



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

КАТЕДРА ПО УРОЛОГИЯ И ОБЩА МЕДИЦИНА

ДОЦ. Д-Р РАДОСТ СПИРИДОНОВА АСЕНОВА, ДМ

**ПЪТЯТ ОТ ПРОФЕСИОНАЛНОТО ИЗПЕПЕЛЯВАНЕ
КЪМ ПРОФЕСИОНАЛНОТО УДОВЛЕТВОРЕНИЕ В
ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА. ОБЩА
МЕДИЦИНА КАТО ПРОФЕСИОНАЛЕН ИЗБОР**

АВТОРЕФЕРАТ

**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД ЗА ПРИДОБИВАНЕ НА
НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР НА НАУКИТЕ“**

**НАУЧНА СПЕЦИАЛНОСТ „ОБЩА МЕДИЦИНА“
ОБЛАСТ НА ВИШЕТО ОБРАЗОВАНИЕ 7. ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И СПОРТ
ПРОФЕСИОНАЛНО НАПРАВЛЕНИЕ 7.1. МЕДИЦИНА**

ПЛОВДИВ, 2021г.

Дисертационният труд съдържа 220 страници. Онагледен е с 56 таблици, 9 схеми и 25 фигури. Литературната справка включва 296 източника, от които 64 на кирилица.

Дисертационният труд е обсъден и насочен за защита пред Научно жури от разширен катедрен съвет на катедра „Урология и обща медицина“, Медицински факултет, Медицински университет – Пловдив, състоял се на 30.06.2021 г. Съставът на Научното жури е гласуван на разширен КС с протокол №9/30.06.2021 г. и утвърден на ФС на МФ с протокол №6/28.07.2021 г.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 14.10.2021 г. от 14⁰⁰ часа на открито заседание на научно жури в състав:

Външни членове:

Проф. д-р Арман Шнорк Постаджиян, дм – Зам.-декан по СДО на Медицинския факултет на МУ – София, ръководител катедра „Обща медицина“, Медицински университет – София

Проф. д-р Валентина Христова Маджова, дм – Ръководител катедра „Обща медицина“, Медицински университет – Варна, национален представител на EURACT (Европейска организация за обучение в общата медицинска практика)

Проф. д-р Господинка Радева Пракова-Василева, дм – Ръководител СДО, ТУ – Стара Загора, ръководител катедра „Вътрешни болести и обща медицина“, Тракийски университет – Стара Загора, Медицински факултет

Доц. д-р Кирил Стефанов Славейков, дм – катедра „Вътрешни болести и обща медицина“, Тракийски университет – Стара Загора, Медицински факултет

Вътрешни членове:

Проф. д-р Мария Анастасова Семерджиева-Филипова, дм – Декан ФОЗ, ръководител катедра Управление на здравните грижи

Доц д-р Станислава Николаева Харизанова, дм – Ръководител катедра „Хигиена и екомедицина“, Дисертация в областта на Бърнаут

Доц д-р Росица Цветанова Димова, дм – катедра „Здравен мениджмънт и икономика на здравеопазването“, специалност Обща медицина

Резервни членове:

Външен: Проф. д-р Стоянка Цвяткова Желева-Попова, дм – МУ – Варна

Вътрешен: Проф. д-р Румен Стефанов Стефанов, дм – Ръководител катедра „Социална медицина и обществено здраве“, МУ – Пловдив

Материалите по защитата са на разположение в Научен отдел и са публикувани на интернет страницата на Медицински университет Пловдив.

СЪДЪРЖАНИЕ

I. ВЪВЕДЕНИЕ	5
II. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО:.....	6
III. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:	7
IV. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	14
V. ИЗВОДИ	60
VI. ПРИНОСИ.....	62
VII.ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	63

Забележка: Номерацията на фигурите и таблиците в настоящия автореферат не съответстват на тези в дисертационния труд.

ЧЕСТО ИЗПОЛЗВАНИ СИМВОЛИ И СЪКРАЩЕНИЯ

БИ	Бърнаут сумарен индекс
БС	Бърнаут синдром
ДП	Деперсонализация
ЕИ	Емоционално изтощение
ЛЦГ	Личност-центрирани грижи
ЛК	Локализация на контрол (Локус на контрол)
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
РА	Работоспособност
СЗО	Световна здравна организация
СВР	Споделено вземане на решение
EGPRN	Европейска мрежа на изследвания в общата медицинска практика
EURACT	Европейска организация за обучение в общата медицинска практика
WONCA	Световна организация на общопрактикуващите лекари

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Значимостта на общата медицина за пациенти, студенти, специализанти, изследователи и здравни политици е тясно свързана с нейната философия и дълбоки корени.

Взаимодействието на основните компетенции на семейните лекари, областите на прилагането им и основните характеристики на дисциплината подчертават нейната комплексност. Общопрактикуващият лекар е координатор в системата на здравеопазването и от него се очаква да притежава широк набор от качества за да отговори на изискванията на системата и практикува в условия на постигнато удовлетворение.

Двадесет години след старта на здравната реформа в България, обща медицина все още се утвърждава като клинична специалност и самостоятелна академична и научна дисциплина и не е привлекателна за младите лекари в България.

Изминалият период след реформата изисква в динамика да се разгледа характеристиката на практикуващите лекари и да се оцени едновременно степента на прегаряне и удовлетвореността от работата в здравната система.

В научната литературата преобладават изследвания насочени към оценка на стреса и синдрома на изпепеляването, по специално влиянието на някои демографски фактори и работната среда. Оценката на позитивните фактори в работата на ОПЛ, психосоциалните условия на труд, психологично трудният контингент за работа в общата медицинска практика, какъвто са полиморбидните пациенти, както и някои личностови характеристики на общопрактикуващите лекари (напр. локус на контрол) не са достатъчно добре проучени.

Към настоящия момент в нашата страна няма данни за динамиката на бърнаут синдрома и нивото на удовлетвореност на ОПЛ в хода на утвърждаването на специалността. Липсва информация за връзката между психологическият конструкт локус на контрол сред общопрактикуващите лекари, степента на пациент-центрираност и нивата на бърнаут и удовлетвореност от работа.

Необходимо е активно и целенасочено обсъждане на философията на специалността обща медицина, която е основа за нейното утвърждаване и оказването на качествени медицински грижи.

Задълбоченото познаване на фактори свързани с личността, философията на специалността и работната среда и търсенето на взаимовръзки между тях би допринесло за детайлна характеристика на специалността и би било предпоставка за осъзнат избор от страна на младите лекари.

Натрупаният през годините опит показва множеството предимства и силни страни на общата медицина. Ключовата роля на общопрактикуващите лекари е все по-разпознаваема, което би направило специалността атрактивна за все повече млади колеги.

От друга страна професионалният феномен „бърнаут синдром“, който оказва влияние върху всички аспекти (физиологични, емоционални и поведенчески) на личността, става все по-дискутиран сред здравните специалисти. Разработването на стратегии за справяне с проблема се базират на съвременната теоретична рамка на синдрома бърнаут, която интегрира индивидуални и ситуационни фактори.

Укрепването на идентичността на семейните лекари би следвало да започне още на ниво студентско обучение с представяне на всички аспекти на специалността, свързани с личностовите особености на лекарите, на пациентите, с условията на работа и нейната специфика.

II. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО:

Целта на дисертационния труд е да се изследват фактори свързани с устойчивост в професията и уязвимост на общопрактикуващите лекари за развитие на бърнаут синдром, с цел изготвяне на интервенционален модел за професионално ориентиране.

За постигане на целта си поставихме следните задачи:

1. Да се изследват позитивни фактори в общата медицинска практика
 - 1.1. Да се изведат атрактивни аспекти свързани със специалността обща медицина от позицията на общопрактикуващи лекари и студенти по медицина
 - 1.2. Да се приоритизират, валидират и потвърдят изведените позитивни фактори
2. Да се характеризира съвременният ОПЛ на базата на личностови аспекти на ОПЛ, фактори, свързани с философията на специалността и с работната среда.
 - 2.1. Социално-демографски показатели
 - 2.2. Стил и начин на живот
 - 2.3. Професионални характеристики и организация на дейността
 - 2.4. Локализация на контрол на ОПЛ
 - 2.5. Трудности при управление на полиморбидни пациенти
 - 2.6. Вземане на споделено решение в общата медицинска практика
 - 2.7. Взаимовръзки между локус на контрол, възприятия на ОПЛ за трудностите при обслужване на полиморбидни пациенти и вземане на споделено решение в общата медицинска практика
3. Да се направи комплексна оценка на синдрома на професионално изпепеляване сред ОПЛ в общата медицинска практика
 - 3.1. Анализ на нивото на синдрома на професионалното изпепеляване в общата медицинска практика в динамика през различни периоди, интервал от 8г. – 2003г., 2011г. и 2019г.
 - 3.2. Да се анализира нивото на бърнаут синдрома в зависимост от факторите: личностови аспекти на ОПЛ; фактори, свързани с философията на специалността; фактори, свързани с работната среда; проведено обучение по пациент-центрираност
4. Да се анализира нивото на удовлетвореност съотносимо към съвременната характеристика на ОПЛ.
5. Да се направи сравнителна оценка на профила на ОПЛ през 2003г. и 2019г.
6. Да се изготви интервенционален модел за професионално ориентиране с цел превенция на бърнаут синдром.

III. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:

Предмет на проучването – изследване на **бърнаут синдром** и **удовлетвореност** в общата медицинска практика

Обект на проучването са общопрактикуващи лекари и студенти

Единици на наблюдение. Логически единици на наблюдение са ОПЛ, сключил договор с НЗОК, съгласил се да участва в проучването и студенти 5-ти медицински курс, съгласили се да участват в проучването. Технически единици на наблюдение са амбулатории за индивидуални или групови практики за първична медицинска помощ, съответно за студентите - Медицински университет Пловдив.

Признаци на единиците на наблюдение. Факториалните признаци за ОПЛ включват социално-демографски (пол; възраст; семейно положение и др.); професионални (трудов стаж, вида на практиката, обслужвано население, организацията на работата и др.); стил и начин на живот (тютюнопушене, консумация на алкохол, употреба на психотропни средства и др.), локус на контрол и др. Резултативните са свързани с ниво на бърнаут, ниво на удовлетвореност, разбирания и нагласи по отношение на трудности в обслужването на полиморбидни пациенти, степен на пациент-центрираност и др. За студенти съответно, факториални - пол, курс на следване и резултативни - разбирания, очаквания и др., свързани с професионалната дейност в общата медицинска практика.

Органи на наблюдението

Първичната информация е събрана от автора на проучването.

Методи на проучването

За постигане на научно – изследователската цел и решаване на предварително формулираните задачи е използвана комплексна методика от собствено изработени и стандартизирани инструменти.

КОЛИЧЕСТВЕНИ МЕТОДИ ЗА НАБИРАНЕ И АНАЛИЗ НА ДАННИ

I. Пряка анонимна индивидуална анкета за ОПЛ за изследване на бърнаут синдром и ниво на удовлетвореност

Проведено бе **репрезентативно анкетно проучване** сред ОПЛ за комплексно изследване на бърнаут синдрома и удовлетвореността от работата. Анкетирани са 340 ОПЛ, от които 21 отпадат поради непълни и липсващи данни в анкетните карти.

Мотивите за избор на инкорпорирани инструменти във въпросника се базират на извършен систематичен преглед на литературата, реализирани международни и вътреуниверситетски проект и свързаните с тях научни проучвания по темата.

Разработеният инструментариум включва следните панели:

1. Социално-демографски данни, професионална характеристика, стил и начин на живот на ОПЛ

2. Удовлетвореност на ОПЛ За оценка на удовлетвореността от работата бе използвана 7 степенна Ликертова скала от 0 не съм удовлетворен до 6 напълно удовлетворен; допълнително за част от анализите се извърши прекодиране, като нивата са сведени до три – неудовлетворен, умерено и удовлетворен.

3. Maslach Burnout Inventory (MBI) Използваният изследователски метод за измерване на бърнаут синдрома е на Maslach (MBI), който включва 22 въпроса с 3 подскали за оценка на различните аспекти от бърнаут – Емоционално изтощение,

Деперсонализация, Работоспособност. Всяка подскала включва определен брой твърдения. Въпросникът използва 7 степенна Ликертова скала за оценка на твърденията, съответно 0 – никога, 1 – много рядко, 2 – рядко, 3 – понякога, 4 – често, 5 – много често, 6 – винаги.

По-високите средни резултати за *емоционално изтощение* и *деперсонализация* отговарят на по-високи нива на бърнаут, по-високите средни резултати от *личностно представяне* отговарят на по-високи нива на „персонална ефективност“, респ. по-ниски нива на прегаряне.

Получените резултати са трансформирани в категорийни променливи, определящи три степени /нива на тежест (ниско, средно и високо) за всяка категория. За гранични стойности се приемат както следва:

ЕИ – ниско ≤ 13 ; средно 14-26; високо ≥ 27

ДП – ниско ≤ 5 ; средно 6-9; високо ≥ 10

РА – високо ≤ 33 ; средно 34-39; ниско ≥ 40

Допълнително се прие условно разделение на високо и невисоко ниво на бърнаут за отделните категории както следва:

ЕИ – невисоко ≤ 26 и високо ≥ 27

ДП – невисоко ≤ 9 и високо ≥ 10

РА – високо ≤ 33 и невисоко ≥ 34

Изчисли се и Бърнаут сумарен индекс като сума от нивата по трите подскали (минимално 3, максимално 9)

4. Трудности в обслужването на полиморбидни пациенти

Крос-културално валидиране на понятието полиморбидност. СЗО дава следното определение за полиморбидност, наличие на две или повече съпътстващи хронични състояния / заболявания. В контекста на общата медицинска практика това определение може да се приеме за неточно или непълно, предвид идеята за прилагане на холистичен подход в семейната медицина и необходимостта от дългосрочни грижи за пациентите с хронични заболявания. В рамките на международен проект бе валидирана дефиницията за полиморбидност на български език, от автора на дисертационния труд и екип.

Най-често използвани твърдения като водещи бариери в общата практика.

На база направената литературна справка са изведени твърдения като водещи бариери в ежедневната практика. За всяко твърдение ОПЛ отбелязват до каква степен описаните твърдения се отнасят до тях, като се използва 5 степенна Ликертова скала (от 1- много слаба до 5 – много висока). Окончателното формулиране на твърденията (общо 17) е осъществено благодарение на спечелен Вътреуниверситетски проект, НО – 15/2014г. „Полиморбидност и полипрагмазия при гериатрични пациенти в общата медицинска практика – внедряване и приложение на пациент – центриран подход“.

5. Въпросник за споделено вземане на решения “9-Item Shared Decision-Making Questionnaire – physician version (SDM-Q-Doc-Bulgarian)”

Лингвистично валидиране на SDM-Q-Doc Bulgarian на български език, съгласно стандартизирана методология за превод на въпросници и указания дадени от авторите. Всички етапи на процедурата са стриктно документирани. Въпросникът за съвместно вземане на решения е разработен с цел да измерва степента, в която пациентите участват в процеса на вземане на решения от гледна точка на пациента (версия за пациента SDM-Q-9) и от тази на лекаря (версия за лекари SDM-Q-Doc). Той съдържа два отворени въпроса и девет твърдения. Всяко твърдение включва различни аспекти на споделено вземане на решение оценени по 6-точкова балансирана

Ликертова скала, варираща от 0 (напълно несъгласен) до 5 (напълно съгласен). Общият резултат, изчислен чрез сумиране на отговорите от деветте елемента, се изразява в скала, варираща между 0 и 45, като по-високият резултат е доказателство за по-висока степен на пациент-центрираност. Въпросникът се приема за коректно попълнен при спазено изискване да има най-малко 7 от 9 попълнение твърдения. Въпросникът показва висока вътрешна съгласуваност и валидност, на оригиналната версия с всички преведени версии на SDM-Q.

Изследване надеждността на въпросника. Въпросникът бе попълнен двукратно в интервал през 3 седмици от 33 ОПЛ. За оценка надеждността на конструкта е приложен метода - устойчивост на резултатите чрез повторно измерване (Test-Retest), а вътрешната съгласуваност на скалата е изчислена чрез коефициентът алфа α на Кронбах (Cronbach's alpha). Получените високи стойности на ρ показват, че изследваният въпросник е с много добра надеждност. Този резултат се потвърди и от анализа на коефициента алфа на Кронбах (Cronbach's α), чиято стойност за всички области е **0.876**. При високи стойности на основните коефициенти (ρ_{ho} и Cronbach's alpha) се изследва и средната стойност на корелационните коефициенти между тестовите единици (inter-item correlation coefficient). Средната стойност на корелационните коефициенти между тестовите единици $r=0,454$ е умерена, още едно доказателство за добрата валидност.

6. Въпросник за локализация на контрол. За нуждите на настоящото изследване беше използван Въпросник за локализация на контрол, адаптиран и валидизиран от Ангел Величков и кол. Адаптираният тест за локус на контрол включва общо 20 двойки алтернативни съждения като едното от тях измерва външен, а другото вътрешен локус на контрол. Пет от двойките съждения са маскиращи и не се оценяват. Тяхната задача е да „скрият“ истинското съдържание на измервания конструкт, за да не подвеждат анкетираните в логиката на теста. Изчислява се общ бал за всяко анкетирано лице. При общ брой точки до 7 се приема, че изследваното лице е с вътрешен локус на контрол. Общ бал от 8 и повече точки означава, че човек проявява външен локус на контрол.

II. Напълно структурирано, телефонно интервю сред ОПЛ за изследване на позитивни аспекти в общата медицинска практика

Проведено бе репрезентативно проучване за изследване мнението на ОПЛ за позитивни аспекти в работата. Интервюирани са 892 ОПЛ на територията на цялата страна. 832 от анкетираните ОПЛ отговориха на всички въпроси. В извадката попаднаха ОПЛ от всички 28 области на България.

Въпросникът включва ограничен брой затворени въпроси в следните направления: демографска характеристика; наличие на специалност, привлекателни страни в работата на ОПЛ, фактори, които биха направили работата по-привлекателна и желание на ОПЛ за смяна на настоящата работа.

Критерии за включване при избора логическите единици на наблюдение – ОПЛ сключил договор с НЗОК, съгласие за участие в проучването и не по-малко от една година трудов стаж като ОПЛ.

Статистически методи за анализ на данни

Събраната първична информация е проверена, кодирана и въведена в компютърна база данни за по-нататъшна статистическа групировка, прекодиране и анализ. При обработка на данните се използва софтуерен продукт за статистическа обработка SPSS 17.0 за Windows XP, а за графичен анализ MS Office Excel 2007. Използвани са целесъобразни статистически анализи, спрямо получените данни.

- Приложихме **дескриптивна статистика** за описание на резултатите. Анализираниите количествени величини са представени като средна стойност \pm SE. Изчислен е и 95% интервал на доверителност.
- Оценката на относителен дял и честотните разпределения при качествени (неметрирани) и групирани данни извършихме чрез **алтернативен анализ**. Качествените величини са представени чрез абсолютни и относителни честотни разпределения (брой и относителен дял (N, %)).
- Проверката за нормалност на разпределението на изследваните величини беше извършена с тест на **Колмогоров-Смирнов**.
- Влиянието на изследваните социално-демографски и професионални характеристики, както и факторите свързани с стил и начин на живот беше оценено с помощта на **критерия χ^2** при многократни таблици и Fisher's exact test при таблици 2x2.
- При съпоставка на две независими величини с разпределение различно от нормалното приложихме Mann-Whitney U-test и Kruskal-Wallis Test, при повече от две независими величини.
- Приложихме еднофакторен дисперсионен анализ (one-way ANOVA) при съпоставка на повече от две нормално разпределени количествени величини.
- Съпоставката на две независими нормално разпределени количествени величини беше извършено с помощта на independent samples t-test .
- Корелационен анализ. Чрез корелационния анализ е изучавана връзката между нивата на бърнаут във всяка подскала на въпросника MBI (зависима променлива) и другите наблюдавани променливи в анкетната карта (независими променливи). За оценка на корелационната връзка между изследваните величини беше изчислен коефициент на корелация на **Pearson** и **Spearman's rho**.
- Регресионен анализ. Оценихме предиктивната стойност на изследваните групи фактори (независими променливи) по отношение на професионалното изпепеляване (зависима променлива) като приложихме еднофакторна и многофакторна стъпкова логистична регресия.
- За онагледяване на явленията са използвани възможностите на **графичния анализ**

За ниво на значимост на нулевата хипотеза бе прието **P<0.05**.

КАЧЕСТВЕНИ МЕТОДИ ЗА НАБИРАНЕ И АНАЛИЗ НА ДАННИ

I. Полуструктурирано пряко интервю сред ОПЛ за извеждане на позитивни аспекти в работата.

Беше проведено полуструктурирано пряко интервю с 14 ОПЛ за извеждане на позитивни аспекти в професионалната дейност. Изготвен бе списък с предварителни въпроси, чийто ред би могъл да се променя според възприятието на интервюиращия за

това, което вижда като най-подходящо. Методът позволява формулировката на въпросите да бъде променяна при необходимост, както и да бъдат давани обяснения. Ако в хода на дискусиата се установи, че конкретни въпроси са неподходящи, те могат да бъдат пропуснати или да бъдат включени допълнителни въпроси. Направи се аудиозапис с предварителното съгласие на участниците. При подбора на участниците се спряхме на стратегията да са експерти – специалисти по обща медицина. Включването на нови участници ОПЛ бе до достигане на сатурация на данните - момент, в който събраните данни започват да стават излишни (сатурация - „насищане с данни“). Когато една и съща интерпретационна схема започва да се повтаря, това е знак, че „ветрилото” от интерпретации е започнало да се изчерпва, т.е използват се идентични обяснителни модели. Проведеният брой интервюта (14) бе достатъчен за постигане на сатурация в конкретното изследване.

II. Фокус групи сред студенти 5-ти медицински курс.

Този метод придобива голяма популярност в последните години и е най-разпространеният качествен метод за набиране на данни и анализ. Наименованието на метода произлиза от това, че вниманието се фокусира върху една проблемна област и разговорът се води не с един, а с няколко събеседници. Планира се темата, мястото и времето на срещата. Предварително се изготвя сценарий, който включва въведение, представяне на участниците, изясняване целта на дискусиата и нейния предмет. Списъкът трябва да съдържа няколко основни въпроси, както и помощни материали за онагледяване на темата.

Дискусиите се ръководят от опитен водещ (модератор), който въвежда темите и насочва хода на обсъжданията. Ко-модератор съблюдава как протича фокус групата, подпомага и се намесва при необходимост, води бележки по време на дискусиите.

Продължителността на дискусиите е около час и половина. Групова дискусия се провежда сред ограничен брой хора (8-12 участници), като участниците обсъждат няколко основни теми, свързани с осъществяването изследване, мониторинг или оценка. Изследователските задачи са трансформирани в серия от въпроси, на които трябва да се даде отговор и които трябва да се обсъдят по време на работата в групите. При подбора на участниците се спряхме на стратегията „snowball sampling” - избор по препоръка от предварително избрани участници или лица, които имат достъп до потенциални участници. Чрез този метод се установяват типичните нагласи и ориентации на участващите по отношение на разисквания въпрос. Целта е да се изведат основните предимства и позитивни аспекти в общата медицинска практика, които са атрактивни страни за професионален избор сред младите лекари.

В период от една седмица, на територията на секция Обща медицина, към Медицински университет - Пловдив, се проведеха пет фокус групи, като участниците дискутираха темата в рамките на предвиденото време около 60 минути. Модератори на групите са Г.Ф. и Р.А. Средният брой във всяка група бе 15 студенти, балансирано представени по пол (50/50).

III. Делфи консенсусна процедура и номинална група за валидиране на изведените позитивни аспекти в работата на ОПЛ и приоритизирането им.

Процедурата е подробно описана в методиката на настоящия труд във връзка с културално валидиране на понятието полиморбидност. За валидиране на изведените позитивни аспекти в работата на ОПЛ се прие да се използва електронна платформа Survey Monkey. Изборът на участниците бе направен въз основа на преценката на

изследователите за експертността на участниците (Purposive sampling). Изготвеният инструментариум с кратко описание на изследването и ясни инструкции за процедурата бе изпратен по електронната поща до 38 участници. С цел търсене на допирни точки в мнението на експерти в различни направления бяха включени студенти по медицина, специализанти и специалисти по обща медицина, представители на научни и професионални дружества по обща медицина, представители на медицински университети, участници с опит в здравната политика.

За приоритизиране на изведените фактори, по които е постигнат консенсус при Делфи процедурата, бе приложен качествен метод - номинална група сред същите участници. Номиналната група е широко прилаган метод, даващ възможност да се търси консенсус по даден въпрос чрез гледните точки на експерти в областта. Тя улеснява творческото решаване на проблеми чрез взимане на решения в ситуации, в които рутинните отговори не биха били толкова полезни. Номиналната група е добре позната техника, която може да включва различни направления като генериране на идеи, оценка и анализ на идеи и др. Обект на настоящата работа е използване на техниката за приоритизиране на вече обсъдени твърдения, като се определи относителната важност / тежест на темите, формулирани на база проведените интервюта с ОПЛ. 30 фактора за удовлетвореност от работата бяха потвърдени като важни и определящи устойчивостта в професията и привличането на млади кадри. Всички участници трябва да класират предложенията според степента на важност, която им придават и съответно да определят трите фактора с най-голямо значение за тях. На база получените данни ще се изготви списък с приоритизираните категории.

Контент-анализ (анализ на съдържанието) от проведените интервюта с ОПЛ и фокус групи със студенти 5-ти медицински курс.

За обработката на данните е използван метода анализ на съдържанието, съгласно процедура описана от Braun and Clarke. Характерното при него е отчитане на честотата на определени речеви единици или смислови категории. Започвайки като качествен метод, контент-анализът търси и разкрива повтарящи се смислови категории, изброяването на честотата на появяване на всяка от тях бележи прехода към количественото оценяване. Този вид изследователски методи имат много положителни страни: висока обективност - елиминира се ефекта от присъствието на наблюдателя; висока степен на надеждност - документите са най-удобни за верификация; възможност за многократно повторение на изследването; възможност за контрол от независим изследовател. Аудио записите се транскрибират дословно. При този метод изследователят изучава мнения, нагласи, изразени позиции, които вече са "снети" върху текст, от аудио-материал. Текстът се „сортира“ от най-малко двама изследователи независимо, за да се гарантира валидността, като се използва метода „сортиране от купчината“ и се базира на тематичен анализ, който е свързан с описателно представяне на данните. Набирането на данни продължава до постигане на сатурация. Изготвен е списък с кодове, характеризиращи позитивни аспекти в работата на ОПЛ, които са обсъдени и групирани в теми, вземайки под внимание цялостния контекст при провеждане на интервюто.

Проучването има получена положителна оценка от Етична комисия към Медицински университет Пловдив.

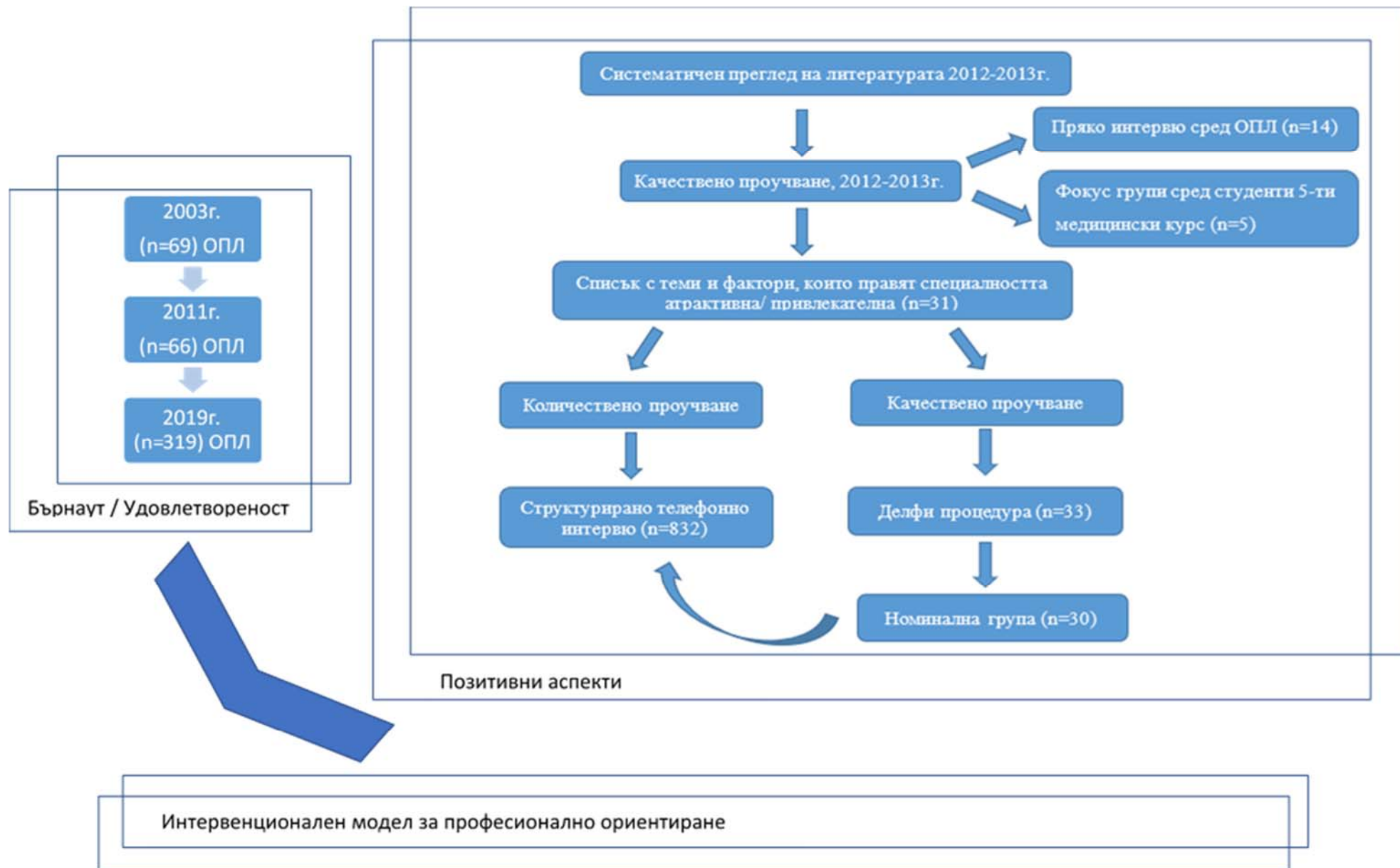


Схема 1. Дизайн и етапи на проучването.

IV. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

1.1. Резултати от проведено пряко интервю с ОПЛ относно позитивни фактори в общата медицинска практика

Полуструктурираното пряко интервю (средна продължителност 15 минути) е проведено с всички участници от водещия изследовател. След приключване интервюиращият прави „бележки“ за своите впечатления. Той допълва въпроси, които трябва да бъдат зададени в бъдещи интервюта, маркира конкретни наблюдения на участника, анализира получените данни и чувства, които интервюто провокира лично. В началото личните лекари бяха помолени да споделят кратка позитивна история от своята практика (въпрос за намаляване на напрежението/ „разчупване на леда“), след което се премина към списъка с предварително подготвени въпроси.

Характеристиката на участниците в полуструктурираното пряко интервю е представена в таблица 1.

Таблица 1. Характеристика на контингента от пряко интервю с ОПЛ (n=14)

Характеристики	Брой
Общ брой участници	14
Пол	
Мъже	3
Жени	11
Вид на практиката	
Индивидуална	11
Групова	3
Обслужвано население	
Предимно градско	11
Смесено	2
Предимно селско	1

Изследователските задачи, трансформирани в серия от въпроси и дискутирани по време на интервютата, имаха за цел да се изследват положителните фактори в дейността на ОПЛ, за да се разбере кои от тях дават на личните лекари удовлетвореност от работата. Натрупаният през годините опит в системата позволи да се изведат тези положителни фактори, които биха могли да задържат ОПЛ в професията. Проучването е проведено след повече от десет години от старта на здравната реформа у нас, т.е. етап в който специалността не е вече непозната и има известен елемент на адаптация на ОПЛ към съвременните изисквания.

Бе приложен контент анализ към писмените записи от дискусиите по време на интервютата, които са транскрибирани дословно. Всяко интервю от базата данни се анализира като се изведе необходимата за целта информация. След установяване, че не съществуват нови данни се премина към следващата извадка. Теоретично насищане получихме след четиринадесетото интервю. Анализът на съдържанието бе осъществен независимо от двама изследователи, с цел подобряване на валидността. Първоначалното кодиране имаше за цел да се определят тематичните сегменти с опит да се съгъсти масива от данни в категории. Отвореното кодиране бе направено независимо от двама изследователи. Изготвените списъци с идентифицираните кодове се обсъдиха и за всеки един се взе консенсус, вземайки под внимание цялостния контекст при провеждане на

интервюто. Разликите между двата анализа бяха несъществени. По предварително зададените въпроси при анализа на данните се изведоха 73 кода при отвореното кодиране.

Премина се към осово кодиране за търсене на връзки между отделните концепции. Аксиалното кодиране се извърши на международно ниво като целта бе да се изведат общи за Европа позитивни фактори в работата на ОПЛ. Оформи се 31 подтеми, общи за всички държави. На следващ етап при селективното кодиране се премина към категоризация на темите, т.е. групирането им в клъстери по сходство и отнасянето им към по-обща категории. В нашия случай изведените интерпретативни кодове са обединени в шест основни теми, които са включени в Международна кодова книга за удовлетвореност на ОПЛ.

За целите на използването на резултатите за професионално ориентиране към обща медицина, чрез създаване на интервенционен модел, е направено прегрупиране и окрупняване на темите в четири основни насоки, основополагащи за успешното практикуване на специалността – личностови, философията на специалността и работната среда, както и по отношение на обучението. Резултатите са обобщени графично в синтезиран модел на схема 2.



Схема 2. Синтезиран модел

Личностови аспекти

В тази насока са обединени темите – ОПЛ като личност и баланс между професионалния и личния живот.

Личните лекари заявяват, че биха желали да се приемат за обикновени хора и че имат потребност да се грижат за личното си благосъстояние. И това е нещо повече от идеята да имат свободно време и време за хоби. Личните лекари споделят за необходимост от други интелектуални предизвикателства и личностово обогатяващи дейности в свободното си време. Те обичат да практикуват своята професия и страстта към работата им е по-важна от финансовите последици. Анализът на данните показва, че личният лекар е човек с присъщи характеристики, включително интерес към живота на хората, със силна

способност да се справя с различни ситуации и пациенти. ОПЛ съобщават, че предпочитат да бъдат до своите пациенти, да намерят общ език с тях, но също така искат да контролират нивото на ангажираност. Те описват способността да балансират емпатията с професионалната дистанция при взаимодействието си с пациентите и да могат да се справят с несигурността в професията.

Факторите, които подкрепят ефективното равновесие между професионалния и личния живот, са възможността за пълноценен семеен живот с мрежа за социална подкрепа. ОПЛ държат да имат пълноценен семеен живот и да запазят свободно време за това. Парите не са най-важният въпрос, но приходите трябва да са достатъчни за комфортен семеен живот, което означава достатъчно ресурси за стабилно образование на децата и възможност за почивка. ОПЛ считат, че за тях е важно да изберат как да разграничават професионалния от личния живот. Те ценят възможността за социални контакти в общността, което да им даде по-широка перспектива по отношение на техните пациенти. Връзките с пациенти извън практиката също са оценени като важни. Личните лекари споделят, че трябва да бъдат част от социалната общност, за да останат в общата практика. ОПЛ са убедени, че имат сигурност на работното място, което им позволява да се чувстват сигурни и освободени от притесненията за безработица.

Темите за личния лекар като личност и баланса между професионален и личен живот са важни, тъй като всички горепосочени условия са необходими, за да бъде доволен ОПЛ, който желае да продължи да практикува.

Фактори свързани с философията на специалността

В тази насока се откриха темите за компетенции и умения на ОПЛ и взаимовръзката лекар-пациент, която е специфична за общата медицинска практика.

Разбирането на философията на специалността е съществено за постигане на удовлетвореност от практикуването на професията. Да бъдеш професионално компетентен, пациент-ориентиран лекар е възнаграждащо предизвикателство. Взаимоотношенията лекар-пациент, основани на доверие и взаимен уважение повишават в значителна степен удовлетворението на личния лекар.

Личните лекари съобщават за удовлетворение както от поставянето на коректни диагнози в предизвикателни ситуации, в условия на ниска техническа осигуреност каквато има на ниво обща медицинска практика, така и от изразената благодарност на пациентите.

Интелектуалният аспект на вземането на медицински решения се свързва с ефективно медицинско управление и е оценен като положителен фактор от ОПЛ. Общата практика е първият сблъсък на пациента със здравеопазната система и ОПЛ подчертават своята роля на координатори и адвокати при решаване на здравните проблеми на своите пациенти. За да бъдат на предна позиция на ниво първична медицинска помощ от тях се изискват стабилни междупрофесионални взаимоотношения, добри комуникативни умения и ефективна подкрепа от други медицински и немедицински специалисти.

Личните лекари вярват, че е изключително важно да общуват ефективно за да изпълняват пълноценно своите комплексни задачи. ОПЛ са пациент ориентирани и предоставящи всеобхватни грижи, прилагайки холистичен подход.

ОПЛ желаят да съчетават широки медицински познания с високо ниво на съпричастност към пациента, търсейки баланс между опасения от страна на пациента и прилагане на насоките от наръчниците за управление на заболяванията. Ролята на учител е важна за ОПЛ, който допълнително влага усилия и за промяна начина на живот на своите пациенти, когато е необходимо. Тази тема се асоциира с друга ключова компетенция на ОПЛ – прилагане на холистичен подход.

Пациентите са свободни да избират своя личен лекар и това е важно поради специфичните аспекти на взаимоотношенията между лекар и пациент в първичната помощ. Личните лекари често се грижат за няколко поколения, свидетели са как техни пациенти деца стават родители и те се грижат и за тяхното поколение. Взаимното доверие и уважение в отношенията им са важни измерения.

Фактори свързани с работната среда

Установи се, че автономността в организацията на практиката е важен позитивен фактор за ОПЛ. Те споделят, че тя е свързана както със свободата „сам да си бъдеш началник“, така и с лична отговорност на лекаря, от когото изцяло зависи успешното функциониране. ОПЛ се задържат в професията по-често, ако те лично са избрали мястото за практикуване. Средата трябва да бъде привлекателна за семейството. Личните лекари отдават значение и на личните им предпочитания при избора на техническото оборудване, което използват. Още по-важна е възможността за избор на колеги в екипа, които споделят общи цели и имат една и съща визия за общата практика. Гъвкавостта на работното място не би следвало да се тълкува единствено по отношение на работното време, а в по-общ план като гъвкавост в решенията, които взема ОПЛ. Повечето ОПЛ предпочитат допълнителни възможности за кариера като преподаване и провеждане на клинични проучвания. За да изпълнят всички тези условия, те искат да работят в добре организирана практика, с компетентен подкрепящ екип и необходимото техническо оборудване. Друго условие е как е организирано обслужването извън работното време в амбулаторията. Личните лекари не искат да бъдат обезпокоявани извън работното време без предварителна уговорка.

Висококачествено обучение

Обучението се открие като обединяваща насока сред положителните фактори на специалността и касае всяко едно от обсъдените направления, които следва да бъдат изучавани. Личните лекари съобщават, че искат да придобият нови медицински знания и умения. Те обичат да предават наученото от работата си. Гордеят се със своята професия и искат да преподават и да имат ефективна връзка с обучаемите. Преподаването допринася за чувството на удовлетворение от професията.

Личните лекари споменават важността на обучението за привличане на млади колеги и положителния аспект на взаимната полза за ОПЛ и специализантите. Преподаването дава повече стимули за собственото им продължаващо професионално развитие и им позволява да усъвършенстват своите компетенции. ОПЛ се чувстват доволни, когато общата медицина е призната като специалност в университета и от публичните власти и обществото.

Изучаване на всички представени аспекти и целенасочени обучения могат пряко да послужат в професионалното ориентиране.

Изводи:

- Позитивните фактори в общата медицинска практика биха могли да произтекат както от самия тип на професионалната работа, като среда и философия, така и от личността на лекаря.
- Обучението е обединяваща насока сред положителните фактори за специалността и би могло да бъде структурирано така, че да стимулира ОПЛ в позитивна посока.
- Изучаване на всички представени аспекти може пряко да послужи в професионалното ориентиране.

1.2. Позитивни аспекти в общата медицинска практика през погледа на студенти 5-ти медицински курс

Целта на проведеното качествено проучване е да се изведат основните предимства и позитивни аспекти в общата медицинска практика, които са атрактивни страни за професионален избор сред младите лекари.

Таблица 2. Характеристика на контингента от фокус групи със студенти 5-ти медицински курс (n=73)

Характеристики	Брой
Общ брой участници	73
1 фокус група	14
2 фокус група	15
3 фокус група	16
4 фокус група	13
5 фокус група	15
Пол	
Мъже	36
Жени	37

В период от една седмица, на територията на секция Обща медицина, към Медицински университет Пловдив, се проведеха пет фокус групи. Броят на участниците варира от 13 до 16 в група, с общ брой от 73 студенти. Всяка група се водеше от модератор и ко-модератор, а средната продължителност на дискусиите бе около шестдесет минути. Извърши се аудиозапис, който в последствие бе транскрибиран. Средният брой на студенти във всяка група бе 15, баласнирано представяне по пол (50/50).

По време на дискусиите се обсъдиха няколко теми заложи в сценария, като на всички участници бе дадена възможност да изложат гледната си точка от позицията на бъдещи лекари.

Контент анализ бе приложен към писмените записи от дискусиите в малките групи. Бе постигната сатурация на данните след петата фокус група. Анализът на съдържанието бе осъществен независимо от двама изследователи, с цел подобряване на валидността. Изготвен бе списък с кодове, характеризиращи позитивни аспекти в работата на ОПЛ, които са обсъдени и групирани, вземайки под внимание цялостния контекст при провеждане на фокус групите. На следващия етап модераторите сравниха предложенията, които показаха голяма степен на сходство и бяха групирани в няколко водещи категории. Разликите между двата анализа бяха несъществени и окончателното формулиране на темите се базира на постигнат консенсус.

Тематичният анализ включва обобщена поредица от положителни аспекти в дейността на ОПЛ (таблица 3).

В рамките на дискусиите в групите със студентите се установи, че най-честите позитивни аспекти са: справяне с разнообразни здравни проблеми, независимо от възраст, пол, етническа принадлежност или други характеристики на пациента; осигуряване на постоянна и продължителна грижа и позицията на ОПЛ като собственици и мениджъри на практиките. Справянето с различни здравни проблеми студентите свързват с необходимостта ОПЛ да притежава познания от множество научни дисциплини, което го прави многостранно компетентен. Дългосрочността в отношенията с пациентите, прилагането на холистичен подход и работата със семействата са други предимства, които споделят студентите. Прави впечатление, че те оценяват като позитивен факт, че ОПЛ, като основна фигура в системата на здравеопазването, контактуват с различни

институции. В обсъждането стабилните доходи при сегашните условия на здравната система правят работата на ОПЛ привлекателна.

Таблица 3. Обсъждани теми във фокус-групите

Личностови аспекти	Баланс между професионален и личен живот
Философия на специалността	Справяне с разнообразни здравни проблеми, независимо от възраст, пол, етническа принадлежност или други характеристики на пациента Осигуряване на постоянна и продължителна грижа
Организация на работа	ОПЛ като основна фигура в системата на здравеопазването, с възможност за сътрудничество на различни нива – по хоризонтала и вертикала Сигурност в доходите Позицията на ОПЛ като собственици и мениджъри на практиките Автономност в работата

Според студентите тези позитивни страни не са свързани със специфичните условия на здравната система, а с философията на специалността обща медицина. Оформя се мнението, че относителната самостоятелност на ОПЛ, както и работа с пациенти от всички възрастови групи се определят като положителни аспекти свързани със здравната система, доколкото могат да съществуват такива.

Преобладаващо е мнението на изследваните от нас студенти, че работата на ОПЛ е подходяща както за мъже, така и за жени. В единични случаи те са на мнение, че професията е по-подходяща за женския пол.

Интересна дискуссия предизвика въпроса за това, какво включва концепцията за добър баланс между професионален и личен живот. Студентите се обединяват около тезата, че трябва да има разграничаване между двете, да не се смесват и умело да се съчетават. Това би могло да стане при добро разпределение на времето, правене на компромиси, когато е необходимо, без да се пренасят проблемите и не се пренебрегва едното за сметка на другото.

Въпреки, че студентите отчитат позитивните страни в работата на ОПЛ, единици споделиха своята готовност и желание да практикуват.

Според студентите характеристиките, които биха направили по-привлекателна работата в общата медицинска практика са промяна в обществената нагласа, по-високо признание и ценз на специалността. Постигането на високо ниво на удовлетвореност от работата, което да задържи лекаря в общата практика, според студентите включва различни аспекти в следните направления: организационно-административни (намаляване на писмената работа; сформирание на добър екип, допълнителен източник за финансиране и др.); психологически (намаляване на стреса в работата, удовлетвореност на пациента и комфорт в отношенията лекар – пациент); материални ресурси (развитие и използване на информационни технологии).

Изводи:

- Справяне с разнообразни здравни проблеми и осигуряване на постоянна и продължителна грижа са най-честите позитивни аспекти през погледа на студентите.
- Привлекателна страна е относителната самостоятелност на ОПЛ при практикуване на професията.

1.3. Резултати от проведена Делфи процедура за валидиране на изведените позитивни аспекти в общата медицинска и номинална група за приоритизирането им

На база проведеното качествено проучване с ОПЛ се изведоха 31 фактори за удовлетвореност от работата, идентифицирани като важни и определящи устойчивостта в професията и привличането на млади кадри.

С цел валидиране на твърденията се проведе Делфи процедура, целяща постигане на консенсус за всеки един от факторите. Изборът на участниците бе направен въз основа на преценката на изследователите за експертността на участниците и целеше в дискусиата да участват експерти в различни направления. Това позволява търсене на допирни точки в мненията. Изготвеният инструментариум с кратко описание на изследването и ясни инструкции за процедурата бе изпратен през платформата Survey Monkey до електронната поща на 38 участници, от които 33 завършиха процедурата. (таблица 4)

Таблица 4. Характеристика на контингента (n=33)

Характеристики	Брой
Общ брой участници	33
Пол	
Мъже	15
Жени	18
Експертно направление *	
Студенти по медицина	4
Специализанти по ОМ	9
Специалисти ОПЛ членове на научни и професионални дружества по обща медицина СОИБОМ, БАЛИНТ, НСОПЛБ, EURACT, EGPRN, EURIPA, WONCA	26
Представители на медицински университети	10
Опит в здравната политика, ръководна позиция в БЛС	8

* Сборът е повече от 33, тъй като част от участниците са включени в повече от едно направление

33 ОПЛ, съгласили се да участват, дадоха оценка на поставените 31 твърдения от 1 (напълно несъгласен) до 9 (напълно съгласен). За отговори оценени с ≤ 6 , респондентите са дали своята обосновка.

При 30 от общо 31 фактора се постигна консенсус. Детайлната оценка показва, че при само 5 от факторите участниците са дали оценка над 7, което означава пълен консенсус от 100%. Известно несъгласие установихме при голяма част от обсъдените фактори, като участниците са аргументирали отговорите си във връзка с поставената оценка. Само при номер 13 няма постигнат консенсус т.е. под 70%.

Поради високата степен на съгласие, един кръг беше достатъчен за постигането на консенсус.

За да се приоритизират изведените фактори, по които е постигнат консенсус при Делфи процедурата, бе приложена номинална група сред същите 33 участници. Окончателно останаха 30 ОПЛ в номиналната група.

Общо 30 фактора за удовлетвореност от работата са потвърдени с Делфи процедурата като важни и определящи устойчивостта в професията и привличането на млади кадри.

Таблица 5. Класация на ОПЛ за I-ва, II-ра и III-та позиция по отделните твърдения и обобщено за темите

Тема	Номер	Твърдение	Брой ОПЛ				
			Позиция			Общо за	
			I-ва	II-ра	III-та	Твърдение	Тема
Част А – Общопрактикуващият лекар като човек	1	Обича работата си	6	1		7	18
	2	Грижа за себе си като човек		1		1	
	3	Мисия да бъдеш ОПЛ	7	2		9	
	4	Възможност за справяне	1			1	
Част В – Специални умения и компетенции, необходими в практиката	5	Високо интелектуална професия	1	2		3	18
	6	Координатор на грижите	1	1	1	3	
	7	Добри комуникативни умения	2	2	1	5	
	8	Широк обхват на дейностите	3	1	3	7	
Част С – Свобода на организацията на работа	9	Добро професионално сътрудничество				0	5
	10	Свобода на избор на работно място		2	1	3	
	11	Участие в здравната организация			1	1	
	12	Добре управлявана практика			1	1	
Част D – Взаимоотношения лекар-пациент	14	Благодарност на пациентите				0	26
	15	Продължителни грижи	1	2	1	4	
	16	Да се опитваш да бъдеш пациент-центриран лекар	1	1	1	3	
	17	Успешни договаряния с пациенти		1		1	
	18	Богати човешки взаимоотношения с пациентите	1	3		4	
	19	Взаимно доверие и уважение в отношенията лекар-пациент	1	4	4	9	
	20	Да бъдеш лекар на цялото семейство	1	2	2	5	
Част E – Преподаване и обучение	21	Продължаващо медицинско обучение			2	2	12
	22	ОПЛ в ролята на обучител		1	2	3	
	23	Благоприятно влияние на опитния обучител в ролята на модел за подражание				0	
	24	Да бъдеш привлекателен / атрактивен за младите общопрактикуващи лекари		1	1	2	
	25	Признаване на обща медицина като специалност	2		2	4	
	26	Взаимно обогатяване на общопрактикуващите лекари и специализантите			1	1	
Част F – Подкрепящи фактори за баланса в живота	27	Положителен опит в началото на вашата кариера			1	1	11
	28	Хармоничен личен живот		1	2	3	
	29	Сигурност на работното място		1	1	2	
	30	Справедлив баланс между парите и работното натоварване	1	1		2	
	31	Общата практика като уважавана професия	1		2	3	

Всички участници трябва да класират предложенията (от 1-ви до 31-ви фактор за удовлетвореност от работата, без 13 номер) според степента на важност, която им придават и съответно да определят трите фактора с най-голямо значение за тях, съответно първа, втора и трета позиция.

На база получените данни се изготви списък с приоритизираните фактори към съответните теми. Обобщено данните са представени на таблица 5 (13 номер липсва, тъй като не се постигна консенсус).

Данните от проведения анализ показват, че темата за взаимоотношенията лекар-пациент е на челна позиция, на база направената класация от ОПЛ. Следват темите за специални умения и компетенции, необходими за практиката и ОПЛ като човек, като те са получили еднакъв брой точки. Вземайки под внимание към коя от четирите насоки се отнасят, можем да обобщим, че факторите свързани с философията на специалността са с най-голямо значение за ОПЛ. Факторите свързани с автономността на ОПЛ, макар и изведени като важни аспекти по време на интервютата, не са класирани на предни позиции. От включените в проучването 30 фактора, само три не са поставени нито веднъж на водещите първа, втора или трета позиция – доброто професионално сътрудничество, благодарността на пациента и благоприятното влияние на опитния обучител в ролята на модел за подражание. Получените резултати са логични, предвид факта, че не всеки ОПЛ е пряко свързан с обучение на млади лекари. От друга страна благодарността на пациентите се преживява, тя е продукт на грижите на ОПЛ. Доброто професионално сътрудничество следва да надгражда постигнатото при взаимоотношенията ОПЛ-пациент. Детайлният анализ на ранжираните фактори конкретно за първа позиция показва, че „мисия да бъдеш ОПЛ“ и „обичта на хората“, следвани от „широк обхват на дейностите“ са с най-голяма тежест за ОПЛ.

Направеното приоритизиране би спомогнало при изготвяне на интервенционален модел за професионално ориентиране.

Изводи:

- Темата за взаимоотношенията лекар-пациент, отнасяща се към фактори, свързани с философията на специалността се откроява като най-значима за ОПЛ.
- Приоритетно ОПЛ извеждат на първа позиция факторите „взаимно доверие и уважение в отношенията лекар-пациент“ и „мисия да бъдеш ОПЛ“.
- Факторите свързани със свободата на организацията на работа не попадат в челните позиции при приоритизирането, макар и да са изведени като важни при интервюирането на ОПЛ.

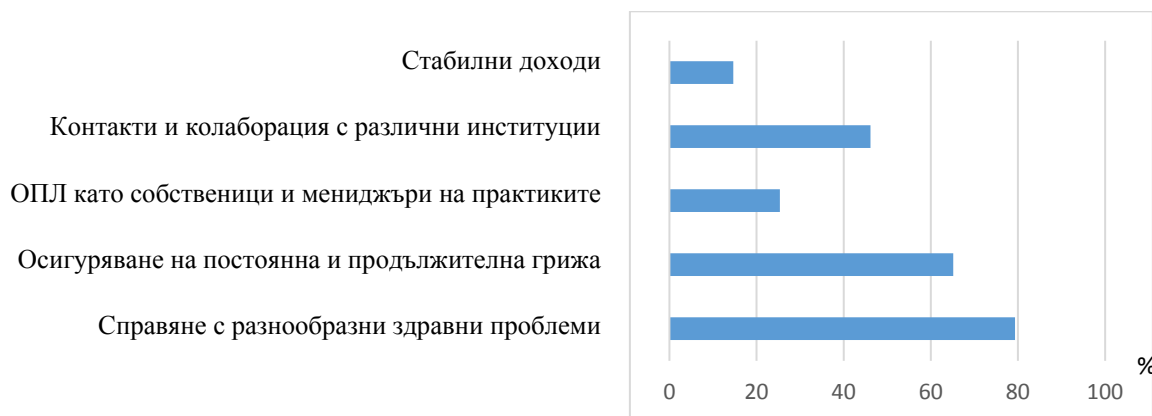
1.4. Резултати от проведено телефонно интервю с ОПЛ за позитивни аспекти в общата медицинска практика и идентифициране на фактори, които биха направили работата по привлекателна и атрактивна за професионален избор

Проведено бе репрезентативно проучване сред 892 ОПЛ на територията на цялата страна, от които 832 завършиха успешно интервюто и изразиха мнението си. В извадката попаднаха ОПЛ от всички 28 области на страната.

С цел верифициране на получената информация от качествените проучвания, които ни послужиха за генериране на списък с позитивни фактори в общата медицинска практика, се проведе количествено проучване. Изготвеният инструментариум включва само затворени въпроси базирани на изведените позитивни аспекти от интервютата и фокус групите.

Участниците са на възраст от 28 до 78 год. (mean 48.38 ± 0.24), с трудов стаж като лекари от 1 до 53 год. (mean 23.05 ± 0.24). Преобладават жените ОПЛ, като прави впечатление, че едва една десета от респондентите не са предприели стъпки към придобиване на специалност по обща медицина. Вътрешното разпределение на групата със специалност или зачислили се за такава показва равномерно разпределение.

Получените от нас данни показват, че с най-голям приоритет е оценена характеристиката „справяне с разнообразни здравни проблеми“, която категория е специфична за общата медицинска практика. В потвърждение на данните от качественото проучване и при количествената оценка дадена от ОПЛ стабилните доходи са поставени на по-задна позиция, от което можем да направим заключението, че разбиране философията на специалността е ключово в това тя да бъде предпочетена като професионален избор. Медицинската професия се свързва основно с клинична дейност и фокусиране върху здравния проблем на пациента, което би могло да се свърже с позицията, която ОПЛ са определили на това предимство да си собственик и мениджър на практиката, изискващо допълнителни познания и умения в областта на управлението.

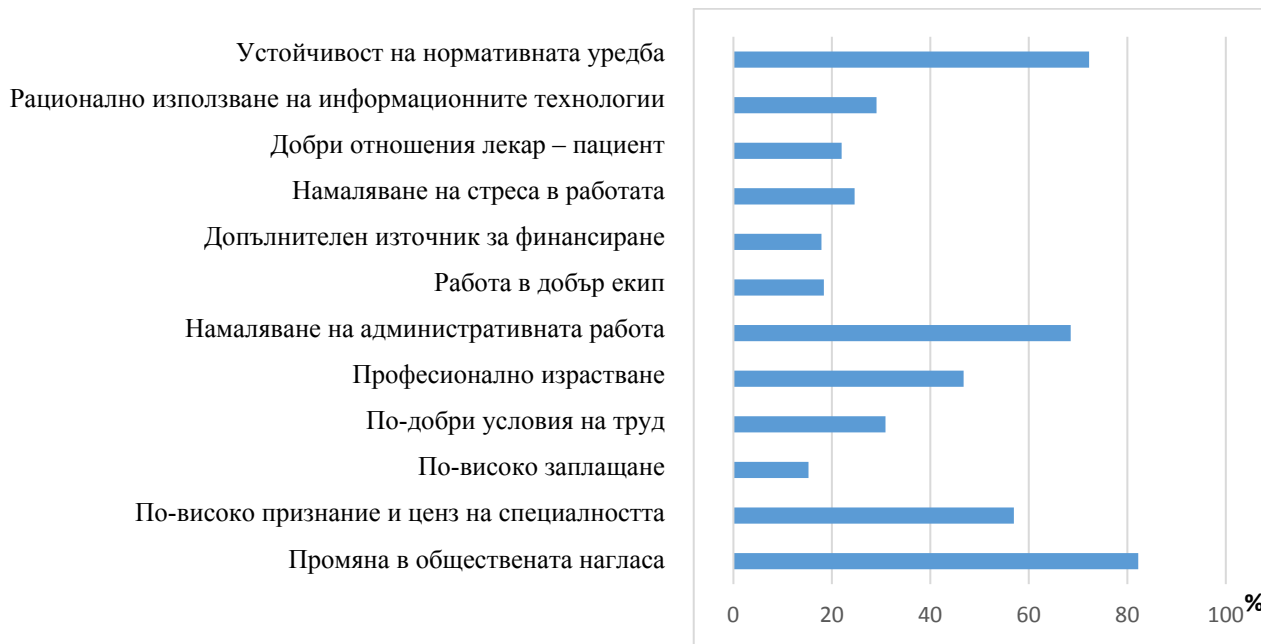


Фигура 1. Мнение на ОПЛ относно привлекателните страни в общата медицинска практика

Установихме, че полът и специалността оказват значение при част от обсъдените привлекателни страни в работата на ОПЛ, като „справяне с разнообразни здравни проблеми“, съответно ($p=0.017$, $p=0.023$), „осигуряване на постоянна и продължителна грижа за пациентите“ ($p=0.001$, $p=0.002$) и „стабилни доходи“ ($p=0.001$, $p=0.004$). Жените, както и ОПЛ със специалност отдават по-голямо значение на първите два аспекта, докато статистически значимо по-висок дял от мъжете и респондентите без специалност са поставили стабилните доходи като важна привлекателна черта в работата. Стабилните

доходи са фактор със статистически значимо по-голямо значение за ОПЛ и във възрастовата група до 50г. ($p=0.017$). Относителният дял на ОПЛ със специалност е статистически значимо по-висок по отношение на фактора „контакти и колаборация с различни институции“ ($p=0.033$).

В допълнение за изготвяне на препоръки до съответни институции, здравни политики и медицинските университети за нас бе важно да се проучи мнението на ОПЛ за това, кои фактори биха направили работата по-привлекателна.



Фигура 2. Разпределение на ОПЛ в зависимост от значимостта, която дават на фактори, които биха направили работата по-привлекателна

Прави впечатление, че ОПЛ залагат в най-голяма степен на фактори свързани с имиджа на специалността. Водеща позиция заемат и фактори, осигуряващи устойчивост в нормативната уредба, които гарантират ясни правила в дългосрочен план. Очаквана е и третата позиция на облекчаване на административната работа. ОПЛ участвали в проучването не подценяват и възможността за професионално израстване като необходимо условие за постигане на удовлетвореност от работата. Финансовите аспекти са поставени на последно място.

Установихме, че полът оказва значение по отношение на възприемането на респондентите относно по-високо заплащане, като мъжете отдават по-голямо значение ($p=0.022$). Данните показват, че относителният дял на жените, дали своята положителна оценка за категории „намаляване на административната работа“ и „добри отношения лекар – пациент“ е значително по-висок в сравнение с мъжете ($p=0.001$, $p=0.025$).

Възрастта има отношение към оценката на ОПЛ относно характеристиките „промяна в обществената нагласа“ ($p=0.035$) и „професионално израстване“ ($p=0.013$) като и за двете категории относителните дялове на групата на лекарите под 50-годишна възраст са по-високи от тези над 50 години.

Резултатите показват, че най-съществени различия има по отношение на групата на ОПЛ, които не са предприели инициатива за придобиване на специалност и тези положили усилия да се зачислят или които са финализирали успешно специализация по обща медицина. От общо дванадесет категории, при шест установихме статистически значима разлика, като единствено при една от тях, „по-високо заплащане“, относителният

дял на ОПЛ (специалисти по обща медицина) е по-висок от този на лекарите, все още отложили започване на специализация ($p=0.015$). Възможно е това да е свързано с очакванията за финансов стимул на положилите усилия в тази насока ОПЛ. При останалите категории с регистрирани различия - „промяна в обществената нагласа“, „повисоко признание и ценз на специалността“, „възможност за професионално израстване“, „рационално използване на информационните технологии“ и „устойчивост на нормативната уредба“, относителните дялове на ОПЛ без специалност е по-висок ($p<0.05$). Тези резултати биха могли да се тълкуват като, липса на усещане у респондентите за това, че придобиването на специалност би повлияло съществено върху имиджа.

В контекста на получените от нас резултати е и заключението, че изследване на нагласите на ОПЛ относно факторите, които биха могли да потенцират избора за обща медицина е важно с цел търсене на оптимални решения. Инициране на изследователска дейност в това направление следва да започне още на ниво студенти. Именно подобни проучвания оформят профила на привлекателните страни в общата медицинска практика.

В заключение ОПЛ споделиха мнението си относно тяхно желание да си сменят работата. Обезпокоителен е факта, че едва малко над половината от ОПЛ са положително настроени към това да продължат да практикуват избраната специалност – 52.28%. Установихме, че нагласите на ОПЛ относно желанието да си сменят работата се повлиява от факторите пол, възраст, трудов стаж и специалност. Мъжете в по-висока степен изразяват устойчивост в професията ($p=0.007$). ОПЛ над 50г. отчетливо в по-ниска степен са обмисляли да сменят работата си ($p=0.006$). Въпреки, че възрастта и трудовия стаж са показатели, които са взаимно свързани, т.е. по-висока възраст съответства на по-висок трудов стаж установихме, че колегите, които са все още в началото на кариерата си, т.е. до 10г. трудов стаж в значително по-висока степен са предпочели да продължат да практикуват ($p=0.023$). Този факт ни дава основание да приемем, че именно за младите колеги това е осъзнат личен избор, а не е свързан с налагащите се условия, при старта на здравната реформа, когато част от ОПЛ бяха принудени да практикуват с тази специалност. В повечето неуредици, свързани с провеждането на специализацията, бихме търсили обяснение на данните, според които именно тези, които не са предприели никаква инициатива да специализират, предпочитат да продължат да практикуват ($p=0.016$). Една от хипотезите е, колегите ОПЛ от отдалечени райони и малки населени места биха били притиснати от непрекъснато изменящите се условия свързани със специализацията по обща медицина. Към момента на проучването са в сила три нормативни документа (Наредби №31, №34 и №15), което постави ОПЛ при неравностойни позиции. Следва да се обмисли и акцентира на липсата на каквито и да е положителни стимули за ОПЛ, които вече са придобили специалност и са положили усилия в тази посока.

Определено района на практикуване оказва влияние на оценката на ОПЛ по отделните категории свързани с позитивните страни в работата ($p<0.05$ за всички изследвани категории с изключение на възрастта).

Изводи:

- Проведеното проучване обхваща всички 28 области и е репрезентативно за страната.
- Количественото валидиране на изведените твърдения от качествените проучвания потвърждава резултатите.
- Приоритетни и позитивни за лекарите са аспектите свързани с клиничната работа и взаимоотношенията с пациентите.
- Организационно-управленските аспекти не са на водеща позиция.

2. Характеристика на съвременния ОПЛ на базата на личностови аспекти на ОПЛ; фактори, свързани с философията на специалността и фактори, свързани с работната среда

2.1. Социално-демографски показатели

На таблица 6 е представено разпределение на групата участници. Разпределението по пол е 121 (37.93%) мъже и 198 (62.07%) жени. Преобладават ОПЛ над 50г., семейни, с едно или две деца.

Таблица 6. Разпределение на изследваната група според пола и социално-демографска характеристика (n=319)

Характеристики	Категории	Общо	Мъже	Жени	p-value
		Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	
Възраст	До 50	118 (36.99)	49 (40.50)	69 (34.85)	0.340
	Над 51	201 (63.01)	72 (59.50)	129 (65.15)	
Семейно положение	Неженен / неомъжена	29 (9.09)	14 (11.57)	15 (7.58)	0.048
	В съжителство	23 (7.21)	9 (7.44)	14 (7.07)	
	Семеен	222 (69.59)	84 (69.42)	138 (69.70)	
	Разведен	28 (8.78)	13 (10.74)	15 (7.58)	
	Вдовец/а	17 (5.33)	1 (0.83)	16 (8.08)	
Брой деца	Няма	42 (13.17)	15 (12.40)	27 (13.64)	0.035
	Едно	128 (40.13)	50 (41.32)	78 (39.39)	
	Две	138 (43.26)	47 (38.84)	91 (45.96)	
	Три	9 (2.82)	7 (5.79)	2 (1.01)	
	Четири	2 (0.63)	2 (1.65)	0 (0.00)	

Установи се статистически значима разлика по отношение на пола на ОПЛ, семейното им положение и броя деца. Относителният дял на неженените мъже е по-висок от този на женския пол. Другата по-съществена разлика идва от факта, че жените загубили партньора си са със значително по-висок дял в сравнение с мъжете. Съществени са различията в относителните дялове на мъжете и жените по отношение на категорията - над три деца.

2.2. Стил и начин на живот на ОПЛ

Преобладаващата част от ОПЛ отделят необходимото време за сън. Прави впечатление, че над 4/5 от тях не са ползвали болнични през изминалата година, като в случаите когато се е налагало то е било до 30 дни. Получените резултати имат своето обяснение с необходимостта ОПЛ лично да организира обслужването на своите пациенти в случай на отсъствие от практиката.

Таблица 7. Разпределение на изследваната група според пола и стил и начин на живот на ОПЛ (n=319)

Характеристики	Категории	Общо	Мъже	Жени	p-value
		Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	
Часове за сън за денонощие	>8 часа	49 (15.36)	28 (23.14)	21 (10.61)	0.007
	4-8 часа	264 (82.76)	92 (76.03)	172 (86.87)	
	<4 часа	6 (1.88)	1 (0.83)	5 (2.52)	
Временна неработоспособност	Да	60 (18.81)	21 (17.36)	39 (19.70)	0.659
	Не	259 (81.19)	100 (82.64)	159 (80.30)	
Временна неработоспособност продължителност (n=60)	<30 дни	47 (78.33)	19 (90.48)	28 (71.79)	0.114
	>30 дни	13 (21.67)	2 (9.52)	11 (28.21)	
Тютюнопушене	Да, активен пушач	101 (31.66)	36 (29.75)	65 (32.83)	0.001
	Отказал/а цигарите (>6 мес.)	74 (23.20)	30 (24.79)	44 (22.22)	
	Не съм пушил/а никога	144 (45.14)	55 (45.46)	89 (44.95)	
Промяна в статуса на активните пушачи (n=101)	Увеличение на броя цигари	63 (62.38)	19 (52.78)	44 (67.69)	0.198
	Без промяна	38 (37.62)	17 (47.22)	21 (32.31)	
Регулярна употреба на алкохол	Да	68 (21.32)	43 (35.54)	25 (12.63)	0.001
	Не	251 (78.68)	78 (64.46)	173 (87.37)	
Промяна в статуса на консумиращите алкохол (n=68)	Увеличение на консумация	8 (11.76)	5 (11.63)	3 (12.00)	1.00
	Без промяна	60 (88.24)	38 (88.37)	22 (88.00)	
Употреба на психотропни вещества	Да	14 (4.39)	4 (3.31)	10 (5.05)	0.579
	Не	305 (95.61)	117 (96.69)	188 (94.95)	
Регистрирано хронично заболяване	Да	139 (43.57)	53 (43.80)	86 (43.43)	1.00
	Не	180 (56.43)	68 (56.20)	112 (56.57)	

Близо 1/3 от ОПЛ са активни пушачи и 1/5 редовно консумират алкохол. Неблагоприятен е фактът, че при значителен дял от активните пушачи има регистрирано увеличение на изпушените цигари. Положително оценяваме липсата на тази тенденция по отношение на консумацията на алкохол.

Относително нисък (4%) е процентът на ОПЛ, които прибегват до употреба на психоактивни вещества. Хронично заболяване е регистрирано при висок дял от ОПЛ, което би могло да се свърже и с високата средна възраст на ОПЛ, предвид статистическите данни за страната и здравните показатели на нацията.

Установихме съществени различия между двата пола по отношение на отделеното време за сън. Прави впечатление, че относителният дял на жените, които спят над 8 часа за денонощие е значително по-малък. От друга страна делът на тези, които отделят под 4 часа е значително по-висок от този на мъжете. Различия установихме и по отношение на поведенческите рискови фактори тютюнопушене и консумация на алкохол. Според данните от проучването относителният дял на жените пушачки е по-висок от този на мъжете, активни пушачи, докато за алкохола наблюдаваме обратната тенденция.

2.3. Професионални характеристики и организация на дейността в общата медицинска практика

Преобладават работещите семейни лекари, с трудов стаж над 11г., в индивидуални практики за първична медицинска помощ, което е характерно за страната и е отразено в повечето проучвания в общата медицинска практика у нас (таблица 8).

Разпределението на практиките според населеното място показва, че малко над една втора от лекарите обслужват предимно градско население.

Средният брой пациенти в практиките е около 1500, като се наблюдават вариации в зависимост от населеното място на практиката (таблица 9). Регистрираният среден брой пациенти отчитаме като оптимален, както по отношение на възможността практиката да функционира, предвид финансовото обезпечаване, така и по отношение на възможността за осигуряване на оптимален достъп до амбулаторията. Има практики с изключително голям брой пациенти, което неимоверно би се отразило на качеството на оказваните грижи и претоварването, при условие че не е осигурен разширен, добре функциониращ екип (300-5000 пациенти).

Средният относителен дял на полиморбидните пациенти също варира и съответства на данните от други наши проучвания, в рамките на 12% от обслужваното население. Тук различията се определят от възрастовата структура на практиките. Известно е, че ОПЛ обслужват пациенти от всички възрасти, но отново на база териториален принцип или предходен опит или допълнителна квалификация в областта на вътрешна медицина или педиатрия се явяват предпоставка да има практики с предимно възрастно население или деца. Разпределението на практиките по показателя относителен дял на полиморбидните пациенти е равномерно и със стойности, които ни дават възможност да обобщим, че обсъжданата тематика е актуална за ежедневната медицинска практика. Това е в подкрепа на идеята, че проблемът полиморбидност е със социална значимост и търсенето на подходи за оптимизиране на дейността в медицинската практика би било от голямо значение.

Съгласно нормативните изисквания за продължителност на работното време е обясним факта, че средният брой часове (41.65 ± 9.54) амбулатория за седмица е в рамките на приетото време от 40 часова работна седмица. Логично е респондентите с големи практики, както и тези обслужващи предимно селско население да имат по-голям брой часове отделени за обслужване на своите пациенти.

Този показател има пряка връзка и с броя на обслужените пациенти седмично, който показва голяма вариация, с максимален брой от 500 пациенти посетили практиката.

Нашите данни показват, че двадесет години след старта на здравната реформа у нас $\frac{1}{4}$ от ОПЛ продължават да осигуряват лично 24-часовото обслужване на своите пациенти като мотивите за това са различни. Водеща причина е, че в определени райони на страната ОПЛ е единственото медицинско лице и комуникацията с други специалисти е твърде ограничена и затруднена.

Положителен е фактът, че преобладават ОПЛ, които са заявили желание да продължат да практикуват и не са имали намерения за смяна на попрището. Въпреки, че относителният дял на тази група е значително по-висок, все още при около $\frac{1}{4}$ от ОПЛ проблемът е бил обект на внимание от тяхна страна.

Надграждането на знания и умения е непрекъснат процес и от особено значение за ОПЛ. По тематиката на дисертационния труд са провеждани целенасочени обучения по пациент-центрираност в общата медицинска практика. В изследваната от нас група 16% от ОПЛ са взели участие в такова обучение.

Таблица 8. Разпределение на изследваната група според пола и професионални характеристики (n=319)

Характеристики	Категории	Общо	Мъже	Жени	p-value
		Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	
Трудов стаж като ОПЛ	Под 10 години	56 (17.55)	21 (17.36)	35 (17.68)	1.00
	Над 11 години	263 (82.45)	100 (83.33)	163 (82.32)	
Вид на практиката	Групова	52 (16.30)	20 (16.53)	32 (16.16)	1.00
	Индивидуална	267 (83.70)	101 (83.47)	166 (83.84)	
Населено място	Предимно градско	167 (52.35)	53 (43.80)	114 (57.58)	0.001
	Предимно селско	58 (18.18)	36 (29.75)	22 (11.11)	
	Смесена практика	94 (29.47)	32 (26.45)	62 (31.31)	
Среден брой пациенти	Под 1500	210 (65.83)	71 (58.68)	139 (70.20)	0.039
	Над 1501	109 (34.17)	50 (41.32)	59 (29.80)	
Относителен дял на полиморбидни пациенти	Под 10%	149 (46.71)	65 (53.72)	84 (42.42)	0.064
	Над 11%	170 (53.29)	56 (46.28)	114 (57.58)	
24-часовото обслужване	Осигуряване лично	75 (23.51)	37 (30.58)	38 (19.19)	0.021
	Заплащане на друго ЛЗ	244 (76.49)	84 (69.42)	160 (80.81)	
Обмисляне възможността да си сменят работата	Да	85 (26.65)	27 (22.31)	58 (29.29)	0.193
	Не	234 (73.35)	94 (77.69)	140 (70.71)	
Обучение по ЛЦГ	Да	51 (15.99)	18 (14.88)	33 (16.67)	0.754
	Не	268 (84.01)	103 (85.12)	165 (83.33)	

Установихме различия между пола на ОПЛ и населеното място на практиката, среден брой пациенти в практиката и 24-часовото обслужване. Относителните дялове на ОПЛ жени са по-високи при предимно градските и селските практики, докато при смесените практики делът на мъжете е по-висок. Жените по-често имат практики със среден брой пациенти до 1500 пациенти и по-рядко лично осигуряват 24-часовото обслужване.

Не се установи статистически значима разлика по пол и средните оценки за възраст и изследваните професионални характеристики. (таблица 9)

Таблица 9. Средна оценка по отделните характеристики

Характеристики	Общо	Мъже	Жени	p-value
	Mean± SE (min-max)	Mean± SE (min-max)	Mean± SE (min-max)	
Възраст	53.05±0.50 (25-74)	52.67±0.76 (27-72)	53.29±0.66 (25-74)	0.633
Общ трудов стаж	18.45±0.53 (1-56)	17.83±0.85 (1-56)	18.84±0.67 (1-45)	0.370
Трудов стаж като ОПЛ	15.23±0.28 (1-18)	15.07±0.47 (1-18)	15.33±0.35 (1-18)	0.465
Среден брой пациенти	1490.34±37.51 (300-5000)	1539±64.52 (400-2850)	1460±45.80 (500-5000)	0.372
Относителен дял на полиморбидни пациенти	11.91±0.50 (0.60-50)	11.43±0.81 (2.22-46.67)	12.21±0.64 (0.60-50)	0.202
Среден брой обслужени пациенти за една седмица	150.14±4.81 (30-500)	151±9.02 (30-500)	149.60±5.48 (60-500)	0.290
Среден брой часове амбулатория за една седмица	41.65±0.53 (30-60)	44.89±1.74 (30-60)	41.55±1.41 (30-60)	0.646
Брой нощни визити месечно	6.32±0.54 (1-20)	7.03±0.80 (1-20)	5.75±0.74 (1-20)	0.153

2.4. Локус на контрол на ОПЛ

Според данните от нашето проучване малко над половината от ОПЛ (n=177; 55.49%) са с вътрешен локус на контрол. Резултатите показват вътрешна убеденост и увереност за контрол върху техните дейности. Това би могло да се разглежда като печеливша стратегия за управление на общата медицинска практика. Средната стойност на скалата на локуса на контрол в групата на ОПЛ е 7.20±0.14. Възможно е преобладаването на вътрешен локус на контрол да се дължи и на това, че може да варира в различни ситуации. Локусът на контрол може да се промени също и с напредване на възрастта и преминаването към по-високо ниво на зрелост, когато човек познава по-добре себе си и собствените си сили и способности да влияе на околните, да решава проблеми и да променя ситуации. Друг важен момент е обучението по обща медицина, на ниво студенти и специализанти, с фокус върху личност-центрираните грижи, където се поставя акцент върху това, колко е важно формирането на личности с по-голяма вътрешна устойчивост, дисциплина, контрол и мотивация за успех, което е част от профила на личността с вътрешен локус на контрол.

При проведеното проучване не се установява статистически значимо различие в двумерното разпределение по локус на контрол (вътрешен и външен) и факторите възраст, пол, семейно положение и брой деца (p>0.05).

По отношение на стил и начин на живот, установихме статистически значимо по-висок дял на ОПЛ с външен локус на контрол, които имат регистрирани хронични заболявания (p=0.01) и употребяват психотропни вещества (p=0.05). Получените от нас резултати са в подкрепа на данните от литературата, според които хората с вътрешен локус на контрол имат по-добро соматично и психично здраве в сравнение с тези с външен локус на контрол.

Потърсихме връзка между локуса на контрол и фактори свързани с професионалната среда. По отношение на професионалния профил на ОПЛ преобладават семейните лекари с вътрешен локус на контрол, които обслужват предимно смесено население ($p=0.001$), провели са обучение по пациент-центрираност ($p<0.0001$) и осъществяват по-висок брой нощни визити ($p=0.017$). Очаквано е типа на обслужваното население да има своите особености, налагащи стройна организация, гъвкавост и адаптивност. Наличието на по-голям брой визити би могло да бъде обсъдено в две насоки - от една страна поради невъзможността ОПЛ да сключи договор с друго лечебно заведение, особено в малки и отдалечени райони. От друга страна това би могло да е личен избор при наличие на обстоятелства, които налагат по-чести посещения на пациенти, например особености в обслужваното население.

Изводи:

- Сред участниците в проучването преобладават ОПЛ с вътрешен локус на контрол.
- ОПЛ с външен локус на контрол по-често имат регистрирани хронични заболявания и употребяват психоактивни вещества.
- Локусът на контрол не показва статистическа значимост от факторите възраст, пол, семейно положение и брой деца.
- ОПЛ преминали обучение по пациент-центрираност показват вътрешен локус на контрол.

2.5. Трудности при управление на полиморбидни пациенти

От получените резултати в нашето проучване установихме, че полиморбидните пациенти са често срещан проблем в общата медицинска практика.

На база направената литературна справка са изведени 17 твърдения като водещи бариери в обслужването на полиморбидните пациенти в ежедневната практика. За всяко твърдение ОПЛ отбелязват до каква степен описаните твърдения се отнасят до тях, като се използва 5-степенна Ликертова скала (от 1- много слаба до 5 – много висока).

Оценката на ОПЛ относно трудностите при обслужване на полиморбидни пациенти са представени на фигура 3. Отговорите на респондентите показват, че сред всички изследвани области в нашето проучване, няма регистриран фактор, който да се откроява съществено като основен проблем.

Трите определени от анкетираните най-важни трудности в ежедневната практика при обслужване на полиморбидни пациенти са: „ограничено време за консултиране“ ($n=205$, 64.26%); „административни трудности“ ($n=193$, 60.50%) и „ограничения в нормативната уредба, касаещи възможността ОПЛ да вземат решения“ ($n=165$, 51.72%).

Анализирахме влиянието на някои важни социално-демографски и професионални характеристики върху оценката на ОПЛ, относно трудностите при обслужване на полиморбидни пациенти.

Установихме статистическа значима разлика в отговорите на личните лекари според показателя, как осигуряват 24-часовото обслужване на своите пациенти. Прави впечатление, че ОПЛ, които заплащат на друго лечебно заведение, дават по-голяма тежест на категорията „ограничено време за консултиране“ ($p=0.018$).

При категорията „административни трудности“ се установи статистически значима разлика по отношение на средния брой пациенти в практиката, като логично практиките с над 1501 пациенти дават по-голяма тежест на тази бариера при обслужването ($p=0.007$).

Аналогично и при категорията „ограничения в нормативната уредба, касаещи възможността ОПЛ да вземат решения“, практиките с над 1501 пациенти са дали по-висока степен ($p=0.055$). ОПЛ с трудов стаж над 11 г. също акцентират на този показател ($p=0.077$).

По отношение на категорията „организационни проблеми и фрагментация на грижите“ за полиморбидните пациенти се установи, че с увеличаване броя на пациентите в практиката и по-специално относителния дял на полиморбидните пациенти, този фактор е със статистически по-голяма тежест ($p=0.006$ и $p=0.001$).

Установи се статистически значима разлика в отговорите на ОПЛ и относно категорията „затруднена или липсваща координация с тесни специалисти“ и някои социално-демографски и професионални фактори. Тази категория представлява по-голямо предизвикателство за жените в сравнение с мъжете ($p=0.003$), както и ОПЛ, работещи в практики с по-висок относителен дял на полиморбидните пациенти ($p=0.041$), обслужващи градско и селско население ($p=0.034$).

Подобна зависимост се установи и по отношение на „затруднена или липсваща комуникацията с тесните специалисти“, където практиките с по-висок относителен дял на полиморбидните пациенти ($p=0.002$) и предимно обслужващи селско население ($p=0.011$) са дали по-висока тежест на категорията.

В по-голяма степен категорията „липса на наръчници за полиморбидни пациенти“ се оказва проблем за личните лекари от практиките с висок относителен дял на полиморбидните пациенти ($p=0.0001$), обслужващи градско и селско население ($p=0.030$).

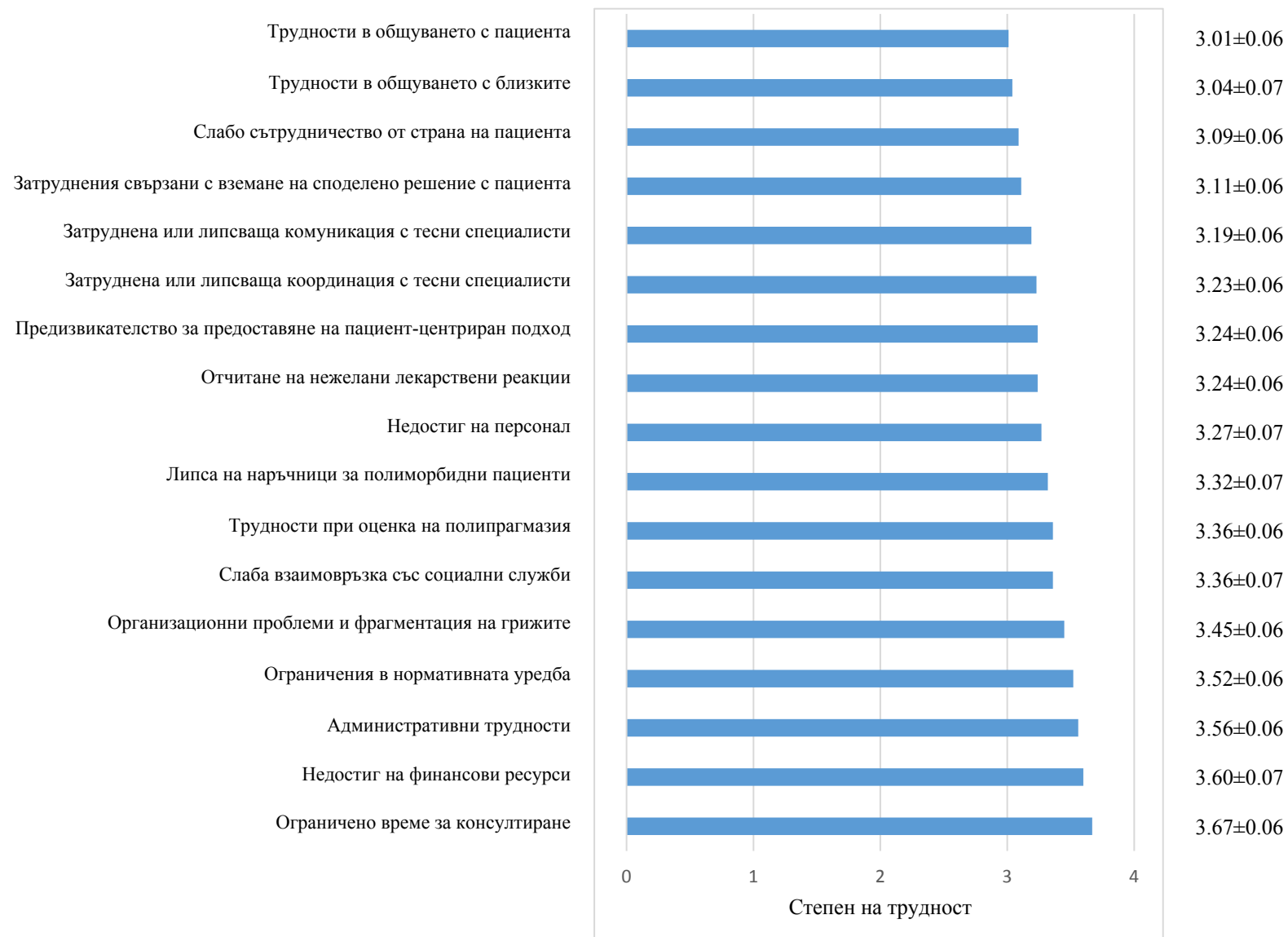
По отношение на категорията „отчитане на нежелани лекарствени реакции“ в нашето проучване се установи, че ОПЛ до 50 г. ($p=0.041$) и тези, които заплащат на друго лечебно заведение дават по-голяма тежест на категорията ($p=0.022$).

„Трудности в общуването с близките“ са регистрирани в статистически значимо по-висока степен при практиките с над 1501 среден брой пациенти ($p=0.006$).

Установихме статистически значима разлика и между ОПЛ под и над 50 години по отношение на твърдението „слабо сътрудничество от страна на пациента“ ($p=0.017$). В по-висока степен това твърдение се отнася за личните лекари над 50 години.

Относителният дял на мъжете, дали ниска оценка за трудности при обгрижване на полиморбидни пациенти във връзка със „слаба взаимовръзка със социални служби“, е значително по-висок от този на жените ($p=0.022$).

Следва да се отбележи, че организационните бариери, свързани с обслужването на пациенти с полиморбидност, са оценени с най-голяма тежест от участниците в нашето проучване.



Фигура 3. Средна оценка на трудностите при обслужване на полиморбидни пациенти (n=319)

Сред тях ОПЛ са поставили „ограничения в ресурса време“, което е напълно разбираемо предвид факта, че тази група пациенти изискват да им бъде отделено повече време, както по отношение на комуникацията, така и в подхода за оптимизиране на терапията, тъй като следва да се вземат под внимание редица препоръки за всяко едно конкретно заболяване и възможността за лекарствени взаимодействия и нежелани лекарствени реакции.

В този факт може да се търси и обяснението защо именно ОПЛ, които заплащат на друго лечебно заведение, са дали по-висока степен за този фактор, както и за „отчитане на нежелани лекарствени реакции“.

От друга страна интерес представлява факта, че въпреки ОПЛ да са дали голяма тежест на фактора „недостиг на финансови ресурси“, то същият не е сред трите категории определени като най-важни от ОПЛ.

Очакван е резултата за третата позиция на категорията „административни трудности“ и установената зависимост за по-висока тежест при практиките с по-голям брой пациенти.

Изводи:

- Ограниченото време за консултиране е водеща бариера при обслужването на полиморбидните пациенти, следвано от административни трудности и нормативни ограничения.
- Комуникацията с пациента и координацията между медицинските специалисти могат да бъдат определени като другите важни фактори, които имат пряко значение при грижите на ОПЛ за полиморбидни пациенти.
- Затруднена или липсваща координация с тесни специалисти и слаба взаимовръзка със социални служби са бариерите, които в статистически значимо по-висока степен се извеждат от ОПЛ жени.

2.6. Вземане на споделено решение в общата медицинска практика при полиморбидни пациенти

За нуждите на нашето проучване включихме и въпросника за споделено вземане на решения в общата медицинска практика, описан подробно в методиката. От получените резултати установихме, че средната стойност на скалата за оценка на СВР, дадена от изследваните от нас ОПЛ, е $82.86\% \pm 0.88$ (минимално 20%; максимално 100%). Като положителен оценяваме факта, който показва, че подходът личност-центрирани грижи - специфичен за общата медицинска практика и пряко свързан с философията на специалността, е разпознат като важен и е високо оценен от ОПЛ.

Социално-демографски фактори и вземане на споделено решение

По отношение на социално-демографските фактори установихме връзка между пола на ОПЛ и степента на споделено вземане на решение, като жените имат статистически значимо по-висока средна стойност, което е доказателство за по-висока степен на пациент-центрираност при женския пол ОПЛ ($p=0.001$).

Стил и начин на живот и споделено вземане на решение

По отношение на изследваните показатели за стил и начин на живот и степента на пациент-центрираност не се установи връзка, с изключение на фактора употреба на алкохол, където групата на ОПЛ, които не употребяват алкохол има значително по-високи стойности по скалата за оценка на СВР ($p=0.047$).

Професионални фактори и споделено вземане на решение

Интерес представляват и факторите свързани с организацията на работа и професионален опит на ОПЛ. Установихме, че личните лекари с по-дълъг трудов стаж в по-голяма степен са склонни да включват пациентите в процеса на вземане на решение относно последваща терапия ($p=0.013$). При останалите характеристики не установихме връзка с нивото на пациент-центрираност на ОПЛ.

Данните показват, че групата на ОПЛ обмисляли да си сменят работата през последната една година (26.65%), имат регистрирани по-ниска средна стойност на показателя СВР, като установената зависимост не е статистически значима ($p=0.091$).

Изводи:

- ОПЛ показват високи нива по скалата за оценка на споделено вземане на решение.
- Споделеното вземане на решение е значително по-често практикувано при жените ОПЛ.
- С увеличаване на професионалния опит се увеличава и способността за споделено вземане на решение.

2.7. Взаимовръзки между скалите за локус на контрол, възприятия на ОПЛ за трудностите при обслужване на полиморбидни пациенти и вземане на споделено решение в общата медицинска практика

2.7.1. Взаимовръзки между скалите за локус на контрол и възприятия на ОПЛ за трудностите при обслужване на полиморбидни пациенти

Средната оценка на трудностите при обслужване на полиморбидни пациенти в зависимост от конструкта „локализация на контрол“ на изследваните ОПЛ е представена на фигура 4. Прави впечатление, че за всички твърдения, при които има установена статистически значима разлика, ОПЛ с външен локус на контрол са дали по-висока тежест на бариерите за оказване на грижи за полиморбидните пациенти.

Установените зависимости се отнасят както до организационните страни при обслужване на пациенти с полиморбидност, така и по отношение на клиничните аспекти, като полипрагмазията. В най-голяма степен различия са установени по отношение на общуването с пациента и неговите близки, както и вземане на споделено решение.

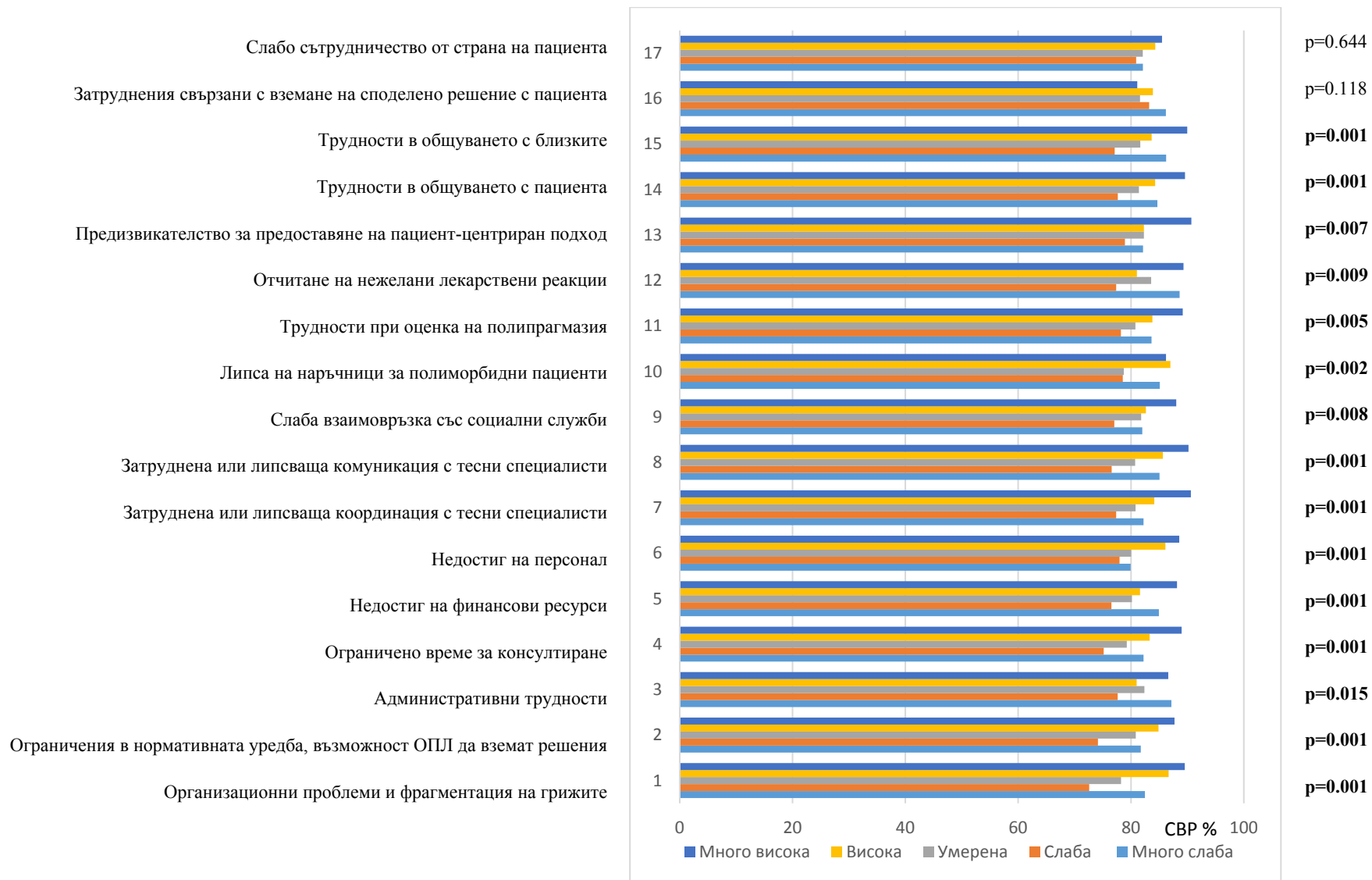
2.7.2. Взаимовръзки между скалите за вземане на споделено решение в общата медицинска практика и възприятия на ОПЛ за трудностите при обслужване на полиморбидни пациенти

Средната оценка на трудности при обслужване на полиморбидни пациенти в зависимост от степента на вземане на споделено решение в общата медицинска практика е представена на фигура 5.

Статистически значима разлика в отговорите на респондентите бе установена с помощта на Kruskal-Wallis Test, при петнадесет от общо седемнадесет категории трудности. Прави впечатление, че ОПЛ с по-висока степен на пациент-центрираност са дали по-висока тежест на описаните бариери за оказване на грижи за полиморбидните пациенти. Резултатите по отделните категории трудности са сходни и показват по-изразена сензитивност от страна на ОПЛ с по-високи нива на пациент-центрираност.



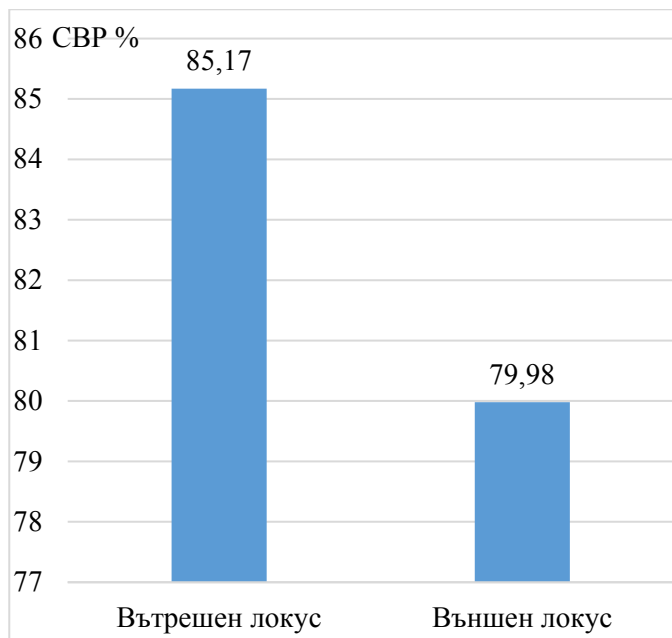
Фигура 4. Средна оценка на трудности при обслужване на полиморбидни пациенти в зависимост от конструкта „локализация на контрол“ на изследваните ОПЛ



Фигура 5. Взаимовръзка между степен на оценка на трудности при обслужване на полиморбидни пациенти и вземане на споделено решение в общата медицинска практика

2.7.3. Взаимовръзки между скалите за локус на контрол и вземане на споделено решение в общата медицинска практика при управление на полиморбидни пациенти

ОПЛ с вътрешен локус на контрол имат регистрирано по-високо ниво на пациент-центрираност (фигура 6), което е статистически значимо ($p=0.003$).



Фигура 6. Средна оценка на СВР в зависимост от локус на контрол

Установихме слаба обратна корелация между локализацията на контрол на ОПЛ и степента на пациент-центрираност, при статистическа значимост $p<0.01$ (Spearman's $\rho=-0.216$). Това означава, че колкото повече ОПЛ е с изразена вътрешна локализация на контрол, толкова в по-голяма степен е пациент-центриран.

Както бе обсъдено в предходните глави ОПЛ с вътрешна локализация на контрол са по-склонни да отстояват позиция и да приемат, че контрола върху ситуации и събития в голяма степен се определят от тях самите. Успешното прилагане на личност-центрирани грижи предполага наличието именно на подобни качества за успеха от консултациите.

Изводи:

- Установяват се статистически значими връзки между конструктите локус на контрол, трудност при обслужване на полиморбидни пациенти и споделено вземане на решение.
- Лекарите с външен локус на контрол в значително по-висока степен оценяват по-голяма част от трудностите при обслужване на полиморбидните пациенти.
- При ОПЛ с вътрешен локус на контрол се отчитат статистически значими по-високи нива на пациент-центрираност.
- С увеличаване нивото на споделено вземане на решение, ОПЛ дават по-голяма тежест на трудностите при обслужване на полиморбидните пациенти.

3. Комплексна оценка на синдрома на професионално изпепеляване

3.1. Анализ на разпространението на синдрома на професионалното изпепеляване в общата медицинска практика в динамика през различни периоди – 2003г., 2011г. и 2019г.

С цел определяне степента на прегаряне сред ОПЛ се направи анализ на усреднените данни от извадките за трите наблюдавани години. От получените резултати се установи, че работата на ОПЛ се характеризира с висока степен на стресогенност. Съпоставката на данните за подskalите на бърнаут синдрома между трите проучвания през 2003г., 2011г. и 2019г. са представени на таблица 10 и фигура 7.

На база усреднени стойности за отделните дименсии, сред респондентите преобладават високи нива само при скалите за ЕИ през 2003г. и РА през 2011г. За всички останали са регистрирани умерени нива по методиката на Maslach и Jackson.

Таблица 10. Средни аритметични и стандартна грешка за подskalите емоционално изтощение, деперсонализация и работоспособност сред изследваните ОПЛ през 2003г., 2011г. и 2019г.

Подскали на скалата на Maslach	Година	Mean±SE	Интерпретация	p-value
Емоционално изтощение	2003	30.58±1.50	Високо ниво на БС	0.0013
	2011	23.77±1.52	Средно ниво на БС	
	2019	25.05±0.68	Средно ниво на БС	
Деперсонализация	2003	8.14±0.77	Средно ниво на БС	0.4097
	2011	7.32±0.60	Средно ниво на БС	
	2019	8.33±0.31	Средно ниво на БС	
Работоспособност	2003	38.03±0.70	Средно ниво на БС	<0.0001
	2011	31.97±0.74	Високо ниво на БС	
	2019	35.61±0.44	Средно ниво на БС	

Данните от проведения сравнителен анализ на нивата на бърнаут синдрома сред ОПЛ за отделните подскали през различни години показва, че 2003г. се характеризира с най-високи нива на ЕИ сред ОПЛ. Категорията ДП е на втора позиция, като третата дименсия РА е в най-благоприятна позиция, в сравнение с проучванията 2011г. и 2019г., т.е най-малък относителен дял. Нашето обяснение за тези резултати е свързано с факта, че в самото начало на здравната реформа все още не са настъпили адаптационни механизми и ОПЛ са под въздействието на „остър“ стрес, т.е. първите изяви са свързани именно с емоционалния компонент на бърнаут синдрома.

През 2011г. ОПЛ са в най-неблагоприятна позиция по отношение на професионалното представяне, като прави впечатление, че над 40% са с високи нива на БС, т.е. ниска степен на работоспособност. По отношение на останалите подкатегории ОПЛ са в най-благоприятна позиция като относителен дял.



Фигура 7. Разпределение на ОПЛ според нивата на бърнаут синдром за подskalите емоционално изтощение, деперсонализация и работоспособност през 2003 г., 2011 г. и 2019 г.

През 2019г. ОПЛ са в най-неблагоприятна позиция за категорията ДП, където има регистриран най-висок относителен дял в сравнение с останалите две години. Високите нива бихме свързали с хроничната форма на стрес, при която започва да страда именно дехуманизацията.

Изводи:

- 2003г. се характеризира с най-високи нива на ЕИ, а през 2019г. е най-висок относителния дял на подскала ДП, което обективно отразява първоначалния висок стрес, последвалото изчерпване и динамиката на професионалното изпепеляване сред ОПЛ.
- Периодичното проследяване нивата на бърнаут сред ОПЛ предоставя възможност за своевременна превенция.
- Позитивен резултат е, че общата оценка по скалата на БС намалява, което отразява адаптирането на ОПЛ към работата им през периода на изследваните години.

3.2. Да се анализира нивото на бърнаут синдрома в зависимост от факторите: личностови аспекти на ОПЛ; фактори, свързани с философията на специалността; фактори, свързани с работната среда; проведено обучение по пациент-центрираност

За целите на нашето проучването бе важно да изследваме фактори, свързани с личността на ОПЛ, които трудно се повлияват и се считат за относително постоянни, както и такива, които могат да бъдат повлияни и предполагат прилагане на интервенции към повлияване на възникването и развитието на бърнаут сред ОПЛ, напр. свързани с работната среда.



Схема 3. Синтезиран модел

Социо-демографски показатели и нива на бърнаут синдром

Потърси се връзка между ЕИ, т.е. чувството на умора, преминаващо в усещане за изчерпване на емоционалната енергия и характеристиките възраст, пол, семейно положение и брой деца. От проведените анализи статистически значима разлика в нивата на бърнаут синдром за подskalата ЕИ установихме единствено по отношение на възрастта на ОПЛ, като при категорията над 51г. високи нива на ЕИ се срещат сред по-висок относителен дял на ОПЛ ($p=0.001$).

Възрастта се оказва фактор и по отношение на подskalата ДП ($p=0.016$). Заключението дадено за ЕИ е валидно изцяло и тук, т.е. с увеличаване на възрастта на ОПЛ се повишава риска от ДП, която се свежда до възприемане на негативни нагласи или незаинтересованост към другите.

По отношение на подskalата РА не установихме различия в отделните категории на изследваните от нас социо-демографски характеристики. Намалената работоспособност, свързана с усещане за влошена компетентност и неудовлетвореност от собствените постижения, усещане за безсилие и нежелание да се продължава работата, не зависи от изследваните от нас фактори.

Стил и начин на живот на ОПЛ и нива на бърнаут синдром

Интерес представляват и възможни взаимовръзки между феномена бърнаут и характеристики, свързани със сила и начина на живот на ОПЛ. Установихме, че ОПЛ, отделящи над 8 часа сън за денонощие са по-често с ниски нива на ЕИ ($p=0.002$) и ДП ($p=0.002$). Предвид, че преобладаващата част от ОПЛ отделят между 4 и 8 часа за сън е важно да се отбележи, че най-високи относителни дялове на значително повишени нива на ЕИ и ДП установихме именно при тази категория.

Делът на ОПЛ, които са били с временна неработоспособност е значително по-малък (под 1/5), в сравнение с тези, които на са ползвали отпуск заради заболяване. Изискването за осигуряване на заместник лично от самия ОПЛ, мениджър на практиката е предпоставка, макар и при необходимост от ползване на болнични, да е в затруднение при осигуряване на човек срещу заплащане. От получените резултати се установи, че именно тези ОПЛ, които са ползвали отпуск по болест през изминалата година са с по-високи нива на ЕИ, като относителният им дял е значително по-висок ($p=0.022$). Прави впечатление, че преобладава групата на семейните лекари, които са ползвали до 30 дни отпуск заради заболяване. По отношение на временна неработоспособност, взаимовръзка има единствено с подskalата за ЕИ.

Известна е връзката между бърнаут и поведенческите рискови фактори. Близко 1/3 от ОПЛ са пушачи и 1/5 консумират редовно алкохол. Не се установи статистически значима разлика и по трите подskали за изследваните показатели ($p>0.05$). При детайлния анализ на групата на пушачите установихме, че при семейните лекари които са променили навиците си и са започнали да пушат повече цигари дневно относителният дял на ОПЛ с високи нива на бърнаут за ЕИ е значително по-висок ($p=0.011$). При останалите подskали не установихме разлика. По отношение на другия фактор, увеличена консумация на алкохол сред ОПЛ, които редовно употребяват, установихме взаимовръзка по скалите за ЕИ ($p=0.036$) и ДП ($p=0.043$). Резултатите са аналогични на тези касаещи пушачите, т.е. по-висок относителен дял на лицата с високи нива на ЕИ и ДП, в случай на увеличена консумация на алкохол.

Употребата на психоактивни вещества се свързва с по-висок относителен дял на ОПЛ с високи нива на ДП ($p=0.025$).

Обезпокоителен е факта, че 44% от ОПЛ имат регистрирано хронично заболяване. Установихме взаимовръзка между този показател и трите подскали на бърнаут синдром. И за трите е валидно, че относителните дялове на ОПЛ, с регистрирано хронично заболяване и с високи нива на ЕИ, ДП и намалена работоспособност са значително по-високи, в сравнение с групата на лекарите без хронично заболяване ($p < 0.0001$; $p = 0.024$; $p = 0.048$).

Професионални характеристики и нива на бърнаут синдром

Населеното място на практиката и по-точно типа на обслужваното население оказва влияние върху нивата на ЕИ сред ОПЛ. Личните лекари, обслужващи предимно градско население се характеризират с по-високи нива на бърнаут синдром. Най-висок дял ОПЛ с ниски нива за ЕИ са регистрирани при обслужващите смесено население ($p = 0.019$).

В нашето проучване не установихме различие по отношение на вида на практиката – индивидуална и групова и нивата на бърнаут и по трите му измерения. За нашата страна е характерно, че преобладават индивидуалните практики, което се потвърди и в нашето изследване.

Установихме връзка между нивата на ДП и организацията на 24-часовото обслужване на пациентите. Най-висок относителен дял сред високите нива на ДП е при ОПЛ, които осигуряват лично 24-часово обслужване ($p = 0.023$).

Групата на ОПЛ, за които въпросът за смяна позицията в здравната система е бил актуален имат регистрирани по-високи нива на ЕИ и ДП ($p < 0.0001$).

Анализът на данните показва, че по отношение на изследваните професионални показатели и подскалата Работоспособност не се установи релевантна връзка.

Локус на контрол и нива на бърнаут синдром

Установихме статистически значима разлика в нивата на бърнаут по трите скали и локализацията на контрол на ОПЛ. Относителният дял на ОПЛ с външен локус на контрол и високи нива на бърнаут синдром и по трите скали е по-виок от този на ОПЛ с вътрешен локус на контрол. (таблица 11)

Таблица 11. Бърнаут в зависимост от локуса на контрол

Подскала	Нива	Общо	Вътрешен локус	Външен локус	p-value
		Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	
ЕИ	Ниско	72 (22.57)	58 (32.77)	14 (9.86)	<0.0001
	Средно	95 (29.78)	61 (34.46)	34 (23.94)	
	Високо	152 (47.65)	58 (32.77)	94 (66.20)	
	Общо	319 (100)	177 (100)	142 (100)	
ДП	Ниско	118 (36.99)	86 (48.59)	32 (22.54)	<0.0001
	Средно	82 (25.71)	44 (24.86)	38 (26.76)	
	Високо	119 (37.30)	47 (26.55)	72 (50.70)	
	Общо	319 (100)	177 (100)	142 (100)	
РА	Ниско	158 (49.53)	92 (51.98)	66 (46.48)	0.038
	Средно	53 (16.61)	35 (19.77)	18 (12.68)	
	Високо	108 (33.86)	50 (28.25)	58 (40.85)	
	Общо	319 (100)	177 (100)	142 (100)	

Обучение по ЛЦГ и нива на бърнаут синдром.

Придобиването на знания и умения от ОПЛ започва още на университетско ниво, но компетенциите следва да се доразвиват и усъвършенстват през целия трудов период. Трудоспособността на лекаря в голяма степен зависи от осъзнаването на спектъра на неговите желания, потребности и очаквания свързани с работата. БС се проявява като деструктивен процес на загуба на професионална ефективност, намаляване на комуникативните качества и развитие на нервно – психическа дезадаптация до необратима личностова промяна. Личностните постижения отразяват степента на удовлетвореност на специалиста като личност и професионалист. Той трябва да притежава достатъчно знания, умения и увереност за планиране и оценка на професионалната си дейност, които му дават самочувствие и сигурност, мотивация за повишаване качеството на оказваните грижи.

Отчетлива е разликата между нивата на бърнаут синдрома по трите скали и категорията проведено обучение по ЛЦГ. Получените резултати считаме като важен извод, според който провеждане на целенасочени интервенции, в случая обучение по една от ключовите компетенции в общата медицинска практика, е от изключително значение за превенция на бърнаут синдрома. И по трите категории най-съществени различия бяха отчетени между групите на ОПЛ с високи нива на бърнаут, т.е. значително по-нисък относителен дял на ОПЛ с високи нива на бърнаут сред обучените ОПЛ.

Таблица 12. Бърнаут в зависимост от проведено обучение по ЛЦГ

Подскала	Нива	Общо	Да	Не	p-value
		Брой (%)	Брой (%)	Брой (%)	
ЕИ	Ниско	72 (22.57)	15 (29.14)	57 (21.27)	0.001
	Средно	95 (29.78)	26 (50.98)	69 (25.75)	
	Високо	152 (47.65)	10 (19.61)	142 (52.99)	
	Общо	319 (100)	51 (100)	268 (100)	
ДП	Ниско	118 (36.99)	28 (54.90)	90 (33.58)	0.001
	Средно	82 (25.71)	16 (31.37)	66 (24.63)	
	Високо	119 (37.30)	7 (13.73)	112 (41.79)	
	Общо	319 (100)	51 (100)	268 (100)	
РА	Ниско	158 (49.53)	21 (41.18)	137 (51.12)	0.027
	Средно	53 (16.61)	15 (29.41)	38 (14.18)	
	Високо	108 (33.86)	15 (29.41)	93 (34.70)	
	Общо	319 (100)	51 (100)	268 (100)	

Корелации между скалите за оценка на бърнаут синдром, локус на контрол, споделено вземане на решение, удовлетвореност от работата

За статистическото изследване на зависимостите между скалите за оценка на инкорпорираните инструменти във въпросника, с цел емпирично потвърждаване на хипотезата за наличието на специфично взаимодействие между локуса на контрол, споделено вземане на решение, удовлетвореност от работата и бърнаут синдрома е приложен корелационен анализ.

В настоящото проучване резултатите от статистическата обработка на данните са представени чрез коефициента на ранговата корелация на Spearman's rho. Изчисляването на корелационния коефициент послужи, за да се оцени асоциацията между

детерминантите на ЛК, СВР, УР и МВІ и в същото време да се измери силата и посоката на всяка от тези асоциации.

Таблиците 13 и 14 представят обобщените корелации и дават информация за степента и посоката на връзката между променливите. Във връзка със скалата на Maslach, изследваните оценяват честотата, с която преживяват всяко едно от 22-те описани състояния, които попадат в една от трите подскали – ЕИ, ДП и РА. Високи оценки по първите две скали и ниска по третата отговарят на висока степен на преживян бърнаут. В допълнение, за целите на анализа е включен и сумарния бърнаут- индекс.

Наблюдават се корелации между отделните скали, което показва, че при повишаване стойностите на ЕИ и ДП намалява РА.

Таблица 13. Корелация между подскалите ЕЕ, ДП, РА и БИ на бърнаут синдром (n=319)

		ЕИ	ДП	РА	БИ
ЕИ	Spearman's rho	1.000	.585**	-.201**	.746**
	p-value	.	.0001	.0001	.0001
ДП	Spearman's rho		1.000	-.102	.732**
	p-value		.	.070	.0001
РА	Spearman's rho			1.000	-.581**
	p-value			.	.0001
БИ	Spearman's rho				1.000
	p-value				.

** Корелация с ниво на значимост $p < 0.01$

* Корелация с ниво на значимост $p < 0.05$

Много ценна информация ни дава измерване на взаимовръзката между подскалите за бърнаут и конструкта локус на контрол, скалата за оценка на споделено вземане на решение и скалата за оценка на нивото на удовлетвореност на ОПЛ.

От анализа на резултатите установихме, че съществува зависимост между нивото на бърнаут и всички споменати категории.

Откриваме умерена права корелация между локуса на контрол и нивата на бърнаут за ЕИ и ДП, т.е. високи нива на ЕИ и ДП при външен локус на контрол. Анализът за скалата на Работоспособност показва наличие на слаба обратна корелация с локус на контрол на ОПЛ. Този резултат предполага, че вътрешен локус на контрол се свързва с ниски нива на бърнаут, по скалата РА.

Професионалното поведение на здравния професионалист е свързано с изграждане на взаимоотношения с пациента, основани на професионалното общуване. При търсенето на взаимовръзки между СВР, трите подскали на бърнаут и сумарния БИ установихме, че съществува слаба обратна корелация между ЕИ, ДП и скалата за СВР и слаба права по отношение на РА. Данните ни позволяват да обобщим, че в посока превенция на бърнаут синдрома би било полезно ЛЦГ да се имплементират широко в практиката на ОПЛ, т.е. високите нива на пациент-центрираност предполагат ниски нива на ЕИ, ДП и високо професионално представяне.

Счита се, че локуса на контрол е по-малко зависим от външни фактори и по-трудно се променя, докато обучението по пациент-центрираност набира все по-голяма популярност в съвременните наръчници за управление на социалнозначими заболявания като диабет, артериална хипертония и др.

Бърнаут е тясно свързан и с неудовлетвореността от работа. Нашите резултати потвърждават тезата, че нивото на удовлетвореност на ОПЛ намалява с увеличаване нивата на ЕИ и ДП.

Таблица 14. Корелация между локус на контрол, споделено вземане на решение, удовлетвореност от работата и подskalите ЕЕ, ДП и РА на бърнаут синдром (n=319)

		ЕИ	ДП	РА	БИ
Локус на контрол	Spearman's rho	.338**	.317**	-.113*	.333**
	p-value	.0001	.0001	.044	.0001
Споделено вземане на решение	Spearman's rho	-.134*	-.228**	.133*	-.201**
	p-value	.017	.0001	.017	.0001
Удовлетвореност от работата	Spearman's rho	-.497**	-.268**	.108	-.329**
	p-value	.0001	.0001	.054	.0001

** Корелация с ниво на значимост $p < 0.01$

* Корелация с ниво на значимост $p < 0.05$

Съпоставка на количествено измеримите характеристики на ОПЛ в зависимост от нивата на бърнаут в разглежданите дименсии потвърди значимостта на фактора възраст за подкатегорията ДП ($p=0.034$). Общото ниво на деперсонализация при респондентите следва тенденция към плавно, но последователно покачване с нарастването на трудовия стаж. Това може да се обясни с факта, че с увеличаване на трудовия стаж се проявява кумулативния ефект на негативните аспекти на професионалната дейност, нараства физическата и психическата умора, появява се безразличие към работата, стремеж към емоционално дистанциране при прилагането на грижа за пациентите и свързаните с нея трудности.

По отношение на ЕИ, изследването установи тясна корелационна зависимост с броя на децата и професионалния стаж на респондентите съответно $p=0.032$ и $p=0.033$. Силно впечатление прави нарастването на нивото на бърнаут при по-голям брой деца и специалисти с по-дълъг професионален опит.

Съдържанието на труда в общата медицинска практика включва количествените и качествените аспекти на обслужване на пациентите: брой пациенти, ниво на тежест, степента на дълбочина на контактите с тях.

Данните по отношение на взаимодействието между прегарянето и броя на пациентите, в това число и обслужваните за определен период от време, не са еднозначни, въпреки че теоретично е възможно да се предположи, че е налице положителна връзка между тези променливи. Установи се различие по отношение на средния брой пациенти за седмица и нивата на ДП, като най-висок брой пациенти се пада на групата ОПЛ с умерени нива на БС ($p=0.018$).

Интересен е и резултатът, според който ОПЛ, които имат най-висок брой часове за консултации са с ниски нива на БС по скалата за Работоспособност ($p=0.008$).

Средна оценка на трудности при обслужване на полиморбидни пациенти в зависимост от нивата на бърнаут

Резултатите от проведените анализи относно трудностите при обслужване на полиморбидни пациенти показва наличие на зависимости със синдрома на изпепеляване и по-конкретно за подskalите за ЕИ и ДП. Професионалното представяне запазва

относителна стабилност. За ЕИ и ДП статистически значими различия в нивата на БС установихме при еднакъв брой твърдения (8) $p < 0.05$. В много по-малка степен тава важи за РА (4). Установихме, че „слабо сътрудничество от страна на пациента“ има отношение към трите подскали на БС, т.е. ОПЛ с високи нива на БС са дали по-висока тежест на категорията. Анализът на данните показва, че има връзка между нивата на професионалното изпепеляване отнасящо се за ЕИ и ДП и твърденията „затруднения свързани с вземане на споделено решение с пациента“, „трудности при оценка на полипрагмазия“, „слаба взаимовръзка със социални служби“ и „недостиг на персонал“. ОПЛ с високи нива на ДП и слабо професионално представяне приемат като предизвикателство трудностите в справяне с полиморбидните пациенти „затруднена или липсваща комуникация с тесни специалисти“ и „затруднена или липсваща координация с тесни специалисти“. Установихме и специфични взаимовръзки само по една от скалите за БС. За ЕИ това включва – „трудности в общуването с пациента“, „ограничения в нормативната уредба, възможност ОПЛ да вземат решения“ и „организационни проблеми и фрагментация на грижите“. При подскалата ДП - „отчитане на нежелани лекарствени реакции“ и за РА - „недостиг на финансови ресурси“. Резултатите предполагат тръсене и прилагане на конкретни интервенции за превенция.

Факторни регресионни предиктивни модели за изпепеляването

Етиологията на бърнаут е многофакторна и се определя от сложни взаимодействия на трудови и нетрудови професионални фактори, и многобройни медиатори и модератори. Съчетаването и натрупването на различни стресови фактори (индивидуален, междуличностен и организационен стрес) задвижват процеса на прегаряне.

В нашето изследване е извършен еднофакторен регресионен анализ, за оценка на статистически значимите фактори свързани с бърнаут и удовлетворението от работа. Оценен е релативния риск /отношението на шансовете за изследваните групи фактори.

Установи, че от социо-демографските характеристики единствено възрастта има значение като предиктор за ЕИ. При останалите подскали на бърнаут ДП, ПА не бяха установени значими различия в нивата на бърнаут по пол, възраст, семейно положение и брой деца.

По отношение на факторите свързани със стил и начин на живот установихме значимо влияние върху нивото на ЕИ на факторите: временна неработоспособност, промяна в статуса на активните пушачи, промяна в статуса на консумиращите алкохол и регистрирано хронично заболяване. За поскалата ДП съответно - промяна в статуса на консумиращите алкохол, употреба на психотропни вещества и регистрирано хронично заболяване. За дименсията РА значим се оказа само фактора регистрирано хронично заболяване.

Анализът от изследването на професионалните фактори не установи статистическа значимост единствено за подскалара РА. Установи се, че фактора обмисляне за смяна на работата е значим за всички останали - ЕИ, ДП. При подскалата за ДП значение има и как е осигурено 24-часовото обслужване.

Таблица 15. Многофакторен регресионен модел за ЕИ, ДП и РА

Зависима променлива	Фактори		OR	95% CI	p-value	
	Характеристики	Категории				
Емоционално изтощение	Социо-демографски	Възраст				
		Под 50 години	Rc (1)			
		Над 51 години	2.134	[1.265;3.598]	0.004	
	Професионални	Обмисляне възможността да си сменят работата				
		Не	Rc (1)			
		Да	4.158	[2.258;7.655]	<0.0001	
	Личностни аспекти	Локус на контрол				
		Вътрешен локус	Rc (1)			
		Външен локус	3.634	[2.180;6.057]	<0.0001	
		Обучение по ЛЦГ				
		Да	Rc (1)			
		Не	2.557	[1.162;5.629]	0.020	
	Константа	0.098		<0.0001		
Деперсонализация	Професионални	Обмисляне възможността да си сменят работата				
		Не	Rc (1)			
		Да	3.419	[2.004;5.833]	<0.0001	
	Личностни аспекти	Локус на контрол				
		Вътрешен локус	Rc (1)			
		Външен локус	2.751	[1.693;4.471]	<0.0001	
		Константа	0.259		<0.0001	
Работоспособност	Личностни аспекти	Локус на контрол				
		Вътрешен локус	Rc (1)			
		Външен локус	1.754	[1.098;2.801]	0.019	
		Константа	0.394		<0.0001	

Rc – референтна категория

Личностните аспекти включват индивидуални характеристики и нагласи на ОПЛ. В този смисъл локализацията на контрол се оказва ключов предиктор за развитие на бърнаут синдром. Провеждането на целенасочено обучение по ЛЦГ е протективен фактор за развитие на ЕИ и ДП сред ОПЛ. Протективен фактор за ЕИ и ДП е и удовлетвореността от работа.

Резултатите от многофакторния регресионен анализ за отделните подскали на БС до голяма степен потвърждават хипотезата за връзка между локус на контрол на ОПЛ и уязвимостта към бърнаут, т.е. локусът на контрол е прогностичен определящ фактор и за трите измерения на професионалното изпепеляване.

От друга страна се оформя профил на ОПЛ за развитие на бърнаут, по скалата на ЕИ, който включва възраст над 50г., с външен локус на контрол, липса на желание за обучение по ЛЦГ, който вече е обмислял да си смени работата. Съчетанието на тези параметри увеличава статистически значимо шанса за ЕИ при ОПЛ 10 пъти. Данните от анализа показват, че върху модела за възникване на ЕИ, влияние оказват и съчетанието на други фактори, $OR=0.098$.

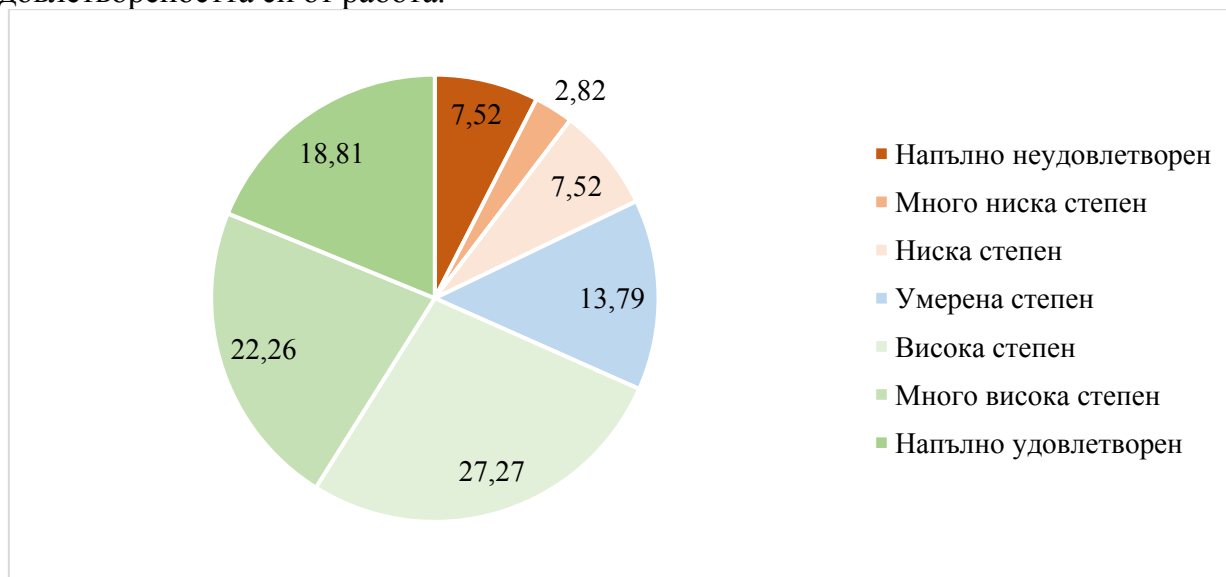
Изводи:

- С нарастване на възрастта се влошава устойчивостта към синдрома бърнаут, като полът не оказва статистически значимо влияние.
- Потвърди се, че здравословният стил и начин на живот са протективни фактори за развитието на бърнаут синдром.
- Видът на практиката (индивидуална или групов) не оказва значение, но типа на обслужваното население има влияние за развитието на бърнаут синдрома.
- ОПЛ с вътрешен локус на контрол проявяват статистически значимо по-ниски нива на бърнаут по трите скали.
- Нивото на удовлетвореност на ОПЛ намалява с увеличаване нивата на ЕИ и ДП.
- Провеждането на обучение по личност-центрирани грижи може да се използва като полезна интервенция за превенция.
- Нивата на бърнаут синдрома са по-ниски при ОПЛ, които използват споделено вземане на решение, като аспект на личност-центрираните грижи.
- Детайлното проучване на трудностите при обслужване на полиморбидни пациенти показва наличие на зависимости със синдрома на изпепеляване и по-конкретно за подskalите за ЕИ и ДП; професионалното представяне запазва относителна стабилност въпреки трудностите при обслужване.

4. Ниво на удовлетвореност на ОПЛ в зависимост от факторите: личностови аспекти на ОПЛ; фактори, свързани с философията на специалността; фактори, свързани с работната среда; проведено обучение по пациент-центрираност

Резултатите за оценката на удовлетвореността от работа на ОПЛ, оценена посредством 7 степенна Ликертова скала, са представени на фигура 8.

Положителен е факта, че преобладават ОПЛ с позитивна оценка относно удовлетвореността си от работа.



Фигура 8. Степен на удовлетвореност на ОПЛ от работата

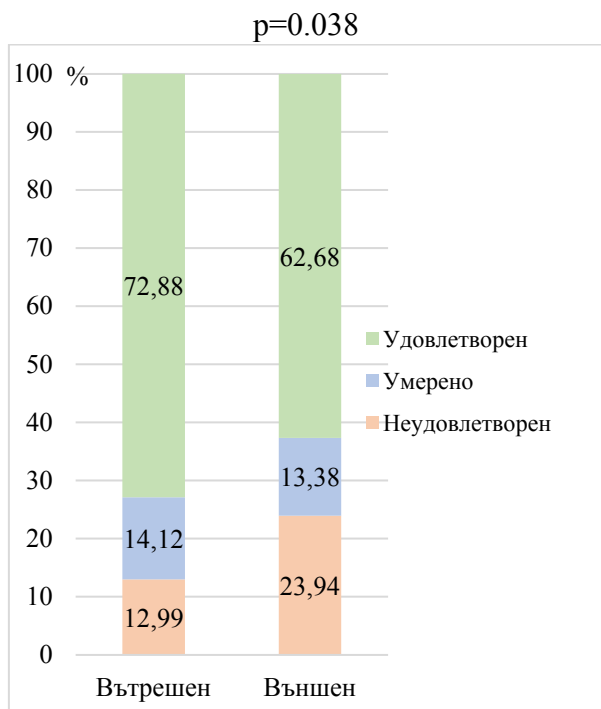
За по-точна обработка на данните е направено прекодиране за нивото на удовлетвореност. То е ограничено до три степени, съответно недовъдетворен при 57 (17.87%), в умерена степен при 44 (13.79%) и удовлетворен при 218 (68.34 %) семейни лекари.

Социо-демографски фактори и ниво на удовлетвореност

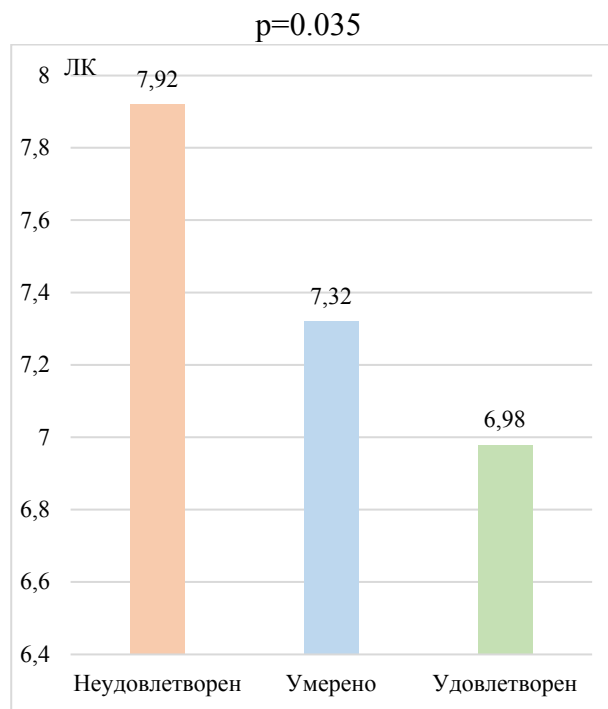
Статистическа значима разлика по отношение на изследваните социо-демографски показатели, установихме по отношение на семейното положение ($p=0.006$). Групата на разведените и тези загубили партньор са с най-висок относителен дял за висока степен на удовлетвореност. Обяснение на този резултат бихме могли да дадем с разбирането, че хората намират смисъл в това да бъдат полезни, в случай на лични преживени трудности в семейството. Най-съществено се откроява групата на живеещите съвместно, при които има относително равномерно разпределение между категориите за удовлетвореност, без ярко превалиране на една от тях. По-големият брой деца се асоциира и с по-висока степен на удовлетвореност на ОПЛ от работата $p=0.032$.

Установихме, че относителния дял на удовлетворените ОПЛ е статистически значимо по-висок сред лекарите с вътрешен локус на контрол, в сравнение с тези с външен локус. ($p=0.038$) (фигура 9 и 10) Връзката между удовлетвореността на ОПЛ и локуса на контрол беше оценена и с помощта на коефициент на Spearman's rho. Въз основа на резултатите от направения анализ ясно се вижда, че съществува обратно пропорционална корелационна зависимост между степента на удовлетвореност на ОПЛ и изследвания от нас конструкт (Spearman's rho $r=-0.203$, $p=0.001$), т.е. по-високата степен на

удовлетвореност предполага по-нисък локус на контрол. Това показва, че ОПЛ с по-ясно изразена самооценка и увереност в по-голяма степен работят при условия носещи удовлетвореност от работата.



Фигура 9. Разпределение на ОПЛ според локализацията на контрол и нивата на удовлетвореност



Фигура 10. Средна оценка на ЛК в зависимост от степента на удовлетвореност

Стил и начин на живот и ниво на удовлетвореност

Установихме статистически значимо по-висок относителен дял на удовлетворените ОПЛ, които отделят за сън над 8 часа ($p=0.003$). Не се установи разлика по отношение на ползване на болнични през изминалата година, но прави впечатление, че ОПЛ на които им се е наложило да ползват отпуск по болест до 30 дни по-често попадат в категорията на удовлетворените, в сравнение с тези с продължителна временна неработоспособност ($p=0.002$). Интересни са резултатите относно навиците свързани с тютюнопушенето. Най-висок относителен дял удовлетворени ОПЛ се регистрира сред семейните лекари, които никога не са пушили, последвани от тези спрели цигарите за повече от 6 месеца.

При групата на пушачите регистрирахме друг благоприятен резултат, а именно, че тези, които не са увеличили броя на изпушените цигари са с по-висок относителен дял на удовлетворени ОПЛ, в сравнение с тези затвърждаващи вредния навик и увеличавайки броя на изпушените цигари ($p=0.016$). С над 25% е по-висок относителния дял и на ОПЛ с високи нива на удовлетвореност, които не употребяват психотропни вещества ($p=0.037$).

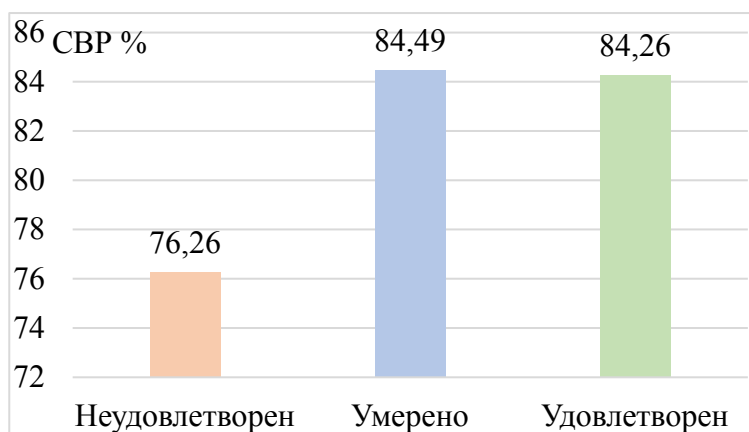
Професионални фактори и удовлетвореност от работата

След анализа на данните по отношение на изследваните категорийни показатели и ниво на удовлетвореност не се установи връзка, с изключение на това, дали ОПЛ са обмисляли да си сменят работата през последната една година. Резултатите убедително доказват, че групата на ОПЛ, за които този въпрос не е бил актуален имат регистрирани близо три пъти по-висок относителен дял на удовлетвореност, в сравнение на тези, които са обмисляли подобна промяна. Очакван е резултатът ОПЛ с ниска степен на

удовлетвореност много по-често са дали отговор, че са обмисляли възможността да си сменят работата ($p < 0.0001$, $\chi^2 = 93.153$).

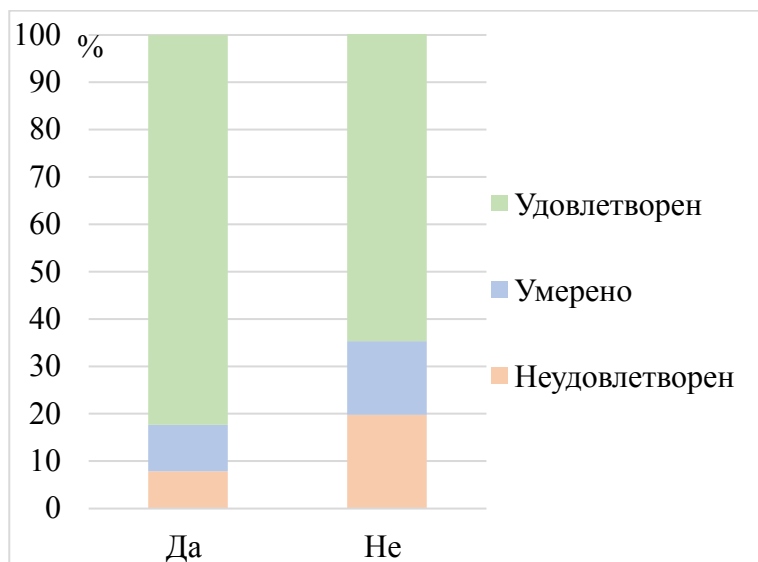
Съпоставката на средните стойности на трудовия стаж за отделните нива на удовлетвореност показва, че групата на удовлетворените ОПЛ са с трудов стаж до 15 г. $p = 0.033$.

Интерес представлява, дали степента на удовлетвореност има връзка със склонността на ОПЛ да включват пациента във вземането на решение относно техните проблеми. Установихме, че ОПЛ с по-висока степен на удовлетвореност имат по-висока степен на пациент-центрираност (фигура 11), оценена по скалата на въпросника ($p = 0.002$).



Фигура 11. Средна оценка на СВР в зависимост от степента на удовлетвореност

Установената от нас взаимовръзка между степента на удовлетвореност на ОПЛ и включването на ОПЛ в обученията за пациент-центрираност показва положителна тенденция ($p = 0.053$) – по-висока удовлетвореност сред преминалите обучение по ЛЦГ (фигура 12).



Фигура 12. Взаимовръзка между степента на удовлетвореност и проведено обучение по пациент-центрираност

Не установихме статистически значима разлика в нивата на удовлетвореност по отношение на изследваните 17 вида трудности при обслужване на полиморбидни пациенти.

Факторни регресионни предиктивни модели за удовлетворението от работа

От направените еднофакторни анализи потвърждаваме получените данни за взаимовръзки между изследваните фактори, определени чрез коефициентите на корелация. Значими се оказаха факторите продължителност на временната неработоспособност и промяна в статуса на активните пушачи. По отношение на първата категория прави впечатление, че шанса при продължителен отпуск поради заболяване над 30 дни за година е шест пъти по-висок за това ОПЛ да са неудовлетворени. Пет пъти по-висок шанс установяваме и при групата на активните пушачи, които са увеличили броя на изпушените цигари.

Логичен намираме резултата, според който ОПЛ, които са обмисляли да си сменят работата значително по-често са с високи нива неудовлетвореност, като отношението на шансовете е в рамките на седем пъти по-висок риск.

ОПЛ с външен локус на контрол имат два пъти по-висок риск от неудовлетвореност от работата, което отново потвърждава протективния ефект на вътрешната локализация на контрол.

Изводи:

- Преобладават ОПЛ с висока степен на удовлетвореност от работата.
- Потвърди се връзката, че ОПЛ, които притежават вътрешен локус на контрол са тези, които показват устойчивост в професията с постигнати по-високи нива на удовлетвореност.
- Удовлетвореността на семейните лекари има пряка права връзка със степента на пациент-центрираност.
- По-висока степен на удовлетвореност показват лекарите, които имат здравословен стил и начин на живот.
- Преобладават ОПЛ с високи нива на удовлетвореност, които не са обмисляли да си сменят работата.

5. Сравнителна оценка на профила на ОПЛ през 2003 г. и 2019 г.

Данните от нашето проучване потвърждават тенденцията за задълбочаване на проблема със застаряване на практикуващите ОПЛ. Анализът на данните показва, че относителният дял на ОПЛ над 51-годишна възраст през 2019г. е близо 2/3 и е значително по-висок от 2003 г. ($p=0.001$). Съотношението жени/мъже е 2/1 и то се запазва.

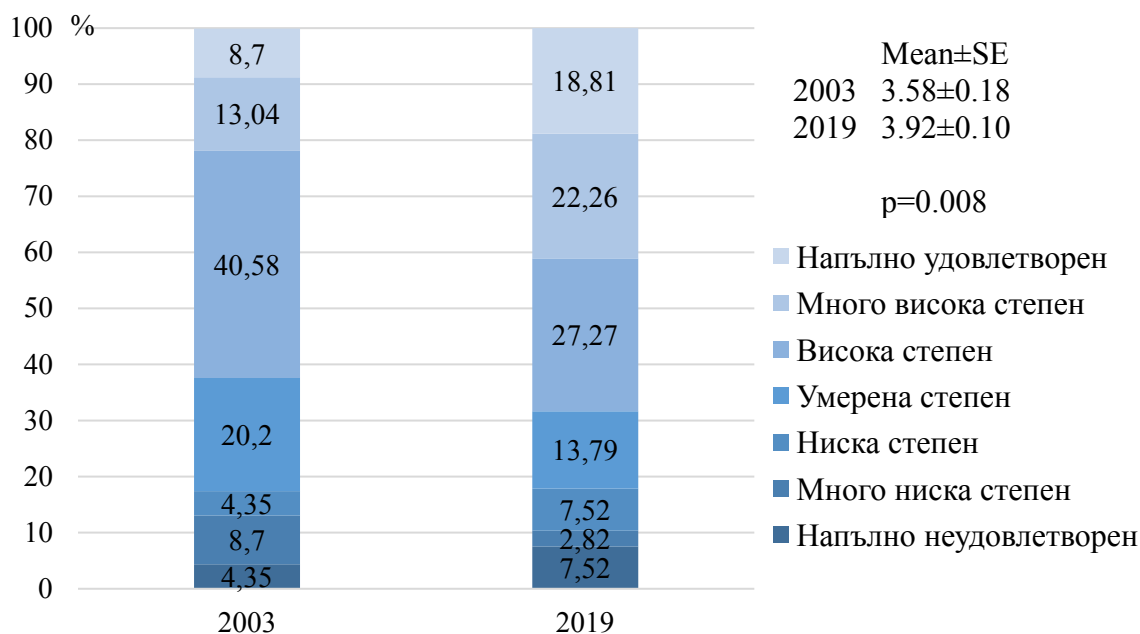
Потърсихме връзка в двете проучвания за фактори свързани със стил и начин на живот на ОПЛ. Анализиранияте данни показват неблагоприятна констелация относно поведенческите рискови фактори – консумация на алкохол и тютюнопушене. Статистически значимо по-висок дял ОПЛ консумират алкохол регулярно ($p=0.006$) през 2019г. като е намалял относителния дял на лицата, които са повишили количеството на алкохола през последната една година ($p=0.003$). По отношение на тютюнопушенето отчитаме относителна стабилност в дяла на активните пушачи ($p>0.05$), но от друга страна сред тази група се установи, че вредният навик се е задълбочил през последната година ($p=0.033$). Интерес представлява резултата, според който дялът на ОПЛ употребяващи психотропни вещества е намалял значително ($p=0.001$).

Важно значение имат и промените в професионалния профил на ОПЛ. Във връзка с резултатите относно възрастовата структура, през 2019 г. 4/5 от ОПЛ са с трудов стаж над 11 г. в системата, което логично е значително по-високо от 2003 г. ($p=0.001$). Обсъждайки фактори, свързани с работната среда, можем да обобщим, че регистрираните промени в типа на обслужваното население съществуват и с годините повече ОПЛ започват да работят в селски или смесени практики ($p=0.026$). Този резултат е тясно свързан с факта, че в България процедурата за регистриране на нова практика със записване на пациенти не е добре установена, така че не е лесно за младите лекари да формират своя пациентска листа.

Специфична характеристика за нашата система е необходимостта семейните лекари да са на разположение 24 часа. Данните показват, че относителният дял на ОПЛ, които осигуряват 24-часовото обслужване лично е намалял два пъти в сравнение с 2003 г. ($p=0.001$). От 2010 г. те получават допълнителна сума във връзка с 24-часовото обслужване. Повечето от тях предпочитат директно да заплащат на друго лечебно звено, което да се грижи за пациентите през почивните дни и нощно време.

Съпоставката на количествено измерените характеристики при сравняване на данните от двете проучвания показва, че по отношение на средния брой пациенти на седмица не се регистрира разлика в двете проучвания, за разлика от регистрираната продължителност на брой часове за консултативни прегледи, който през 2019 г. е по-малък в сравнение с 2003 г. ($p=0.001$).

Удовлетвореността е субективна категория и може да включва многостранни аспекти свързани с работата. Тя е важна предпоставка за оказване на качествени и ефикасни грижи за пациентите избрали своя ОПЛ от една страна. Степента на удовлетвореност се асоциира и с устойчивост в професията. Нашите данни убедително показват, че с утвърждаване на специалността обща медицина нивата на удовлетвореност на ОПЛ са по-високи, като разликата е нараснала статистически значимо от 2003 г. до 2019 г. (фигура 13).



Фигура 13. Разпределение на ОПЛ според степента на удовлетвореност през 2003 г. и 2019 г.

За нас беше важно да разберем отговора на въпроса дали ОПЛ са обмисляли да сменят работата си през последната година. Данните от нашето изследване установяват положителна тенденция, според която относителният дял на ОПЛ, които заявяват желание да продължат да практикуват е нараснал близо два пъти от 2003г. до 2019г. ($p=0.001$). Освен това през 2019г. семейните лекари са дали категорични отговори да или не, т.е. няма регистрирана позиция – не мога да преценя. Получените от нас данни затвърждават мнението, че ОПЛ изглеждат по-решителни в своето намерение за задържане в професията.

Очакван е резултатът, че ОПЛ с ниска степен на удовлетвореност много по-често са дали отговор, че са обмисляли възможността да си сменят работата ($p<0.05$ и за двете проучвания).

По отношение на подскарите емоционално изтощение и деперсонализация, установихме статистически значимо по-висок дял на ОПЛ с високи нива на цитираните подскарите, които са обмисляли да си сменят работата ($p<0.05$). За подскарата работоспособност не се установи подобна взаимовръзка. Изводът се отнася и за двете години на проучване.

Не е изненадващо, че относителният дял на ОПЛ с високо ниво на емоционално изтощение нараства с намаляване на удовлетвореността. Наблюдаваната взаимовръзка е статистически значима за проучването през 2019г.

Установихме връзка и по отношение на подкатегорията деперсонализация и степента на удовлетвореност. В групата на удовлетворените с най-висок относителен дял са ОПЛ с ниска степен на деперсонализация и обратно, в групата на неудовлетворените с най-висок относителен дял са ОПЛ с висока степен на деперсонализация. Статистическа значимост бе регистрирана само за проучването през 2019г.

Относно третото измерение работоспособност, резултатите показват, че удовлетворението е свързано с ниско ниво на изгаряне, но тук значителна разлика е регистрирана само през 2003г. Анализът на групата на удовлетворените ОПЛ показва, че най-висок относителен дял са именно тези, които са с ниско ниво на бърнаут, т.е. висока степен на себепредставяне.

Значително по-висок е относителният дял на ОПЛ с високо ниво на бърнаут по отношение на подкатегорията емоционално изтощение, които искат да променят работата си. Аналогични резултати получихме и за подкатегорията деперсонализация, отново със статистическа значимост. По отношение на подкатегорията работоспособност не се отчете значителна разлика и за двете проучвания.

Изводи:

- Сравняването на данни, получени скоро след реформата на здравната система и 15 години по-късно показва реалното състояние в първичната медицинска помощ.
- Отчита се значително застаряване сред семейните лекари в нашата страна.
- Не се установи промяна по отношение феминизацията в общата медицинска практика.
- Влошени са поведенческите рискови фактори като тютюнопушене и консумация на алкохол сред семейните лекари.
- Увеличил се е относителният дял на ОПЛ работещи с предимно селско население и смесени райони.
- Почти два пъти е намалял броя на ОПЛ, които осигуряват лично 24-часовото обслужване на пациентите си.
- Запазва се високата натовареност с повече от 50 консултации дневно.
- Утвърждава се превалирането на индивидуални, а не групови практики в страната.
- Позитивно е намаляването на емоционалното изтощение и увеличаване степента на удовлетвореност от работата сред ОПЛ, което пряко се отразява на тяхното желание да не сменят работната си позиция.

6. Интервенционален модел за професионално ориентиране за превенция на бърнаут синдром.

Не съществува единен подход за превенция на бърнаут сред ОПЛ и постигане на удовлетвореност от работата.

На базата направената литературна справка и получените резултати от настоящото и предходни наши проучвания се формира Интервенционален модел за професионално ориентиране с цел превенция на бърнаут синдрома и повишаване удовлетвореността на ОПЛ. Моделът включва три насоки. Графично той може да бъде представен като пирамида в основите, на която са личностовите аспекти, следвани от разбиране философията на специалността обща медицина и осигуряване на благоприятстваща работната среда. Всяко ниво се базира на диагностика (оценка на потребностите) в дадената насока, свързана с развитието на бърнаут синдром и постигане на високо ниво на удовлетвореност на ОПЛ и конкретна интервенция за превенция (схема 4).



Схема 4. Насоки за постигане на устойчивост в работата и съответни интервенции

Личностните аспекти са задължителен и неотменен фактор за професионално развитие. Към това направление се причисляват както индивидуални характеристики на личността, за които е известно, че са относително неконтролируеми (напр. типология на личността, темперамент, локус на контрол), така и нагласи на ОПЛ и характерови категории, които се формират и моделират от личния опит, семейството, включително и по време на университетското обучение. Към тази насока моделът включва два вида интервенции:

- Професионално ориентиране на база оценка уязвимостта на бъдещите ОПЛ
 - Оценка локус на контрол (Въпросник на Величков)
 - Оценка на ниво на пациент-центрираност (Въпросник SDM-Q-Doc Bulgarian)
 - Периодична оценка и мониториране на рискови фактори за развитие на бърнаут (въпросник за оценка на РФ)
 - Оценката на темпераментови и характерови особености на личността на ОПЛ (TCI-R, методика на Стоянов-Cloninger)
- Периодични обучения насочени към:
 - Работа в екип
 - Управление на времето и организационни умения
 - Обучение по превенция на бърнаут

- Обучение по комуникативни умения
- Обучения за личност-центрирани грижи
- Обучения в техники за справяне със стреса

Следващата насока е свързана с философията на специалността. Резултатите изведоха нейната значимост и основната интервенция включва голямо разнообразие от възможности за обучения, свързани със специалността, спомагащи за превенция на бърнаут синдром и постигане на удовлетворение от работата.

- Периодични обучения насочени към:
 - Прилагане на личност-центрирани грижи
 - Прилагане на холистичен подход
 - Управление на полиморбидността в общата медицинска практика

На върха на пирамидата е поставена работната среда. Резултатите насочват, че тя е само рамка за професионална изява и на това ниво интервенциите са свързани със здравните политики и провеждане на обучение по осигуряване на безопасна и здравословна работна среда. Изненадващо е, че работната среда, за която има най-много изследвания и се отделя най-голямо внимание в обществото, не е сред приоритетно определящите фактори за устойчивост в професията. Най-вероятно това е свързано с факта, че в България ОПЛ са собственици на практики, което въпреки значимите ограничения им дава свобода да управляват всички дейности в практиката. От друга страна резултатите очертаха динамиката и стабилизирането на позицията на ОПЛ през годините. Тази група фактори могат да бъдат повлияни с подходящи интервенции като:

- Здравни политики
 - Министерство на здравеопазването
 - Оптимизиране на нормативната уредба свързана със специализация, осигуряваща подходящи условия за обучители и специализанти
 - Медицински университет
 - Практическо обучение на студенти в акредитираните практики за първична медицинска помощ
 - НПО
 - Осигуряване на професионална и логистична подкрепа на ОПЛ
 - Участие в Балинтови групи
 - Практики за първична медицинска помощ
 - Периодична оценка и мониториране нивата на бърнаут и удовлетвореност от работата
 - Периодична оценка на психоклимата (IMPC, методика на Стоянов-Cloninger)
- Обучения за здравословни и безопасни условия на труд

Протективни фактори са: вътрешен локус на контрол, висока степен по скалата за СВР, млада възраст, здравословен начин на живот, липса на хронично заболяване, участие в обучения, удовлетвореност от работата, свързани с темперамента ниски стойности по скалата „избягване на вреда“ и високи за „упорство“, както и характеровата черта – себенасоченост, психоклимат на работна среда осигуряващ ниски нива на скалите „сплотеност“ и „натиск“.

Набелязаните тенденции и интервенции и очертаните профили на ОПЛ следва да бъдат допълнително проучени, което би могло да послужи при професионално ориентиране и утвърждаването на обща медицина като възможен осъзнат професионален избор, който носи удовлетвореност от работата.

За младите лекари във връзка с избора на специалност е важно да знаят, че ОПЛ с „вътрешен локус на контрол“ са по-здрави и по-доволни от професионалния си живот. Те са с по-изразена пациент-центрираност и показват по-висока осъзнатост към трудностите при работа с полиморбидни пациенти при споделеното вземане на решение. Добрата новина е, че макар да се счита, че локуса на контрол е относително постоянна характеристика и произхожда от детството, има доказателства, че ОПЛ могат да променят „локуса на контрол“, като се фокусират върху това, което може да бъде контролирано.

Прилагането на споделено вземане на решение, като аспект на личност-центрираните грижи има протективен ефект върху развитието на бърнаут синдром.

Здравословният начин на живот по отношение на поведенческите рискови фактори има значение за превенцията на бърнаут синдром.

Темпераментовите характеристики се унаследяват, докато характеровите категории се моделират от личния опит. Протективен ефект от темпераментовите характеристики имат ниските нива на скалата „избягване на вреда“, което предполага, че личните лекари са по-оптимистични, уверени в себе си и по-активни. Високите нива на „упорство“, описва темперамент на амбициозни хора стремящи се към високи постижения, работохолици и професионалисти. Най-често се изразява чрез перфекционизъм от страна на личните лекари и повишава професионалното развитие и усъвършенстване. Характеровата категория „себенабоченост“, което означава ОПЛ да е отговорен и целеустремен, с интерес за развитие и усъвършенстване също е важна в превенцията на бърнаут.

ОПЛ са подложени на натиск както от страна на своите пациенти, така и от страна на други институции. В допълнение част от тях работят в условия на изолация и затруднена комуникация, когато са в отдалечени райони. Благоприятният психоклимат се свързва с избягване на усещане за „натиск“ и „сплотеност“, което има отношение към тяхната посветеност на работата.

Полиморбидността е широко разпространена в общата медицинска практика. Ранжирането на трудностите при обслужване на полиморбидни пациенти показва необходимост от обучение по комуникативни умения, с цел подобряване общуването с пациентите, тесните специалисти и социалните служби, както и обучение за управление на времеви ресурс и организация на дейността в практиката.

Затова е важно професионалното ориентиране и обучението по време на следването по медицина, с фокус върху необходимостта от развиване на комуникативни умения и прилагане на личност-центрирани грижи.

V. ИЗВОДИ

1. Характеристиката на съвременния ОПЛ потвърждава тенденцията за застаряване и феминизация в професията. Преобладават ОПЛ над 50г, предимно семейни, с едно или две деца. Стилът и начинът на живот на ОПЛ се характеризират с влошени поведенчески рискови фактори; наличие на хронично заболяване; отделяне на достатъчно време за сън, избягване употребата на психоактивни вещества. Професионалният профил включва ОПЛ работещи в индивидуални практики за първична медицинска помощ, обслужващи предимно градско население, със среден брой около 1500 пациенти в практиката, висок дял на полиморбидни пациенти; осигуряващи 24-часово обслужване чрез друго лечебно заведение; избягващи ползването на болнични в случай на временна неработоспособност. Преобладават ОПЛ с вътрешен локус на контрол, удовлетворени от работата, с висока степен на пациент-центрираност, приемащи ограниченото време за консултиране като водеща бариера при обслужването на полиморбидните пациенти.
2. Синдромът на професионално изпепеляване представлява значим проблем, широко разпространен сред общопрактикуващите лекари. Близко половината от ОПЛ са с високи нива на емоционално изтощение, малко над една трета са с високи нива на деперсонализация и ниски нива на професионално представяне. Предиктори за синдрома на изпепеляване са външен локус на контрол на ОПЛ, възраст над 50г., по-ниска степен на пациент-центрираност, липса на обучения по личност-центрирани грижи, нагласи за смяна на работата.
3. С утвърждаване на специалността обща медицина нивото на емоционално изтощение е намаляло, докато нивото на удовлетвореност на ОПЛ е статистически значимо по-високо в сравнение с въвеждането на специалността, което пряко се отразява и на тяхното желание да запазят работната позиция.
4. Очертан е портретът на удовлетворения ОПЛ чрез позитивните фактори в общата медицинска практика, като удовлетвореността е свързана основно с личностните аспекти на ОПЛ; философията на специалността; по-малко свързана със средата на практикуване. Личният лекар е човек с присъщи характеристики, включително интерес към живота на хората, със силна способност да се справя с различни ситуации и пациенти, способен да постигане баланс между професионален и личен живот. Интелектуалният аспект на вземането на медицински решения е възнаграждаващо предизвикателство, свързва се с ефективно медицинско управление, което изисква професионална компетентност и ориентация към пациента за всеки лекар. Взаимоотношенията лекар-пациент, основани на доверие и взаимен респект, повишават удовлетворението на ОПЛ. В контекста на работната среда, автономността в организацията на практиката е важен позитивен фактор за личните лекари.
5. Резултатите доказват значимостта и необходимостта от обучение на студентско ниво по дисциплината обща медицина в трите насоки – личностови, свързани с философията на специалността и работната среда. Обучението би могло да служи едновременно за професионалното ориентиране, превенцията на бърнаут синдрома и за постигане на професионална удовлетвореност. За да бъде ефективно, следва да се надгражда през целия професионален път.

6. Едни и същи са модифициращите фактори за устойчивост и уязвимост за изследваните аспекти и това позволява през тяхното моделиране и управление да се постигне позитивна професионална реализация. Отчетените тенденции предполагат необходимостта от адекватни интервенции и национална политика за стимулиране на младите лекари при избора на специалност и задържането им в България.

VI. ПРИНОСИ

Приноси с оригинален характер

- Използвана е оригинална комбинация от качествени и количествени изследователски методи, което позволява детайлна оценка и очертава взаимовръзки по отношение на уязвимостта и устойчивостта в професията на ОПЛ.
- Извършена е комплексна характеристика на позитивните аспекти в общата медицинска практика в България.
- Направена е оценка на нивата на бърнаута сред ОПЛ в динамика; изследвано е влиянието на личностови и професионални фактори, стил и начин на живот свързани с превенцията на синдрома на изпепеляването.
- За първи път се установяват конкретни взаимовръзки между скалите за оценка на локус на контрол, пациент-центрираност при полиморбидни пациенти; нива на бърнаут и удовлетвореност на ОПЛ в България.

Приноси обогатяващи съществуващите знания (потвърдителни)

- Получена е подробна аналитична информация, която потвърждава изведените от научната литература тенденции, свързани със синдрома на изпепеляване и позитивните аспекти на специалността обща медицина.

Приноси с приложен характер (практическо-приложни)

- Валидиран е въпросник за оценка на споделено вземане на решение SDM-Q-Doc Bulgarian.
- Валидирана е международно приета дефиниция за полиморбидност на български език.
- Използването на резултатите от научно-изследователската работа доведоха до учредяване на професионална мрежа - Сдружение на обучители и изследователи в България по обща медицина (СОИБОМ), която промотира специалността и създава международни, интердисциплинарни връзки:
 - Декларация между СОИБОМ и WONCA EUROPE (Световна организация на общопрактикуващите лекари);
 - Декларация между СОИБОМ и EURACT (Европейска организация за обучение в общата медицинска практика).
- Разработен е интервенционален модел за професионално ориентиране, отразяващ резултатите от научно-изследователската работа, който би могъл да служи за ефективна превенция на синдрома на изпепеляване.

VII. ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМАТА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

B. Le Floch, H. Bastiaens, J. Y. Le Reste, H. Lingner, R. Hoffman, S. Czachowski, R. Assenova, T. H. Koskela, Z. Klemenc-Ketis, P. Nabbe, A. Sowinska, T. Montier and L. Peremans. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. **BMC Family Practice** 2019, 20:96.

IF 1.062 <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0985-9>

Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste J, Lingner H, Hoffman RD, Czachowski S, Assenova R, Koskela TH, Klemenc-Ketis Z, Nabbe P, Sowinska A, Montier T, Peremans L. Which positive factors determine the GP satisfaction in clinical practice? A systematic literature review. **BMC Family Practice** 2016, 17:133

IF 1.641 DOI: 10.1186/s12875-016-0524-x

Le Reste JY, Nabbe P, Lingner H, Kasuba Lazic D, Assenova R, Munoz M, Sowinska A, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, Valderas J, Le Floch B, Deriennic J, Jan T, Melot E, Barraine P, Odorico M, Lietard C, Van Royen P, Van Marwijk H. What research agenda could be generated from the European General Practice Research Network concept of Multimorbidity in Family Practice? **BMC Family Practice** 2015,16(1):125.

IF 1.67 DOI: 10.1186/s12875-015-0337-3

Le Reste JY, Nabbe P, Lazic D, Assenova R, Lingner H, Czachowski S, Argyriadou S, Sowinska A, Lygidakis C, Doerr C, Claveria A, Le Floch B, Derriennic J, Van Marwijk H, Van Royen P. How do general practitioners recognize the definition of multimorbidity? A European qualitative study. **European Journal of General Practice** 2016, Volume 22, Issue 3:159-168

IF 1.22 DOI: 10.3109/13814788.2015.1136619

Le Reste JY, Nabbe P, Rivet C, Lygidakis C, Doerr C, Czachowski S, Lingner H, Argyriadou S, Lazic D, Assenova R, Hasaganic M, Munoz M, Thulesius H, Le Floch B, Derriennic J, Sowinska A, Van Marwijk H, Lietard C, Van Royen P. The European General Practice Research Network Presents the Translations of Its Comprehensive Definition of Multimorbidity in Family Medicine in Ten European Languages. **PLoS ONE** 2015

IF 3.54 DOI:10.1371/journal.pone.0115796DOI:10.1371/journal.pone.0115796

B Le Floch, H Bastiaens, Jy Le Reste, H Lingner, Rd Hoffman, R Assenova, T Koskela, Z Klemenc-Ketis, P Nabbe, T Montier & L Peremans (2020): Which positive view of general practice do medical students and trainees have? A systematic literature review, *Education for Primary Care*, DOI: 10.1080/14739879.2020.1716200, ISSN: 1473-9879 (Print) 1475-990X (Online) Journal homepage:

<https://www.tandfonline.com/loi/tepc20>

Assenova R, Le Reste JY, Foreva G, Mileva D, Czachowski S, Sowinska A, Nabbe P, Argyriadou S, Lazic D, Hasaganic M, Lingner H, Lygidakis H, Muñoz MA, Claveria A, Doerr C, Van Marwijk H, Van Royen P, Lietard C. Cross-Cultural Validation of the Definition of Multimorbidity in the Bulgarian Language. *Folia Medica* 2015; 57(2):127-132. DOI: 10.1515/folmed-2015-0031

Асенова Р, Форева Г, Димчева Т, Матева Н. Психологическият конструкт „локус на контрол“ при общопрактикуващите лекари. *Обща медицина* 2021;XXIII (1):3-9.

Асенова Р, Форева Г, Димчева Д, Атлиев К, Матева Н. Приложение на въпросник за споделено вземане на решение SDM-Q-Doc Bulgarian сред общопрактикуващите лекари *Обща медицина* 2021;XXIII (2):9-13.

Асенова Р, Форева Г, Матева Н. Възприемането от страна на личните лекари на трудностите в управлението на полиморбидни пациенти в зависимост от психологическия конструкт локус на контрол. *Обща медицина* 2021;XXIII (2):3-9.

Асенова Р, Форева Г, Матева Н. Проблемни области в управлението на полиморбидността в общата медицинска практика. *Обща медицина* 2020;XXII (5):44-49.

Асенова Р, Форева Г, Димчева Д, Атлиев К, Матева Н. Споделено вземане на решение в общата медицинска практика при полиморбидни пациенти. *Обща медицина* 2021;XXIII;3:3-8.

Asenova R. The Way Forward From Burnout to Professional Satisfaction in General Practice/Family Medicine. *The World Book of Family Medicine – WONCA Europe Edition 2020 online*
