



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ“
Факултет „Медицина“
Катедра „Обща медицина“**

д-р Ева Христова Иванова

ХОМЕОПАТИЯ В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд
за присъждане на образователна и научна степен „доктор“

Научна специалност:
„Обща медицина“

Научен ръководител
проф. д-р Валентина Маджова, д.м.

Варна, 2026

Дисертационният труд съдържа 231 страници и е онагледен със 30 таблици, 8 фигури и 3 приложения. Литературната справка включва 269 литературни източника, от които 9 на кирилица и 260 на латиница.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита на катедрен съвет на Катедра „Обща медицина“ на МУ „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна.

НАУЧНО ЖУРИ:

Външни членове:

проф. д-р Радост Асенова, д.м.н.

проф. д-р Цветелина Валентинова, д.м.

доц. д-р Гургана Форева, д.м.

Резервен външен член:

проф. д-р Арман Постаджиян, д.м.

Вътрешни членове:

доц. д-р Желя Русева, д.м.

доц. д-р Светлана Христова, д.м.

Резервен вътрешен член:

доц. д-р Евгения Владева, д.м.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на в Докторантско училище към МУ – Варна на открито заседание на Научното жури.

Материалите по защитата са на разположение в Научния отдел на МУ – Варна и са публикувани на интернет страницата на МУ – Варна.

Забележка: В автореферата номерата на таблиците и фигурите не съответстват на тези в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

Използвани съкращения	5
I. Въведение	6
II. Цел и задачи на проучването	8
1. Цел	8
2. Задачи	8
III. Материал и методи	10
1. Дизайн и организация на проучването	10
2. Методи	10
IV. Резултати и анализ	12
1. Социодемографски характеристики на изследваните лица	12
2. Професионални детерминанти при ОПЛ	13
3. Запознатост с хомеопатията и личен опит в прилагането ѝ	15
4. Източници на информация за хомеопатията	16
5. Нагласи и вярвания спрямо хомеопатията	17
6. Обхват на прилагане на хомеопатия от ОПЛ	18
7. Мотивиращи фактори и бариери за използване на хомеопатията	18
8. Клинични състояния, при които е използвана хомеопатия	19
9. Нагласи към обучение по хомеопатия	20
10. Комуникация и доверие във връзката лекар-пациент по отношение използването на хомеопатията като един от КАМ	21
V. Обсъждане	24
1. Социодемографски профил на участниците	24
2. Източници на информация за хомеопатията	26
3. Нагласи към хомеопатията – сравнителен анализ между трите групи	28
4. Предиктори на прилагането на хомеопатия при ОПЛ	31
5. Мотиви за прилагане на хомеопатия – сравнение между трите изследвани групи	33

6.	Бариири за неприлагане на хомеопатията	44
7.	Клинично приложение на хомеопатията в ОМП	46
8.	Нагласи към обучение по хомеопатия	49
9.	Комуникация и доверие във връзката лекар-пациент по отношение използването на хомеопатията като един от КАМ.	50
10.	Ограничения на изследването.	50
VI.	Изводи и препоръки.	57
1.	Изводи	57
2.	Препоръки.	58
VII.	Заключение	60
VIII.	Научни публикации и участия във връзка с дисертационния труд.	62
IX.	Приноси	63

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БЛС	Български лекарски съюз
ЕС	Европейски съюз
КАМ	Комплементарни и алтернативни методи
КЛ	Конвенционално лечение
КМ	Конвенционална медицина
ОМП	Обща медицинска практика
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ПМП	Първична медицинска помощ
СЗО	Световна здравна организация
ТКМ	Традиционни и комплементарни методи
ТКИМ	Традиционна, комплементарна и интегративна медицина
ХЛ	Хомеопатично лечение
ХМ	Хомеопатични медикаменти

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Общата медицинска практика в България осигурява първи контакт и непрекъснатост на грижите, интегрирайки био-психо-социален подход за холистично здравеопазване. Моделът поставя в центъра комплексните нужди на хората и общностите, акцентира върху ефективната комуникация, доверието и активното участие на пациента, като насърчава неговото овластяване и осъзнаване на личната отговорност за здравето.

Интересът към комплементарни и алтернативни методи на лечение през последните десетилетия нараства както сред пациентите, така и сред част от медицинските специалисти. Хомеопатията е сред най-често използваните методи в редица европейски държави и по света, като се прилага най-вече в първичната медицинска помощ. Историческото ѝ развитие, разнообразните форми на институционално признаване и устойчивото ѝ присъствие в практиката свидетелстват за социалното и медицинското ѝ влияние, независимо от продължаващите научни дискусии относно механизма на действие и клиничната ѝ ефективност. Систематичните ревюта и метаанализите в по-голямата си част не предоставят убедителни доказателства за специфичен терапевтичен ефект на хомеопатичните лекарства, което влиза в противоречие с реалната клинична практика, в която хомеопатията продължава да се използва и търси. Това разминаване поставя въпроса за факторите, определящи приемането, отхвърлянето или интегрирането на метода в рамките на общата медицинска практика.

По данни на European Coalition on Homeopathic & Anthroposophic Medicinal Products (ECHAMP) от 2015 г. България е на трето място в ЕС по продадени хомеопатични продукти. По данни от 2023 г. от национално представително проучване на Harris Interactive 65% от българите поне веднъж в живота си са ползвали хомеопатия; 2/3 имат намерение да използват хомеопатични препарати, като 52% първо биха се консултирали с общопрактикуващ лекар. България е на второ място в ЕС по лекари, предписващи хомеопатия – около 25 лекари на 100 000 души (пациенти) при 10,6 на 100 000 средно ниво за ЕС. Хомеопатичното лечение се използва като алтернативно на конвенционалното или като комплементарно (допълващо) конвенционалното лечение.

В този смисъл все по-голямо значение придобиват нагласите, знанията и убежденията на общопрактикуващите лекари, бъдещите медицински специалисти и пациентите по отношение на хомеопатията. Те влияят върху клиничните решения, комуникацията с пациентите и нивото на доверие във връзката лекар–пациент. Общата медицинска практика предоставя уникална среда за изследване на тези процеси, тъй като именно в нея се интегрират научните стандарти на доказателствената медицина, индивидуалните очаквания на пациентите и реалностите на ежедневната клинична работа.

В достъпната ни научна литература все още има малко на брой проучвания за нагласите, степента на информираност, мотивацията за използване или отхвърляне на хомеопатията и влиянието ѝ върху доверието във връзката лекар–пациент в условията на общата медицинска практика в България. Този дефицит обосновава необходимостта от настоящото изследване, насочено към проучване, анализ и оценка на нагласите на общопрактикуващи лекари, студенти по медицина, стажант-лекари и пациенти относно прилагането на хомеопатията като лечебен и профилактичен метод в общата медицинска практика в България.

II. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Цел

Целта на настоящия дисертационен труд е да се проучат, анализират и оценят нагласите на общопрактикуващи лекари (ОПЛ), студенти по медицина, стажант-лекари и пациенти относно прилагането на хомеопатията като лечебен и профилактичен метод в общата медицинска практика.

2. Задачи

1. Да се проучат интересът и отношението на ОПЛ, студенти по медицина, стажант-лекари и пациенти към хомеопатията като КАМ.
2. Да се проучи обхватът на прилагане на хомеопатия от ОПЛ.
3. Да се установят причините за използване или отхвърляне на хомеопатията от ОПЛ, студенти по медицина, стажант-лекари и пациенти.
4. Да се проучи степента на знания и желанието за обучение по хомеопатия сред ОПЛ, студенти по медицина и стажант-лекари.
5. Да се проучи и оцени степента на доверие във връзката лекар-пациент по отношение използването на хомеопатията като един от КАМ.

Работни хипотези

Въз основа на формулираните цел и задачи на изследването, за всяка изследователска задача са поставени нулева (H_0) и алтернативна (H_{1-5}) работна хипотеза.

Основна хипотеза: Съществуват статистически значими различия и зависимости в нагласите, знанията и поведението относно прилагането на хомеопатията между ОПЛ, студенти по медицина/стажант-лекари и пациенти.

Хипотези към изследователските задачи:

Н1: Съществува статистически значима разлика в разпределението на оценките за нагласа към хомеопатията между трите групи.

Н2: Прилагането на хомеопатия от ОПЛ е свързано със стажа и допълнителната квалификация по хомеопатия.

Н3: Основните причини за приемане или отхвърляне на хомеопатията се различават между медицинските специалисти и пациентите.

Н4: По-високата степен на информираност е свързана с по-позитивна нагласа към обучение по хомеопатия.

Н5: Степента на доверие във връзката лекар–пациент по отношение на хомеопатията като метод на КАМ е недостатъчна, което се изразява в ограничено споделяне от страна на пациентите и предпочитание към алтернативни канали за получаване на хомеопатична грижа извън системата на първичната здравна помощ.

III. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

1. Дизайн и организация на проучването

Проведено е наблюдателно, неинтервенционно, срезово анкетно проучване сред три целеви групи: ОПЛ от областите Варна, Бургас и Добрич; студенти по медицина в четвърти курс и стажант-лекари по време на обучението им в Катедрата по Обща медицина; и пациенти. Анкетите са разработени в онлайн вариант чрез Google Forms, попълването е доброволно и след информирано съгласие. Проучването има етична оценка и одобрение от КЕНИ към МУ – Варна. Данните са събирани в периода април 2022 – март 2023 г.

2. Методи

Документален метод

Анализирахме достъпната литература в наши и международни литературни източници и нормативни документи, касаещи хомеопатията и приложението ѝ в медицинската практика. Основно бяха използвани научните бази PubMed, SCOPUS и Science Direct, както и Google Scholar, Researchgate, официалните сайтове на СЗО, ЕКХ и други организации, ангажирани по темата на дисертацията.

Анкетен метод

За всяка от трите групи е разработена оригинална анкета (39, 39 и 34 въпроса съответно), структурирана в четири блока: социодемографски данни; познания и опит с хомеопатия; специфични за групата въпроси и идентичен Блок IV с 13 твърдения по 5-степенна Ликерт скала – методологичната предпоставка за сравнителния анализ между групите. Твърденията са организирани в три субскали: „Скептицизъм към ХМ“ (Т1–Т5), „Вярa в ефикасността“ (Т6–Т9) и „Интеграция и комуникация“ (Т10–Т13). Интерпретацията следва три диапазона: негативна нагласа (1.00–2.49), неутрална (2.50–3.49) и позитивна (3.50–5.00).

Статистически методи:

Данните са обработени със софтуер jamovi (v. 2.7), $\alpha=0.05$. Приложени са: дескриптивна статистика (n, %, M, SD, Mdn); Cronbach's alpha за надеждност; Kruskal–Wallis тест с post-hoc сравнения по Conover–Iman (Bonferroni $\alpha=0.017$); χ^2 тест на Pearson и точен тест на Fisher; Spearman корелация; размер на ефекта чрез $r=Z/\sqrt{N}$ и Cramér's V.

IV. РЕЗУЛТАТИ И АНАЛИЗ

1. Социодемографски характеристики на изследваните лица

В анализа са включени общо 756 коректно попълнени анкети, от които 54 са от общопрактикуващи лекари, 147 – от студенти по медицина в четвърти курс и стажант-лекари, и 555 – от пациенти на възраст над 18 години (табл. 1).

Таблица 1. Социодемографски характеристики на изследваните групи

Характеристика	ОПЛ (n=54)	Студенти и стажант-лекари (n=147)	Пациенти (n=555)
Пол			
Мъже, n (%)	10 (18.5%)	57 (38.8%)	69 (12.4%)
Жени, n (%)	44 (81.5%)	90 (61.2%)	486 (87.6%)
Възраст			
<25 г., n (%)	0 (0.0%)	134 (91.2%)	42 (7.6%)
25-44 г., n (%)	9 (16.7%)	13 (8.8%)	229 (41.3%)
45-64 г., n (%)	43 (79.6%)	0 (0.0%)	256 (46.1%)
≥65 г., n (%)	2 (3.7%)	0 (0.0%)	28 (5.0%)
Религиозна принадлежност			
Християнство, n (%)	52 (96.3%)	107 (72.8%)	505 (91.0%)
Мюсюлманство, n (%)	–	14 (10.7%)	7 (1.3%)
Атеизъм, n (%)	2 (3.7%)	15 (11.5%)	22 (4.0%)
Местожителство/Произход			
Голям град, n (%)	Н/П	91 (61.9%)	473 (85.2%)
Малък град, n (%)	Н/П	47 (32.0%)	74 (13.3%)
Село, n (%)	Н/П	9 (6.1%)	8 (1.4%)

Бележки: n – брой участници; ОПЛ – общопрактикуващи лекари; Н/П – не е приложимо (въпросът не е включен в анкетата за ОПЛ).

ОПЛ и пациентите са предимно жени (81.5% и 87.6%). Средната възраст на ОПЛ е 51.2 ± 10.4 г., на студентите – 22.3 ± 2.6 г., на пациентите – 44.7 ± 11.6 г. Пациентите са предимно от голям град (85.2%), икономически активни, с доход над 1050 лв./член (43.8%).

При пациентите е установена статистически значима зависимост между използването на ХМ и пола (96.7% от жените срещу 84.1% от мъжете), възрастта (най-нисък дял при 18–25 г. – 9.5% не използвали) и религиозната принадлежност (над 95% при християни срещу 22.7% не използвали при атеисти и 14.3% при мюсюлмани). Местожителството и доходът не показват статистически значима зависимост. При ОПЛ и студентите не се установяват значими социодемографски предиктори.

2. Професионални детерминанти при ОПЛ

Данните са представени в Таблица 2. Преобладават лекари с индивидуална практика (68.5%), в голям град (61.1%), със стаж над 20 г. като ОПЛ (59.3%) и специалност обща медицина (66.7%). Сертификат по хомеопатия имат 55.6%, а 92.6% посещават научни форуми поне веднъж годишно.

Таблица 2. Професионални характеристики на общопрактикуващите лекари

Характеристика	n	%
<i>Тип практика</i>		
Индивидуална практика за ПМП	37	68.5
Групова практика за ПМП	11	20.4
<i>Местоположение на практиката</i>		
Голям град	33	61.1
Малък град	7	13.0
Село	1	1.9
<i>Стаж като лекар</i>		
До 10 години	8	14.8
11–20 години	3	5.6

Характеристика	n	%
21–30 години	23	42.6
Над 30 години	20	37.0
<i>Стаж като ОПЛ</i>		
До 5 години	13	24.1
5–10 години	1	1.9
10–15 години	8	14.8
Над 20 години	32	59.3
<i>Придобити медицински специалности*</i>		
Обща медицина	36	66.7
Вътрешни болести	11	20.4
Педиатрия	9	16.7
Спешна медицина	3	5.6
Други	3	5.6
<i>Завършено обучение по хомеопатия</i>		
Да (имам сертификат)	30	55.6
Не	18	33.3
Обучавам се в момента	2	3.7
Възнамерявам да се обучавам	2	3.7
Не бих изучавал/а	2	3.7
<i>Посещаване на научни форуми</i>		
Повече от веднъж годишно	35	64.8
Веднъж годишно	15	27.8
По-рядко от веднъж годишно	4	7.4

Бележки: n=54 общопрактикуващи лекари; ПМП – първична медицинска помощ; ОПЛ – общопрактикуващ лекар. * Участниците са могли да посочат повече от една специалност, поради което сумата може да надхвърля 100%.

Сертификатът по хомеопатия е най-силният предиктор за често-то ѝ прилагане (Cramér's $V=0.629$, $p<0.001$): 63.3% от сертифицираните я прилагат често срещу 0% от несертифицираните. Стажът като ОПЛ е по-силен предиктор от общия лекарски стаж ($p=0.438$ срещу $p=0.315$). Типът практика и участието в научни форуми не са значими фактори. Хипотеза H2 се потвърждава (табл. 3).

Таблица 3. Обобщение на Chi-square анализите по пет фактора (ОПЛ, n = 54)

Фактор	χ^2	P	Cramér's V	Значимост
1а. Тип практика (Индивид. с/у Групова)	3.674	0.159	0.277	н.з.
1б. Населено място (Голям с/у Малък/Село)	6.424*	0.040	0.396	*
2а. Стаж като лекар “(4 групи)	10.223	0.116	0.308	н.з.**
2б. Стаж като лекар (до 20 с/у 21+)	8.130	0.017	0.388	*
3а. Стаж като ОПЛ (4 групи)	13.659	0.034	0.356	*†
3б. Стаж като ОПЛ (до 15 с/у над 20)	11.250	0.004	0.456	**
4. Посещение на форуми (3 групи)	2.838	0.585	0.162	н.з.
5. Сертификат по хомеопатия (Да с/у Не)	18.987	< 0.001	0.629	***

Бележки: * очаквани честоти < 5 в отделни клетки. † При 4-групов анализ на стажа като ОПЛ малките клетки ограничават надеждността на Chi-square; препоръчва се групираният анализ; н.з. – липсва значимост; **има статистическа значимост

3. Запознатост с хомеопатията и личен опит в прилагането ѝ

При ОПЛ 42.6% са с основни познания за хомеопатията, 24.1% са заявяват добри, 18.5% – много добри, а 13% – отлични познания. Сред студентите и стажантите 80% познават метода, при пациентите – 93%.

Личен опит с ХМ имат 83.3% от ОПЛ, 77.6% от студентите и 95.1% от пациентите. Подобрене след употреба съобщават 72.2% от ОПЛ, 42.2% от студентите и 83.1% от пациентите.

4. Източници на информация за хомеопатията

Информационната осигуреност на участниците е фактор, определящ техните нагласи и терапевтично поведение. Данните от изследването (табл. 4) очертават специфични профили на информираност за всяка от трите целеви групи.

Таблица 4. Източници на информация за хомеопатията

Източник	ОПЛ (%)	Студенти (%)	Пациенти (%)
Лекар	46.3	53	63.4
Фармацевт	11.1	15.6	9
Университет	33.3	34	6.3
Научни списания, книги	50	53.7	37.3
Семейство	1.9	42.2	21.3
Приятели	18.5	29.3	61.6
Социални медии	9.3	44.2	26.5
Телевизия и други медии	1.9	24.5	8.8

Бележки: Участниците са имали възможност да посочат повече от един отговор, поради което сумата надхвърля 100%.

И при трите групи лекарят е водещ източник на информация (ОПЛ – 46.3%, студенти – 53%, пациенти – 63.4%), което потвърждава неговата ключова роля в информирането за хомеопатията. При пациентите приятелите са почти равностоен канал (61.6%), което сочи паралелно съществуване на професионални и неформални информационни потоци.

ОПЛ и студентите разчитат предимно на академични и научни източници – университет (33.3% и 34%) и научна литература (50% и 53.7%). Забележително е, че 37.3% от пациентите също ползват научни източници, надхвърляйки популярните медии.

Най-отчетлива е поколенческата разлика в дигиталното информиране: социалните медии са водещ канал при студентите (44.2%), но почти отсъстват при ОПЛ (9.3%). Аналогично, телевизията достига по-ефективно до студентите (24.5%) спрямо ОПЛ (1.9%). Семейството е значим фактор предимно за студентите (42.2%), докато фармацевтът остава слабо използван и в трите групи (9–15.6%).

Студентите се открояват като най-активни потребители на дигитални канали, което ги прави едновременно най-динамичната и най-уязвимата на нефилтрирано съдържание група.

5. Нагласи и вярвания спрямо хомеопатията

Нагласите са измерени чрез три субскали с доказана надеждност и валидност. Установени са статистически значими различия между трите групи по всички субскали (Kruskal–Wallis, $p \leq 0.007$, табл. 5). Студентите демонстрират най-висок скептицизъм ($M=3.53$), пациентите – най-висока вяра в ефикасността ($M=3.86$), а ОПЛ заемат междинна позиция. По субскалата „Интеграция и комуникация“ всички групи показват стойности над 4.0.

Таблица 5. Kruskal-Wallis тест – сравнение между трите групи

Субскала	H	df	p-стойност	Ранжиране (низходящо)
Скептицизъм към ХМ	154.088	2	< 0.001	Студенти (3.53) > ОПЛ (2.82) > Пациенти (2.32)
Вяра в ефикасността на ХМ	72.606	2	< 0.001	Пациенти (3.86) > ОПЛ (3.71) > Студенти (3.20)
Интеграция и комуникация	10.017	2	0.007	ОПЛ (4.31) > Пациенти (4.23) > Студенти (4.09)
Общ индекс на нагласата	126.804	2	< 0.001	Пациенти (3.90) > ОПЛ (3.69) > Студенти (3.19)

Бележки: H = Kruskal-Wallis статистика; df = степени на свобода

6. Обхват на прилагане на хомеопатия от ОПЛ

Мнозинството от анкетираните ОПЛ (75.9%) прилагат хомеопатия в практиката си – 35.2% често и 40.7% рядко, като 7.4% от общия брой препращат пациентите към специалист. Изобщо не я прилагат 24.1%. В клиничната практика ХМ прилагат 55.6%, само на близки – 24.1%, за лични нужди – 3.7%, не използват – 16.7%. Мнозинството (70.4%) позиционират хомеопатията като допълващ метод, 14.8% – като самостоятелен, а 7.4% считат, че няма място в ОМП.

7. Мотивиращи фактори и бариери за използване на хомеопатията

7.1. Мотивиращи фактори

Трите групи демонстрират коренно различни мотивационни профили (χ^2 тест, Bonferroni корекция), потвърждавайки хипотеза Н3.

При ОПЛ водещи мотиви са намаляването на употребата на антибиотици и лекарства (55.6%) и липсата на странични ефекти (53.7%), следвани от ефикасността на лечението (40.7%) и случаите, в които конвенционалната медицина няма решение (31.5%). При студентите доминира безопасността на терапията – липса на странични ефекти (82.3%).

При пациентите: ефикасност (63.8%), холистичен подход (61.1%), липса на странични ефекти (58.2%) и индивидуален подход (57.8%). Характерни само за тази група са мотивите за профилактика (24.1%) и допълнителни ползи към конвенционалното лечение (25.6%). Показателно е, че „научната доказаност“ не достига статистическа значимост ($p=0.076$), т.е. приемането на хомеопатията се основава на субективна ефикасност и личен опит, а не на обективни научни доказателства.

7.2. Барieri / причини за неприлагане на хомеопатията

Значими разлики са установени при 9 от 10 изследвани барieri ($p < 0.05$), потвърждавайки H3.

При ОПЛ водещи са неефективност и непознаването на метода (по 14.8%), липсата на научни доказателства (13.0%) и липсата на време (11.1%). Специфична за групата е липсата на търсене от пациентите (9.3%) – бариера, отсъстваща при другите две групи.

При студентите: липса на научни доказателства (55.8%), липса на достоверна информация (54.4%), по-бавен резултат от лечението (52.4%), малък брой обучени специалисти (51.0%) и липса на интерес (36.7%). Характерно е отсъствието на клинично-практически барieri като неефективност или непознаване на метода.

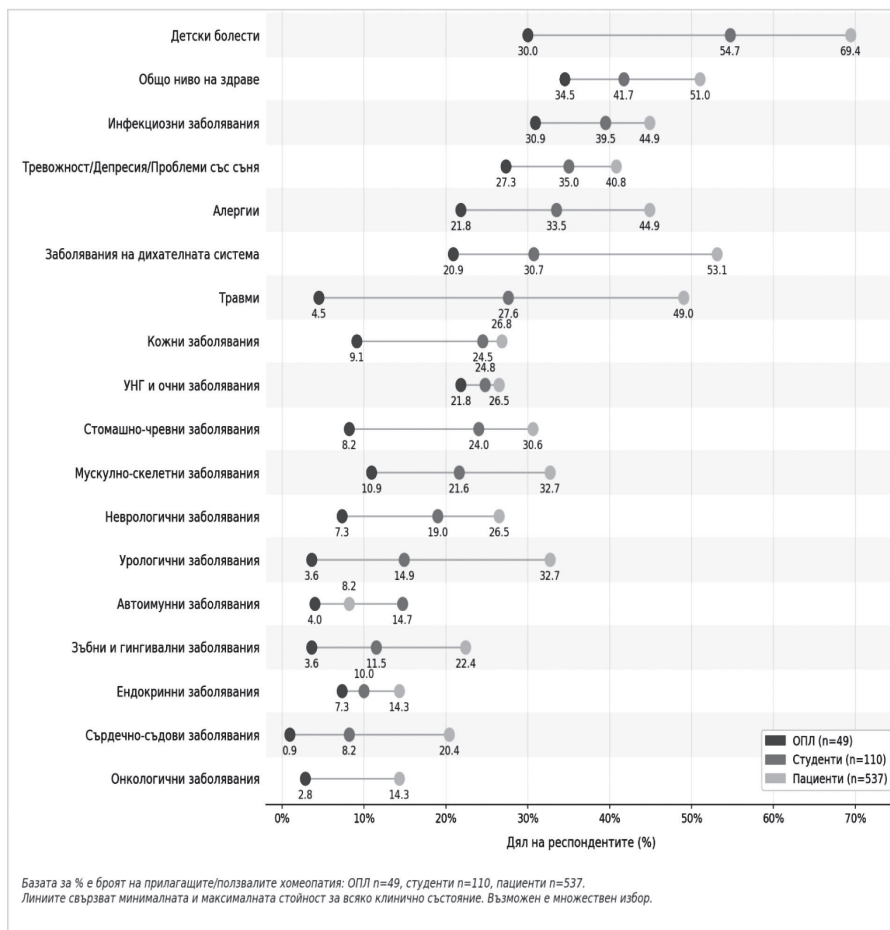
При пациентите преобладават инфраструктурните барieri – малък брой обучени специалисти (52.6%), по-бавен резултат (42.0%), липса на достоверна информация (33.0%) и липса на научни доказателства (21.1%).

Единствената бариера без статистическа значимост е „отнема повече време“ ($p = 0.067$).

8. Клинични състояния, при които е използвана хомеопатия

При всички групи константно присъстват детски болести, инфекциозни заболявания, общо поддържане на здравето и тревожност/депресия/нарушения на съня.

ОПЛ демонстрират най-широк обхват – всички 18 категории, включително сърдечносъдови (20.4%) и онкологични (14.3%). При студентите доминират по-леките и психо-емоционални разстройства. Пациентите демонстрират най-разнообразен хроничен профил (фиг. 1).



Фигура 1. Клинични показания за използване на хомеопатия – сравнение

9. Нагласи към обучение по хомеопатия

Сред ОПЛ 74.1% подкрепят включването на хомеопатия като избираема дисциплина. При студентите и стажант-лекарите се наблюдава градиент на намаляващ ентузиазъм с нарастване на личния ангажимент: 75.5% считат, че лекарите като цяло трябва да имат познания

за хомеопатията, 54.4% подкрепят включването на курс в основното обучение, но едва 36.7% биха се включили лично в следдипломен курс (табл. 6). Хипотеза H4 се потвърждава при ОПЛ ($p=0.292$, $p=0.032$) и частично при студентите.

Таблица 6. Нагласа на студентите/стажантите към обучение по хомеопатия (n=147)

Въпрос	Да n (%)	Не n (%)	Не мога да определя n (%)
Необходимо ли е лекарите да имат познания за хомеопатичното лечение?	111 (75.5%)	19 (12.9%)	17 (11.6%)
Трябва ли медицинското обучение да включва кратък курс по хомеопатия?	80 (54.4%)	38 (25.9%)	29 (19.7%)
Бихте ли се включили в следдипломен курс по хомеопатия?	54 (36.7%)	59 (40.1%)	34 (23.1%)

Бележка: Резултатите са наредени по нивото на обучение: обща необходимост → основен курс → следдипломна специализация.

10. Комуникация и доверие във връзката лекар-пациент по отношение използването на хомеопатията като един от КАМ

Право на пациента на избор

Мнозинството и при трите групи подкрепят правото на пациента на избор между конвенционална медицина и КАМ – ОПЛ (83.3%), пациенти (87.9%) и студенти (70.7%). Установена е статистически значима разлика ($\chi^2=30.23$, $p<0.001$), като post-hoc анализът показва, че тя е значима единствено между студентите и пациентите ($p<0.001$) – отражение на по-критичната академична нагласа на бъдещите лекари.

Активно питане на пациентите за употреба на ХМ

ОПЛ и студентите демонстрират практически идентични разпределения: около 60–63% подкрепят активното питане, около 27% са против ($\chi^2=0.69$, $p=0.710$).

Необходимост от познания по хомеопатия

Пациентите в значимо по-голяма степен настояват за компетентност на лекаря по въпросите на КАМ (85.9% срещу 75.5% при студентите, $\chi^2=17.73$, $p<0.001$). Делът на отричащите е три пъти по-висок при студентите (12.9% срещу 4.0%).

Споделяне на пациентите с ОПЛ

Централната находка е разминаването между декларираната готовност за комуникация при ОПЛ и реалното поведение на пациентите. Около 41.6% от пациентите не споделят с ОПЛ за употреба на КАМ, като водещи причини са убеждението, че ОПЛ не се интересува (25.0%) и очакването за негативно отношение (20.2%) – и двете базирани на очаквания, а не непременно на реален опит (табл. 7).

Таблица 7. Споделяне за употреба на КАМ/ХМ – перспектива на гражданите и на ОПЛ

Категория	n	%
Пациенти (n=555) – Споделяте ли с ОПЛ за употреба на КАМ?		
Да, споделям с ОПЛ	324	58.4%
Не споделям	231	41.6%
Пациенти (n=555) – Причини за несподеляне		
Смятам, че ОПЛ не се интересува	139	25.0%
ОПЛ има негативно отношение към КАМ	112	20.2%
ОПЛ (n=54) – Пациентите ви споделят ли, че ползват ХМ?		
Пациентите споделят, че използват ХМ	35	64.8%
Предпочитат да им предписвам ХМ	7	13.0%
Търсят съвет относно ХМ	6	11.1%
Не споделят	6	11.1%

Бележки: Въпросът за причините за несподеляне допуска множествен избор, поради което сборът надхвърля 100%. Категория „Споделям“ е включена за ориентация. χ^2 между споделяне и необходимост от познания: $\chi^2=5.11$, $df=2$, $p=0.078$ – тенденция, без статистическа значимост.

От перспективата на ОПЛ картината е по-позитивна: 64.8% съобщават, че пациентите им споделят активно, а само 11.1% посочват несподеляне.

Роля на хомеопатията в комуникацията – мнение на ОПЛ

Нагласата на ОПЛ към комуникацията е силно позитивна: 87.0% приемат силната връзка лекар–пациент за ценна терапевтична интервенция ($M=4.48$), 85.2% смятат, че лекарят трябва да отговаря на въпроси за КАМ ($M=4.31$), а 87.0% подкрепят задължението на пациента да информира лекаря за употреба на ХЛ ($M=4.33$). Трите близки средни стойности разкриват, че ОПЛ разглеждат хомеопатията като елемент от по-широкото комуникативно партньорство с пациента.

В контраст с тази готовност стои находката, че само 9.5% от пациентите биха потърсили хомеопатично лечение при своя ОПЛ, а 77.5% предпочитат специалист извън системата на първичната здравна помощ – резултат, отразяващ както комуникационни бариери, така и структурни фактори.

Хипотеза H5 се потвърждава. Степента на доверие е недостатъчна, измерена през поведението на пациентите. Барьерата е основана предимно на очаквания, а не на реален опит.

V. ОБСЪЖДАНЕ

България е с едно от най-високите нива на употреба на хомеопатия в Европа и е на второ място по брой лекари, предписващи метода. Съществуващите български проучвания са изследвали отделни групи – ОПЛ (Парашкевова и съавт., 2005), хронично болни хомеопатични пациенти (Vankova & Karincheva, 2019), специализирани лекари хомеопати заедно с техните пациенти (Yaneva и съавт., 2021) и ОПЛ и пациенти (A. Tsvetkova & S. Mihaylova, 2025). Съществува едно проучване, обхващащо ОПЛ и пациенти, по отношение използването на КАМ, включително хомеопатия (Staykova-Pirovska и съавт., 2018), и едно проучване за познанието, практиката и образователните нужди по отношение КАМ сред ОПЛ, дентални лекари, фармацевти и студенти по медицина и фармация във Варненска област и МУ-Варна (Vankova, 2023).

До момента липсва едновременно сравнително изследване на нагласите, поведението и комуникацията спрямо хомеопатията сред практикуващите ОПЛ, бъдещите лекари и пациентите в системата на първичната медицинска помощ. Настоящото проучване е опит да бъдат изследвани тези аспекти, като не обсъждаме клиничната ефикасност на метода. Резултатите следват доброволния дизайн на проучването: те описват нагласите на ангажираните с темата, а не на общата популация.

1. Социодемографски профил на участниците

Използването на хомеопатични медикаменти при пациентите е статистически значимо свързано с пола, възрастта и религиозната принадлежност, докато местожителството и доходът не показват статистически значима зависимост.

Пол. Установената феминизация (87.6% жени) съответства на добре документирана закономерност в литературата, според която женският пол е последователен предиктор на употребата на КАМ (Kemppainen и съавт., 2018; Bishop & Lewith, 2010; Fjærg и съавт., 2020). Сходни профили са описани за България (Vankova & Karincheva, 2019

– 87% жени; Yaneva и съавт., 2021 – 75% жени; Tsvetkova & Mihaylova, 2025 – 66% жени), както и за Испания (Cano-Orón и съавт., 2019), Франция (Lert и съавт., 2014), Германия (Steel и съавт., 2016) и извън Европа (Dossett и съавт., 2016; Faisal-Cury & Rodrigues, 2022; Kaur и съавт., 2024; Nadareishvili и съавт., 2019). По-високата употреба сред жените се интерпретира като израз на по-активно здравно поведение и на по-честото поемане на ролята на инициатор на здравните решения в семейството (Green & Pope, 1999).

Възраст. Най-младата възрастова група (18–25 г.) се отличава с най-висок дял на неизползвалите ХМ (9.5%) и на несигурните (9.5%), докато във всички останали групи употребата надхвърля 95%. Сред пациентите на лекари хомеопати в България преобладават лицата на 40–59 г. (48.9%), следвани от 18–39 г. (40.2%) – модел, съответстващ на международните данни, според които употребата на КАМ е по-характерна за средната зряла възраст (Bishop и съавт., 2007; Yaneva и съавт., 2021). По-ниската употреба при най-младите може да отразява три взаимосвързани фактора: по-ограничен личен опит с хронични заболявания, които традиционно мотивират търсенето на КАМ; опосредстван контакт с хомеопатията като лечение, получено в детството по решение на родителите; и по-изразена генерационна тенденция към търсене на научна обоснованост при терапевтичните решения (Bishop и съавт., 2007).

Религиозна принадлежност. При християни, вярващи без конкретна религия и привърженици на източни религии над 95% са използвали ХМ, докато при атеисти (22.7%) и мюсюлмани (14.3%) дялът на неизползвалите е по-висок. Международната литература не установява пряка връзка между конкретна религия и употребата на КАМ, а по-скоро между холистичен мироглед, духовност и предпочитание към „естествени“ терапии (Ellison и съавт., 2012; Heller и съавт., 2021; Čavoјová & Ersoy, 2020). Поради това резултатът се интерпретира предпазливо като индиректен маркер за различия в здравните убеждения и степента на отвореност към неконвенционални практики, а не като пряко влияние на религията.

Местожителство. Липсата на значима зависимост не противоречи на литературата — международните данни не подкрепят универ-

сален модел „град–село“ (Kemppainen и съавт., 2018). Adams и съавт. дори установяват по-висока употреба на КАМ сред жени в селски райони в Австралия (Adams и съавт., 2011), което подчертава, че влиянието на местожителството е контекстуално обусловено. Вероятно доброволният характер на участие е благоприятствал включването на лица с интерес към хомеопатията независимо от населеното място, което може да е изгладило реално съществуващи териториални различия.

Доход. Макар доходът да не е статистически значим фактор, неговата роля не бива да се пренебрегва. Европейските данни свързват употребата на КАМ с по-висок социално-икономически статус (Fjær и съавт., 2020; Kemppainen и съавт., 2018). Предвид, че ХМ в България се заплащат изцяло от пациента, доходът вероятно действа като модератор на избора чрез взаимодействието си с образование, достъп до информация и здравна култура, без да се проявява пряко в статистическия модел при конкретната извадка.

Интерпретацията на резултатите следва да се извършва предпазливо поради: самодекларирани данни за употреба на ХМ; малък брой участници в отделни религиозни подгрупи; напречен и наблюдателен дизайн, който не позволява причинно-следствени изводи; и вероятен селекционен ефект от доброволното участие, при което жените и лицата с позитивна нагласа към КАМ са свръхпредставени (Bové & Ruckman, 2014).

Средната възраст на ОПЛ в извадката (51.2 ± 10.4 г.) е по-ниска от националния профил (БЛС: 61.4 г.), но по-висока от тази в проучването на Парашкевова и съавт. (2005) – 41.8 г., което отразява общото застаряване на съсловието. Сред лекарите хомеопати в проучването на Янева 51% са на възраст 51–60 г. и 30.3% – на 41–50 г. (Yaneva и съавт., 2021).

2. Източници на информация за хомеопатията

Неформални канали при пациентите. Приятелите са водещ информационен канал при пациентите (61.6%) – закономерност, потвърдена от българските проучвания на Ванкова и Капинчева (73% от

хронично болни пациенти, Vankova & Kapincheva, 2019) и Янева (76% за роднини и приятели, Yaneva и съавт., 2021), както и в международен план – Испания (70%, Cano-Orón и съавт., 2019), Великобритания (Thompson и съавт., 2007) и 21 европейски страни (Kemppainen и съавт., 2018).

Лекарят е посочен като информационен канал от 63.4% от пациентите в настоящото проучване – стойност, влизаща в противоречие с данните на Ванкова и Капинчева (5.7%) и Янева (13%). Разминаването се дължи вероятно на различния дизайн: двете цитирани проучвания обхващат пациенти с трайно установена хомеопатична практика, докато нашата извадка е по-хетерогенна. Допълнително, в настоящото проучване се пита за текущи информационни източници с възможност за множествен избор, а не за начина на първоначално запознаване с метода – лекарят може да е значим текущ ресурс, без да е бил инициаторът на първоначалния интерес.

Академични и научни източници при ОПЛ и студентите. Близките стойности за университета (ОПЛ 33.3%, студенти 34%) и научната литература (50% и 53.7%) отразяват доминиращото влияние на академичната социализация – тенденция, потвърдена от Ванкова (2023) за Варненска област и от Lie & Boker (2006) за медицински специалисти в САЩ. Интересна находка е сравнително високият дял на пациентите, ползващи научна литература (37.3%), съзвучен с германско проучване, в което книгите (65%) и интернет (47%) са най-честите информационни източници сред потребителите на ХМ за самолечение (Achstetter & Teut, 2018).

Дигиталната среда и студентите. Високият дял на социалните медии при студентите (44.2%) срещу почти пълното им отсъствие при ОПЛ (9.3%) се потвърждава от международни данни – палестинско проучване (72.9%, Samara и съавт., 2019) и по-старо американско (75–80% интернет, Lie & Boker, 2006). Систематичен обзор в BMC Complementary Medicine and Therapies установява, че социалните медии служат като значим канал за разпространение на дезинформация за КАМ (Ng и съавт., 2023), което подчертава необходимостта от верифицирана информация за хомеопатията в медицинското образование.

Семейството и медицинската социализация. Водещата роля на семейството при студентите (42.2%) спрямо ОПЛ (1.9%) отразява динамиката на социализация в млада възраст (Jocham, Berberat и съавт., 2017). Данните разкриват и значима трансформация между 4-ти и 6-ти курс: лекарят като източник нараства от 47.9% до 64.2%, университетът почти се удвоява (24.5% до 49.1%), докато семейството намалява (46.8% до 32.1%), очертавайки постепенното отстъпване на неформалните източници за сметка на институционалните в процеса на медицинска социализация.

Фармацевтът. Ролята му е ниска и при трите групи (9–15.6%), въпреки че болшинството ОПЛ и фармацевти в България предписват или препоръчват КАМ и желаят научно базирано обучение (Vankova, 2023), а в Турция 80% от студентите по фармация считат, че фармацевтите трябва да прилагат хомеопатия (Renda и съавт., 2024). Реалното търсене на тази консултантска роля от пациентите и лекарите остава ниско – въпрос, изискващ по-задълбочено проучване.

Сравнителният анализ очертава три устойчиви тенденции: доминиране на неформалните канали при пациентите; академични източници при медицинските специалисти, съчетани с висока дигитална експозиция при студентите; и незадействан потенциал на фармацевта и при трите групи.

3. Нагласи към хомеопатията – сравнителен анализ между трите групи

Обща нагласа

Пациентите демонстрират най-позитивна обща нагласа ($M=3.90$), следвани от ОПЛ ($M=3.69$), докато студентите заемат най-резервирана позиция ($M=3.19$) – около границата между неутрално и умерено позитивно отношение. Различията са статистически значими по всички субскали (Kruskal–Wallis, $p \leq 0.007$). Наблюдаваният модел отразява различни механизми на формиране на нагласата: при пациентите – личен опит и възприета полза; при ОПЛ – клинична практика и взаимодействие с пациенти; при студентите – академична ориентация към доказателствената медицина и ранна социализация в биоме-

дицинския модел. Позитивната нагласа не следва да се тълкува като отказ от конвенционалната медицина, а като приемане на комплементарен модел – в съзвучие с европейските данни, показващи, че употребата на хомеопатия е по-често допълваща, отколкото алтернативна (Kemppainen и съавт., 2018).

Субскала „Вяра в ефикасността“: конвергенция между ОПЛ и пациенти

Липсата на значима разлика между ОПЛ с допълнителна квалификация по хомеопатия и пациентите ($p=0.870$) е една от най-съществените находки. При пациентите по-високата оценка за ефикасност произтича от личен опит, възприети терапевтични ползи и доверие в метода — мотиви, описани още от Avina & Schneiderman (1978) и потвърдени от Schmaske и съавт. (2014) и Marian и съавт. (2008), установяващи по-висока удовлетвореност от хомеопатичната грижа с нейния индивидуален и цялостен подход и по-благоприятно възприятие за нежеланите ефекти. Подчертано е значението на по-задълбочената консултация и по-добрата комуникация с лекаря-хомеопат. При ОПЛ конвергенцията се формира в по-широк клиничен контекст, в който възприеманата ефикасност включва фактори като комплайънс, участие на пациента и стабилност на терапевтичната връзка (Jin и съавт., 2008; Kerse и съавт., 2004). В този смисъл позитивното отношение на ОПЛ може да се интерпретира като резултат от клиничен опит, а не само като приемане на хомеопатичната доктрина.

Субскала „Скептицизъм“: студентите като най-резервирана група

Студентите показват най-високи стойности по субскалата „Скептицизъм“ ($M=3,53$), като различията спрямо пациентите и ОПЛ са статистически значими ($p<0,001$). Тази находка е в съзвучие с международните данни и отразява етапа на професионална социализация, в който доминира ориентацията към доказателствената медицина и фармакологичната правдоподобност (Jocham, Berberat и съавт., 2017).

Münstedt и съавт. (2011) установяват, че лекарите по-често са търсили информация за КАМ в сравнение със студентите, подчерта-

вайки ролята на клиничния опит като модификатор на първоначално по-скептичната позиция. Лекарите са посочили, че КАМ биха били най-полезни в общата медицина, а и двете групи биха искали да има обучение по КАМ в университета.

Субскала „Интеграция и комуникация“: конвергенция между трите групи

Средните стойности са високи и сходни при всички групи: ОПЛ (M=4,31), пациенти (M=4,23) и студенти (M=4,09), т.е. независимо от различията в оценката на ефикасността и степента на скептицизъм, съществува широко споделено разбиране за необходимостта от открит и професионален диалог.

Markun и съвт. (2017) установяват, че 78,8% от швейцарски ОПЛ, считат за необходимо да питат пациентите за употреба на КАМ, дори когато самите те не я практикуват. Mañá и Shaw (2007) установяват, че липсата на открита комуникация може да доведе до недеклариране на КАМ употреба от страна на пациентите. Frenkel & Cohen (2014) предлагат модел на ефективна комуникация за КАМ и подчертават, че зачитането на пациентските предпочитания относно КАМ е морално задължение на клинициста, независимо от неговата лична позиция за ефикасността му.

Високите стойности на ОПЛ по тази субскала могат да се интерпретират не само като позитивна нагласа към интегративния диалог, но и като маркер за клинична зрялост и осъзнаване на риска при липса на такъв диалог. Данните от систематичния преглед на Phutrakool и Pongpirul от 2022 г. показват по-висока отвореност към КАМ сред специалистите по обща медицина в сравнение с други специалности.

При пациентите, въпреки високата декларативна нагласа за комуникация, реалното оповестяване на КАМ употреба остава ограничено, потвърдено и от систематичния преглед и метаанализ на Foley и съвт. (2019), обхващащ 86 проучвания, който установява обща честота на оповестяване на КАМ употреба пред лекарите едва 33%.

При студентите конвергенцията по тази субскала е особено показателна, тъй като съчетава по-висок скептицизъм с готовност за професионален диалог. Но и съвт. (2013) установяват, че основна мотивация за включване на КАМ в учебните програми е желанието за

компетентност при диалог с пациенти. Германско проучване сред над 500 студенти установява, че 56% проявяват интерес към КАМ именно поради желанието да съветват компетентно пациентите (University Hospital Schleswig-Holstein & Flägel, 2021), а Lehmann и съавт. (2014) показват, че дори критично настроените студенти оценяват позитивно холистичния поглед и партньорския характер на терапевтичната връзка. В бразилско проучване над 85% от студентите подкрепят включването на хомеопатия в учебните програми — преобладаващо като факултативна дисциплина (Teixeira и съавт., 2005).

Конвергенцията по субскалата „Интеграция и комуникация“ се явява най-стабилната обща основа между трите групи. Това е и една от най-силните оригинални находки на настоящото изследване, тъй като международната литература рядко сравнява едновременно пациенти, ОПЛ и студенти в единна аналитична рамка именно по отношение на нагласите към клиничната комуникация за хомеопатията.

4. Предиктори на прилагането на хомеопатия при ОПЛ

Отношението на ОПЛ към хомеопатията рядко е строго поляризирано — по-често варира от активно прилагане, през условно препоръчване, до скептична, но комуникационно толерантна позиция. Систематичен преглед на британски проучвания установява, че по-малко от 10% от ОПЛ лекуват директно с хомеопатия, докато честотите на насочване варират от 4 до 73% (Perry и съавт., 2013). В конкретно проучване сред ливърпулски ОПЛ само 13% са лекували директно с КАМ, но 31% са насочили и 38% са одобрили употребата — одобрението е три пъти по-често от директното прилагане (Perry & Dowrick, 2000). В Тоскана 58% препоръчват КАМ, но само 13% практикуват лично (Giannelli и съавт., 2007). В Чешката Република мнозинството лекари толерират употребата на КАМ като допълващ метод, а от ОПЛ 19% използват ХМ в практиката си (Krizova & Vyma, 2014).

За България данните от Варненска област показват, че 90% от ОПЛ препоръчват хомеопатия в практиката си (Vankova, 2023), а в проучването на Цветкова 90% предписват ХМ (Tsvetkova & Mihaylova, 2025). Прилагането на хомеопатия в ОМП не може да се обясни с еди-

ничен фактор, а е резултат от взаимодействието между обучение, клиничен опит и системни условия.

Възрастта е релевантен предиктор за прилагането на хомеопатия, но данните от литературата не са еднопосочни. В британско качествено проучване с 25 ОПЛ, практикуващи КАМ в NHS, интересът към хомеопатията при по-опитните лекари е свързан с по-широко утвърдена клинична идентичност и самостоятелност в практиката (Adams, 2000). Данните от Mayo Clinic обаче показват, че лекарите под 46 години са значимо по-склонни да насочват пациенти към КАМ в сравнение с по-възрастните колеги (59% срещу 33%, $p < 0.001$) (Wahner-Roedler и съавт., 2006). Привидното противоречие може да се обясни с контекста: когато квалификацията по хомеопатия е резултат от лична мотивация – какъвто е случаят в България – по-големият клиничен опит укрепва независимата клинична идентичност и подкрепя практикуването на метода.

Обучение и сертификат по хомеопатия – водещ предиктор

Наличието на сертификат по хомеопатия се очерта като най-силния предиктор в настоящото проучване (Cramér's $V = 0,647$): нито един от 20-те несертифицирани ОПЛ не прилага хомеопатия в практиката си често, докато 63,3% от сертифицираните ($n = 30$) го правят (Fisher $p < 0,001$). Тази находка е в съзвучие с българските данни – при Парашкевова и съавт. (2005) всички прилагащи хомеопатия ОПЛ са преминали обучение, при Янева 98.4% от лекарите хомеопати имат специализирана подготовка (Yaneva и съавт., 2021), а при Ванкова 84.2% от участвалите ОПЛ са се обучавали по КАМ (Vankova, 2023). Формалното обучение е идентифицирано като водещ предиктор и в международен контекст – Швейцария (Widmer и съавт., 2006), Великобритания (Perry и съавт., 2013) и Италия (Giannelli и съавт., 2007). До 2023 г. над 1500 лекари в България са завършили двугодишния курс по клинична хомеопатия. Законът за здравето изисква хомеопатията да се прилага само от лекари, без да поставя изискване за специализирано обучение, поради което притежаването на сертификат е индикатор за лична мотивация. Лекарите, наблюдавали благоприятни ефекти или получили обучение, са значимо по-склонни да прилагат и препоръчват метода (Berman и съавт., 1999).

Стаж като ОПЛ и клиничен опит

Spearman корелацията между стажа като ОПЛ и честотата на прилагане ($\rho=0.438$, $p<0.001$) е по-силна от тази за общия лекарски стаж ($\rho=0.315$, $p=0.021$), което предполага, че специфичният клиничен опит в ОМП е по-важен. При Янева почти една трета от практикуващите хомеопатия лекари имат стаж над 30 години (Янева и съавт., 2021).

Незначимите фактори – аналитично значими резултати

Тип практика. Липсата на значима асоциация между типа практика и прилагането на хомеопатия показва, че организационната структура не е определяща. Решението за прилагане се взема в сферата на индивидуалната клинична автономия (Wharton & Lewith, 1986; Giannelli и съавт., 2007). Прилагането на хомеопатия може да се разглежда като израз на вътрешно формирана професионална идентичност (Cruess и съавт., 2014) и като динамично взаимодействие между субективното възприемане на метода и желанието на лекаря за холистична грижа (Greenhalgh и съавт., 2004).

Участие в конвенционални научни форуми. Отсъствието на асоциация опровергава стереотипа за професионална изолация на лекарите, практикуващи хомеопатия. Данните потвърждават находките на Янева, че 97.7% от лекарите хомеопати смятат, че хомеопатията трябва да допълва конвенционалното лечение (Янева и съавт., 2021). Joos и съавт. (2011) установяват в германска извадка от 1027 ОПЛ, че КАМ-практикуващите демонстрират по-висока удовлетвореност и по-ниски нива на прегаряне. Съвременни проучвания потвърждават, че новите поколения лекари възприемат холистичния подход като средство за подобряване на връзката лекар–пациент (Wiedermann и съавт., 2025; Dubois и съавт., 2025).

5. Мотиви за прилагане на хомеопатия – сравнение между трите изследвани групи

5.1. Водещи мотиви при ОПЛ

Водещите мотиви при ОПЛ са намаляването на употребата на антибиотици и лекарства (55.6%) и намаляването на страничните

ефекти (53.7%) – два взаимосвързани аспекта. Редукцията на антибиотичната употреба е документирана при деца с назофарингит (Trichard и съавт., 2004), среден отит (Frei & Thurneysen, 2001; Marchisio и съавт., 2011; Varanasi и съавт., 2024), тонзилит (Palm и съавт., 2017) и остри респираторни инфекции при сходни клинични изходи (Grimaldi-Bensouda и съавт., 2014). Редукция на други медикаменти е установена за НСПВС и аналгетици при костно-мускулни заболявания (Rossignol и съавт., 2012), психотропни лекарства – четири пъти по-малко предписани бензодиазепини и антидепресанти (Grimaldi-Bensouda и съавт., 2016), както и трайно намаляване на общото медикаментозно натоварване при хронично болни (Witt и съавт., 2005) и висока степен на ремисия при синусит с индиректна редукция на деконгестанти и антибиотици (Nayak и съавт., 2012).

Редукцията на антибиотичната употреба е особено значима в контекста на глобалните тревоги за антимикробна резистентност, тъй като първичната медицинска помощ е отговорна за над 80% от световното използване на антибиотици (Balea и съавт., 2025; Wang и съавт., 2021). ЕС препоръчва употребата на хомеопатия в органичното животновъдство като инструмент срещу резистентността (Viksveen, 2003), а стартиралото през 2022 г. в Технически университет Мюнхен РКИ (NCT05545514) изследва същия аспект при рецидивиращи уринарни инфекции. Немски ОПЛ предпочитат хомеопатия вместо НСПВС и антибиотици особено при деца и хронични състояния (Ostermaier и съавт., 2020; Stange и съавт., 2008), а британско проучване установява намалена честота на консултациите и по-малка употреба на конвенционални медикаменти при ОПЛ, прилагащи хомеопатия (Slade и съавт., 2004).

Мотивът **ефикасност** (40.7%) е в съзвучие с британски данни, при които 29–48.7% от ОПЛ смятат хомеопатията за ефективна (Perry и съавт., 2013), и с чешки данни, при които водещи мотиви са разочарованието от ограничената ефикасност на биомедицината и положителният клиничен опит с хомеопатията (Krizova & Vyma, 2014). В Швейцария 50% от амбулаторните лекари са предписвали ХМ с определена цел, а 14.6% считат, че хомеопатията е поне толкова ефективна като конвенционалната медицина, но с по-малко странични ефекти (Markun и съавт., 2017). Нашата извадка демонстрира сравнително

по-висока убеденост в ефикасността спрямо западноевропейски страни с по-изразен скептицизъм.

Допълнителните ефекти спрямо конвенционалната медицина (31.5%) отразяват интегративния модел, наблюдаван в редица страни (Markun и съавт., 2017; Ostermaier и съавт., 2020; Gabriella, 2014). Систематичен обзор установява, че ОПЛ ценят индивидуализирания и холистичен подход на КАМ като средство за повишаване удовлетвореността на пациентите и избягване на странични ефекти (Schveitzer & Zoboli, 2014), а норвежко проучване установява позитивна нагласа при 50% от лекарите за конкретни състояния като тревожност, мигрена и сenna хрема (Pedersen и съавт., 1996).

Съответствието с личния светоглед (29.6%) е мотив, описан и в мумбайско проучване сред 100 лекари и пациенти – философската и духовна нагласа е посочена от 17% от лекарите (Solanki, 2016). В Германия дългогодишната традиция на интерес към натуралните методи обяснява подобна тенденция.

Двете предишни български проучвания потвърждават сходен мотивационен профил. При Пировска и съавт. (2018) водещите мотиви на ОПЛ, практикуващи КАМ (включително хомеопатия при 42%), са ефикасност, по-малко странични реакции, съзвучие със светогледа и търсене от пациентите (Staykova-Pirovska и съавт., 2018). При Парашкевова и съавт. (2005) – ефикасност, допълнителни възможности при нисък риск и интерес от пациентите в рамките на интегративен подход.

Мотивационният профил на ОПЛ в България е съпоставим с европейските тенденции по отношение на безопасността и редуцията на антибиотиците, но демонстрира относително по-висока убеденост в ефикасността в сравнение с Швейцария и Великобритания – регионална специфика, изискваща допълнително проучване в сравнителен контекст за Централна и Източна Европа.

5.2. Мотивиращи фактори при студентите от 4-ти курс и стажант-лекарите – сравнителен анализ

Устойчивост на мотива за безопасност. Липсата или намалените странични ефекти е посочена от 83.0% от студентите и 81.1% от стажант-лекарите – практическа липса на разлика, показваща, че на-

гласата за безопасност е устойчива предварителна нагласа, формирана независимо от медицинското образование. Британско проучване установява засилване на скептицизма към КАМ с напредването на обучението (Furnham & McGill, 2003), а бразилско – нарастващо критично мислене в по-напредналите курсове (Teixeira и съавт., 2005). В нашите данни лека низходяща тенденция се очертава при научната доказаност (30.9% срещу 30.2%), но не засяга централния мотив за безопасност.

Най-значимата разлика: популярността в обществото. Единственият мотив с значима разлика между двете групи е популярността на хомеопатията – 17.0% при студентите срещу 34.0% при стажант-лекарите, т.е. удвояване. Това вероятно отразява нарастващото осъзнаване на пазарното измерение на хомеопатията при прехода към самостоятелна практика – феномен, описан при американски преподаватели с по-позитивни нагласи и по-честа употреба на КАМ в сравнение със студентите и стажантите (Lie & Boker, 2006).

Нагласи към ефикасността и научната доказаност. Ефикасността (42.6% срещу 43.4%) и научната доказаност (30.9% срещу 30.2%) са практически идентични при двете групи, което предполага, че тези убеждения се формират независимо от образованието – вероятно под влияние на семейната или медийна среда. Националното немско проучване на Jocham и съавт. установява, че студентите в контролна група (с характеристиките на нашата извадка) имат позитивни нагласи към КАМ при около една четвърт, но са отчасти критични към науката (Jocham, Kriston и съавт., 2017). Хърватско проучване в Сплит установява, че завършващите медицина имат най-положително отношение към науката и най-малък позитивизъм към КАМ – медицинското обучение е понижило позитивната оценка за КАМ (Dogas и съавт., 2003). Фактът, че над 30% от участниците и в двете групи посочват научна доказаност като мотив, може да отразява или реална убеденост, или непознаване на наличния научен консенсус.

Личен опит и критична оценка. Личният опит с ХМ е сходен в двете групи (78.7% срещу 75.5%, $p=0.642$) – значително по-висок от британски (37.3%, Greenfield и съавт., 2002) и индийски данни (35.7%, Agrawal и съавт., 2019). Съществена разлика се открива при оценката на резултата: подобрение съобщават 48.9% от студентите срещу

само 30.2% от стажант-лекарите ($p=0.032$), а отрицателната оценка нараства от 13.8% до 26.4%. Клиничното обучение не намалява честотата на употреба, но значително засилва критичната оценка на резултата – стажант-лекарите са по-склонни да не приписват субективното подобрене на хомеопатичния медикамент.

Личният опит не обуславя мотива за безопасност, но силно активира мотивите за ефикасност. Мотивът „липса на странични ефекти“ е практически еднакъв при употребявалите и неупотребявалите ХМ и при двете групи – той е предварителна нагласа, конструирана вероятно чрез медийни и социални канали. Обратно, при студентите с позитивен опит ефикасността е мотив в 61% срещу 23% без подобрене, а научната доказаност – 43% срещу 8%. При стажант-лекарите контрастът е още по-изразен: 81% срещу 21% за ефикасност и 50% срещу 7% за научна доказаност. Това илюстрира механизма на „ретроспективна рационализация“ – позитивното субективно преживяване генерира убеждение за ефикасност и дори научна обоснованост, независимо от обективната доказателствена база (Aßmann & Betsch, 2023).

Влияние на информационния източник. Независимо от конкретния канал, мотивът за безопасност остава доминиращ (77–96%). По-значима диференциация се наблюдава при ефикасността: при стажант-лекарите, информирани от семейството, тя е мотив в 59% срещу 36% при информираните чрез социални медии. Семейното предаване активира специфично убеждението за ефикасност – вероятно чрез конкретни разкази за лично подобрене (Jocham и съавт., 2017; Wiedermann и съавт., 2025; Agrawal и съавт., 2019).

Показателно е отсъствието при студентите на мотивите за редукция на антибиотиците, допълване на конвенционалната медицина и холистичен подход – мотиви, изискващи клиничен опит за своето формиране. Немски студенти акцентират върху холистичния поглед (Jocham, Kriston и съавт., 2017), а ирландско проучване извежда като основен мотив осигуряването на по-добра и холистична грижа за пациентите (Flaherty и съавт., 2015). Тази разлика вероятно отразява по-дългогодишната традиция на КАМ употреба в Германия и Ирландия в сравнение с България, където хомеопатията е широко позната едва от около 30 години.

5.3. Мотиви за използване на хомеопатия при групата на пациентите

Концептуална рамка. Изследването на причините за търсене на КАМ е обект на систематично проучване още от края на 70-те години. Avina & Schneiderman (1978) установяват, че водещата причина е търсенето на облекчение без употреба на традиционни медикаменти, следвана от желанието за по-добро здравно образование, превенция и лечение, съответстващо на личните вярвания. Vincent & Furnham (1996) предлагат петфакторен модел: положителна оценка за алтернативните методи; неефективно конвенционално лечение; загриженост от странични ефекти; недобра комуникация с лекарите; и наличие на алтернативи. Ernst (2002) разширява рамката с желанието за разширяване на диагностичните и терапевтичните възможности и по-добра връзка терапевт–пациент, а Furnham (2004) добавя предпочитанието към „уелнес“ подход и холистично разбиране на здравето.

Националното американско проучване на Astin (1998) сред 1035 произволно избрани участници тества три хипотези – неудовлетвореност от КМ, желание за по-голям личен контрол и съвпадение с ценностната система. Резултатите са показателни: холистичната ориентация е независим предиктор за употреба на КАМ, докато разочарованието от КМ не я предсказва. Авторът заключава, че мнозинството от потребителите използват КАМ не поради разочарование, а защото тези методи са по-съзвучни с техните ценности и философска ориентация. Швейцарско проучване (Wapf & Busato, 2007) идентифицира три основни мотива за избор на КАМ-практикуващ в първичната помощ: недоволство от КМ при неподдаващи се на лечение състояния или негативен минал опит; желание за контрол върху собствените здравни решения и съвместимост с духовните и ценностни убеждения. Тези мотиви, включително вътрешният здравен локус на контрол, се потвърждават в множество проучвания (Bishop и съавт., 2005; Lert и съавт., 2014; Marian и съавт., 2008; Tangkiatkumjai и съавт., 2020).

Данните от настоящото проучване се вписват точно в рамката на Astin: разочарованието от конвенционалната медицина е посочено от едва 15.5% от пациентите, докато позитивните характеристики на хомеопатията доминират с абсолютно предимство. Трите български

проучвания потвърждават сходен профил. При Пировска водещите мотиви са безопасност, нежелание за прием на лекарства и съвпадение със светогледа, а разочарованието от КМ е на последно място (Стайкова-Пировска, 2017). При Цветкова – нежелание за лекарства, добър предишен опит и препоръка от лекар (Tsvetkova & Mihaylova, 2025). При Янева 49% са избрали хомеопатия за избягване на странични ефекти, а 41.5% – защото КМ не им е помогнала; сред избралите хомеопатия преди КМ, 68.8% са го направили, защото я смятат за безвредна (Yaneva и съавт., 2021).

Ефикасността на лечението е водещият мотив при 63.8% от пациентите. Кръстосаният анализ разкрива пълна поляризация: 75.9% от съобщаващите субективно подобрение го посочват като мотив срещу 0% от тези без подобрение – убеждението за ефикасност е изцяло обусловено от личния опит, а не от оценка на научните доказателства. Очакваните ползи са водещ мотив за КАМ в 84% от публикациите в систематичния обзор на Tangkiatkumjai и съавт. (2020), а Thomson и съавт. (2014) установяват, че 58% от пациентите са мотивирани от знанието за успешно прилагане от познати.

Холизъм и индивидуален подход. Холистичният подход е посочен от 61.1%, а индивидуалният подход към пациента – от 57.8%, заемайки второ и четвърто място в мотивационния профил. Тези два концептуално свързани мотива са сред най-силните асоциации в цялото изследване (Cramér's $V > 0.5$), като значимо се различават между групите – водещи са единствено при пациентите и практически отсъстват при медицинските специалисти. Това разминаване не е случайно – то е структурно обусловен отговор на реален дефицит в съвременното здравеопазване.

Herman и съавт. (2024) демонстрират в провокативен сравнителен анализ, че конвенционалният подход води до фрагментирано разглеждане на пациента като отделни диагнози, полипрагмазия и ятрогенна патология, докато холистично ориентираният подход показва съществено по-добри здравни и икономически резултати. Mash (2016) подчертава необходимостта от трансформиране на основната парадигма – от биологична медицина, насочена към диагноза и задачи, към медицина на цялостния човек, ориентирана към пациента и не-

говото благополучие. Конвергенцията между пациентското желание, практиката на хомеопатията и академичния биопсихосоциален модел поставя важен въпрос пред общата медицинска практика: структурните характеристики на хомеопатичната консултация – продължителност 60–90 минути, детайлно анамнестично снемане, индивидуализиран подход – предоставят именно онова, което пациентите търсят и което конвенционалната медицина декларира в теорията, но рядко успява да осигури на практика (Wilhelm и съавт., 2024).

Клиничните проучвания потвърждават тази реалност. Швейцарското обсервационно проучване на Marian и съавт. (2008) идентифицира два основни фактора за висока удовлетвореност от хомеопатичното лечение: емпатията на лекаря чрез детайлен и холистичен подход при снемане на анамнезата и наличието на терапевтични ограничения при конвенционалното лечение на хронични състояния. Австралийско изследване сред 153 пациенти с хронични заболявания установява по-висока степен на възприемана пациент-центричност при КАМ в сравнение с конвенционалната грижа (Foley и съавт., 2019), а обзорният анализ на Jonas & Rosenbaum (2021) свързва интегративните модели в първичната помощ с подобрения в пациентския опит. Качественото проучване на Danell (2015) установява, че докато първоначалният избор на КАМ е мотивиран от неудовлетвореност от КМ, дългосрочната употреба се поддържа именно от холистичния и индивидуализиран подход и задълбоченото взаимодействие с терапевта – модел, приложим към нашата пациентска извадка, при която 95.1% вече са употребявали хомеопатични медикаменти.

Лечението на децата. Детските болести са водещ повод за употреба на хомеопатия (53.0%), следвани от инфекциозните заболявания (38.2%) и респираторните заболявания (29.7%). Тъй като значителна част от участниците са родители, търсещи хомеопатично лечение за децата си, мотивационният профил при тази подгрупа се модифицира съществено — преобладават „тласкащи“ фактори, особено страхът от страничните ефекти на конвенционалните медикаменти (антибиотици, антихистамини, кортикостероиди) – тенденция, вероятно по-изразена в България поради документираната им свръхупотреба в детската практика (Zaykova и съавт., 2024).

Литературата потвърждава тази мотивационна логика в различни клинични контексти. При родители на деца с астма и екзема страхът от страничните ефекти на стероидите преобладава над „привличащите“ фактори (Thompson и съавт., 2007; Shaw и съавт., 2006). Значителен е и дялът на родителите, търсещи хомеопатия с цел избягване на антихистаминова терапия при алергии (32.4% в нашата извадка) и кортикостероидна терапия при кожни заболявания (25.9%) – италианско изследване установява намаляване на двата вида медикаменти при интегрирано хомеопатично лечение на респираторни алергии, паралелно с подобряване на качеството на живот (Ferrerì и съавт., 2016). Международното проучване на Веер и съавт. (2016) сред 582 педиатри и ОПЛ в шест страни, включително България (15.8% предписване на ХМ, 82% от участвалите лекари), установява, че ХМ се прилагат предимно при инфекции на горните дихателни пътища, колики и нарушения на съня, обичайно успоредно с конвенционалните, по настояване на загрижени за страничните ефекти родители.

По отношение на антибиотиците данните от литературата не са еднопосочни. В подкрепа на редукцията – систематичният обзор на Teut и съавт. (2019) и френското EPI3 проучване (Grimaldi-Bensouda и съавт., 2014) установяват по-ниска антибиотична употреба при хомеопатично лекувани пациенти при сходни клинични изходи. В противовес – проучването на Уе и съавт. (2008) сред над 13 000 деца не установява намалена употреба на антибиотици, а Навке и съавт. (2018) не намират позитивен ефект при остри респираторни заболявания. При тези противоречия в доказателствената база, с всички особености на хомеопатичното предписание и зависимостта на резултата от знанията на предписващия, са необходими повече клинични проучвания с добър дизайн. Дори при приемане на плацебо механизъм обаче, използването на ХМ за редукция на ненужната антибиотична употреба при леки самоограничаващи се заболявания – особено при деца – остава практически значимо в контекста на нарастващата антимикробна резистентност.

Лична философия, намаляване на лекарствата и превенция. Съвпадението на хомеопатичното лечение с личната философия е посочено от 48.3% от пациентите, а намаляването на приема на лекар-

ства – от 45.0%. Тези мотиви отразяват активна, а не пасивна здравна нагласа и са тясно взаимосвързани. Проучването на Sirois & Gick документира, че холистичните здравни убеждения са предиктор за употреба на КАМ, а потребителите имат по-голяма осведоменост за превантивните здравни практики и по-здравословни навици в сравнение с потребителите на ортодоксалната медицина – тенденции, уловени и в многократно цитираното EPI3 проучване.

Международната литература последователно показва, че пациентите, търсещи хомеопатична помощ, често го правят в контекста на хронични, рецидивиращи или функционални оплаквания, неудовлетвореност от предходни терапевтични опити и потребност от по-индивидуализирано внимание (Avin & Schneiderman, 1978; Schmacke и съавт., 2014; Marian и съавт., 2008). Качественото проучване на Danell (2015) разграничава два етапа: първоначалният избор на КАМ е мотивиран от неудовлетвореност от КМ при хронични и трудно лечими състояния, докато дългосрочната употреба се поддържа от привличащите характеристики – холистичен и индивидуализиран подход. В нашата пациентска извадка, при която 95.1% вече са използвали хомеопатични медикаменти, доминират именно тези дългосрочни мотиви.

Профилактичната насоченост е посочена от 24.1% от пациентите – в съответствие с данни, показващи, че около 58% от потребителите на КАМ в САЩ го използват за превенция и поддържане на здравето. СЗО подчертава, че традиционните и комплементарни системи функционират в рамките на по-широк модел, при който превенцията е съществен мотив, особено при хронични и рецидивиращи състояния. Австралийско проучване установява, че потребителите на КАМ се възприемат като основни мениджъри на своето здраве и желаят по-добра комуникация с лекарите за безопасно интегриране на здравните им възможности (Avila и съавт., 2020) – в унисон с новата парадигма за овластяване на пациента в общата медицинска практика.

Мотивационният профил на пациентите може да се организира в три пласта: **ценностен** – холистична ориентация, ценностна съвместимост и активна здравна нагласа; **опитен** – ефикасност и добър предишен опит, формирани чрез личен и социален контакт; и **прагматичен** – намаляване на медикаментозното натоварване и из-

бягване на страничните ефекти, особено при детските болести. Разпознаването на всеки от тези пластове е предпоставка за ефективна комуникация между лекари и пациенти относно употребата на хомеопатия в общата медицинска практика.

5.4. Разминаването между профилите – практически следствия

Статистическото потвърждение на фундаменталните различия между трите мотивационни профила води до следствия, надхвърлящи описанието. Разминаването между ОПЛ и пациентите по отношение на холистичния и индивидуалния подход е особено значимо: докато пациентите търсят тези качества предимно в хомеопатията, ОПЛ практикуват хомеопатия предимно поради антибиотична редукция и терапевтична неопределеност. Двете страни могат да са доволни от взаимодействието поради различни причини – феномен, описван в литературата като „взаимно неразбиране с положителен изход“ (*mutual misunderstanding with positive outcome*).

Тази асиметрия е важна за формирането на комуникационни умения: ако ОПЛ не осъзнава, че пациентите търсят преди всичко индивидуализация и холистично отношение, той може да предписва хомеопатия за постигане на едни цели, докато пациентът я цени за съвсем различни. Такова несъответствие в очакванията е потенциален рисков фактор, особено в случаите, когато очакванията на пациента не са изпълнени.

Липсата на научна доказаност като детерминанта

Ниските нива на посочване на „научна доказаност“ при трите групи индикират, че легитимацията на хомеопатията в обществото и практиката се основава на субективна ефикасност и личен опит, а не на обективни научни доказателства. Тази находка е в съответствие с добре документирания феномен в литературата, че КАМ-практиката се поддържа от *наблюдателна логика* – личен или споделян опит за подобрене – а не от *обяснителна логика* на рандомизирани контролирани изпитвания.

Това не е изненадващо, но е регулаторно значимо. Регулаторните органи и EASAC (2017) изграждат аргументацията си за ограничаване на хомеопатията върху доказателствената база. Настоящите данни обаче показват, че нито ОПЛ, нито пациенти, нито бъдещи лекари избират или отхвърлят хомеопатията предимно въз основа на тази база. Следователно комуникационните стратегии, насочени единствено към доказателствата, може да са ефективни за деклариране на политики, но са малко вероятни да трансформират установените практики и нагласи.

6. Барieri за неприлагане на хомеопатията

6.1. Барieri при общопрактикуващите лекари

Барьерите при ОПЛ имат ниска честота, концентрирана около клинична убеденост и познание: субективното усещане за неефективност и непознаването на метода (по 14.8%), липсата на научни доказателства (13.0%) и заетостта (11.1%). Сходни барieri са установени в международната литература – липса на доказана ефикасност, непознаване на механизма на действие и на терапевтичните показания (Beer и съавт., 2016; Wardle и съавт., 2013; Thalavaisamy & Krishnakumari Amma, 2025; M & Cr, 2025). Швейцарски данни добавят, че дори при предписващите хомеопатия лекари убеждението в специфичния ѝ ефект не е предпоставка – 63% я разглеждат като инструмент за плацебо ефект (Markun и съавт., 2017).

Специфичната за групата бариера „не се търси от пациентите“ (9.3%) вероятно е не независим фактор, а самоподсилващ се механизъм: пациентите, усещащи скептичната нагласа на лекаря, не повдигат темата (Maha & Shaw, 2007), което от своя страна потвърждава усещането му за липса на интерес.

6.2. Барьерите според студентите по медицина

Студентите демонстрират значително по-висока идентификация на барieri в сравнение с ОПЛ в нашето проучване. Водеща е липсата на научни доказателства (55.8%), следвана от липсата на достовер-

на информация (54.4%), по-бавния терапевтичен резултат (52.4%) и малкия брой обучени специалисти (51.0%). Клинично-практическите бариери, характерни за ОПЛ (неефективност, непознаване), отсъстват при студентите – отражение на липсата на опит.

Тази ориентация към доказателствената медицина е документирана в международен контекст: студентите в контролната група на германското проучване на Jocham и съавт. (2017) демонстрират висока научна ориентация и ниска КАМ-ориентация; 72.6% от студентите в швейцарско проучване подкрепят КАМ обучение, но при условие на строги научни стандарти, срещу 48.7% от специалистите по конвенционална медицина (Marcus, 2001); а липсата на познание и научни доказателства са установени като бариери и в други проучвания (Saħa и съавт., 2017). Що се отнася до бариерата „малък брой обучени специалисти“, тя отразява структурна реалност.

6.3. Бариери според пациентите

Пациентите поставят на първо място малкия брой обучени специалисти (52.6%) и по-бавния терапевтичен резултат (42.0%), следвани от липсата на достоверна информация (33.0%), липсата на интерес (27.0%) и липсата на научни доказателства (21.1%). Инфраструктурните и системните бариери преобладават – отражение на потребителската перспектива към търсене на услуга, а не нейното предлагане.

Достъп до специалист. Систематичен преглед на Relton и съавт. (2017) установява медиана от едва 1.5% годишно разпространение на посещение при хомеопат в 11 страни, като най-висока употреба е в Швейцария (8.2%), където хомеопатията е включена в задължителното здравно осигуряване – потвърждение, че системната достъпност е ключов фактор. В САЩ само 19% от ползвателите са посещавали специалист, а останалите прибягват до самолечение (Dossett и съавт., 2016) – модел, характерен и за европейски контекст. Необходимо е да се отбележи, че проучването на Янева установява, че 94% от редовните пациенти на хомеопати в България не са срещнали трудности при намирането на специалист (Yaneva и съавт., 2021) – разлика, отразяваща методологична специфика: в настоящата извадка бариерата вероятно е формулирана като хипотетична системна пречка, а не като

личен опит, което не изключва реален системен дефицит на обучени специалисти.

По-бавен терапевтичен резултат. Тази бариера съответства на клиничната реалност – хомеопатичната практика е ориентирана предимно към хронични, резистентни случаи, при които подобренето се наблюдава в рамките на месеци (Witt и съавт., 2005: 3 981 пациенти, 97% хронични диагнози, медиана на продължителност 10.3 години). От потребителска перспектива, пациент без предходен опит може да интерпретира тази терапевтична логика като недостатък в контекста на очакванията за бърз ефект, характерни за конвенционалното лечение.

Липса на достоверна информация. Тази бариера (33.0%) не намира точно съответствие в международни проучвания – потребителската перспектива върху информационните бариери е слабо изследвана, което придава самостоятелна стойност на находката.

Липса на научни доказателства. Ниският дял при пациентите (21.1%) в сравнение със студентите (55.8%, $p < 0.001$, Cramér's $V = 0.318$) е съответен на добре документираната тенденция: потребителите на хомеопатия се доверяват предимно на личния опит и препоръките от близки, а не на академичната доказателствена база.

Отнема повече време. Единствената бариера без статистическа значимост между групите ($\chi^2 = 5.41$, $p = 0.067$) – продължителността на хомеопатичната консултация е присъща характеристика на метода, осъзнавана еднородно от всички. Показателно е, че именно тя се оценява положително от вече ползващите хомеопатия: пациентите при хомеопатични лекари оценяват значително по-високо задълбочеността и качеството на комуникацията в сравнение с пациентите при конвенционални ОПЛ (Witt и съавт., 2008; Van Wassenhoven и съавт., 2014).

7. Клинично приложение на хомеопатията в ОМП

7.1. Клиничният опит на ОПЛ

При анкетираните ОПЛ водещите показания са детските болести (69.4%), следвани от заболяванията на дихателната система (53.1%), общото поддържане на здравето (51.0%), травмите (49.0%) и алерги-

ите (44.9%). Значим е и делът на тревожността, депресията и нарушенията на съня (40.8%).

Тези данни намират близко съответствие в проучване сред представителна извадка френски ОПЛ-хомеопати (Trichard et al., 2003), в което най-честите причини за консултация са УНГ-разстройства, стрес и тревожност, като 48% от водещите диагнози са среден отит, ринофарингит, синусит, алергичен ринит, бронхит и астма, като децата между 2 и 7 години съставляват 29.4% от пациентите при тези показания. Съответствието между двете групи ОПЛ е забележително: педиатричните, респираторните и алергичните показания доминират независимо от географския контекст.

В проучването на Цветкова са изследвани и клинични състояния, при които ОПЛ използват хомеопатия. Най-много (70%) са посочили превенция на грип и ОВИ, стомашно-чревни смущения, сenna хрема и остри респираторни заболявания; за лечение на грип и ОВИ – 37%; двойно повече за остри състояния (22%), отколкото при хронични (11%). Въпреки че тук спектърът е много по-тесен, отколкото в нашето проучване, акцентът върху ОРЗ, алергии, инфекции се потвърждава.

Широкият клиничен обхват при нашите ОПЛ, включително травми (49.0%), урологични (32.7%), сърдечносъдови (20.4%) и онкологични заболявания (14.3%), отразява спецификата на общата практика, а и вероятно по-голямото доверие в лекарите хомеопати в нашата страна. Данните от ЕРІЗ показват, че трите основни категории показания при хомеопатичните ОПЛ са заболявания на дихателната система и УНГ, мускулно-скелетни заболявания и невротични разстройства и нарушения на съня, съставляващи заедно 49.5% от всички консултации (Colas и съавт., 2015), което съответства на водещите показания в нашето проучване. При ОПЛ от нашата извадка инфекциите са често показание (44.9%), докато при френските ОПЛ-хомеопати това е рядко срещано показание (около 2%) – тази значителна разлика може да се дължи на различно тълкуване на показанието „инфекциозни заболявания“.

7.2. Клинични показания според пациентите

Водещите показания са детски болести (54.7%), общо поддържане на здравето (41.7%), инфекциозни заболявания (39.5%) и тревожност/ депресия/ нарушения на съня (35.0%), следвани от кожни (26.8%), автоимунни (14.7%) и онкологични заболявания (2.8%).

Систематизираните международни данни (табл. 30 в дисертацията, адаптирана по Hristova & Madjova, 2023) показват, че респираторните и алергичните заболявания (10–31%), кожните заболявания (3–19%), мускулно-ставните (2–17%) и психологичните/психиатричните проблеми (2–16%) са най-константно представените показания в девет проучвания от шест страни, с широка вариабилност между тях. Има частично припокриване при детски болести, инфекциозни и респираторни заболявания – заедно около половината от случаите в нашата извадка. Пълна съпоставимост е затруднена поради различия в дизайна на проучванията и включването както на посещения при хомеопат, така и на самопредписване.

Специфични за нашата извадка са няколко находки. Хомеопатията се търси и при липса на диагноза – при функционални нарушения и дискомфорт без установено заболяване, което обяснява търсенето ѝ за подобряване на общото ниво на здраве (41.7%) и профилактика (24.1%). Търсенето ѝ при психологични проблеми отразява холистичния подход на метода и опасенията относно зависимостта от психиатрични медикаменти. В контраст с международни данни, при нашата извадка не се потвърждава моделът на предимно хронично болни пациенти – по-скоро за по-тежките заболявания българите разчитат на конвенционалната медицина, а хомеопатията е допълваща, търсена в случаите, в които пациентите преценяват, че могат да подобрят здравното си състояние без страничните ефекти на конвенционалното лечение (Hristova & Madjova, 2023).

7.3. Клинични показания при студентите и стажант-лекарите

При студентите водещи са общото поддържане на здравето (34.5%), инфекциозните заболявания (30.9%), детските болести (30.0%) – вероятно посочени в контекста на лечение, получено в дет-

ска възраст или семейна среда – и тревожността/ депресията/ нарушенията на съня (27.3%). Онкологични показания не са посочени от нито един студент. Относително високият дял на тревожността при млади хора може да се свърже с документираните нива на академичен стрес в тази популация – тема, заслужаваща самостоятелно проучване. Данни за специфичното клинично приложение на хомеопатия при студенти в ролята им на пациенти са оскъдни в литературата; германското проучване на Jocham и съавт. (2017) установява, че водещият мотив е личният опит – съвместимо с нашите данни, при които показанията са от личния живот, а не от клиничната практика.

Общи тенденции. При сравнение на трите групи се откроява устойчиво „ядро“ на клиничното приложение на хомеопатията в България: детски болести, инфекциозни заболявания, общо поддържане на здравето и тревожност/депресия/нарушения на съня присъстват сред водещите пет показания при всички групи. Алергиите и заболяванията на дихателната система са константно представени. Това „ядро“ е съвместимо с международните данни за профила на хомеопатичното приложение в Европа и САЩ, независимо от значителните методологични разлики между проучванията.

8. Нагласи към обучение по хомеопатия

Категоричната подкрепа на ОПЛ за включване на хомеопатия като избираема дисциплина (74.1%) се вписва в международна тенденция: 66% от семейни лекари в Турция желаят обучение по хомеопатия (İlhan и съавт., 2021); 62–66% от американски лекари намират КАМ обучението полезно за практиката (Patel и съавт., 2017; Malone & Tsai, 2017; van Haselen и съавт., 2004). В България 99% от ОПЛ в проучването на Ванкова подкрепят включването на КАМ в учебните програми, с най-голяма популярност на следдипломните курсове по хомеопатия (Vankova, 2023), а в проучването на Цветкова ОПЛ също декларираат положително отношение (Tsvetkova & Mihaylova, 2025).

При студентите се откроява характерен градиент от принципна подкрепа към личен ангажимент: 75.5% считат, че лекарите трябва да имат познания за хомеопатията, 54.4% подкрепят курс в основното

обучение, а само 36.7% биха участвали лично в следдипломен курс. Сходен модел е документиран в международната литература – позитивните нагласи към КАМ обучение намаляват с напредването в медицинското образование (Akan и съавт., 2012), а в бразилско проучване над 85% от студентите подкрепят включването на хомеопатия в учебния план (72% като избираема), без непременно да планират специализация (Teixeira и съавт., 2005). Тази низходяща крива отразява важно концептуално разграничение между компетентност – която студентите желаят – и специализация – която не планират. Германското проучване на Lehmann и съавт. (2014) потвърждава, че дори скептично настроените студенти намират стойност в образователното съдържание на курс по хомеопатия, особено по отношение на холистичния подход и партньорството лекар–пациент.

Потвърждаването на H4 при ОПЛ (Spearman $\rho=0.292$, $p=0.032$) и при студентите по два от трите показателя е в съответствие с документираната положителна зависимост между информираност и нагласа. Незначимата корелация при личното желание за следдипломен курс ($p=0.064$) вероятно отразява специфика на зависимата променлива – тя измерва конкретно бъдещо поведение, а не нагласа.

Установеният градиент, заедно с потвърдената роля на информираността като предиктор, сочи, че въвеждането на хомеопатията като избираема дисциплина има потенциал да формира компетентни лекари, способни да комуникират пълноценно с пациентите по въпросите на КАМ, дори без да практикуват метода. Хомеопатията като избираем предмет е полезна не само за специфични знания в интегративната медицина, но и като инструмент за развитие на ключови лекарски умения, рядко пренебрегвани в конвенционалното медицинско образование.

9. Комуникация и доверие във връзката лекар-пациент по отношение използването на хомеопатията като един от КАМ

9.1. Право на пациента на избор

Широката подкрепа за правото на пациента на избор при всички групи (70.7–87.9%) е в съответствие с нарастващото междуна-

родно признание на пациентската автономия като ключов принцип в здравеопазването (Sackett и съавт., 1996). В контекста на КАМ това принципно напрежение между пациентските предпочитания и медицинската рационалност се проявява по-ясно: изборът на пациентите се основава в по-голяма степен на ценности и личен опит, отколкото на утвърдени научни доказателства (Ernst, 2004), поставяйки лекаря в позиция на балансиране между уважение към автономията и отговорност за безопасна грижа (Sandman & Munthe, 2009) – при едновременното отчитане на ограничените ресурси в ежедневната ОМП.

Значимо по-ниската подкрепа сред студентите (70.7% срещу 87.9% при пациентите, $p < 0.001$) не следва да се интерпретира като по-негативно отношение към пациентската автономия като принцип, а по-скоро като отражение на образователна среда с акцент върху доказателствената медицина – находка, съответстваща на документираното разминаване между нагласите на студентите и тези на по-опитните клиницисти или пациентите.

9.2. Активно питане за употреба на хомеопатични медикаменти

Активното питане за употреба на КАМ е съществен елемент от безопасната клинична практика – значителна част от пациентите не съобщават спонтанно за подобни терапии, като липсата на директен въпрос от лекаря е сред водещите причини за несподеляне (Robinson & McGrail, 2004; Shelley и съавт., 2009). Отсъствието на активно питане не е неутрална позиция, а формира комуникационен вакуум, в който важна за лечението информация остава неизяснена, което може да повлияе върху безопасността и ефективността на грижата (Foley и съавт., 2019). В този смисъл активното питане следва да се разглежда не само като комуникационно умение, а като елемент от професионалната отговорност на лекаря.

Практически идентичните разпределения при ОПЛ (63.0%) и студентите (59.9%, $p = 0.710$) предполагат, че тази нагласа е сравнително устойчива и не зависи решаващо от практическия опит. Същевременно фактът, че 37–40% от двете групи не подкрепят активното питане, представлява потенциален структурен фактор за комуникационната

бариера. Причините са многопластови: ограничени знания и липса на увереност при обсъждане на КАМ (Aizuddin и съавт., 2022; Soós и съавт., 2015), скептично отношение, недостатъчно време в консултацията (Patel и съавт., 2017), избягване на конфликт и подценяване на клиничната значимост на КАМ употребата (Foley и съавт., 2019; Shelley и съавт., 2009). Липсата на инициатива от лекаря се интерпретира от пациентите като сигнал за ниска приемливост, което засилва комуникационната асиметрия и ограничава доверието. Несподелянето на КАМ употреба следователно не е само индивидуално решение на пациента, а индикатор за характеристиките на връзката лекар–пациент.

9.3. Несподеляне на пациентите – причини и последици

Установеният дял на несподеляне (41.6%) се вписва в широко документирания международен диапазон: метаанализът на Foley и съавт. (2019), включващ 86 публикации, установява обобщен дял около 67% за биологично базирани КМ; систематичният преглед на Robinson & McGrail (2004) отчита 23–72%; а при онкологични пациенти несподелянето варира от 20% до 77% (Davis и съавт., 2012). В България проучването на Пировска установява, че едва 35.2% от пациентите са говорили за КАМ по време на консултацията с ОПЛ, като над половината от лекарите са проявили интерес, а останалите – незаинтересованост, досада или негативна реакция (Стайкова-Пировска, 2017).

Водещите причини за несподеляне в настоящото проучване – очакваната липса на интерес от ОПЛ (25.0%) и очакването за негативно отношение (20.2%) – са пряко съпоставими с международните данни, идентифициращи страха от неодобрение, липсата на запитване от лекаря, убеждението за липса на познания по КАМ и недостатъчното време като водещи фактори. Особено значима е констатацията, че и двете причини са базирани на очаквания, а не на реален негативен опит – отрицателните реакции на лекарите при споделяне на КАМ употреба реално представляват отклонение от по-честите позитивни или неутрални реакции в литературата. Несподелянето следователно не е само индивидуално решение на пациента, а маркер за комуникационни бариери и ограничено взаимно доверие в клиничната среща.

9.4. Влиянието на комуникацията по повод хомеопатията (КАМ) върху доверието лекар–пациент

Данните от настоящото проучване предполагат, че темата за хомеопатията функционира като своеобразен „тест за доверие“ в отношението лекар–пациент. Пациентите, избягващи разговора заради очаквана липса на интерес или негативно отношение, сигнализират по-дълбока несигурност относно безопасността на откритата комуникация – не само пропускат да споделят конкретна информация.

Литературата потвърждава двустранната връзка между доверие и комуникация по КАМ. Директният, подкрепящ и неосъждащ стил изгражда доверие чрез споделено вземане на решения, емпатия и признаване на пациентските ценности (Акеев и съавт., 2023). Данните на Пировска установяват статистически значима зависимост между доверието в ОПЛ и практикуването на КАМ от него – пациентите на лекари, предлагащи КАМ, имат значимо по-голямо доверие в тях ($p < 0.0001$), а само 5% посещават алтернативен терапевт, без ОПЛ да знае (Стайкова-Пировска, 2017). При хронично болни доверието в конвенционалната медицина е значим предиктор на КАМ употребата – колкото по-ниско е то, толкова по-голяма е склонността към КАМ (van den Brink-Muinen & Rijken, 2006). Предпочитанието на 77.5% от пациентите в нашето проучване към специалист по хомеопатия извън системата на ОПЛ вероятно отразява именно тази динамика, наред със структурни фактори.

Емпиричните данни за качеството на комуникацията при лекари, практикуващи хомеопатия, предоставят допълнителна перспектива. Голямото швейцарско проучване РЕК ($n=6\ 133$) установява значимо по-добра оценка на комуникацията и по-висока удовлетвореност при КАМ пациентите въпреки по-ниското самооценено облекчаване на симптомите (Wapf & Busato, 2007). Швейцарско проучване при хомеопатични и конвенционални ОПЛ ($n=3\ 126$) установява по-висока обща удовлетвореност при хомеопатичните пациенти и възприемане на хомеопатичното лечение като два до три пъти по-малко натоварено с нежелани ефекти (Marjan и съавт., 2008). Следва да се отбележи, че двете проучвания включват лекари с допълнителна квалификация по КАМ и резултатите не са пряко приложими към общата популация на ОПЛ.

Участвалите в настоящото проучване ОПЛ са наясно с тази динамика: 85.2% смятат, че лекарят трябва да отговаря на въпроси за КАМ, а 87.0% подкрепят ценността на силната терапевтична връзка ($M=4.31-4.48$). Разминаването между тази декларирана готовност и реалното поведение на пациентите (само 9.5% биха потърсили хомеопатично лечение при своя ОПЛ) може отчасти да се обясни и с времеви ограничения: внимателната, пациент-центрирана комуникация изисква достатъчно време – в контраст с установените средни консултации от около 10.7 минути в шест европейски държави (Deveugele и съавт., 2002). В България регламентираната минимална продължителност е 15 минути, което в тази среда вероятно не позволява на пациентите да възприемат ОПЛ като партньор за разговор по КАМ – независимо от реалната му нагласа.

9.5. Необходимостта от познания по хомеопатия – очаквания на пациентите

Констатираното значимо по-голямо настояване на пациентите за компетентност на лекаря по КАМ (85.9% срещу 75.5% при студентите, $\chi^2=17.73$, $p<0.001$) затваря важен кръг в анализа: пациентите не споделят КАМ употребата си отчасти защото възприемат лекаря като некомпетентен по темата, а самите лекари не инициират разговор поради липса на познания. Обучението по хомеопатия в хода на медицинското образование може да има двоен ефект – да намали тази бариера при бъдещите лекари и едновременно да сигнализира на пациентите готовност за отворен диалог.

Обобщение

Хипотеза H5 се потвърждава – несподелянето от 41.6% се разполага в средата на широко документирания международен диапазон, а основният механизъм – бариера, базирана на очаквания, а не на реален отрицателен опит – е в пряко съответствие с констатациите на Robinson & McGrail (2004) и Stub и съавт. (2012).

Предпочитанието на 77.5% от пациентите към специалист по хомеопатия извън системата на ОПЛ не може да се интерпретира единствено като индикатор за комуникационна бариера. То следва да се

разчита на две равнища. От една страна, като частичен индикатор за бариера при пациенти, чийто избор е мотивиран от очакваното незаинтересовано или негативно отношение на ОПЛ, и от ограничената по време консултация. От друга страна, като израз на информиран избор при пациенти, търсещи класическа, дълбоко индивидуализирана хомеопатична помощ, която системата на ОПЛ обективно не може да предостави в пълна степен при сегашната организация на практиката. Повечето ОПЛ в България практикуват клинична хомеопатия като допълнителна квалификация, докато лекарите хомеопати на свободна практика работят изключително в тази област с по-богат и по-фокусиран опит в индивидуализацията – ключов елемент на класическия подход. Тази логика на самоселекция е документирана и в ЕРІЗ проучването, установяващо, че пациентите, избрали сертифициран хомеопатичен ОПЛ, се отличават преди всичко с по-позитивно отношение към КАМ, а не по социодемографски характеристики. Разграничаването на двата мотива в бъдещи проучвания би дало по-прецизна картина на поведението на пациентите в тази специфична за България здравна ниша.

10. Ограничения на изследването

Ограниченията могат да бъдат групирани в три категории.

Дизайн. Напречният характер на проучването позволява установяване на асоциации, но не и на причинно-следствени връзки. Адаптирането на въпросниците към спецификата на трите групи, макар методологично обосновано, ограничава директната съпоставимост на част от резултатите.

Извадка. Доброволното включване и методът „снежна топка“ при пациентите предполагат участие предимно на лица с предварителен интерес към темата и водят до селекционен bias – проявен при ОПЛ чрез надпредставеност на сертифицираните по хомеопатия (55.6%). Поради метода на разпространение response rate не може да бъде изчислен, а клъстеризацията на нагласите при „снежна топка“ допълнително ограничава представителността. Малкият размер на извадката при ОПЛ ($n=54$) ограничава статистическата мощност при

подгрупов анализ. Географският дисбаланс в полза на големите градове, свръхпредставеността на жените и религиозната хомогенност ограничават генерализирането на резултатите.

Измерване. Въпросниците са разработени специално за изследването и не представляват стандартизирани инструменти. По-ниските стойности на Cronbach's α при някои скали ограничават силата на изводите. Самостоятелното попълване създава риск от ефект на социалната желателност – потенциално подценяване на скептицизма при лекарите и надценяване на критичността при студентите.

Посочените ограничения произтичат основно от дизайна и начина на набиране на участниците. Те не обезсилват резултатите, но изискват предпазливост при интерпретацията им. Основните находки са вътрешно консистентни и съответстват на тенденции, описани в международната литература, което подкрепя тяхната валидност.

VI. ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

1. Изводи

1. Хомеопатията има устойчиво място в здравното поведение на пациентите в България – значителна част от тях я използват паралелно с конвенционалното лечение, без това да бъде отразено в клиничната комуникация с ОПЛ. Това има своите последици за лечебния процес.
2. Нагласите към хомеопатията се различават при трите изследвани групи: пациентите са най-позитивни, ОПЛ заемат прагматична средна позиция, а студентите са най-критични. Тази закономерност е предвидима и кореспондира с международните данни. Показателно е, че и трите групи конвергират именно по комуникационната субскала – споделяната нагласа за ценността на открития диалог по темата за КАМ е налице, независимо от позицията по ефикасността.
3. Обучението е водещият предиктор за клиничното прилагане на хомеопатия от ОПЛ. Лекарите с допълнителна квалификация демонстрират по-висока клинична ангажираност и по-голяма готовност за открита комуникация с пациентите по темата. Информираността е значим предиктор на подкрепата за обучение по хомеопатия и КАМ – при ОПЛ и при студентите. Това означава, че колкото повече лекарят знае, толкова по-ясно разбира защо знанието е необходимо.
4. Мотивите за търсене и прилагане на хомеопатия се различават качествено между трите групи: пациентите са водени от ценностни фактори – холистичност и индивидуален подход; ОПЛ – от прагматични съображения, преди всичко редуциране на антибиотичната употреба и осигуряване на допълнителни терапевтични възможности; студентите – от принципа на безопасност. Тази диференциация е практически значима за изграждането на комуникационни стратегии и образователни интервенции.
5. Съществува значима комуникационна бариера между пациентите и ОПЛ по въпросите на КАМ. Близо половината от пациентите не споделят с лекаря си за употребата на алтернативни

методи, а водещите причини са базирани на очаквания за незаинтересованост или негативна реакция, а не непременно на реален негативен опит. Барьерата е институционална по характер: тя отразява образа на ОПЛ като роля, а не нагласата на конкретния лекар.

6. Преобладаващата част от пациентите не възприемат ОПЛ като естествен партньор при търсенето на хомеопатично лечение. Това отразява едновременно комуникационна бариера и рационален избор: пациентите, търсещи класическа индивидуализирана хомеопатия, насочват избора си към специалист с по-специфична квалификация и по-голям клиничен опит в метода.
7. Студентите по медицина заемат двойствена позиция – едновременно потребители на хомеопатия и бъдещи лекари. Личният им опит с метода формира значими асоциации с бъдещите клинични нагласи, докато клиничният стаж редуцира готовността за комуникация по темата, без да намалява личното използване. Системата произвежда лекари, при които личният опит и клиничната практика съществуват в паралелни, некомуникиращи аспекти, като се пропуска възможността за изграждане на рефлексивна клинична компетентност.
8. Несподеляне на употребата на КАМ следва да се разглежда не само като индивидуално поведение на пациента, а като индикатор за особености в терапевтичния альянс и в институционалната комуникационна култура в ОМП. Преодоляването му изисква промяна не само в нагласата на лекарите, но и в тяхната комуникационна практика – активно сигнализиране на откритост към темата.

2. Препоръки

1) За клиничната практика

Рутинното включване на въпрос за употребата на КАМ/хомеопатия в анамнезата следва да стане стандартна практика за ОПЛ – в неосъждащ и емпатичен комуникационен стил. Това би подобрило пълнотата на клиничната информация, намалило риска от пропуски в

терапевтичното планиране и изградило среда, в която пациентите не се нуждаят от „паралелни терапевтични пътища“.

2) За медицинското образование

Въвеждането на базово обучение по КАМ в медицинските университети като избираема дисциплина с цел подобряване на информираността, критичното осмисляне на доказателствената база и изграждането на умения за компетентна комуникация с пациенти, използващи такива методи. Такова обучение би създавало и допълнителни умения – насочени към холистичен подход и пациент – ориентирана консултация.

3) За продължаващото медицинско обучение

Разработването на обучителни модули по КАМ комуникация за практикуващи ОПЛ би повишило способността им за адекватно консултиране на пациентите и би намалило институционалната вариабилност в поведението по темата. Достъпът до специализирано следдипломно обучение по хомеопатия следва да бъде институционално признат и стандартизиран за лекари с интерес и мотивация.

4) За здравната политика

Разработването на ясни клинични насоки за обсъждане на КАМ в ОМП, съобразени с реалната употреба в България и с принципа на информирания избор на пациента, би намалило вариабилността в поведението на лекарите и би осигурило по-добра клинична безопасност при съпътстваща конвенционална терапия.

5) За бъдещи изследвания

Бъдещите изследвания върху комуникационните модели и здравното поведение на пациентите, използващи КАМ в ОМП, включително динамиката на несподеляне, ефектите върху терапевтичния алианс и рисковете при съпътстващо конвенционално лечение, биха дали повече яснота по тези проблеми. Лонгитудинално проследяване на нагласите на студентите в хода на медицинската социализация би дало ценна информация за критичните точки на промяна и за ефективността на образователни интервенции по КАМ комуникация.

VII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящото проучване е реализирано в контекст на нарастващо разминаване между регулаторната позиция спрямо хомеопатията и реалната ѝ употреба в ОМП. Именно едновременното сравнително изследване на нагласите, поведението и комуникацията сред ОПЛ, студенти и пациенти в България запълва ненаблюдаваната досега комбинация в литературата.

Резултатите показват последователен модел: пациентите демонстрират най-позитивна нагласа, ОПЛ заемат прагматична средна позиция, а студентите са най-критични. Съществена находка е конвергенцията по комуникационната субскала – и трите групи споделят убеждението за ценността на откритата комуникация и отговорността на лекаря да отговаря компетентно на въпросите за КАМ, независимо от позицията си по ефикасността. Тази споделена нагласа е практическият ресурс, върху който интервенцията може да се опира.

Данните разкриват и системна асиметрия: пациентите използват хомеопатия, но не я споделят с лекаря; студентите я използват лично, но не развиват клинична компетентност; ОПЛ декларират готовност за комуникация, но пациентите не я възприемат. Трите разминавания произтичат от обща причина – липсата на институционална рамка, която да направи темата за КАМ легитимна част от клиничния разговор. Преобладаващото предпочитание на пациентите към специалист извън ОМП отразява едновременно рационална логика на информирания избор и институционална комуникационна бариера – два мотива с различна природа, изискващи различни отговори.

Настоящото проучване не изследва ефикасността на хомеопатичните медикаменти, а премества фокуса към практически значимия въпрос: как системата на ОМП да управлява компетентно и комуникативно ефективно реалната употреба на хомеопатия? Отговорът, произтичащ от данните, е тристранен: рутинно включване на КАМ в клиничната анамнеза, структурирани образователни модули за студенти и практикуващи лекари и институционално признат достъп до следдипломно обучение. Тези интервенции не предполагат признаване на ефикасността на ХМ – те се основават на признаването на реалността

на пациентското поведение и ценността на откритата терапевтична комуникация.

Самостоятелен изследователски потенциал представлява връзката между КАМ ориентацията в ОМП и употребата на антибиотици – в контекста на нарастващата антимикробна резистентност бъдещи наблюдателни проучвания в практики с различна КАМ ориентация биха предоставили доказателствена база с независима научна и практическа стойност. Настоящото проучване предоставя емпирична основа за разработването на компетентна комуникационна стратегия в контекста на българската система на първична медицинска помощ.

VIII. НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ И УЧАСТИЯ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

ПУБЛИКАЦИИ

Е. Христова, И. Христова, М. Близнакова, Р. Алексовска, В. Александрова, В. Маджова. Хомеопатична профилактика и лечение на епидемичните заболявания, Практическа педиатрия, бр. 10, окт. 2021.

Е. Христова, И. Христова, М. Близнакова, В. Маджова, И. Момчева. Комплементарни и алтернативни методи на лечение и в частност хомеопатия при инфекции на горните дихателни пътища. Детски и инфекциозни болести, 14, 2022, № 1, 36–40.

Hristova E., Hristova I., Bliznakova M., Madjova V., Knowledge and beliefs about homeopathy: a cross-sectional survey among Bulgarian population, J of IMAB. 2022 JSupplement, 2022, 119-122. DOI: <https://doi.org/10.5272/jimab.2022Supplement1>

Е. Христова, В. Маджова. Защо българите търсят хомеопатично лечение – причини и здравни проблеми, Обща медицина, 25, 2023, № 5, 24-30

УЧАСТИЯ

Eva Hristova, Iv. Hristova, M. Bliznakova, V. Madzhova, Knowledge and beliefs about homeopathy – a cross-sectional survey among Bulgarian population, Joint Forum SEEC-IMAB, 20-23.10.2022

Е. Христова, И. Христова-Николова, М. Близнакова, В. Маджова, Възможности за хомеопатично лечение на рецидивиращ цистит – два случая от общата практика. Академия „Нефрология“, 12-14 май 2023

IX. ПРИНОСИ

1. Приноси с оригинален характер

1. Първото у нас широко мащабно проучване за анализ и оценка на нагласите относно прилагането на хомеопатията като лечебен и профилактичен метод в общата медицинска практика.
2. Първото у нас сравнително проучване, обхващащо общопрактикуващи лекари, пациенти и бъдещото поколение медици, навлизащо в здравната ни система – стажант-лекари и студенти по медицина.
3. За първи път са изследвани студентите по медицина едновременно в ролята им на бъдещи лекари и настоящи потребители на хомеопатия, като е проследена динамиката на нагласите с напредване на медицинското обучение.
4. Установено е, че мотивите за търсене и прилагане на хомеопатия се различават качествено между пациентите, ОПЛ и студентите по медицина
5. За по-пълната характеристика на реалната употреба на хомеопатията в България е направен сравнителен анализ на профила на клиничното ѝ приложение при различните изследвани групи.
6. Установен е обхватът на приложение на хомеопатията от ОПЛ в България и са идентифицирани основните фактори, влияещи върху нейното клинично приложение.
7. За първи път в международната литература е изследвана едновременно нагласата към интеграцията и комуникацията по въпросите на КАМ при ОПЛ, студенти по медицина и пациенти и е установена конвергенция между трите групи по отношение значението на откритата терапевтична комуникация.

2. Приноси с потвърдителен характер

1. Проучването потвърждава, че хомеопатията има устойчиво място в здравното поведение на пациентите в България.
2. Хомеопатията се използва паралелно с конвенционалното лечение, като обществената и практическата ѝ легитимация се основава преимуществено на субективен опит и възприемана полезност, а не на научна доказаност.
3. Нагласите към прилагане на хомеопатията у нас кореспондират с данните от международни изследвания: пациентите са най-позитивни, ОПЛ заемат прагматична средна позиция, а студентите са най-критични.
4. Съществува значима комуникационна бариера между пациентите и ОПЛ по въпросите на КАМ, като приблизително 50% от тях не споделят с лекаря си за употребата на алтернативни методи.
5. Преобладаващата част от пациентите не възприемат ОПЛ като естествен партньор за хомеопатично лечение и се насочват към класическа индивидуализирана хомеопатия и лекар с по-специфична квалификация и по-голям клиничен опит с метода.
6. Студентите по медицина заемат двойствена позиция – едновременно потребители на хомеопатия и бъдещи лекари.

3. Приноси с научно-приложен характер

1. Информираността за хомеопатията е значим фактор в подкрепата за обучение по хомеопатия и КАМ, както при ОПЛ, така и при студентите.
2. Обучението по хомеопатия е водещ фактор за клиничното ѝ прилагане от ОПЛ, а допълнителната им квалификация води до по-висока клинична ангажираност и по-голяма готовност за открита комуникация с пациентите по темата.
3. За увеличаване прилагането на хомеопатията в общата медицинска практика са съществени не само промяна в нагласата на лекарите, но и тяхната комуникационна практика за активно споделяне с пациентите.