



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ –ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“

КАТЕДРА „ ОБЩА МЕДИЦИНА, СЪДЕБНА МЕДИЦИНА И ДЕОНТОЛОГИЯ“

Д-Р ЕЛКА ГЕОРГИЕВА ТУМБЕВА

**ДЕПРЕСИВЕН ЕПИЗОД В ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА-
ЗНАЧИМОСТ НА ПРОБЛЕМА И АЛГОРИТЪМ НА ПОВЕДЕНИЕ**

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен

„ДОКТОР“

Докторска програма „ Обща медицина“

Научен ръководител:

Доц. д-р Цветелина Валентинова, д.м.

Плевен, 2024

Дисертационният труд съдържа 205 стандартни страници, включващ 17 таблици и 39 графики и 4 приложения.

Библиографският списък съдържа 336 литературни източника, от които 30 на кирилица и 306 на латиница.

Приложенията включват: №1- Анкетна карта за ОПЛ; №2-Въпросник за проведеното полуструктурирано интервю с психиатри, №3-Примерна програма за обучение ОПЛ ; №4-Алгоритъм на поведение в ОМП при съмнение за депресивен епизод.

Във връзка с дисертационния труд са направени 3 пълнотекстови публикации и 3 научни съобщения на национални форуми.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за публична защита от разширен Катедрен съвет на катедра „ Обща медицина, съдебна медицина и деонтология“, факултет „ Обществено здраве“, при Медицински университет-Плевен, проведен на 03.07.2024 г.

Официалната защита на дисертационния труд ще се състои на 01 октомври 2024 г. от 11.30 часа в зала „ Амброаз Паре“, на Медицински университет Плевен, съгласно правилника за условията и реда за придобиване на научни степени и заемане на академични длъжности в Медицински университет-Плевен и въз основа на Заповед на Ректора № 2058/24.07.2024 година пред научно жури в състав:

Председател:

Проф. д-р Галя Цветанова Ставрева-Маринова, д.м.

Членове:

Проф.д-р Радост Спиридонова Асенова, д.м.н.

Доц.д-р Владимир Венков Наков, д.м.

Доц.д-р Женья Русева Петрова, д.м.

Доц.д-р Здравка Вескова Радионова, д.м.

Официални рецензенти:

Проф. д-р Радост Спиридонова Асенова,д.м.н.

Доц. д-р Владимир Венков Наков,д.м.

Материалите по защитата са публикувани на сайта на МУ-Плевен: <http://www.mu-pleven.bg/index.php/bg/>

СЪДЪРЖАНИЕ

Използвани съкращения.....	4
I. ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, ХИПОТЕЗИ.....	7
III. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ.....	7
IV. РЕЗУЛТАТИ.....	12
1. Демографски характеристики на анкетирани групи.....	12
1.1. ОПЛ-демография.....	12
1.2. Психиатри-демография.....	15
2. Епидемиология на депресивен епизод в Общата медицинска практика-пол, възрастова изява, сезонност.....	16
3. Нагласи, поведение и отношение на ОПЛ при работа с пациенти с ДЕ-влияние на особеностите на практиката в процеса на консултация.....	21
4. Бариери и стимулиращи фактори пред пациентите да потърсят помощ и лечение.....	27
5. Бариери и стимулиращи фактори пред лекарите в процеса на консултация на пациенти с депресивен епизод и въпроси при активно търсене и откриване на проблеми, свързани с психичното здраве.....	30
6. Влияние на Ковид-пандемията върху емоционалното състояние на пациентите.....	33
7. Склонност и предпочитани форми на обучение за работа с пациенти с проблеми с менталното здраве.....	35
7.1. Предпочитани форми на обучение според ОПЛ.....	36
7.2. Препоръчани форми на обучение според психиатрите.....	37
8. Използване на алгоритъм за поведение в ОМП по отношение на пациенти с ДЕ.....	38
V. ОБСЪЖДАНЕ.....	40
VI. ИЗВОДИ.....	54
VII. ПРЕПОРЪКИ.....	56
VIII. ПРИНОСИ.....	57
IX. ПУБЛИКАЦИОННА И НАУЧНА АКТИВНОСТ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	60

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

CTFPHC	Канадска работна група за превантивни здравни грижи
EAAD	European Alliance against depression / Европейски алианс срещу депресията /
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice and Family medicine
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2/Тежък респираторен синдром коронавирес 2
WONCA	The European Society of General Practice/ Family medicine Европейска организация на специалистите по Обща/ Фамил-медицина
БАР	Биполярно афективно разстройство
БВП	Брутен вътрешен продукт
БЛС	Български лекарски съюз
БНДОЗ	Българско национално дружество по Обществено здраве
ГДР	Голямо депресивно разстройство
ДЕ	Депресивен епизод
ДСН	Диагностичен и статистически наръчник на психичните разстройства
ЕК	Европейска комисия
ЕС	Европейски съюз
ИБС	Ишемична болест на сърцето
КЕНИД	Комисия по Етика на научно-изследователската дейност
МКБ	Международна класификация на болестите
МУ	Медицински Университет
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НСИ	Национален статистически институт
НЦОЗА	Национален център по обществено здраве и анализи
ОМ	Обща медицина
ОМП	Обща медицинска практика
ОП	Обща практика
ОПЛ	Общопрактикуващ лекар
ПМДР	Пременструално дисфурично разстройство
ПМП	Първична медицинска помощ
ПМС	Пременструален синдром
ПТСР	Посттравматично стресово разстройство
САЩ	Съединени американски щати
СЗО	Световна здравна организация
СПА	Световна психиатрична асоциация
ССЗ	Сърдечно-съдови заболявания
УМБАЛ	Университетска многопрофилна болница за активно лечение

I. ВЪВЕДЕНИЕ

„Медицината може да се нарече съвременна и всеобхватна едва когато психичното здраве започне да се разглежда като неделим, а не допълнителен, аспект на физическото ни здраве.“ Джон Кампо, 2017 г.

Депресията е заболяване, характеризиращо се с висока честота и социална значимост. Диагностицирането му е сложен, труден и отговорен процес. СЗО поставя Депресията на първо място сред заболяванията, причиняващи увреждане, инвалидизация и загуба на работоспособност.

След Ковид-пандемията честотата на тревожните и депресивни разстройства се увеличи. Европейският съюз ясно декларира своята загриженост относно психичното здраве на своите граждани. В становище от 29.09.2023 ЕС очертава своите препоръки и насоки за работа в посока тяхната ранна диагностика, подходяща терапия и социална рехабилитация. Психичното здраве трябва да бъде приоритет във всички страни-членки. Подходът трябва да бъде **координиран, мултидисциплинарен и комплексен ориентиран към човека.**

Уязвими групи са децата, подрастващи и хора в напреднала възраст. Психичното здраве на личността се влияе от множество фактори: **биологични, психологически, образователни, социални, икономически, професионални, културни и фактори свързани с околната среда.**

ОПЛ е първият контакт и свързващото звено на пациентите с депресивни разстройства със здравната система на страната. Той има важна роля в разпознаването и управлението на проблема.

Различни фактори играят ролята на бариери пред лекаря и пациента в процеса на консултацията и споделяне на проблеми, свързани с психичното здраве. Въпросът е дали общовалидните бариери са идентични и за българските лекари и пациенти, как те могат да бъдат регулирани в условията на Общата медицинска практика и как може да се оптимизира процесът на разпознаване на депресивните разстройства от ОПЛ.

Друг въпрос, който е необходимо да получи отговор е какви диагностични подходи използват семейните лекари при поставяне на диагноза „депресивен епизод“ и свързаните с него соматични заболявания, както и какви диагностични средства и методи се използват в условията на ПМП в България.

Поведението на ОПЛ, техният алгоритъм на поведение, използването на скринингови скали или друг вид тестове при поставяне на диагнозата депресия все още остава неизследван в реалната практика на ОПЛ у нас.

Депресията предхожда, съпровожда или води до множество **социално значими заболявания** в областта на ендокринологията /захарен диабет, хипотиреоидизъм/, урологията /еректилна дисфункция/, неврологията /епилепсия, мозъчен инсулт, множествена склероза, болест Alzheimer, болест на Parkinson/, пулмологията /bronхиална асма, хронична обструктивна белодробна болест/, кардиологията и ревматологията /артериална хипертония, исхемична болест на сърцето, миокарден инфаркт, ревматоиден артрит, хронична болка/, онкологията.

В България остава слабо изследван въпросът дали при наличието на изброените заболявания ОПЛ активно търсят наличието на депресивни симптоми у тези пациенти или голям процент от случаите остават недиагностицирани.

Факт е, че депресивните разстройства са едни от най-често срещаните нарушения на психичното здраве в световен мащаб, засягащи повече от 300 милиона души по света. В контекст на всички изброени фактори, депресията представлява

сериозно предизвикателство за общественото здраве. Нарастващата заболеваемост, увеличаващата се честота на разпространение и необходимостта от продължително лечение определя депресията като едно от най-важните заболявания на съвременното общество.

Неразпознаването, пропуските при диагностицирането и лечението на депресията имат сериозни икономически и социални последици за личността и обществото като цяло.

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И ХИПОТЕЗИ

1. Цел на проучването

Целта на настоящото изследване е да се проучат познанията, отношението и поведението на Общопрактикуващите лекари при пациенти с депресивен епизод в Общата медицинска практика и на базата на резултатите да се анализират възможностите за оптимизиране на работата с тези пациенти.

2. Задачи на проучването

За постигане на тези цели бяха поставени следните задачи:

1. Да се изследват и оценят знанията и уменията на семейните лекари и тяхното прилагане в общата практика при управление на пациенти с депресивен епизод в условията на ПМП.

2. Да се изследват отношението, нагласите и увереността на семейните лекари за комуникация с тази група трудни пациенти в условията на ПМП.

3. Да се изследват бариерите пред лекари и пациенти, които оказват влияние при споделяне на проблеми свързани с психичното състояние на личността.

4. Да се проучи готовността на семейните лекари относно необходимите форми на обучение за работа с депресивни пациенти.

5. Да се анализират възможностите за оптимизиране на работата с депресивни пациенти в общата практика и получените резултати да послужат като основа за изработване на алгоритъм за поведение, пригоден към условията на ОМП.

3. Хипотеза

Работна хипотеза: Във всеки един етап на консултацията редица фактори оказват влияние при разпознаването и диагностицирането на пациенти с депресивен епизод и коморбидните с депресия заболявания. ОПЛ се затруднява в процеса на диагностициране и мениджмънт на пациент с депресивен епизод в ОМП и част от решенията, които взема не са оптимални. ОПЛ трябва да притежава съответните знания, умения, нагласи, за да формира правилното поведение и отношение при пациенти с депресия. Обучението е ключов момент в този процес.

III. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

1. Обект на изследването

Обект на направеното изследване е **поведението и отношението** на ОПЛ в процеса на консултация за активно търсене, правилно диагностициране и евентуална терапия на пациенти с депресия и свързаните с нея заболявания и състояния.

2. Единици на наблюдението

Технически единици на наблюдението:

Техническите единици на направеното проучване са Амбулаториите за първична медицинска помощ - индивидуални и/или групови практики, разположени на територията на Република България.

Логически единици на наблюдението

Логическите единици на наблюдението са ОПЛ, организирани в индивидуални или групови практики, работещи на територията на Република България.

3. Признаци на единиците на наблюдение

За всяка единица на наблюдение са използвани следните факториални и резултативни признаци:

Факториални признаци: пол, възраст, години лекарски стаж, придобита специалност или специалности, специализация по ОМ, брой жители на населеното място където общата практиката осъществява своята дейност, действаща в градски условия или селска здравна служба, брой обслужвани пациенти от практиката, вид на практиката-групова или индивидуална, насоченост на практиката-лица под/над 18 години, позиция в практиката-титуляр или нает лекар, нает персонал- численост, вид нает персонал- лекар, медицинска сестра, акушерка, технически сътрудник или др.

Резултативни признаци:

- Критерии и индикатори за определяне специфичните особености на ОМП и как те влияят върху обсъждане на проблеми, свързани с психичното здраве, в това число и депресивни оплаквания и поставяне на тяхната диагноза.
- Критерии и индикатори за определяне на бариерите и стимулиращите фактори от страна на пациента за разкриване на проблеми, свързани с тяхното психично здраве, отчетени от техните лични лекари.
- Критерии и индикатори за определяне на бариери и стимулиращи лекаря фактори към дискутиране на проблеми, свързани с депресията при техните пациенти и коморбидните с нея соматични заболявания.
- Критерии и индикатори за определяне градацията на приоритетите на ОПЛ в процеса на консултацията, в зависимост от представените пред тях здравни проблеми
- Критерии и индикатори за определяне подходите на ОПЛ при поставяне на диагнозата и назначаване на терапията на пациенти с депресия. Използвани инструментариум, оценъчни скали, скрининг при този процес. Разпознаване на депресивните пациенти с водещо соматично заболяване, протичащо с депресивна симптоматика.
- Критерии и индикатори за определяне необходимостта и склонността на лекарите за участие в обучение за депресията. Предпочитания относно формата на организация на обученията.

4. Методология на проучването

4.1. Методи за събиране на информацията – социологически методи

- Документален метод

Направен е анализ на 336 български и чуждоезикови литературни източници, имащи отношение към настоящата разработка, както и на нормативните документи в страната, регламентиращи организацията на дейностите в ОМП, психиатричната помощ и попълването на медицинската документация. В хода на проучването са използвани данните, достъпни в PUBMED.

- Пряка индивидуална анкета сред ОПЛ

Анкетният метод е реализиран чрез използване на индивидуална анонимна анкета изпратена чрез платформата на Google forms към извадка от Общопрактикуващи лекари. Проучването е одобрено от Комисията по Етика на Научно-изследователската дейност при Медицински Университет –Плевен с Протокол/ Решение № 680-КЕНИД/ 03.06.2022

Анкетната карта е съставена (**Приложение 1**) в два раздела:

- Първата част съдържа **социо-демографски данни** на анкетирания лекари: пол, възраст, години професионален стаж, информация за професионалната квалификация и реализация, данни за структурата на практиката

- **Специалната, втора част**, съдържа въпроси по отношение наличие на пациенти с депресия с практиката, водещи оплаквания и симптоми, знания, умения, отношения и нагласи на ОПЛ при работа с тези пациенти в определени ситуации. Първата група въпроси в специалната част са относно епидемиологията на депресията в общата практика-пол, възраст на изява, сезонност, както и наличието или липсата на допълнително обучение по Психиатрия. Втората група въпроси са относно отношение и поведение на ОПЛ при работа с депресивни пациенти. Следват въпроси относно бариерите и стимулиращи фактори от страна и на лекаря и пациента в процеса на консултация и въпроси свързани относно психичното здраве. Анкетното проучване приключва с въпроси относно необходимостта от допълнителни обучителни модули за трудности и справяне при работа с депресивни пациенти.

Критерии за включване:

- договор с НЗОК за изпълнение на Първична медицинска помощ
- наличие на пациенти с депресивен епизод в практиката
- доброволност

Критерии за изключване:

- отказ на лицата
- липса на пациенти с депресивен епизод в листата

-Полуструктурирано интервю сред лекари със сп. „Психиатрия“

Проучването, проведено под формата на пряко полуструктурирано интервю беше осъществено с 34 специалисти по психиатрия от областите Плевен и Ловеч, работещи паралелно в амбулаторни практики и стационар, избрани на случаен принцип. Всеки от интервюираните психиатри, беше поканен да участва в интервю, след даденото съгласие от негова страна. Беше му предоставена да прочете уеднаквена стандартизирана информация за целите, задачите и естеството на проучването и информирано съгласие разговорът да бъде записван. При осъществяване на интервюто, водещият изследовател задаваше стандартни и еднакви за всички интервюирани въпроси по протокол. При необходимост от допълнителна информация се задаваха допълнителни уточняващи въпроси. Интервютата се провеждаха в неформална обстановка. Записът на проведените разговори се извършваше с функцията „диктофон“ на мобилно устройство-телефон. След окончателното приключване на интервютата с всички 34 психиатри отговорите бяха транскрибирани и анализирани от интервюиращия. Интервютата бяха проведени до насищане.

Проведеното интервюто е разделено условно на две части (**Приложение 2**). Първата част съдържа въпроси касаещи демографската характеристика на респондентите. Втората част съдържа въпроси относно факторите, които според тях ограничават ОПЛ да изпращат своите пациенти за консултация с психиатър, колко често и кога пациентите с депресивен епизод са насочени от ОПЛ за консултация, назначена ли е терапия и ако има такава - каква и от кого е назначена, кои са най-честите водещи оплаквания. Втората част съдържа и въпроси за бариерите пред пациентите да потърсят директно специализирана помощ от психиатър и дали ОПЛ имат нужда от допълнителни обучения за работа с пациенти с депресивен епизод и как трябва да бъдат организирани тези срещи-обучения.

Критерии за включване:

- договор с НЗОК за изпълнение на специализирана психиатрична помощ и/или работа в стационар
- доброволност

Критерии за изключване:

-отказ на лицата

-Методът „фокус групи” (focus groups) или групова дискусия (group discussion).

Използваният качествен изследователски метод е с идея за постигане на консенсус по тема и има за цел да проучи мнението на фокус група от 14 ОПЛ относно приложимостта на изработения алгоритъм за поведение в ОМП при депресивен епизод. Използвани са двама модератори при дискусията като единият модератор се стреми сесията да се развива гладко, а другият се старее всички теми да бъдат обхванати. Обсъдени са 7 въпроса, свързани с приложението на алгоритъма в ОМП.

Критерии за включване:

-работа като лекар в ОМП

- доброволност

Критерии за изключване:

-отказ на лицата

5. Методи за обработка на данните – статистически методи

Събраната първична информация бе проверена, кодирана, въведена и отново проверена в компютърната база данни за статистическа обработка, прекодиране и анализ.

Обработката на получените при изследването данни е извършена със специализиран софтуерен статистически пакет SPSS 22 и EXCEL for Windows.

Резултатите са описани чрез таблици, графики и числени показатели за структура, честота и коефициенти за зависимост между изследваните променливи.

Събраната първична информация беше анализирана с помощта на следните статистически анализи:

- При анализа на резултатите, тъй като почти всички изследвани променливи са качествени и са представени на слабите скали (номинална/ординална), за проверка на хипотези и изследване на статистически значима връзка между всеки две представляващи интерес променливи, основно е приложен **непараметричния тест χ^2 - test (Хи-квадрат анализ)**. Когато не са изпълнени условията за прилагането на този метод, които се изразяват в това не повече от 20% от клетките в кросираната таблица да имат теоретични стойности под 5, са използвани тестовете на **Фишер (Fisher's exact test)**, ако таблицата е 2x2 и **Likelihood Ratio**, при по-големи таблици, които се получават, когато поне една от кросираните променливи има повече от 2 възможни значения (стойности).
- Значимостта на резултатите, изводите и заключенията е определяна при **риск за грешка $\alpha=0,05$** . Тази стойност е използвана за проверката на заложените хипотези. Използвайки статистическия пакет SPSS за бърза и точна обработка на данните, ако при провеждане на Хи-квадрат, Fisher's exact test или Likelihood Ratio, полученото равнище на значимост **Asymp. Sig. (2-sided)** е по-малко от риска за грешка (**$\alpha=0,05$**), се отхвърля нулевата хипотеза и се приема за вярна алтернативната, т.е. това е което всъщност представлява интерес за по-задълбочено наблюдение и анализ- наличие на статистически значима връзка.
- За измерване на силата на зависимост е използван **коефициента на Крамер (Cramer's V)**, който е нормиран в границите от 0 до 1. Условно се приема, че когато той е в границите от 0 до 0.3, то връзката е **слаба**, от 0.3 до 0.7- **средна**, и над 0.7 – **силна**. Коефициента на Крамер се използва само след успешно прилагане на Хи-квадрат теста.

6. Място и време на проучването, етапи.

Етапи на провеждане:

- Направен литературен обзор по темата
- Изготвяне на собствена анкетна карта- въпросник
- Получено разрешение за стартиране на проучването от Етичната комисия на Медицински Университет-Плевен Протокол/ Решение № 680-КЕНИД/ 03.06.2022
- Разпространени 1000 анкетни карти чрез Google forms на случаен принцип в осем области на страната. Проучването се проведе до насищане. Получихме попълнени анкетни карти от 306 ОПЛ, от областите Плевен, Ловеч, Габрово, Велико Търново, Варна, Русе, Пловдив и Стара Загора. Шест от анкетираните лекари не са имали пациенти с депресивен епизод в своята практика за проследявания период. Техните отговори са изведени при статистическата обработка на първичната информация. Анкетата е проведена доброволно анонимно и онлайн за периода юли- декември 2022 година.
При статистическата обработка 6 (2%) от върнатите анкетни въпросници бяха изключени поради липса на депресивни епизоди в съответната практика. По данни на НСИ към периода на проучването ОПЛ са 3854. Въз основа на това е изчислен необходимият брой респонденти - 8% от всички ОПЛ в страната.
- Интервюто със специалистите по психиатрия бе проведено през периода януари-март 2023 година. Формира се група от психиатри, избрани на случаен принцип от областите Плевен и Ловеч.
- Методът „фокус групи” (focus groups) или групова дискусия (group discussion). Проучване, проведено през 2024 г. с малка фокус група от 14 ОПЛ, относно приложимостта на изработения алгоритъм за поведение при съмнение за депресивен епизод. Обсъдихме 7 въпроса свързани с предложения алгоритъм.
- Проучването е планирано, организирано и проведено лично от изследователя

7. Ограничения на получената информация

В проучването беше изследвана перцепцията на семейните лекари за бариерите и стимулиращи фактори в процеса на консултация. Получените резултати са в резултат на тяхната самооценка, а дали това съвпада с реалното поведение в процеса на консултация, може само да се предполага.

По отношение на бариерите и стимулиращи фактори за пациентите, като недостатък може да се посочи, че това е преценката на лекаря за тях, а не на самите пациенти. От друга страна някои пациенти категорично отказват да участват в проучвания, именно поради наличието на бариери, и тяхното поведение остава неизследвано и неизвестно.

IV. РЕЗУЛТАТИ

1. Демографски характеристики на анкетираните групи.

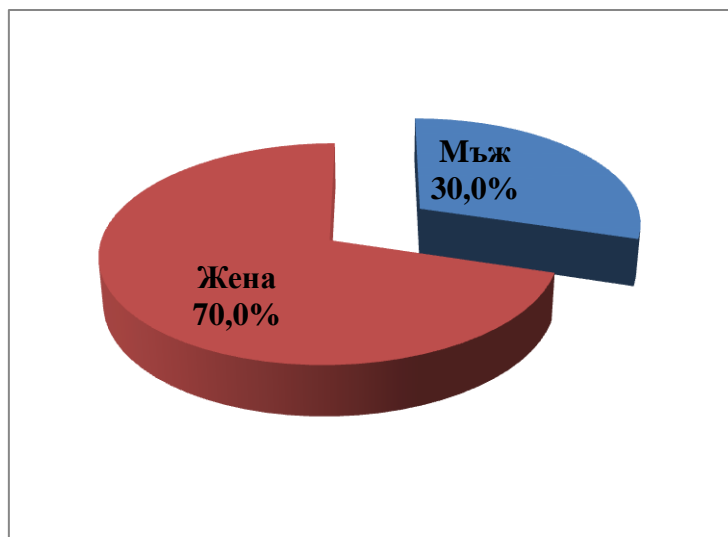
1.1. ОПЛ-Демография

Социо-демографските характеристики на изследваната група ОПЛ и основните характеристики на практиките, в които те работят, са представени съответно на Таблица 1 и Таблица 2.

Таблица 1. Социо-демографски характеристики на участващите в изследването ОПЛ

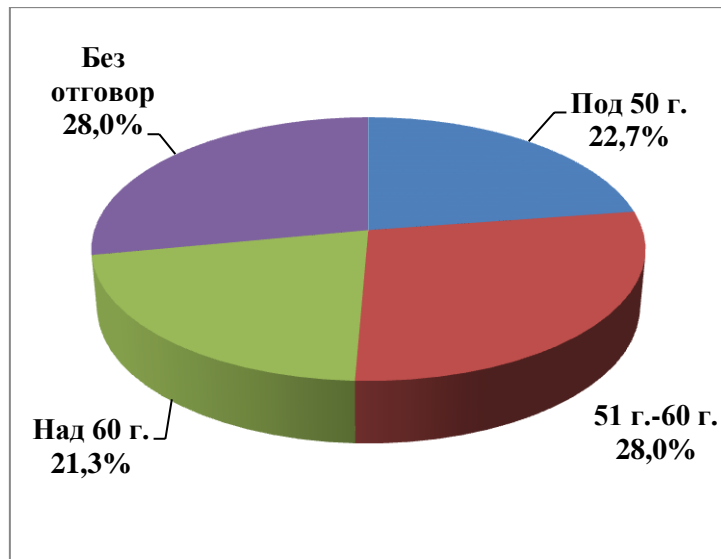
ПРИЗНАК	БРОЙ (n), ОТНОСИТЕЛЕН ДЯЛ (%) База n=300
Пол	
Мъже	89 (29,7%)
Жени	211 (70,3%)
Възрастови групи	
Под 50 години	68 (22,7%)
51-60 години	84 (28,0%)
Над 60 години	64 (21,3%)
Без отговор	84 (28,0%)
Ср. възраст	54,29
Години професионален стаж	
Под 20 години	42 (14,0%)
20-30 години	95 (31,7%)
Над 20 години	163 (54,3%)
Призната медицинска специалност*	
Обща медицина	265 (88,3%)
В момента специализирам Обща медицина	11 (3,7%)
Вътрешни болести	92 (30,7%)
Педиатрия	60 (20,0%)
Други специалности	15 (5,0%)
Други квалификации	21 (7,0%)
* Анкетираните лекари са посочили повече от един отговор	154,7%

По-голяма част от анкетираните лекари са жени, което колерира с преобладаването на женския пол в тази професия на територията на страната. Съотношението жени/мъже е 2,4:1 в полза на жените Общопрактикуващи лекари. Разпределението по пол е представено на **Фигура 1**.



Фигура.1. Разпределение по пол

Лекарите бяха разпределени в четири възрастови групи, както следва: под 50 години- 22,7%, 51-60 години – 28,0%, над 60 години- 21,3%, като 28,0% не са пожелали да посочат точно своята възраст при попълването на анкетната карта. Данните убедително говорят за един от сериозните проблеми на Общата медицинска практика в България – застаряването на лекарите, работещи в нея. По тази причина и повече от половината респонденти имат професионален стаж над 20 г. Разпределението по възраст е представено на **Фигура 2**.



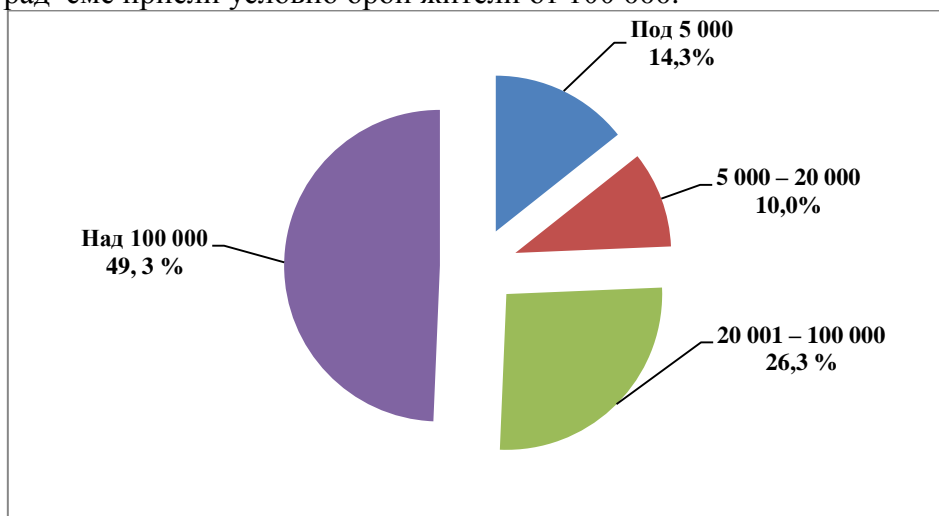
Фигура 2. Разпределение по възрастови групи

По отношение на специализацията, прави впечатление, че много голяма част от лекарите – 88,3% са с призната специалност по Обща медицина, а 3,7% специализират в момента тази специалност. Повече от половината лекари имат и втора призната специалност по детски болести или по вътрешни болести. На **Таблица 2** са представени основните характеристики на практиките, в които работят лекарите, участващи в проучването.

Таблица 2. Характеристики на практиките за Първична медицинска помощ

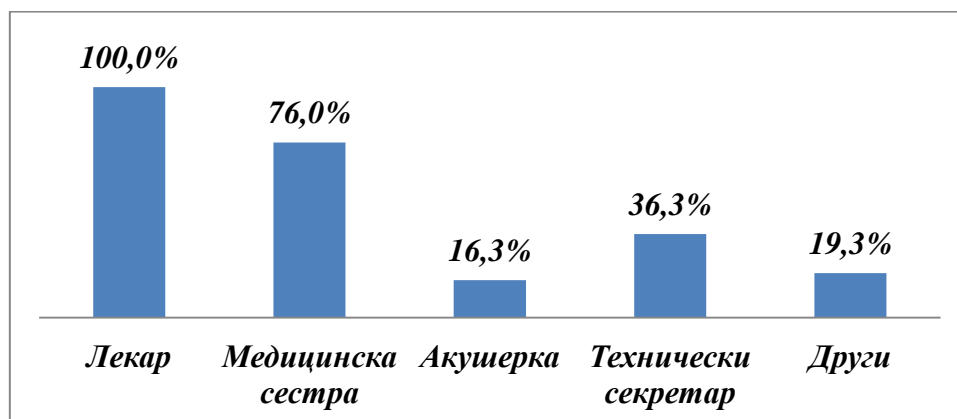
ПРИЗНАК	БРОЙ (n), ОТНОСИТЕЛЕН ДЯЛ (%) База n=300
Големина на населеното място за работа с брой жители	
Под 5 000	43 (14,3%)
5 000-20 000	30 (10,0%)
20 001- 100 000	79 (26,3%)
Над 100 000	148 (49,3%)
Практиката работи в :	
Град	219 (73,0%)
Село	28 (9,3%)
Смесен тип	53 (17,7%)
Вид на практиката:	
Групова практика	58 (19,3%)
Индивидуална практика	242 (80,7%)
Брой пациенти в практиката:	
Под 500	3(1,0%)
500-1 000	39(13,0%)
1001-1500	85(28,3%)
1501-2 000	54(18,0%)
Над 2 000	119(39,7%)
Насоченост на практиката:	
Лица под 18 години	38 (12,7%)
Лица над 18 години	85 (28,3%)
Смесен тип	177 (59,0%)

На следващата **Фигура 3** е представено подробно разпределението на практиките в населени места с брой жители. Вижда се, че половината от практиките работят в голям град, а останалата половина – в села и малки градове. За граница голям и малък град сме приели условно брой жители от 100 000.



Фигура 3. Населено място на практиката

По отношение на структурата на персонала от практиката – като брой и численост, се установява, че в 76% от практиките има нает сестрински персонал, 16,3% имат наети акушерки, а 55,6% имат друг технически или помощен персонал-**фигура 4**. Прави впечатление наличието на практики, които продължават да работят без специалисти по здравни грижи - сестри или акушерки. Преобладава значително дялът на индивидуалните практики – над 80% над този на груповите – нещо също доста характерно за България.



Фигура 4. Структура на персонала в практиката /включително с лекаря титуляр/

1.2. Психиатри-демография

Демографските характеристики на интервюираната група психиатри е представена на **таблица 3**.

Анкетирани са 34 специалисти от области Плевен и Ловеч. Разпределението по пол в двете области мъже-жени е равномерно. Преобладават лекари над 55 години и съответно с по-продължителен трудов стаж – повече от двадесет години. Всички анкетирани са със специалност „Психиатрия“, а двама лекари от област Плевен са и с придобита специалност по детска психиатрия.

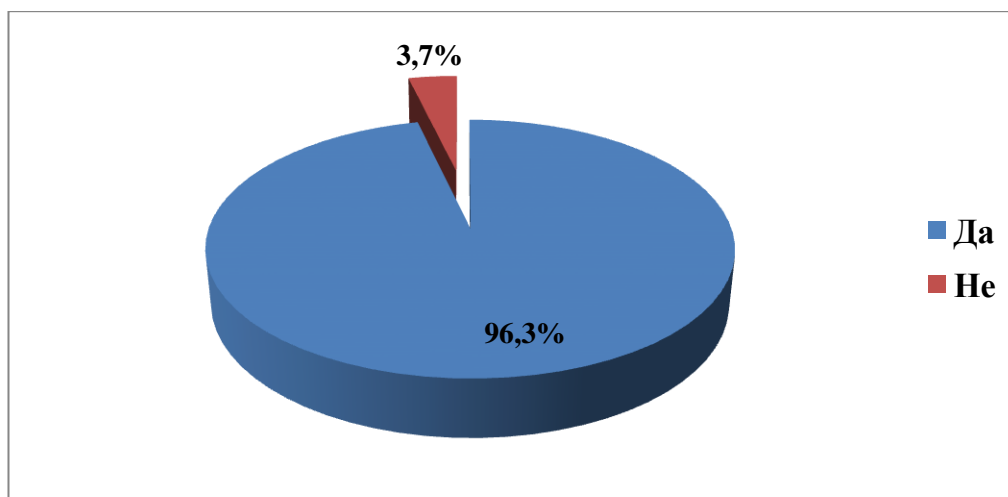
Таблица 3. Демографски характеристики на психиатри

Специалисти по Психиатрия		БРОЙ (n), ОТНОСИТЕЛЕН ДЯЛ (%) База n=34
Пол	Жена	50,0% (n=17)
	Мъж	50,0% (n=17)
		100,0% (n=34)
Възраст	до 50	29,4% (n=10)
	над 50	70,6% (n=24)
		100,0% (n=34)
Ср. възраст	51, 85 години	
Години професионален стаж	Под 10 години	5,9% (n=2)
	10-20 години	11,8% (n=4)
	21-30 години	55,9% (n=19)
	Над 30 години	26,5% (n=9)
		100,0% (n=34)
Призната медицинска специалност по:	Психиатрия	100,0% (n=34)
	Детска психиатрия	5,9% (n=2)
		100,0% (n=34)

2. Епидемиология на ДЕ в ОМП - пол, възрастова изява, сезонност.

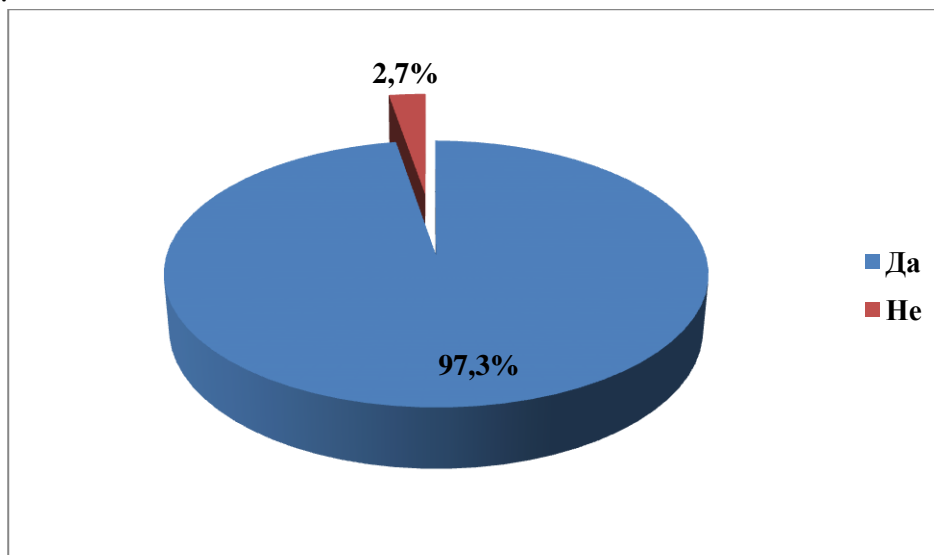
От всички ОПЛ, върнали отговор на анкетите се установява, че 98% (n=300) са имали пациенти с ДЕ, а от тези 300 ОПЛ, които потвърждават наличието на пациенти с ДЕ в практиката си, изключително голям брой - 96,3% (n=289) са отчели, че са имали пациенти с **повече от един депресивен епизод** и само 3,7% (n=11) са посочили наблюдение на само един епизод при своите пациенти – **фигура 5**.

Посочените резултати не се влияят от разпределението по възрастови групи, години професионален стаж, брой жители в населеното място, където функционира практиката и видът на практиката-групова или индивидуална.



Фигура 5. Наличие на пациенти с повече от един депресивен епизод

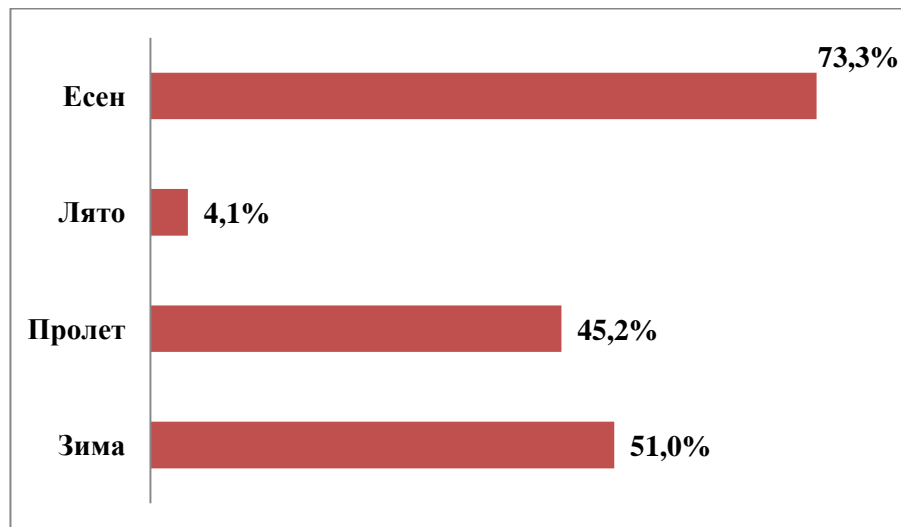
По отношение **наблюдавана сезонност** при обострянето на симптомите на депресия разпределението на отговорите е представено на **фигура 6**. Според 97,3% (n=292) ОПЛ се наблюдава сезонност в обострянето на симптомите на техните пациенти.



Фигура 6. Сезонност при обострянето на симптомите на депресията

По отношение на **сезона, в който се наблюдава по-често** обостряне на депресивната симптоматика, анкетираните ОПЛ са посочили повече от един отговор, представени на **фигура 7**. Водещи са есенния период, според 73,3% и зимния период – според 51%. Най-рядко обострянето се случва през лятото - 4,1%. Връзка с есенно-

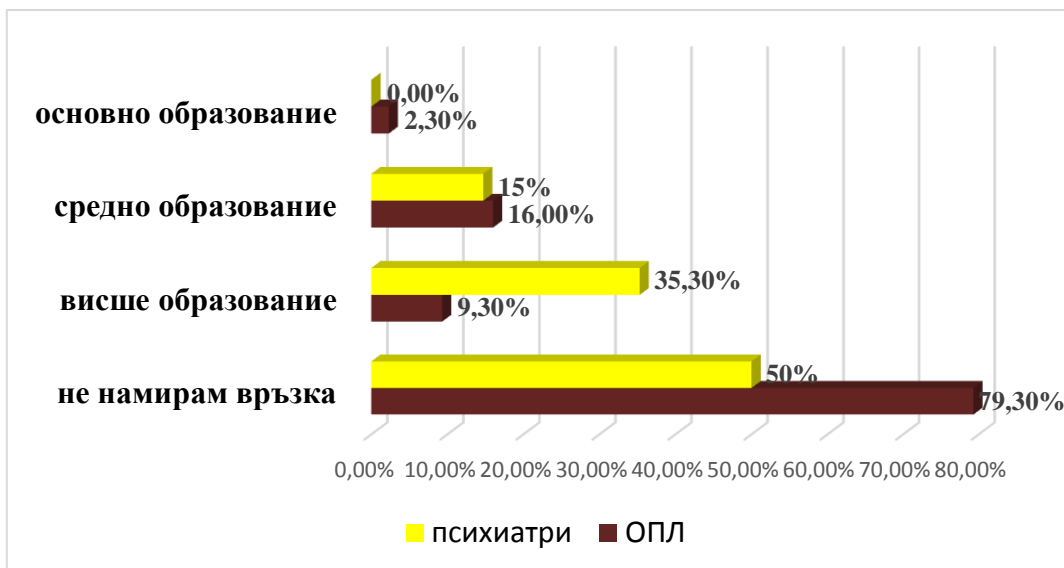
зимния сезон наблюдават и отчитат повече лекарите с по-продължителен трудов стаж - над 30 години ($X^2=9,500$; $df=2$; $p=0,009$, Cramer's $V=0,180$), както и лекарите със специалност по вътрешни болести ($X^2=5,207$; $df=1$; $p=0,022$, Cramer's $V=0,134$) или педиатрия ($X^2=14,937$; $df=1$; $p=0,000$, Cramer's $V=0,226$), работещи в смесен тип практика ($X^2=5,464$; $df=1$; $p=0,019$, Cramer's $V=0,137$) с повече - над 2000 пациенти ($X^2=11,453$; $df=4$; $p=0,022$, Cramer's $V=0,198$). Тези групи лекари са по-убедителни в познания, относно сезонността в обострянето на депресивната симптоматика.



Фигура 7. Наблюдавана сезонност в обострянето на симптомите на депресия

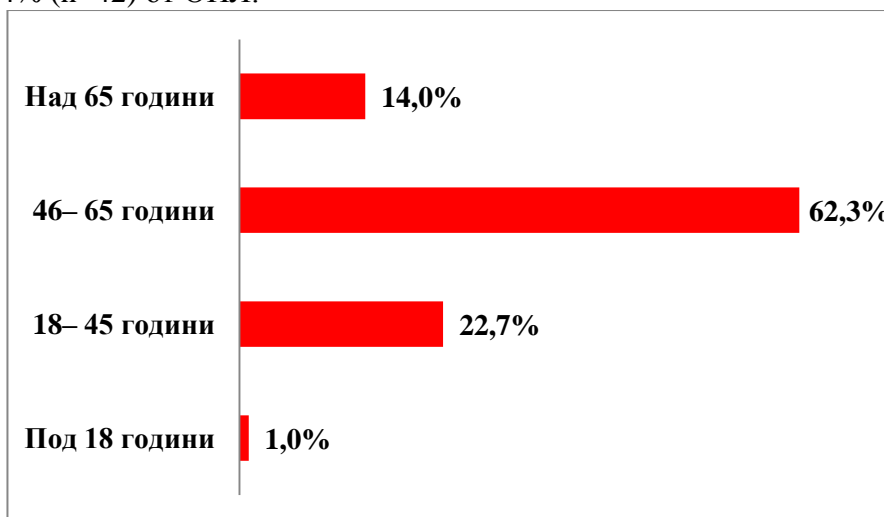
От направения литературен обзор по темата редица данни показват, че **жените** страдат два пъти по-често от мъжете от депресия (48,82,127,128,161,220,240,246,247,266). Анкетираният лекари в 91,3% ($n=274$) потвърждават тази наблюдавана тенденция. Интерес представлява фактът, че по-младите колеги под 50 години, отчитат значително по-висок процент на страдащите от депресия мъже в тяхната практика -11,8 %, в сравнение с по-възрастните си колеги, където процентът е 1,6% за мъжкия пол ($p=0,004$) установено с прецизно с тест Likelihood Ratio. Вероятно обяснението е, че по-младите колеги са по-внимателни и по-активно търсят симптоми на депресия при своите пациенти-мъже.

Данните от литературния обзор показват, противоречиви данни относно липсата на зависимост между честотата на депресията и социалния статус на пациентите, но социалният статус влияе върху силата на изявата на депресивната симптоматика (97, 319). Ние отидохме по-далеч и потърсихме връзка, според нашите респонденти, **между степента на образование на пациентите** и изявата на симптоми на депресия, както и потърсената съответно помощ. От анкетираният ОПЛ – 72,3% ($n=217$) са отговорили, че не установяват такава връзка. Подобни са и резултатите от отговорите на психиатрите-**Фигура 8**. Те също не намират връзка между образованието на пациентите, изявата на депресивната симптоматика и потърсените директно специализирана психиатрична помощ-50% ($n=17$).



Фигура 8. Връзка между образованието на пациентите и изявата на депресивната симптоматика

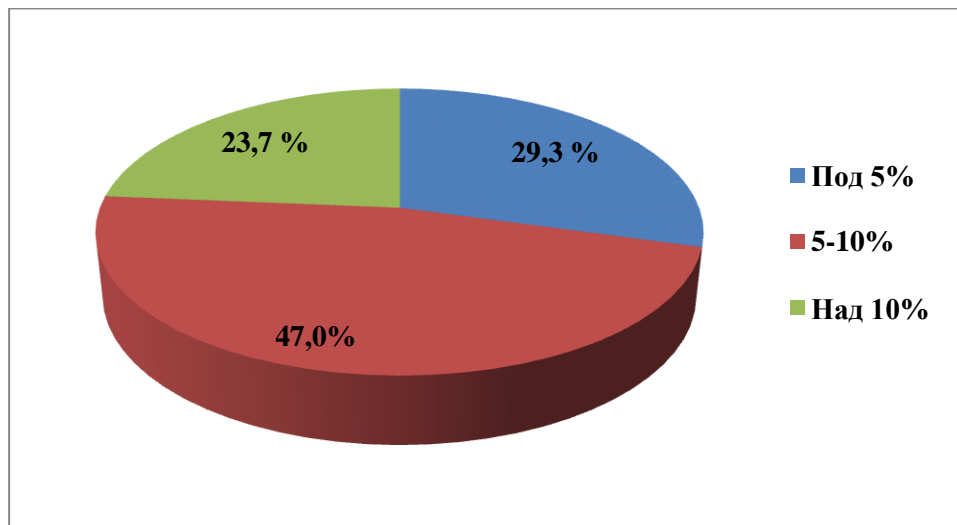
След направеният преглед по темата и според проведените проучвания относно **първата изява** на депресия, повечето хора влизат в първия си депресивен епизод между 30-40 годишна възраст, след което има един малък пик на честотата между 50-60 годишна възраст (5,6,8,9,11,15,319). На **фигура 9** е представено разпределението на отговорите на анкетираните ОПЛ относно възрастта на техните пациенти за поява на депресивен епизод. Според 62,3% (n=187) от нашите респонденти, пациентите им най-често са във възрастовата група 46-65 години, следвани от възрастовата група 18-45 години - според 22,7% (n=68), на трето място се нареждат пациентите над 65 годишна възраст според 14% (n=42) от ОПЛ.



Фигура 9. Възраст на пациентите с депресивен епизод

Предвид факта, че депресия с изявена класическа клинична картина в Общата практика се среща рядко, по-често водещи са соматичните оплаквания, които притесняват пациентите и именно поради тях те търсят лекарска помощ, попитахме нашите респонденти **какъв е според тях процентът, при който депресията е основен повод пациентът да ги потърси?** Разпределението на отговорите е представено на **фигура 10**. От анкетираните лекари 23,7% са отговорили, че при над 10% от пациентите им, депресията е била основен повод да потърсят лекарска помощ. Оказва

се, че това е по-често срещано при мъже ОПЛ, в сравнение с жени ОПЛ ($X^2=6,000$; $df=2$; $p=0,005$; Cramer's $V=0,141$).



Фигура 10. Какъв според Вас е процентът, при който депресията е основен повод пациентът да потърси лекарска помощ?

Проучени бяха **най-честите оплаквания с които се явяват пациентите в Общата медицинска практика**, при които се подозира депресия – **Фигура 11**. Установени бяха някои статистически значими връзки между отделни демографски характеристики на анкетираните ОПЛ, включващи възраст, трудов стаж, големина на населеното място, особености на практиката и вида на споделените от пациента оплаквания. Нашите респонденти са имали възможност да посочват повече от един отговор при попълване на анкетното проучване.

Водеща причина за посещението според 92,3% от анкетираните лекари са проблеми със съня. По-чести оплаквания от безсъние, споделено от пациентите се отчита от лекари във възрастова група 51-60 години ($X^2=12,850$; $df=3$; $p=0,005$; Cramer's $V=0,207$).

Липсата на енергия, съпроводена от хронична умора безпокои пациентите в 76% от случаите и ги води в кабинета на личиния лекар според анкетираните ОПЛ. Тези оплаквания отчитат по-често лекари в по-млада възраст, под 50 години ($X^2=12,554$; $df=3$; $p=0,006$; Cramer's $V=0,205$).

Промените в апетита /повишен или намален/ също притеснява пациентите и ги кара да посетят лекарския кабинет според 32,3% от ОПЛ. По-отчестливо този факт се наблюдава в практики, разположени в по-големите градски населени места ($X^2=16,092$; $df=2$; $p=0,0001$; Cramer's $V=0,232$).

Гастроинтестинални смущения и други оплаквания от страна на храносмилателната система притесняват пациентите в 28,3% според ОПЛ. По-често по-младите лекари ($X^2=15,172$; $df=3$; $p=0,002$; Cramer's $V=0,225$), с по-малък трудов стаж ($X^2=7,552$; $df=2$; $p=0,023$; Cramer's $V=0,159$), работещи в градски условия ($X^2=6,883$; $df=2$; $p=0,033$; Cramer's $V=0,151$) отчитат наличието на това оплакване.

Необясними болки по тялото-42,3%, главоболие-58,3%, отпадналост-64,7% са оплаквания заслужаващи внимание и също понякога са водеща причина за посещение на пациента.

Задължително особено внимание се отделя на суицидните мисли според 9% от анкетираните лекари. Установява се, че по-внимателни в това отношение и по-склонни да го отчитат са ОПЛ, работещи в селски практики ($X^2=5,963$; $df=1$; $p=0,015$; Cramer's

V=0,141), в сравнение с колегите им работещи в градски условия. Всички колеги, които разпитват по-подробно за наличието на суицидни мисли са с придобита дългогодишна специалност по Обща медицина ($p=0,0001$), установнено прецизно с Fisher's Exact Test.



/респондентите са дали повече от един отговор/

Фигура 11. Най-честите оплаквания на пациентите според отговори ОПЛ

Същият въпрос зададохме при провеждане на прякото интервю с психиатрите-
Фигура 12. Целта ни бе да се определят и сравнят водещите оплаквания, според двете изследвани групи лекари - ОПЛ и психиатри. Мнението на психиатрите бе водещо за нас и го използвахме като основа, т.к те са специалистите по психично здраве.



/респондентите са дали повече от един отговор/

Фигура 12. Най-честите оплаквания на пациентите според отговори Психиатри

Сравнихме водещите причини според ОПЛ и Психиатрите в **Таблица 4:**

Таблица 4. Сравнение на най-честите оплаквания според ОПЛ и психиатри

Водещ симптом	Според ОПЛ	Според психиатрите
Проблеми със съня	92,3 %	100%
Хронична умора или липса на енергия	76,0%	44,1%
Отпадналост	64,7%	58,8 %
Главоболие	58,4%	17,6%
Необясними болки по тялото-гръб, врат	42,3%	35,3%
Проблеми с апетита	32,3%	50,0%
Суицидни мисли	9,0%	52,9%

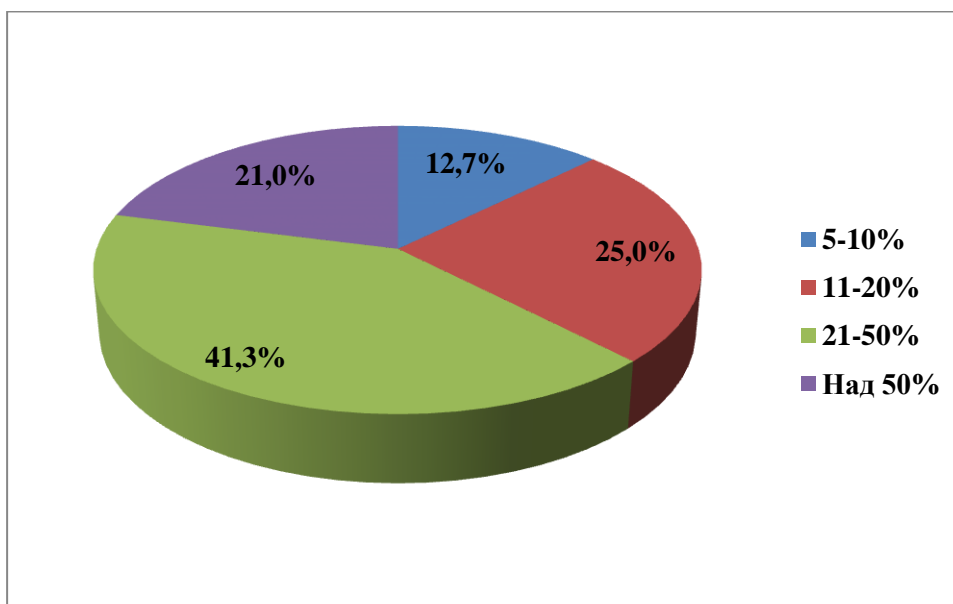
Не се установяват съществени различия в повечето от водещите и най-често срещани оплаквания, с които идват пациентите при ОПЛ и при психиатъра, но съществена разлика се наблюдава при споделянето на **суицидни мисли и намерения**. Това може да се обясни с факта, че ОПЛ работят с различни по тежест симптоми, като имат основна задача при работа с депресивни пациенти, при най-малко съмнение за суицидни нагласи, да изпратят задължително пациентите за специализирана консултация с психиатър и той да прецени по-нататъчното поведение спрямо този пациент. За разлика от ОМП при психиатрите със сигурност отиват по-изявените и по-тежки случаи. По-високият процент отчетен суициден риск при специалистите по психиатри се обяснява и със съответните знания и умения на специалистта да ги разпознае и диагностицира.

3. Нагласи, поведение и отношение на ОПЛ при работа с пациенти с депресивен епизод-влияние на особеностите на практиката в процеса на консултацията.

Втората група въпроси от специалната част, които зададохме на анкетирания лекари, имаха за цел да изследват техните отношение и поведение при работа с пациенти с депресивна симптоматика, както и съответния подход, който предприемат след проведената консултация при диагностициране на депресивна симптоматика: изчаквателно поведение, назначаване на медикаментозна терапия и/или изпращане за специализирана консултация с психиатър.

За нас бе важно да се проучи **какъв процент от пациентите с депресивен епизод, които посещават ОПЛ се нуждаят от задължително медикаментозно лечение?** Според 41,3% (n=124) от фамилените лекари над 50% от случаите с ДЕ се нуждаят от медикаментозна терапия. Разпределението на отговорите е представено на **фигура 13**. Интерес представлява връзката, която се открива между този отговор и демографските характеристики на лекарите. Добре отчетлива е зависимостта, която се наблюдава по пол ($X^2=29,675$; $df=3$; $p=0,0001$; Cramer's $V=0,315$). Мъжете фамилените лекари (53,9%) в сравнение с жените (36%) по-често смятат, че на пациентите с депресивен епизод задължително трябва да бъде назначена терапия. Два пъти по-склонни за назначаване на медикаментозна терапия са и лекарите, работещи в индивидуални практики - 45,9% спрямо лекарите работещи в групови практики - 22,4% ($X^2=14,636$; $df=3$; $p=0,002$; Cramer's $V=0,221$). ОПЛ работещи в селски региони в 67,9% ($X^2=19,535$; $df=9$; $p=0,021$; Cramer's $V=0,147$), също значително по-често отчетят, че е необходимо назначаване на терапия спрямо 37,4% колегите им работещи в градски условия. Вероятно ОПЛ които работят в групови практики ситуирани в по-големите градове се чувстват по-спокойни за пациентите си с депресивни оплаквания и

предпочитат изчаквателно поведение или изпращане на консултация със специалист вместо това те да назначат медикаментозно лечение.



Фигура 13. Какъв процент от пациентите с депресивен епизод се нуждаят от медикаментозно лечение?

Интересен е фактът, че депресията е едно от заболяванията при което, хората много често прибегват до самолечение. Попитани дали преди посещението при тях пациентите са прилагали някакво **самолечение** 75,3% (n=226) от анкетираните ОПЛ дават положителен отговор. Установява се превес в групата на по-младите ОПЛ, съответно с по-малък трудов стаж ($X^2=9,385$; $df=2$; $p=0,009$; Cramer's $V=0,177$). Вероятно тези лекари са по-склонни да обсъждат този проблем с пациентите и по тази причина го и отчитат по-често.

Интерес представлява и **от кого е потърсено мнение и помощ за прилаганото самолечение**. Най-висок процент пациенти са потърсили съвет и помощ за своите оплаквания от близки и приятели – 60,6%. Това отново го отчитат за своите пациенти по-младите лекари - под 50 годишна възраст ($X^2=20,051$; $df=6$; $p=0,003$; Cramer's $V=0,211$). Голяма част от пациентите разчитат на предишния си опит при решаване на минали здравни проблеми 31,0%. Значително по-рядко пациентите търсят съвет от медицинско лице/фармацевт - в 8,4% от случаите.

На въпроса: „**Какъв процент от пациентите Ви с депресивна симптоматика се нуждаят от специализирана консултация с психиатър?**“, получените отговори от анкетираните лекари са представени в **таблица 5**. Задължителна консултация с психиатър смятат, че е необходима при 21-50% от случаите, според 34,3% (n=103) от анкетираните фамилни лекари. Мъжете ОПЛ-39,7% имат лек превес спрямо жените ОПЛ-32,2%. Мъжете ОПЛ по-често смятат, че депресивните пациенти се нуждаят от задължителна консултация с психиатър. Увеличаването на възрастта и годините професионален стаж също повлияват чувствително нуждата на ОПЛ да консултира пациентите си с депресивна симптоматика с психиатър ($X^2=39,381$; $df=9$; $p=0,0001$; Cramer's $V=0,209$).

Таблица 5. Нужда от консултация със специалист по Психиатрия

Какъв процент от пациентите ви се нуждаят от специализирана консултация с психиатър?	Брой (n)	Относителен дял (%)
5-10 %	57	19, 0%
11-20%	59	19, 7%
21-50%	103	34, 3%
Над 50%	81	27, 0%

За съпоставка попитахме и психиатрите „**Какъв процент от пациентите им са насочени от техните ОПЛ за консултация с психиатър**“ -Таблица 6 Отговорите на психиатрите показват, че в до 50% от случаите пациентите с ДЕ са били насочени за специализирана консултация с психиатър от ОПЛ. От тези отговори проличава, че вероятно голяма част от пациентите с ДЕ се насочват към психиатър без да се консултират предварително с ОПЛ.

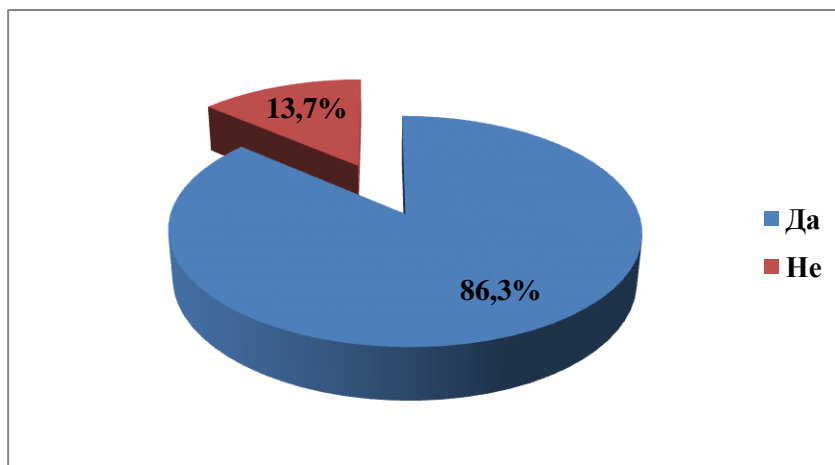
Таблица 6. Процент пациенти, насочени от техните ОПЛ за консултация с психиатър

Какъв процент от пациентите Ви с депресивен епизод са насочени от техните ОПЛ за консултация с Вас?	Брой (n) База - 34	Относителен дял (%)
Под 10 %	4	11,8%
11-30%	13	32,2%
31-50%	17	50,0%
Над 50%	0	0%

В тази връзка попитахме ОПЛ дали имат пациенти с депресивен епизод, които са потърсили помощ и консултация **директно от психиатър**. Положителен отговор са дали 70% (n=210) от анкетираните лекари. Тази тенденция е по-отчетлива при ОПЛ, работещи в големи населени места и големи групови практики с над 2000 пациента. Вероятно това се дължи на факта, че лекарите в големите практики са по-ангажирани и имат сериозен недостиг на време и направления от една страна, а от друга пациентите в големите населени места имат по-лесен достъп до специалист, по-добре са информирани относно социално-значимите заболявания, осъзнали са необходимостта, че имат нужда от специализирана помощ и прегледът при психиатър не ги притеснява. Техните отговори колаборират с отговорите на този въпрос, дадени от психиатрите.

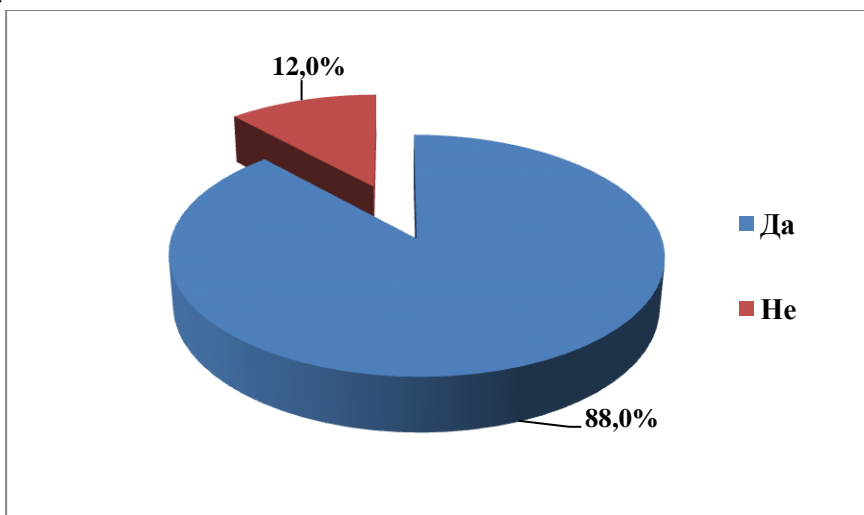
Първична терапия на своите пациенти - **Фигура 14** са назначавали 86,3% (n=259) от анкетираните лекари. Интересен е фактът, че при назначаване на първичната терапия на депресивни пациенти, мъжете ОПЛ - 93,3% са по-уверени в сравнение със своите колежки ОПЛ-83,4% ($X^2=5,143$; $df=1$; $p=0,023$; Cramer's V=0,131).

Фамилни лекари, работещи в практики с по-малък брой пациенти-под 500, са три пъти по-склонни да избягват назначаване на първична терапия на своите пациенти с депресивно разстройство ($X^2=12,412$; $df=4$; $p=0,015$; Cramer's V=0,203) в сравнение лекарите с големите практики.



Фигура 14. Назначавали ли сте първична терапия на пациенти с депресивен епизод?

Същият въпрос зададохме и на специалистите по психиатрия: **Идват ли при тях пациенти с вече назначена терапия от своите ОПЛ?**-Фигура 15. Те отговарят положително за **88%** от случаите. Отново отговорите на двете групи лекари си кореспондират.



Фигура 15. Идват ли при Вас пациенти с първична назначена терапия от ОПЛ?

Особен интерес представлява и **изборът, който ОПЛ прави за назначаване на първична терапия**. Разпределението на отговорите е представено на **Фигура 16**.. Проведеното проучване сред ОПЛ показва, че те предпочитат групата на антидепресантите. В 74,1% от случаите ОПЛ назначават като първична терапия антидепресант. Средства, които предпочитат да назначават на второ място по избор са бензодиазепините - 45,2%. Най-рядко се прибягва до назначаването на хомеопатичните продукти - в 37,8% от случаите. С групата на антидепресантите са по-склонни да работят ОПЛ, работещи в градски условия - 75,4% или в смесен тип практики - 81,8%, в сравнение с лекарите в селата 50,0% ($X^2=8,804$; $df=2$; $p=0,012$; Cramer's $V=0,184$). Антидепресантите са предпочитани и от лекарите, работещи в големи практики с над 2000 пациента ($X^2=25,218$; $df=4$; $p=0,0001$; Cramer's $V=0,312$). По-уверени в използването на антидепресантите са и ОПЛ, които освен специалност по ОМ ($X^2=4,082$; $df=1$; $p=0,043$; Cramer's $V=0,126$), имат придобита втора специалност по вътрешни болести ($X^2=8,865$; $df=1$; $p=0,003$; Cramer's $V=0,185$), или педиатрия ($X^2=4,157$; $df=1$; $p=0,041$; Cramer's $V=0,127$).

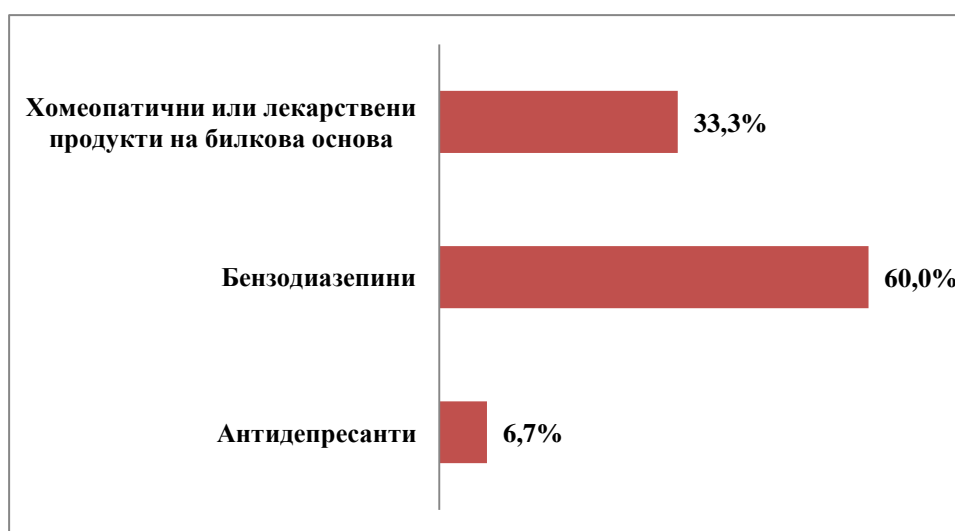
Мъжете ОПЛ предпочитат в лечението с бензодиазепини - 56,6% ($X^2=6,469$; $df=1$; $p=0,011$; Cramer's $V=0,158$), същите предпочитания имат и лекарите във възрастова група над 60 години ($X^2=8,823$; $df=3$; $p=0,032$; Cramer's $V=0,185$).

В групата на ОПЛ, които предпочитат да започнат лечението с хомеопатични продукти преобладават жените ($X^2=5,326$; $df=1$; $p=0,021$; Cramer's $V=0,143$) и лекарите със специалност по педиатрия ($X^2=15,236$; $df=1$; $p=0,0001$; Cramer's $V=0,243$).



Фигура 16. Назначавани групи продукти за първична терапия от ОПЛ

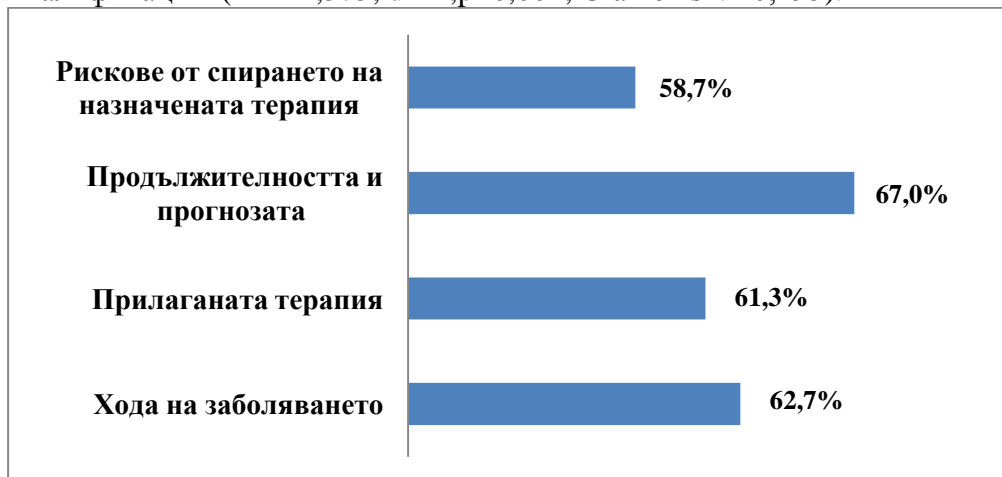
При провеждане на интервюто с психиатри, ги попитахме същия въпрос „Каква е най-честата терапия назначена от ОПЛ, с която идват пациентите при тях?“. По отношение на хомеопатичните средства отговорите на двете групи лекари - ОПЛ и психиатри са много близки -37.8% за ОПЛ и 33.3% за психиатри. Сериозно разминаване се наблюдава при отговорите, касаещи бензодиазепини и антидепресанти - **Фигура 17**. Според ОПЛ, основно средство на избор при депресивен пациент е антидепресант, докато психиатрите твърдят, че 60% от пациентите, който са изпратени от своя ОПЛ за консултация идват с първично назначена терапия с бензодиазепини.



Фигура 17. Най-честата терапия, назначавана от ОПЛ, с която пациентите идват при психиатър

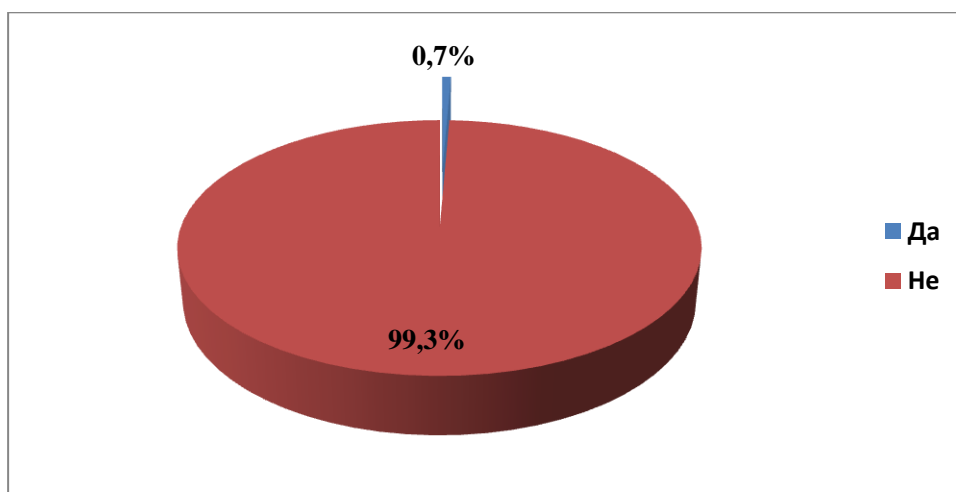
На следващ етап изследвахме поведението на нашите респонденти към пациентите, като ги попитахме дали им дават информация относно хода на заболяването, продължителност, прогноза, възможности за терапия и риск от спиране

на лекарствата. Разпределението на отговорите е представено на **Фигура 18** като ОПЛ са имали възможност да посочват повече от един отговор. Всички анкетирани лекари потвърждават, че информират своите пациенти за всички изброени признаци-ход, продължителност, терапия. По отношение на подаваните обяснения и информация по проблема относно **продължителност и прогноза**, се установи, че мъжете ОПЛ ($X^2=5,813$; $df=1$; $p=0,016$; Cramer's $V=0,139$) и лекарите, работещи в по-големите населени места ($X^2=8,928$; $df=3$; $p=0,030$; Cramer's $V=0,173$) по-често дават изчерпателна информация и обяснения на пациентите си с депресия. По отношение на информацията за **прилагана терапия** и рискове от спирането ѝ, по-склонни да обясняват това са лекарите във възрастовата група между 51-60 години ($X^2=10,262$; $df=3$; $p=0,016$; Cramer's $V=0,185$) и лекарите имащи втора специалност или друга придобита квалификация ($X^2=11,375$; $df=1$; $p=0,001$; Cramer's $V=0,195$).



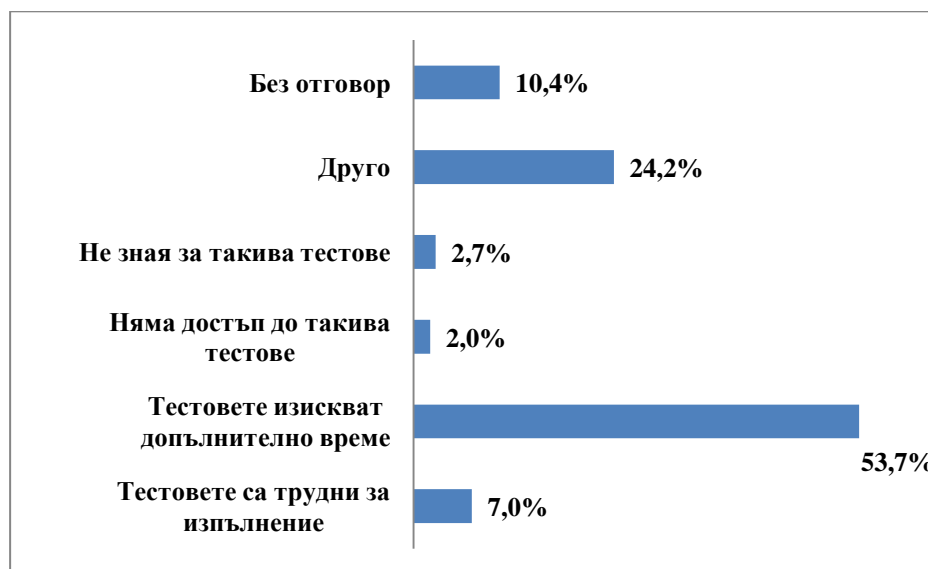
Фигура 18. Даване на информация от ОПЛ относно прогноза, продължителност и терапия /посочен повече от един отговор/

В хода на анкетното изследване бе проучено поведението на ОПЛ по отношение използването на **валидирани въпросници** за откриване на депресия -**Фигура 19**. Оказва се, че 99,3% ($n=298$) **не са използвали** никога валидирани въпросници. Едва 0,7% ($n=2$) - само двама ОПЛ-мъже на възраст под 30 години са се възползвали от въпросниците при диагностичното уточняване на пациентите си.



Фигура 19. Използване на валидирани въпросници за откриване на депресия

Разпределението на причините относно това **какво ги е възпирало в използването на валидирани въпросници** за откриване на депресия е посочено на **Фигура 20**. Голяма част от ОПЛ - 53,7%(n=160) са посочили като водеща причина факта, че тестовете изискват допълнително време за провеждането им. Този факт е отчетлив при ОПЛ, работещи в градски условия и в практики с педиатрична насоченост. Само 7% (n=21) споделят, че тестовете са трудни за изпълнение. Липсата на достъп до тестове или незнанието за съществуването на такива са причини с много ниска честота на проявление.



Фигура 20. Основни причини да не използват валидирани въпросници за откриване на депресивен епизод в ОМП

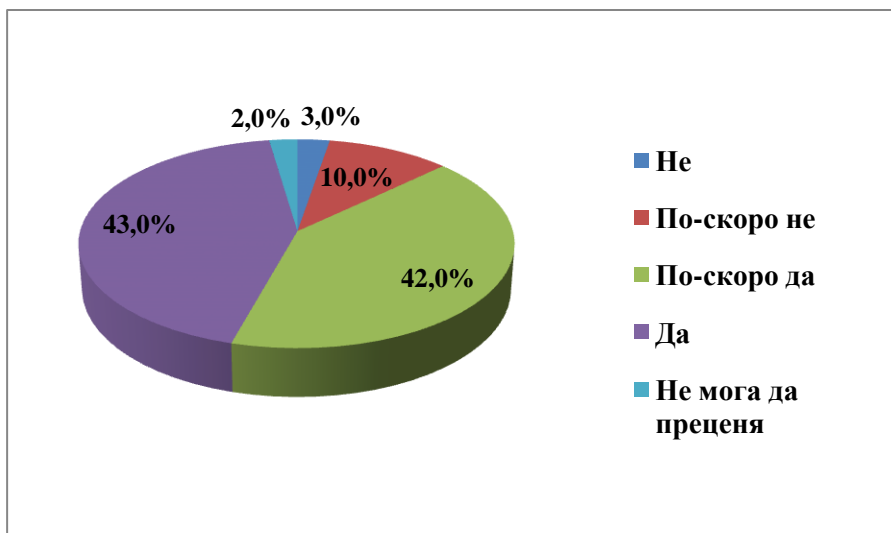
4. Барieri и стимулиращи фактори пред пациентите да потърсят лекарска помощ и лечение

На следващия етап от проведеното проучване пристъпихме към идентифициране на **барьерите**, съответно и стимулиращите фактори пред **лекарите** и пред **пациентите** в процеса на консултация за откриване на ДЕ.

На първи етап в тази секция, **попитахме ОПЛ дали принципно техните пациенти са склонни да споделят с тях проблеми, свързани с психичното им здраве- Фигура 21.**

През годините между лекар и пациент в общата практика са изградени дългосрочни взаимоотношения на доверие, сътрудничество и съдействие. Тези положителни връзки според 85% (n=255) от ОПЛ помагат да пациента да споделя спокойно и без притеснение проблеми, свързани с психичното здраве. Изградените взаимоотношения през годините играят ролята на стимулиращ фактор за пациента, според техните ОПЛ. Само 8 лични лекари дават отрицателен отговор – според тях пациентите категорично не споделят проблеми свързани с психичното здраве.

На въпроса кой **пол** е по-склонен да споделя, анкетиранияте са единодушни - 95,3% (n=286) отговорят, че жените-пациенти са винаги по-склонни да говорят и споделят проблеми относно психичното си здраве. Само 6 мъже ОПЛ отговарят, че мъжете са по-склонни да споделят.



Фигура 21. Склонни ли са пациентите Ви да споделят с Вас проблеми свързани с психичното си здраве?

Водещите причини, според ОПЛ, един пациент да потърси помощ или стимулиращите пациента фактори (Фигура 22) са:

- ✓ Съпътстващите депресията симптоми (57,7%) - безапетитие, безсъние, главоболие, сексуални проблеми. Обикновено това по-често отчитат по-възрастните лекари - над 60 години ($X^2=11,098$; $df=3$; $p=0,011$; Cramer's $V=0,192$) и с придобита специалност по Обща медицина ($X^2=6,837$; $df=1$; $p=0,009$; Cramer's $V=0,151$).
- ✓ Смятат, че проблемът е соматичен (54%).
- ✓ Невъзможността да се справят сами с този проблем (50,3%)
- ✓ Изградените дългосрочни взаимоотношения на доверие и сътрудничество (38,7%). По-отчетливо това се отчита от жените ОПЛ ($X^2=7,305$; $df=1$; $p=0,007$; Cramer's $V=0,156$).
- ✓ Интелигентността и образованието (17,3%) и добрата здравна култура (13,3%) са фактори, които също могат да накарат пациента да потърси лекарска помощ.



/Респондентите са дали повече от един отговор/

Фигура 22. Причини пациента да потърси лекарска помощ и да сподели своите притеснения с ОПЛ относно психичното си здраве

В хронологията на анкетното проучване, попитахме нашите респонденти „**Защо повечето хора, се притесняват от прегледа при психиатър?**“. Разпределението на отговорите е представено на **Фигура 23**. Оказва се, че в нашето общество продължава да доминира стигмата за психичната болест сред населението като цяло според 29,3% (n=88) от ОПЛ. Според повече от половината анкетираните лекари от ПЗП -56,7% (n=170) пациентите свързват думата „психиатър“ с лудница. Останалите 14% (n=42) отчитат факта, че пациентите се страхуват, че ако обществото разбере за проблемите им с ментално здраве, ще ги отхвърли.

По-склонни да забележат и отчетат гореизложените причини са по-възрастните лекари - над 60 годишна възраст ($X^2=15,708$; $df=6$; $p=0,015$; Cramer's $V=0,162$) и съответно с по-продължителен трудов стаж ($X^2=15,094$; $df=4$; $p=0,005$; Cramer's $V=0,159$). По-слабо отчитат „стигмата“ за психичната болест по-младите лекари, с по-малък брой години трудов стаж.



Фигура 23. Защо повечето хора се притесняват от прегледа при психиатър?

В тази връзка потърсихме отговор и на въпроса „**Защо пациентите не желаят да коментират проблеми, свързани с психичното им здраве?**“ - **Фигура 24**. ОПЛ посочиха повече от един отговор като причина: 59,3% от тях отговорят, че пациентите в тези случаи смятат, че сами могат да се справят с проблема. Установява се връзка между посочения отговор и лекари с по-малък трудов стаж.

Според 35% от респондентите, условията в лекарския кабинет като уединеност, удобство и спокойствие за пациентите са неподходящи, като при по-малките практики (с по-малък брой пациенти < 500) тази причина е по-осезателна ($X^2=11,126$; $df=4$; $p=0,025$; Cramer's $V=0,193$).

Според 33% от анкетираните лекари, пациентите се притесняват, че могат да бъдат разкрити, че имат психичен проблем. Тази връзка е особено значима при ОПЛ, работещи в смесени практики- над 49% ($X^2=9,461$; $df=2$; $p=0,009$; Cramer's $V=0,178$).

Според 12,3% от лекарите, при наличие на ДЕ, пациентите винаги желаят консултация с психиатър. Установява се, че консултацията с психиатър е по-желана от пациентите в по-големите населени места ($X^2=10,339$; $df=3$; $p=0,016$; Cramer's $V=0,186$), както и от тези, които се обслужват от жени-ОПЛ ($X^2=5,278$; $df=1$; $p=0,022$; Cramer's $V=0,133$).



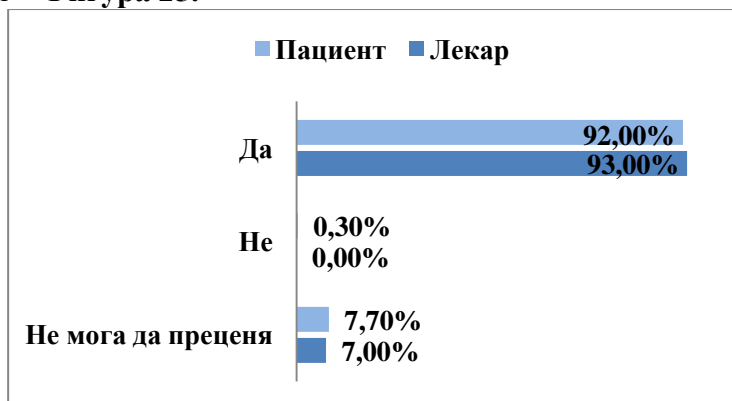
/Респондентите са дали повече от един отговор/

Фигура 24. Причини, поради които пациентите не са склонни да коментират с личния лекар проблеми, свързани с тяхното психично здраве /според ОПЛ/

5. Барieri и стимулиращи фактори пред лекарите в процеса на консултация на пациенти с депресивен епизод и въпроси за активно търсене и откриване на проблеми свързани с менталното здраве.

Следващата част от проведеното проучване беше насочена към идентифициране на бариерите, както и стимулиращите фактори пред лекарите за откриване и справяне с ДЕ в процеса на консултация.

Пациентът има свободен достъп до своя личен лекар. През годините на продължително обгрижване на пациента в ОМП се изграждат добри взаимоотношения на доверие и сътрудничество, засягащи и двете страни – лекар и пациент. ОПЛ познава цялото семейство и съответно семейния психоклимат на хората, за които се грижи. В тази връзка попитахме ОПЛ дали всички изброени по-горе фактори, **помагат на пациента** да споделя спокойно притесненията си относно психичното си здраве. Попитахме ОПЛ дали тези фактори **помагат и на лекаря** да коментира със своите пациенти същите проблеми. Потвърди се, че всички посочени обстоятелства по-горе играят ролята на стимулиращи разговора фактори и за лекар и за пациент. Положителна роля на дългосрочните взаимоотношения са оценени положително от над 90% от нашите респонденти – **Фигура 25.**



Фигура 25. По-близките взаимоотношения помагат и на лекар и на пациент-съпоставяне на отговорите

Беше проучен и въпроса кога и как ОПЛ коментират със своите пациенти въпроси относно състоянието им, ако са установили депресивна симптоматика и кои са **барьерите** за лекарите в процеса на консултацията.

На двата полюса на въпроса „**Кога коментирате?**“ са съответно отговорите „Не коментирам“ – в 2% (n=6) от случаите и „Настоявам да коментирам“ - в 9% (n=27) от случаите. Най-многобройни са отговорите по средата - **Таблица 7.**

Таблица 7. Кога коментирате темата с Вашите пациенти?

Кога коментирате темата с пациента, ако сте установили, че той е с депресивен епизод?	Брой (n) База - 300	Относителен дял (%)
Не коментирам	6	2 %
Коментирам, ако пациентът сподели проблеми свързани с промени в съня, апетита, главоболие, сексуални проблеми и други	160	53,3 %
Насочвам пациента да говори по темата	107	35,7 %
Настоявам винаги да коментирам проблемите с пациента	27	9 %

Интерес представлява групата ОПЛ-53,3% (n=160), които са особено внимателни към неспецифичните оплаквания на своите пациенти, свързани с промени със съня, апетита, необяснимо главоболие или сексуални нарушения. Не се наблюдават съществени различия по отношение на пол, възраст, години професионален стаж на лекарите, но се установява връзка между посочения отговор и някои особености по отношение на условията на работа - тип населено място, селска/градска практика, групова/индивидуална и брой пациенти на практиката.

По-търсеци по отношение на неспецифичните оплаквания на своите пациенти са ОПЛ, работещи в градски условия (p=0,003) (Likelihood Ratio), в по-големи населени места-по-голям брой жители (p=0,0001) (Likelihood Ratio), работещи в индивидуални практики (p=0,014) (Likelihood Ratio) и с втора специалност или други допълнителни квалификации (p =0,006) (Likelihood Ratio).

Анкетираният ОПЛ посочват като основни **барьеры** в работата си с пациенти с депресивна симптоматика недостигът на време, неподходяща обстановка в лекарския кабинет и много често наличие на друг и/или помощен персонал-**Фигура 26.** Всички изброени причини попадат в групата фактори, които лимитират възможността да се коментират обстойно въпроси, свързани с психичното здраве на пациентите.



/Респондентите са дали повече от един отговор/

Фигура 26 Причини, затрудняващи ОПЛ да коментира въпроси, свързани с психичното здраве на своите пациенти

Значителна част от анкетираните ОПЛ (3/4) посочват като основна ограничаваща причина липсата на достатъчно време. При този доминиращ фактор, който ги ограничава се установява статистически значима разлика между дяловете според възрастта на лекаря ($X^2=20,659$; $df=3$; $p=0,0001$; Cramer's $V=0,262$), както и зависимост според броя на пациентите в листата на ОПЛ ($X^2=10,922$; $df=4$; $p=0,027$; Cramer's $V=0,191$). С увеличаване възрастта на лекаря и броя на пациентите, записани в неговата практика осезателно се засилва липсата на време.

Неподходящата обстановка в лекарския кабинет е втората основна причина, която ограничава ОПЛ-30.3%.

Третата причина, според фамилините лекари е наличието на друг персонал, който притеснява пациентите да споделят свободно проблеми, свързани с психичното здраве. Тази бариера е по-изразена при практики, локализирани в селски здравни служби и при ОПЛ с по-продължителен трудов стаж ($X^2=7,936$; $df=2$; $p=0,019$; Cramer's $V=0,163$).

Следващ основен проблем, според нашите респонденти в 23% се явява отказът на самите пациенти да коментират своето психично здраве.

17% от ОПЛ споделят, че са недостатъчно обучени за провеждане на консултация и водене на интервю с пациенти с депресивна симптоматика. Липсата на обучителни модули е посочено като причина от 14,3% от нашите респонденти. Установява се, че този факт се наблюдава при по-младите колеги ($X^2=9,413$; $df=3$; $p=0,024$; Cramer's $V=0,177$), съответно с по-кратък професионален стаж ($X^2=23,032$; $df=2$; $p=0,001$; Cramer's $V=0,277$).

Липсата на увереност за активно търсене и възможност за справяне с проблема се посочва в 9,7% от анкетираните лекари. Тя се установява по-често при колеги в по-млада възраст ($X^2=30,745$; $df=3$; $p=0,0001$; Cramer's $V=0,320$) с, и съответно по кратък професионален опит ($X^2=17,440$; $df=2$; $p=0,0001$; Cramer's $V=0,241$). Разпознаването и диагностицирането на депресията се затруднява от разнообразната клинична картина и наличието на коморбитни състояния и заболявания.

На Таблица 8 обобщихме основните бариери, пред които са изправени лекарите в процеса на работа. Първите три причини-липса на време, неподходяща обстановка в кабинета и наличието на друг човек/персонал са фактори, които търпят корекция.

Интерес представляват останалите причини - отказ на пациента, липса на обучение по комуникативни умения, липса на опит и увереност. Ние смятаме, че тези четири причини /4-7 Таблица 14/ са взаимосвързани и могат да бъдат променени чрез обучение. Например отказът на пациента да коментира би могъл да се преодолее, след подходящо обучение за преодоляване на съпротивите и придобиването на комуникативни умения за работа с трудни пациенти. След като се научи да преодолява съпротивите, придобие по-добри комуникативни умения и премине съответни обучителни модули за депресия, лекарят ще придобие и увереност, която след време ще доведе и до натрупан опит и все по-лесно разпознаване на депресивната симптоматика.

Таблица 8. Лимитиращи фактори пред лекарите

№	Причини, лекарят да избягва да коментира проблеми свързани с психичното здраве на пациентите си	N	%
1	Липсва време	226	75,3%
2	Неподходяща обстановка в лекарския кабинет	91	30,3%
3	Наличие на друг персонал, трети човек	82	27,3%
4	Отказ на пациента	69	23%
5	Липса на обучение по комуникативни умения за работа с трудни пациенти	51	17%
6	Липса на опит с пациенти с ДЕ	43	14,3%
7	Липса на увереност	29	9,7%

6. Влияние на Ковид-пандемията върху емоционалното състояние на пациентите

Попитахме паралелно и двете групи лекари, участвали в нашето проучване - ОПЛ и специалистите по психиатрия дали те са забелязали **увеличение броя на пациентите с депресивни симптоми във връзка с епидемията от Ковид-19** като **конкретизирахме въпроса за периода от предходните две години – от избухването на пандемията от Ковид до 2 г. след началото ѝ.**

ОПЛ и психиатрите категорично потвърждават наблюдавано от тях увеличение, като отговорите на ОПЛ се доближават до абсолютния максимум - 95.3% (286). Психиатрите също категорично потвърждават в 85.3% от случаите наблюдаване увеличена честотата на тревожните и депресивни разстройства в техните практики през последните две години, по време на всички ограничителни мерки-**Таблица 9.**

Таблица 9. През последните две години, във връзка с Ковид-пандемията, увеличи ли се броят на пациентите във Вашата практика с депресивни симптоми?

ОПЛ	Относителен дял (%)	Психиатри	Относителен дял (%)
ДА	95,3%	ДА	85,3%
НЕ	4,7 %	НЕ	14,7%

В групата на ОПЛ се установява по-отчетливо наблюдаване на увеличение на тревожните и депресивни пациенти от ОПЛ, работещи в практики в големи населени места с над 100 000 жители, ($p=0,013$) с тест Likelihood Ratio, практики от смесен тип ($p=0,033$) с тест Likelihood Ratio, в които лекарите работят индивидуално-индивидуални практики ($p=0,001$) с тест Fisher's Exact Test.

Като водещи причини за това и ОПЛ и психиатрите посочват фактори като: социалната изолация, негативната информация от медиите, неизвестността относно протичането на инфекцията, финансовите притеснения на хората, несигурността относно бъдещето. Помолихме двете групи специалисти да подредят водещите симптоми според оплакванията с които идват техните пациенти- съответно **Фигура 27**.

ОПЛ посочват социалната изолация като водеща причина с неблагоприятен ефект върху пациентите, водеща до увеличаване на депресивната симптоматика в 79,4% от случаите. Наблюдава се превес при отговорите на ОПЛ, работещи в градски условия, особено в големите населени места с над 100 000 жители ($X^2=13,297$; $df=3$; $p=0,004$; Cramer's $V=0,216$), което може да бъде обяснено с по-болезненото приемане на ограниченията, свързани с пандемията от хората, живеещи в по-големите градове и водещи по-динамичен начин на живот.

Следваща причина с отрицателно влияние върху населението и водеща до влошаване на психичното здраве, според анкетираните ОПЛ, е негативната информация по медиите, които в този период е основен източник на информация. Тя е посочена като причина в 73,1% от случаите.

Неизвестността относно болестта е следващата причина според ОПЛ за увеличаване на тревожните и депресивни разстройства при населението според 65.0% от анкетираните фамилни лекари. Тук също се установява връзка при практики, разположени в големи населени места с над 100 000 жители ($X^2=16,019$; $df=3$; $p=0,001$; Cramer's $V=0,237$), и лекари работещи в градски условия ($X^2=13,505$; $df=2$; $p=0,001$; Cramer's $V=0,217$)

Финансовите притеснения и всички свързани последици, произтичащи от ограничителните мерки, са посочени като причина от 51,7% от анкетираните лекари за увеличената честота на тревожните и депресивни разстройства.

Несигурността относно бъдещето и всички последствия от пандемията са причина според 38% от анкетираните лекари за повишената честота на депресивната симптоматика. По-младите лекари ($X^2=12,182$; $df=3$; $p=0,007$; Cramer's $V=0,206$), съответно с по-малък брой години трудов стаж ($X^2=8,566$; $df=2$; $p=0,014$; Cramer's $V=0,173$), ($p=0.014$) дават по-голям превес на фактора-несигурност.

Попитахме и специалистите по психиатрия за водещите причини за увеличаване на депресивната симптоматика в резултат на Ковид-пандемията. Посочените от тях фактори съвпадат с водещите според ОПЛ, но подредени в следната последователност:

- Неизвестност -35,3%
- Социалната изолация- 29,4%
- Негативна информация от медиите- 23,4%

В техните отговори липсват финансовите притеснения, вероятно защото пациентът по-често говори за социалните си и финансови проблеми с ОПЛ, чувствайки го по-близък, отколкото с други лекари.

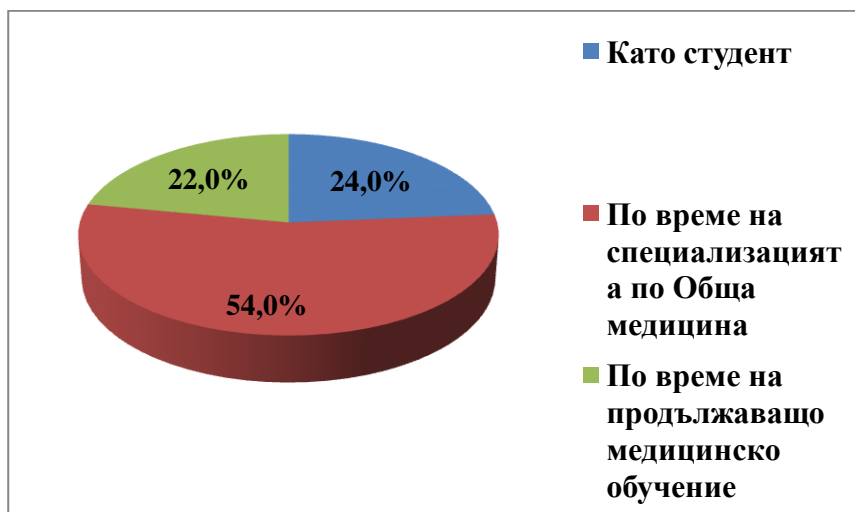


/Респондентите са дали повече от един отговор/

Фигура 27. Причини за увеличение честотата на депресивните епизоди според ОПЛ и лекарите-психиатри

7. Склонност и предпочитани форми на обучение за работа с пациенти с проблеми с ментално здравни проблеми.

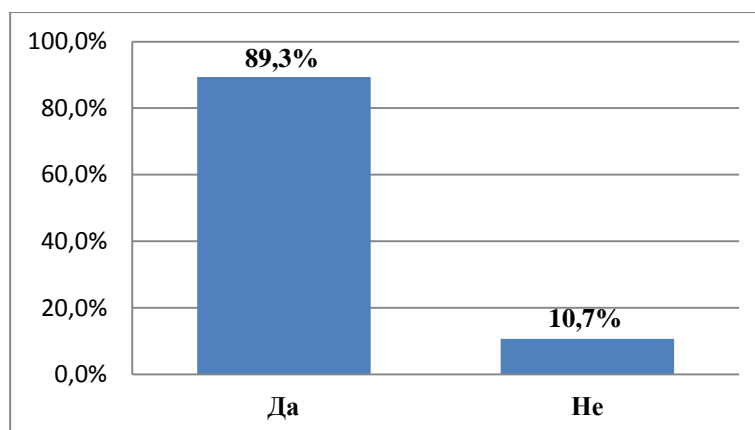
Интерес за нас представляваше въпроса, дали анкетираните ОПЛ са преминали някога **обучителен модул** по психиатрия, включващ темата за депресивни разстройства и доколко едно такова обучение би променило нагласите и поведението им. Разпределението на отговорите на лекарите е представено на **Фигура 28**. Повече от половината от тях - 54% (n=162), посочват, че това се е случило по време на обучителния модул по Психиатрия, в рамките на специализацията им по Обща медицина.



Фигура 28. Кога са преминали обучителен модул, свързан с депресивни разстройства

7.1. Предпочитани форми на обучение според ОПЛ

Във връзка с това, че голяма част от анкетираните лекари са преминали обучителен модул по психиатрия, включващ темата за депресивни разстройства по време на следването или специализацията си преди години, попитахме ОПЛ дали са склонни и дали биха участвали в обучение, което ще ги покрепи и улесни в процеса на консултация, за да започнат активно да търсят у своите пациенти депресивни симптоми и/или други проблеми, свързани с психичното здраве **Фигура 29**. Положителен отговор и желание за обучение са декларирали 89,3% (n=267) от ОПЛ. Желанието е по-силно изявено при лекари под 50 години ($X^2=6,387$; $df=2$; $p=0,041$; Cramer's $V=0,146$), работещи в населени места с жители между 20 000-100 000 ($p=0,0001$) с тест Likelihood Ratio, с брой пациенти в листата около 1500 ($p=0,003$) с тест Likelihood Ratio. В организирани обучения **не желаят** да участват 10,7% (n=33) от нашите респонденти. Лекарите над 60 години, с по-продължителен трудов стаж, работещи в селски практики в малки населени места, сами без помощен персонал не желаят да участват в обучителни модули. Интересен е факта, че в групата на практиките с педиатрична насоченост няма нито един отрицателен отговор. Всички декларират готовност и желание за обучение. Възможно е, педиатрите да се чувстват по-малко сигурни в тази област, а сравнително честото наличие на депресивни симптоми при деца под 18 годишна възраст, свързани с периода на пубертет да ги кара да отчитат необходимост от обучения, за да могат да разграничават двете състояния.



Фигура 29. Желание за участие в обучение за работа с пациенти с проблеми с психичното здраве

Попитахме ги и какви са им предпочитанията относно организацията на подобни срещи-обучения. На **Таблица 10** са представени и подредени по предпочитание формите на едно такова обучение. Анкетираните лекари имаха възможност да отбелязват повече от една форма на предпочитание.

81,3%(n=244) предпочитат при подобни срещи да се разглеждат и дискутират клинични случаи от ежедневната практика. Подобни предпочитания се наблюдават повече в отговорите на жените - ОПЛ, при лекарите над 60г., съответно с по-голям опит и трудов стаж, при лекарите с малък брой пациенти под 500 ($X^2=11,967$; $df=4$; $p=0,018$; Cramer's $V=0,200$), и при лекарите, работещи в практики с педиатрична насоченост.

Повече от половината анкетирани ОПЛ 54,7% (n=164) имат желание за специфично допълнително обучение в комуникативни умения, необходими при работа с тази група трудни пациенти. Желание за такова обучение се предпочита от жените ОПЛ ($X^2=8,754$; $df=1$; $p=0,003$; Cramer's $V=0,171$), лекарите работещи в по-големи населени места ($X^2=8,963$; $df=3$; $p=0,030$; Cramer's $V=0,173$) и лекарите с по-голям брой

пациенти в практиката си, ситуирани в градски условия ($X^2=18,123$; $df=2$; $p=0,0001$; Cramer's $V=0,246$).

Свободна дискусия се предпочита от 30,7% (92) фамилни лекари. Мъжете ОПЛ ($X^2=5,696$; $df=1$; $p=0,017$; Cramer's $V=0,138$), лекарите, работещи в градски условия с големи практики /над 2000 пациенти/ предпочитат свободна дискусия и обсъждане ($X^2=9,123$; $df=3$; $p=0,028$; Cramer's $V=0,174$).

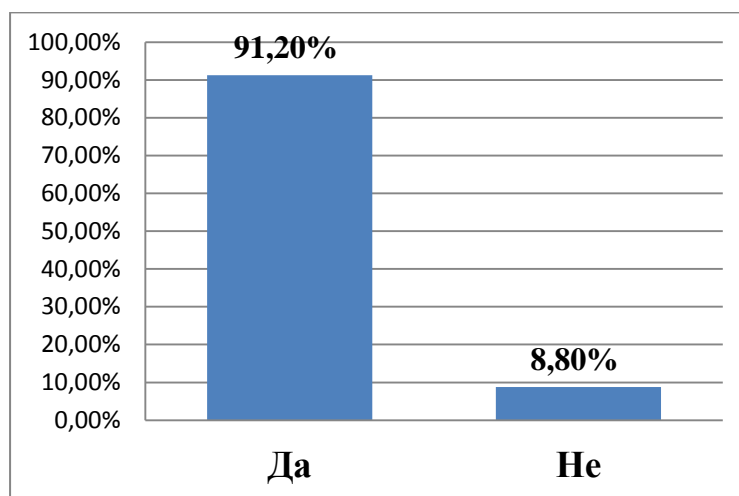
Интерес представляват групата от ОПЛ от 22,3% ($n=67$), които имат желание да се организират дискусии и обсъждания под формата на ролеви игри с психиатрите. Желание за такъв тип обучение предпочитат жените ОПЛ, по-младите лекари под 50 години ($X^2=8,332$; $df=2$; $p=0,016$; Cramer's $V=0,167$), съответно с по-малък стаж и с по-малък брой пациенти.

Таблица 10. Предпочитани форми на обучение според ОПЛ

№	Предпочитани форми на обучение според ОПЛ	N	%
1	Да се разглеждат клинични случаи	244	81,3%
2	Обучение в Комуникативни умения за работа с трудни пациенти, в това число и депресивни пациенти	164	54,7%
3	Възможност за свободно дискутиране на проблема	92	30,7%
4	Ролеви игри с участието на психиатри	67	22,3%

7.2. Препоръчани форми на обучение според психиатрите

При провеждане на полуструктурираното интервю със специалистите по психиатрия ги попитахме дали биха участвали в обучение, което подкрепя ОПЛ да започнат активно да търсят депресивни симптоми и други проблеми, свързани с психичното здраве у своите пациенти. Разпределението на отговорите на психиатрите сме представили на **Фигура 30**. Над 90% ($n=31$) от тях декларират готовност за участие. Само трима от тях не биха участвали в обучение, което би подкрепило ОПЛ.



Фиг. 30 Готовност за участие в обучение, в подкрепа на ОПЛ

На **Таблица 11** сме представили препоръчаните от психиатрите форми на обучение според тяхното виждане и начина на провеждане - как те препоръчват да се проведе подобен вид обучение за подпомагане на ОПЛ, за да започнат активно да търсят депресивни симптоми у своите пациенти.

Таблица 11 Препоръчани форми на обучение според психиатрите

№	Препоръчани форми на обучение	Отн. дял
1	Образователни семинари, модули, групи по интереси	45%
2	Образователни брошури за улесняване работата на ОПЛ	9%
3	Групови срещи и дискусии с работещи психиатри	9%
4	На два етапа- първия онлайн лекции, втори-обсъждане на казуси и клинични случаи	9%
5	Презентации от психиатър в ДКЦ с представяне на клинични случаи и/или участие на психиатри на научни конференции на ОПЛ	9%
6	Интерактивни методи на обучение	4,5%
7	Създаване на скрининг алгоритъм за депресия с насоченост Общата медицинска практика	9%
8	„ Няма значение –онлайн, брошури-да се научат да разпознават симптомите на тревожност“	4,5%

8. Използване на алгоритъм за поведение в ОМП по отношение на пациенти с ДЕ

При използвания качествен изследователски метод с цел да се проучи мнението на фокус група от ОПЛ, работещи в практики, разположени в различни населени места (София, Плевен, Русе, Враца, Габрово) относно приложимостта на изработения алгоритъм за поведение в ОМП при депресивен епизод, участие взеха 14 лекари. Използвани бяха двама модератори при дискусията, като единият модератор се стремеше сесията да се развива гладко, а другият се стараше всички теми да бъдат обхванати. Беше представен проект на алгоритъма за поведение и с участниците в груповата дискусия бяха обсъдени общо седем основни въпроса, свързани с приложението му в ОМП. Направен бе запис на срещата, бяха документирани отговорите на участниците.

По отношение на използването на готови въпросници при съмнение за депресивен епизод, участниците отново отчетоха, че нямат такава практика в 90% от случаите. Въпросът дали би ги улеснило наличието на алгоритъм за поведение при пациенти с депресивен епизод в ОМП не предизвика сериозна дискусия - всички бяха съгласни, че такъв алгоритъм би бил много полезен.

Представеният алгоритъм (Приложение №3) предизвика интерес и внимателно разглеждане. С респондентите бяха дискутирани въпросите:

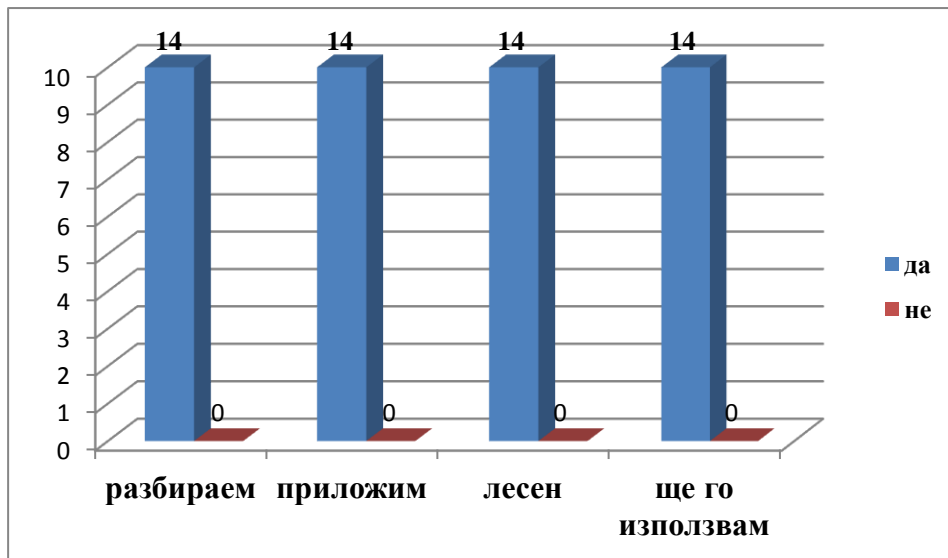
Разбираем ли е представеният алгоритъм?

Приложим ли е във Вашата практика?

Лесен ли е за изпълнение?

Бихте ли го използвали?

Лекарите се обединиха в мнението се, че алгоритъмът е разбираем и лесно приложим. Те отчетоха, че е полезен за тяхната практика и охотно заявиха, че биха го използвали в ежедневието си. Обработката на техните отговори е дадена на **фигура 31**.



Фигура 31. Мнение на ОПЛ за предложения алгоритъм на поведение при съмнение за депресивен епизод

Дискутирани бяха техните критични забележки и предложения за промяна. Всички лекарите изразиха пълно съгласие с така предложения алгоритъм, 50%(n=5) предложиха да се добавят кратки насоки за лечение и медикаменти за първи избор при лечение.

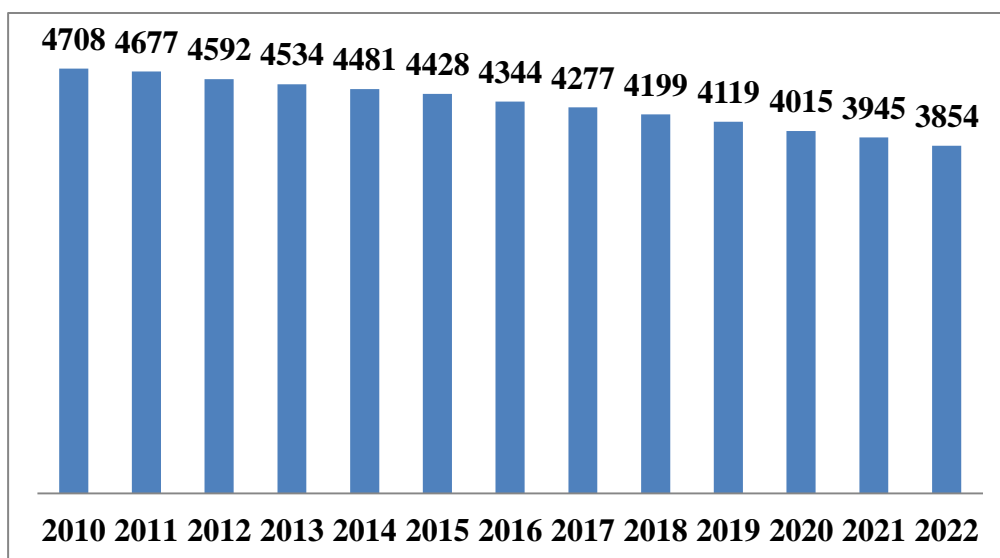
V. ОБСЪЖДАНЕ

1. Демографски особености на изследваните групи

А). Общопрактикуващи лекари

Изследваната група обхваща около 8% от всички ОПЛ в Република България. Според справка направена в НСИ за 2022 година общият брой на ОПЛ в страната към момента на провеждане на изследването е 3854 (19,316).

Кадровият дефицит е тежък и задълбочаващ се проблем за специалността Обща медицина и съответно води до все по-трудно обезпечаване на населението с общопрактикуващи лекари. При стартиране на реформата през 2000 година са регистрирани 4500 практики и 5000 лични лекари. През годините броят им намалява драстично, отнесен към броя на обслужваното население - **Фигура 32**. Най-добре обезпечени са София-град, Пловдив, Варна, Плевен, Стара Загора, Бургас-традиционно това са градовете с Медицински университети. Сериозен кадрови проблем има в областите Кърджали, Разград, Търговище и Шумен.



Фигура 32. Брой Общопрактикуващи лекари за период 2010-2022 година, по данните на НСИ

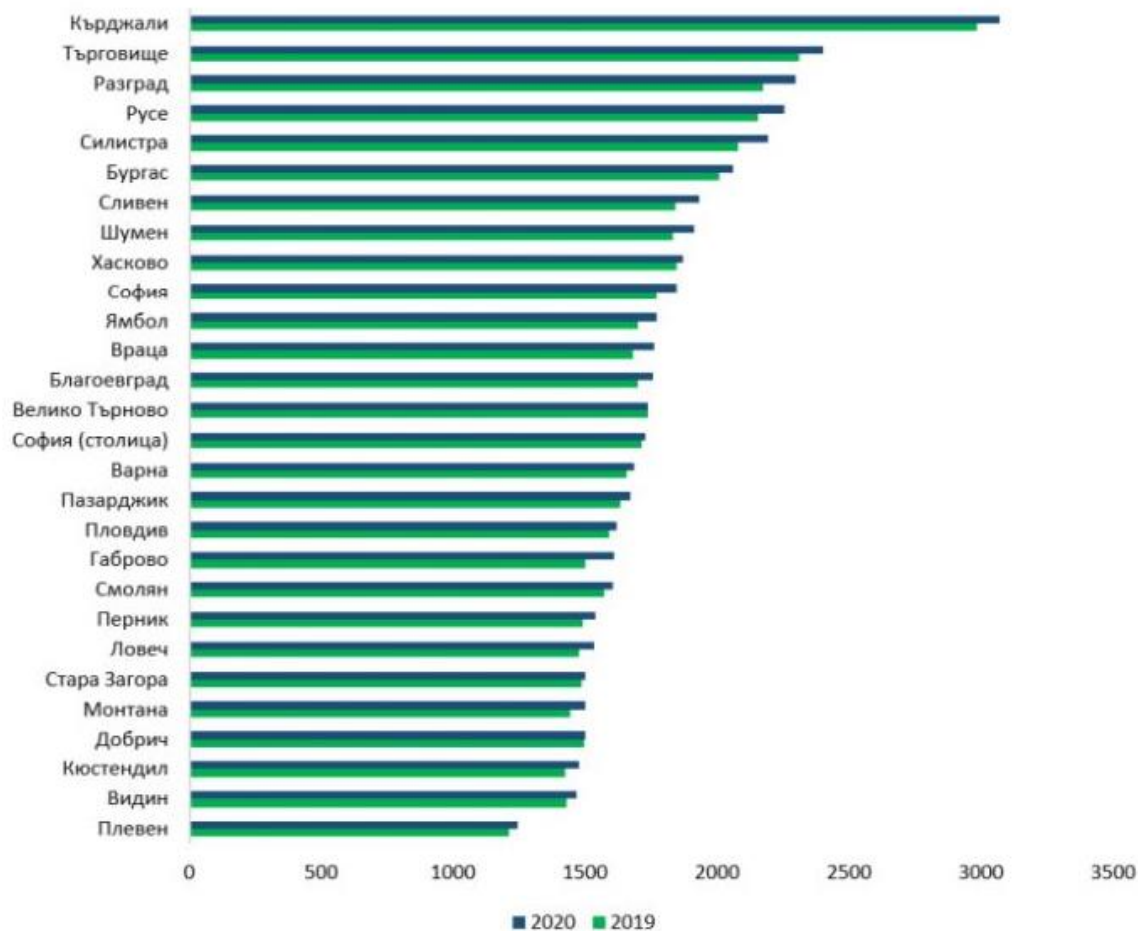
В професията традиционно доминира женският пол в съотношение 2,4:1 спрямо мъжкия пол, което съответства на реалните съотношения жени/ мъже в условията на ОМП. Този факт също е тревожен, защото жените се пенсионираат по-рано, но от друга страна имат по-висока средна продължителност на живота в сравнение с мъжете.

По данни на НСИ в раздел структура на лекарите по специалности в периода на провеждане на проучването все още най-голям е дялът на специалистите по Обща медицина-ОПЛ (19,316). Към 31.12.2022 година те са 3854 или 13% от всички практикуващи лекари на територията на страната са ОПЛ **Фигура 33**.



Фигура 33. Разпределение на лекарите по специалности – по данни на НСИ

Анкетираните лекари в проведеното проучване са равномерно разпределени по отношение на населено място, което е център на практиката им (малки населени места, малък/голям град). Това спомага за по-пълно и точно разпределение на семейните лекари от регионите участващи в проучването, без да се изкривява статистиката. Безпорен факт е, че като цяло за страната по данни от НСИ разпределението на ОПЛ е неравномерно. На **Фигура 34** от НСИ (316) е представено разпределението на населението, което се обслужва от един ОПЛ. Това разпределение е в права пропорционалност с наличието на достатъчно фамилни лекари в населеното място. По данни от НСИ само областите София, Варна, Плевен, Пловдив и Бургас се характеризират с наличието на млади и достатъчен брой ОПЛ..



Фигура 34. Разпределение на ОПЛ по области, по данни на НСИ

Средната възраст на участниците в проучването е над 55 години, професионалният стаж се движи в границите над 25-30 години. Прави впечатление ниският брой ОПЛ под 50 години - 22,7 %. Този факт отразява тревожната тенденция за застаряване на специалността, недостатъчният брой млади колеги, поради явно непривлекателната специалност и големият обем отговорности и административни задължения на ОПЛ. Почти 2/3 от нашите респонденти са с трудов стаж над 20 години и са започнали работа още преди старта на реформата в България в системата на Здравеопазването и привиждането и според изискванията на ЕС.

Придобиването на специалност по Обща медицина е едно от изискванията, поставено пред лекарите работещи в ПМП с цел да бъде повишено качеството на предлаганите медицински услуги. Към всички фактори, демотивиращи младите лекари да се посветят на ОМП, се добавя и липсата на места за специализация в някои региони, както и трудното осъществяване на този процес с работа в отдалечени от медицинските университети практики. Трябва да се работи в посока на изработване на политика за привличане и стимулиране на новозавършили колеги към специалността „Обща медицина“, подобряване условията на работа в практиките, добро финансиране, както и улесняване на възможностите за специализация и кариерно академично развитие на желаещите (64).

Квалификация

Към момента на провеждане на проучването юни-декември 2022 година 88,3% от анкетирания лекари са с придобита специалност по Обща медицина, и само 11% специализират в момента. По данни от НСИ от 2018 година делът на лекарите със

специалност Обща медицина е бил 3076 (67,9%) от регистрираните тогава 4531 ОПЛ. Над 50% от нашите респонденти са с придобита преди това специалност по Педиатрия - съответно 20% (60) и Вътрешни болести – 30,7% (92). Назад във времето този факт им даваше право да практикуват и сключват договор с НЗОК без наличието на специалност по Обща медицина. Към настоящия момент може да се отчете като положителна тенденция фактът, че почти 90% от респондентите са с придобита специалност Обща медицина.

Особености на практиката

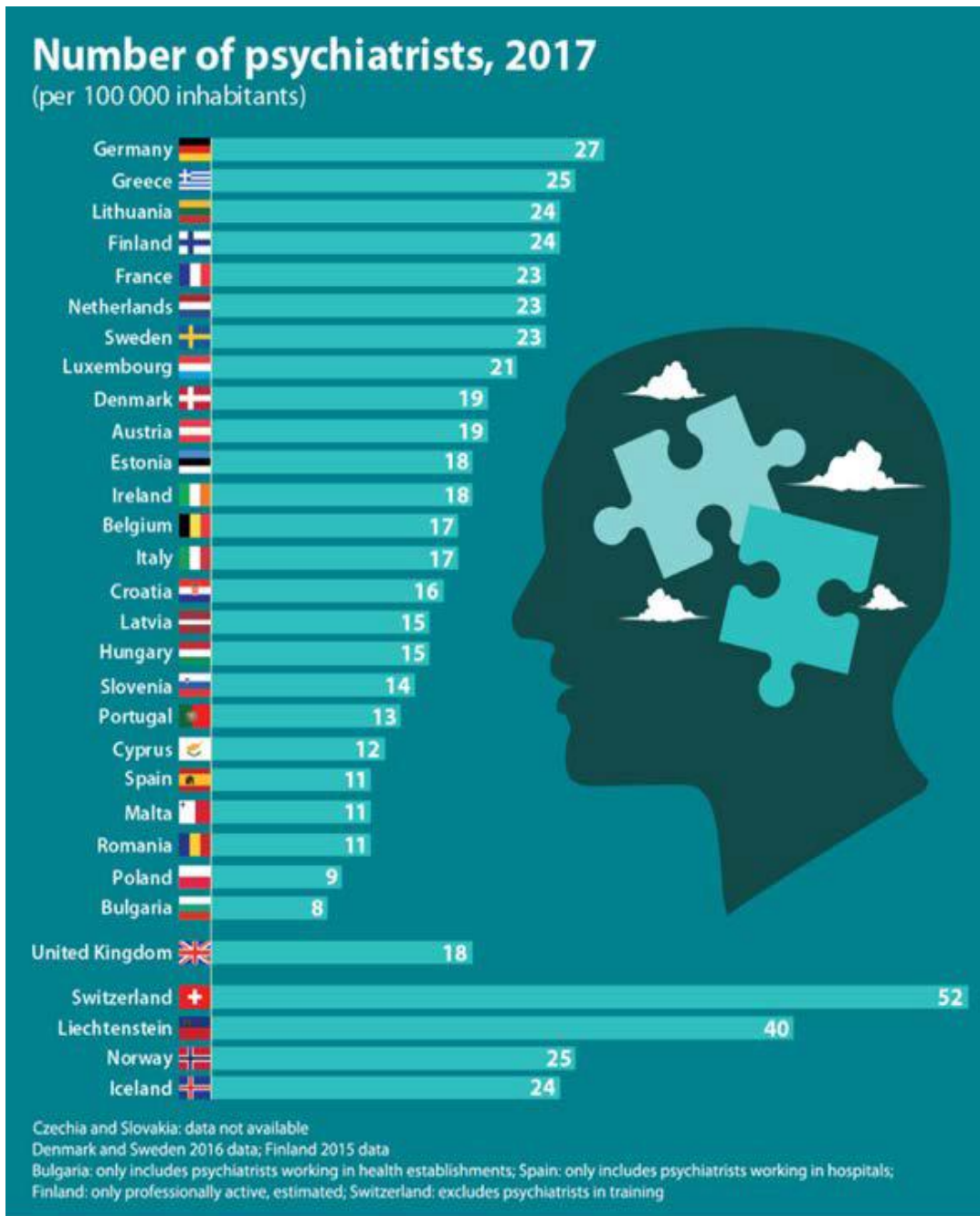
Наблюдават се някои характерни особености на практиките на територията на страната и участващите ОПЛ в проучването. Съотношението между работещи в индивидуални към групови практики е в полза на индивидуалните 4:1. Работещите в индивидуални практики са 80,7%(n=242), а работещите в групови практики фамилни лекари са 19,3% (n=58) от анкетирания лекари. Интересен е фактът, че относително голям брой лекари (около 25%), обслужват практиката си сами, без нает сестрински и/или друг помощен персонал. Около 16,3% имат наети акушерки, 36,3% са наели технически персонал и 19,3% са наели друг помощен персонал. Всички практики имат наети софтуерни и счетоводни специалисти, но не го отчитат като такъв, най-вероятно поради факта, че смятат тези специалисти външни за екипа.

Броят на пациентите, записани в пациентската листа на фамилияния лекар, е в правопрпорционална зависимост от броя жители на населеното място. С увеличаване на жителите в населеното място, се увеличава и броят на пациентите в листата на семейния лекар /Фигура 34/. От този факт изложено по-горе изключение правят областите София, Варна, Плевен, Пловдив и Бургас. Тези градове се открояват с наличието на млади и достатъчен брой ОПЛ.

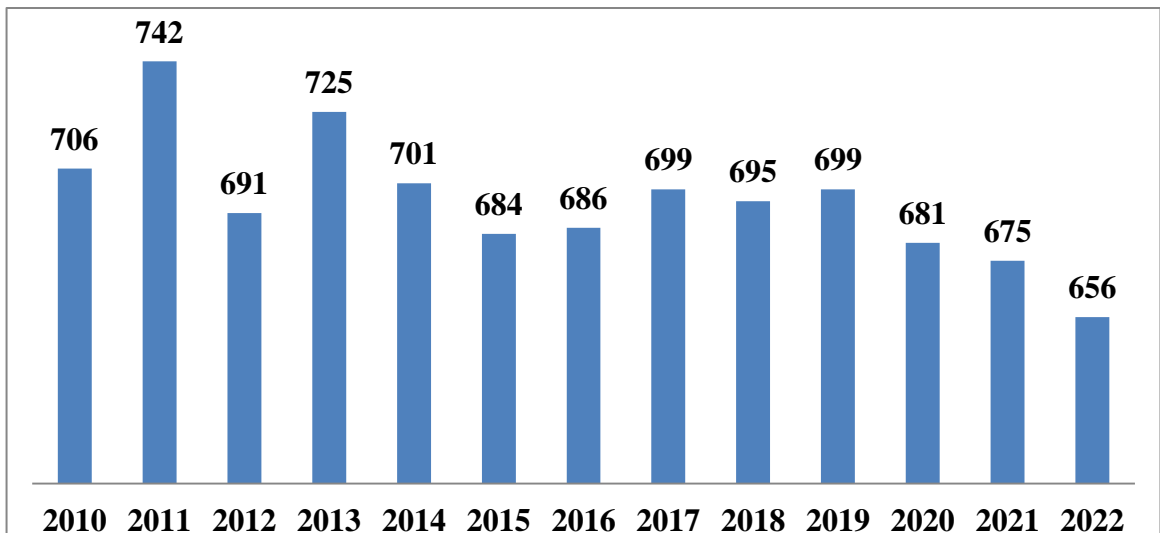
Като друг тревожен проблем е относително малкия брой колеги в млада възраст, работещи като ОПЛ-22.7% (n=68) под 50 години. Този факт е установен и потвърден и в други проучвания проведени през годините. Липсата на интерес от младите колеги може да се обясни с недостатъчно стимули, трудно кариерно академично развитие за желаещите да се развиват в тази посока, постоянни документални и административни промени в работата и в процеса на специализация.

Б). Специалисти по Психиатрия-Психиатри-Демография

В проведеното пряко полуструктурирано интервю с психиатри взеха участие 34 лекари с призната специалност по психиатрия от област Плевен и Ловеч. Недостигът на медицински специалисти в България е все по осезателен, но специалността Психиатрия е на първо място в тази категория. Лекарите, отговарящи за психичното здраве на населението, са психиатри, съдебни психиатри и детски психиатри. Нашата страна е на последно място в ЕС по брой психиатри на 100 000 души население - 8 на 100 000 (Фигура 35). От европейските страни Швейцария е страната с най-голям брой психиатри - 57/100 000, а в Европейския съюз Германия е най-добре обезпечена със специалисти по психиатрия - 3 пъти повече от психиатрите в България- 27/ 100 000.



Фигура 35. Брой психиатри на 100 000 население в европейските страни, по Евростат



Фигура 36. Брой психиатри за периода 2010-2022 година по данни на НСИ

Разпределението по пол в национален мащаб е 1:2 в полза на женския пол.

Основен проблем на психиатричната общност в България също е застаряване на професията с тенденция за ускоряване на този темп. Най-младия психиатър у нас е на 31 години, а най-възрастния е на 89 години. По официални данни от БЛС и НСИ, общия брой на психиатрите, членуващи в БЛС е 569, като 40% (n=231) от тях са в пенсионна възраст и очакванията към 2026 година са този процент да се увеличи до 60% , което е доста стряскащо-**Фигура 36.**

Друг проблем, който се оформя с предоставянето на ПЗП и специализирана психиатрична помощ, е неравномерното разпределение на лекарите на територията на страната. Наблюдава се концентрация в големите градове.

По отношение работата в посока подобрене на критичния кадрови дефицит на психиатри доц. В. Наков и доц. К. Стойчев в своята статия, анализираща възрастовата структура на психиатрите в страната през 2022 година правят следните препоръки (10):

- Да се работи в посока за дистанционно консултиране
- Да се направят стъпки в посока мотивиране на новозавършващи лекари за специализация по психиатрия с облекчени условия за зачисляване и добро и атрактивно заплащане, социални придобивки
- Да се направят стъпки в посока обезпечаване на регионите където има най-голям недостиг на психиатри.

В). Установени проблеми

Специалностите по **Обща медицина и Психиатрия са от специалностите в България с най-сериозен кадрови дефицит.** Според последния икономически доклад в България липсват **около 1000 ОПЛ и 460 психиатри.**

Пред специалността **Обща медицина** се очертават следните основни проблеми:

✓ Специалността остава непривлекателна за младите лекари, поради факта, че възможността за кариерно академично развитие е силно ограничена.

✓ ОПЛ, освен с медицинските си задължения, са натоварени с огромна административна тежест.

✓ Съществуват трудности, свързани с придобиването на специалност по Обща медицина-поради неголемия брой места за зачисляване и осъществяване на работата в практика и провеждане на обучението по специалността.

✓ Има сериозни затруднения с намирането на заместници и използването на отпуск при работа в ОМП.

Пред **психиатрията** също стоят доста сериозни проблеми, свързани със кадровия дефицит:

✓ По ред причини – финансови, организационни и поради спецификата на работа, специалността се оказва твърде непривлекателна за младите лекари. Годишно специалност по психиатрия в страната придобиват по-малко от 10 лекари.

2. Познания на ОПЛ за етиологията на депресивен епизод

Почти 100% от отговорилите на запитването общопрактикуващи лекари към момента на провеждане на проучването имат в практиката си пациенти с депресивен епизод. От всичките 300, които съобщават за такива пациенти 96,7% (n=289) имат пациенти с повече от един депресивен епизод. Като цяло честотата на депресивния епизод в ОМП в България е съизмерима с честотата в другите европейски страни, Азия, Африка, Северна и Южна Америка.

Според отговорите, дадени от анкетираните общопрактикуващи лекари относно честотата, засегнат пол, сезонност и първа възрастова, нашите данни съвпадат с данните от литературни източници в направения обзор по темата (6,11,14,15,47,135,136,169,221,258). По-добри познания за етиология, разпространение и особености в протичане на депресията се наблюдава при лекарите с по-продължителен трудов стаж, имащи и придобита втора специалност по вътрешни болести или педиатрия, работещи в по-големи практики - с над 2000 пациенти. Тази група ОПЛ са по-убедителни в знанията си за депресията, като голяма част от тях са работили като участъкови лекари още преди старта на реформата у нас в системата на здравеопазването.

От направения литературен обзор жените боледуват два пъти по-често от мъжете, но от своя страна мъжката депресия е много по-трудно разпознаваема, поради някои особености на протичане. При жените има някои специфични форми на протичане-следоорова депресия, ПМС, ПМДР и климактерична депресия (6,11,14,48,82,127,128,161,240,246). Анкетираните лекари потвърждават двойно по-честото засягане на женския пол, в сравнение с мъжкия. В тази връзка откриваме млади ОПЛ- мъже под 50 години, които дават превес на мъжкия пол, като по-често боледуващ. Явно тази група млади лекари са по-внимателни и целенасочени при търсене на депресивната симптоматика при мъжете.

Обученията по психиатрия и психичните заболявания за ОПЛ са заложиени и най-често се осъществяват:

- По време на обучението по медицина – в дисциплината „Психиатрия“
- По време на специализацията по Обща медицина – в модул „Психиатрия“
- По време на продължаващото медицинско обучение – по програми, обучителни модули, което обаче към момента е нерегулярно и по-скоро с препоръчителен, а не задължителен характер.

Общопрактикуващите лекари, участващи в нашето изследване, са подредили обучениата в ретроспективен план – като най-голям процент са заложили на знания, придобити по време на продължаващото медицинско обучение, следвано от модула по Психиатрия по време на специализацията по Обща медицина и на последно място по време - на следването по медицина.

В обобщение ОПЛ имат необходимите знания за депресията по отношение на разпространението ѝ - честота, засегнат пол, сезонност, първа възрастова изява.

Проблемен остава въпросът дали знанията влизат в употреба в процеса на консултация и дали имат необходимите нагласи да търсят депресивна симптоматика у своите пациенти.

3. Нагласи, отношение и поведение на ОПЛ при консултация на пациенти с депресивен епизод

ОПЛ са изпълнители на първична здравна помощ в България. Те осъществяват своята дейност съгласно изискванията на редица закони - Закона за здравето (307), Закона за здравното осигуряване (308), Закона за лечебните заведения (309), Наредбата за осъществяване правото на здравноосигурените лица за достъп до медицинска помощ (311), Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина (310), Наредба за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК(312), Медицински стандарт по обща медицинска практика (313), съобразявайки се с моралните и етични норми и Националния рамков договор(316).

Основният подход в работата на ОПЛ е холистичният. Благодарение на холистичния подход ОПЛ може да постави тройна диагноза на своите пациенти, да разглежда основния медицински проблем в контекста на социалните и психологически фактори, които го съпровождат. Във връзка с това, освен изброените по-горе нормативни документи ОПЛ участва и в редица процедури, касаещи социалната сфера на на живот на пациентите, спазвайки и прилагайки: Закона за социалните услуги и Правилника за неговото прилагане (299) и Закона за интеграция на хората с увреждания (316) и Правилника за неговото прилагане (305).

Всички регламентирани дейности на ОПЛ в ПМП са заложили и в Медицинския стандарт по обща медицинска практика в сила от 2006.

В своята ежедневна дейност ОПЛ е често е изправен пред сериозни предизвикателства при разпознаване и диагностициране на редица заболявания, поради факта, че пациентите често идват с недиференцирани, неорганизиранни симптоми като конкретна нозологична единица. Това означава, че от него се очаква да притежава задълбочени знания и умения за вземане на първоначално медицинско решение.

Поставихме си за цел да направим предварителна оценка на знанията, уменията, нагласите, поведението и отношението на ОПЛ при работа с депресивни пациенти. Концентрирахме се върху депресията, защото е най-разпространеното разстройство на психичното здраве в световен мащаб, особено след пандемията от Ковид -19. Като критерий включихме и мнението на психиатри по отношение на определени въпроси, за да можем да направим преценка на поставените задачи, съпоставяйки отговорите на двете групи - ОПЛ и психиатри.

Неоспорим факт е, че през последните години диагностицирането на депресивните разстройства се промени в положителна посока. Психиатричната общност има обединени международни критерии, квалификации, стандарти и ясни правила при поставянето на диагнозата и препоръки за лечение.

Проблем обаче остава разпознаването на тези състояния в ПМП, поставянето на диагноза и провеждането на адекватно лечение. Въпреки, че има ефективно лечение, според повечето автори, в по-малко от половината от случаите на хора с депресия те получават правилна диагноза, а още по-малко получават адекватно и своевременно лечение (28,54,104,109,149,151,182,204,205,249,255). Един от основните проблеми е, че депресивните заболявания често се пропускат или се лекуват отделни симптоми - безсъние, напрежение или други соматични оплаквания, а основното заболяване остава неразпознато. За да се избегне това е необходимо първо да се притежават съответните знания за разпознаване на депресията. В нашето проучване ние установихме, че ОПЛ притежават познания за депресията, но самите те декларират, че са им необходими още относно разпознаването ѝ. Друг проблем са нагласите им да разпитват задълбочено пациента за психологични проблеми и да мислят в посока депресия. ОПЛ имат решаваща роля за ранното разпознаване на признаците и симптомите на депресия.

Неоспорим е фактът, че първото медицинско решение е на ОПЛ - дали да назначи лечение на депресивния пациент или да го изпрати за консултация. От друга страна се явява и желанието на пациента да го направи, даже понякога да „заобикали“ ОПЛ и директно да се свърже с психиатър, което подкрепя идеята да се работи в посока за информиране и на обществеността за психичното здраве и мястото на ПЗП в опазването му.

В проведеното изследване установихме, че лекарите, работещи в градски условия в по-големите населени места по-често имат изчаквателно поведение и не предприемат действия по отношение на пациенти с ДЕ, докато лекарите в малките населени места са по-внимателни, т.к в селата хората са по-често възрастни и самотни и рискът от суицид е сериозен. В съответствие с това са препоръките на Канадската работна група за превантивни здравни грижи /СТФРНС/, които съветват фамилните лекари в ПМП да бъдат особено внимателни за признаци и симптоми на депресия при възрастните хора и при наличие на рискови фактори да ги насочат за консултация с психиатър (272,273).

Установи се, че мъжете ОПЛ са доста по-смели и радикални при работа с депресивни пациенти. Те предпочитат веднага да назначат терапия, като са по-смели и в назначаването на антидепресанти или бензодиазепини или да изпратят пациента за консултация с психиатър. Жените са по-склонни да предприемат изчаквателно поведение и започват лечението първо с групата на хомеопатичните продукти.

В ежедневната работа в ОМП времето е основен ресурс, но и сериозен дефицит и се превръща в понякога в бариера за откриването на депресивна симптоматика. Липсата на време е и основната причина, според нашите респонденти, за неизползването на валидирани въпросници и пропуските при разпознаването на депресията, защото е необходим един по-дълъг и задълбочен разговор.

В Югоизточна Европа има проведено проучване, което също има за цел да установи бариерите в процеса на работа с депресивни пациенти (91). Нашите резултати потвърждават основните бариери пред ОПЛ, описани и от другите автори.

Установихме, че малко след нашето проучване е проведено подобно в Судан, което също си поставя за цел да оцени знанията, нагласите и поведението по отношение на депресията на лекарите в Судан. Участие в него са взели 400 лекари. Авторите установяват, че 81,1% от лекарите не се преминавали обучение за психичното здраве след като са се дипломирали и имат доста погрешни схващания за депресията, като 43% имат трудности при разграничаването на тъга от клинична депресия, 50% от лекарите не се чувстват сигурни, че могат да се справят с депресивни пациенти и близо 70% залагат на психотерапията. Нашите резултати показват по-добри познания и поведение на нашите лекари по проблема, но във всички случаи има нужда да се работи в посока за повишаване знанията, уменията и нагласите на лекарите в различните страни да мислят в посока депресия. Има осезаема нужда и от това да се повиши осведомеността на населението относно психичното здраве, както у нас, така и в другите страни (193).

4. Бариери-пациенти

В своето проучване ние изследвахме бариерите и пред пациентите индиректно, така както ги виждат и преценяват лекарите. Този факт може да има двойствено значение. От една страна не са попитани пациентите за тяхното мнение, което създава възможност за отклонения. От друга страна при проучвания, провеждани с пациенти, се установява, че хората с бариери отпадат от изследването, тъй като бариерите им водят и до отказ от участие в такива проучвания (20).

В контекста на гореизложеното, бариерите пред пациентите остават неизследвани при преки проучвания, особено в областта на деликатната тема за психичното здраве. При нашето проучване бариерите пред пациентите са посочени от семейния лекар, като част от наблюдаваната и обслужваната от него група. Избрахме този дизайн на провеждане на проучването, за да обогатим представата за същността на проблема „Депресия“ и от тази гледна точка.

Връзката лекар-пациент е дълготрайна, основана на честност и взаимно доверие, изградено през годините. Дори неосъзнато, връзката между пациента и лекаря е най-откритото взаимоотношение, което човек изгражда през живота си. Много често в кабинета на своя лекар пациентът споделя неща, които счита за интимни и съкровени тайни, които не е споделил дори с най-близките си. Според онлайн-анкета проведена в Америка с пациенти, те са по-склонни да обсъждат открито своя психически статус със своя личен лекар, лекуващ ги от години.

Потвърди се тезата, че свободният досъп до личния лекар, изградените по-близки и дългосрочни взаимоотношения помагат и стимулират пациента да споделя повече за проблеми, свързани с психичното си здраве. Тези положителни тенденции са по-изразени при колеги с по-продължителен трудов стаж, съответно и по-голям професионален опит. Този факт помага на техните пациенти да споделят, без притеснение проблеми относно психичното си здраве. Традиционно женският пол е по-склонен да споделя. Пациентите от по-малките населени места и села са по-предпазливи да споделят проблеми относно психичното си здраве, но имат по-голямо доверие на своя лекар.

Разбира се, все пак има и известни бариери. Според анкетираните лекари, пациентите не желаят да коментират проблеми, свързани с менталното здраве, защото в повечето случаи смятат, че могат сами да се справят с тях или намират обстановката в кабинета неподходяща. Основната бариера пред пациента се оказва притеснението, че могат да бъдат разкрити психичните им проблеми, а и все още в България повечето хора се притесняват от прегледа при психиатър.

Общопрактикуващите лекари отчитат, че в обществото продължава да доминира стигмата за психично болните, традиционно посещенията при психиатър се свързва с „лудница“, много силен е и страхът да не бъдат отхвърлени от обществото, ако се узнае, че имат проблеми с психичното си здраве.

Наличието на стигматизация на психично болните се потвърждава и в множество други проучвания, в доста страни продължават да доминират предразсъдъци и дискриминация към хора с психични проблеми. Хората с проблеми в тази деликатна област се притесняват и срамуват, като в един момент дори са били обвинявани за своето състояние. Всички изброени бариери пречат на пациентите да потърсят помощта, от която се нуждаят.

Доминирането на тази негативна нагласа за психиатъра и психично боления човек, отрицателните нагласи на обществото и стигматизацията обезсърчават хората да потърсят помощ, или да говорят открито със своя лекар за своите страхове и притеснения, което става предпоставка за забавено или неадекватно лечение.

Проблемът, който излиза на преден план е свързан и с нивото на здравната култура и осведомеността на обществото по отношение на психичните проблеми. Хората не правят разлика между тежестта на психичните заболявания- психоза, тежка депресия или депресивно и тревожно разстройство.

Констатираните бариери, установени от нашето изследване, които притесняват пациентите да потърсят помощ и преглед от психиатър, съвпадат с резултатите от множеството проведени проучвания по темата-стигмата за психичната болест, осведоменост на обществото за психичната болест, срам, безнадежност и вина.

Условията от страна на обстановката в лекарския кабинет и наличието на трето лице е бариера за двете групи-лекар и пациент да говорят по проблемите на психичното здраве. (78,89,90,125,155,173,192,219,226,233,270).

Понякога липсва съзнание за болест, особено когато водещи са соматични оплаквания и начинът по който тези оплаквания се представят пред лекуващия лекар. Това е друга бариера пред пациентите – те смятат, че имат телесно заболяване и идват с водещи соматични оплаквания, които ги тревожат. Друг момент е начинът по-който пациентите представят тези оплаквания на своите лекари.

Процесът на комуникация между лекар и пациент е сложно взаимодействие между две личности, изискващо споделено разбиране за емоционалното състояние на страните. Веднъж постигнато доверието, води от своя страна до взаимно съгласие, намалява недоразуменията, повишава устойчивостта на взаимоотношенията.

5. Бариери –лекари

Нашите резултати от проведеното проучване извеждат на първо място основната и ограничаваща причина липсата на достатъчно време за пълноценна консултация. Добрите комуникативни умения и умелото общуване на ОПЛ им помагат да търсят и получат важна информация от своите пациенти. Въпреки това обаче, когато семейният лекар е притеснен от ограниченото време и натоварения си график, за внимателно общуване почти не остава време. В ограниченото време за преглед, особено изразено при практики с по-голям брой обслужвани пациенти се оказва много трудно да се разпита пациента за нещо по-различно и по-подробно относно конкретното оплакване, което го притеснява. Прилагането на скринингови програми, лесни и удобни за нуждите общата практика изискват известно време, но са много важен елемент. Необходимо е и повече време в кабинета за по-задълбочен и целенасочен разговор, когато се акцентира върху въпроси, свързани с психичното здраве. Времето играе ролята на бариера от организационен характер и пред лекар и пациент. Когато е налично, то може да се превърне в стимулиращ фактор. Прави впечатление, че анкетиланите ОПЛ масово акцентират върху недостатъчното време. Този недостиг се посочва и като причина, поради която не се използват валидирани въпросници за откриване на ДЕ, защото за тяхното изпълнение е необходимо допълнително време, освен регламентираното такова за преглед.

Друга бариера, според анкетирания лекари, която притеснява пациентите е неподходящата обстановка в лекарския кабинет и често наличие на друг персонал. Разговорът между лекар-пациент в процеса на консултация е интимен момент. Уединеност и удобство са фактори, които би трябвало да бъдат осигурени. Неподходящата обстановка и наличието на друг персонал, смущава пациентите по-вече отколкото самия лекар.

В $\frac{1}{4}$ от случаите самите пациенти, отказват да коментират своето психично здраве./4.4-Бариери пациенти/. Според доц.д-р Светозар Хараланов, точно при най-масово разпространените тревожни и депресивни разстройства, пациентите смятат, че нямат психиатричен проблем и не се обръщат и консултират с психиатър, който най-ефективно би им помогнал, а прибегват търсейки други специалисти или психолози, и порочният кръг се задълбочава.

$\frac{1}{5}$ от лекарите смятат, че са недостатъчно добре обучени в комуникативни умения и подготвени за водене на интервю с пациенти с депресивна симптоматика. Младите лекари с по-малък трудов стаж и опит изразяват нуждата си от организиране на обучителни модули, по-често им липсва увереност и възможност при справяне със ситуацията (2,37).

В някои от случаите самите фамилни лекари са с отрицателни нагласи и възгледи за депресията и терапевтичното и повлияване. Те смятат, че депресивните пациенти са не особено привлекателни и често отегчават със своите песимистични нагласи. Освен това понякога трудно разпознават и разграничават депресивните състояния от тъга, траурна реакция, скръб след загуба на близък.

Слабата нагласа на ОПЛ за разпознаване многото лица на депресивните разстройства, според тях е свързана с недостатъчното обучение и липсата на продължаващо обучение по темата. Добър пример в това отношение е реализиран от НЦОЗА по проект по Норвежки финансов механизъм. Проведена е активна обществена кампания за депресията, обучени са доста ОПЛ в страната, но това се случва преди години и е недостатъчно като обем (6,11,15,18).

Проучване, проведено в азиатско-тихоокеанския регион с над 300 ОПЛ, идентифицира пропуските в образованието по темата „депресия“ и прави „оценка на нуждите“ на лекарите, на техните потребности и интереси. По-голяма част от респонденти отчитат, че желаят обучение във всички аспекти на заболяването-скрининг, поставяне на диагноза, насочване за консултация със специалист (72).

Затвърждава се и необходимостта за работа за бариерите пред които е изправено и обществото като цяло: стигма за психичната болест, свързват психиатър традиционно с „лудница“, срам и страх да не бъдат отхвърлени от обществото.

Установените бариери-липсата на време, присъствие на трета страна в кабинета, отказ на пациента да коментира въпроси, относно психичното си здраве и защитно поведение, недостатъчно обучение в този аспект за триединната същност на здравето, необходимост от обучение за депресивни и тревожни разстройства в нашето изследване съвпадат с бариерите установени в много други проучвания (2,32,41,68,78,89,90,125,155,173,192,219,226,233,270). Това непознаване на материята, според нас води до negliжиране на проблема и пропуски в диагнозата, а от там и неадекватна терапия и наблюдение. Всички изброени фактори и бариери подчертават необходимостта от обучение и изработване на алгоритъм, приложим в ежедневната практика.

Анкетираните от нас ОПЛ посачват категорично в над 90% от отговорите си, че свободният достъп до семейния лекар, установените през годините отлични взаимоотношения на сътрудничество лекар-пациент, отговорност и грижа за цялото семейство помагат и на лекар и на пациент да коментират проблеми свързани с психичното здраве.

6. Влияние на Ковид пандемията върху емоционалното състояние на населението според анкетираниите групи

През март 2020 година светът е изправен пред най-сериозното предизвикателство в съвременната си история- Световната здравна организация обяви глобална пандемия причинена от вирус SARS-CoV-2. Появата на непознатата вирусна инфекция и възникналата пандемия постави пред изпитание всички аспекти на обществения и икономически живот в страните по света. Системите на здравеопазване бяха изправени пред сериозни проблеми, а психичното здраве на населението допълнително се влоши. Отражението на вирусните инфекции върху менталното здраве е наблюдавано при много други пандемии в историята на човечеството.

Наков и сътрудници описват в своята статия въздействието на пандемията от Ковид-19 върху психичното здраве на гражданите на Република България през втория етап на наблюдение, проведен от НЦОЗА. През периода на това наблюдение се наблюдава отчетлив ръст в България при продажбите на психотропни медикаменти от групите на транквилизатори и антидепресанти. Те действат успокояващо, премахват

тревожността и напрежението. През същия период е констатиран и нарастващ брой посещения при невролози и психиатри. Силно тревожен и заслужаващ особено внимание е фактът, че през периода се регистрира повишен брой на случаите на домашно насилие над жени и реализирани самоубийства (4).

И двете групи специалисти - ОПЛ и психиатри, участващи в нашето изследване, категорично потвърждават наблюдавано увеличение на броя на тревожните и депресивните разстройства в предходните две години: 2020-2022 по време на Covid-пандемията. Като водещи причини за повишената честота те посочват социалната изолация, негативната информация от медиите, неизвестността и несигурността, притеснената от финансов характер. Тези фактори, които според лекарите притесняват пациентите и увеличават тревожните и депресивни разстройства са по-често наблюдавани от по-младите ОПЛ. Населението на страната ни очевидно бе засегнато сериозно от пандемията, всички ограничителни мерки и последици от тях. Социалната изолация, неизвестността и невидимостта относно ход, протичане и лечение на инфекцията с Covid-19 са направили хората много по-тревожни и депресивни. От друга страна психичното здраве се явява като основен рисков фактор, който е отговорен за усложненото протичане, усложненото боледуване от Covid-инфекцията и по-висок процент на хоспитализации при боледуващите (65).

ОПЛ, заемайки ключова позиция в системата на здравеопазване отчитат и повишено търсене на помощ от техните пациенти за консултации относно психичното и емоционално състояние. Отчита се и фактът, че при обявяване на пандемията посещенията при семейните лекари бяха силно ограничени.

Нашите резултати съвпадат с данните, получени от огромния брой проучвания проведени в световен мащаб за негативното влияние на Пандемията и всички свързани с нея ограничителни мерки върху психичното здраве на населението на света (38).

Добре би било и да се отчете, че по време на Пандемията ОПЛ бяха и една от най-засегнатите групи лекари в системата на здравеопазването. Справка в НСИ показва, че по-време на пандемията няма новооткрита нито една обща практика, но има прекратени 73-данни към 2020 година.

7. Обучения и препоръки от лекарите за промяна

Общопрактикуващите лекари, работещи в ПМП, трябва непрекъснато да усъвършенстват и актуализират своите знания за социално-значимите заболявания, както и комуникативните си умения за работа със своите пациенти. През последните 20 години тази тенденция за непрекъснато обучение относно подобряване на комуникацията с пациента се увеличава в световен мащаб. “Меките“ умения, сред които комуникативните умения и уменията за работа в екип се оказва, че вече не са опция а необходимост.

- **Обученията** за депресията и нейните особености, характерни за ОПЛ и комуникативни умения, необходими в процеса на консултацията с тази група трудни пациенти се оказаха най-предпочитани и препоръчани теми от анкетираните лекари, които се смята, че ще им помогнат свободно да започнат разговор и да коментират проблеми, относно психичното здраве на своите пациенти. Предпочитаните начини за обучение от ОПЛ са малките групови дискусии, а желаните теми: характеристики на протичане на депресията в ПМП, комуникативни умения, връзка на депресията с другите социално-значимите заболявания.

Анкетираните фамилни лекари в над 90% от случаите декларират готовност и желание да се включат в организирани обучения под различни форми. От проведеното проучване стана ясно, че обученията по актуални психични проблеми са преминавали или по време на модула по психиатрия при специализацията по Обща медицина или като

студенти. Интересът е по изявен при жените ОПЛ, лекарите от големи населени места, с голям брой пациенти в практиката си. Мъжете ОПЛ предпочитат свободни дискусии и разглеждане на клинични случаи.

Специалистите по психиатрия също декларират готовност за участие в организирани обучения, т.к смятат, че ОПЛ имат необходимост от тях и от съвместна работа и сътрудничество, в полза на пациента за адекватно поведение и лечение. Резултатите са сходни с тези при подобни проучвания в световен мащаб – изследване, проведено в Азиатско-тихоокеанския регион, обхващащ повече от 6 държави, с над 300 семейни лекари прави следните изводи:

- ✓ Семейните лекари имат огромна нужда от обучения за хроничните заболявания - водещи са психиатричните заболявания, дерматологични, диабет, хипертония
- ✓ Семейните лекари предпочитат обучение във всички аспекти - скрининг, диагноза, наблюдение или насочване
- ✓ 32% от анкетирания лекари желаят обучение на първо място по отношение на психиатричните заболявания
- ✓ Всички анкетирани семейни лекари изявяват желание за обучение по комуникативни умения
- ✓ Предпочитаните форми на обучение са в малки групи, семинари пред интернет базирани платформи (193).

Всички изводи и резултати съвпадат с мнението и препоръките на нашите фамилни лекари.

8. Ограничения

Основните ограничения са посочени в т. 2.7-Глава II.

- Можем само да предполагаме, че посочените бариери от анкетирания лекари съвпадат с действителната ситуация, т.к те са на базата на тяхната самооценка.
- Бариерите пред които са изправени пациентите, са дефинирани през погледа на техния личен лекар. Голяма част от пациентите за които се предполага, че имат проблеми с психичното здраве било поради стигма, страх, страм отказват да участват в такъв род проучвания, но продължават да посещават ОПЛ. Поради изброените факти, предполагаме, че мнението на ОПЛ за обслужваните от него пациенти и бариерите пред тях са добре отдиференцирани.
- При изпълнение на качествено изследване с използване на метода на „фокус групи” при неопитност на модератора или недобросъвестност, може да бъде повлияна груповата дискусия и резултатите да се отклонят в определена посока. Това може да бъде избегнато с участието на двама модератори и безпристрастно и точно документиране на процеса.

VI. ИЗВОДИ

1. Семейните лекари имат основните познания за депресията и припознават себе си като специалист, който може активно да търси и диагностицира ДЕ и неговите симптоми и изяви. Често обаче свързват соматичните оплаквания на пациентите по-скоро с телесно заболяване, отколкото с депресия.
2. Различни фактори играят ролята на бариери или стимулиращи фактори пред пациентите да потърсят помощ и да споделят проблеми, свързани с тяхното психично здраве. Като стимулиращи фактори се отчитат изградените дългосрочни взаимоотношения на взаимно доверие с ОПЛ, невъзможността сами да се справят с проблема, съпътстващи тревожни оплаквания, добрата здравна култура, интелигентността и образованието на пациента. Основни бариери пред пациентите да говорят за психичните си проблеми са стигмата за психичната болест, фактът, че свързват консултацията при психиатър с „лудница“ и страхът да не бъдат отхвърлени от обществото при откриване на такива проблеми. Отчитат се и някои бариери от организационен характер в ОМП като липсата на достатъчно време за разговор в кабинета на ОПЛ или неподходяща обстановка, липса на уединеност при разговора с лекаря. Ковид-пандемията и всички наложени ограничителни мерки са оказали допълнително силно негативно влияние върху психичното и емоционално състояние на пациентите в ОМП.
3. Поведението на ОПЛ също се влияе от редица фактори, които стимулират или ограничават поведението му по отношение на активното търсене на депресивна симптоматика. Като стимулиращи фактори се отчитат изградените дългогодишни близки взаимоотношения с пациента и добрите познания за депресията у ОПЛ. Ограничаващите фактори, могат условно да се разделят в две групи:
 - Бариери от организационен характер като недостиг на време, средства и персонал в ОМП.
 - Бариери, свързани с липсата на достатъчно увереност на ОПЛ за работа с пациенти с ДП - липса на достатъчно комуникативни умения за работа с тази група трудни пациенти, както и липсата на увереност при разпознаване на депресията, поради разнообразната ѝ клинична картина.
4. Провежданото до момента обучение за депресията на ОПЛ е било осъществявано по време на обучението по медицина, по време на специализацията по Обща медицина и в рамките на програмите за продължаващото медицинско образование е кратко, епизодично и недостатъчно.
5. Общопрактикуващите лекари декларират много висока готовност за участие в обученията за справяне с ДЕ в ОМП, като предпочитат при обучението по комуникативни умения и водене на интервю с тази група трудни пациенти, да се разглеждат клинични случаи с възможност за свободна дискусия с психиатри за особеностите при протичането на депресията.
6. Декларираната висока степен на желание от анкетирания лекари за обучение показва, че ОПЛ имат потребност и осъзнават важността на необходимата компетентност по темата - депресия, както и ключовата роля си роля в мениджмънта на пациента с такъв проблем. Тази готовност е добре да се използва чрез организиране на кратки курсове за целенасочено обучение на ОПЛ в тази насока.
7. Установените трудности и проблеми при работа с пациенти с депресивни симптоми биха били облекчени чрез изработване на подходящ алгоритъм с директно интервю – скрининг, основан на основните симптоми на депресията и

внимателна оценка на суицидния риск., приложим за Общата медицинска практика.

8. Полезно би било и изработването и воденето на регистър по отношение на това, кой насочва пациентите с депресия за хоспитализация - ОПЛ или психиатър.
9. По отношение на пациентите, се отчита необходимостта да се работи в посока подобряване на здравните нагласи и здравната култура на населението по отношение на психическите заболявания.

VII. ПРЕПОРЪКИ

Препоръки към Министерство на здравеопазването и НЗОК

Целенасочени, последователни и своевременни действия от страна на тези институции за намаляване на административните тежести в ежедневната работа на ОПЛ и засилване на привлекателността ѝ за новозавършващите лекари.

Увеличение на целевото финансиране за определени дейности, извън включените в Националния рамков договор.

Привличане на млади лекари за зачисляване по двете специалности - Обща медицина и психиатрия чрез използване на различни стимули под формата на улеснена процедура за зачисляване на специализация в държавна поръчка, допълнителна финансова стимулация и др.

Разяснителни програми, насочени към обществото за подобряване здравната култура и здравното възпитание по отношение на пациентите с психични проблеми.

Препоръки към Министерството на образованието

Да се разработят и приложат на практика програми за здравно обучение, здравно възпитание и здравна протекция за социално значимите заболявания, в т.ч. тревожните и депресивни разстройства сред обществото, вкл. и подрастващите в училищата.

Препоръки към БЛС

Необходимо е да се актуализират програмите и обучителните курсове в продължаващото обучение на лекарите, особени тези, свързани със социално-значимите заболявания, с акцент депресивните и тревожни разстройства с оглед социалната и икономическа тежест на тези заболявания. Продължаващото обучение е добре да придобие задължителен характер или преминаването през курсовете да носи определени бонуси за лекарите.

Във връзка с ключовите позиции на ОПЛ в системата на Здравеопазването да се дефинират техните отговорности под формата на алгоритъм при решаване на проблема с подхода при пациенти с депресивна симптоматика

Да се стимулира сформирането на мултифункционални екипи, включващи ОПЛ, психиатър, социален работник и други при необходимост, за работа и социална рехабилитация при тежко протичащите форми на депресия, за да могат пациентите да се възстановят по-бързо и по-добре и да се завърнат към обичайното си ежедневие.

Препоръки към общопрактикуващите лекари

Да се обучат при съответните обучителни модули и започнат прилагат валидирани въпросници с цел ранно откриване на заболяванията.

Да информират своевременно своите пациенти за наличието на програми и осигуряват своевременна информация за социално-значимите заболявания, която ще повиши здравната култура на населението.

Препоръки към Медицинските Университети

При възможност да се включат в учебния план часове по комуникативни умения при обучението на студентите от всички магистърски и бакалавърски специалности с оглед ролята им в процеса на общуване с пациентите, като се акцентира върху практическата приложимост.

При възможност да се организират курсове от МУ насочени към ОПЛ в съответното населено място за утвърждаване и подобряване на комуникативните умения при работа с депресивни пациенти. Курсовете могат да бъдат организирани под формата на малки групи за дискусия и водени от психиатър.

Препоръки към пациентските организации

Да се работи активно заедно с медици за повишаване здравната култура на населението с цел образование, информираност и здравно възпитание относно социално-значимите заболявания-включително и психичните заболявания.

VIII. ПРИНОСИ

Приноси с оригинален характер

1. За първи път се провежда национално представително проучване сред Общопрактикуващите лекари на територията на Република България, за значимостта на проблема: депресивен епизод в Общата медицинска практика, проучавайки тяхното познание, отношение и поведение при работа с тази група трудни пациенти.

2. В хода на проучването се установи, че на практика при хоспитализация на пациентите с тежък депресивен епизод не се води регистър от кого е насочен пациента за прием в болнично психиатрично заведение - ОПЛ, психиатър и/или институция.

Приноси с теоретичен характер

1. Направен е задълбочен теоретичен анализ на депресивните и тревожни разстройства, тяхната честота на разпространение в различните страни и най-вече в ПМП, потвърждаващи значимостта им и ключовата роля на ОПЛ в процеса на разпознаването и управлението им.
2. Уточниха се бариерите и стимулиращите фактори пред Общопрактикуващите лекари в България активно да търсят проблеми, свързани с психичното здраве на своите пациенти, в частност - депресивна симптоматика
3. Установиха се бариерите и стимулиращи фактори, според преценката на ОПЛ, които оказват влияние върху пациентите при коментирането на проблеми, свързани с тяхното ментално здраве и търсенето на помощ и специализирана консултация при необходимост.
4. Установиха се обективни факти, независещи от лекари и пациенти, които играят ролята на бариери в процеса на комуникация лекар-пациент.
5. Направен е задълбочен анализ как някои фактори, свързани с личността на лекаря - пол, възраст, години трудов стаж, придобити специалности и характеристики на практиката-големина, населено място, брой записани пациенти в пациентската листа, оказват влияние върху поведението на лекаря при провеждане на медицинската консултация на пациент с депресивен епизод.
6. Установи се наблюдавана и в ПЗП и в специализираната психиатрична практика, увеличена заболеваемост от тревожни и депресивни разстройства в резултат на Ковид – пандемията.

Приноси с приложен характер

1. Въз основа на направения литературен обзор по отношението и поведението на ОПЛ при работа с пациенти с депресивна симптоматика, съобразявайки се с българските и международни ръководства по темата за ПМП и резултатите от проведеното изследване се предлага **алгоритъм на поведение (Приложение 4)** при работа с пациенти с депресивна симптоматика, съобразени със специфичните условия на ОМП в страната.

2. Въз основа на декларираното желание от ОПЛ и предпочитаните форми на обучение и имайки в предвид препоръките на специалистите по психиатрия се предлага **примерна план-програма (Приложение 3)** за провеждане на обучителни модули, в малки групи от 10-12 ОПЛ под супервизията на психиатър.

Алгоритъм за поведение в ОМП при съмнение за депресия.

СИГУРНИ !!!

Пациенти с :

- понижено или липса на **настроение**
- повишена **уморяемост**, понижена действена **активност**
- загуба на интерес и способност да изживяват **радост и положителни емоции**
- **безсъние**, понижен апетит, понижено либидо

СЪМНИТЕЛНИ ???

Пациенти с:

телесни оплаквания (главоболие, мускулни, ставни, коремни болки, болки, стягане в сърдечната област) при липса на соматично заболяване.

/Ако прецените консултирайте със съответен специалист /

РИСКОВИ !!!

Пациенти :

- с повишена тревожност
- пациенти след загуба на близък
- възрастни самотни хора над 65 год.
- деца с промяна в емоциите и поведението
- мъже-злоупотреба с алкохол и агресивно поведение
- жени след раждане и в менопауза, по време на месечния цикъл
- болни със соматични заболявания /неврологични, ендокринни, кардиологични, белодробни, кожни, онкологични, хроничен болков синдром, еректилна дисфункция/, протичащи **често** със съпътстващи депресивни епизоди.

СКРИНИНГОВА ДИАГНОСТИКА – по ПРОФ.ПЕТЪР МАРИНОВ, дмн

1. През последните 4 седмици имали ли сте пристъп на тревожност-внезапно чувство на страх или паника? Да /Не
2. Имали ли сте чувство на напрежение тревожност или притеснени постоянно? Да /Не
3. През последния месец често ли сте се чувствали тъжен, потиснат или отчаян? Да /Не
4. През последния месец често ли сте имали отслабен интерес, удовлетворение? Да /Не

ДА

НЕ

1. Имате ли желание да умрете или да се заспите и да не се събудите? Да / Не
2. Имали ли сте в действителност някакви мисли за самоубийство? Да/ Не
3. Мислили ли сте някога как бихте могли да направите това? Да/ Не
4. Имали ли сте тези мисли и намерение да действате според някои от тях? Да/ Не
5. Започнахте ли да изработвате план и изработили ли сте в детайли план как ще убиете себе си? Да/ Не

НАБЛЮДЕНИЕ

ДА

НЕ

КОНСУЛТАЦИЯ С ПСИХИАТЪР

ТЕРАПИЯ, НАБЛЮДЕНИЕ

ПРЕПОРЪКИ

- ако сте преценили и назначили антидепресантна терапия, назначете контролен преглед след две седмици.
- ако пациентът не отговаря адекватно на терапията и не съобщава за подобрение консултирайте с психиатър
- ако пациентът има анамнеза за психично заболяване-психиатър
- фамилна обремененост-психиатър
- информирайте своите пациенти за сериозността на депресията
- ако пациентът разреши, включете и семейството в терапевтичния процес
- *Депресията е лечима. Лечението продължава 12-24 месеца*
- **ЗАДЪЛЖИТЕЛНО** консултирайте с психиатър пациенти със суициден риск, мисли, намерения и опити

IX. НАУЧНА АКТИВНОСТ СВЪРЗАНА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ

Публикации в реферирани български списания и сборници:

1. **Тумбева Е.,** Валентинова Цв. Депресивен епизод-честота, значение и проблеми при диагностицирането му в Общата практика. Сборник доклади Шеста научна конференция на БНДОЗ-Общественото здраве: Предизвикателства пред Здравната система, МУ-Плевен стр.248-253, ISBN 978-954-756-335-3
2. **Тумбева Е.,** Валентинова Цв. Изследване на проблемите и бариерите в грижите за пациентите с депресивен епизод в Общата медицинска практика. Сборник доклади Шеста научна конференция на БНДОЗ-Общественото здраве: Предизвикателства пред Здравната система, МУ-Плевен стр.254-262, ISBN 978-954-756-335-3
3. **Тумбева Е.,** Валентинова Цв. Влияние на Ковид-пандемията върху емоционалното състояние на пациентите в Общата медицинска практика в България, Журнал за биомедицински и клинични изпитания 17(1) 2024: 59-68 ISSN 1313-9053.

НАУЧНИ СЪОБЩЕНИЯ, ДОКЛАДИ

1. Участие с доклад презентация на Шестата научна конференция „Обществено здраве- предизвикателства пред здравната система“ 26-27 май 2023, Плевен-тема “Депресивен епизод-честота, значение и проблеми при диагностицирането му в Общата практика“.
2. Участие с доклад презентация на Шестата научна конференция „Обществено здраве- предизвикателства пред здравната система“ 26-27 май 2023 , Плевен-тема „Изследване на проблемите и бариерите в грижите за пациентите с депресивен епизод в Общата медицинска практика“.
3. Участие с резюме на постер в Международната медицинска научна конференция за студенти и млади лекари /MDSC/, Плевен „ Влияние на Ковид-пандемията върху емоционалното състояние на пациентите в общата медицинска практика в България“ 16-20.10 2024, МУ-Плевен
4. Участие с резюме на постер в Югозападната европейска конференция и XXXI-ва Асамблея на ИМАБ- Пловдив, хибриден вариант 28-31 октомври 2021 година-Депресивни и тревожни разстройства в условията на ПМП.Наблюдение в условията на Ковид –пандемията., МУ-Пловдив

УЧАСТИЕ В НАУЧНИ КОНФЕРЕНЦИИ, КОНГРЕСИ У НАС

1. Югозападната европейска конференция и XXXI-ва Асамблея на ИМАБ- Пловдив, хибриден вариант 28-31 октомври 2021.
2. Шеста научна конференция „Обществено здраве- предизвикателства пред здравната система“- Медицински университет Плевен 26-27 май 2023
3. Международна медицинска научна конференция за студенти и млади лекари, Плевен 16-20.10 2023

РЕАЛИЗИРАНИ ПРОЕКТИ

Във връзка с темата на дисертационния труд е реализиран проект №D 5/ 2022 година спонсориран от Медицински университет Плевен. Проектът е оценен с отлична оценка за изпълнение от Комисията по финансиране на НИП при МУ-Плевен. Темата

на проекта е „Депресивен епизод-особености на проблема в Общата медицинска практика. Отношение и поведение на Общопрактикуващите лекари при работа с тази група пациенти.“

Включване на като участник в изследователски проект №15/ 2022 година на тема: “Проучване готовността на младите лекари да удостоверят смърт и да обслужат пациент, починал извън болнично лечебно заведение.“ – финансиран от Медицински университет-Плевен. Проектът е оценен с отлична оценка за изпълнение от Комисията по финансиране на НИП при МУ-Плевен