social status and perceived risk. Working people are most strict about hygiene and safety measures in the workplace ( $p < 0.05$ ). Retirees show the highest level of responsibility in wearing masks, especially in public settings ( $p < 0.001$ ) and social isolation ( $p = 0.001$ ), while students underestimate the risks. The dominant response to influenza symptoms is to consult a GP (75.7%), followed by self-medication (9.8%). The profile of those who self-medicate is concentrated in large cities and among the active population (the employed and university students), while in the population of small towns has a preference towards official medical help. **Conclusion:** There is a need to improve health literacy among students, encourage timely consultation with a doctor and strengthen control over self-medication practices.

**Key words:** influenza, preventive measures, behaviour, key determinants

### ВЪВЕДЕНИЕ

Грипът е потенциално тежко и непредсказуемо инфекционно заболяване с целогодишна циркулация в световен мащаб [1-3]. В България епидемичният пик обикновено се регистрира през зимните месеци (януари – началото на февруари), причинявайки сезонни грипни епидемии [4]. На глобално ниво тези епидемии предизвикват ежегодно от 3 до 5 млн. случая на тежки заболявания и между 0,29 и 0,65

млн. смъртни случая. Данните за Европейския съюз сочат приблизително 0,07 млн. фатални изхода годишно, като 90% от тях са при лица над 65-годишна възраст с придружаващи патологии. За сравнение, само в областните градове на България годишно се регистрират между 1,4 и 1,6 млн. случая на остри респираторни заболявания и грип [1, 5]. Данните категорично поставят грипните епидемии сред десетте най-сериозни заплахи за човечеството [6]. Преди появата на COVID-19 много експерти определяха

грипната пандемия като най-голямото предизвикателство за глобалното обществено здраве [1].

За важността на проблема в нашата страна свидетелстват приетите Национален план за готовност за грипна пандемия (2006 г.) и Национален план за готовност при пандемия (2020 г.). Действащи и понастоящем, тези документи осигуряват необходимата рамка за прилагане на оптимален обем профилактични и противоепидемични мерки, като имат за цел максимално ограничаване на разпространението на вирусите [2-3].

Ваксинопрофилактиката е едно от най-ефективните средства за намаляване на риска от заразяване, тежко клинично протичане, хоспитализации и фатален изход [1-3, 5]. Въпреки отчетения петнадесеткратен ръст в имунизационното покритие срещу сезонен грип за периода 2020-2024 г., който е резултат от последователното прилагане на националните програми за подобряване на ваксинопрофилактиката (2019-2022 г. и 2023-2026 г.), нивата на ваксинация остават под критичния праг за изграждане на колективен имунитет [7].

Ниският ваксинален обхват и лесното разпространение на инфекцията по въздушно-капков път обуславят обективната необходимост от конкретни защитни практики и отговорен модел на поведение в периоди на повишена активност на грипа.

**Целта** на настоящото проучване е да се анализират прилаганите противоепидемични мерки и моделите на поведение сред пълнолетни лица при сезонен грип в България, в контекста на личната отговорност за опазването на общественото здраве.

За реализиране на целта си поставихме следните **задачи**:

1. Да се идентифицират и анализират предпочитаните индивидуални противоепидемични мерки за защита при сезонен грип сред пълнолетни лица.
2. Да се проучи и характеризира моделът на поведение при проявени симптоми на инфекцията.
3. Да се анализира влиянието на ключови детерминанти върху превантивните практики при сезонен грип и предприетите действия при грипни симптоми.
4. Да се формулират препоръки за подобряване на здравната грамотност по отношение на противоепидемичните мерки и поведението при грипна симптоматика.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Чрез документален метод са проучени относими нормативни актове и литературни източници, свързани с противоепидемичните мерки за защита при сезонен грип.

В периода януари-април 2025 г. бе проведена анонимна онлайн анкета сред пълнолетни български граждани чрез платформата Google Forms. Респондентите са набрани на принципа на доброволно отзовалите се.

Използваните статистически методи са описателни и аналитични. За търсене на връзки

между категорийни променливи е приложен хи-квадрат тест на Пирсън. За ниво на статистическа значимост се приема  $p < 0,05$ . За съответните анализи и обработка на данните е използван програмен продукт SPSS 20.

## РЕЗУЛТАТИ

В анкетното проучване взеха участие 1038 пълнолетни лица, като преобладаващата част от тях са жени (79,2%), а мъжете съставляват 20,8%. Средната възраст на респондентите е 45,16 години ( $\pm 0,93$ ).

Демографският профил по местоживеене, социален статус и образование разкрива, че мнозинството от участниците живеят в столицата (66,4%), работещи са 70,2% и притежават висше образование 69,1% (табл. 1). Сред високообразованите респонденти 7,6% са с образователна и научна степен „доктор“, 36,6% са магистри, 16,5% – бакалаври, а 8,4% – професионални бакалаври. Относителният дял на лицата в пенсионна възраст, идентифицирани като най-рискова група по отношение на сезонния грип, възлиза на 13,8%, като 1% от тях са пенсионирани поради общо заболяване.

**Таблица 1. Разпределение на респондентите по местоживеене, социален статус и образование**

Променливи		Респонденти	
		n	%
Местоживеене	София	689	66,4%
	Областен град	245	23,6%
	По-малък град	62	6,0%
	Село	42	4,0%
Социален статус	Учащ се	142	13,7%
	Неактивен (не работи и не търси активно работа)	5	0,5%
	Безработен (търси активно работа)	19	1,8%
	Работещ (самонаето или наето лице)	729	70,2%
	Пенсионер	133	12,8%
	Пенсионер поради заболяване	10	1,0%
Ниво на завършено образование	Начално	1	0,1%
	Основно	11	1,1%
	Средно	309	29,8%
	Професионален бакалавър (специалист)	87	8,4%
	Бакалавър	171	16,5%
	Магистър	380	36,6%
	Докторска степен	79	7,6%

Проучени са предпочитанията на респондентите към определени противоепидемични мерки за защита в условия на сезонен грип (фиг. 1). Резултатите показват, че най-масовата практика

е честото миене на ръце (80,2%), следвана от носенето на защитна маска в лечебни заведения (53,6%). Близко половината от анкетираните (49,9%) спазват дистанция при общуване. Около две пети от респондентите използват дезинфектанти за ръце и повърхности (38,2%), а приблизително една трета носят защитна маска на закрити обществени места (35,5%) или ограничават социалните си контакти (29,4%). Значително по-ниска е склонността към носене на защитна маска на работното място (15%) и към работа от разстояние (10,2%). Най-рядко прилаганата мярка е използването на защитна маска на открито при струпване на хора (8,5%). Сборът от относителните дялове надвишава 100%, тъй като въпросът е позволявал повече от един отговор.

Установиха се статистически значими различия според социалния статус на респондентите при почти всички изследвани противоепидемични мерки ( $p < 0,05$ , табл. 2). Единственото изключение от общата тенденция е спазването на дистанция при комуникация с други хора, известно като социално дистанциране ( $p = 0,954 > 0,05$ ). За по-компактен анализ, респондентите са прегрупираны в четири категории: работещи, учащи се, пенсионери (в т.ч. по болест) и останалата част (безработни и неактивни лица). Данните показват значително по-висок относителен дял на работещите лица спрямо учащите се при спазването на лична хигиена и превантивни мерки в работна среда. Това включва често миене на ръцете (74,3% срещу 14,4%,  $p < 0,001$ ), използване на дезинфектанти за ръце и повърхности (68,9% срещу 17,9%,  $p = 0,002$ ), носене на защитна маска на работното място (78,9% срещу 16,0%,  $p = 0,002$ ) и работа от разстояние (83,0% срещу 12,3%,  $p = 0,007$ ). При други ключови мерки се наблюдава промяна в структурата на групите: докато работещите запазват най-висок дял, втората позиция се заема от пенсионерите вместо от учащите се. Тази тенденция е отчетлива при носенето на защитна маска на закрити обществени места (61,8% срещу 25,2%,  $p < 0,001$ ) и в лечебни заведения (66,4% срещу 19,1%,  $p < 0,001$ ), както и при ограничаването на социалните контакти (68,2% срещу 18,7%,  $p = 0,001$ ). Единствено при носенето на защитна маска на открито (при струпване на хора) дялът на пенсионерите превишава този на работещите лица (47,7% спрямо 39,8%,  $p < 0,001$ ).

Интерес за проучването представлява и връзката между избора на превантивни мерки и равнището на страх от заразяване с грип (фиг. 2). В тази връзка, по-голяма част от запитаните (58%) са отбелязали липсата на подобна тревожност, докато останалите 42% признават наличието ѝ. Установи се, че лицата със страх от зараза са значително по-склонни спрямо останалите да носят защитна маска в лечебни заведения (64,9% спрямо 45,3%,  $p < 0,001$ ), на закрити обществени места (44,7% спрямо 28,9%,  $p < 0,001$ )

и на открито при струпване на хора (11,7% спрямо 6,1%,  $p = 0,002$ ), както към ограничаване на социалните контакти (32,8% спрямо 26,9%,  $p = 0,04$ ). При останалите предпазни мерки (за лична хигиена, безопасност в работна среда и социално дистанциране) не се наблюдават статистически значими разлики между групите ( $p > 0,05$ ).

Обект на проучването са и действията, които респондентите предприемат при поява на грипни симптоми (фиг. 3). Данните показват, че мнозинството от анкетираните (75,7%) биха се обърнали към своя личен лекар, а всеки десети (9,8%) предпочита да се лекува самостоятелно. Сравнително нисък е дялът на лицата, които биха потърсили директно лекар специалист (6,5%) или лекар – семеен приятел (4,7%). Пренебрежимо малка част от анкетираните биха потърсили болнична помощ (0,8%), помощ от приятел (1,3%) или медицински услуги в близко населено място (0,2%). Едва 0,9% от запитаните не могат да преценят реакцията си при грипни състояния.

Установена е висока статистическа значимост на връзката между местоживеенето и поведението на респондентите при грипни състояния ( $p < 0,001$ , табл. 3). Резултатите показват, че обръщането към личния лекар е доминиращият модел на поведение във всички видове населени места. Същевременно се наблюдават отчетливи разлики в склонността към самолечение, търсене на помощ от близък лекар или приятел между жителите на големите градове и тези в селата. Данните сочат, че към самолечение са прибегнали 69 респонденти от столицата и 24 от областните градове, а към помощ от приятел – съответно 12 и 1 души, докато в селата не е регистриран нито един такъв случай. Консултацията с лекар, който е семеен приятел, също е най-застъпена в големите градове (27 случая в София и 16 в областните градове) спрямо едва един случай в селата. Обратна е тенденцията при търсенето на специалист – макар и с нисък абсолютен брой, жителите на селата (6 от 42-ма) и малките градове (6 от 62-ма) прилагат тази стратегия с по-висока относителна честота спрямо респондентите от столицата (39 от 689).

Значимо влияние върху модела на поведение при грипни състояния оказва и социалният статус на респондентите ( $p < 0,001$ ). Анализът се базира на четири обособени групи: работещи, учащи се, пенсионери (в т.ч. по болест) и останалата част (безработни и неактивни лица). Резултатите разкриват, че лицата извън пазара на труда разчитат приоритетно на личния лекар (128 пенсионери от общо 143-ма и 20 безработни/неактивни лица от общо 24). За разлика от тях, работещите и учащите се често прибегват към втората най-разпространена алтернатива – самолечението. Те формират 95,1% от общия брой на избралите този подход.



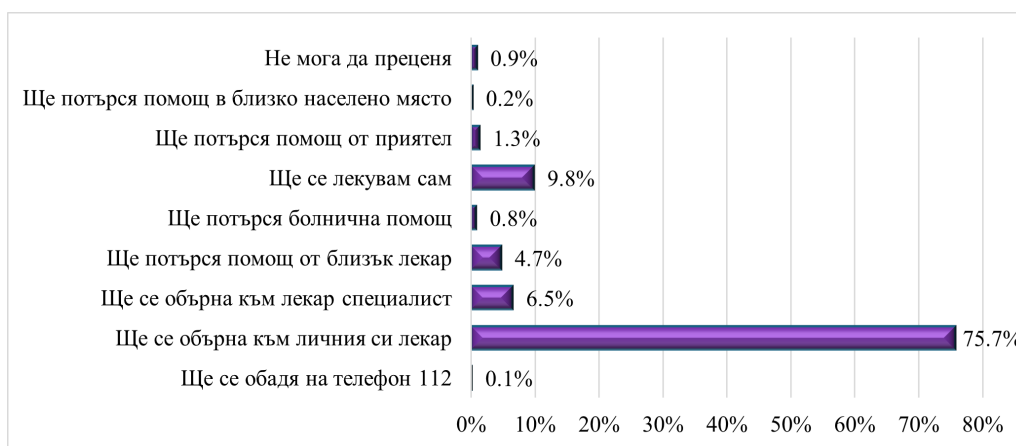
Фиг. 1. Разпределение на отговорите на въпроса „Кои от следните мерки за предотвратяване на разпространението на грип Ви е лично спазвате?“

Таблица 2. Връзка между прилаганите противоепидемични мерки и социалния статус на респондентите

Приложение на мерките	Отговори		Разпределение по социален статус (%)				p	
	n	%	Работещ	Учащ се	Пенсионер	Останалите		
Нося защитна маска на/във:								
– закрити обществени места	да	369	35,5%	61,8%	10,3%	25,2%	2,7%	< 0,001
	не	669	64,5%	74,9%	15,5%	7,4%	2,0%	
– лечебни заведения	да	556	53,6%	66,4%	11,7%	19,1%	2,9%	< 0,001
	не	482	46,6%	74,7%	16,0%	7,6%	1,7%	
– работното място	да	156	15,0%	78,9%	16,0%	5,1%	0,0%	= 0,002
	не	882	85,0%	68,7%	13,3%	15,3%	2,7%	
– открито при много хора	да	88	8,5%	39,8%	10,2%	47,7%	2,3%	< 0,001
	не	950	91,5%	73,1%	14,0%	10,6%	2,3%	
Мия ръцете си често:								
	да	832	80,2%	74,3%	14,4%	8,5%	2,8%	< 0,001
	не	206	19,8%	53,9%	10,7%	34,9%	0,5%	
Използвам често дезинфектант за ръце и повърхности:								
	да	396	38,2%	68,9%	17,9%	9,9%	3,3%	= 0,002
	не	642	61,8%	71,0%	11,1%	16,2%	1,7%	
Старая се да спазвам дистанция при комуникация с други хора								
	да	518	49,9%	71,0%	13,5%	13,0%	2,5%	= 0,954
	не	520	50,1%	69,4%	13,8%	14,7%	2,1%	
Ограничавам социалните си контакти:								
	да	305	29,4%	68,2%	10,2%	18,7%	2,9%	= 0,001
	не	733	70,6%	71,1%	15,1%	11,7%	2,1%	
Работя от разстояние:								
	да	106	10,2%	83,0%	12,3%	3,8%	0,9%	= 0,007
	не	932	89,8%	68,8%	13,8%	14,9%	2,5%	



Фиг. 2. Връзка между прилаганите мерки за лична защита и страха от заразяване с грип



Фиг. 3. Разпределение на отговорите на въпроса „Ако имате симптоми на грип, кое от следните действия ще предприемете?“

Таблица 3. Връзка между поведението на респондентите при грипни състояния и местоживеенето

Действие	Отговори		Разпределение по местоживеене (n)				p
	n	%	София	Областен град	По-малък град	Село	
Ще се обадя на телефон 112	1	0,1%	0	0	0	1	< 0,001
Ще се обърна към личния лекар	786	75,7%	533	183	38	32	
Ще се обърна към лекар специалист	68	6,5%	39	17	6	6	
Ще потърся помощ от близък лекар	49	4,7%	27	16	5	1	
Ще потърся болнична помощ	8	0,8%	2	2	3	1	
Ще се лекувам сам	102	9,8%	69	24	9	0	
Ще потърся помощ от близки/познати/приятели	13	1,3%	12	1	0	0	
Ще потърся помощ в най-близкото населено място	2	0,2%	1	0	0	1	
Не мога да преценя	9	0,9%	6	2	1	0	
<b>Общо:</b>	<b>1038</b>	<b>100%</b>	<b>689</b>	<b>245</b>	<b>62</b>	<b>42</b>	

## ОБСЪЖДАНЕ

Настоящото проучване придобива особена актуалност на фона на обявената към 20.01.2026 г. грипна епидемия в три области на страната – Варна, Добрич и Бургас [8]. Динамиката на епидемичната обстановка за поредна година подчертава належащата необходимост от стимулиране на устойчиви промени в здравното поведение на населението. В този смисъл подобряването на здравната грамотност чрез целенасочени инициативи за информиране е ключова отговорност на здравните институции и медицинските лица [9-10]. Публикуваните насоки на интернет страницата на Министерството на здравеопазването в края на 2025 г., последвани от официалното издаване на осем основни противоепидемични мерки в началото на 2026 г., потвърждават провеждането на систематична здравна кампания. Част от тези предписания са обект на настоящия анализ. Научно доказано е, че тези мерки оказват синергичен ефект върху епидемичния процес, тъй като едновременно въздействат върху източника на инфек-

цията, механизмите на заразяване и възприемчивостта от населението [11-14]. Не е напълно ясна обаче индивидуалната ефективност на всяка отделна мярка и доколко тя помага за ограничаване на респираторните инфекции [14]. В този контекст настоящото изследване е фокусирано върху систематизирането на превантивните практики срещу сезонен грип в България, докато оценката на тяхната ефективност остава извън обхвата му.

Представените резултати очертават ясни приоритети при прилагане на изследваните мерки. Доминиращата роля на миенето на ръцете (80,2%) потвърждава, че личната хигиена се възприема като най-достъпната и устойчива бариера срещу инфекции. При липса на условия за прилагането ѝ близо 40% от респондентите прибягват към нейната алтернатива – употреба на дезинфектант за ръце и повърхности. Защитните маски запазват своята приемливост и след пандемията от COVID-19, но прилагането им е строго селективно съобразно спецификата на средата. Високата честота на употреба в лечебни заведения

(53,6%) в сравнение с минималната употреба на открито (8,5%) показва, че маските се възприемат като необходимост предимно в затворени пространства с висок епидемичен риск.

Изборът на превенция е в пряка връзка със социалния статус на респондентите. Работещите лица са най-активни при спазването на хигиенни и предпазни мерки в работна среда, което вероятно е резултат от съчетание между институционален контрол, висока социална отговорност и стремеж към запазване на индивидуалната трудоспособност. Наред с това, пенсионерите показват най-висока отговорност при носене на маски на открито, а в рискови зони (лечебни заведения) и при социална изолация тяхната ангажираност е значително по-висока спрямо тази на учащите се. Тези нагласи се обясняват с високото осъзнаване на здравния риск в тази възрастова група и стремежа им към самосъхранение. Обратно, поведението на учащите се може да се интерпретира като подценяване на рисковия фактор за сметка на други техни приоритети. Следователно прилагането на превантивни мерки зависи в голяма степен от индивидуалното субективно възприятие за риск [15].

Въпреки че е третата по честота на прилагане, социалната дистанция (49,9%) е единствената мярка, неповлияна от социалния статус на респондентите ( $p = 0,954 > 0,05$ ). Това дава основание тя да бъде дефинирана като универсална обществена норма.

Особено внимание заслужава изследването на емоционалния компонент като мотиватор на поведенческите нагласи [16]. Въпреки че инфектирането невинаги води до тежка клинична картина [2, 5], субективното усещане за заплаха – изразено чрез страх от заразяване при 42% от респондентите, е ключов фактор при избора на превенция, особено в обществена среда. Лицата, изпитващи страх, са значително по-стриктни в употребата на защитни маски, като разликата е най-осезаема в лечебните заведения ( $p < 0,001$ ) и на закрити обществени места ( $p < 0,001$ ). Дори в среда с по-нисък здравен риск, като струпвания на хора на открито, изпитващите страх остават по-предпазливи в сравнение с респондентите без страх ( $p = 0,002$ ). Страхът води и до съществено ограничаване на социалните контакти ( $p = 0,04$ ). Въпреки общата тенденция социалната дистанция и при тази взаимовръзка прави изключение. Повторно се потвърждава възприемането ѝ по-скоро като общовалидна норма или наложен социален етикет, отколкото като субективно решение, продиктувано от личен страх. По подобен начин, значими разлики не се наблюдават и при мерките за лична хигиена и безопасност в работна среда ( $p > 0,05$ ). Тези резултати предполагат, че те са по-тясно свързани с институцио-

нални изисквания и изградена рутина при респондентите, отколкото с техните индивидуални емоции.

Анализът на поведението на участниците при поява на грипни симптоми показва доминираща тенденция към търсене на помощ от общопрактикуващ лекар (ОПЛ) (75,7%), идентично с констатациите в друго сходно изследване [15]. Този модел потвърждава ключовата роля на първичната извънболнична медицинска помощ за поддържане устойчивостта на здравната система чрез минимизиране на натиска върху спешните и стационарните звена [17].

Важен аспект на изследването е установената статистически значима връзка между местоживеенето и поведенческия модел при грипна симптоматика ( $p < 0,001$ ). Резултатите разкриват парадокс: въпреки високата концентрация на лечебни заведения в столицата и големите градове именно там нивата на самолечение и търсенето на неофициална медицинска помощ (от близък лекар или приятел) са най-високи. Това се дължи на поне два фактора. От една страна, динамиката на градската среда и улесненият достъп до информация и медикаменти насърчават жителите на столицата и областните градове към самостоятелно справяне със симптомите с цел оптимизация на ограничени ресурс „време“ [18]. От друга страна, наличието на социални мрежи позволява консултации чрез лични познания, които се използват като алтернатива на официалния ред за преглед при ОПЛ.

В противовес на градските тенденции, жителите на селата демонстрират по-стриктно придържане към официалната медицинска помощ. Пълното отсъствие на самолечение в селските райони може да се интерпретира не само като индикатор за по-високо доверие в медицинските специалисти, но и като липса на достъпни алтернативи (напр. ограничен брой денонощни аптеки). Научен интерес буди и по-високата относителна честота на директно търсене на специализирана помощ в по-малките градове и селата. Макар абсолютният брой на тези случаи да е ограничен, подобно поведение вероятно е продиктувано от недостига на ОПЛ или от субективното усещане, че тесният специалист ще предложи по-бързо и окончателно решение на здравния проблем.

Социалният статус се утвърждава като водеща детерминанта на здравното поведение при грипни състояния ( $p < 0,001$ ), като ключова роля играе степента на трудова ангажираност. Резултатите очертават ясна разделителна линия: работещите и учащите се съставляват основната група на самолечуващите се (95,1% от всички избрали този подход). Това поведение вероятно е продиктувано от дефицита на време и стремежа към бързо възстановяване без прекъсване на

трудовия или учебния процес. Обратно, лицата извън пазара на труда демонстрират подчертано консервативен модел, разчитайки приоритетно на експертизата на личния лекар. При пенсионерите тази тенденция се обяснява с по-високия здравен риск и нуждата от квалифицирана медицинска помощ. При безработните и неактивните лица личният лекар представлява основният легален вход към здравната система, осигуряващ минимизиране на личните разходи за лечение.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Грипът не може да бъде избегнат напълно, но последиците от него могат да бъдат значително ограничени чрез отговорно спазване на противоепидемични мерки. Сред тях миенето на ръце (80,2%) е най-припознатата бариера срещу инфекции, следвана от носенето на защитна маска в лечебни заведения (53,6%).

Изборът на противоепидемични мерки зависи пряко от социалния статус и субективното възприятие за риск (в т.ч. страх от заразяване), като се обособяват три модела на поведение.

При работещите доминира прагматичен подход, при който превенцията се стимулира от професионалната отговорност, институционалния контрол и стремежа към работоспособност. Проучването доказва, че мерките за лична хигиена и безопасност на работното място не зависят от емоционални фактори ( $p > 0,05$ ), а са следствие от утвърдена рутина и институционален контрол.

Пенсионерите показват висока отговорност при носене на маски и ограничаване на социалните контакти, мотивирани от осъзнатата лична уязвимост. Потвърждава се, че страхът от заразяване пряко моделира поведението, като тази зависимост е най-силно изразена именно при използването на маски в лечебни заведения и на закрити обществени места ( $p < 0,001$ ).

При учащите се наблюдава подценяване на рисковите фактори, което налага адаптиране на комуникационните стратегии чрез дигитални и интерактивни канали за ефективно повишаване на тяхната здравна грамотност.

Използването на защитна маска се утвърждава като устойчива, но селективна практика, насочена предимно към високорискови среди като лечебните заведения (53,6%). За разлика от специфичните за всяка група модели, социалната дистанция се очертава като единствената универсална мярка. Тя остава неповлияна както от социалния статус ( $p=0,954$ ), така и от индивидуалното ниво на страх ( $p = 0,07$ ), което я утвърждава като устойчива обществена норма, независимо от субективното усещане за заплаха.

С оглед минимизиране на негативните последици за индивидуалното и общественото

здраве от ключово значение е предприемането на навременни и адекватни действия още при първата проява на грипозна симптоматика. Макар обръщането към ОПЛ да е най-често прилаганата практика, проучването очертава ясна диференциация в поведенческите модели в зависимост от местоживеење и социален статус.

Наблюдава се парадокс в поведението спрямо типа населено място. Докато в градската среда доминира използването на неформална помощ (съвети от познати), жителите на селата демонстрират най-стриктно придържане към официалната медицинска помощ. Пълното отсъствие на самолечение в малките населени места е индикатор за по-високо доверие в институциите, но е и отражение на ограничените алтернативи. Специфичната тенденция към директно търсене на специализирана помощ в тези райони подсказва за възможен дефицит на ОПЛ или за стремеж към бърза диагностична експертиза.

В зависимост от социалната ангажираност се открояват два основни модела на реакция: активен и консервативен модел. Първият, обхващащ работещи и учащи се, се отличава с висока склонност към самолечение (95,1%), повлияна от дефицита на време и стремежа към бързо възстановяване с цел запазване на трудовата и учебната активност. За консервативния модел е характерно почти пълно разчитане на експертизата на личния лекар. За пенсионерите това е механизъм за управление на високия здравен риск, докато за икономически неактивните лица ОПЛ е основният легален и достъпен вход към здравеопазването.

Докато за активните лица времето е водещ ресурс, определящ избора на лечение, за лицата извън пазара на труда и жителите на малките населени места приоритет са сигурността и официалната медицинска помощ. Тези изводи налагат необходимост от адаптиране на здравните политики за насърчаване на официалното търсене на помощ, независимо от динамиката на средата, както и от засилване на контрола върху самолечението.

---

**Благодарности:** Тази статия представя резултати от Проект „ГРАНТ 2024“, договор № Д-186/04.06.2025 г., финансиран от МУ – София. Съвет за медицинска наука.

## Библиография

1. WHO. Global influenza strategy 2019-2030 (достъпна на 18.02.2026 г., <https://iris.who.int/handle/10665/311184>)
2. Национален план на Република България за готовност за грипна пандемия, 2006 // National Plan of the Republic of Bulgaria for Pandemic influenza Preparedness, 2006 (достъпен на 18.02.2026 г., <https://www.mh.government.bg/bg/normativni-aktove/postanovleniya?p=16>)
3. Национален план на Република България за готовност при пандемия, 2020 // National Plan of the Republic of Bulgaria for Pandemic Preparedness, 2020 (достъпен на 18.02.2026 г., <https://>)

old.mh.government.bg/media/filer\_public/2020/12/02/natsionalen\_plan\_na\_republika\_blgariia\_zagotovnost\_pri\_pandemii.pdf)

4. [https://ncpha.government.bg/uploads/reports-analyses/Godiшен\\_доклад\\_за\\_здравето-2024.pdf](https://ncpha.government.bg/uploads/reports-analyses/Godiшен_доклад_за_здравето-2024.pdf)

5. Национална програма за подобряване на ваксинапрофилактиката на сезонния грип и на пневмококовите инфекции при лица на и над 65-годишна възраст за 2023-2026 г. // National Programme for Improvement of Vaccine Prevention of Seasonal Influenza and Pneumococcal Infections among Persons Aged 65 and Older, 2023–2026 (достъпна на 18.02.2026 г., <https://www.mh.government.bg/bg/politiki/programi/aktualni-programi/>)

6. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

7. <https://ime.bg/articles/pokritieto-sys-zadylzhitelni-vaksini-una-s-e-vse-po-dobro/>

8. <https://www.mh.government.bg/bg/novini/aktualno/4643>

9. Каранешева Т. Здравни комуникационни кампании – основни етапи при планиране и осъществяване. 2022 // Karanesheva T. Health communication campaigns – key stages in planning and implementation. 2022 (достъпна на 18.02.2026 г., [https://ncpha.government.bg/uploads/pages/125/2022\\_health-communications+.pdf](https://ncpha.government.bg/uploads/pages/125/2022_health-communications+.pdf))

10. Рачев М, Горанова-Спасова Р. Здравни комуникационни кампании за подобряване на ваксинапрофилактиката при сезонен грип. Управление и образование, 2025, 21(6): 90-95 // Rachev M, Goranova-Spasova R. Health communication campaigns to improve seasonal influenza vaccination. Management and Education, 2025, 21(6): 90-95 (достъпна на 18.02.2026 г., [https://www.conference-burgas.com/maevolumes/vol21\\_2025/book%206\\_25.pdf](https://www.conference-burgas.com/maevolumes/vol21_2025/book%206_25.pdf))

11. Kevorkyan A, Stefanov S, Hristamyan M, Rangelova V. Changes in the incidence of some respiratory pathogens during the Covid-19 pandemic in Bulgaria. Scripta Scientifica Salutis Publicae, 2023(9): 27-32 (достъпна на 18.02.2026 г., <https://doi.org/10.14748/sssp.v7i1.9298>)

12. Godoy P, Castilla J, Delgado-Rodríguez M et al. Effectiveness of hand hygiene and provision of information in preventing influenza cases requiring hospitalization. 2012, 54(6): 434-439 (достъпна на 18.02.2026 г., <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.04.009>)

13. MacIntyre CR, Chughtai AA. Facemasks for the prevention of infection in healthcare and community settings. BMJ, 2015, 350 (достъпна на 18.02.2026 г., <https://doi.org/10.1136/bmj.h694>)

14. Георгиева Т, Насева Е. Профилактика на сезонния грип в условията на пандемия от COVID-19. Обща медицина, 2022, 24(3): 41-45 // Georgieva T, Naseva E. General Medicine, 2022, 24(3): 41-45

15. Димитрова В, Курчатов А, Георгиева Т и др. Резултатите от проведена в България гражданска консултация за готовността и отговора в случай на епидемии и пандемии (първо съобщение). Социална медицина, 2017(1):10-13 // Dimitrova V, Kurchatova A, Georgieva T et al. Results from citizen consultation on epidemic and pandemic preparedness and response conducted in Bulgaria (first part). Social Medicine, 2017(1):10-13

16. Георгиев В. COVID-19: поуки от практиката, Международна научна конференция: Сигурност – образование, наука индустрия (първа част), 2020, София, Военна академия „Георги Стойков Раковски“, 17-22 // Georgiev V. COVID-19: Lessons Learned, International Scientific Conference: Security – Education, Science, Industry (part I), 2020, Sofia, Rakovski National Defence College, 17-22 (достъпна на 18.02.2026 г., <https://rncd.bg/wp-content/uploads/2021/01/Conference-2020-I-part.pdf>)

17. Златанова Т, Петрова-Готова Цв, Попов Н и др. Икономика на здравеопазването, 2017, ГорексПрес, 207-222 // Zlatanova T, Petrova-Gotova Ts, Popov N et al. Health Economics, 2017, Gorex-Press, 207-222

18. Лазарова М. Времето – измамлив ресурс или управленски проблем. XLII Научно-технологична сесия „Контакт 2018“, 26.10.2018, София, ТЕМТО, 90-95 // Lazarova M. Time- deceptive resource or management problem. XLII Scientific and Technological Session „Contact 2018“, Sofia, October 26 2018, ТЕМТО, 90-95.

#### Регистрация на авторите в ORCID

Miroslava Djuglarska <https://orcid.org/0000-0002-8608-9717>

Tihomira Zlatanova <https://orcid.org/0000-0003-1057-6516>

Ralitsa Zlatanova-Velikova <https://orcid.org/0000-0003-0849-7341>

Rumyana Yaneva <https://orcid.org/0000-0001-7938-9191>

Tsvetelina Petrova-Gotova <https://orcid.org/0000-0002-3811-3735>

Nikolay Popov <https://orcid.org/0000-0001-6154-4253>

Stefan Velikov <https://orcid.org/0000-0002-1140-1227>

Mariya Lazarova <https://orcid.org/0000-0003-2163-8751>

Rosen Mihaylov <https://orcid.org/0000-0001-7786-266X>

✉ Адрес за кореспонденция:

гл. ас. Мирослава Джугларска

e-mail: [m.djuglarska@foz.mu-sofia.bg](mailto:m.djuglarska@foz.mu-sofia.bg)