

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ**

**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

**КАТЕДРА ПО УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ**

*Любомир Кирилов Киров*

**ЕПИДЕМИОЛОГИЯ И СЪДЪРЖАНИЕ НА  
СИНДРОМА НА ИЗПЕПЕЛЯВАНЕТО ПРИ  
ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ В  
БЪЛГАРИЯ**

***АВТОРЕФЕРАТ***

***НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД***

***ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН „ДОКТОР”***

Научна специалност „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацията”, шиф. 03.01.53.

**НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ:**

**СТ.Н.С. Д-Р ГЕОРГИ ИВАНОВ, Д.М.Н.**

**ПЛОВДИВ, 2012**

---

## ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БЛС	Български лекарски съюз
ДП/ОР	Деперсонализация
ЕИ/ЕЕ	Емоционално изтощение
МЗ	Министерство на здравеопазването
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НИЗД	Неинсулинозависим захарен диабет
НРД	Национален рамков договор
НС	Народно събрание на Република България
НСОПЛБ	Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България
ОМ	Обща медицина
ОПЛ	Общопрактикуващи лекари
ПИМП	Първична извънболнична медицинска помощ
СЗО	Световна здравна организация
СИМП	Специализирана извънболнична медицинска помощ
СП	Себепредставяне
ХБ	Хипертонична болест
BOS	Burnoutsyndrome (BOS)
МВИ/МБИ	Maslach Burnout Inventory
OR	Odds ratio
WONCA	Световна организация на семейните лекари

---

## ВЪВЕДЕНИЕ

След 10 години от началото на реформата в системата на първичната медицинска помощ, които промениха професионалния модел на лекарите, статута на лечебните заведения и формите на финансиране, тя продължава да се „задъхва“ от голям брой проблеми от различен характер – финансово-икономически, правни, технологични, организационни, морално-етични и др. Тяхното съществуване и бавно решаване е причина системата на здравеопазване все повече да се отличава от добрите модели и от възможния принос, който може да даде за здравето на хората. Въпреки тази недостатъчност в действията, когато се обсъждат съществуващите проблеми и се обявяват намерения, все повече се обръща внимание на пациента като център на системата: пациент-центрирана система на здравеопазване; още по-улеснен достъп до медицинска услуга; намерения за подобряване на профилактиката и проследяването на хронично болните и др. Това по принцип е правилна, но едностранчива позиция, тъй като в „модерното“ говорене по темата сякаш бе забравен или оставен на заден план другият, освен пациента, основен „играч“ в системата на здравеопазване, а именно Лекарят и най-вече общопрактикуващият лекар (ОПЛ).

Поради пренебрежителното отношение и недостатъчната грижа на здравните политици и държавното управление, постепенно първичната помощ се превръща не само в неатрактивна, но и опасна за здравето на лекарите територия за работа. Още в началото при въвеждане на новата система на здравноосигурителен модел и съпътстващите го промени в предоставянето на медицински услуги, лекарите, които започнаха да работят в първичната извънболнична медицинска помощ бяха подложени на „шокова промяна“, която ги

---

постави през следващите години в условията на постоянен и бързо повишаващ се по сила стрес.

Едва ли стратегите на реформата са съобразили, че прекомерното психо-емоционално напрежение и свързаният с него стрес биха могли да доведат до физически и психологически проблеми у общопрактикуващите лекари, чиято проява е синдромът на изпепеляването (burnout syndrome - BOS).

Синдромът на изпепеляването обикновено е резултат на непреодолян стрес, носещ характеристиките на дистрес. Той е едно от най-значимите, свързани със стреса състояния и води до влошаване качеството на живот на лекаря, и в различна степен качеството на извършваните от него здравни дейности.

В България проучванията във връзка със синдрома на изпепеляването, неговата честота на разпространение, ефектите върху общопрактикуващите лекари и възможните начини за преодоляване са изключително малко. От една страна това се дължи на факта, че професията „общопрактикуващ лекар” е сравнително нова и все още интереса към проблемите на BOS не са намерили достатъчно значимо място в научно-изследователската проблематика, а от друга страна се дължи на незаинтересоваността на институциите към здравословното състояние на лекарите. Но само фактът, че по-малко от шест години след старта на реформата броят на ОПЛ у нас намаля с близо една трета, бе достатъчно основание да бъде проведено проучване, резултатите и анализът от което са представени в този дисертационен труд.

---

## ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, МЕТОДОЛОГИЯ, МАТЕРИАЛ

### ЦЕЛ

Да определи разпространението (наличието и честотата); тежестта (силата на проява) на синдрома на изпепеляването (BOS) сред общопрактикуващите лекари, факторите детерминиращи неговото възникване и здравните и поведенчески последици и да се дадат съответните препоръки за превенция на BOS и справяне с отрицателни му ефекти.

### ЗАДАЧИ

1. Да се изследват проявите (признаците), тяхната честота и интензитет на BOS, общо и по отделни групи от ОПЛ.
2. Да се проучат факторите, които оказват влияние върху възникването, развитието и характеристиките на BOS.
3. Да се определят и оценят здравните, поведенчески и професионални последици от BOS.
4. Да се дадат съответните препоръки за превенция на BOS и справяне с отрицателни му ефекти.

### МЕТОДОЛОГИЯ

1. Предмет на проучването бяха:
  - BOS - наличие, съдържание, честота, интензитет на признаците и др. характеристики
  - Факторите, които влияят върху възникването, развитието и характеристиките на BOS
  - Последиците от BOS - здравни, поведенчески и професионални.
2. **Обект** на изследването са ОПЛ.
3. **Единици** на наблюдението:

- Логическа единица на наблюдението е ОПЛ, който има сключен договор с РЗОК и не по-малко от три години стаж в системата на първичната извънболнична медицинска помощ (ПИМП).
- Технически единици бяха списъците на ОПЛ в РЗОК от областите, включени в проучването.

#### 4. **Признаци** на единиците на наблюдението.

За обектите на наблюдението - 15 броя (демографски, професионални, социални, икономически и др.)

За предмета на наблюдението – общо 73 броя – от тях:

- За BOS – 25 характеристики
- За нивото на стрес – 10 характеристики
- За факторите влияещи върху BOS – 19 характеристики
- За последиците от BOS – 13 характеристики (здравни, поведенчески и професионални)

#### 5. **Методика за определяне броя на единиците за наблюдение.**

Извадково репрезентативно и представително проучване. Чрез случаен подбор са изследвани 416 ОПЛ (8% от всички ОПЛ в страната)

Участниците са подбрани случайно от пет области на територията, на които има разкрити медицински университети и пет области, избрани чрез жребий.

Обработени са анкетни карти за 397 лекари, след физическа и логическа проверка (95% от участниците).

#### 6. **Изследователски методи и инструментариум.**

- **Анкетни социологични методи (пряка анонимна анкета)**

#### **Инструменти:**

- Карта за изследване на BOS

- 
- Карта за изследване на факторите, които влияят върху
  - Карта за изследване на здравното състояние и стила на живот.
  - Карта за изследване на стреса

#### **Методи за обработка на информацията.**

- Методи на математическата статистика:
  - **Вариационен анализ** - за изчисляване на основните параметри на количествено измеримите признаци, вкл. коефициенти на средно претеглена сила и честота.
  - **Рангов анализ** (подреждане по размер на честота и сила)
  - **Алтернативен анализ** (определяне на относителни дялове)
  - **Корелационен анализ** (определяне на сила на нефункционалните връзки)
  - **Непараметричен анализ** ( $\chi^2$  на Пирсън и критерия Колмогоров-Смирнов)
  - **OR анализ** (съотношение на шансовете) за оценка на риска от промени в здравното състояние и поведение при BOS
  - **Еднофакторен дисперсионен анализ** (за изследване на детерминантите на BOS)
  - **Графичен анализ**

Нивото на BOS е определено съгласно възприетата скалата за оценка на резултатите по въпросника MBI (Приложение № 2)

#### **7. Организация на проучването.**

Проучването се проведе в периода от февруари 2007 г. до декември 2008 г. Попълването на картите от ОПЛ се извърши на място, при гарантирана анонимност на участниците и след подробно информиране за целите на изследването и начина на попълване на неговите инструменти.

## МАТЕРИАЛ

От 416 участници ОПЛ, които са попълнили инструментариума на проучването, след техническа и логическа проверка на анкетните карти бяха изключени 19 души, т.е. обработени бяха данни за 397 лекари (или 95%), при което се запази представителния характер на извадката.

Разпределението на участниците по различни демографски признаци и характеристика е представена в Табл.1.1.

Табл.1.1 Разпределение на изследваните ОПЛ по пол, възраст, семейно положение

№ по ред	Характеристика	Брой	%	Sp
1.	Пол			
	Мъже	165	41.56	4,85
	Жени	232	58.44	
	Общо	397	100.00	
$\chi^2=11.307 P_{(2)}=0.001$				
2.	Възраст			
	до 35 г.	19	4,79	4,85
	36-40 г.	84	21,16	2,10
	41-51 г.	203	51,13	4,02
	51-55 г.	43	10,83	4,92
	56-60 г.	28	7,05	3,06
	над 60 г.	20	5,04	2,52
Общо	397	100.00		
$\chi^2=622.819 P_{(2)}<0.001$				
3.	Семейно положение			
	омъжени, женени	314	79,09	4,00
	неомъжени, неженени, разведени, вдовци	83	20,91	
Общо	397	100.00		
$\chi^2=179.917 P_{(2)}<0.001$				

58.44% са жени и 41.56% - мъже в съотношение 1.4/1.0, което съответства на преобладаващия брой жени-лекари в тази професионална група в страната. 79.09% от ОПЛ са семейни, а



несемейни са 20.91%. Възрастовата структура на извадката съответства на възрастовата структура на ОПЛ в страната.

*Табл.1.2 Разпределение на изследваните ОПЛ по трудов стаж, населено място, вид на практиката и специалност.*

№ по ред	Характеристика	Брой	%	Sp
1.	Трудов стаж			
	0-5 г.	6	1,51	1,20
	6-10 г.	33	8,31	2,72
	11-15 г.	100	25,19	4,27
	16-20 г.	104	26,20	4,33
	21-25 г.	79	19,90	3,93
	26-30 г.	45	11,34	3,12
	над 30 г.	30	7,56	2,60
	Общо	397	100,00	
$\chi^2=89,310 P_{(2)}<0.001$				
5.	Местоположение на практиката			
	Град	244	61,46	4,79
	Село	103	25,94	4,31
	Смесена	50	12,59	3,26
	Общо	397	100,00	
$\chi^2=151,955 P_{(2)}<0.001$				
3.	Вид на практиката			
	Индивидуална	322	81,11	3,85
	Групова	75	18,89	
	Общо	397	100,00	
$\chi^2=153,675 P_{(2)}<0.001$				
4.	Специалност на ОПЛ			
	Обща медицина	96	24,18	4,21
	Обща медицина в процес	88	22,17	4,09
	Вътрешни болести	82	20,65	3,98
	Педиатрия	41	10,33	2,99
	Друга	25	6,30	2,39
	Без специалност	65	16,37	3,64
	Общо	397	100,00	
$\chi^2=207,594 P_{(2)}<0.001$				

Най-голям е делът на ОПЛ с трудов стаж от 11 до 25 години, като преобладават тези със стаж от 16-20 години.

Организационните характеристики на практиките, в които работят участниците са представени в табл. 1.3.

Табл.1.3 Разпределение на изследваните ОПЛ по брой ЗОЛ в пациентските листи, характеристики на организацията на прием и получаван доход .

№ по ред	Характеристика	Брой	%	Sp
1.	Брой здравноосигурени лица			
	от 0 до 500	25	6,30	2,39
	от 501 до 1000	70	17,63	3,75
	от 1001 до 1500	130	32,75	4,62
	от 1501 до 2000	101	25,44	4,28
	от 2001 до 2500	50	12,59	3,26
	от 2501 до 3000	6	1,51	1,20
	от 3001 до 3500	5	1,26	1,10
	над 3500	10	2,52	1,54
	Общо	397	100,00	
	$\chi^2=140,537 P_{(0,2)}<0,001$			
2.	Приети пациенти на ден			
	от 0 до 10	16	4,03	1,93
	от 11 до 20	115	28,97	4,46
	от 21 до 30	149	37,53	4,76
	от 31 до 40	72	18,14	3,79
	от 41 до 50	36	9,07	2,82
	над 50	9	2,27	1,47
	Общо	397	100,00	
	$\chi^2=181,375 P_{(0,2)}<0,001$			
3.	Нощни визити			
	Да	251	63,22	4,74
	Не	146	36,78	
	Общо	397	100,00	
	$\chi^2=27,771 P_{(0,2)}<0,001$			
4.	Телефонни консултации след 18 часа			
	Няма	27	6,80	2,48
	от 1 до 5	233	58,69	4,84
	от 6 до 10	107	26,95	4,36
	от 11 до 15	21	5,29	2,20
	над 15	9	2,27	1,47
	Общо	397	100,00	

	$\chi^2=446,690 P_{(\chi^2)}<0.001$			
5.	Телефонни консултации в събота и неделя			
	Няма	161	40,55	4,83
	от 1 до 5	205	51,64	4,92
	от 6 до 10	24	6,05	2,35
	от 11 до 15	6	1,51	1,20
	от 15 до 20	1	0,25	0,49
	над 20		0,00	4,83
	Общо	397	100,00	
	$\chi^2=99,259 P_{(\chi^2)}<0.001$			
6.	24-во разположение			
	Самостоятелно	174	43,83	4,88
	В график с други ОПЛ	59	14,86	3,50
	Заплаща на друга структура	164	41,31	4,84
	Общо	397	100,00	
	$\chi^2=61,335 P_{(\chi^2)}<0.001$			
7.	Чист доход			
	от 0 до 500 лв.	223	56,17	4,88
	от 501 до 1000 лв.	160	40,30	4,83
	от 1001 до 1500 лв.	13	3,27	1,75
	над 1500 лв.	1	0,25	0,49
	Общо	397	100,00	
	$\chi^2=331,131 P_{(\chi^2)}<0.001$			

Представените резултати са статистически значими и валидни за професионалната група на ОПЛ в България ( $P_{(\chi^2)}<0.001$ ). Това означава, че направените анализи и оценки за състоянието на BOS и неговите детерминанти се отнасят до цялата професионална група на общопрактикуващите лекари в България.

## РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

### **BOS ПРИ ОПЛ – НАЛИЧИЕ, ЧЕСТОТА И СИЛА НА ПРОЯВА**

#### **Емоционално изтощение при ОПЛ – наличие, честота и сила на проява, на отделните симптоми и общо**

Само 1 от 10 ОПЛ никога не са изпитвали прояви на ЕИ. Толкова нисък относителен дял на липсата на симптоми на ЕИ не се съобщават в нито един от достъпните литературни източници.

9 от 10 ОПЛ имат симптоми на ЕИ.

С проява на симптоми на ЕИ са 88% от ОПЛ с различна периодичност. Повече от 50% от тях имат такива почти непрестанно – 24,12% „всеки ден”, 15% „няколко пъти седмично”.

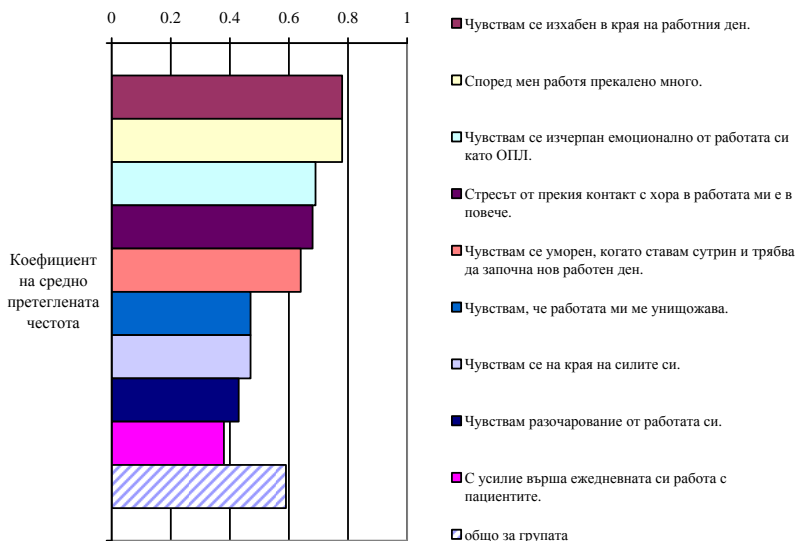
От признаците на ЕИ с най-голяма честота на продължителността на проява (всеки ден и седмица) са: чувството за изхабеност в края на работния ден, за което 77% от ОПЛ съобщават че имат почти непрекъснато (в т.ч. 45,42% всеки ден) и усещането, че работят прекалено много при 78%, като то присъства всеки ден при 42%.

Останалите симптоми на ЕИ имат по-малък относителен дял на проява във високите степени на присъствие (всеки ден и няколко пъти в седмицата) които се намират в диапазона 15-35%, като напр. „наличие на стрес от прекия контакт с хората” – 35,29%, чувството на емоционално изчерпване от работата 32,28%.

Това по безспорен начин доказва, че работата на ОПЛ е тежка от емоционална гледна точка и много често довежда до ЕИ.

Важна информация за разпространението на ЕИ дава коефициента на средно претеглена честота на проява на различните признаци и на ЕИ като цяло.(фиг.1)

Фиг. 1 Коефициент на средно претеглена честота на проява на признаците на емоционалното изтощение при общопрактикуващите лекари (по признаци и общо)



Освен определяне на честотата на симптомите на ЕИ при проучването беше изследвана и субективната оценка на ОПЛ за силата (интензитета) на тяхната проява.

Около 60% оценяват силата на проява в най-висока степен (много силно – 19,14%, силно 22,39% и средно силно 14,86%).

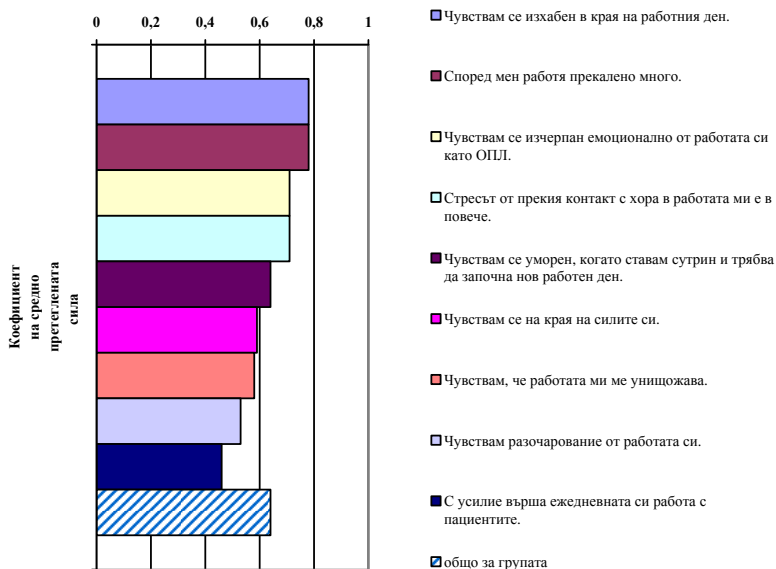
Само 2,4% от лекарите приемат, че не изпитват въздействието на посочените в изследването симптоми.

Най-голяма сила на проява (във високите степени) ОПЛ посочват, че имат симптомите: „чувствам се изхабен в края на работния ден” - 77,5% от тях, „работя прекалено много” – 76,5% и „чувствам се емоционално изчерпан” – 59%.

Коефициентът на средно претеглена сила на проява (интензитет) на симптомите на ЕИ дава синтетична, но достатъчно показателна

информация при съществуващата дисперсия на оценките по степените на ординалната скала.(фиг. 2)

Фиг. 2 Коефициент на средно претеглена сила (интензитет) на проява на признаците на емоционалното изтощение при общопрактикуващите лекари (по признаци и общо)



ОПЛ оценяват, че силата на проява на всички симптоми на ЕИ е голяма - 0,64.

Относително голямата честота и сила на проява на останалите симптоми правят „образа” на ЕИ при ОПЛ уникален в сравнение с ЕИ при останалите специалности на медицинската професия.

**Деперсонализация на ОПЛ - наличие, честота и сила на проява на признаците на деперсонализация.**

Симптомите на деперсонализация открояват промените в отношението на ОПЛ основно към пациентите.

От участвалите в изследването ОПЛ, 36,1% посочват, че никога не са имали проява на признаци на деперсонализация. Това е важен

---

показател, че те не са променили отношението към своите пациенти независимо от съществуващите неблагоприятни условия и обстоятелства, при които работят.

Около 64% ОПЛ посочват, че имат симптоми на деперсонализация, но тяхната проява не е постоянна.

Само при около 20% от лекарите съществуват постоянно симптоми (т.е. всеки ден или седмица). Сред тях най-голяма част са:

- Имат чувството, че пациентите ги обвиняват за някои от проблемите си – 26%
- Станали по-груби в отношенията си с хората, откакто са започнали работа в ПИМП – 26%
- Се тревожат, че работата като ОПЛ ги прави по-коравосърдечни – 28%

Почти 75% ОПЛ посочват, че симптомите на деперсонализация нямат или имат слаба и средна по степен сила на проява.

Еднозначно и равномерно това се отнася до всички симптоми на деперсонализация с изключение на отговорите за „тревожа се , че работата като ОПЛ ме прави коравосърдечен“. Около 35% ОПЛ са посочили, че този симптом попада в групата на силна проява.

При други публикувани изследвания честотата и силата на проява и нивото на деперсонализация на лекарите са „по-изразени“. Вероятно това се дължи на това, че като професионална група ОПЛ имат по-големи възможности за адаптация, по-ниска готовност за промени на поведението спрямо реципиентите и по-голяма „издръжливост“ при „преодоляването“ на многобройни и различни по вид професионални, икономически, социални и др. проблеми.

---

### **Личностно представяне (себепредставяне) на ОПЛ – наличие, честота и сила на проява на основните признаци**

Върху личностното представяне оказват влияние голям брой фактори с неблагоприятно и отрицателно действие, които съпътстват дейността на ОПЛ (недобри правила за професионална дейност, множество и разнообразни професионални и организационни ограничения, недостатъчно финансиране, лошо партньорство с финансиращата организация, „неколегиална” контролна дейност, неустановено място и авторитет сред лекарската професионална общност, недостатъчна компетентност за извършване на разнообразната професионална дейност и др.

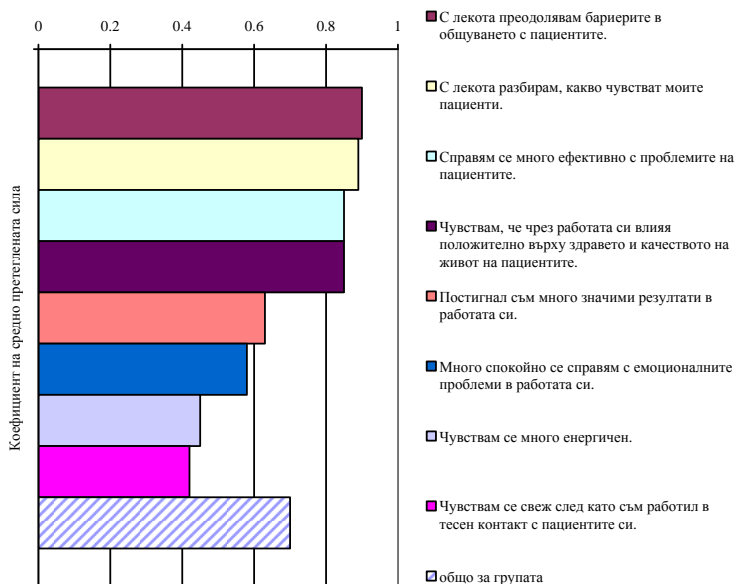
При всички изследвания на BOS е доказано, че корелационната връзка между емоционалното изтощение и личностното представяне е слаба или най-много средна по сила, т.е. има и други фактори, които влияят върху личностното себепредставяне, като ценностна система, морална принадлежност и др., което прави този компонент относително самостоятелен.

Повече от 70% от ОПЛ определят, че имат постоянно или по-често присъствие на признаците на добро личностно себепредставяне, т.е. имат висока оценка за себепредставянето си.

Стойностите на синтетичния показател за личностно представяне – коефициент на средно претеглена честота на проява потвърждават, че ОПЛ оценяват своето себепредставяне като добро (положително).



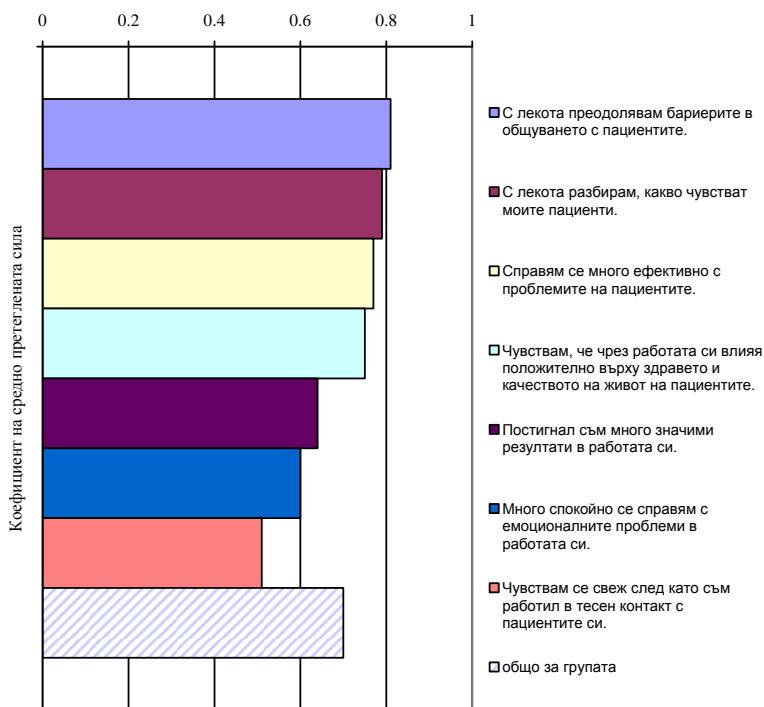
Фиг.5 Коефициент на средно претеглена честота на проява на признаците на лично предстваяне (себепредставяне) на общопрактикуващите лекари (по признаци и общо)



Общият коефициент 0,70 е показател, че ОПЛ (независимо от условията на работа) приемат, че се „представят“ добре при извършване на своята работа.

Стойностите на коефициента на среднопретеглена сила, като синтетичен показател на интензитета на отделните характеристики, варира от 0,51 до 0,81, което може да се приеме, че участниците в изследването „обективно“ оценяват своето лично предстваяне като добро и над добро. (фиг.6)

Фиг.6 Кофициент на средно претеглената сила (интензитет) на проява на признаците на лично представяне (себепредставяне) на общопрактикуващите лекари (по признаци и общо)



Данните за честотата и силата на проява на симптомите (признаците) на ЕИ и ДП създадоха възможност да бъде определено нивото (степената) на проява на двата компонента и на общото ниво на BOS, като си използва посочената в Глава 2 методика и приетите за класиране скали.

## СТЕПЕН НА ПРОЯВА (НИВО) НА BOS И КОМПОНЕНТИТЕ МУ ПРИ ИЗСЛЕДВАНИТЕ ОПЛ - ОБЩО И ПО ГРУПИ

### Ниво (степен) на BOS и неговите компоненти (общо)

Обобщеният анализ на данните от настоящото проучване по посочената методика показва, че високо ниво на ЕИ, ДП и висока оценка на СП е налична съответно при 56,1%, 24,4% и 82,5% от участвалите в анкетата. ОПЛ, оценили като ниско нивото на СП са 6,7%. (Табл. 8)

Табл. 8 Ниво (степен) на проява бърнаут синдром и неговите компоненти при изследваните ОПЛ

Компоненти и BOS	Ниво					
	Ниско		Средно		Високо	
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
Емоционално изтощение (ЕЕ) $P_{(2)} < 0.001$	96	24,3	78	19,6	223	56,1
Деперсонализация (ДП) $P_{(2)} < 0.05$	165	41,6	135	34,0	97	24,4
BOS $P_{(2)} < 0.001$	101	25,5	111	28,0	184	46,4
Себепредставяне (СП) $P_{(2)} < 0.001$	27	6,7	43	10,8	328	82,5

С висока степен на ЕИ и ДП са съответно 56,1% и 24,4% от участвалите в анкетата.

Получените резултати са в горния диапазон на цитираните в литературата, като трябва да се подчертае, че нивото на висока степен на деперсонализация при българските ОПЛ е около долната граница на цитираните в литературата с изключение на резултатите в Йемен, както и нивата на оценка на себепредставянето като ниско са значително по-малки от съобщаваните в други проучвания.

Обобщени данни от проведени у нас и в чужбина проучвания сочат, че BOS засяга немалка част от лекарите и в частност

Общопрактикуващите лекари (ОПЛ). Според тези данни, нивата на трите компонента на BOS (емоционално итощение - ЕИ, деперсонализация - ДП и себепредставяне - СП) сред лекарите варира в широки граници, като ЕИ се движи от умерени до високи нива- 46-80%; ДП е проявена със същите нива - 22 - 93%, а оценката на СП се регистрира с ниски до умерени нива - при 16 - 79%.

По нашите данни, разпространението на BOS сред ОПЛ в средна и висока степен (74,4%) е значимо и над сочените като горна граница в литературата. Висока степен на BOS се регистрира при 46,4% от ОПЛ, средна при 28%. Това, вероятно се дължи на съществуващите уникални за нашата страна стресори - възраст и стаж на ОПЛ към момента на създаване на институцията общопрактикуващ лекар, бързина на въвеждане на промяната- „шокова промяна”, липса на предварителна подготовка и др. Това е алармиращ сигнал за психоемоционалното и физическо състояние на ОПЛ.

### Ниво (степен) на BOS и неговите компоненти (по пол)

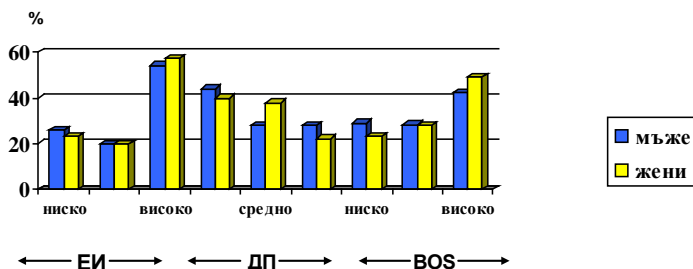
BOS е по-разпространен сред жените, като най-значима е разликата при тежката степен на BOS- 49% при жените срещу 42,5% при мъжете. (Табл. 9)

Табл. 9 Ниво (степен) на проява на бърнаут синдром и отделните негови компоненти при изследваните ОПЛ (по пол)

(N=397)

Компоненти и BOS P <sub>(χ<sup>2</sup>)</sub> >0.05	Ниво											
	Ниска				Средна				Висока			
	Мъже		Жени		Мъже		Жени		Мъже		Жени	
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
Емоционално итощение (ЕИ)	42	25	54	23,2	33	19,7	45	19,6	90	54,3	133	57,2
Деперсонализация (ДП)	73	44,1	92	40	47	28,3	88	38	46	27,9	51	22,0
BOS	48	29,1	53	23	47	28,3	64	27,8	70	42,5	114	49
Себепредставяне (СП)	13	7,8	14	6,1	14	8,4	29	12,6	128	77,11	200	86,58

**Фиг.7 Ниво на проява на компонентите на BOS и общо ниво на BOS при ОПЛ по пол**



Причините за това могат да се търсят в мястото и ролята на мъжа, съответно жената в семейство. В медицинската професия много често се стига до конфликт на интереси между професията и семейството, особено при жените.

Факт е, освен това, че жените изпитват по-голяма съпричастност, емпатия към пациентите, редуцират агресията, ако има у тях такава, което ги натоварва психоемоционално в по-голяма степен от мъжете-лекари.

**Ниво (степен) на BOS и неговите компоненти (по възрастови различия )**

Най-засегнати от BOS са лекарите във възрастовата група от 41 до 50 години, следвани от тези на възраст 31 - 40 години. (Табл.10)

Табл. 10 Ниво (степен) на проява на бърнаут синдром и отделните негови компоненти при изследваните ОПЛ (по възрастови групи)

(N=397)

ВЪЗРАСТОВИ ГРУПИ	ЕМОЦИОНАЛНО ИЗТОЩЕНИЕ (ЕИ)						ДЕПЕРСОНАЛИЗА ЦИЯ (ДП)						BOS						СП					
	P <sub>(12)</sub> < 0.05						P <sub>(12)</sub> < 0.01						P <sub>(12)</sub> < 0.01						P <sub>(12)</sub> >0.05					
	r <sub>s</sub> = -0,103 P<0.05						r <sub>s</sub> = -0,205 P<0.01						r <sub>s</sub> = -0,157 P<0.01											
	ниска степен		средна степен		висока степен		ниска степен		средна степен		висока степен		ниска степен		средна степен		висока степен		ниска степен		средна степен		висока степен	
	Б	%	Б	%	Бр.	%	Б	%	Б	%	Б	%	Б	%	Б	%	Бр.	%	Б	%	Б	%	Бр.	%
31-40г.	21	20,5	22	21,7	60	57,8	32	30,8	41	39,7	30	29,5	22	21,7	27	26,5	53	51,8	4	3,88	12	11,65	87	84,47
41-50г.	45	22,2	37	18	122	59,9	78	38,2	75	36,8	51	25	48	23,4	52	25,7	103	50,9	16	7,88	13	6,40	174	85,71
51-60г.	18	25,5	17	23,6	36	50,9	42	59,2	16	22,4	13	18,4	19	27,3	27	38,2	24	34,5	4	5,63	14	19,72	53	74,65
над 60г.	13	62,5	3	12,5	5	25	17	83,3	2	8,3	2	8,3	13	62,5	5	25	3	12,5	2	10,00		20,00	14	70,00

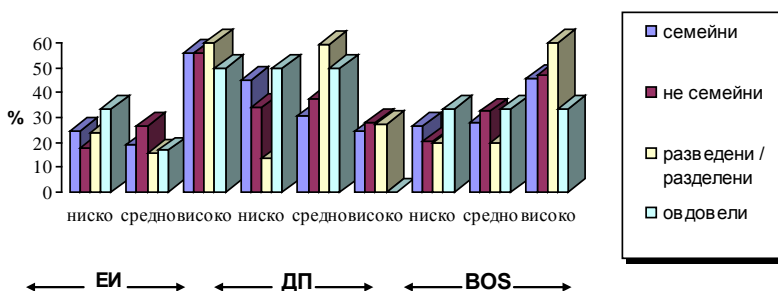
С напредване на възрастта ангажиментите на жените към семейството не намаляват. В същото време става ясно, че всякакви възможности за професионална кариера са вече пропуснати. Освен това, с течение на годините и перманентното влияние на стресогените, ресурсите за справяне с тях - когнитивни, емоционални и физически намаляват и се изчерпват. При лекарите, особено семейните мъже, в началото на кариерата си, има друг нюанс. През този период лекарят все още е в положението на ученик - обучаван и зависим, а социоекономическият му статус е неустановен или поне незадоволително стабилен. Това го поставя в неравностойно положение спрямо най-близките хора (особено като „глава на семейство”) и е предпоставка за конфликт между професията и семейството, професията и социума. Обаче, преминаването на този труден период не означава, че са

достигнали „тихия, спасителен бряг”, тъй като отговорността на вече признатия и установен като специалист лекар е още по-голяма, а изискванията към него и очакванията нарастват още повече. Доказателство за това е разпределението на BOS по пол във възрастовата група 41 до 50 години - 52.0% за мъжете и 52.1% за жените.

### **Ниво (степен) на BOS и неговите компоненти (по семейно положение)**

Семейството и децата са фактор, който може да действа като агонист и антагонист на възникването или задълбочаването на BOS в зависимост от отношенията родител/деца и между съпрузи. Получените от проучването резултати сочат, че вътре в групата на лекарите, които са разведени, процентът на хората с тежка степен на BOS е най-висок - 60.0%, докато при неженените/неомъжените, семейните и вдовците е значително по-нисък.

**фиг.8 Нива на компонентите на BOS и общо ниво на BOS при ОПЛ по семеен статус**



Децата са фактор, който влияе предимно положително за справяне с наличния BOS и превенцията на неговото възникване. Данните сочат, че в групата на лекарите, които нямат деца, висока степен на BOS изпитват 51.4%.

---

## **BOS и професионални характеристики на ОПЛ**

### **Ниво (степен) на BOS синдром и неговите компоненти (по трудов стаж)**

Трудовият стаж е неразривно свързан с възрастта. Налице е висока степен на корелация ( $r_s=0.801$ ,  $P<0.001$ ). Основно са засегнати лекарите в и след средата на професионалния път.

Реформата в системата на здравеопазване през 2000<sup>-та</sup> година и специфичните за нея стресогенни фактори завариха преобладаващата част от лекарите (бъдещи ОПЛ) във възрастовия интервал 31 - 40 години и даде „лятящ старт” на стресогенна констелация и ускори достигането на епидемия от BOS през последвалите години.

Рязката и коренна промяна в сатуквото и стереотипа на близо 6000 лекари бе по същество „шокова промяна”. Възникна дилемата- “ОПЛ или безработен”. Емоционалният й заряд - изненада, неизвестност, житейска и професионална дилема, чувство за загуба и неяснота, въпросът: „Дали е за добро?”, необходимост да започнеш отначало (напр. нова специализация), при условие, че вече си изминал пътя - е определено уникален по вид и сила български стресор.

### **Ниво (степен) на BOS и неговите компоненти (по специалност)**

Разпределението по степени на BOS показва, че лекарите с придобита специалност и специализиращите са засегнати в по голяма степен от BOS в сравнение с тези, които нямат придобита специалност.



---

## **BOS и характеристики на практиките за първична извънболнична медицинска помощ**

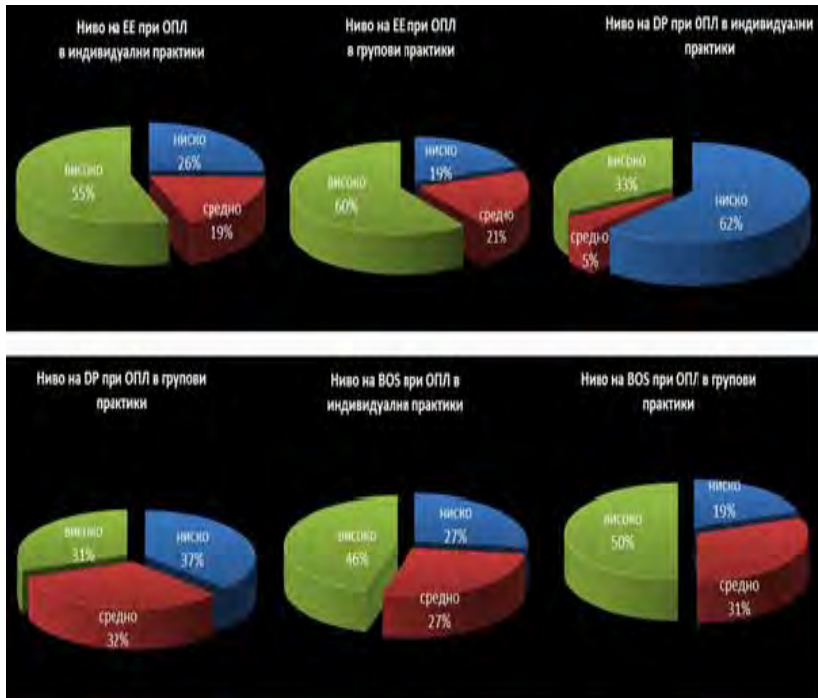
### **Ниво (степен) на BOS и неговите компоненти (по вид практика)**

Значими различия в разпределението на нивата на BOS по вид практика, както и средна по сила корелационна връзка се установиха при смесените практики (разположени в град и село). При смесените практики BOS е по-изразен вероятно поради необходимостта ОПЛ обикновено да поддържа амбулатории в различни населени места, което е свързано с пътуване, натоварен и разпокъсан график, осигуряване на повече персонал, повече разходи и др.

От друга страна BOS е по-изразен при груповите практики, сравнени с индивидуалните. Това вероятно се дължи на факта, че груповите практики у нас са „прост“ сбор от индивидуални такива и нямат облекчени условия при отчитане на дейността, възможностите за организация на работата, привличане на помощен персонал и осигуряване на допълнителни дейности и др. При тези условия, дори могат да възникнат конфликти при ползване на оборудване, помещения, разпределяне на възнаграждения и др., които са стресогенни фактори.

Фиг. 9 Ниво (степен) на проява на BOS и отделните негови компоненти при изследваните ОПЛ (по вид практика)

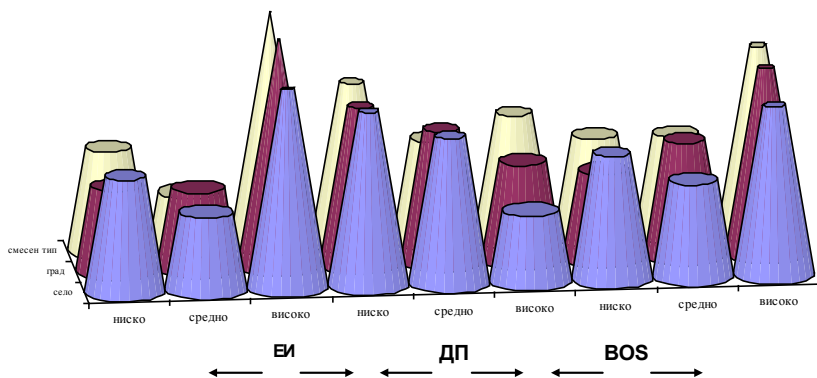
(N=397)



## Ниво (степен) на BOS и неговите компоненти (по обслужвани населени места) фиг. 10

Фиг.10 Ниво (степен) на проява на BOS и отделните негови компоненти при изследваните ОПЛ (по тип обслужвани населени места)

(N=397)



### BOS и характеристики на дейността на ОПЛ

При лекарите с най-голям брой преминали през амбулаторията пациенти, процентът на засегнатите от тежка степен на BOS в групата е най-висок. Това, до голяма степен е свързано с факта, че Общата медицина е Медицина на „първия контакт”, където лекарят среща пациента без предварително да е ориентиран за областта, в която е вероятният проблем. Към това се добавя и „Ефекта на дистанционното”, когато ОПЛ бързо трябва да „превключва различни програми” или е „блокирано” и разнообразието е малко, или липсва. В първия случай има бързо сменящи се предизвикателства и изисквания (решаване на много и разнообразни казуси). В другия случай, може да доминира монотонност в работата (особено при хронично болните пациенти), която поради липсата на професионално „предизвикателство” създава усещането за „задънена улица” в

кариерата. Всичко това води до повишаване нивото на стрес и развитие на BOS.

Табл.13 Ниво (степен) на проява на бърнаут синдром и отделните негови компоненти при изследваните ОПЛ (по брой преминали пациенти дневно) (N=397)

Брой пациенти дневно	Емоционално изтощение (ЕИ) $P_{(χ^2)} < 0.01$ $r_s = 0,192 P < 0.01$						Деперсонализация (ДП) $P_{(χ^2)} < 0.01$ $r_s = 0,172 P < 0.01$						BOS $P_{(χ^2)} < 0.01$ $r_s = 0,217 P < 0.01$					
	ниска степен		средна степен		висока степен		ниска степен		средна степен		висока степен		ниска степен		средна степен		висока степен	
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
до 20	42	32,3	25	18,8	64	49	60	46,1	44	33,7	26	20,2	48	36,5	31	24	52	39,6
21-30	42	27,9	31	20,5	77	51,6	70	46,8	55	36,9	24	16,2	40	27	49	32,8	60	40,2
31-40	11	15,2	17	24,2	44	60,6	24	33,9	23	32,2	24	33,9	14	19,7	17	24,2	40	56,1
41-50	4	10	5	13,3	28	76,7	8	23,1	11	30,8	17	46,2	1	3,3	11	30	24	66,7
над 50	2	24,3	2	19,6	5	56,1	3	33,3	2	16,7	5	50	0	0	3	28,6	6	71,4

За разлика от мъжете, при жените ОПЛ съществува значима статистически зависимост между броя на преминалите пациенти и степента на тежест и разпространение на BOS.

### Ниво (степен) на BOS и неговите компоненти (по организация на работното време)

Разпределението на BOS по степен на тежест сред ОПЛ, според начина на осигуряване на 24-часовото разположение не показва съществени разлики. (Табл.14)

Табл.14 Ниво (степен) на проява на бърнаут синдром и отделните негови компоненти при изследваните ОПЛ (по организация на 24-часово обслужване на пациентите в практиката)

(N=397)

24-часово разположение	Емоционално изтощение (ЕИ)						Деперсонализация (ДП)						BOS					
	ниска степен		средна степен		висока степен		ниска степен		средна степен		висока степен		ниска степен		средна степен		висока степен	
	Бр	%	Бр	%	Бр	%	Бр	%	Бр	%	Бр	%	Бр	%	Бр	%	Бр	%
самостоятелно	49	28,3	29	16,7	96	55,1	73	42,1	58	33,1	43	24,8	50	29	43	24,6	81	46,4
в график с други ОПЛ	11	19,1	11	19,1	36	61,7	22	38,1	21	35,7	15	26,2	14	23,4	18	29,8	28	46,8
заплащате на друга структура	36	22,1	37	22,8	90	55,1	69	42,2	56	34,4	38	23,4	37	22,8	51	30,9	76	46,3

При това условие, би могло да се приеме, че ангажиментът за осигуряване на това разположение е по същество фактор за поява на BOS, а начинът на изпълнението му има синергичен ефект.

Един от факторите, свързани с „непрекъснатото разположение” и достъпа на пациентите до медицинска помощ е възможността за връзка и контакт с ОПЛ по телефон. Резултатите показват, че по-тежките степени на изява на BOS и неговите компоненти са свързани с нарастване на обичайния брой телефонни обаждания в почивните дни, като това се забелязва най-вече при показателите за ЕИ и общо ниво на BOS. (Табл. 17)

Табл.17 Ниво (степен) на проява на бърнаут синдром и отделните негови компоненти при изследваните ОПЛ (по брой телефонни консултации в почивни дни)

(N=397)

Брой телефонни консултации в почивни дни	Емоционално изтощение (ЕИ)						Деперсонализация (ДП)						BOS					
	ниска степен		средна степен		висока степен		ниска степен		средна степен		висока степен		ниска степен		средна степен		висока степен	
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
0	19	44,8	3	6,9	20	48,3	16	39,1	15	34,8	11	26,1	17	41,4	7	17,2	17	41,4
1-5	31	26,7	23	20	62	53,3	51	43,5	33	28,2	33	28,2	33	27,8	33	27,8	52	44,4
6-10	32	23,7	26	19,5	77	56,8	61	45,4	46	34,3	28	20,4	33	24,6	37	27,1	65	48,3
11-15	5	12,9	11	29	21	58,1	13	34,5	15	41,4	9	24,1	6	16,1	16	41,9	16	41,9
Над 15	11	17	14	20,8	41	62,3	23	34,8	26	39,1	17	26,1	14	20,8	19	28,3	34	50,9

## ФАКТОРЕН, КОРЕЛАЦИОНЕН И OR АНАЛИЗ НА ОСНОВНИТЕ ГРУПИ И ВИДОВЕ ДЕТЕРМИНАНТИ НА BOS

Изследвани бяха 4 групи фактори: организационни; икономически; психологически; други.

Оценките на изследваните ОПЛ за силата на стресогенно действие на отделените фактори (по групи и общо) са включени в табл.18

Табл. 18 Сила на стресогенно действие на основните видове и групи фактори в общата медицинска практика (в % и общо)

ВИД И ГРУПА ФАКТОРИ	СИЛА НА ДЕЙСТВИЕ								Общ брой отговорили
	Няма действие		Леко		Умерено		Силно		
	Брой	%	Брой	%	Брой	%	Брой	%	
<b>1. Организационни фактори</b>									
Работа с голямо количество документи - "бумащина".	0	0	7	1,73	54	13,54	336	84,73	397
Лишаване от правото за назначаване на медикаменти и изследвания без консултация (напр. мамография, перорални противодиабетни средства)	3	0,87	25	6,38	100	25,22	268	67,54	397
Задължителните консултации за изписване на медикаменти с намаление.	5	1,15	28	7,16	117	29,51	247	62,18	397
24-часово разположение.	32	8,05	29	7,18	57	14,37	279	70,4	397
Чести промени в правилата на работа.	8	1,98	36	9,07	134	33,71	219	55,24	397
Задължителни консултации със специалист при диспансерно наблюдение на хронично болни.	9	2,28	40	9,97	129	32,48	219	55,27	397
Недостатъчно време за общуване с отделения пациент.	19	4,75	62	15,73	196	49,26	120	30,27	397
Общо за групата	76	2,72	227	8,15	786	28,23	1690	60,91	2779
<b>2. Икономически фактори</b>									
Постоянно нарастващ обем дейности.	1	0,29	7	1,73	70	17,63	319	80,35	397
Увеличаване на разходите и намаляване на приходите.	2	0,57	13	3,16	94	23,56	289	72,7	397
Общо за групата	3	0,43	19	2,45	164	20,61	608	76,51	794
<b>3. Психологически фактори</b>									
Риск от санкции.	1	0,28	21	5,37	94	23,73	280	70,62	397
Нагис от страна на пациенти за (направления).	5	1,18	24	5,92	105	26,33	264	66,57	397
Некоректни отношения между лекари и НЗОК.	3	0,86	29	7,2	112	28,24	253	63,69	397
Повишени и нереалистични изисквания от страна на пациентите.	2	0,57	25	6,29	142	35,71	228	57,43	397
Нежелани телефонни обаждания.	9	2,29	47	11,75	162	40,69	180	45,27	397
Негативно въздействие на работата върху семейните отношения.	43	10,72	91	22,9	154	38,84	109	27,54	397
Общо за групата	63	2,64	236	9,89	768	32,26	1315	55,21	2382
<b>4. Други фактори</b>									
Недостатъчно време за дневна и седмична почивка.	7	1,7	26	6,53	86	21,59	279	70,17	397
Затруднено участие в продължаващо медицинско обучение и специализация.	28	6,94	32	8,09	116	29,19	221	55,78	397
Липса на перспектива за професионална кариера.	37	9,25	37	9,25	114	28,66	210	52,84	397
Трудности при осигуряване на заместник.	48	11,97	60	15,1	107	27,07	182	45,87	397
Общо за групата	119	7,44	155	9,75	423	26,59	892	56,21	1588
<b>Общо за всички фактори</b>	261	3,44	637	8,44	2141	28,36	4504	59,76	7543

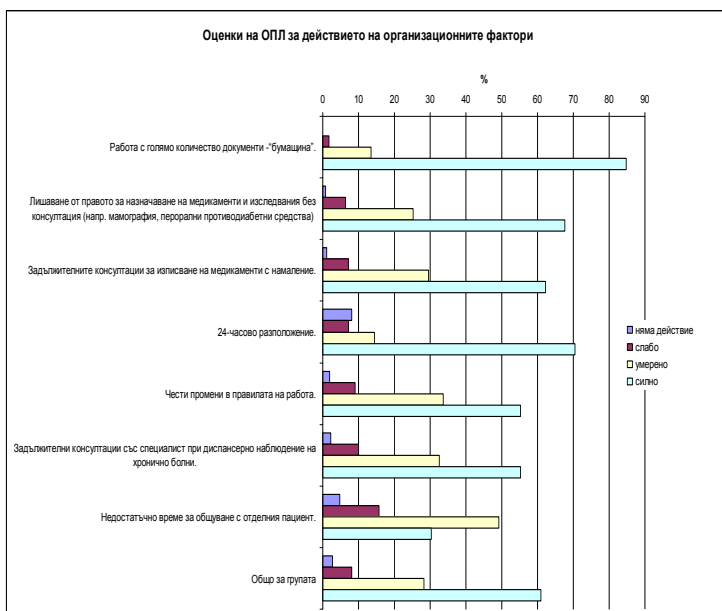
Половината от участниците изпитват силно стресогенно въздействие, като относителният дял на тези оценки е близо 60% за цялата съвкупност от изследвани фактори.

### ▪ **Организационни фактори**

Тяхното действие се нарежда по сила непосредствено след икономическите фактори, като засяга силно общо 61% от ОПЛ. (фиг.11)

Това се дължи в най-голяма степен на изключително големия обем на несвойствени задължения, свързани с обработката на документи. „Бумажината” се оценява силно негативно от почти всички (84,73%) участници и така надхвърля по сила на действие всички останали фактори от различните групи. Това е и единственият фактор, при който няма лекар, който да не е почувствал действието му.

*Фиг.11 Сила на действието на организационните фактори*





---

Друго изискване, чието изпълнение затруднява ОПЛ и създава високи нива на стрес в работата им е изискването да осигурят 24-часова непрекъсната медицинска помощ за своите пациенти. Затрудненията и неудобствата свързани с това се оценяват като силно стресогенни от 70.4% от участниците.

Прави впечатление, че организационните и икономическите фактори засягат близо 2/3 от лекарите, като относителният дял на незасегнатите от тяхното действие е средно под 3% за организационните и под 0,5% за икономическите.

#### ▪ **Икономически фактори**

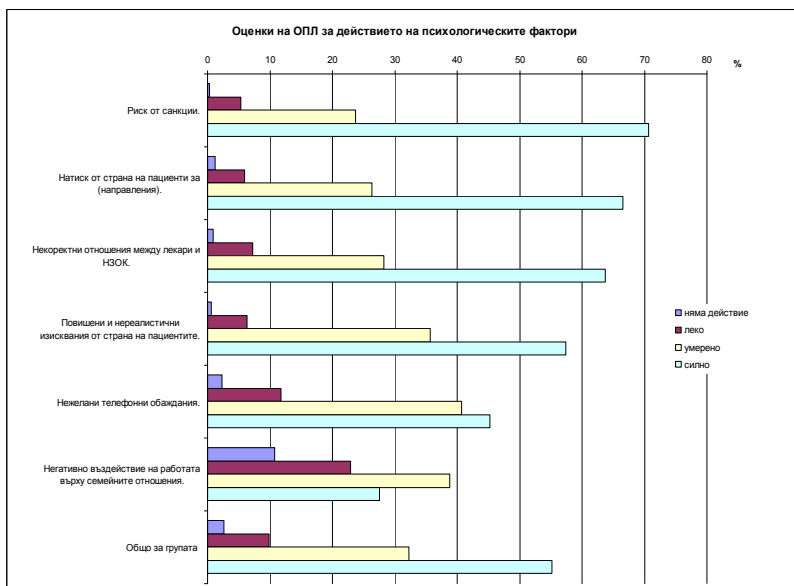
С най-силно стресогенно действие са икономическите фактори, при които високите оценки надхвърлят 70% при всеки един фактор, а общо за подгрупата са близо 77%, като най-значимо за това допринася силното действие на „непрестанно нарастващия обем от дейности“, които не са адекватно финансирани и обезпечени.

Това се отразява и върху оценката на ОПЛ за икономическата ефективност на тяхната дейност, като близо 73% отчитат, че балансът на приходите и разходите свързани с поддържане на дейността търпи негативни изменения с нарастване на разходите и намаляване на приходите, което има демотивиращо влияние и ограничава възможностите за извършване на качествена медицинска помощ и формиране на екип от различни специалисти в практиките за ПИМП.

#### ▪ **Психологически фактори**

В изследването бяха включени психологически фактори, отразяващи влиянието на взаимоотношенията и взаимодействието на ОПЛ с двете основни групи партньори – НЗОК и пациентите, както и отражението на работата върху семейните отношения. (фиг. 12)

Фиг. 12 Сила на действието на психологическите фактори



ОПЛ сочат като най-силно влияещи некоректните отношения с основния договорен партньор (НЗОК) - 64%, свързания с това риск от санкции - 71%, както и натискът за направления от страна на пациентите - 66%.

Въведените ограничения чрез регулативните стандарти са една от най-честите причини за налаганите санкции в ПИМП, което води до допълнително напрежение във взаимоотношенията ОПЛ/пациент. Така, ОПЛ са хоставени да работят под постоянен и нарастващ стрес.

Отрицателното влияние върху семейството, макар и в значително по-малка степен в сравнение с останалите фактори в групата, е посочено от една трета от ОПЛ (27,54%).

---

## **Други фактори**

В групата „други” бяха включени фактори свързани с професионалното развитие и възможностите на ОПЛ да ползват необходимата им почивка и възстановяване.

Данните от проучването показват, че с най-голям относителен дял в тази група (70,17%) е силното действие на „липсата на възможност за дневна и седмична почивка”, което не позволява на ОПЛ да компенсират натрупаната умора и стреса и да се справят с последствията от стресогенното действие на факторите на средата и възникналия BOS.

В тази група фактори 45,87% от участниците посочват, че са силно засегнати от трудностите да намерят „заместник”, което прави още по-трудно изпълнението на едно от основните изисквания към специалистите в ПИМП – придобиването на специалност по обща медицина и непрестанното поддържане на квалификацията.

## **Факторен анализ**

За характеризиране на влиянието на отделните групи и фактори върху специфичните компоненти на BOS и неговото общо ниво беше извършен факторен анализ, като значимите резултати са включени в табл. 19

Табл. 19 Факторен анализ на влиянието на основните видове и групи фактори в общата медицинска практика върху наличието на BOS

	Ниво BOS		Ниво ЕИ		Ниво ДП		Ниво ЛА		Ниво СП	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
<b>1. Организационни фактори</b>										
<i>24-часово разположение</i>	6,279	,000	7,385	,000						
<i>Задължителните консултации за изписване на медикаменти с намаление.</i>	5,428	,000	3,504	,008	3,486	,008	2,944	,021	3,519	,008
<i>Задължителни консултации със специалист при диспансерно наблюдение на хронично болни.</i>	4,224	,002	3,291	,012	3,286	,012	3,525	,008		
<i>Работа с голямо количество документи - "бумацина".</i>	3,351	,011								
<i>Недостатъчно време за общуване с отделния пациент.</i>	3,297	,012	3,680	,006			2,563	,039		
<b>2. Икономически фактори</b>										
<i>Увеличаване на разходите и намаляване на приходите.</i>	13,279	,000	11,259	,000	4,265	,002	3,298	,012		
<b>3. Психологически фактори</b>										
<i>Риск от санкции.</i>	12,000	,000	13,533	,000	4,658	,001	3,346	,011		
<i>Негативно въздействие на работата върху семейните отношения.</i>	9,001	,000	7,288	,000	2,720	,030				
<i>Повишени и нереалистични изисквания от страна на пациентите.</i>	6,294	,000	7,334	,000	2,490	,044	3,091	,016		
<i>Нежелани телефонни обаждания.</i>	6,280	,000	4,655	,001	3,126	,015	5,859	,000	4,910	,001
<i>Натиск от страна на пациенти за (направления).</i>	2,776	,027			2,767	,042				
<b>4. Други фактори</b>										
<i>Затруднено участие в продължаващо медицинско обучение и специализация</i>	10,547	,000	9,099	,000	5,794	,000				
<i>Липса на перспектива за професионална кариера.</i>	5,344	,000	3,485	,008	2,327	,057				
<i>Недостатъчно време за дневна и седмична почивка.</i>	5,157	,000	5,355	,000						
<i>Трудности при осигуряване на заместник.</i>	4,167	,003	3,996	,004						

Анализът на отражението на отделните фактори по групи показва, че психологическите фактори се отразяват върху по-голямата част от специфичните компоненти на BOS, което ги прави съпоставими по значимост с икономическите и организационните.

Сред организационните фактори най-широко отражение имат тези, които засягат професионалната автономност и самооценка на ОПЛ.

Най-значим сред икономическите фактори е отрицателният баланс между приходи и разходи в ПИМП.

Всички допълнителни фактори, свързани с професионалното развитие и усъвършенстване на участниците, имат значимо самостоятелно влияние върху основните компоненти на BOS и неговото общо ниво.

### Основни личностови детерминанти на BOS

Наред с общото действие на групите стресогенни фактори и тяхната връзка с BOS, факторният анализ включва и влиянието на личностови и професионални фактори върху наличието, степента на изява на BOS и неговите компоненти. Това позволи да бъдат определени няколко основни детерминанти на процеса с висока степен на значимост сред изследваните ОПЛ. (Табл. 20)

Табл. 20 Влияние на личностови и професионални фактори върху наличието, степента на BOS и неговите компоненти

Фактори	Наличие на BOS		Ниво BOS		Ниво ЕИ		Ниво ДП	
	F	P	F	P	F	P	F	P
Принадлежност към възрастова група	4,334	,005	5,376	,001	4,263	,006	4,917	,002
Принадлежност към група по стаж	4,676	,001	5,007	,001	3,958	,004	3,297	,012
Брой преминали пациенти дневно	4,563	,001	4,845	,001	4,096	,003	3,827	,005
Продължителност на работното време	8,510	,000	6,686	,001	6,839	,001	*	
Брой ЗОЛ в пациентската листа	3,096	,010	3,643	,003	3,903	,002	*	
Продължителност на ползван отпуск	3,025	,030	3,017	,030	*		*	
Ниво на стрес	5,009	,0	5,233	,0	*		*	

\* получените стойности в тези случаи са при  $P > 0.05$

Посочените в таблицата характеристики са основни (главни) детерминанти, чиято наличност и изява в определени нива води до

---

появата и развитието на BOS. Прякото въздействие на тези фактори е свързано и с други, които са предпоставка за развитие на BOS.

Личностните фактори, които имат значима самостоятелна връзка с наличието, нивото на BOS и на неговите основни компоненти – ЕИ и ДП са възрастта и професионалния стаж на ОПЛ, чието влияние е най-широко.

Интересен е фактът, че при нито една от основните професионални детерминанти не се установява значима връзка с оценката на себепредставянето и личната ангажираност, което отново потвърждава високия морал на българския ОПЛ, който търси причините за страданието си най-вече в себе си и средата, в която е поставен да практикува, но не и в обекта на своята дейност-пациентите.

Ако използвам метафора, бих определил основните детерминанти и значението им като „входната врата на тунела”, по който ежедневно, отново и отново, се спуска „влакчето на ужасите”, чиито едни и същи пътници са лишени от възможността да избягат. В този тунел след всеки завой изкачат факторите, които постепенно натоварват психоемоционално, дори физически ОПЛ и чрез постоянно покачващите се нива и непрекъснато действие на стреса, ги кара на изхода да изпитват различна степен на BOS.

### **Възможности за повлияване на стреса и BOS**

Проучването установи, че общото ниво на професионален стрес е един от най-значимите детерминанти на наличието и силата на проявление на BOS, което се потвърждава и от резултатите от OR анализът (OR=4.138 CI 2.831-6.048)

Обобщените резултати за стресогенните фактори (самостоятелно и по групи), които са част от детерминантите за възникване на BOS сред ОПЛ в България позволяват да се направи предположение, че те биха

---

могли да бъдат повлияни чрез промени в правилата на работа, както това се случи с участието на автора и неговия екип, след като проучването бе приключило. До каква степен е постигнат позитивен ефект, ще покажат резултатите от последвалото ги изследване.

Друга част от факторите, които се отнасят до личностния профил на всеки ОПЛ са свързани с възможността за подпомагане чрез осигуряване на професионална консултация.

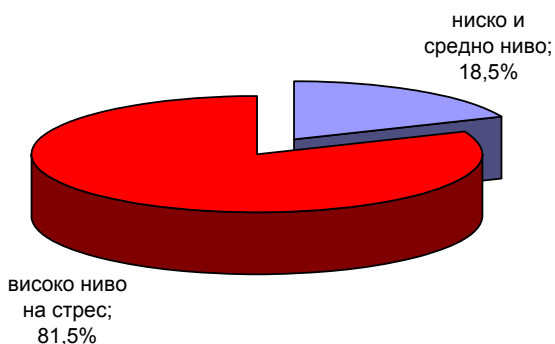
Данните от проучването за нагласите и готовност да потърсят и ползват такива консултации за справяне със стреса показват, че 59.8% от отговорилите оценяват положително такава възможност.

## **ВОС И НЯКОИ СОЦИАЛНО-ЗНАЧИМИ ЗАБОЛЯВАНИЯ И ПРОМЕНИ В ЗДРАВНОТО ПОВЕДЕНИЕ ПРИ ОПЛ**

### **ВОС и някои социално-значими заболявания**

Резултатите от проведеното проучване на ОПЛ показват, че преобладаваща част от ОПЛ са подложени на различна степен на стрес, като при 4/5 от тях са отчетени високи нива. (фиг.13)

**Фиг.13 Ниво на стрес при ОПЛ**



Нивата на стрес и ВОС са взаимно обусловени, като се установява средна по сила корелационна връзка ( $r_s = 0.434$ ,  $P < 0.001$ ) между тях и значими разлики в разпределението на ОПЛ по нива на стрес и ВОС.

Относителният дял на засегнатите от високо ниво на стрес нараства съответно на 86,1% при средна степен на ВОС и е особено изразено при висока степен на ВОС, което 92,9% ОПЛ се намират и в най-силно изразен стрес.(табл.21)



Табл.21 Ниво на BOS и стрес при ОПЛ

Ниво на BOS $\chi^2=44$ $P(\chi^2) < 0.001$	Ниво на стрес				Общо	
	ниско		високо			
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
ниска степен	49	12,3	52	13,1	101	25,4
средна степен	15	4	96	24,2	111	28,2
висока степен	13	3,3	171	43,1	184	46,4
Общо	73	18,5	324	81,5	397	100

При проучването беше получена информация за наличието при ОПЛ на някои заболявания, състояния и рискови фактори, които са най-масови и най-често разпространени.

Резултатите показват, че при част от участниците е налице повече от едно от включените в проучването заболявания. (Табл. 22)

Табл. 22 Наличие на някои заболявания и състояния при ОПЛ

ЗАБОЛЯВАНИЯ И СЪСТОЯНИЯ	Наличие		% от участниците*
	Бр.	% отговорите за заболявания	
хипертония лека	76	27,2%	34,4%
хипертония умерена	60	21,5%	27,1%
хипертония тежка	1	,4%	,5%
диабет I тип	4	1,4%	1,8%
диабет II тип	18	6,5%	8,1%
Безсъние	120	43,0%	54,3%
Общо	279	100,0%	126,2%

\* надхвърля 100% поради наличието на повече от едно заболяване

Повече от половината от тях - 62.0% страдат от хипертонична болест.

Всеки десети участник (9.9%) страда от с диабет, като по-голяма част (8.1%) са с НИЗД.

Един от най-често срещаните симптоми на психическо и физическо изтощение (безсънието) се установява при всеки втори участник - 54% от изследваните.

Разпределението на ОПЛ по признак наличие на ХБ, Диабет или безсъние, при различна степен на BOS показва, че съществува връзка между честотата на заболяванията и степента на BOS. (Табл.23)

Табл.23 Наличие на някои заболявания и състояния и степен на BOS при ОПЛ

СТЕПЕН НА BOS	Заболявания и състояния												Общо	
	Хипертония						диабет				безсъние			
	лека		умерена		тежка		I тип		II тип					
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
ниска степен	20	10,93	9	4,92	0	0	1	0,5	3	1,64	19	10,38	44	24,0
средна степен	12	6,56	15	8,20	0	0	0	0	3	1,64	22	12,02	43	23,5
висока степен	30	16,39	24	13,12	1	0,5	3	1,64	11	6,01	64	34,97	96	52,5
Общо	62	33,9	48	26,2	1	0,5	4	2,2	17	9,3	105	57,4	183	100

### BOS и промени в здравното поведение на ОПЛ.

Действащата нормативна уредба и НРД не осигуряват възможност на ОПЛ да ползват платен годишен отпуск. Това е причина всеки четвърти (23.99%) от засегнатите от BOS ОПЛ да не е ползвал нито един ден за годишна почивка, а половината (53.58%) да са ползвали между 1 и 10 дни, което е значително по-малко то установената долна граница на отпуск предвидена в Кодекса на труда с оглед възможността на работника да възстанови силите и работоспособността си.

Табл. 25 Ниво (степен) на бърнаут синдром и продължителност на ползван отпуск при ОПЛ

Ползва отпуск в дни $P_{(\chi^2)} > 0.05$	Степен на BOS						Общ брой отговорили	
	Ниска		Средна		Висока			
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
0	34	8,56	25	6,30	36	9,07	95	23,99
1-10	41	10,33	62	15,62	110	27,71	213	53,58
11-15	14	3,53	11	2,77	24	6,05	48	12,15
Над 15	12	3,02	14	3,53	15	3,78	41	10,28
Общо	101	25,5	111	28	184	46,4	397	100

Подобни са и получените данни за размера на ползвания отпуск по причини свързани със здравето. Преобладаваща част от ОПЛ (93.7%) посочват, че не са ползвали отпуск по болест през годината, което кореспондира с данните за изпитваните затруднения при намиране на заместник.

Интерес представлява анализът на връзката на рисковите за здравето фактори (тютюнопушене, употреба на алкохол, седативни средства) и наличието и нивото на BOS.

За изследване на тази връзка бяха използвани възможностите на OR анализа.

Получените резултати показват, че BOS е рисков фактор, който води до увеличаване на броя изпушени цигари дневно (OR=1.150 CI 95% \1.006 – 1.314). Това би могло да се дължи на „опити” за справяне със симптомите на BOS, но по-вероятно е да се разглежда като негативна последица от синдрома при всеки пети ОПЛ.

Така напр. малка част от пушачите, които изпитват ниска степен на BOS, съобщават че са увеличили броя на цигарите, докато при ОПЛ с умерена и тежка степен на изява на BOS това са направили значително повече (Табл. 26)

Табл. 26 Ниво (степен) на бърнаут синдром и промени в консумацията на тютюневи изделия

СТЕПЕН НА BOS	Увеличен брой цигари				Общо	
	да		не			
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
Ниска степен	13	3,28	88	22,17	101	25,4
Средна и висока степен	67	16,88	229	57,68	296	74,6
Общо	80	20,15	317	79,85	397	100

Един от поведенческите рискови фактори, свързан с традиционните практики за справяне със стреса у нас - употреба на алкохол, беше изследван по отношение на настъпилите промени под влияние на BOS.

OR анализът показва, че при употребата на алкохол BOS се явява значим рисков фактор, който води до промяна в здравното поведение (OR=1.322 95% CI 1.188 – 1.470), и при средната и висока степен на BOS води до увеличена консумация при 96% от ОПЛ. (Табл. 27)

Табл. 27 Ниво (степен) на бърнаут синдром и промени в консумацията на алкохол

СТЕПЕН НА BOS	Увеличена употреба на алкохол				Общо	
	Да		Не			
	Бр.	%	Бр.	%	Бр.	%
Ниска степен	1	0,25	100	25,19	101	25,5
Средна и висока степен	30	7,56	266	67,00	296	74,5
общо	31	7,8	366	92,2	397	100

Друг прилаган подход от участниците за справяне със стреса е системното приемане на седативни средства от всеки трети (35%),

---

което нараства с повишаване на степента на BOS (OR=1.1142 95%CI 0,982 – 1.264)

Получените резултати за влиянието на BOS и особено при нарастване на неговото ниво потвърждават необходимостта от разработването и въвеждане на програми за ограничаване на стреса и факторите на BOS, както и за преодоляване на техните негативни последици върху здравното поведение на ОПЛ и оттам върху тяхното здраве.

## ИЗВОДИ

1. Проучванията в България за разпространението на BOS и неговото въздействие върху ОПЛ са твърде малко и недостатъчно представителни.

2. BOS в умерена и висока степен се установява при 74,4% от ОПЛ, съответно 28% и 46,4%, което е значително по-голямо разпространение от данните в проучената литература.

3. ЕИ има масово разпространение - 9 от 10 ОПЛ изпитват симптоми на ЕИ (89% ) с различна периодичност. 50% от ОПЛ- почти непрестанно, 24% - „всеки ден” и 15% - „няколко пъти седмично”.

4. Независимо от високото ниво на ЕИ, голяма част от ОПЛ не са променили значимо отношението си към пациентите и техните проблеми.

5. Около 64% ОПЛ имат симптоми на деперсонализация, но тяхната проява не е постоянна. Само при около 20% съществуват постоянно симптоми (т.е. всеки ден или седмица), а 36,1% от ОПЛ никога не са имали проява на признаци на деперсонализация, което е признак за „виталност” и потенциал за справяне с проблема.

6. Делът на ОПЛ с висока оценка на себепредставяне е значително по-висок от съобщавания в други проучвания, като само при 6,7% от ОПЛ то оценката е ниска.

7. Значими различия в честотата и силата на BOS се установят при различните групи ОПЛ по демографски и професионални характеристики. BOS е по-разпространен сред жените ОПЛ (76,8%), сравнено с мъжете(70,8%).

8. Най-голяма е честотата на BOS при лекарите в най-активна трудова възраст - 41 до 50 и 31-40.

---

9. По-голяма е честотата и по-висока степента на BOS при ОПЛ с призната специалност и специализиращите, сравнени с тези без специалност.

10. Значима е корелацията между броя преминали пациенти и нивото и разпространението на BOS (особено при жените ОПЛ).

11. 24-часовото разположение на ОПЛ е фактор, който влияе върху честотата и тежестта на BOS.

12. При 2/3 от ОПЛ изследваните организационни, икономически и психологически фактори повишават нивата и разпространението на BOS.

13. От психологическите фактори най-силно действие имат „некоректните отношения с НЗОК” - 64%, свързания с това „риск от санкции”- 71%, както и „натискът за направления” от страна на пациентите- 66%.

14. При 70.17% от ОПЛ „липсата на възможност за дневна и седмична почивка” влияе значимо върху нивата и разпространението на BOS.

15. BOS е рисков фактор за нарастване на броя изпушени цигари дневно. При ОПЛ с високи и средни нива на BOS се установява увеличена консумация на алкохол, а системното приемане на седативни средства се увеличава с повишаване на нивата на BOS.

16. Резултатите за влиянието на BOS върху здравето на лекаря, налага да бъдат разработени и проведени програми за ограничаване на стреса и действието на факторите, които го предизвикват.

17. При 81.5% от ОПЛ се установяват високи нива на стрес, а готовност да потърсят и ползват специализирана консултация за справяне със стреса и проявите на BOS са заявили 59.8%.

## ПРЕПОРЪКИ

Резултатите от изследването за състоянието на BOS сред ОПЛ и неговите детерминанти дават основания с оглед спиране на неблагоприятната тенденция да се направят следните препоръки към основните държавни и публични институции в страната:

### **Към Комисията по здравеопазване към НС и Министерство на здравеопазването:**

- Да разработят и приемат промени в Закона за лечебните заведения и подзаконовите актове, свързани с дейността в ПИМП (поясни и точни правила за работа), с които да се намали напрежението (стреса) в работата, както и да осигурят достатъчно време за дневен, седмичен и годишен отход на ОПЛ.

- Да приемат промени в основните наредби (Наредба №№ 40, 39 и др.), с което да се превърне ПИМП в по-атрактивна кариера за работещите ОПЛ и за завършващите медицина лекари.

- Да се създаде отдел към МЗ, който да се занимава единствено и само с проблемите на ПИМП.

- Да създадат комисия или комитет за проблемите на здравето на лекарите във всички негови аспекти според дефиницията на СЗО, който да организира програми за консултиране и помощ на лекари, засегнати от BOS, контрол на ефекта от сключваните рамкови договори и приемани нормативни документи върху здравето на лекаря.

### **Препоръки към НЗОК:**

- Да съблюдава коректност и уважение към достойнството на ОПЛ при отношенията си с тях.

- Да превърне контролната си функция от „наказателна” в „методична”.



---

- Да защитава позиция за правилно разпределение на средствата на ЗЗОЛ при „покупката” на здравни дейности и да не се ангажира с несвойствени за финансираща институция начинания, каквото е създаването за система за определяне на качеството на медицинската дейност.

#### **Препоръки към БЛС:**

- Да води политика за редуциране на противопоставянето между професионалните групи на специалисти от болнична, специализирана извънболнична помощ и ОПЛ.

- Да защитава неотменно интересите на лекарите и да осигурява позитивен обществен имидж на съсловието чрез медиите.

- Да съдейства за облекчен начин за провеждане на продължаващо медицинско обучение и специализация на ОПЛ.

- Да отстоява по-добри и свързани с намаляване на стреса в професията условия на труд и достойно възнаграждение за ОПЛ.

#### **Препоръки към НСОПЛБ:**

- Да организира обучения за ОПЛ, свързани с усвояване на техники за справяне със стреса, респективно BOS.

- Да води политика към останалите институции за постигане на работна среда с по-малко стресогенно въздействие върху ОПЛ.

#### **Препоръки към ОПЛ:**

- Да приемат подхода “да поговорим за проблема с приятелите, семейството и колегите си”.

- Да се научат да бъдат и пациенти.

- Уместно е създаването на групи от ОПЛ със сходни проблеми, които да обсъждат взаимно.

- Усвояване техниката на релаксацията и физическите упражнения.

- 
- Да се научат да казват “Не”, когато е необходимо, за да съхранят себе си и да бъдат полезни на останалите, което е свързано с осигуряване и на достатъчно време за личен живот.

**Препоръки към пациентските организации:**

- Да съхраняват и развиват респекта към лекарите.
- Да не се поддават на провокации, които целят да нарушат граденото с години доверие между лекар и пациент.

---

## **НАУЧНИ И НАУЧНО-ПРИЛОЖНИ ПРИНОСИ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

1. За първи път в нашата страна е проведено представително проучване на разпространението и съдържанието на синдрома на изпепеляването сред ОПЛ.
2. Установена е честотата и нивото на отделните компоненти на BOS и на синдрома като цяло с методика, която позволява повтораемост на резултатите.
3. За първи път е използвана, при изследването на синдрома на изпепеляването, методиката на средно претеглените честота и сила на проява на отделните компоненти на BOS и на синдрома като цяло, което позволява неговата по-лесна и по-проста оценка.
4. Установени са основните фактори и тяхната връзка и въздействие за възникването на синдрома на изпепеляването.
5. Установено е негативното влияние на синдрома на изпепеляването върху здравното състояние на ОПЛ.
6. Предложени са методи и технологии за намаляване на синдрома на изпепеляването сред ОПЛ.

---

## ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИЯТА

1. **Киров Л.** Ниво на стреса и свързания с него burnout синдром сред общопрактикуващите лекари в България-2005. Конгресен сборник, III Юбилеен конгрес по обща медицина, 2010.
2. **Киров Л.** Наличие на някои социалнозначими заболявания и рискови фактори сред общопрактикуващите лекари ОПЛ и връзката им със синдрома на изпепеляването (burnout syndrome-BOS). Сборник с доклади, II-ра Конференция на Асоцицията на лекарите по Обща/фамилна медицина медицина от Югоизточна Европа, 2011.
3. **Киров Л.,** Общата медицинска практика-„Инкубатор” за синдрома на изпепеляването (Burnout syndrome), GP News, 10/2011.
4. **Димитрова Д.,** Лефтерова Б, Киров Л., Иванова Н., Джамбазов Анг., Национално сдружение на ОПЛ в България, Медицински факултут, МУ- Пловдив Барieri и трудности за пълноценното реализиране на холистичния подход в първичната медицинска помощ. Сборник с доклади, II-ра Конференция на Асоцицията на лекарите по Обща/фамилна медицина медицина от Югоизточна Европа, 2011.