

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ

КАТЕДРА ПО ОБЩА МЕДИЦИНА

Д-Р ГЕОРГИ ИВАНОВ ЦИГАРОВСКИ

„Еректилна дисфункция – значимост на проблема и алгоритъм за поведение в общата медицинска практика”

**Автореферат
на дисертационен труд**

за присъждане на научна и образователна степен

”ДОКТОР”

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

Научен ръководител:

Проф. д-р Арман Шнорк Постаджиян ДМ.



София, 2020

Дисертационният труд е написан на 247 сандартни страници формат А4. Онагледен е с 32 фигури, 37 таблици и 6 приложения. Цитирани са 362 литературни източника, от които 33 - на кирилица и 329 - на латиница.

Във връзка с дисертационния труд са направени 4 публикации в списания, 3 научни съобщения на международни конгреси и 2 на конференции с международно участие в България.

Докторантът е зачислен към Катедрата по Обща медицина, Медицински Факултет при Медицински Университет - София със заповед № РК 36-673/15.04.2014 год. на Ректора на МУ - София.

Дисертационният труд е обсъден, одобрен и насочен за публична защита на Катедрен съвет към Катедрата по Обща медицина, Медицински университет - София.

Дисертантът е задочен докторант към Катедрата по Обща медицина, Медицински университет - София. Работи в собствена индивидуална практика за първична медицинска помощ „АИППМП Д-р Георги Цигаровски“ ЕООД, гр. Пловдив, акредитирана за обучение на студенти и специализанти по Обща медицина.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 15 юли 2020 год. от часа в аудиторията на УМБАЛ „Св. Ана” ЕАД, гр. София, ул. „Димитър Моллов“ №1, на открито заседание пред научно жури в състав:

Научно жури:

Председател:

Проф. д-р Арман Шнорк Постаджиян, дм.

Членове:

- 1. Доц. д-р Васил Димитров Велчев, дм – вътрешен член за МУ София**
- 2. Доц. д-р Радост Спиридонова Асенова, дм – външен член за МУ София**
- 3. Проф. д-р Валентина Христова Маджова, дм – външен член за МУ София**
- 4. Доц. д-р Цветелина Валентинова Митева – външен член за МУ София**

Резервни членове:

- 1. Проф. д-р Здравко Асенов Каменов, дмн**
- 2. Проф. д-р Борислав Георгиев Георгиев, дм**

Материалите по защитата са на разположение в отдел „Наука” на Медицинския факултет към Медицински университет - София, както и на интернет страницата на Медицинския университет - София.

Използвани съкращения

ABI/СБИ	Стъпално Брахиален Индекс (Ankle Brachial Index)
BMI/БМИ/ИТТ	Индекс на Телесното Тегло (Body Mass Index)
cGMP/цГМФ	Цикличен гуанозин монофосфат
CI	Confidence interval (интервал на доверителност)
E2	Естрадиол
FEMALES	Sexual experience of female partners of men with erectile dysfunction: the female experience of men's attitudes to life events and sexuality
FSH/ФСХ	Фоликулостимулиращ хормон
IIEF	International Index of Erectile Function (виж МИЕФ)
LH/ЛХ	Лутеинизиращ хормон
MALES	Men's Attitudes to Life Events and Sexuality
MMAS	Massachusetts Male Aging Study
NHSLS	National Health and Social Life Survey
NO	Азотен окис
NOS	Азотен окис синтетаза
OR	Odds ratio
PDE5 / ФДЕ5	Фосфодиестераза - 5
PDE5-i/ ФДЕ5-и	Фосфодиестераза – 5 инхибитори
sGC	Разтворима Гуанилат Циклаза
SHBG/СХБГ	Секс Хормон Свързващ Глобулин
WONCA EUROPE	The European Society of General Practice/ Family Medicine (Европейската организация на специалистите по обща/ фамилна медицина)
АХ	Артериална Хипертония
БАСМ	Българска Асоциация по Сексуална Медицина
ВЕТ	Велоергометричен тест
ДЕД	Диабетна Еректилна Дисфункция
ДМ	Диабетес мелитус
ДПХ	Доброкачествена простатна хиперплазия

ДХТ	Дихидротестостерон
ЕД	Еректилна Дисфункция
ЕФ	Еректилна Функция
ЗД	Захарен Диабет
ИБС	Исхемична Болест на Сърцето
МЕТс	Метаболитен синдром
МИЕФ/ИЕФ	Международен индекс за еректилна функция (виж. ИЕФ)
МКБ 10	Международна класификация на болестите 10 ревизия
МСБ	Мозъчно Съдова Болест
НЛР	Нежелани Лекарствени Реакции
ОМИ	Остър Миокарден Инфаркт
ОМП	Обща Медицинска Практика
ОПЛ	Опщопрактикуващ(и) лекар(и)
ОСА	Обструктивна Сънна Апнея
Ро графия	Рентгенография
ПАБ	Периферна Артериална Болест
ПКК	Пълна кръвна картина
ПРЛ	Пролактин
ПСА	Простатно специфичен антиген
РФ	Рисков(и) Фактор(и)
СБИ/ ABI	Стъпално Брахиален Индекс (Ankle Brachial Index)
СД	Сексуална дисфункция
СДПП/LUTS	Синдроми от Долните Пикочни Пътища
СЗО	Световна Здравна Организация
СС	Сърдечно-съдови
ССЗ	Сърдечно-съдови заболявания
Т	Тестостерон
ТСХ	Тиреостимулиращ хормон
ФТ4	Свободен тироксин
ХАНК	Хронична Артериална Недостатъчност на Крайниците
ХОББ	Хронична Обструктивна Белодробна Болест
ЩЖ	Щитовидна Жлеза

Съдържание

Въведение.....	7
1 ЦЕЛ И ЗАДАЧИ.....	9
1.1 Цел.....	9
1.2 Задачи:	9
2 МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ.....	10
2.1 Обект на наблюдение.....	10
2.2 Единици на наблюдението.....	10
2.2.1 Технически единици на наблюдението:	10
2.2.2 Логически единици:	10
2.3 Признаци на единиците на наблюдение.....	10
2.4 Методи и техники за събиране на информация	11
2.4.1 Качествено проучване.	11
2.4.2 Количествено проучване.	12
2.4.3 Тест за оценка на увереността, знанията, уменията на семейните лекари.....	12
2.4.4 Обучение, входящ/изходящ тест преди и след проведено обучение... ..	13
2.5 Място и време на проучването.....	13
2.6 План на проучването.....	13
2.6.1 Качествено проучване - интервю за ОПЛ.....	13
2.6.2 Анкетно проучване за ОПЛ.....	13
2.6.3 Схематично представяне на цялото изследване	14
2.7 Методи за статистическа обработка и анализ на получените данни	15
2.8 Причини за избор на дизайна на проучването	15
2.9 Ограничения.....	17
3 ГЛАВА III РЕЗУЛТАТИ.....	19
3.1. Качествено проучване	19
3.1.1 Характеристика на изследваната група	19
3.1.2 Отношението и нагласите за комуникация на ОПЛ при консултиране на пациенти с еректилна дисфункция.....	19
3.1.3 Препоръки за промяна.....	27

3.1.4	Склонност и предпочитани форми за обучение	29
3.2	МЯСТО НА ПРОБЛЕМА ЕД В ОМП- КОЛИЧЕСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ ...	31
3.2.1	Характеристика на изследваната група ОПЛ.....	31
3.2.2	Влияние на особеностите в Общата медицинска практика върху поставянето на проблема ЕД	32
3.2.3	Градация на приоритетите на семейните лекари в хода на консултацията.....	36
3.2.4	Бариери пред пациентите и стимулиращи фактори да потърсят лечение за ЕД.....	37
3.2.5	Бариери пред лекарите и стимулиращи фактори да коментират проблема ЕД на своите пациенти	40
3.2.6	Препоръки на лекарите за промяна.....	42
3.2.7	Обучение по проблема ЕД и свързаните с него заболявания. Предпочитани форми.....	43
3.3	Резултати тест	47
3.3.1	Характеристика на изследваната група ОПЛ.....	47
3.3.2	Тест резултати общи.....	48
3.4	ОБУЧЕНИЕ - РЕЗУЛТАТИ.....	58
3.4.1	Характеристика на изследваната група ОПЛ.....	58
3.4.2	Резултати от обучението:.....	59
3.5	Алгоритъм за поведение в общата медицинска практиката в България: .	69
4	Глава IV Дискусия	71
5	Изводи.....	88
6	ПРЕПОРЪКИ	89
7	ПРИНОСИ.....	90
8	НАУЧНА АКТИВНОСТ СВЪРЗАНА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	91
	ПУБЛИКАЦИИ.....	91
	НАУЧНИ СЪОБЩЕНИЯ	92
	Участия в международни форуми.....	92
	Участие в научни конгреси, конференции у нас:	92

Въведение

Общата медицина е относително млада за България специалност. До 2000 год. в страната имаше специализирана първичната здравна помощ, която се осъществяваше от специалисти по педиатрия и вътрешни болести, обслужващи определен участък. Пациентът имаше директен свободен достъп до избран по негова преценка специалист. От 01.07.2000 год. се въведе нова, модерна система за първична здравна помощ. Основна фигура в нея е ОПЛ, с придобита специалност ОМ, като пациентите имат възможност за свободен избор на семеен лекар. ОПЛ играе ролята на гейт киипър. Оказва грижа за цялото семейство, във всеки един етап на живота, на всеки един от членовете му. Предвид всичко това от особен интерес е, за всяко едно състояние и заболяване, какви са първият контакт и реакция на здравната система и как може да са по-ефективни по отношение поставяне и диагностициране на проблема ЕД в частност и свързаните с него заболявания.

Епидемиологичните проучвания показват, че ЕД е широко разпространена в световен мащаб и има тенденция за нарастване. Според Ayta et al. [1999] през 1995 год. ЕД обхваща 152 млн. мъже и се очаква този брой да достигне 322 млн. през 2025 год. Проучването MALES (Men's Attitudes to Life Events and Sexuality) [Sand MS et al] установява, че мъжете с ЕД страдат от повече съпътстващи заболявания и имат намалено качество на живот спрямо връстниците си, които не боледуват от този проблем.

ЕД представлява състояние предхождащо или съпътстващо редица социалнозначими заболявания като ССЗ, захарен диабет, дислипидемия, депресия, ДПХ и др. [Славов Ч. и съавт, 2011]. Доказаната роля на рисков фактор за ССЗ [Pieroli M et al, 2016] обуславя значимостта на ЕД за ранната диагностика и профилактика както по света, така и в България. Проучванията сочат, че немалко семейни лекари избягват и с нежелание коментират проблема ЕД на своите пациенти, въпреки че част от пациентите се надяват лекарите да започнат такава дискусия. В добавка, проучванията показват, че множество фактори играят ролята на бариери [Dyer, K et al, 2013]. В същото време на базата на литературен обзор, лични наблюдения и проведено собствено качествено проучване, се установи наличието на много и различни фактори, възпиращи както лекарите, така и пациентите в България, да дискутират проблема ЕД по време на консултация. Това води до липса на ефект от всички постижения на медицината в тази област и липса на краен резултат. Въпросът, кои фактори играят роля пред българските пациенти и

лекари, в каква степен, и могат ли да бъдат повлиявани в условията на Общата медицинска практика в България, остава неизследван до момента.

Какви диагностични подходи използват семейните лекари при диагностицирането на пациент с ЕД и свързаните с нея заболявания, какви диагностични средства използват, остава неизследван в условията на Общата медицинска практика в България. Кои специалисти могат да бъдат част от екипа за решаване на проблема ЕД на пациента, също остава неизследвано.

Като цяло, поведението на семейните лекари и следваният от тях алгоритъм на поведение в реалната практика, при пациенти с ЕД в България, остава неизследван. Това провокира проучването на лимитиращите и стимулиращи пациента и лекаря фактори, за поставянето на проблема ЕД по време на консултация, както и препоръките на колегите за промени, с цел подобряване на диагностиката на ЕД и свързаните с нея заболявания. Първоначално беше проведено качествено проучване за изследване на проблема в дълбочина, а впоследствие и анкетно проучване. Също така, бяха изследвани нивата на увереност и познания на семейните лекари, отношението им към проблема ЕД и свързаните с него заболявания. Беше създаден и проведен обучителен курс за запознаване на семейните лекари с проблема ЕД и подобряване на чувствителността на ОПЛ за връзката на ЕД със ССЗ и други социалнозначими заболявания. Всичко това беше обобщено като резултати и дискутирано.

Наличните препоръки за диагностика и поведение при пациенти с ЕД [Славов Ч. и съавт,2011], е необходимо да бъдат адаптирани към условията на ОМП в България, в условията на здравно осигуряване. Изработката на нарочен алгоритъм за поведение на семейния лекар при пациент с ЕД би било от полза. Това неминуемо би довело и до подобрене на удовлетвореността, както на пациентите от здравната система, така и на лекарите от по-добре и резултатно свършена работа.

В добавка, това е първото по рода си проучване в условията на Общата медицинска практика за България.

1 ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

1.1 Цел

Цел на настоящето изследване е да се проучи отношението и поведението, спрямо проблема еректилна дисфункция в контекста на първичната медицинска помощ.

1.2 Задачи:

За изпълнение на целта на изследването са поставени следните задачи:

1. Да се изследват отношението и нагласите за комуникация на ОПЛ при консултиране на пациенти с ЕД.
2. Да се изследват бариерите и стимулиращите фактори, които оказват влияние, да се постави за обсъждане и активно да се търси проблема ЕД.
3. Да се оценят увереността, знанията, уменията на семейните лекари, както и тяхното използване в общата практика при управлението на случаи с ЕД в условията на ОМП.
4. Да се проучи готовността, да се подготви и организира обучение на ОПЛ по темата ЕД. Да се отчетат резултатите от това обучение.
5. Да се изведат факторите, които биха оптимизирали подхода към ЕД в общата практика, като основа за разработване на алгоритъм за поведение.

Работна хипотеза:

Редица фактори оказват влияние върху ОПЛ на всеки един етап при поставянето, обсъждането, диагностицирането и терапията на проблема ЕД и свързаните с него заболявания. Обучението е ключов променлив фактор, който може да оптимизира отношението и поведението на ОПЛ при пациенти с ЕД.

2 МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

2.1 Обект на наблюдение

Обект на наблюдение е поведението на ОПЛ за активно откриване, диагностициране и терапия на пациенти с ЕД и свързаните с това състояние заболявания.

2.2 Единици на наблюдението

2.2.1 Технически единици на наблюдението:

Технически единици на наблюдението са „Амбулатории за първична медицинска помощ“ на територията на Република България.

2.2.2 Логически единици:

Логически единици на наблюдението са Общопрактикуващи лекари, работещи на територията на Република България.

2.3 Признаци на единиците на наблюдение

За всяка една от единиците на наблюдение бяха използвани следните *факториални и резултативни признаци*:

Факториални: пол, възраст, лекарски стаж, придобита(и) специалност(и) и други квалификации, стартирана специализация по ОМ (за лекарите без специалност ОМ), ранжиран брой жители на населеното място център на практиката, вид практика – групова или индивидуална, позиция в практиката – титуляр или нает лекар, брой пациенти, нает персонал в практиката по вид (лекари, медицински сестри, акушерки, администратори/секретари, помощен персонал, други) и численост.

Резултативни:

Критерии и индикатори за определяне кой стартира поставянето и обсъждането на проблема ЕД.

Критерии и индикатори за определяне специфични особености на ОМП помагат или пречат на поставянето и обсъждането на проблема ЕД.

Критерии и индикатори за определяне наличното ниво на преминато обучение по темата ЕД.

Критерии и индикатори за определяне склонността за участие в обучение по темата ЕД и предпочитани форми на обучение.

Критерии и индикатори за определяне градацията на приоритетите на ОПЛ при една консултация, в зависимост от вида на представените на тях здравни проблеми.

Критерии и индикатори за определяне на бариерите и стимулиращите фактори по отношение на пациента за представянето на проблема ЕД и свързаните с него заболявания от гледна точка на лекарите.

Критерии и индикатори за определяне на бариерите и стимулиращите лекаря фактори да потърси (попита първи, инициира, активно да открие) и коментира проблема ЕД и свързаните с него заболявания при своите пациенти.

Критерии и индикатори за определяне и класиране на препоръките на лекарите за промяна, с цел подобряване на откриваемостта и диагностицирането на проблема ЕД и свързаните с него заболявания.

Критерии и индикатори за определяне и класиране на увереността на ОПЛ при диагностика и терапия на пациенти с ЕД, използваният инструментариум, степента на осъзнаване (използване за скрининг) на връзката на ЕД със социалнозначими заболявания, назначаваните изследвания, привличането в екипа на различни консултанти, познаване на контраиндикациите за консервативно лечение.

Критерии и индикатори за определяне и класиране на ефекта от проведено обучение.

2.4 Методи и техники за събиране на информация

За получаване на първична информация бяха използвани методът на пряко интервю и анкетен метод.

Качественото проучване сред ОПЛ е интервю с фиксирани отворени въпроси, проведено до сатурация (дефинирана като липса на нови теми в отговорите на последните интервюирани участници).

Анкетното проучване сред ОПЛ е срезово, репрезентативно, с представителен характер.

Проучването е извършено двуетапно. Включва анкетно изследване, с което се набира информация за мнението и поведението на ОПЛ в определени ситуации. Беше разработена специална анкетна карта, като се спазиха основните принципи на медицинската социология.

2.4.1 Качествено проучване

Анкетната карта съдържа демографски показатели и отворени въпроси. Всеки един от интервюираните беше поканен да участва в качествено проучване, след изразяване на съгласие му беше предоставена да прочете

еднаква стандартизирана информация за целите, задачите и естеството на проучването, както и информирано съгласие разговорът да бъде записван. Интервютата бяха проведени в неформална обстановка, водещият задаваше стандартни еднакви за всички участници въпроси по протокол, където беше необходимо се задаваха уточняващи въпроси. Разговорите бяха записвани с помощта на функцията „Диктофон“ на мобилен телефон. Впоследствие бяха транскрибирани от интервюиращия и анализирани. Интервютата бяха провеждани до сатурация, дефинирана като липса на поява на качествено нови идеи и отговори на въпросите от страна на последните интервюирани участници.

За статистическата обработка се използваха дескриптивна статистика, транскрибирани интервюта на участниците в проучването с номерирани редове, SPSS 17.0, Microsoft Word 2010 и Microsoft Excel 2010.

2.4.2 Количествено проучване

Анкетната карта съдържа закрити и единични открити въпроси; част от тях дават възможност за повече от един отговор. Анкетната карта представлява собствени въпросници, които съдържат няколко раздела:

- **Социо-демографски показатели**, информация за професионалната квалификация и реализация, данни за практиката.
- **Общ въпросник**, съдържащ данни за отношението, нагласите, представите, опита на ОПЛ по отношение на пациентите с ЕД. Градация на приоритетите.
- **Въпросник бариери**, съдържащ данни за представите и нагласите на ОПЛ за бариерите пред лекари и пациенти и стимулиращите фактори да поставят и коментират проблема ЕД.

2.4.3 Тест за оценка на увереността, знанията, уменията на семейните лекари

Тест (използва се като входящ/изходящ тест преди и след проведено обучение), съдържащ данни за самооценката на ОПЛ за познанията и уменията на лекарите при консултирането на пациенти с ЕД, способностите им да диагностицират и лекуват пациенти с ЕД, реално извършвани от тях дейности, използваните в хода на този процес инструменти, назначаваните клинично-лабораторни тестове, индикации за скрининг, привлечени консултанти.

2.4.4 Обучение, входящ/изходящ тест преди и след проведено обучение

Обучителният модул се провежда в рамките на двудневен семинар. Включва попълване на входящ тест, теоретична част, практическа част с клинични задачи и ролеви игри, изходящ тест. Входящият и изходящият тест са аналогични.

2.5 Място и време на проучването

Анкетирани са сред ОПЛ от областите Пловдив, София град и София област, Благоевград, Бургас, Видин, Габрово, Враца, Варна, Плевен, Стара Загора, Монтана, Смолян, Силистра.

Формирана група ОПЛ, практикуващи в Пловдив, Куклен, Асеновград, Стамболийски, за провеждане на качествено проучване - интервю.

Пилотно анкетирани са през октомври 2014 г., а същинското в периода 2015 - 2016 г.

2.6 План на проучването

2.6.1 Качествено проучване - интервю за ОПЛ

На базата на литературен обзор и собствен опит се изготви анкетна карта за качествено проучване – интервю. Проучването се проведе до насищане.

2.6.2 Анкетно проучване за ОПЛ

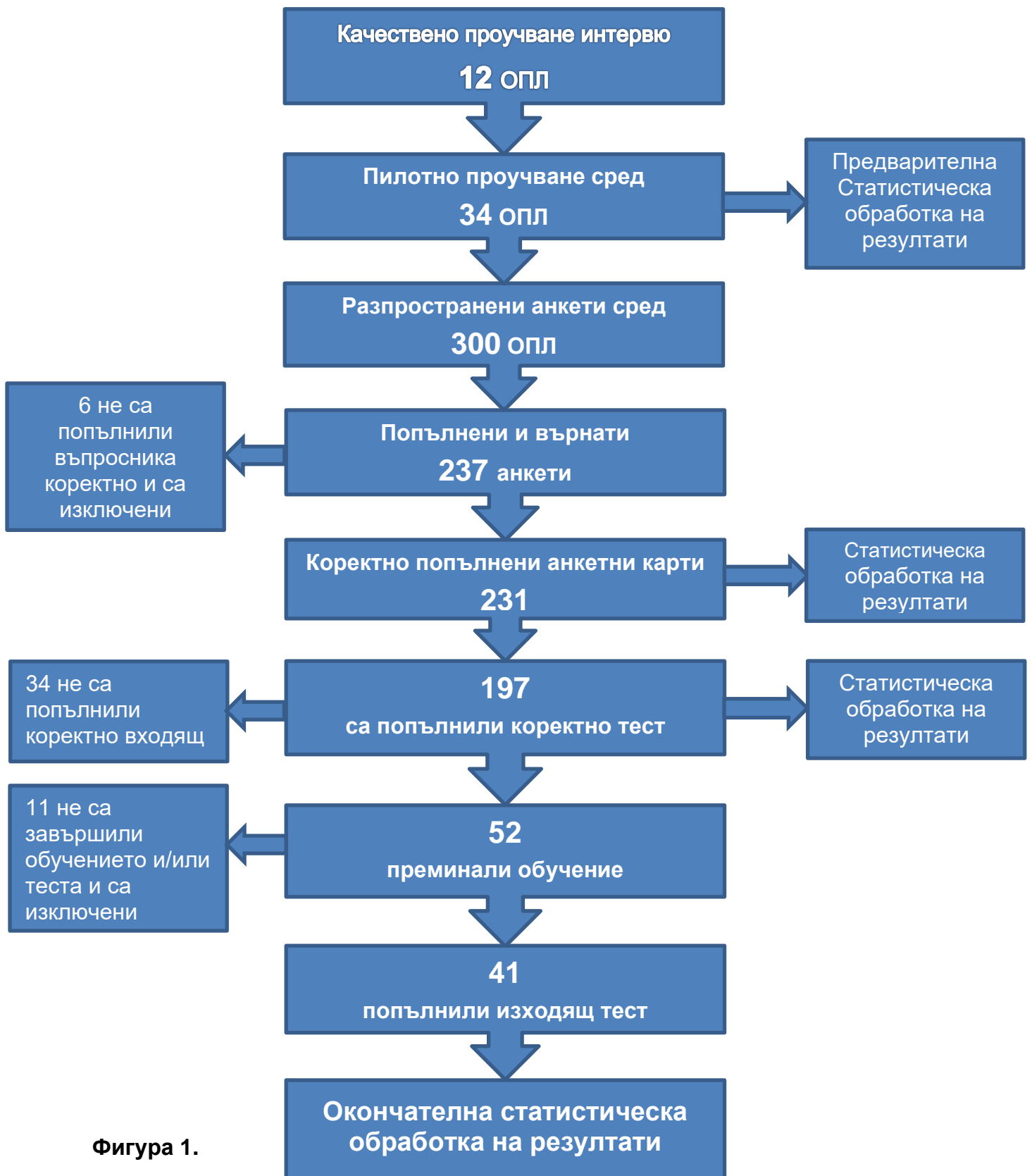
Чрез двуетапния метод на Щейн се изчисли необходимия брой единици на наблюдение. В първият етап на базата на микропроучване на 34 ОПЛ се изчисли S_x (стандартното отклонение) на признака възраст на ОПЛ. Във втория етап се приложи формулата за изчисляване на необходимия брой единици на наблюдение при вариационни признаци, където $P(n)=0,95$, $S_x=9,817$ г. и максимална допустима грешка $\Delta=2$ г. Изчислен необходим брой единици за ОПЛ 94.

В добавка, по данни на НСИ броят на ОПЛ в България за 2016 г. е 4 407. Въз основа на това 5% от всички ОПЛ в страната са 221. Разпространени бяха 300 анкети сред семейни лекари от цялата страна, избрани на случаен принцип. От тях 237 върнаха въпросниците. Тези, които не бяха попълнили въпросника за съответният етап - 6 (2,5%) за етап 1. ; още 34 (14,7%) за етап 2; 11 (21,5%) от 52 за етап 3 бяха изключени (виж Фигура 1).

Проучването беше планирано, организирано и проведено лично от изследователя.

2.6.3 Схематично представяне на цялото изследване

Алгоритъм на цялото изследване е представен на Фигура 1.



Фигура 1.

2.7 Методи за статистическа обработка и анализ на получените данни

Събраната първична информация е проверена, кодирана, въведена и отново проверена в компютърна база данни за по-нататъшна статистическа групировка, прекодиране и анализ. Данните са обработени с помощта на специализирания статистически програмен пакет SPSS 19.0. за Windows XP.

Беше извършено групиране на данните по различни признаци.

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

- Изследван е видът на разпределението на количествено измеримите данни с помощта на **параметричния тест на Колмогоров – Смирнов**.
- Използван е **вариационен анализ** при количествено измерими величини, резултатите са представени като средна аритметична стойност \pm стандартна грешка на средната аритметична ($\bar{x} \pm S_x$).
- За сравняване на средни величини на нормално разпределени количествени показатели беше използван – **Student -t / u критерии**.
- **Алтернативен анализ** се приложи при обработката на качествени признаци, като резултат се изчисли относителен дял \pm стандартната грешка (Sp).
- При тестването на хипотези за статистически значима връзка между изследваните факториални и резултативни признаци, се приложи критерия на съгласие на **Пирсън (χ^2 –хи-квадрат) и Fisher's Exact Test** в зависимост от броя на степените на свобода (за категорийни променливи).
- За оценка на статистически значима разлика при два свързани количествени показателя, които не следват нормалното разпределение беше използван **непараметричен метод Z критерият на Wilcoxon Signed Rangs Test**.
- За оценка на статистически значима разлика при два свързани качествени показателя беше използван **непараметричен метод McNemar`s Test**.
- **За ниво на значимост на α** за вероятността за допускане на грешка от I-ви тип и приемане или отхвърляне на нулевата хипотеза беше възприето **$P < 0,05$** .
- Чрез **графичен анализ** се онагледиха различните процеси и явления и връзките между тях. За изработването на таблици и схеми беше използван софтуерен продукт Microsoft Office 2010.

2.8 Причини за избор на дизайна на проучването

Независимо от напредъка на медицината в тази област, все още едва около 10% от всички мъже страдащи от ЕД търсят помощ за този проблем и се лекуват. ЕД засяга не само мъжа, но и двойката като цяло. Семейният лекар е специалистът, който първи се среща с пациента по повод на негов проблем. Той е и единственият, който има задачата да се грижи не само за пациента в

неговата био-психо-социална същност, но и за семейството като цяло. Семейният лекар поради своята уникална позиция в здравната система, може да използва всеки един преглед като възможност за опортюнистична профилактика и с това да помогне за ранното откриване на много заболявания. От литературния обзор се установи наличието на бариери, предразсъдъци, митове, които възпират пациента да потърси консултация с лекар и да постави въпроса за ЕД. От своя страна, лекарите също имат своите бариери. Всичко това навежда на мисълта, че изследването и отстраняването на тези бариери, идентифицирането на стимулиращи лекаря и пациента фактори и прилагането им, би имало значим ефект върху крайния брой диагностицирани пациенти. Това от своя страна се очаква да доведе и до по-ранно и своевременно откриване и лечение на свързаните със състоянието ЕД социалнозначими заболявания. Евентуално увеличение на потърсилите помощ пациенти от 10% на 20%, в следствие на такъв комплекс от мерки на национално ниво, би дало принос и краен ефект, сравним с приноса на всички осъществени и приложени в практиката до момента открития, касаещи тази област.

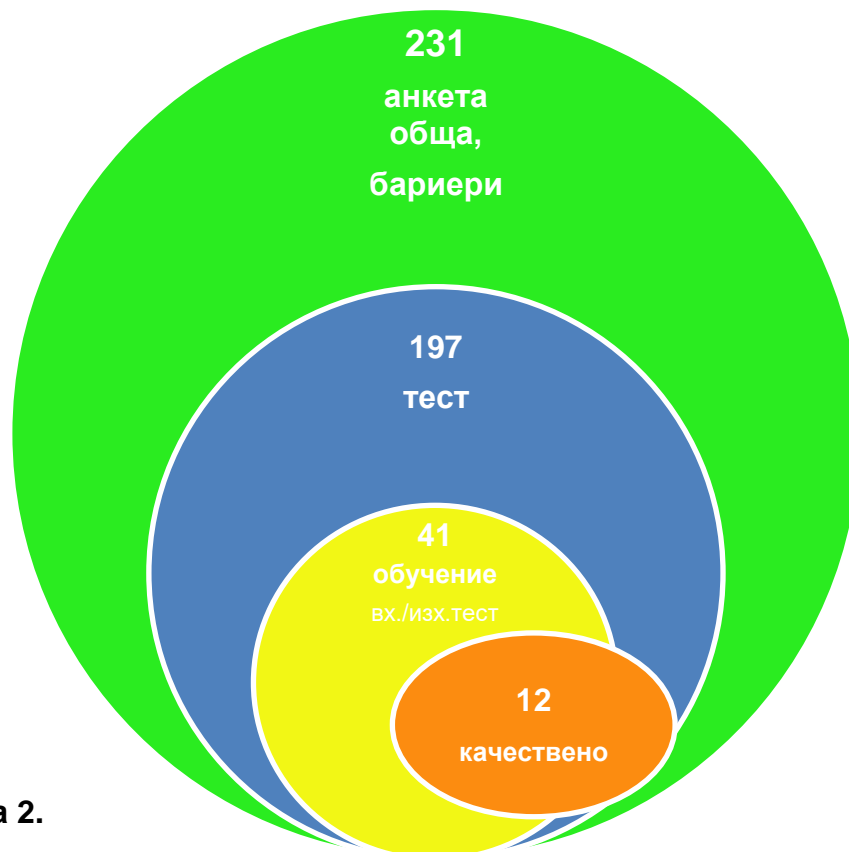
Всичко това обуслови необходимостта на първо място да има подготвени лекари, които да прилагат консенсусните алгоритми за поведение при пациент с ЕД в условията на ОМП. За целта е необходимо желаещи лекари да бъдат обучени. Барьерите пред лекари и пациенти да бъдат проучени и преодолени, както и да бъдат проучени противодействащите им, стимулиращи лекар и пациент фактори. Също така, проблемът да се изследва както в дълбочина, с помощта на качествено проучване, така и върху представителна извадка от ОПЛ.

Всичко това обуслови необходимостта да се проведат както следва:

1. Качествено проучване за изучаване на различните възможни бариери и стимулиращи фактори пред българските лекари и пациенти. Проучване на предложенията за подобрене и промяна.
2. Въз основа на качествено проучване и библиографска справка, разработване на собствени въпросници. За определяне на разпространеността (честотата, тежестта) на различните бариери, стимулиращи фактори, препоръки, за най-подходящо бе избрано срезово проучване сред представителна извадка от ОПЛ в България.
3. За изучаване на сегашните реални познания и поведение на ОПЛ при пациенти с ЕД като най-подходящ метод, беше избран анкетен метод - тест, срезово проучване.
4. Изготвяне, предлагане на формат и провеждане на експериментален курс с ОПЛ за повишаване на чувствителността на семейните лекари към връзката на ЕД със сърдечно-съдовите и други социалнозначими заболявания, както и повишаване на знанията и уменията в тази област. Дизайнът на курса

беше обусловен от предпочитаните форми за обучение, заявени от колегите в качествено, пилотното и количественото проучвания.

Схематично представяне на извадките от общата популация на различни етапи от цялото изследване (Фиг. 2).



Фигура 2.

2.9 Ограничения

Изследвана беше перцепцията на лекарите за техните бариери и стимулиращи фактори. Резултатите са базирани на самооценка на участниците в проучването и дали съвпадат с реалното поведение в клинична обстановка, може само да се предполага.

По отношение на бариерите и стимулиращите фактори за пациентите, като недостатък може да се посочи, че това е перцепцията на лекарите, а не на самите пациенти. От друга страна, част от пациентите отказват участие в проучванията, вероятно поради наличие на бариери, като тяхното поведение остава неизвестно и неизследвано при анкети с пряко участие на пациента. Докато семейните лекари наблюдават цялата група пациенти, включително и тези, които са спрени от бариери и вътрешна цензура да участват в проучванията. Това дава допълнителна гледна точка и според мен би могло да обогати представата ни за този проблем.

Друг възможен недостатък е наложеното от времевите и ресурсни ограничения кратко време между входящия и изходящия тест, което не ни дава възможност да преценим доколко наблюдаваните промени са трайни.

3 РЕЗУЛТАТИ

3.1 Качествено проучване

3.1.1 Характеристика на изследваната група

Проучването беше проведено сред 12 ОПЛ от гр. Пловдив, избрани на случаен принцип. Демографските характеристики на участниците са представени на следващата табл. 1.

Таблица 1. Социо-демографски характеристики на изследваните ОПЛ. Етап I качествено проучване.

Средна възраст \pmSD	47.42\pm8,051	Среден брой години опит \pmSD	21,42\pm7,845
Години	N (%)	Пол	N (%)
\leq 44	49 (21,2%)	Мъже	4 (33,3 %)
45-60	144 (62,3%)	Жени	8 (66,7 %)
$>$ 60	38 (16,5%)		
Специалност		Практика- характеристики	
Обща медицина	9 (75,0%)	Среден брой пациенти \pmSD	2034 \pm 795
Вътрешни болести	4 (33,3%)	Групова практика	1 (8,3%)
Педиатрия	1 (8,3%)	Индивидуална	11 (91,0%)
Специализанти ОМ	2 (16,7%)		
С друга придобита специалност	3 (25,0%)	Собственик на практика	10 (83,3%)
С други допълнителни квалификации	2 (16,7%)	Втори (нает) лекар	2 (16,7%)
Защитена докторантура в областта на ОМ	2 (16,7%)		

3.1.2 Отношението и нагласите за комуникация на ОПЛ при консултиране на пациенти с ЕД

Причините, които спират пациента да коментира проблеми свързани със сексуалния му живот, посочени от интервюираните, са обобщени във Фигура 3. Тук като пример се цитират малка част от изявленията на колегите.

„Причините са множество“.

„Аз лично не съм имал проблем с това, пациентът да започне разговора, но пациентите, които са разговаряли по този въпрос са малко“.

Различни форми на **„Възпитание и културални фактори“**:

„Това е всъщност обществената нагласа“; „възпитанието“; „културални особености“; „традиция“; „...дори с лекарите не е прието да се коментират такива теми“.

Темата е табу

„... у нас тази тема все още в някакъв смисъл е табу“; „...хората не говорят свободно за сексуалните си преживявания“, „българите не са готови да споделят един такъв проблем“; „...българският мъж, като всеки един мъж е мачо. И в един момент е доста трудно, дори и от страна на активно питащ лекар...“.

Отговори за **липсата на условия, спокойствие и достатъчно време в кабинета, тази тема не се коментира „между другото“**:

„В нашите кабинети често пъти е много задръстено, има много хора, има много прегледи, много бързо се случват нещата. В такава ситуация, под такъв натиск, трудно се говори по теми, които изискват време, които изискват някакво пространство. Никой от нас не е склонен между другото, между другите пациенти, в един пълен с хора кабинет да коментира такива интимни „неща“ „не пред сестрата“; „Трябва да ги предразположиш, за да споделят проблема“.

Срам и неудобство:

„Най-вече се срамуват“; „криво разбрано чувство за срам“. Една от участничките уточнява, че това касае предимно мъжете: „Предполагам неудобство, в повечето случаи, когато се касае за мъже. С жените няма проблем – споделят“.

Нагласата, че тази тема навлиза твърде много в личното пространство на пациента:

„Нещо, което не трябва да излиза извън много близкото обкръжение на човека“; „притеснението, че това е нещо много лично“; „чувството, че коментира пред някой друг интимни проблеми“.

Един участник посочва, че хората търсят по-често алтернативни решения, на първо място в **интернет**: „...масово гледат пациентите в интернет за проблемите си“ което ни насочва към възможна **липса на достатъчно информация**.

Притеснения, че може да навреди на имиджа: „...много е трудно за един мъж да си признае, примерно, че има проблеми в сексуалния живот“. А една от участничките наблюдава наличие на разлика в реакциите на половете – „Мъже много рядко, поне пред мен, са декларирани, или с недомлъвки, или не казват целият проблем какъв е, но според мен това е, за да не признаят

някаква слабост във вид на мъжката част от нещата. Да не признаят слабост в сексуалната част.“

Незнание и ниска здравна култура на населението като цяло: „...незнание“; „невежество“; „ниска здравна култура“. Подчертава се и „липса на здравна култура и обучение“, като вероятна първопричина за ниската здравна култура. Това ни насочва към друга описана причина - „**Липса на обучение**“, което прелива и към културални особености „Повечето хора не са научени да споделят за тези свои проблеми и предпочитат да ги запазват за себе си“. Също така ни насочва към **липса на достатъчно информация** „Може би няма достатъчно информация по този въпрос. Имам предвид обществено достъпна информация“; „от къде може да получи помощ“. Това подтиква пациентите да търсят **алтернативи**: „търси информация в интернет“; „... от приятели“; „...търси нетрадиционна обстановка“.

Разлика в пола: „Много е важно – мъж или жена“.

„**Първо е срама**“; „Все още има млади хора, които смятат, че това е срамно! Буквално! По техния израз, както е“. „За един мъж е много трудно това нещо да си го признае, първо пред себе си и пред външен човек, било то дори и лекар.“ А една от участничките обобщава, че е трудно „**Признаването на болест, независимо каква е, особено свързана с тази част, за която все още се говори...**, много рядко се говори свободно между пациенти, между родители и т.н.

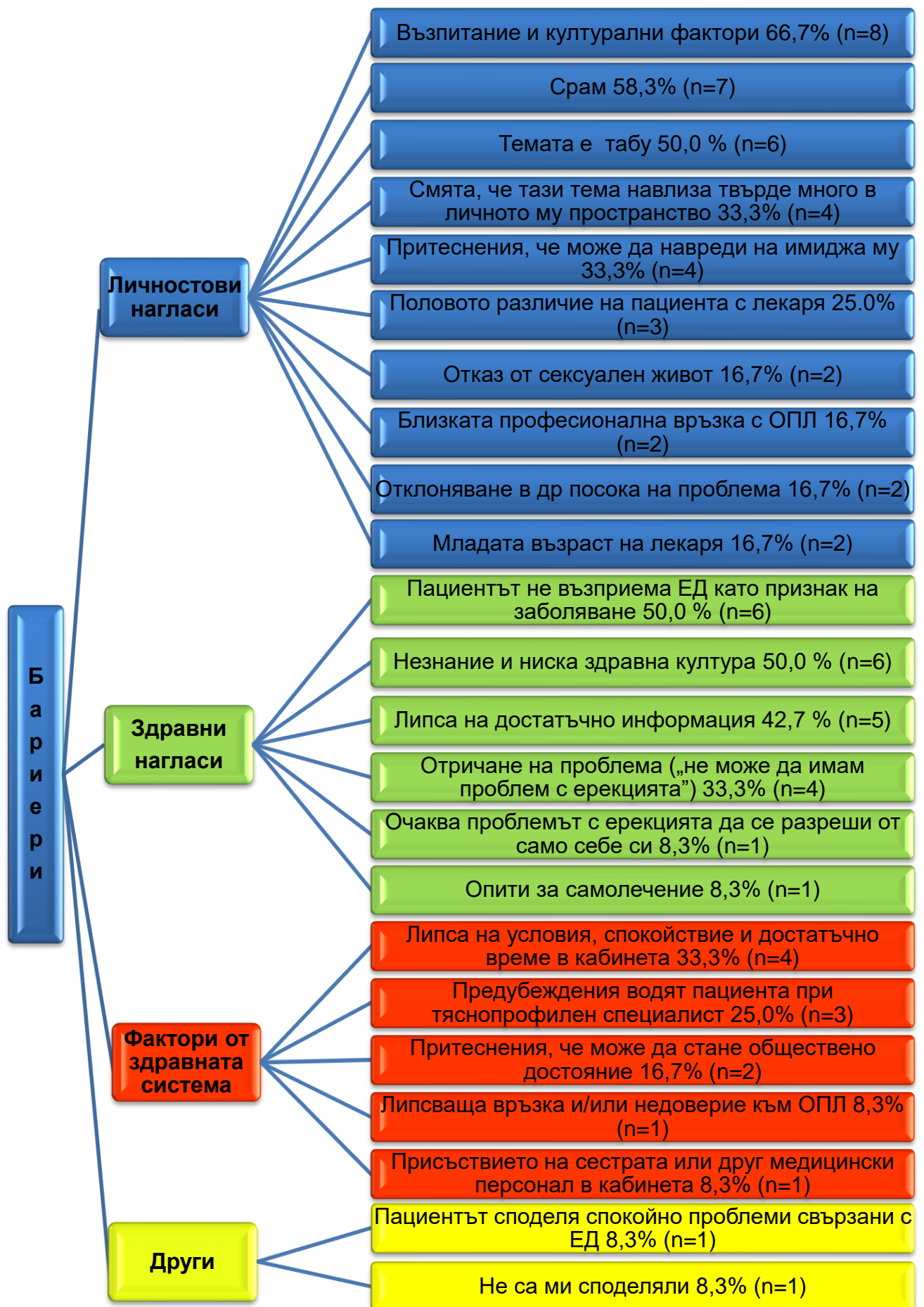
Културални наслагвания, обобщава сполучливо един от участниците: „Някакви културални насложени неща“; „Дори от самите медицински специалисти я оставяме встрани като тематика за обсъждане.“

Отказ от сексуален живот: „Понякога той спира, просто казва достатъчно ми е, секс повече не ме интересува“

След внимателен анализ факторите бяха разделени в 3 основни групи (Фигура 3):

1. **Личностови фактори**, свързани с и определящи се от личността на пациента.
2. **Здравни нагласи**, определящи се от здравните нагласи на пациента и обществото като цяло.
3. **Фактори от здравната система**, повлияни от действащата към момента в страната здравна система.

Както е видно, от всички посочени фактори, на първо място са възпитанието и културалните фактори, следвани от срама и на следваща позиция с равни резултати са незнанието и ниската здравна култура, темата е табу и наблюдението, че пациентът не възприема ЕД като признак на заболяване.



Фигура 3.

Следващият изследван проблем беше „Какво подтиква пациента да потърси лекарска помощ и съобщи за проблеми с ерекцията?“.

Партньорът е подтикващият фактор, определен с най-голям консенсус от колегите. Функцията му може да е с различна степен на интензивност - „**Партньорът** е този, който по някакъв начин **подтиква**, и **изисква** в някакъв смисъл от пациента да потърси помощ и да сподели такъв проблем“ и „Това се споделя, когато партньорът започне да недоволства“. И варира от „Ситуация, при която страхът от загуба на партньора, или разпадане на връзката, или нещо подобно е било мотив“ до „Конфликти в семейството“. Кое е свързано с друг много чест фактор - **страх от загуба на партньора и разпадане на връзката**. Особено, „Когато проблемът наистина започва да става голям“ и пациентът „Започнал е да се депресира“ и този проблем го води при лекаря му.

Съвет от близки, приятели: „Хората споделят помежду си“ и в един момент, „...когато пациентите започнат да се консултират помежду си, се изясни, че лекарят е човек, който може да помогне“.

Двама от колегите мъже отбелязват като фактор **желание за секс:** „Има жени, които са му интересни. Има желание да води полов живот и в един момент, това го подтиква да търси лекарска помощ“.

Когато не може да реши сам: „Проблемът... започва да го тормози психически и няма друг избор, освен да обърне към мен ...“.

Репродуктивни проблеми и „Желание да има дете“: „...и вече, когато реално стигнат до... да планират бременност, деца, тогава започват да съобщават за проблемите и търсим решение, общо, заедно. Това е.“

Резултатите са обобщени на следващата Таблица 2.

Таблица 2. Разпределение според Фактори, стимулиращи пациента да коментира проблема ЕД

№	Стимулиращи пациента да коментира фактори	N	%
1	Партньорът	9	75,0
2	Страх от загуба на партньора и разпадане на връзката	7	58,3
3	Съвет от близки, приятели	4	33,3
4	Репродуктивни проблеми	4	33,3
5	Когато не може да реши сам проблема	3	25,0
6	Интелигентността и добрата здравна култура на пациента	3	25,0
7	Друг доволен пациент със същия проблем	2	16,7
8	Желание за секс	2	16,7
9	Създаденото доверие между лекар и пациент	2	16,7
10	Допълнителна информация за важността на проблема	1	8,3

Така, както видяхме от отговорите на предишните въпроси, незнанието и ниската здравна култура се явяват бариера за разговор по тази тема. Съответно **интелигентността и добрата здравна култура на пациента** се явяват стимулиращ фактор и съответно тези пациенти *„го свързват не само със сексуалното си здраве“*.

Следващите въпроси изучават в детайли отношението на лекаря.

Половината от участниците посочват, че тази тема трябва да се коментира свободно от лекарите. **Няма причина да не се коментира:**

„Мисля, че малко лекари избягват да коментират това, повечето се отнасят сериозно към тези неща“; „лично аз нямам проблем да коментирам с моите пациенти проблеми на сексуалния им живот“; „...стига те да искат да го споделят“.

Колеги наблюдават нагласата, че **„Сексуалните проблеми на пациентите не са от „важните“ заболявания свързани с „оцеляването“:** *„Според мен в нашата страна все още битува мнението, че заболяването или важните заболявания са тези, които се отнасят до... които се свързват едва ли не с оцеляването и с живота на човека, тоест ССЗ, или диабет“.* *„Много малко се обръща внимание на това, че качеството на живот на един човек е не-по малко важно, а също много важно, за това не само той да бъде жив, но да води един пълноценен и качествен живот“;* *„Много лекари, забързани в това да установят неговите други важни болести, пропускат да попитат за такива неща“*, *„Малко се negliжират нещата“.*

Липса на обучение за този аспект от здравето: *„Моего категорично мнение е, че в обучението ни не е поставен, хайде да не е акцент, но някак си не е казано, че това е част от цялото“* до липса на **увереност** и почти като тема **„табу“**, *„При нас изобщо тази тема не се засяга, дори се избягва, лекарите може би не се чувстват достатъчно подготвени“* и *„Ние, самите лекари не сме обучени как да предразположим пациента“*, *„Как да се обърнем към него за интимни въпроси“*, *„По какъв начин да търсим отговорите“*. Тези отговори и акцентите на другите участници, ни дават възможност да обособим още една група отговори: **Недостатъчно обучение за задаване на лични въпроси към пациентите.** Тя включва и **„чистите личностови умения, включително и комуникативни на лекаря“.** *„Не сме обучени, според мен, да търсим този проблем. На запад, в доста страни, частта полово здраве е част от анамнезата на пациента“;*

Отказ на пациента: *„Пациентът отказва да говори по тази тема, не му е комфортно, не му е удобно“;* *„До разговор по същество се стига трудно“;*

Липса на увереност и липса на опит с пациенти с ЕД: *„Не знаят как и да помогнат и мисля, че това е основното, което спира лекарите“.*

Липсата на време: „Основно липса на време, но не и желание“.

Значимите различия между лекаря и пациента също могат да играят ролята на бариера.

Различия във възрастта между лекаря и пациента (по-млад лекар):
„Разлики във възрастта, поколенчески... сега... за един млад лекар, наистина е доста трудно да отвори..., да говори по този въпрос с един пациент, който е на възрастта на баща му или по-голяма. Това винаги го има като бариера“.

Половото различие на пациента с лекаря:
„Сега... една жена лекар също по-трудно говори за такива проблеми с един мъж, особено по-голям от нея, който може да и бъде баща, например“.

Лекарите имат бариери, сходни с тези, които описват при пациентите си:
„Ние лекарите сме част от същото общество, в смисъл ние имаме същите задръжки, за нас също тази тема не е най-лесната за коментиране“.

Липсата на холистичен подход
„Не се гледа глобално, гледа се само върху конкретния проблем“ и „Пациентът рядко го виждаме като един цялостен организъм“.

Очакването първо пациента да заяви проблема:
„Ако пациентът не ни подсказе, че иска нещо друго да сподели или да бъде попитан, ние много пъти не намираме време или забравяме да го питаме за нещо такова“; „Няма как пациентът като влезе и да го питам: а ти имаш проблеми с ерекцията ли?“. И като резултат лекарите споделят: „Почесто ние вземаме изчаквателна позиция“.

Част от лекарите считат, че няма или не би трябвало да има бариери, лекарят да коментира по този въпрос. Техните резултати са обобщени в следващата Таблица 3.

Таблица 3. Разпределение според наличие на причина, лекарят да избягва да коментира проблема ЕД на своите пациенти

№	Лекарите не избягват да коментират	N	%
1	Лекарите не избягват да коментират проблеми, свързани със сексуалния живот на пациентите си	6	50,0
2	Лично аз нямам проблеми	4	33,3
3	Лекарите не би трябвало да имат проблеми с коментирането на сексуалния живот на пациента	4	33,3
4	Иначе, би трябвало лекарят да започне дори, активно.	3	25,0
5	Питам всички	1	8,3

Факторите ограничаващи лекаря да коментира и активно да потърси ЕД при своите пациенти са представени на Таблица 4.

Таблица 4. Разпределение по фактори, които ограничават лекарите

№	Фактори, които ограничават лекарите	N	%
1	Липса на обучение за този аспект от здравето	7	58,3
2	Сексуалните проблеми на пациентите не са от „важните“ заболявания свързани с „оцеляването“	5	42,7
3	Отказ на пациента	5	42,7
4	Липсата на време	5	42,7
5	Очакване първо пациентът да заяви проблема	5	42,7
6	Недостатъчно обучение за задаване на лични въпроси.	4	33,3
7	Неговите лични табути	4	33,3
8	Същите задръжки, част от същото общество	3	25,0
9	Убеждението, че това не е лекарска работа	2	16,7
10	Липса на увереност	2	16,7
11	Различия във възрастта между лекаря и пациента (помлад лекар)	2	16,7
12	Липса на опит с пациенти с ЕД	1	8,3
13	Половото различие на пациента с лекаря	1	8,3
14	Собственият сексуален опит на лекаря	1	8,3
15	Холистичен подход - липса	1	8,3
16	Доколко си спечелил доверието му (на пациента)	1	8,3
17	Лекарят не възприема ЕД като признак на заболяване	1	8,3
18	Личностови: характеристиките на самия лекар	1	8,3

Фактори стимулиращи лекаря

„Още на ниво студентско обучение, въпросите свързани със сексуалното здраве трябва да бъдат равнопоставени с всички останали въпроси“; „Когато лекарите осъзнаят нуждата да се говори...“; „Студентите би следвало да бъдат обучавани, наистина, на добри комуникативни умения. Човек, който има такива умения, говори спокойно по всички въпроси, т.е. при него няма въпроси, които не се засягат или не би следвало да се коментират“; „Ако се чувства добре подготвен, че може да помогне“.

Различни видове културални промени: **„Обсъждането на този въпрос в медицинските среди, не че той не се обсъжда, но как да кажа...“** има „някои, които „са по-равни от другите““, което поставя и въпроса за сексуалното здраве като **равноправна тема**.

Морално удовлетворение и желание да бъде полезен: *„Да бъда и аз морално удовлетворен, че съм помогнал на този човек“; „Би ме стимулирало това, да открия проблем, специално сексуален, или някакъв, който*

пациентът има и да мога да го разреши от чисто професионална гледна точка“.

Използването на холистичен подход: за да може ние, лекарите „...да отделяме време за разговор, да не ги питаме само за едно нещо..., защото ние лекуваме не симптом, не заболяване, ние би трябвало да лекуваме човека и тук е нашето място. Така смятам!“

Факторите стимулиращи лекаря са обобщени на следващата Таблица 5.

Таблица 5. Разпределение според фактори стимулиращи лекаря, активно да потърси проблеми, свързани със сексуалния живот на пациента и ЕД

№	Стимулиращи активността на лекаря фактори	N	%
1	Оптимизиране на обучението за сексуалното здраве на студентско ниво	4	33,3
2	Наличието на време	4	25,0
3	Ситуации с нежелани лекарствени ефекти	3	25,0
4	Обучение за връзката на ЕД с други заболявания	3	25,0
5	Обучение по комуникативни умения	3	25,0
6	Морално удовлетворение	2	16,7
7	Прилагане на холистичен подход в практиката ни	2	16,7
8	Ситуации с неясна диагноза	1	8,3
9	Обучение за влиянието на ЕД върху качеството на живот	1	8,3
10	Увереност, че е добре подготвен по проблема	1	8,3
11	Оценка на профила на пациента	1	8,3
12	Лична ангажираност на ОПЛ към „целия“ човек	1	8,3
13	Културални промени. Обсъждането в медицинските среди	1	8,3
14	Равноправна тема	1	8,3
15	Различен тип поведение и отношение към сексуалния живот	1	8,3
16	Желание да бъде полезен	1	8,3
17	Професионално удовлетворение	1	8,3
18	Да има някакъв резултат	1	8,3

3.1.3 Препоръки за промяна

„Обучението, категорично!“; „А също и подготовка на лекаря“; „Трябва първо да се променят, до някаква степен, приоритетите на лекаря.“; „Проблемът да се постави като такъв, без да се притесняваме между самите лекари. Да свикнем да говорим за това и да видим, къде му е мястото.“

Изказва се и потребността от **културални промени**: „Този въпрос трябва да е равнопоставен на всички останали! Както спокойно говорим за кашлицата, със същото спокойствие един лекар би трябвало да може да говори за сексуалното здраве“.

Необходимостта от **държавна политика с включено финансиране**: „Ако трябва дори да има и финансова мотивация“.

Лекарят „**да има повече време**“ в кабинета, от една страна и от друга **повече време в кабинета осигурено от пациента**.

И двете страни да са готови за разговора, посочват: „Необходимо е от всяка страна „повече желание“ и „трябва да видиш усетиш и от срещнатата страна, че е готова на такъв разговор“, „за да може двете страни да се приближат“; „Той трябва да е узрял за този разговор“.

Образование, възпитание, здравната култура на пациентите да се подобри: „Най-вече здравната култура на пациентите, която смятам, че на определени групи от населението е много ниска и трябва да се подобри“.

Препоръките на колегите за промени са обобщени в Таблица 6.

Таблица 6. Разпределение според препоръки на лекарите за промяна

№	Препоръки за промяна	N	%
1	Лекарят да премине обучение, включително за връзката на ЕД със социалнозначими заболявания	6	50,0
2	Културални промени. Обсъждането в медицинските среди	5	42,7
3	Да познава цялостен алгоритъм на поведение	4	33,3
4	Да се включи в профилактичен преглед	4	33,3
5	И двете страни да са готови за разговора	3	25,0
6	Ясно да се определи мястото, ролята на ОПЛ при решаването на този проблем	2	16,7
7	Целево финансиране	2	16,7
8	Повече време в кабинета	2	16,7
9	Образование, възпитание, здравната култура на пациентите да се подобри	2	16,7
10	Популяризиране на общоприети валидирани въпросници	1	8,3
11	Масов скрининг - да отвори вратичката	1	8,3
12	Повече време в кабинета осигурено от пациента	1	8,3
13	Лекарят да бъде по-съпричастен към социалния живот на пациента	1	8,3
14	Информация за пациента за това, че може да получи такъв тип здравна услуга	1	8,3
15	Условията в практиката (шумоизолация, сестра в предкабинет, допълнително пространство, кабинет и др.)	1	8,3

16	Аз не считам, че нещо трябва да се променя	1	8,3
17	Системни фактори - колаборация м/у лекарите	1	8,3

3.1.4 Склонност и предпочитани форми за обучение

Следващият въпрос **изследва склонността на лекаря да участва в обучение по темата**, което би помогнало на лекаря да започва разговор активно и да коментира спокойно проблеми свързани със сексуалния живот на пациента и ЕД. Всички 12 участници (100,0%) изказват съгласие за участие в едно такова обучение.

Представа на колегите за такъв тип обучение:

„...да се създаде пространство за свободно дискутиране на тези въпроси“; „Динамично“; „Открито“;

„Именно място, което да даде среда, пространство, да може всеки лекар спокойно да коментира тези въпроси, паралелно с коментирането на научни постижения“;

„Да има от всичко по малко“; „Интерактивно“; „Не само лекции“; „Да има някакъв сюжет“; „Свободен формат“; „Да се разглеждат клинични случаи“; „Да има ролеви игри“;

„По-скоро неформален разговор, отколкото тези скучни маси, които сме свикнали да се организират. Това ще е, може би, по полезно“;

„По типа на споделяне, защото всеки от лекарите с какъвто и да е стаж има някакъв собствен опит, но има и собствени преживявания. А пък има и собствената си личност, със своето отношение към този въпрос“.

Стартирането на неформален разговор беше посочено като бариера, която следва да се преодолее и за лекари, и за пациенти. Всеки очаква другият да започне пръв. *„Т.е. всички можем да се справим в един разговор, но не всички са в състояние да го започнат“.*

Обучение за подход и комуникативни техники:

„Подходът към пациента, точният начин по който да му бръкнем в душата е важен. Това е!“

„Повишаващо мотивацията на лекаря“

„Това обучение трябва да ни кара да мислим“

На първо място колегите поставят оптимизиране на обучението за сексуалното здраве на студентско ниво и наличието на повече време в кабинета. Следват ги ситуацияите с нежелани лекарствени ефекти и още два пъти обучение, касаещо различни аспекти на проблема.

Най-важно е, според колегите, да се създаде пространство за свободно дискутиране на тези въпроси

Обобщените резултати за предпочитаните от лекарите форми и съставни елементи на обучение по темата ЕД е представено на Таблица 7.

Таблица 7. Разпределение според предпочитани от лекарите форми на обучение

№	Предпочитани форми на обучение	N	%
1	Да се създаде пространство за свободно дискутиране на тези въпроси	7	58,3
2	Лекции / по съдържанието	5	42,7
3	Да се разглеждат клинични случаи	3	25,0
4	Обучение за подход и комуникативни техники	3	25,0
5	Да има ролеви игри	2	16,7
6	Неформален разговор, по типа на споделяне	2	16,7
7	Повишаващо мотивацията на лекаря	1	8,3
8	Потвърждение потребност	1	8,3
9	Всички го можем разговора, но не всички са в състояние да го започнат	1	8,3
10	Да ни тества за ниво на компетентност и да ни ангажира	1	8,3
11	По съдържанието – да има практическа част	1	8,3
12	По съдържанието - тестове	1	8,3
13	Трябва това обучение да ни кара да мислим	1	8,3
14	Да бъде активно и от двете страни	1	8,3
15	Може индивидуално, може и групово	1	8,3
16	Дистанционни обучения	1	8,3
17	Да е ефективно	1	8,3

3.2 МЯСТО НА ПРОБЛЕМА ЕД В ОМП - КОЛИЧЕСТВЕНО ПРОУЧВАНЕ

3.2.1 Характеристика на изследваната група ОПЛ

Характеристиките на изследваната група (n=231) са преставени на Таблица 8.

Таблица 8. Характеристика на изследваната група (n=231). Етап II.

Средна възраст \pm SD	50,97 \pm 9,606	Среден брой години опит \pm SD	24,89 \pm 9,034
Специалност		Обучение по темата ЕД*	
Обща медицина	72 (31,2%)	Без обучение	94 (40,7%)
Вътрешни болести	42 (18,2%)	Студенти	50 (21,6%)
Педиатрия	23 (10,0%)	Специализанти	53 (23,9%)
Специализанти ОМ	123 (53,2%)	ПМО	68 (29,4%)
С друга придобита специалност	24 (12,2%)	1 ниво	106 (45,9%)
С други допълнителни квалификации	20 (10,2%)	2 или повече нива	31 (13,4%)
Населено място по брой жители		Практика- характеристики	
> 200 000	90 (39,0%)	Среден брой пациенти \pmSD	1694 \pm 834
50 000-200 000	37 (16,0%)	Групова практика	49 (21,2%)
20 000-50 000	28 (12,1%)	Индивидуална	182 (78,8%)
5 000-20 000	38 (16,5%)	Собственик на практика	211 (91,3%)
<5000	38 (16,5%)	Втори (нает) лекар	20 (8,7%)

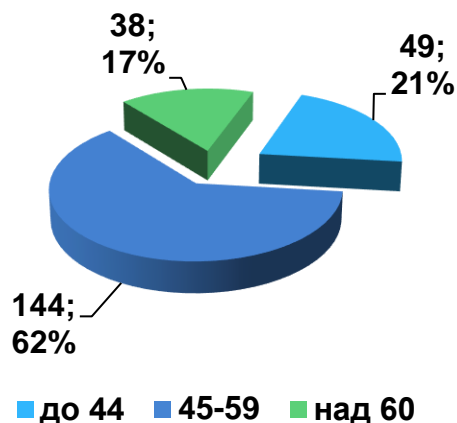
*Брой на преминати обучения на различни нива – студент, специализант, ПМО

Разпределението по пол е представено на Фигура 4.

Лекарите бяха разпределени по възрастови групи както следва: До 44 год. вкл; 45-59 год.; и над 60 год. възраст. Разпределението по възрастови групи е представено на Фигура 5.



Фигура 4. Разпределение по пол



Фигура 5. Разпределение по възрастови групи

Струкурата на персонала в практиките на семейните лекари е представена на следващата Таблица 9.

Таблица 9. Структура на персонала

Вид	Лекари		Сестри		Акушерки		Админ		Помощен		Други	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Брой												
0	n.a.	n.a.	68	29,4	197	85,3	189	81,8	170	73,6	207	89,6
1	160	69,3	113	48,9	28	12,1	29	12,6	46	19,9	20	8,7
2	33	14,3	22	9,5	3	1,3	7	3,0	10	4,3	3	1,3
≥3	38	16,5	28	12,1	3	1,3	6	2,6	5	2,2	1	0,4
Total	231	100,0	231	100,0	231	100,0	231	100,0	231	100,0	231	100,0

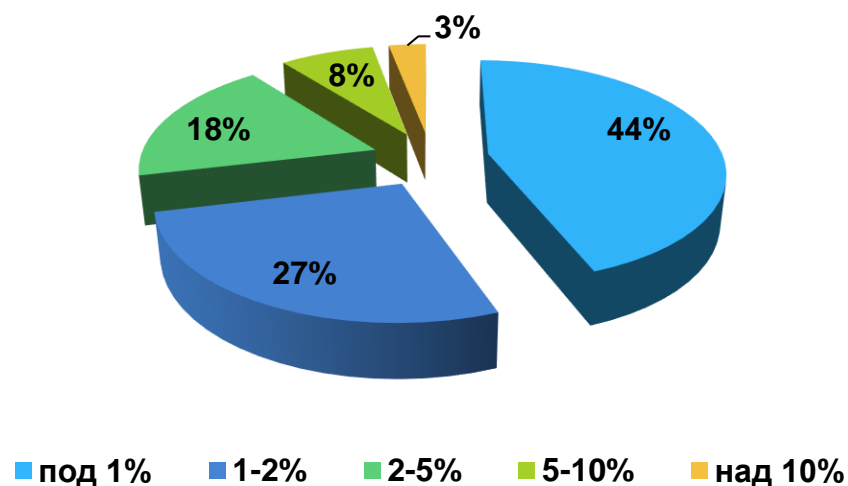
От всички 231 лекари 160 (69,3%) работят сами в практиките си. По отношение на другия нает персонал прави впечатление големия брой лекари работещи без сестри (Таблица 9).

3.2.2 Влияние на особеностите в Общата медицинска практика върху поставянето на проблема ЕД

От анкетираните 231 лекари 74,9% (n=173) съобщават, че имат пациенти с ЕД записани в тяхната практика, 25,1% (n=58) отговарят с „не“ на този въпрос. Проявява се тенденция, жените два пъти по-често 29,2% (n=45) да дават този отговор спрямо мъжете 16,9% (n=13) $\chi^2=4,155$; $df=1$; $p=0,042$, но прецеизирано с Fisher's Exact Test; $p=0,053$ т.е налице е гранична статистическа значимост.

Резултатите не се влияят от разпределението по възрастови групи, размер на населеното място, собственост на практиката, индивидуална или групова практика. Над два пъти по-малко специалистите по ОМ 13,9% (n=10) съобщават, че нямат записани пациенти с ЕД, спрямо колегите без специалност 30,2% (n=48). Fisher's Exact Test, p=0,009. Аналогична тенденция се наблюдава при специалистите по вътрешни болести 14,3% (n=6), спрямо колегите без специалност 27,5% (n=52) Fisher's Exact Test, p=0,08.

Изследва се процентът, при които ЕД е основен повод за консултация (виж Фигура 6).



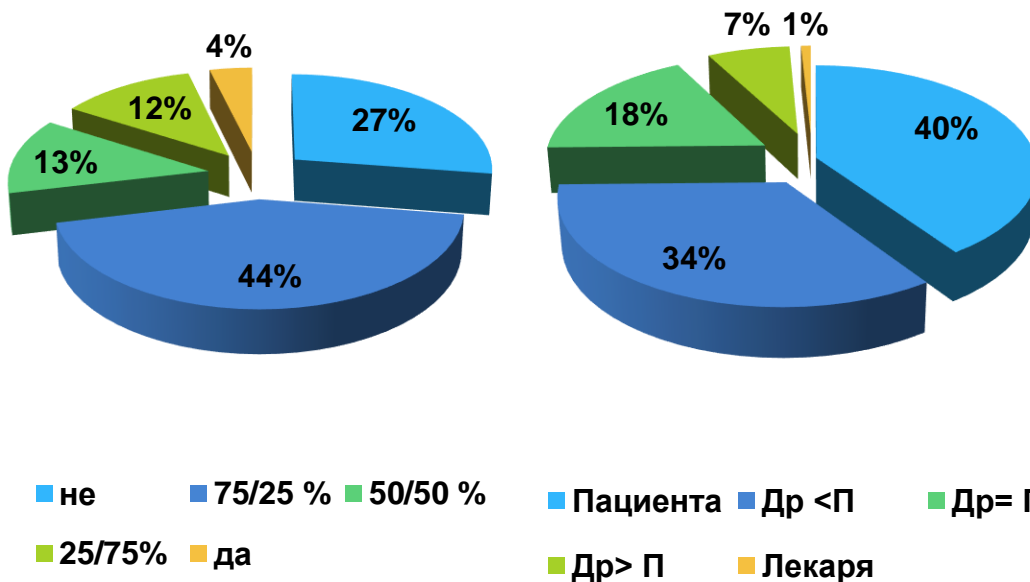
Фигура 6. Разпределение по ЕД като основна причина за консултация

Повечето лекари (72,4%) определят ЕД като основен повод за консултация в едва до 2% от всички случаи. Не се установи статистически значима разлика при изследването на отговорите по този показател, спрямо факторите, пол, възраст, специалност, собственост на практиката, групова или индивидуална практика, размер на населеното място.

Видно от Фигура 7 е, че 71,2% от лекарите констатираат, че пациентът по-скоро не може спокойно да сподели проблемите си. Като цяло те са единодушни по този въпрос.

Изследва се кой пръв започва разговор по темата ЕД (Фигура 8).

Пациентът пръв поставя въпроса за ЕД в 73,7% от случаите. Едва двама лекари (0,8%) съобщават, че почти винаги те първи започват разговор по темата, като те са без специалност ОМ. В малките градове се наблюдава несигнификантна тенденция, по-често лекарят да започва разговор по тази тема.



Фигура 7. Разпределение според отговор на въпроса: Спокойно ли пациентът с ЕД споделя с лекаря проблема си?

Фигура 8. Разпределение според отговор на въпроса: Кой започва разговора по свързаната с ЕД тема, лекарят или пациента?

Изследва се кога лекарите коментират тази тема с пациента (Фигура 9).



Фигура 9. Разпределение според отговор на въпроса: Кога коментирате темата ЕД с пациента?

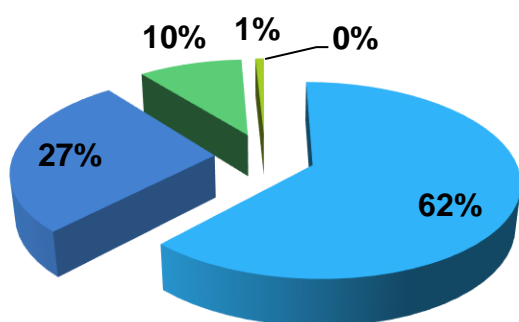
Установи се, че 2/3 (65,8%) от лекарите коментират темата, само ако пациентът даде заявка.

Изследва се ефектът на някои специфични за Общата медицинска практика особености върху поставянето на темата за ЕД. Изследва се свободният достъп до семейния лекар, установените взаимоотношения и дългосрочна връзка лекар-пациент и грижата за цялото семейство помага ли или пречи на:

- пациентът да коментира проблема ЕД с лекаря си?
- лекаря да коментира проблема ЕД на пациента?

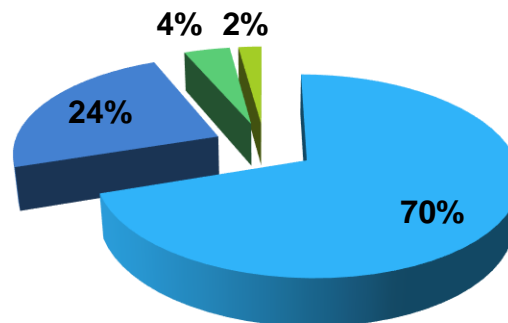
Резултатите са илюстрирани на Фигура 10 и Фигура 11.

Общо 89,4 % от лекарите смятат, че специфичните особености на ОМП предразполагат пациента да сподели проблема си. Нито един 0% не смята, че са пречка. Аналогично 93,6% от лекарите смятат, че специфичните характеристики на ОМП помагат на лекаря да коментира проблема ЕД на пациента. Нито един 0% не смята че са пречка.



- помага
- по-скоро помага
- по равно помага/пречи
- по-скоро пречи
- пречи

**Фигура 10. Условието в ОМП
- помагат/пречат на пациента**



- помага
- по-скоро помага
- по равно помага/пречи
- по-скоро пречи
- пречи

**Фигура 11. Условието в ОМП
- помагат/пречат на лекаря**

Очевидно лекарите са единодушни, че свободният достъп до семейния лекар, установените взаимоотношения и дългосрочна връзка лекар-пациент и грижата за цялото семейство, помагат на лекаря и пациента да коментират този проблем.

Въпреки, че пациентът поставя въпроса за ЕД (73,7%), повечето семейни лекари смятат, че този проблем е **труден за споделяне** (83,9%) и **труден за започване и коментиране** (80,9%) от лекаря.

3.2.3 Градация на приоритетите на семейните лекари в хода на консултацията

В свое проучване Sadowsky установява, че в хода на консултацията лекарите обръщат внимание на даден проблем с различен приоритет в зависимост от различни фактори. Тази „градация на ценностите“ на лекарите е представена на Таблица 19 и сравнена с българската популация. За целта всеки един от лекарите беше помолен да класира изброените фактори на различно място според неговите приоритети с цифрите от 1 до 7.

Таблица 10. Разпределение според градация на приоритети на семейните лекари – сравнителна таблица

Фактори	Sadowsky	България	K 95%CI	SD	Media n	Z=	p _{n,n+1}
Проблеми с висока болестност и смъртност	1	1	1,91 [1,68-2,14]	1,573	1	-7,318	P _{1,2} <0,001
Инвалидизиращи състояния	2	2	2,76 [2,56-2,96]	1,350	2	-6,752	P _{2,3} <0,001
Стандарти за оказване на помощ и ръководства	3	3 (4)	3,89 [3,69-4,09]	1,375	4	-0,391	P _{3,4} =0,696
Изисквания на пациента	4	3	3,83 [3,61-4,04]	1,487	4	-4,711	P _{4,5} <0,001
Лични области на интереси в медицината	5	6	4,66 [4,44-4,88]	1,502	5	-1,967	P _{5,6} =0,049
Теми свързани с качеството на живот	6	5	4,37 [4,14-4,60]	1,594	5	-11,228 -2,741	P _{6,7} <0,001 P _{6,3} =0,006
Дуги		7	6,79 [6,65-6,92]	0,920	7		n. a.

От 231 лекари 184 са попълнили изцяло отговорите на този въпрос. Останалите 47 (20,3%) бяха изключени. Въз основа на получените резултати беше изчислен коефициент за всеки един фактор, равен на средната аритметична величина от дадените оценки. С помощта на Z критерият на Wilcoxon Signed Ranks Test беше проверено дали разликите в ранжирането са статистически значими и беше изчислено p за съседните (близките) по място фактори.

3.2.4 Бариери пред пациентите и стимулиращи фактори да потърсят лечение за ЕД

Фактори, лимитиращи пациентите от гледна точка на лекарите

Резултатите по този въпрос са представени на Таблица 11.

Таблица 11. Разпределение според фактори, лимитиращи пациентите от гледна точка на лекарите

№ по важност	Личностови нагласи	N	%
1	Срам	139	60,2
2	Възпитание и културални фактори	113	48,9
3	Смята, че тази тема навлиза твърде много в личното му пространство	108	46,8
4	Притеснения, че може да навреди на имиджа му	91	39,4
5	Половото различие на пациента с лекаря	87	37,7
6	Темата е табу	33	13,9
7	Младата възраст на лекаря	21	9,1
8	Близката професионална връзка с ОПЛ	18	7,8
9	Отказ от сексуален живот	9	3,9
Здравни нагласи			
1	Очаква проблемът с ерекцията да се разреши от само себе си	127	55,0
2	Опити за самолечение	101	43,7
3	Пациентът не възприема ЕД като признак на заболяване	89	38,5
4	Отричане на проблема („не може да имам проблем с ерекцията“)	83	35,9
5	Незнание и ниска здравна култура	82	35,5
6	Липса на достатъчно информация	65	28,1
Фактори от здравната система			
1	Липсата на условия, спокойствие и достатъчно време в кабинета, тази тема не се коментира „ между другото“	145	62,8
2	Присъствието на сестрата или друг медицински персонал в кабинета	109	47,2
3	Предубеждения водят пациента при тясно профилен специалист	105	45,5
4	Притеснения, че може да стане обществено достояние	81	35,1
5	Липсваща връзка и/или недоверие към ОПЛ	20	8,7

Прави впечатление минималният брой лекари 3% (n=7), които са отговорили, че пациентът споделя спокойно проблеми свързани с ЕД.

От жените 5,8% са посочили „Отказ от сексуален живот“ като отговор, докато нито един от мъжете не е посочил това като възможна причина $p=0,031$.

Два пъти по-често 45,5% ($n=70$), жените посочват отговор „Половото различие на пациента с лекаря“, докато само 22,1% ($n=17$) от мъжете са посочили това като възможна причина. Също така, жените съставляват 80,5% от отговорилите положително на този въпрос $p=0,001$.

С увеличаване броя на обученията 0, 1, 2 или повече, се увеличава статистически значимо процента на отговорилите (акцентиращите върху) „възпитание и културални фактори“. Съответно като стойности: 0 обучения 43,6% ($n=41$); 1 обучение 47,2% ($n=50$); 2 и повече преминати обучения на различни нива 71,0% ($n=21$) $X^2=7,218$; $df=2$; $p=0,027$. „Притеснението, че може да навреди на имиджа му“ също се влияе от преминалото обучение. Респондерите, които не са преминавали обучение са разделени равномерно приблизително 1:1 („не“ 51,1% ($n=48$) срещу „да“ 48,9% ($n=46$)), докато с преминаването на поне 1 обучение това съотношение се променя на 1:2 (при 1 обучение „да“ 31,1% ($n=33$) и съответно при 2 и повече „да“ 38,7% ($n=12$) $X^2=6,622$; $df=2$; $p=0,036$).

Установи се, че отговор „Табу“ не се влияе статистически значимо от възрастта на лекарите, техния пол, квалификация, местонахождение на практиката, работна позиция в практиката.

Установи се, че младата възрастова група, статистически значимо по-често (20,4%; $n=10$) посочва „младата възраст на лекаря“ като бариера, спрямо останалите възрастови групи (4,8%; $n=11$) $p=0,004$ (Fisher's Exact Test).

Преминалите обучение на 2 и повече нива лекари посочват значително по-често „Очаква проблемът с ерекцията да се разреши от само себе си“ като причина 80,6% ($n=25$), спрямо 50,0% ($n=47$) без проведено обучение и 51,9% ($n=55$) с обучение само на едно ниво $X^2=9,601$; $df=2$; $p=0,008$.

Очерта се тенденция „Притеснения, че може да стане обществено достояние“ да се посочва по-често от мъжете 44,2%, при жените перцепцията за този вид притеснение е по-ниска 30,5% от случаите. Тази тенденция е със гранично статистическа значимост и изисква допълнително уточняване $p=0,057$.

Специалистите по Обща медицина оценят като пречка присъствието на сестрата или друг медицински персонал в кабинета в 56,9% от случаите, при специализантите перцепцията за този вид притеснение е по-ниска 42,8% $p=0,048$ (Fisher's Exact Test).

Фактори, стимулиращи пациентите от гледна точка на лекарите

Факторите, подтикващи пациента да потърси лекарска помощ и съобщи за проблеми с ерекцията, са представени на следващата Таблица 12.

Таблица 12. Разпределение според подтикващи пациента фактори

№ по важност	Подтикващи пациента фактори	N	%
1	Партньорът	116	50,2
2	Страх от загуба на партньора и разпадане на връзката	109	47,2
3	Когато не може да реши сам проблема	105	45,6
4	Създаденото доверие между лекар и пациент	94	40,7
5	Желание за секс	90	39,0
6	Интелигентността и добрата здравна култура на пациента	84	36,4
7	Репродуктивни проблеми	74	32,0
8	Съвет от близки, приятели	42	18,2
8	Друг доволен пациент със същия проблем	42	18,2
10	Допълнителна информация за важността на проблема	22	9,5

Установи се, че младата възрастова група статистически значимо по-често 61,2% (n=30) посочва „*страх от загуба на партньора и разпадане на връзката*“, спрямо останалите възрастови групи 43,4% (n=79) $p=0,036$.

Все по-голямо значение се отдава на *допълнителната информация*, с увеличаване на броя на преминалите обучения: без 3,2% (n=3), едно преминало обучение 13,2% (n=14); две и повече 16,1% (n=5) $X^2=7,613$; $df=2$; $p=0,022$.

Мъжете лекари посочват като стимул „*Желание за секс*“ в 50,6% (n=39) от случаите. При жените перцепцията за този вид стимул е статистически значимо по-ниска 33,1% (n=51) $p=0,015$. От друга страна два пъти по-често като стимул жените посочват „*Интелигентността и добрата здравна култура на пациента*“ 42,2% (n=65) срещу 24,7% (n=19) от мъжете $p=0,009$ и „*Репродуктивни проблеми*“ 39,0% (n=60) от жените срещу 18,2% (n=14) от мъжете $p=0,002$ (Fisher's Exact Test). Интересен факт е, че работещите в индивидуални практики два пъти по-рядко 27,5% (n=50) посочват репродуктивни проблеми, спрямо груповите практики 49,0% (n=24) $p=0,006$ (Fisher's Exact Test).

Интелигентността и добрата здравна култура се подценяват от индивидуалните практики 33,0% (n=60), спрямо работещите в групови практики 49,0% (n=24) $p=0,045$ (Fisher's Exact Test). По този показател се наблюдава статистически значима разлика и при възрастовите групи. Зрялата възраст 45-59 год. придава по-голяма тежест 43,1% (n=62) спрямо младата 14,3% (n=12) и напредналата 11,9% (n=10) $X^2=7,430$; $df=2$; $p=0,024$.

3.2.5 Бариери пред лекарите и стимулиращи фактори да коментират проблема ЕД на своите пациенти

Лимитиращи лекарите фактори

Само 32,5% (n=75) от респондентите считат, че лекарите реално не избягват да коментират проблеми, свързани със сексуалния живот на пациентите си, но една част от тях посочват различни бариери. Категорични са 15,2% (n=35) от всички отговорили, които не посочват нито една бариера. От друга страна 52,8% (n=122) посочват, че лекарите не би трябвало да имат проблеми с коментирането на сексуалния живот на пациента.

Факторите, лимитиращи лекарите да коментират проблема ЕД на своите пациенти, са представени на Таблица 13.

Таблица 13. Разпределение според фактори, лимитиращи лекарите да коментират проблема ЕД на своите пациенти

№	Причини лекарят да избягва да коментира	N	%
1	Липса на обучение за този аспект от здравето	90	39,0
3	Липса на опит с пациенти с ЕД	88	38,1
3	Липса на време	88	38,1
2	Отказ на пациента	84	36,4
5	Недостатъчно обучение за задаване на лични въпроси.	72	31,2
6	Половото различие на пациента с лекаря	51	22,1
7	Липса на увереност	30	13,0
8	Различия във възрастта между лекаря и пациента (по-млад лекар)	22	9,5
9	Сексуалните проблеми на пациентите не са от „важните“ заболявания свързани с „оцеляването“	13	5,6
10	Убеждението, че това не е лекарска работа	6	2,6
11	Собственият сексуален опит на лекаря	4	1,7

Обучението води до намаляване на процента на лекарите, посочващи различни ограничаващи фактори: без обучение 11,7% (n=11) не посочват нито една бариера, докато при преминалите поне едно обучение този резултат е статистически значимо два пъти по-голям 23,4% (n=32) p=0,026.

Съвсем закономерно „липса на обучение за този аспект от здравето“ посочват като отговор 51,1% (n=48) от непреминалите каквото и да е обучение

колеги и с нарастването на броя на проведените курсове, процентът на посочилите това като бариера намалява с 1/2 до 33,0% (n=35) при преминалите едно обучение и след това наполовина 22,6% (n=7) при провешите две и повече нива на обучение лекари $\chi^2=10,861$; $df=2$; $p=0,004$.

Отказът на пациента, липсата на увереност и липсата на опит с пациенти с ЕД не се влияят от обучението, пола, възрастта или специалността на лекаря.

Специалистите по ОМ посочват „*липсата на време*“ като бариера в 51,4% (n=37) от случаите, при останалите перцепцията за този вид притеснение е пониска – 32,1% (n=51) $p=0,008$ (Fisher's Exact Test).

Два пъти по-често, статистически значимо, младата 32,7% (n=16) и напредналата 28,9% (n=11) възраст посочват „*половото различие на пациента с лекаря*“ като бариера, спрямо зрялата възраст 16,7% (n=24) $\chi^2=6,679$; $df=2$; $p=0,035$. Също така два пъти по-често преминалите поне едно обучение 27,0% (n=37) посочват тази бариера, спрямо непреминалите нито едно обучение 14,9% (n=14) $p=0,036$ (Fisher's Exact Test).

Собственият сексуален опит на лекаря се посочва като бариера само от представителите на зрялата възраст, докато младата и напредналата го отхвърлят като възможност - нито един отговор.

Стимулиращи лекарите фактори

Факторите, подтикващи лекарите да коментират проблема ЕД на своите пациенти са представени на Таблица 14.

Таблица 14. Стимулиращи лекарите фактори

№	Стимулиращи лекарите фактори	N	%
1	Лична ангажираност на ОПЛ към „целия“ човек	113	48,9
2	Обучение за връзката на ЕД с други заболявания	97	42,0
3	Обучение за влиянието на ЕД върху качеството на живот	82	35,5
4	Ситуации с нежелани лекарствени ефекти	76	32,9
5	Ситуации с неясна диагноза	69	29,9
6	Увереност, че е добре подготвен по проблема	65	28,1
7	Обучение по комуникативни умения	45	19,5
8	Оптимизиране обучението за сексуалното здраве на студентско ниво	34	14,7
9	Оценка на профила на пациента	30	13,0

Ситуации с нежелани лекарствени ефекти се посочва значимо два пъти по-често от младата и зрялата възраст 36,3% (n=70), спрямо представителите на напредналата възраст 18,4% (n=7) $p=0,038$.

Половината от наетите лекари 50,0% (n=10) посочват като стимулиращ фактор „увереността, че е подготвен по проблема“, спрямо титулярите 27,0% (n=57) $p=0,039$ (Fisher's Exact Test).

„Оценката на профила на пациента“ и „лична ангажираност на ОПЛ към „целия“ човек“ не се влияе от изследваните фактори.

3.2.6 Препоръки на лекарите за промяна

Резултатите от препоръките на лекарите за промяна са обобщени в Таблица 15.

Таблица 15. Разпределение според препоръки на лекарите за промяна

№	Препоръки за промяна	N	%
1	Лекарят да премине обучение, включително за връзката на ЕД със социалнозначими заболявания	138	59,7
2	Повече време в кабинета	103	44,6
2	И двете страни да са готови за разговора	103	44,6
4	Да познава цялостния алгоритъм на поведение	90	39,0
5	Образование, възпитание, здравната култура на пациентите да се подобри	80	34,6
6	Ясно да се определи мястото, ролята на ОПЛ при решаването на този проблем	75	32,5
7	Информация за пациента за това, че може да получи такъв тип здравна услуга	60	26,0
8	Популяризиране на общоприети валидирани въпросници	57	24,7
9	Условия в практиката (шумоизолация, сестра в пред-кабинет, допълнително пространство, кабинет и др.)	52	22,5
10	Лекарят да бъде по-съпричастен към социалния живот на пациента	43	18,6
11	Целево финансиране	31	13,4
12	Друго	2	0,9

Специалистите по Обща медицина 33,3% (n=24) значимо по-често посочват *потребността от въвеждането и популяризирането на общоприети валидирани въпросници*, спрямо останалите колеги 20,8% (n=33) $p=0,048$.

Мъжете проявяват тенденция да акцентират два пъти повече 22,1% (n=17) върху необходимостта от *„целево финансиране“* спрямо жените 11,7% (n=18), но резултатът не достига статистическа значимост $p=0,051 > 0,05$ (Fisher's Exact Test) и подлежи на допълнително уточняване в последващи проучвания.

Жените от своя страна проявяват тенденция да акцентират върху *необходимостта „и двете страни да са готови за разговора“* в 48,7% (n=75), спрямо мъжете 36,4% (n=28), но $p=0,092 > 0,05$ (Fisher's Exact Test) и подлежи на допълнително уточняване в последващи проучвания.

Два пъти повече 42,2% (n=65) от жените акцентират върху *необходимостта „да се подобрят образованието, възпитанието, здравната култура на пациентите“*, докато само 19,5% (n=15) от мъжете са посочили това като препоръка $p=0,001$ (Fisher's Exact Test).

Също така, специалистите ОМ препоръчват *„Повече време в кабинета“* в 54,2% (n=39) от отговорите, докато 40,3% (n=64) от специализантите са посочили това като възможна причина $X^2=3,884$; $df=1$; $p=0,049 < 0,05$, но при прецеизирането с (Fisher's Exact Test) $p=0,063$ от което следва, че не се отхвърля нулевата хипотеза и въпросът остава за уточняване в последващи проучвания.

Педиатрите два пъти по-често 47,8% (n=11) препоръчват да се *„даде информация на пациента за това, че може да получи такъв тип здравна услуга“* спрямо останалите 25,0% (n=52) $p=0,026$ (Fisher's Exact Test).

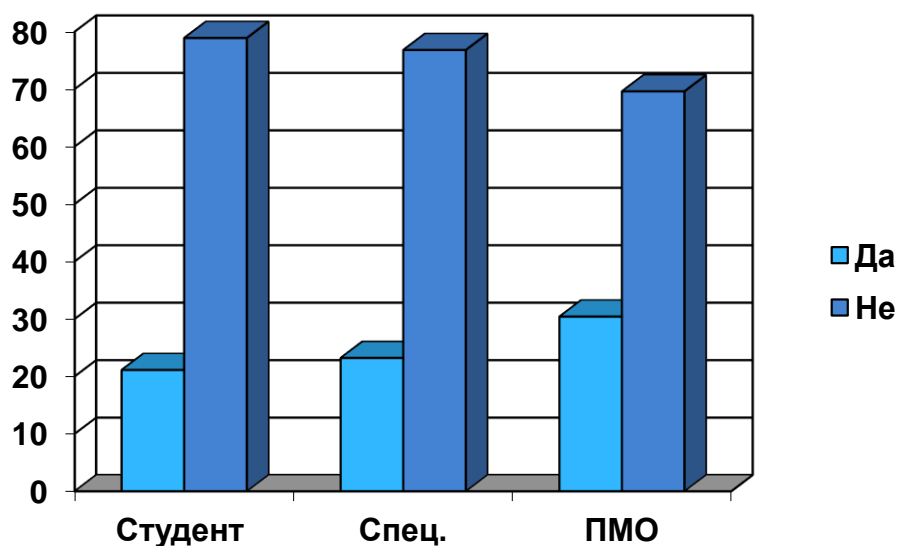
С увеличаване на броя на обученията 0, 1, 2 или повече, се увеличава статистически значимо процента на посочващите важността на *„даването на информация на пациента за това, че може да получи такъв тип здравна услуга“*. Съответно като стойности: 0 обучения 19,1% (n=18); 1 обучение 30,2% (n=32); 2 и повече преминати обучения на различни нива 41,9% (n=13) $X^2=6,942$; $df=2$; $p=0,031$.

3.2.7 Обучение по проблема ЕД и свързаните с него заболявания. Предпочитани форми.

Преминали обучение по проблема ЕД

Большинството лекари не са преминавали обучение по проблема ЕД и свързаните с него заболявания: 1. Като студенти; 2. Специализанти; 3. ПМО виж Фигура 12.

При изследване влиянието на различните фактори се установи тенденция, работещите в по-малки селища да са преминали по-често обучение на студентско ниво. За прецезиране на резултата по този критерий, отговорите на участниците бяха агрегирани, условно в две групи - по-голямо населено място над 50 000 жители и по-малко населено място под 50 000 жители. Установи се, че колегите с център на практиката в малки населени места 28,8% (n=30) два пъти по-често са преминавали обучение на студентско ниво, спрямо останалите 15,7% (n=20) Fisher's Exact Test; p=0,024.



Фигура 12. Преминавали ли сте обучение свързано с проблема ЕД?

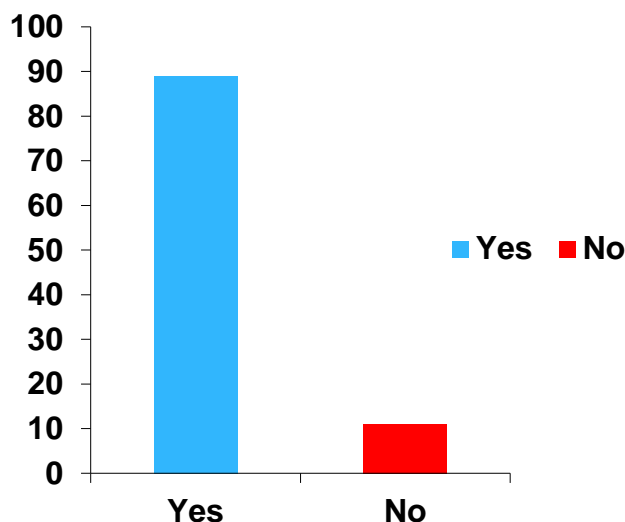
Също така, лекарите със стаж до 20 год. 32,0% (n=24), по-често са преминали обучение на студентско ниво, спрямо тези с повече стаж 16,7% (n=26) p=0,01 (Fisher's Exact Test).

Аналогично на ниво специализация, три пъти по-често младата 22,4% (n=1) и зрялата възраст 27,1% (n=39) са преминавали по-често обучение, спрямо напредналата възраст 7,9% (n=3) $X^2=6,270$; $df=2$; p=0,043.

На ниво ПМО, специалистите по ОМ са преминали по-често обучение 40,3% (n=29), спрямо останалите 24,5% (n=39) p=0,019 (Fisher's Exact Test). Интересен факт е, че при специалистите по ВБ и педиатрия такава тенденция не се наблюдава.

Готовност за обучение по проблема ЕД и свързаните с него заболявания

В отговор на въпроса „Бихте ли участвали в обучение, което подкрепя лекарите да започват разговор активно и да коментират спокойно проблеми свързани със сексуалния живот на пациента и ЕД?“, почти всички (89%) семейни лекари декларираха желание за обучение (Фигура 13).



Фигура 13. Готовност за обучение

Липса на интерес се наблюдава сред колегите с педиатрична насоченост. Те са съгласни да участват в такова обучение в 73,9% (n=17) от случаите, спрямо 91,3% (n=190) от останалите. Съответно от всички лекари, под 1/10 отказват 8,7% (N=18), докато при педиатрите до 1/4 от колегите 26,1% (n=6) не проявяват интерес $p=0,020$.

Също така, основната част от отказалите обучение са от големите градове - над 200 000 жители 13,3% (n=12); между 50 000 и 200 000 жители 13,5% (n=5); между 20 000 и 50 000 жители 21,4% (n=6) докато само един (2,6%) лекар от населено място между 5 000 и 20 000 жители е дал отказ и нито един под 5 000 жители $\chi^2=11,753$; $df=4$; $p=0,019$.

Предпочитани форми за обучение по проблема ЕД и свързаните с него заболявания

На Таблица 16 са представени и класирани предпочитаните от семейните лекари форми на обучение. Видно е, че предпочитани са обученията

за подход и комуникативни техники, разглеждане на клинични случаи и осигуряване на пространство за свободно дискутиране на тези въпроси.

Таблица 16. Предпочитани от семейните лекари форми на обучение

№	Предпочитани форми на обучение	N	%
1.	Подход и комуникативни техники	120	51,7
2.	Да се разглеждат клинични случаи	109	47,0
3.	Пространство за свободно дискутиране на тези въпроси	100	43,1
4.	Неформален разговор, споделяне	65	28,0
5.	Повишаващо мотивацията	54	23,3
6.	Ролеви игри	30	12,9

Статистически значима връзка между възрастовата група и предпочитаният метод на обучение се установи само при предпочитанието: *“Ролеви игри”* с превалиране на зрялата възраст 11,8% (n=17) ОПЛ от цялата извадка и 56,7% от отговорилите положително на този въпрос, и младата възраст 24,5% (n=12) пред напредналата 2,6% (n=1) $X^2=9,699$; $df=2$; $p=0.008<0.001$.

Статистически значима връзка между пол и предпочитан метод на обучение се установи само при отговор: *“Повишаващо мотивацията на лекаря”*. Над два пъти по-често 35,9% (n=28) мъжете, спрямо 16,9% (n=26) жените, споделят потребност от обучение в тази насока $X^2=10,482$; $df=1$; $p=0,001$; при прецеизиране с (Fisher's Exact Test) $p=0,002$. Оказва се, че специалистите по Обща медицина в по-малка степен се нуждаят от мотивация 17,7% (n=22), спрямо останалите 29,6% (n=32). При останалите не се наблюдава статистическа разлика по този показател $p=0,043$.

Статистически значима връзка между придобита специалност ОМ и предпочитан метод на обучение се установи при отговори:

“Ролеви игри” - почти два пъти по-често (19,4%) специалистите ОМ избират този метод, спрямо непреминалите обучение за семейни лекари (10,0%) $X^2=6,942$, $df=1$; ($p=0,047$). При прецеизиране с (Fisher's Exact Test) $p=0,058$.

“Обучение по подход и комуникативни техники” се избира от 65,3% (n=47) от специалистите по ОМ, спрямо 45,6% (n=73) от неспециалистите $p=0,006$ (Fisher's Exact Test). При останалите не се наблюдава статистическа разлика по този показател.

3.3 Резултати тест

3.3.1 Характеристика на изследваната група ОПЛ

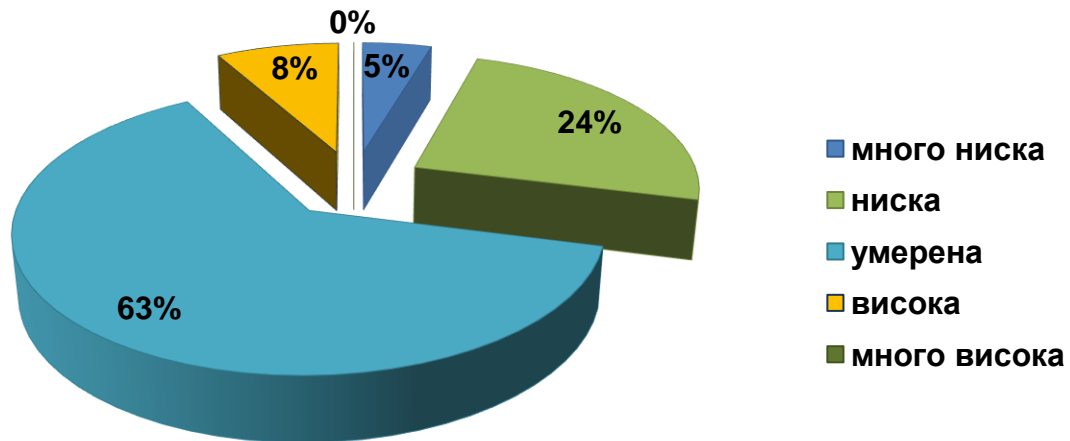
Социо-демографските характеристики на изследваните в етап III ОПЛ и попълнили тест са представени на следващата Таблица 17.

Таблица 17. Разпределение според Социо-демографски характеристики на изследваните в етап III ОПЛ

Средна възраст \pm SD	50,64 \pm 9,011	Среден брой години опит \pm SD	24,42 \pm 9,096
Години	N (%)	Пол	N (%)
\leq 44	45 (22,8%)	Мъже	64 (32,5 %)
45-60	121 (61,4%)	Жени	133 (67,5 %)
>60	31 (15,7%)		
Специалност		Обучение по темата ЕД*	
Обща медицина	65 (33,0%)	Без обучение	79 (40,1%)
Вътрешни болести	33 (16,8%)	Студенти	45 (22,8%)
Педиатрия	20 (10,2%)	Специализанти	48 (24,4%)
Специализанти ОМ	103 (52,3%)	ПМО	58 (29,4%)
С друга придобита специалност	24 (12,2%)	1 ниво	88 (44,7%)
С други допълнителни квалификации	20 (10,2%)	2 или повече нива	30 (15,2%)
Населено място по брой жители		Практика - характеристики	
> 200 000	77 (39,1%)	Среден брой пациенти \pmSD	1682 \pm 855
50 000-200 000	34 (17,3%)	Групова практика	44 (22,3%)
20 000-50 000	25 (12,7%)	Индивидуална	153 (77,7%)
5 000-20 000	33 (16,8%)	Собственик на практика	178 (90,4%)
<5000	28 (14,2%)	Втори (нает) лекар	19 (9,6%)

3.3.2 Тест резултати общи

Лекарите бяха помолени да оценят своята увереност за диагностициране на пациенти с ЕД. Видно от Фигура 14 е, че болшинството лекари 172 (87,3%) оценяват увереността си като ниска и умерена. Интересен факт е, че максималната оценка много уверен липсва 0 (0,0%).



Фигура 14. Увереност за диагностициране на пациенти с ЕД

Само един (1,6%) от лекарите мъже е посочил много ниска увереност срещу 8 (6,0%) от жените. В продължение на тази тенденция три пъти по-често жените отговарят с „ниска“ увереност 41 (30,8%) спрямо мъжете 7 (10,9%). В отговорилите „умерена“, има известно изравняване и при „висока“ увереност над 4-рикратно преваляване на мъжете 11 (17,2%), спрямо отговорилите жени 5 (3,8%) $X^2=19,301$; $df=3$; $p<0,001$.

Тези данни категорично показват, че мъжете лекари декларират значително по-голяма увереност да диагностицират ЕД при своите пациенти. Резултатите бяха допълнително проверени с въвеждане на коефициент за увереност със стойности от 1 „много ниска“ до 5 „много висока“ увереност. С помощта на One и Two-Sample Kolmogorov-Smirnov $p=0,012$ се отхвърли хипотезата за нормално разпределение на стойностите и използвахме непараметричният метод Wilcoxon Signed Rangs Test, който категорично потвърди разлика в увереността между половете $Z=-4,248$; $p<0,001$.

Отговорите на този въпрос бяха групирани за целите на по-голяма яснота и статистическата обработка както следва:

Много ниска и ниска в	1. Ниска
Умерена в	2. Умерена
Висока и много висока във	3. Висока

Отново се потвърди резултат за три пъти по-висок процент на жените с „ниска“ увереност 49 (36,8%) спрямо мъжете 8 (12,5%) $X^2=19,259$; $df =2$; $p<0,001$.

Установи се, че специалистите по Обща медицина дават по-крайни отговори, два пъти повече са тези с „ниска“ увереност 26 (40,0%), спрямо тези без специалност 31 (23,5%), но и три пъти повече са специалистите ОМ дали отговор „висока“ увереност 9 (13,8%), спрямо неспециалистите 7 (5,3%) $X^2=12,364$; $df =2$; $p=0,002$. Съответно специализантите по Обща медицина дават 1,5 пъти по-често средна оценка за собствената си увереност 76 (73,8%) спрямо останалите 48 (51,1%).

Собствениците на практики два пъти по-малко 46 (25,8%) дават „ниска“ оценка, спрямо наетите лекари 11 (57,9%) и съответно почти два пъти повече „умерена“ 117 (65,7%), спрямо 7 (36,8%) и „висока“ 15 (8,4%), спрямо 1 (5,3%) при наетите лекари $X^2=5,583$; $df =2$; $p=0,014$

Не се установи статистически значима разлика в увереността по възрастови групи, специалност вътрешни болести или педиатрия, както и броя преминати обучения $p>0,05$.

При уточняване на терапевтичния опит на колегите в тази област се установи, че едва една трета 70 (35,5%) от лекарите са изписвали PDE5-i в своята практика. Отново са наблюдава явна разлика в опита между половете. Над два пъти по-често жените 101 (75,9%) отговарят, че не са предписвали PDE5-i - спрямо мъжете 26 (40,6%). И съответно при предписвалите PDE5-i. двукратно превалират мъжете 38 (59,4%), спрямо жените 32 (24,1%), $p<0,001$.

Специалистите по Обща медицина имат статистически значимо по-голям опит 30 (46,2%), спрямо колегите без специалност 40 (30,3%) $p=0,039$.

Специалистите по вътрешни болести също имат по-голям опит 15 (54,5%), спрямо колегите без тази специалност 52 (31,7%) $p=0,017$.

Не се установи статистически значима разлика по отношение на опита с PDE5-i. по възрастови групи, специалност Педиатрия, специализант Обща медицина, собственик на практиката, групова или индивидуална практика, както и броя преминати обучения $p>0,05$.

Изследва се къде в „градацията на ценностите“ лекарите поставят проблема ЕД. Видно от Таблица 18 е, че категорично на първо място лекарите свързват ЕД с качеството на живот (над 1/2), последвано от изискванията на

пациента, инвалидизиращите състояния и висока смъртност с около 1/3 от отговорите. Под 1/5 свързват проблема с налични стандарти и ръководства.

Таблица 18. Разпределение според място на ЕД в градацията на приоритетие на семейните лекари

№	С какво свързвате проблема ЕД?	N	%
1	Теми свързани с качеството на живот	107	54,3
2	Проблеми свързани с изисквания на пациента	73	37,1
3	Инвалидизиращи състояния	72	36,5
4	Проблеми свързани с висока болестност и смъртност	67	34,0
5	Проблеми, за които има разработени стандарти за оказване на помощ и ръководства	36	18,3
6	Проблеми свързани с лично Ваши области на интереси в медицината	14	7,1
7	Други	5	2,5

От тях 163 (82,7%) разпознават ЕД от съдов произход като предиктор на ССЗ (анкетата е проведена преди включването на ЕД като рисков фактор за ССЗ в международният консенсус в края на 2016 г. бел. авт.). Не се установи статистически значима разлика по пол, възрастови групи, специалност ОМ, ВБ, Педиатрия, специализант Обща медицина, собственик на практиката, групова или индивидуална практика, както и броя преминати обучения $p > 0.05$.

Установи се, че само 22 (11,2%) от всички лекари, ползват валидирани въпросници за оценка на ЕД и свързаните с нея заболявания в практиката си.

Таблица 19. Разпределение по честота на използваните от лекарите въпросници

№	Използване на въпросници	N	%
1	Въпросник за установяване на депресия	15	7,6
2	ИЕФ	8	4,1
3	Други	6	3,0
4	IPSS	4	2,0
5	ИЕФ 5+1	2	1,0
6	SHIM	0	0

Видно от таблица 19 е, че употребата на въпросника за установяване на депресия е най-познат и се използва почти 2 пъти повече от IIEF, но поради малката употреба на въпросници от този вид, в ОМП разликата не е статистически значима $p > 0,05$. Прави впечатление и много ниската употреба на IPSS – 4 (2,0%) от лекарите.

До тук уточнихме увереността на лекарите, какъв е опитът им с PDE5-i, къде се позиционира в тяхното съзнание проблема ЕД и с какво го свързват. Фокусирано изследвахме перцепцията им за връзката ЕД – ССЗ. Уточнихме какви въпросници използват за верифициране на ЕД и свързаните с нея заболявания.

При следващия етап изследвах при кои случаи лекарите биха задали активно въпрос за наличие на ЕД и колко често. На възможните отговори „винаги“, „почти винаги“, „в половината случаи“, „рядко“, „никога“, бяха придадени теглови стойности от 1 за „никога“ до 5 за „винаги“ и за всяко заболяване/състояние изчислих коефициент отразяващ средната стойност. На Таблица 20 са представени изследваните 16 заболявания/състояния.

Таблица 20. Класиране по честота на състоянията, при които лекарите активно поставят въпроса за наличие на ЕД

№	Място	Заболяване/състояние	Коеф.	Медиана
1	1-2	Диабет	3,54	4
2	1-2	Млад мъж с депресия	3,48	4
3	3	След хирургична интервенция на простата/ малък таз	3,29	4
4	4-6	Метаболитен синдром	3,04	3
5	4-7	ДПХ	2,91	3
6	4-8	ИБС	2,86	3
7	5-8	Заболявания/травми на гръбначен стълб	2,86	3
8	5-8	Обезитет	2,82	3
9	9-12	Сънна апнея	2,56	2
10	9-12	МСБ	2,53	2
11	9-15	ХАНК	2,39	2
12	9-15	Заболявания на хипофизата	2,35	2
13	11-15	Млад мъж хипертоник без оплаквания	2,33	2
14	11-15	Дислипидемия	2,27	2
15	11-15	Патология на щитовидната жлеза	2,22	2
16	16	ХОББ	2,05	2

При всички 16 изследвани състояния с помощта на One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test установихме, че данните не следват нормалното разпределение. Следователно за установяване на статистическата значимост на градацията, използвахме медиана и непараметричен метод Wilcoxon Signed Rangs Test.

Видно е, че първо/второ място си делят пациент със захарен диабет и млад мъж с депресия, като разликата между двете е статистически незначима. Следват ги на трето място пациенти след хирургична интервенция на простата/ малък таз.

Установи се, че лекарите работещи в индивидуални практики винаги питат пациентите с диабет за наличието на ЕД два пъти по-често 57 (37,3%), спрямо груповите практики 8 (18,2%). $X^2=14,760$; $df=4$; $p<0,005$.

Не се установи статистически значима разлика по пол, възрастови групи, специалност ОМ, ВБ, Педиатрия, специализант Обща медицина, собственик на практиката, групова или индивидуална практика, както и броя преминали обучения $p>0.05$, по отношение на случаите, при които лекарите биха задали активно въпрос за наличие на ЕД и колко често при състояния 1-6 и 13 - млад хипертоник по Таблица 20.

Резултатите кога лекарите **винаги** питат техните пациенти за присъствие на ЕД имат подобна подредба: най-чести са пациентите с диабет 33,0% „винаги питат“, следвани от млад мъж с депресия 26,9% и след оперативна намеса на простата/малък таз 29,4%. Последните 3 състояния по този критерий са дислипидемия 10,2%, патология на ЩЖ 6,1% и ХОББ 4,6%.

Само 19,3% от всички участници винаги биха попитали пациент с КБС за присъствие на ЕД, млад мъж с хипертония без никакви оплаквания 23,4% и пациент с ДПХ 19,8%.

Важно е да се отбележи, че пациентите с ИБС биват питани за присъствие на ЕД статистически значимо по-често, в сравнение с пациентите с МСБ $Z=3,444$; $p=0,001$ (Wilcoxon Signed Rang Test) и ПАБ(ХАНК) $Z=3,444$; $p<0,001$.

На следващата Таблица 21 са представени резултати за назначаваните от лекарите изследвания при пациент с ЕД, ранжирани по честота.

Видно е, че специалистите по Обща медицина два пъти по-рядко биха пропуснали да назначат глюкоза в кръвта 9 (13,8%), спрямо неспециалистите 39 (29,5%) $p=0,021$ (Fisher's Exact Test). Тази тенденция не се запазва при специалистите от други специалности като ВБ и Педиатрия.

Специалистите по обща медицина два пъти по-често мислят за проблем на ЩЖ и проверяват функцията и като назначават ТСХ, ФТ4 в кръвта 32 (49,2%), спрямо неспециалистите 39 (29,5%) $p=0,008$ (Fisher's Exact Test). Тази

тенденция не се наблюдава при интернистите, но се продължава при педиатрите 12 (60,0%), спрямо 59 (33,3%) $p=0,026$ (Fisher's Exact Test).

Таблица 21. Разпределение според назначавани от лекарите изследвания при пациент с ЕД

№	Кое изследване бихте назначили	N	%
1	PSA	164	83,2
2	Тестостерон	159	80,7
3	Глюкоза в кръвта	149	75,6
4	Свободен тестостерон	98	49,7
5	Мастен профил	86	43,7
6	ТСХ, ФТ4	71	36,0
7	ПКК	68	34,5
8	ЕКГ в покой	68	34,5
9	Урина	57	28,9
10	Чернодробни ензими	55	27,9
11	Креатинин	48	24,4
12	Пролактин	47	23,9
13	Прогестерон	37	18,8
14	ВЕТ	32	16,2
15	FSH	17	8,6
16	SHBG	13	6,6
17	LH	11	5,6
18	Рентгенография на бял дроб	5	2,5

Таблица 22. Разпределение според специалисти, включени в екипа при пациенти с ЕД.

№	Кой специалист бихте включили в екипа	N	%
1	Сексолог	157	79,7
2	Уролог	138	70,1
3	Обща медицина	121	61,4
4	Психолог	110	55,8
5	Психиатър	100	50,8
6	Ендокринолог	70	35,5
7	Специалист Сексуална медицина	66	33,5
8	Кардиолог	53	26,9
9	Невролог	26	13,2
10	Интернист	22	11,2
11	Акушер-гинеколог	17	8,6
12	Социален работник	7	3,6
13	Други	1	0,5

Проучено беше влиянието на факторите възраст и опит върху назначаването на различните изследвания (група над 60 год. възраст спрямо останалите; до 44 год. възраст спрямо останалите; група с до и над 20 год. опит). Възрастовата група над 60 год. назначава ЕКГ два пъти по-рядко 5 (16,7%), спрямо останалите 63 (38,0%) $p=0,036$ (Fisher's Exact Test). При назначаването на ВЕТ не се наблюдава статистическа разлика между възрастовите групи. Но ВЕТ се назначава статистически значимо по-често от

колегите с опит над 20 год. 26 (20,3%), спрямо тези с по-малък от 20 год. опит 6 (8,8%) $p=0,043$. Също така, назначават по-често и креатинин: над 20 год. 38 (29,7%) спрямо тези с до 20 год. опит 10 (14,7%) $p=0,023$ (Fisher's Exact Test).

Различните специалисти, които имат отношение към проблема ЕД са много и в болшинството си са изброени в следващият въпрос. С него се цели да се установи какво е виждането на българските семейни лекари за мястото на всяка една от изброените специалности за разрешаване на проблема ЕД.

Лекарите бяха помолени да изберат, кой от тестваните 12 специалисти биха включили при изграждането на функционален екип за решаване на проблема ЕД на своите пациенти. Отговорите са обобщени в Таблица 23.

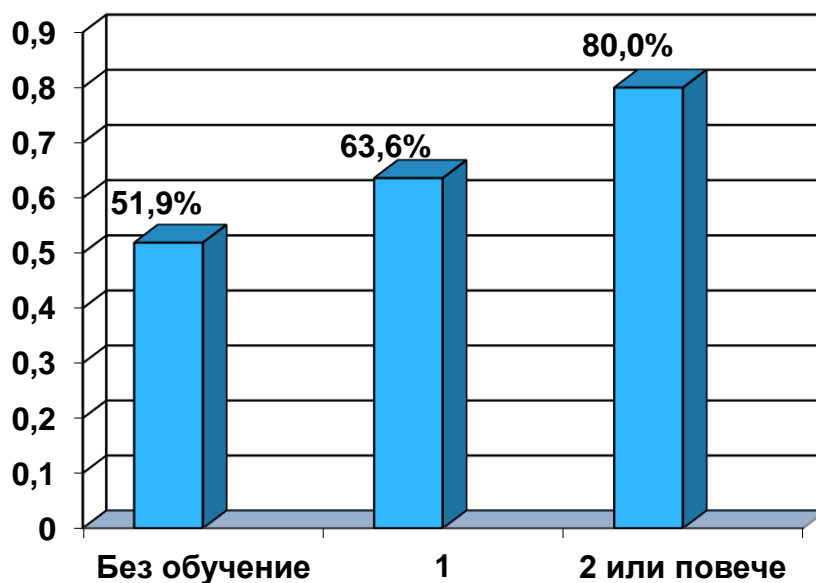
Мъжете два пъти по-често 29,7% ($n=19$) изключват сексолога от екипа спрямо жените 15,8% ($n=21$), $p=0,036$. Жените респективно го поставят на първо място в списъка 112 (84,2%). Жените, също така, са по-склонни да включат психолога в екипа 81 (60,9%), спрямо мъжете 29 (45,3%) $p=0,047$. Докато интернистите, точно обратно, значително по-малко от специалистите ВБ 36,4% ($n=12$), спрямо колегите без тази специалност 59,8% ($n=98$), биха включили психолог в екипа $p=0,020$. Интересно е също така, че колегите, които работят в групови практики статистически значимо повече в 3/4 ти от случаите 72,7% ($n=32$) включват психолог в екипа, спрямо работещите в индивидуални практики 51,0% ($n=78$) $p=0,015$ (Fisher's Exact Test).

Въпреки малкият брой лекари 7 (3,6%), оценили ролята на социалния работник и малкия брой случаи, установява се явна връзка с броя преминати обучения по темата ЕД: без обучение - 0% ($n=0$); 1 обучение – 4,5% ($n=4$); 2 и повече обучения – 10,0% ($n=3$); $X^2=6,801$; $df=2$; $p=0,033$.

Специалистите по Сексуална медицина са новост не само за България, но и за Европа и света, но все пак възрастта (а вероятно и опита на колегите) оказват влияние. Възрастовата група над 60 год. два пъти по-често 54,8% ($n=17$) включват ССМ в екипа, спрямо до 44 год. 33,3% ($n=15$) и 45-59 год. 28,1% ($n=34$) $X^2=6,807,921$; $df=2$; $p=0,019$.

Специалистите по Обща медицина очаквано по-често отбелязват самите себе си като членове на екипа 75,4% ($n=49$), спрямо не биха се включили 24,6% ($n=16$), докато неспециалистите са разпределени приблизително поравно – „да“ 54,5% ($n=72$), спрямо „не“ 45,5% ($n=60$). Съответно специалистите по Обща медицина смятат, че това е тяхна работа статистически значимо повече над 50%, спрямо неспециалистите $p=0,005$ (Fisher's Exact Test). Интересна тенденция се наблюдава в зависимост от броя на преминатите обучения на студентско ниво, специализация или ПМО. С увеличаване на броя на обученията 0, 1, 2 или повече, се увеличава процента на убедените в това, че специалистът по Обща медицина е важна част от диагнозата и лечението на

ЕД. Съответно като стойности: 0 обучения 51,9% (n=41); 1 обучение 63,6% (n=56); 2 и повече преминати обучения на различни нива 80,0% (n=24) $\chi^2=7,575$; $df=2$; $p=0,023$ (Фигура 15).



Фигура 15. Ролята на ОПЛ при решаването на проблема ЕД, в зависимост от броя преминати обучения свързани с проблема ЕД

Не се установяват статистически значими различия по изследваните критерии за ролята на специалистите по Урология, Психиатрия, Ендокринология, Неврология, АГ, в решаването на проблема ЕД.

Не се установяват статистически значими различия по изследваните критерии за ролята на кардиолозите, с изключение на разпределението по възрастови групи. Колегите над 60 год. възраст в по-малка степен 9,7% (n=103) виждат кардиолога като член на екипа, спрямо възрастовите групи 45-59 год. 27,3% (n=33) и до 44 год. възраст 37,8% (n=17) $\chi^2=7,392$; $df=2$; $p=0,025$.

Мъжете два пъти по-често 18,8% (n=12) посочват специалистите по ВБ, спрямо жените 7,5% (n=10) $p=0,028$ (Fisher's Exact Test). Очаквано самите специалисти по ВБ многократно повече посочват ролята си в разрешаването на проблема ЕД и свързаните с него заболявания 33,3% (n=11), спрямо колегите без тази специалност 6,7% (n=11) $p<0,001$ (Fisher's Exact Test).

Познаване на противопоказанията за лечение с PDE5-i.

Следващата Таблица 23 представя резултатите за познаването от страна на семейните лекари на противопоказанията за лечение с PDE5-i.

Таблица 23. Разпределение според пациенти със ССЗ, за които семейните лекари смятат, че PDE5-i са абсолютно противопоказани?

№ по ред	Заболявания / състояния	N	%	№ по честота
1	ИБС – стабилна ангина пекторис	81	41,1	2
2	Лечение с нитрати	80	40,6	4
3	Лечение с бета-блокери	32	16,2	5
4	Понесен миокарден инфаркт, но способен да качи 2 етажа стълби без затруднение	104	52,8	1
5	След осъществена коронарна реваскуларизация	81	41,1	3

ИБС – стабилна ангина пекторис

Този грешен отговор се дава по-често от мъжете 51,6% (n=33), спрямо жените 36,1% (n=48) $p=0,045$ (Fisher's Exact Test). Интересно е, че само 1 (5,3%) нает лекар дава такъв отговор, спрямо 80 (44,9%) от титулярите $p<0,001$. Също така, зрялата 56 (46,3%) и напредналата 15 (48,4%) възраст дават два пъти по-често тази грешка спрямо младата 10 (22,2%) $p=0,013$.

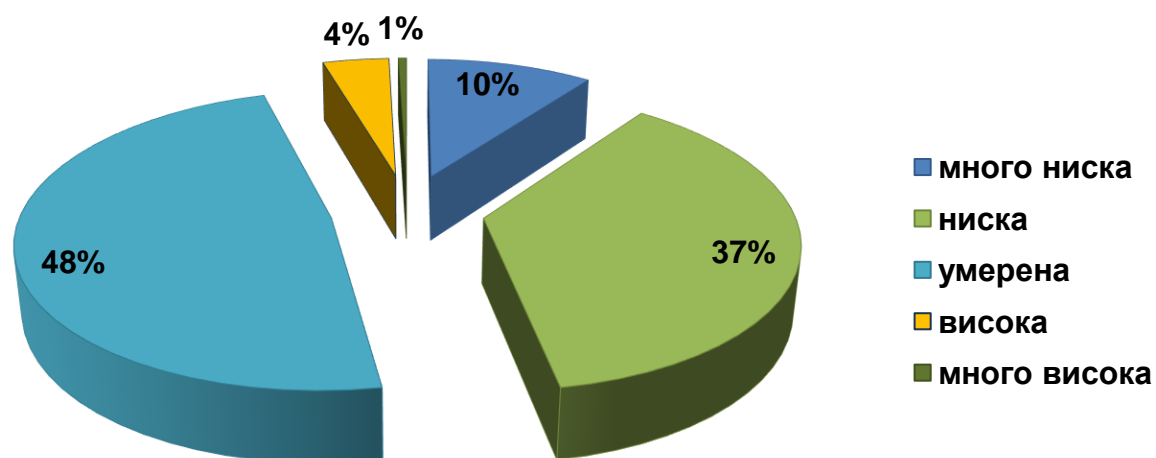
Лечение с нитрати - единственият верен отговор се дава по-често от специалистите по Обща медицина 56,9% (n=37), спрямо останалите 32,6% (n=43). Тази тенденция се запазва при интернистите 60,6% (n=20), спрямо останалите 36,6% (n=60) $p=0,012$ (Fisher's Exact Test). И отново при специализантите се наблюдава обратната тенденция - верният отговор 37,5% (n=30) се посочва по-рядко, спрямо останалите 62,5% (n=50) $p=0,001$.

Отговорът **лечение с бета-блокери** не се влияе статистически значимо от нито един от изследваните фактори.

Понесен миокарден инфаркт, но способен да качи 2 етажа стълби без затруднение се дава като отговор по-често от жените 60,2% (n=80), спрямо мъжете 37,5% (n=24) $p=0,004$ (Fisher's Exact Test). Специализантите по Обща медицина 60,2% (n=62) също по-често дават този отговор, спрямо останалите 44,7% (n=42) $p=0,033$ (Fisher's Exact Test).

Отговорът **след осъществена коронарна реваскуларизация** не се влияе статистически значимо от нито един от изследваните фактори.

В заключение на тази част беше изследвана увереността на лекарите да лекуват пациенти с ЕД (Фигура 16).



Фигура 16. Увереност за лекуване на пациенти с ЕД

Отново болшинството лекари 168 (85,3%) оценяват увереността си като „ниска“ и „умерена“. Интересен факт е, че максималната оценка „много уверен“ е дал само един (1,6%) от мъжете, което представлява 0,5% от всички респондери. Нито една жена не е дала много висока оценка.

Само 2-ма (3,1%) от лекарите мъже са посочили „много ниска“ увереност срещу 18 (13,5%) от жените. Така от респондерите с „много ниска“ увереност 90,0% са жени. В продължение на тази тенденция два пъти по-често жените отговарят с „ниска“ увереност 57 (42,9%), спрямо мъжете 16 (25,0%). В отговорилите „умерена“ има известно изравняване и при „висока“ увереност само 1 (0,8%) жена е отговорила с да, спрямо 7 (10,9%) от мъжете $X^2=23,981$; $df =4$; $p<0,001$.

Тези резултати бяха допълнително проверени с въвеждане на коефициент за увереност със стойности от 1 „много ниска“ до 5 „много висока“ увереност. С помощта на непараметричният метод Wilcoxon Signed Rangs Test, се потвърди разлика в увереността между половете $Z= -4,376$; $p<0,001$.

Само 1 (1,0%) от специалистите по Обща медицина е дал висока оценка на терапевтичните си умения спрямо 8 (8,5%) от останалите $X^2=11,152$; $df =2$; $p=0,004$. Нито един от специалистите не е дал много висока оценка на терапевтичните си умения 0 (0%).

3.4 ОБУЧЕНИЕ - РЕЗУЛТАТИ

3.4.1 Характеристика на изследваната група ОПЛ

Характеристиката на участниците в обучение, попълнили входящ и изходящ тест е представена на следващата Таблица 24.

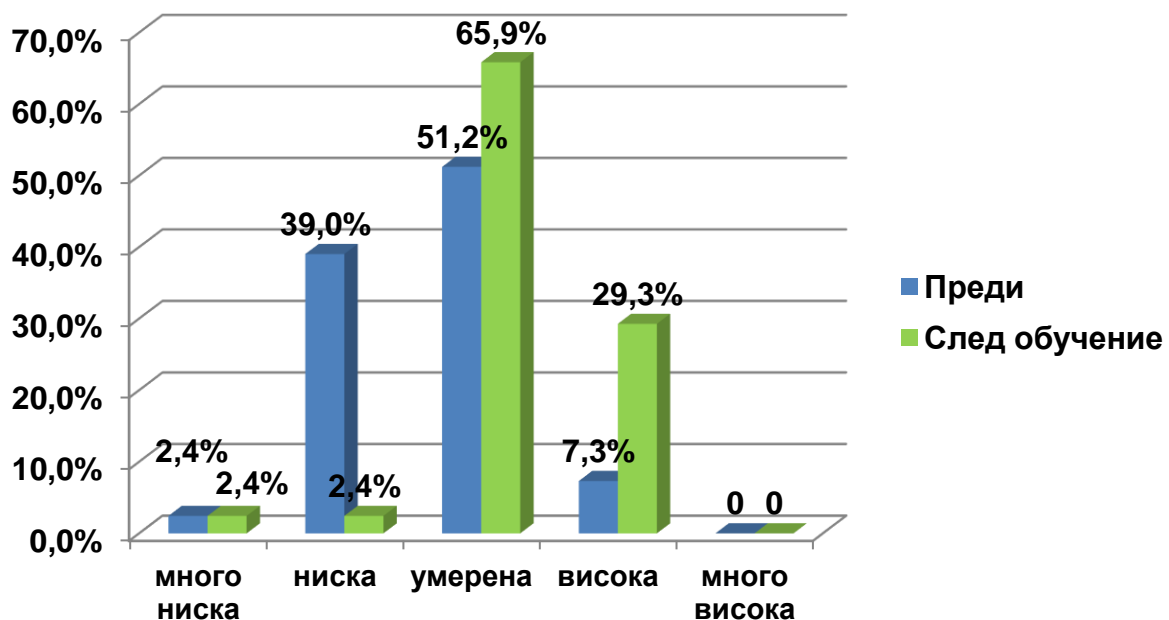
Таблица 24. Характеристика на изследваната група. Етап IV (n=41).

Средна възраст \pm SD	49.63 \pm 12,14	Среден брой години опит \pm SD	22,37 \pm 12,095
Години	N (%)	Пол	N (%)
\leq 44	14 (34,1 %)	Мъже	15 (36,6 %)
45-60	17 (41,5 %)	Жени	26 (63,4 %)
>60	10 (24,4 %)		
Специалност		Обучение по темата ЕД*	
Обща медицина	14 (34,1 %)	Без обучение	17 (41,5 %)
Вътрешни болести	4 (9,8 %)	Студенти	15 (36,6 %)
Педиатрия	5 (12,2 %)	Специализанти	5 (12,2 %)
Специализанти ОМ	21 (51,2 %)	ПМО	8 (19,5 %)
С друга придобита специалност	6 (14,6 %)	1 ниво	20 (48,8 %)
С други допълнителни квалификации	9 (22,0 %)	2 или повече нива	4 (9,8 %)
Населено място по брой жители		Практика - характеристики	
> 200 000	18 (43,9%)	Среден брой пациенти \pmSD	1576 \pm 697
50 000-200 000	6 (14,6 %)	Групова практика	7 (17,1 %)
20 000-50 000	1 (2,4 %)	Индивидуална	34 (82,9 %)
5 000-20 000	7 (17,1 %)	Собственик на практика	34 (82,9 %)
<5000	9 (22,0 %)	Втори (нает) лекар	7 (17,1 %)

3.4.2 Резултати от обучението:

Промяната в отговорите на изследваната група, преди и след обучение, беше оценена чрез сравняване на честотите на отговорите за всеки от въпросите поотделно.

Както е видно от Фигура 17, след провеждане на обучение, се установи съществена промяна в увереността на респондентите да диагностицират пациенти с ЕД.



Фигура 17. Сравнение на увереността на респондентите да диагностицират пациенти с ЕД – резултати преди и след обучение.

Повишаването на увереността на респондентите е статистически значима $Z = -4,217$, $p < 0,001$ (Wilcoxon Signed Ranks Test).

Въпросът предписвали ли сте ФДЕ-5 инхибитори на пациенти във вашата практика, не се коментира преди и след обучението, предвид краткото време между входящия и изходящия тест.

Установи се статистически значимо по-добро осъзнаване на връзката на ЕД със заболявания, свързани с висока болестност и смъртност. Обучението беше достатъчно да предизвика промяна в 31,7% ($n=13$) от обучаваните колеги. Техният дял нарасна повече от два пъти от 24,4% ($n=10$) на 51,2% ($n=21$), надминавайки половината от респондентите $Z = -2,840$, $p = 0,005$ (Wilcoxon Signed Ranks Test) (Фигура 18).



Фигура 18. Връзка на ЕД с други проблеми според ОПЛ- сравнителен анализ преди и след обучение.

Очаквано значимо се увеличи с 29,3% (n=12) броят на колегите, които включват ЕД в групата на проблемите, за които има разработени стандарти за оказване на помощ и ръководства. Техният дял нарасна двойно от 19,5% (n=8) преди обучението на 39,0% (n=16) след това $Z = -2,000$, $p = 0,046$.

Перцепцията за връзката на ЕД с инвалидизиращи състояния също се повишава, но резултатът не е статистически значим $Z = -1,500$, $p = 0,134 > 0,05$. По останалите показатели не се установява статистически значима разлика.

Преди обучението 78,0% (n=32) от лекарите считат ЕД от съдов произход за предиктор на ССЗ. След обучението този процент нараства до 95,1% (n=39) McNemar Test $p = 0,016$.

Едва 4-ма (9,8%) от респондентите използват валидирани въпросници за оценка на ЕД и свързаните с нея заболявания. От тях всички (n=4 (9,8%)) използват въпросник за установяване на депресия и само 1 (2,4%) в добавка използва и IIEF. Нито един от интервюираните лекари не използва IIEF-5; SHIM,

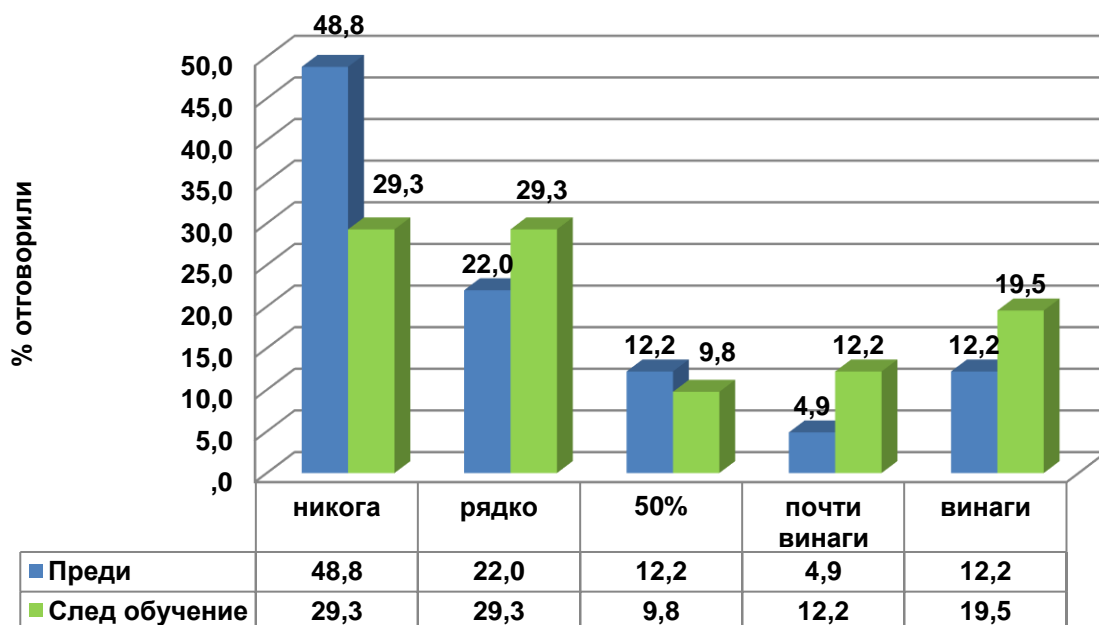
IPSS или други. Времето след обучението е малко за установяване на разлика McNemar Test $p=0.375$.

След обучението 17,1% ($n=7$) от респондентите използват валидирани въпросници за оценка на ЕД и свързаните с нея заболявания. От тях 7,3% ($n=3$) използват IIEF, 14,6% ($n=6$) използват въпросник за установяване на депресия и 1 (2,4%) в използва SHIM. Нито един от интервюираните лекари продължава да не използва IIEF-5 и IPSS.

Перцепцията на лекарите за връзката на ЕД с различни заболявания преди промяната и след провеждане на обучение по тази тема са илюстрирани на Таблица 25. В 14 от 16 случая се наблюдава статистически значима разлика.

Следват серия от диаграми, илюстриращи при представяне на пациента с различни заболявания или състояния, в каква част от случаите, лекарите биха задали въпроса за наличие на ЕД.

При млад мъж хипертоник, без оплаквания, се наблюдава тенденция за повишаване на случаите, при които ОПЛ биха попитали (Фигура 19), но резултатът показва статистическа значимост $p=0,051$ (табл. 34, ред 1). При по-голям брой случаи може да се очаква потвърждаване на тенденцията.



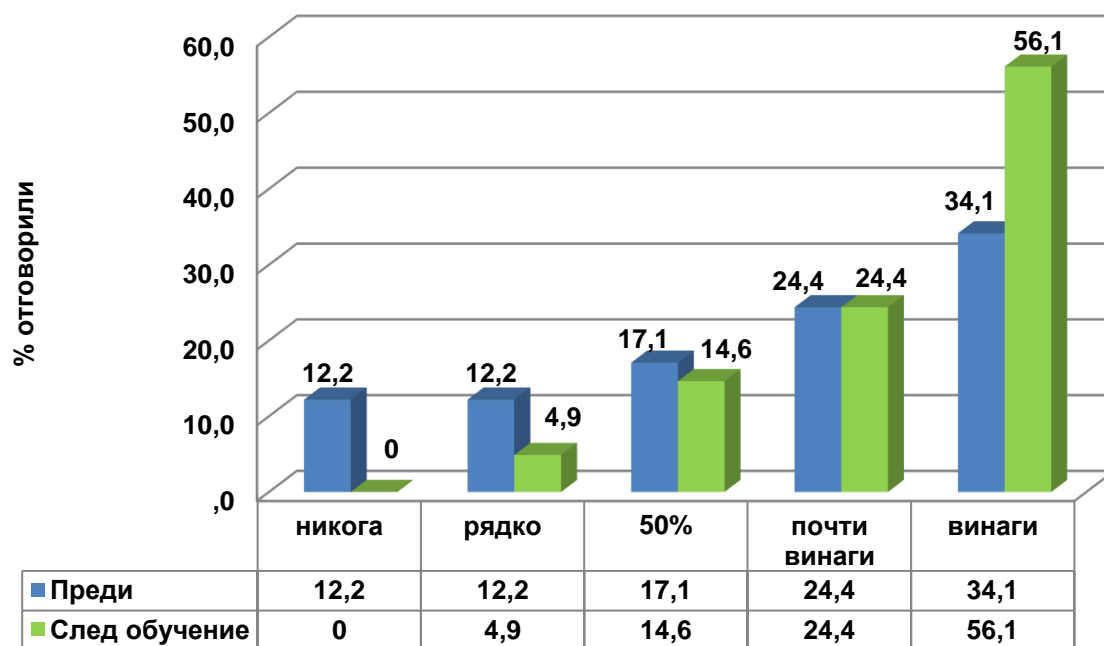
Фигура 19. Млад мъж хипертоник без оплаквания. Сравнителен анализ преди и след обучение.

Аналогичен е резултатът за пациенти с ХОББ (Таблица 25, ред 5). При всички останали се наблюдава статистически значима разлика.

Таблица 25. Заболявания, при които семейните лекари биха търсили активно ЕД. Сравнителна таблица на резултатите преди и след обучение.

№	Заболяване /състояние	Резултати тест преди обучение		Резултати ретест след обучение		Z	P=
		Коеф.1	№ по честота1	Коеф.2	№ по честота2		
1	Млад мъж хипертоник без оплаквания	2,10	16	2,63	16	- 1,953	,051
2	Пациент с диабет	3,56	1	4,32	1	- 4,167	,000
3	Пациент с обезитет	2,56	9	3,73	8	- 4,086	,000
4	Пациент с ИБС	2,88	5	3,83	6	- 4,037	,000
5	Пациент с ХОББ	2,22	14	2,63	15	- 1,794	,073
6	Пациент с метаболитен синдром	2,73	7	4,07	2	- 4,505	,000
7	Пациент със сънна апнея	2,37	11	3,39	12	- 4,177	,000
8	Пациент с МСБ	2,66	8	3,39	11	- 2,299	,022
9	Пациент със заболявания/травми на гръбначен стълб	3,02	4	4,00	4	- 3,788	,000
10	Пациент с ДПХ	2,76	6	3,73	7	- 3,982	,000
11	След хирургия на простата/ малък таз	3,51	2	4,05	3	- 2,361	,018
12	Млад мъж с депресия	3,15	3	3,95	5	- 3,022	,003
13	Пациент с патология на щитовидната жлеза	2,27	12	3,51	9	- 4,449	,000
14	Пациент със заболявания на хипофизата	2,44	10	3,49	10	- 3,314	,001
15	Пациент с ХАНК	2,15	15	2,73	14	- 3,154	,002
16	Пациент с дислипидемия	2,24	13	3,34	13	- 3,659	,000

На следващата Фигура 20 е представен резултатът за случаите с диабет.

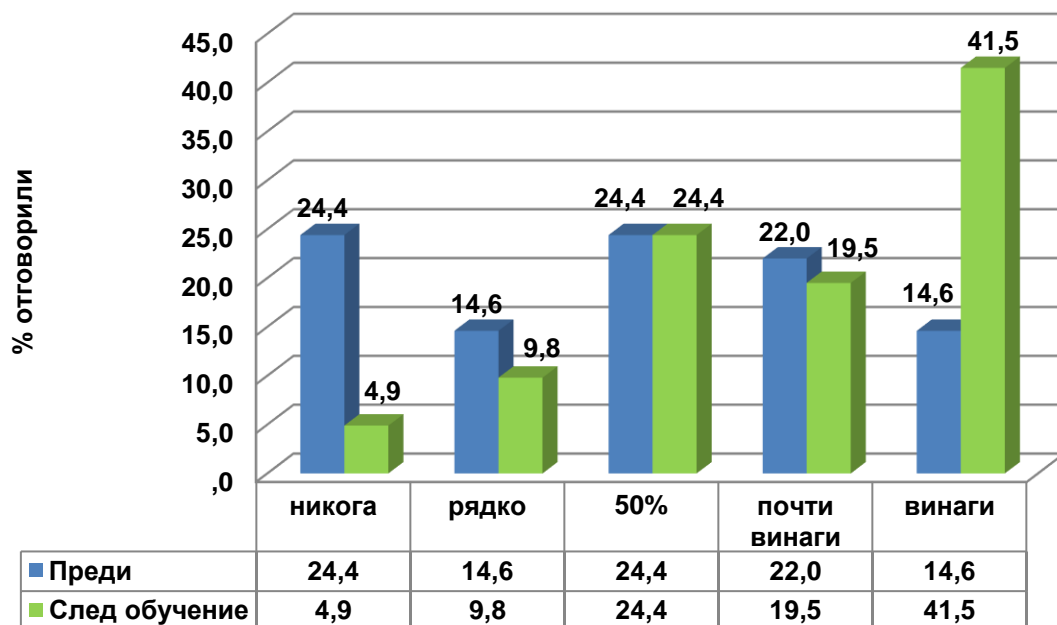


Фигура 20. Диабет. Сравнителен анализ преди и след обучение.

Видно е изместването от „никога“ 12,2% (n=5), „рядко“ 12,2% (n=5) и „50/50“ 17,1% (n=7) преди обучение към „почти винаги“ 24,4% (n=10) и „винаги“ 56,1% (n=23) след обучение. Любопитен факт е, че след провеждане на обучение нито един лекар не е отговорил, че никога няма да попита пациент с диабет за наличие на ЕД. В добавка, винаги биха попитали, над половината респонденти след проведеното обучение. Разликата преди и след обучение е статистически значима $Z = -4,167$, $p < 0,001$ (Wilcoxon Signed Ranks Test).

Сходни са резултатите за случаите с обезитет. Установи се намаляване от „никога“ 36,6% (n=15), „рядко“ 17,1% (n=7) преди обучение към „никога“ 12,2% (n=5) и „рядко“ 4,9% (n=2) след. Респективно нарастване от „50/50“ 14,6% (n=6), „почти винаги“ 17,1% (n=7) и „винаги“ 14,6% (n=6) преди, към „50/50“ 19,5% (n=8), „почти винаги“ 24,4% (n=10) и „винаги“ 39,0% (n=16) след обучение. Разликата преди и след обучение е статистически значима $Z = -4,086$, $p < 0,001$ (Wilcoxon Signed Ranks Test). „Винаги“ или „почти винаги“ биха попитали 63,4% от респондентите след обучение.

Предвид включването на ЕД като РФ за ССЗ, особен интерес представляват резултатите за случаите с ИБС (Фигура 21).



Фигура 21. ИБС. Сравнителен анализ преди и след обучение.

Установи се намаляване от „никога“ 24,4% (n=10) и „рядко“ 14,6% (n=6) преди обучение, към „никога“ 4,9% (n=2) и „рядко“ 9,8% (n=4) след. Отговорилите „50/50“ запазват нивото си от 24,4% (n=10), при „почти винаги“ 22,0% (n=9) към 19,5% (n=8) и съответно нарастване на тези, които винаги биха попитали от „винаги“ 14,6% (n=6) преди към 41,5% (n=17) след обучение. Разликата преди и след обучение е статистически значима $Z = -4,037$, $p < 0,001$ (Wilcoxon Signed Ranks Test). Винаги или почти винаги биха попитали 61,0% от респондентите след обучение.

Сходни са резултатите за случаите с метаболитен синдром. Установи се намаляване от „никога“ 24,4% (n=10), „рядко“ 22,0% (n=9) и „50/50“ 22,0% (n=9) преди обучение, към „никога“ 7,3% (n=3), „рядко“ 4,9% (n=2) и „50/50“ 12,2% (n=5) след. Респективно нарастване от „почти винаги“ 19,5% (n=8) и „винаги“ 12,2% (n=5) преди, към „почти винаги“ 24,4% (n=10) и „винаги“ 51,2% (n=21) след обучение. Разликата преди и след обучение е статистически значима $Z = -4,505$, $p < 0,001$ (Wilcoxon Signed Ranks Test). „Винаги“ или „почти винаги“ биха попитали над 3/4 (75,6%) (n=31) от респондентите след обучение.

Аналогично, при всички останали заболявания се наблюдава статистически значимо подобрене при всички отговори. При случаите със Сънна апнея, пациент със заболявания на щитовидната жлеза, хипофизната жлеза и МСБ „винаги“ или „почти винаги“ биха попитали малко над половината от респондентите след обучение, за дислипидемия малко под 1/2, при ХАНК - 1/3.

При случаите на пациент със заболявания/травми на гръбначен стълб, млад мъж с депресия и пациент с ДПХ „Винаги“ или „почти винаги“ биха попитали около 3/4 от респондентите след обучение.

При случаите на пациент претърпял хирургична интервенция на простата/малък таз се установи намаляване от „никога“ 12,2% (n=5), „рядко“ 17,1% (n=7) и „50/50“ 19,5% (n=8) преди обучение, към „никога“ 9,8% (n=4), „рядко“ 4,9% (n=2) и „50/50“ 7,3% (n=3) след. Респективно нарастване от „почти винаги“ 9,8% (n=4), и „винаги“ 41,5% (n=17) преди, към „почти винаги“ 26,8% (n=11) и „винаги“ 51,2% (n=21) след обучение. Разликата преди и след обучение е статистически значима $Z = -2,361$, $p < 0,001$ (Wilcoxon Signed Ranks Test). „Винаги“ или „почти винаги“ биха попитали 78,0% (n=32) от респондентите след обучение. (Най- висок резултат, бел.авт.).

Резултатите за назначаваните от лекарите необходими изследвания преди и след проведено обучение са видими на Таблица 35. Лекарите от обучаемата група най-често назначават 1. Тестостерон, 2 ПСА, 3. Глюкоза в кръвта. След обучение тази тенденция се променя и първото място се дели от глюкоза в кръвта и тестостерон следвани от ПСА.

Както е видно от Таблица 26, статистически значима разлика в честотата на назначаване на изброените изследвания се наблюдава при случаите: Изследване на кръвна глюкоза; ПСА; Ро графия пулмо; СХБГ. Наблюдават се редица тенденции, без да са статистически значими:

1. Броят на изследващите Т и по-рядко свободен Т, се увеличава.
2. Т и глюкоза в кръвта биха назначили най-висок брой – 92,7% от участниците.
3. Креатинин и чернодробни ензими остават без промяна. Те се назначават в между 20 и 30% от случаите.
4. Изследването на ПКК и урина показват тенденция за намаляване.
5. Изследването на мастен профил, ЕКГ и провеждането на ВЕТ показват тенденция за повишение.
6. Функцията на ЩЖ придобива по-голяма важност и съответно над 56% честота на назначаване.
7. Подобна е тенденцията при Пролактин, ФСХ и Прогестерон, предвид връзката им с ЕД, но абсолютната им стойност като честота е далеч по-малка (12-32%).
8. ЛХ остава без промяна.

Таблица 26. Разпределение според изследвания, които семейните лекари биха назначили при пациент с ЕД. Сравнителен анализ на резултатите преди и след обучение.

№	Лабораторни изследвания	Резултати тест преди обучение			Резултати ретест след обучение			Z	p
		N	% ¹	R1	N2	% ²	R2		
1	ПКК	18	43,9	6	15	36,6	8	-,832	,405
2	Урина	11	26,8	10	10	24,4	12	-,277	,782
3	Мастен профил	20	48,8	4	27	65,9	4	1,941	,052
4	ТСХ, ФТ4	17	41,5	7	23	56,1	5	1,604	,109
5	FSH	2	4,9	15	5	12,2	14	1,342	,180
6	ЛН	2	4,9	16	2	4,9	18	,000	1,000
7	Рентген на бял дроб	1	2,4	17	5	12,2	15	2,000	,046
8	ЕКГ в покой	17	41,5	8	19	46,3	7	-,707	,480
9	ВЕТ	8	19,5	13	11	26,8	11	1,342	,180
10	Глюкоза в кръвта	30	73,2	3	38	92,7	1	2,828	,005
11	PSA	33	80,5	2	37	90,2	3	2,000	,046
12	Тестостерон	36	87,8	1	38	92,7	2	1,414	,157
13	Свободен тестостерон	18	43,9	5	22	53,7	6	1,155	,248
14	SHBG	1	2,4	18	5	12,2	16	2,000	,046
15	Креатинин	9	22,0	11	9	22,0	13	,000	1,000
16	Чернодробни ензими	12	29,3	9	12	29,3	10	,000	1,000
17	Пролактин	8	19,5	12	14	34,1	9	1,604	,109
18	Прогестерон	3	7,3	14	5	12,2	17	-,816	,414

* Z критерий (Wilcoxon Signed Ranks Test), $p < 0,05$

** R1-ранжиране № по ред входящ тест

*** R2-ранжиране № по ред изходящ тест

Познаване на противопоказанията

Познаването на противопоказанията за прилагане на ФДЕ-5 инхибитори преди и след обучение са илюстрирани на следващата Таблица 27.

Таблица 27. Разпределение според ССЗ / състояния, за които семейните лекари смятат, че ФДЕ-5 инхибиторите са абсолютно противопоказани. Сравнителен анализ преди и след обучение.

№	Заболяване / състояние	N	%	N2	%2	Z	p=
1	ИБС – стабилна ангина пекторис	17	41,5	13	31,7	-1,414	,157
2	Лечение с нитрати	18	43,9	21	51,2	-1,000	,317
3	Лечение с бета-блокери	8	19,5	6	14,6	-,816	,414
4	Понесен миокарден инфаркт, но способен да качи 2 етажа стълби без затруднение	27	65,9	17	41,5	-2,500	,012
5	След осъществена коронарна реваскуларизация	18	43,9	22	53,7	-1,069	,285

Съгласно международните и национални ръководства и КХП на продуктите регистрирани в България, единственото абсолютно противопоказание за приложение на ФДЕ-5 инхибиторите е № 2 в Таблица 27 - Лечение с нитрати. Видно от Таблица 27 се наблюдава известно повишаване на този отговор сред респондентите, но резултатът не е статистически значим и процентът на отговорилите правилно на този въпрос е крайно неудовлетворителен, предвид потенциалният риск за пациентите.

Статистически значима разлика се наблюдава само при отговор 4: „Понесен миокарден инфаркт, но способен да качи два етажа стълби без затруднение“. При всички останали отговори, страховете или недостатъчният опит на колегите не са преодолени напълно.

Предпочитания на ОПЛ за консултация със специалист при случай на пациент с ЕД

На Таблица 28 са представени промените в предпочитанията на семейните лекари, по отношение избор на специалист, за консултация при случай на пациент с ЕД. Видно е, че специалистът по Обща медицина запазва първото си място с 90,2% от анкетиранияте. Статистически значимо увеличение на вероятността да бъде включен в екипа, се наблюдава при специалистите по Ендокринология и Психология. След проведеното обучение, според семейните лекари, в най-вероятният екип за разрешаването на диагностичните и

терапевтични въпроси при диагностиката, профилактиката и лечението на пациент с ЕД, с вероятност около и над 50% биха били включени специалисти по: 1.Обща медицина, 2.Сексология, 3.Урология, 4.Психология, 5.Психиатрия, 6.Ендокринология и 7.Кардиология, като Психиатрията отстъпва по-предните позиции на Урологията и Психологията спрямо резултатите преди теста.

Таблица 28. Предпочитани специалисти за консултация при случай на пациент с ЕД. Сравнителна таблица преди и след обучение

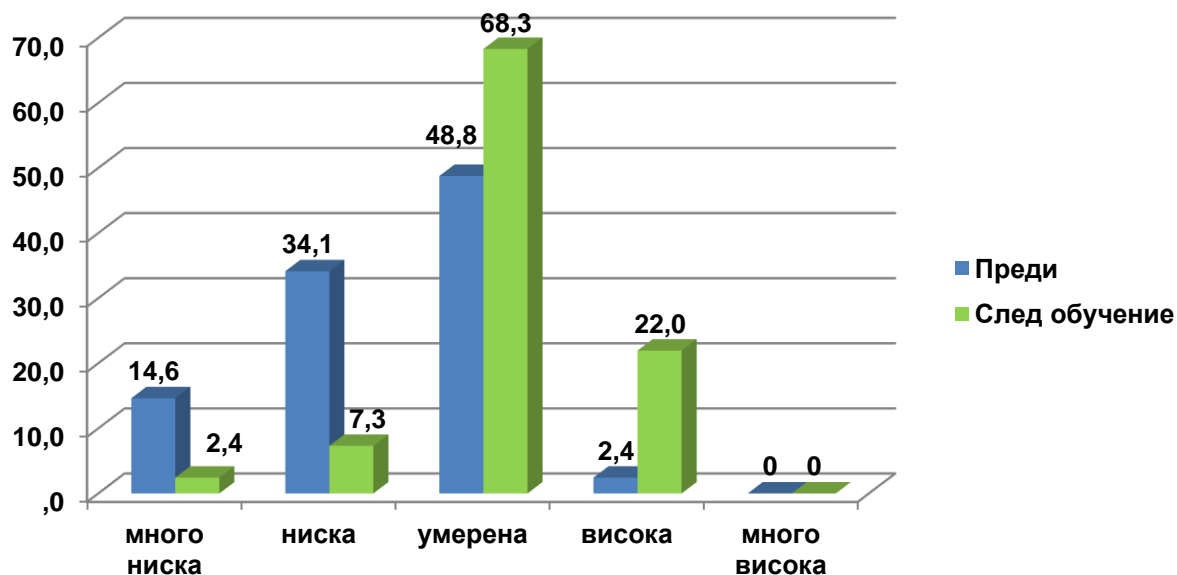
№	Специалност	Тест			Ретест			Z	p
		N1	%1	№1	N2	%2	№2		
1	Обща медицина	34	82,9	1	37	90,2	1	-1,732	,083
5	Уролог	27	65,9	4	32	78	3	-1,667	,096
9	Сексолог	33	80,5	2	32	78	2	-,447	,655
10	Психолог	24	58,5	5	31	75,6	4	-2,111	,035
8	Психиатър	28	68,3	3	29	70,7	5	-,378	,705
4	Ендокринолог	18	43,9	6	26	63,4	6	-2,309	,021
3	Кардиолог	16	39,0	7	20	48,8	7	-1,155	,248
12	Сексуална медицина	16	39	8	16	39	8	,000	1,000
7	Невролог	6	14,6	9	9	29	9	-1,342	,180
2	Интернист	3	7,30	11	3	7,30	10	,000	1,000
6	Акушер-гинеколог	4	9,8	10	1	2,4	11	-1,342	,180
11	Социален работник	2	4,9	12	1	2,4	12	-1,000	,317
13	Други	0	0	13	0	0	13	,000	1,000

* R1-ранжиране № по честота входящ тест

** R2-ранжиране № по честота изходящ тест

Увереност на ОПЛ да лекуват пациенти с ЕД

Както е видно на Фигура 22 след провеждане на обучение, се установи, също така, и съществена промяна в увереността на семейните лекари да лекуват пациенти с ЕД.



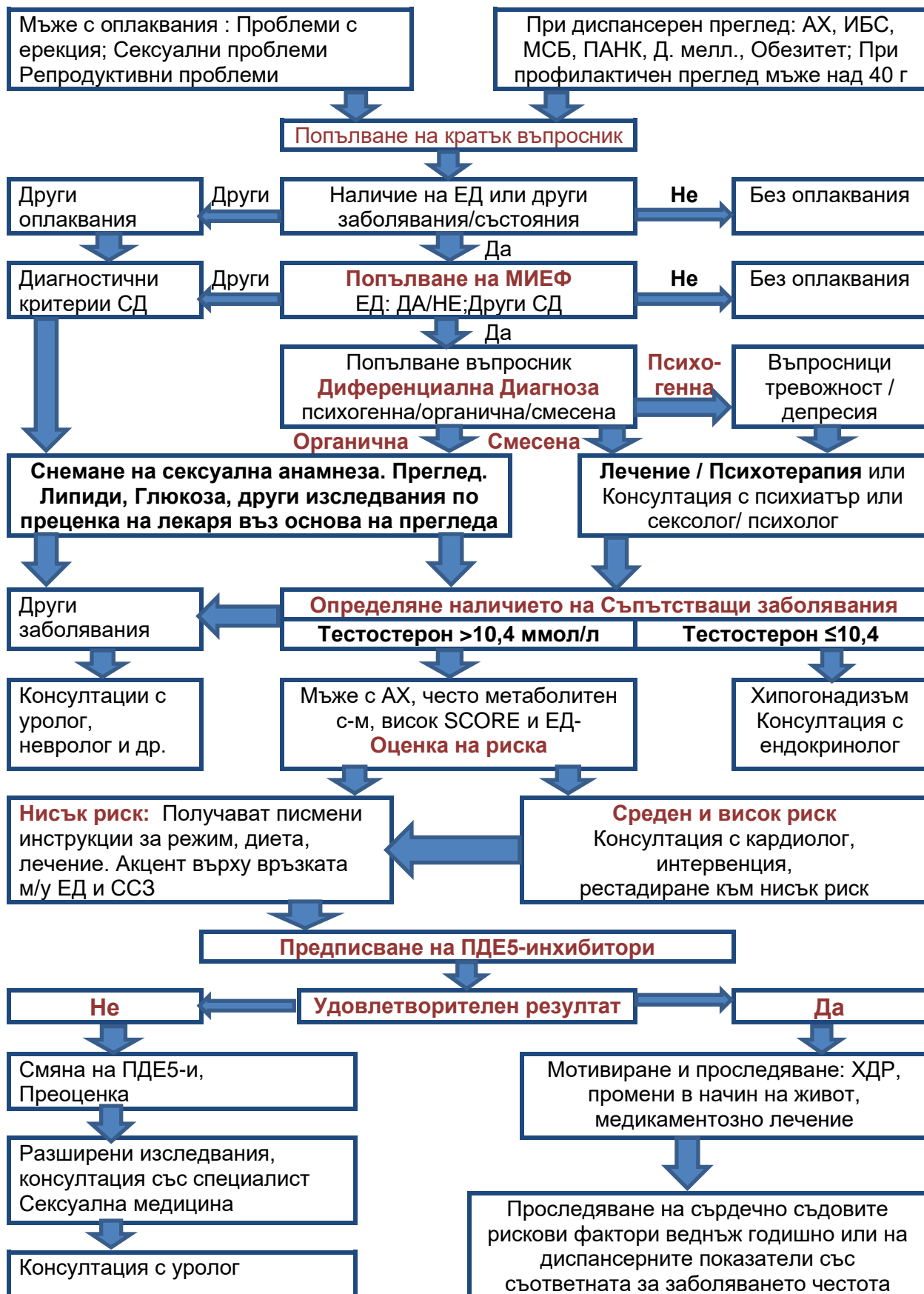
Фигура 22. Увереност на ОПЛ да лекуват пациенти с ЕД. Сравнителен анализ преди и след обучение

При 58,5% (n=24) се установява повишаване на увереността, като при нито един не се установява намаляване. Като е явно изместването от „ниска“ увереност 34,1% (n=14) и „умерена“ 48,8% (n=20) и при едва 2,4% (n=1) „висока“ в началото, към „умерена“ 68,3% (n=28) и „висока“ 22,0% (n=9) и само 2,4% (n=1) „ниска“ увереност след обучението. Много висока оценка не си дава никой от семейните лекари.

Повишаването на увереността на респондентите е статистически значима $Z=4,611$, $p<0,001$ (Wilcoxon Signed Ranks Test).

3.5 Алгоритъм за поведение в общата медицинска практиката в България:

Въз основа на литературния обзор, съобразявайки се с българските и международните ръководства и резултатите от проведените изследвания, може да се предложи следния алгоритъм за поведение при пациент с ЕД в специфичните условия на ОМП (виж Фигура 23):



Фигура 23

4 Дискусия

Обща част

Демографски характеристики

Изследваната група обхваща над 5% от всички ОПЛ в Република България. Според НСИ, справка за 2016 год. общият брой ОПЛ в Република България е 4407, съответно 5% от тях са 221 лекари. Видимо е, че преобладават жените в съотношение 2:1 спрямо мъжете, което съответства на реалното съотношение и на резултатите от други проучвания.

Видно е, че жените семейни лекари превалят значително над мъжете. Това кореспондира със ситуацията в страната. В България почти всички семейни лекари са предишните участъкови лекари. Тази професия преди 2000 год. е била доминирана от женския пол и тенденцията се запазва и до днес. В някои държави като Англия преобладават мъже лекари. При други, като Португалия, преобладават жени лекари.

Лекарите са равномерно разпределени по отношение размер на населеното място, център на практиката им, (голям/малък град, малки населени места), което допринася за намаляването на потенциалните изкривявания и по-точна и по-пълна характеристика на семейните лекари и техните нагласи, вярвания, познания.

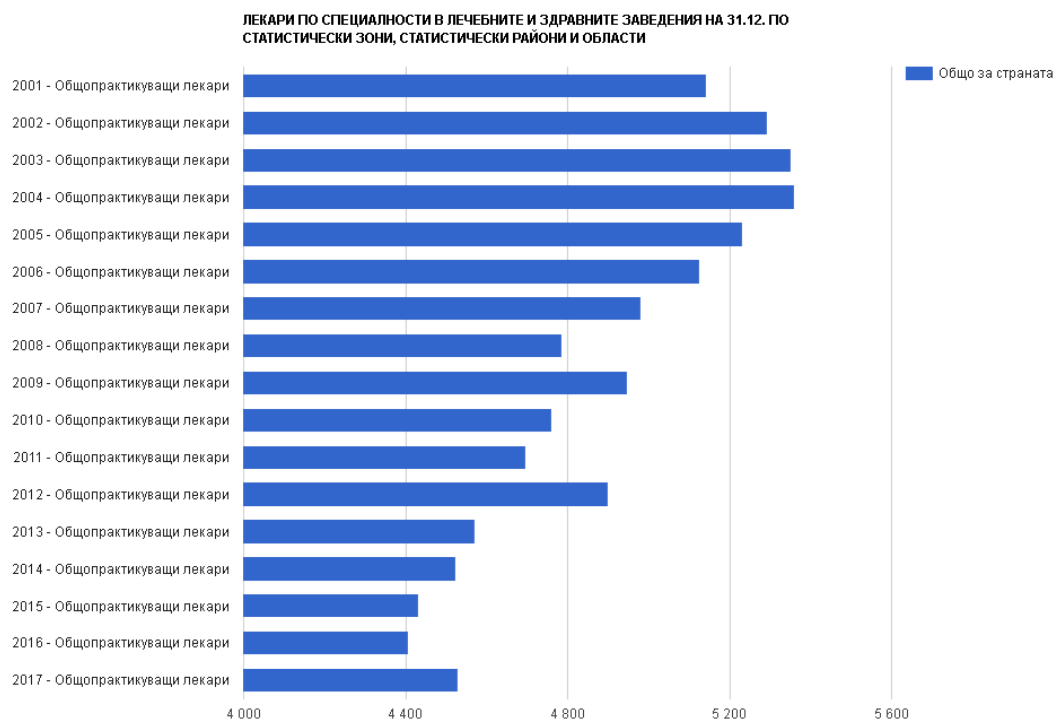
Средната възраст на участниците в проучването е над 50 год., професионалният им стаж около 25 год. и ниският процент колеги (21,2%) под 45 год. възраст, отразяват тенденцията за недостатъчна привлекателност на ОМП при сегашните условия, застаряване на съсловието и относително малкия брой лекари в млада възраст (потвърждава установеното в предишни проучвания), което може да се обясни с липса на интерес, недостатъчно стимули и висока емиграция. Прави впечатление три пъти по-големият брой лекари във възрастовата група 45-59 год. спрямо младата и напредналата. В добавка, това очертава неблагоприятна демографска тенденция (Фигура 24).

Предвид всичко това, необходима е държавна политика за привличане и стимулиране на млади лекари в специалността Обща медицина.

Квалификация

Прави впечатление ниският брой колеги с придобита специалност ОМ, което отразява ситуацията в страната към онзи момент. Към края на 2014 год. 41% от лекарите работещи в ОМП са придобили поне една специалност, даваща им право да практикуват, след изтичането на гратисния период (Обща медицина, ВБ, Педиатрия, Спешна медицина). Към 12.2018 год. този дял е значително увеличен от новозавършилите специализанти – вече специалисти

ОМ до 3076 (67,9%) лекари от общо 4531 ОПЛ, регистрирани в края на 2017. Видимо е, че Вътрешни болести, Педиатрия или друга специалност имат почти 2/5 (39%) от ОПЛ. В добавка около 1/10 имат други допълнителни квалификации.



Фигура 24. Брой на семейните лекари в Република България по години

Особености на практиката

Очаквано преобладават над 91% собствениците на практики. Съотношението между работещите в индивидуални към групови практики е 4:1. Съотношението между лечебните заведения индивидуални практики спрямо ЛЗ групови практики е още по-голямо, тъй като в една груповата практика работят от 2-ма до 28 колеги. Прави впечатление относително големия брой лекари (почти 30%), които работят без сестри.

Отношение към проблема ЕД

Почти 3/4 от респондентите посочват, че ЕД е основен повод за консултация в под 2% от случаите. Почти толкова констатира че пациентът по-скоро не може спокойно да сподели проблемите си свързани с ЕД. Тези резултати не се влияят от характеристиките на лекарите. Пациентът пръв поставя въпроса за ЕД в 3/4 от случаите, като едва под 1% от лекарите съобщават, че почти винаги те първи започват разговор по темата. Установи се, че 2/3 от лекарите коментират темата, само ако пациентът даде заявка. Това ни насочва към хипотезата, че ниският процент на консултациите и

нежеланието за стартиране на разговор по тази тема е обусловен от общи за обществото фактори.

Въпреки, че пациентът поставя въпроса за ЕД, 4/5 от семейните лекари смятат, че този проблем е труден за споделяне и труден за започване на разговор по темата от лекаря.

Изследваните ОПЛ посочват категорично в над 90%, че свободният достъп до семейния лекар, установените взаимоотношения и дългосрочна връзка лекар-пациент, и грижата за цялото семейство, помагат както на пациента да коментира проблема ЕД с лекаря си, така и на лекаря да коментира проблема ЕД на своя пациент. Важно е да се подчертае, че нито един (0) не изразява мнение, че гореизброените особености на ОМП пречат на лекаря и пациента. Следователно характерните черти на ОМП подпомагат разговора на тема ЕД и за двете страни.

Градация на приоритетите на семейните лекари в хода на консултацията.

Вижда се, че първите две места са идентични в България и в САЩ. Очаквано, проблемите свързани с висока болестност и смъртност и инвалидизиращите състояния заемат първите две места. Но при нас изискванията на пациента са поставени наравно (дори с лека статистически незначима преднина) със заболяванията, за които има ясни стандарти за оказване на помощ и ръководства. Едно възможно обяснение е, че за българския лекар изискванията на пациента са с по-голям приоритет, с изразена конкурентна обстановка сред лекарите (в България на всеки 6 месеца пациентът има право да смени своя семеен лекар). Дискутабилно е и на държавно ниво кое е с превес - медицинските правила или изискванията на пациента. На фона на това, може да бъде очаквано, парадоксално изискванията на пациента да вземат превес над правилата в градацията на приоритетите на семейните лекари.

Друга интересна разлика е, че темите свързани с качеството на живот на пациента, изпреварват личните области на интерес на лекаря в България. Това оформя интересна тенденциозна разлика: В България изискванията и качеството на живот на пациента, доминират над медицинските правила и личните интереси на лекаря. Вероятно двете тенденции са свързани отново с конкурентната среда. Друго потенциално обяснение е, че възможностите на ОПЛ в България да реализират своите интереси в медицината са по-ограничени административно.

Обучение по проблема ЕД и свързаните с него заболявания

Очевидно за проблема ЕД се говори повече през последните години, което би обяснило установената статистически значимо два пъти по-голяма

честота на преминалото обучение на студентско ниво сред по-скоро завършилите лекари със стаж до 20 год. и 3 пъти по-голяма честота на преминалото обучение на ниво специализация при възрастта до 60 год., спрямо възрастовата група след 60 год. Общата медицина е млада специалност и специалистите по ОМ по-често са преминавали обучение на ниво ПМО спрямо останалите. Възможно обяснение, е че специалистите по ОМ имат по-голям интерес или по-големи възможности да участват в ПМО. Интересен факт е, че при специалистите по ВБ и Педиатрия такава тенденция не се наблюдава.

Почти всички семейни лекари декларираха желание за участие в обучение, което подкрепя лекарите да започват разговор активно и да коментират спокойно проблеми, свързани със сексуалния живот на пациента и ЕД. Изключението, което се проявява сред колегите с педиатрична насоченост е обяснимо, предвид факта, че този проблем не се наблюдава сред предпочитаната от тях за работа популация.

Видно е, че от формите за обучение, предпочитани са подход и комуникативни техники, разглеждането на клинични случаи и осигуряването на пространство за свободно дискутиране на тези въпроси. Като в някои случаи предпочитанията са статистически значими: подход и комуникативни техники за специалистите по ОМ; ролевите игри се оценяват в по-голяма степен от младата и зрялата възраст спрямо напредналата, а също така два пъти по-често от специалистите по ОМ, спрямо непреминалите обучение за семейни лекари. Очевидно обучението при специалистите по ОМ и по-младите колеги се е отразило върху предпочитанията на тези по-модерни подходи. Интересно е, че над два пъти по-често, мъжете посочват обучение за повишаване мотивацията на лекаря. Или тяхната мотивация не е достатъчна или като мъже - потенциални пациенти, очакват лекарят първи да започне разговор.

Дискусия Бариери качествено проучване.

Добрите умения за снемане на анамнеза са първа стъпка за поставяне на правилна диагноза на сексуална дисфункция, на ЕД в частност, както и на всяко едно заболяване. Както е известно „Qui bene interrogat bene diagnostic. Qui bene diagnoscit, bene curat“. За съжаление, лекарите също рядко снемат сексуална анамнеза и пропускат шанса за опортюнистична профилактика. Проучванията показват, че на студентско ниво обучението в тази посока не е достатъчно. При нас се взе решение за пилотно проучване, с цел да установи има ли бариери пред лекари и пациенти в България да коментират въпроса за сексуалната функция, дисфункция и ЕД в частност, с оглед да се събере широк спектър от мнения. Също така при установяване на бариери при лекари и пациенти, да се установи максимален брой възможни бариери, потенциално стимулиращи това обсъждане (тази дискусия) фактори, както и мнението им за възможни средства и методи за преодоляването на бариерите. Темпъл-Смит и

съавт. при подобно проучване в Австралия избират за разлика от нас като метод фокус групи от 4-8 ОПЛ, с допълнителни изисквания за опит в снемането на сексуална анамнеза, интерес в областта на сексуалната медицина. Тъй като целяхме да проверим наличието на бариери сред цялата по възможност популация, ние избрахме експерти в областта на ОМ с призната специалност ОМ и/или докторат в областта на ОМ, без да поставяме изискването за интерес в областта на сексуалната медицина.

Нашите резултати извеждат на първо място усещането за недостатъчно обучение за този аспект от здравето и недостатъчно обучение за задаване на лични въпроси в добавка. Това непознаване на материята води според нас и до второто място на negliжирането на проблема. Съответно подчертава необходимостта от обучение в тази насока, като инструмент за преодоляване на тези бариери, което съвпада с препоръките и на други автори. На трета позиция при нас е отказ на пациента, кореспондиращ с описаното защитно поведение, следвани от изместената на четвърта позиция - липса на време. Културалните особености, влиянието на пола и възрастта, са на по-отдалечена позиция в сравнение с други проучвания. Притеснението от присъствие на трета страна в кабинета е посочено от колегите в България като фактор, смущаващ не лекаря, а пациента.

Качественото проучване установи редица бариери, които възпрепятстват търсенето на медицинска помощ за сексуални проблеми, като демографски характеристики на семейния лекар, възприемане на сексуалните проблеми като част от процеса на стареене, срам, притеснение, страх, възприемане на сексуалните проблеми като не толкова сериозни и липсата на познания за наличието на този вид услуги, съвпадат с резултатите от качествено проучване проведено от Готт и съавт. в Обединеното кралство с 23-ма мъже, възрастни пациенти. Други не са посочени от българските колеги като отношение на ОПЛ към сексуалността и възприемане на някои групи, като по-възрастните пациенти като асексуални, което може да се обясни с това, че изследваната от колегите група се състои само от възрастни пациенти. Очевидно през съответните години на изследването не само българските, но и английските пациенти нямат достатъчно желание да дискутират този вид проблеми.

Нашите резултати съвпадат с част от установените бариери в проучване, проведено в 6 държави – САЩ, Франция, Германия, Италия, Испания и Обединеното Кралство (CNSMHI). Пациентите в това проучване най-често възприемат ЕД като нормална част от стареенето, изчакват ЕД да се излекува от само себе си, срамуват се да говорят за това, не смятат, че се случва толкова често, не желаят лекарства за ЕД, считат, че проблемът ЕД не е чак толкова важен, които бариери съответстват на нашите резултати. Други бариери като: смятат, че нищо не може да се направи за разрешаването на този проблем, страхуват се от подлежащ сериозен проблем и не могат да си

позволят консултация и лечение, не са посочени в нашите резултати. Възможно обяснение е различният дизайн на двете проучвания и национални особености и специфични характеристики на здравните системи.

Резултатите ни по отношение бариери като: липса на време, възприятието, че нещата свързани със сексуалността са по-скоро работа на тяснопрофилните специалисти, липса понякога на дискретна, подходяща атмосфера, също потвърждават предишни проучвания в различни държави. Установеното от нас очакване на лекарите, пациентът да започне първи разговор по темата свързана със сексуалното здраве, кореспондира с факта, че нито един от интервюираните пациенти в проучването на Готт и съавт. не е съобщил, че техният семеен лекар е инициирал дискусия на потенциалните сексуални проблеми с тях, дори при поставяне на диагноза свързана със сексуални проблеми. Парадоксално пациентите поставят на първо място семейния си лекар, като професионалистът, от който могат да получат информация и съвет, но в същото време се притесняват да дискутират тези въпроси с него.

Ние установихме, че личностовите характеристики на лекарите също могат да играят роля на бариера или стимулиращ фактор за започване на такава дискусия в България, което подкрепя изводите в предишни проучвания. Това поставя въпроса за ролята на „лекарството лекар“, както умело го формулира Майкъл Балинт, и ефекта на това лекарство върху крайния резултат от консултацията. Подчертава и необходимостта да се проучва и изучава ролята на личностовите характеристики на лекаря и ефекта им върху диагностичния и лечебния резултат. Също така нашите резултати са в подкрепа на наблюдението, че пациентите предпочитат да споделят сексуални проблеми с лекар със сходни демографски характеристики като пол и възраст, което също подкрепя предишни изследвания.

Наблюдаваните множество бариери и при българските пациенти, според нас, обясняват установената в множество проучвания тенденция, болшинството хора със СД и ЕД в частност да не търсят медицинска помощ. Работата по преодоляването на част от тези бариери ще допринесе за подобряване на диагностиката и лечението на тази група състояния, както и на свързаните с тях социалнозначими заболявания.

Бариери. Количествено проучване.

От „Личностовите нагласи“ като най-чести бариери бяха посочени: срам, възпитание и културални фактори, усещането, че тази тема навлиза твърде много в личното му пространство.

От „Здравни нагласи“ като най-чести бариери бяха посочени: Очаква проблемът с ерекцията да се разреши от само себе си, следвани от опити за самолечение и пациентът не възприема ЕД като признак на заболяване .

От „факторите на системата“: липсата на условия, спокойствие и достатъчно време в кабинета, тази тема не се коментира „между другото“ и присъствието на сестрата или друг медицински персонал в кабинета.

Трите най-чести причини от всички фактори играещи ролята на бариери се установиха: „Липсата на условия, спокойствие и достатъчно време в кабинета, тази тема не се коментира „между другото““, следвани от срам и очаква проблемът с ерекцията да се разреши от само себе си.

Партньорът, страхът от загуба на партньора и разпадане на връзката, когато не може да реши сам проблема, създаденото доверие между лекар и пациент и желание за секс, са посочени от лекарите като най-чести фактори, които според тях подтикват пациента да потърси лекарска помощ и съобщи за проблеми с ерекцията.

Трите най-чести бариери за лекарите са: липса на обучение за този аспект от здравето, липса на опит с пациенти с ЕД, липса на време, следвани от отказ на пациента.

Най-честите стимулиращи лекаря фактори са свързани с личната ангажираност на ОПЛ към целия човек и обучението – за връзка на ЕД с други заболявания и с качеството на живот.

Съответно препоръките също са свързани, на първо място, с обучението на лекарите, с разполагане с ресурса време и двете страни да са готови за този разговор.

Въз основа на всичко това можем да обобщим, че се оформят следните групи фактори, играещи роля на **бариери** за пациентите: 1.Личностови нагласи; 2.Здравни нагласи; 3.Фактори от здравната система; 4.Фактори свързани с личността на лекаря. И следните групи, играещи ролята на бариери за лекарите: 1.Липса на обучение; 2.Ограничени ресурси – време, сгради; 3.Фактори, свързани с личността на лекаря – възраст, пол, опит - професионален и личен, включително личният сексуален опит на лекаря; 4. Обществени нагласи към сексуалните проблеми; 5.Недостатъчно познаване значението, важността на ЕД в частност; 6.Пациентът. Както близката професионална връзка между лекаря и пациента, така и липсата на такава, може да играят роля на бариера за пациента. Ниската здравна култура на ниво пациент, недостатъчно обучение на лекаря и на ниво обществото като цяло, играят ролята на бариера. Повишаване на познанието във всичките му форми играе ролята на стимулиращ фактор и поради това се явява най-честата препоръка за промяна.

Стимулиращите фактори

„Партньорът“, „страх от загуба на партньора и разпадане на връзката, когато не може да реши сам проблема“, „сздаденото доверие между лекар и пациент“ и „желание за секс“ са посочени от лекарите като най-

чести фактори, които подтикват пациента да потърси лекарска помощ и съобщи за проблеми с ерекцията.

Стимулите за пациента са свързани с:

1. **Друг човек** - партньорът му на първо място или са подкрепени от друг важен за пациента човек или авторитет-приятел, семейният му лекар, друг доволен пациент;

2. **Информация** - добра здравна култура и интелигентност, допълнителна информация за важността на проблема.

3. **Ситуация**, при която не може да реши проблема сам, репродуктивни проблеми. Всичко това става на фона на необходимо условие – желание за секс.

Почти половината от стимулиращите фактори за лекаря са свързани с **обучение** на всички нива – студентско, специализация, ПМО и в различни посоки – комуникативни умения, връзка на ЕД с други заболявания, влияние върху качеството на живот. Друга акцентирана тема е **комуникацията и отношението** - на лекаря към пациента, към диагнозата и свързаните с нея неизвестни и към собствената му увереност и познания.

Като резултат, препоръките на колегите за промяна са свързани с: **1.Обучение и образование** „за да може и двете страни да са готови за този разговор“, с акцент върху подобрението на възпитание и здравна култура на пациентите, тренинг на лекарите и организацията на здравната услуга - място на ОПЛ, роля, алгоритъм на поведение, валидирани въпросници; **2.Отношение** - съпричастност към проблемите на пациента, информация за наличността на услугата; **3.Ресурси** – време, условия в практиката и финансиране.

Различни фактори, в различна степен влияят както на пациента, така и на лекаря при решението им да дискутират проблема ЕД. От гледна точка на възможност за интервенция и подобрене можем да ги разделим на:

1. Некоригируеми (*като пол и възраст*) и свързаните с тях особености. Те трябва да се познават, като потенциален риск за изкривяване на преценката на лекаря.

2. Коригируеми - друга част (*като обучение*) подлежат на корекция и са възможна точка за интервенция за постигане на по-точни диагноза и лечение.

От некоригируемите фактори се вижда, че разликите в пола и възрастта между лекаря и пациента играят роля на бариери както за лекаря, така и за пациента. Разликата в пола като бариера се осъзнава по-добре от преминалите обучение и се посочва по-често от младата и зрялата възраст.

Половото различие е значим фактор за жените, които имат различен пол с пациента, докато мъжете видимо по-рядко го описват и осъзнават като бариера, тъй като не се срещат с него. Полът на лекаря оказва влияние на много нива: 1. Перцепцията за разликата в пола като бариера за пациента е над два пъти по-изразена при жените; 2. Мъжете по-често посочват като стимул

желание за секс; 3. Жените - интелигентността и добрата здравна култура и репродуктивните проблеми; 4. Жените акцентират и при препоръките върху необходимостта да се подобрят образованието, възпитанието и здравната култура на пациентите.

Разликата във **възрастта** също е фактор с много измерения: 1. Лекарите до 44 год. възраст 3,5 пъти по-често посочват младата възраст на лекаря като бариера за пациента, спрямо останалите възрастови групи; 2. Страх от загуба на партньора и разпадане на връзката, се посочва като стимул по-често от младите лекари; 3. Лекарите в млада и напреднала възраст, по-често посочват половото различие между лекаря и пациента като бариера за лекаря.

Нито един от анкетираните лекари в напреднала възраст не е дал като отговор: „Сексуалните проблеми на пациентите не са от „важните“ заболявания свързани с „оцеляването““, но не показват статистически значима разлика с младата и зрялата. Необходимо е изследване включващо по-голям брой единици на наблюдение, за да се установи дали тази тенденция ще се потвърди или отхвърли.

Очевидно, значимите разлики в индивидуалните характеристики на лекаря и пациента като пол и възраст, играят ролята на бариера в комуникацията.

Сравнително малка част считат, че темата е табу за пациента, като се установи, че отговор „Табу“ не се влияе - от възрастта на лекарите, техния пол, квалификация, местонахождение на практиката, работна позиция в практиката - статистически значимо, което може да се интерпретира като добър белег за зрялост и развитие на изследваната популация. Или с други думи – табу си остава табу.

Коригируеми фактори: Обучение

Видно е, че около 1/3 от всички лекари не са преминавали никакво обучение по темата ЕД и свързаните с това състояние заболявания. Това важи както за студентско ниво, така и на ниво специализация и следдипломно обучение. На две и повече нива, както би следвало да се очаква, обучение са преминали едва 1 от 7 колеги. Нарастването на познанието по тема ЕД и броя на преминалите обучения показва множество ефекти:

1. Обучението намалява перцепцията за споделянето на проблема ЕД като имиджов риск . Следователно обучението преодолява перцепцията за тази бариера.

2. Също така, преминалите обучение на две и повече нива лекари, са осъзнали в по-голяма степен очакванията на пациента, проблемът с ерекцията да се разреши от само себе си.

3. Обучението води и до по-добро оценяване ролята на възпитанието и културалните фактори и значението на съветите дадени от близки и приятели в разрешаването на проблема ЕД, като може да се каже, че ефектът е „доза

зависим“ от броя на проведените обучения. На възпитанието и културалните фактори отдават по-голяма тежест лекарите от средната възрастова група и лекарите от груповите практики.

4. Обучението е коригируем фактор, влияещ както върху определени бариери, така и върху броя им. Провеждането на обучение по темата ЕД намалява статистически значимо броя на лекарите, които съобщават за ограничаващи фактори, спиращи ги да коментират темата ЕД със своите пациенти.

Също така, намалява и перцепцията им за бариери при пациентите. Въпрос за друг тип проучване е дали това не е израз на процес на контрапленос на собствените страхове на лекаря върху пациентите му. Нашите резултати сочат, че обучението е ключ, който може да увеличи два пъти броя на свободните от бариери лекари. Това предлага и възможно решение за преодоляването на възпиращите лекарите фактори да поставят темата ЕД при разговор със своите пациенти.

5. Съвсем очаквано липса на обучение за този аспект от здравето се посочва по-често като бариера пред лекарите от непреминалите обучение и се преодолява с обучение.

6. Квалификацията на специалистите по Обща медицина им позволява да оценят присъствието на трети човек в кабинета като бариера, което е още една проява на ефектите на обучението, този път за придобиване на специалност.

7. Специализантите по обща медицина по-често отбелязват даването на допълнителна информация за значимостта на проблема като стимулиращ фактор и препоръчват въвеждането на валидирани въпросници. На фона на всичко описано не е изненада, че най-честата препоръка, давана от респондентите, е лекарят да премине обучение, включително за връзката на ЕД със социалнозначими заболявания.

Над 1/3 от лекарите посочват отричане на проблема („не може да имам проблем с ерекцията“) и незнание и ниска здравна култура, (могат ли да се тълкуват като проява на едни и същ тип възприятие), (много близък резултат) и значима част посочват липса на достатъчно информация. Всички данни от „Здравни нагласи“ представляват особен резултат, предвид че всички могат да бъдат включени в групата на коригируемите фактори, върху която можем да окажем въздействие, целейки по-добър здравен резултат.

Стимулиращи лекарите фактори

Ситуации с нежелани лекарствени ефекти се посочва значимо два пъти по-често от младата и зрялата възраст, спрямо представителите на напредналата възраст. Това е възможно да е свързано с по-голямото внимание в тази посока по време на обучението на различни нива през последните

години. Почти 1/3 от лекарите свързват разговор по темата ЕД с възможността да уточнят диагностично пациента си. В добавка ЕД бе призната официално за рисков фактор за ССЗ⁽⁹¹⁾. Това подчертава нарастване на значимостта на проблема ЕД както за диагноза, така и за терапия на социалнозначимите заболявания.

Два пъти по-често наетите лекари посочват необходимостта от повече увереност като стимулиращ фактор. Бихме могли да обясним този резултат с факта, че пациентите са избрали титуляра за свой лекар и наетите лекари носят отговорност пред него. Специалистите по Обща медицина оценят статистически значимо, в по-голяма степен, популяризирането на общоприети валидирани въпросници и ресурса време спрямо специалистите по ОМ.

Педиатрите два пъти по-често препоръчват да се даде информация на пациента за това, че може да получи такъв тип здравна услуга. Тази препоръка нараства и с броя на преминалите обучения, като отново липсата на обучение е бариера, която се преодолява с обучение. Възможно обяснение е това да е относително ново като информация и за техните практики, предвид педиатричната им насоченост.

Препоръки:

Най-препоръчаните от лекарите стъпки, за да може свободно да започват разговор и коментират проблеми свързани със сексуалния живот на пациентите и ЕД са: *„Лекарят да премине обучение, включително за връзката на ЕД със социалнозначими заболявания“*; *„Повече време в кабинета“*; *„И двете страни да са готови за разговор“*; *„Да познава цялостен алгоритъм на поведение“*; *„Образование, възпитание, здравната култура на пациентите да се подобри“*. Видими са няколко акцента – върху образованието и здравната култура на пациента от една страна и обучението на лекарите от друга. Времето играе роля на бариера, когато е недостатъчно и на стимулиращ фактор, когато разполагаме с него. Прави впечатление, че специалистите по Обща медицина двукратно акцентират върху важността на ресурса време и оценят статистически значимо, в по-голяма степен, популяризирането на общоприети валидирани въпросници спрямо специалистите по ОМ.

Нашите резултати потвърждават част от тези на Shabish, Pereleman et al, при изследването на подтикващите фактори и бариери за мъже с ЕД, да потърсят лечение – изследване проведено в 6 държави. Цитираното проучване е сред голяма кохорта пациенти с ЕД, докато нашето изследва възприятията на техните семейни лекари по същият проблем. Нашите резултати потвърждават наличието на изброените бариери, част от които са посочени в различни качествени проучвания на тази тема. В добавка определят каква е честотата и съответно значението на посочените бариери и дават предпоставка за по-добро вземане на решение за ефективна интервенция.

Ограничения:

Тази част от настоящото изследване има и някои ограничения. Ние изследвахме перцепцията на лекарите за техните бариери и стимулиращи фактори. Резултатите ни са базирани на самооценка и дали съвпада с реалното поведение в клинична обстановка, може само да се предполага. Част от нонреспондерите е възможно да имат допълнителни бариери да коментират тази тема, но това е невъзможно да се изследва без тяхно съгласие. По отношение на бариерите и стимулиращите фактори за пациентите, избраният метод и резултатите ни имат различни предимства и недостатъци. Като недостатък може да се посочи, че това е перцепцията на лекарите, а не на самите пациенти. Тази гледна точка е различна, но крие риск от изкривяване. От друга страна, част от пациентите отказват участие в проучванията, вероятно и поради наличие на бариери, като тяхното поведение остава неизвестно и неизследвано при анкети с пряко участие на пациента. Докато при нас семейните лекари наблюдават цялата група, включително и тези, които бариерите са спрели дори да участват в проучванията. Това дава допълнителна гледна точка и според нас би могло да обогати представата ни за този проблем, което беше и довод, да изберем този дизайн.

Тест, резултати

Увереност за диагностициране на пациенти с ЕД

При теста е видно, че почти 90% от лекарите оценяват увереността си за диагностициране на пациенти с ЕД като „ниска“ и „умерена“, като липсва максималната оценка „много уверен“. Увереността на жените е сигнифкантно по-ниска от тази на мъжете, като над 4 пъти мъжете са с по-висока увереност в сравнение с жените. Това е още едно проявление на влиянието на пола на лекаря върху отношението към проблема ЕД и увереността по време на консултация. Също така увереността е сигнификантно по-висока при собствениците на практики спрямо наетите лекари, което може да се обясни с установените дълготрайни взаимоотношения и доверие с пациентите.

Висок процент от лекарите разпознават ЕД от съдов произход като предиктор на ССЗ. За съжаление обаче само 1/9 ползват валидирани въпросници за оценка на ЕД и свързаните с нея заболявания в практиката си. Като най-познат е въпросникът за установяване на депресия и само един от 20 ползва МИЕФ и един от 50 ползва въпросник за оценка на ДПХ (IPSS). Това може да се тълкува по три начина. Или въпросникът не е познат, или не се използва в забързаната ежедневна практика, или лекарите не свързват ДПХ с ЕД и поради това не използват този въпросник. Във всички случаи ниското ниво на употреба на този вид диагностични инструменти е проблем изискващ по-нататъшно уточняване, а разрешаването му създава широко поле за работа и подобряване качеството на диагностичния процес, а от там и удовлетворе-

ността на нашите пациенти.

Терапевтичен опит

В настоящото проучване се установи, че едва 1/3 от лекарите са изписвали ФДЕ-5 инхибитори в своята практика. Отново се наблюдава ефекта на пола – над два пъти по-често мъжете отговарят, че са предписвали ФДЕ-5 инхибитори спрямо жените. Също така статистически значим по-голям опит имат специалистите по ОМ и ВБ.

Градация на ценностите

На първо място лекарите свързват ЕД с качеството на живот (над половината), следвано от изискванията на пациента. Имайки предвид, че проблемите свързани с висока болестност и смъртност и инвалидизиращите състояния са на първо място в градацията на приоритетите на лекарите, то можем да заключим, че проблемът ЕД не е сред най-важните за колегите.

Коморбидност

Установи се, че в съзнанието на лекарите, те биха потърсили ЕД на първо място при пациенти със захарен диабет, депресия, хирургична интервенция на простата / малък таз. Следват ги метаболитният синдром, ДПХ, ИБС и травми на гръбначен стълб. Важно е да се отбележи, че под 1/5 от всички лекари винаги биха питали пациент с ИБС за ЕД. И почти също толкова биха търсили активно ЕД при млад мъж с хипертония без оплаквания и при ДПХ. Тези резултати са значително по-ниски спрямо препоръките. Това ясно показва необходимостта от активни мерки за повишаване на чувствителността на ОПЛ за връзката между ЕД и ССЗ, Диабет и други социално значими заболявания. Още повече вземайки предвид, че ЕД беше призната за рисков маркер за ИБС и има доказателства за коморбидността на ЕД с редица заболявания.

Въпреки, че съдовата система на пациента е една, явно някои болести са фаворизирани за сметка на други. С това може да се обясни факта, че ОПЛ по-често търсят ЕД при пациенти с ИБС, в сравнение с пациенти с МСБ и ПАБ. Друго възможно обяснение е в качеството, акцентите и популярността на европейските и национални ръководства за лечение на тези заболявания.

Назначавани изследвания

Видно е, че на първо място при пациент с ЕД, колегите биха назначили изследване на ПСА, тестостерон, глюкоза в кръвта.

Отново се наблюдава **ефекта от обучението:**

1. *На специалистите по ОМ в частност.* ОПЛ два пъти по-рядко биха пропуснали да назначат изследване на глюкоза в кръвта, спрямо останалите; два пъти по-често мислят за проблем на ЩЖ и проверяват функцията и. Тези тенденции не се установяват при специалистите по ВБ и педиатрия .

2. *На обучението по принцип.* Специализантите по ОМ два пъти по-рядко назначават тези изследвания спрямо лекарите, които имат каквато и да е специалност.

3. Възрастовата група над 60 год., но не и опитът, оказват влияние върху назначаването на ЕКГ. Възрастовата група над 60 год. в началото на професионалния си път е разчитала на „функционален специалист“ за разчитането на ЕКГ. Възможно обяснение на установения резултат два пъти по-малко да назначават ЕКГ е неувереност /по-малко обучение в разчитането му/. Друго възможно обяснение е, че не търсят връзка между ЕД и ССЗ.

4. Колегите с опит над 20 год. два пъти по-често биха назначили ВЕТ и креатинин. Оценяват значението на тези тестове и връзката на ИБС и ХБН с ЕД.

5. Познаване на противопоказанията

През 2011 год. беше изработен и публикуван Българският консенсус за „Препоръки за диагноза и лечение на еректилната дисфункция“. В него, както и в международните ръководства като Принстън консенсус II и III, се препоръчва преди започването на терапия на ЕД да се направи оценка на сърдечно-съдовия риск.

Ролята на обучението се проявява и при отговора на този въпрос. Единственият верен отговор **„лечение с нитрати“** се дава значимо по-често от специалистите по Обща медицина и ВБ, респективно специализантите по-рядко дават верен отговор. Важно е да се отбележи, че предвид потенциалната опасност за живота при съчетание на нитрат с ФДЕ-5 инхибитор, фактът, че само 40,6% от респондентите са отговорили правилно, изисква скорошна интервенция под формата на обучителна стратегия.

До два пъти по-голямата честота на отговора **„ИБС – стабилна ангина пекторис“** би могла да се обясни с проекция на страховете на мъжете, зрялата и напредналата възраст. Също по-голямата отговорност на титулярите. Докато **„понесен миокарден инфаркт, но способен да качи два етажа стълби без затруднение“**, плаши повече жените и отразява недостатъчните познания и увереност на специализантите.

Визия за функционалния екип за решаване на проблема ЕД

Анализирайки първите пет посочени специалности, можем да заключим, че ОПЛ традиционно свързват проблема ЕД по-скоро с психологичните фактори, отколкото със соматичните. Статистически значимо по-често над 3/4 от специалистите по Обща медицина се разпознават, като специалистът, който би могъл да вземе участие в лечението на ЕД. Колегите без специалност са разпределени почти по равно по отношение на мнението си по този въпрос. Закономерно и колегите ВБ посочват по-често себе си, като част от екипа.

Колегите са готови да включат специалиста по сексуална медицина в екипа, въпреки че СМ все още не е разпозната от МЗ като отделна медицинска специалност. В добавка към 01.2019 год. все още специалистите по СМ в България са двама!

Отново е налице влияние на личностовите характеристики на самите лекари респонденти.

Влияние на пола

Жените лекари очевидно се асоциират с психологическата парадигма (психол.) и поставят сексолог на първо място в списъка, докато мъжете се асоциират по-скоро със соматичната парадигма (сомат.) и два пъти по-често са склонни да го пропуснат. Мъжете по-често включват специалист по ВБ (сомат.).

Като продължение на тази закономерност, по-често включват психолог в екипа жените лекари (психол.). Очевидно жените дават приоритет на психологическите фактори. Обратно, специалистите по ВБ (сомат.) по-рядко включват психолог в екипа и бихме могли да хипотезираме, че в по-малка степен оценят ролята на психолога в решаването на проблема ЕД, вероятно придържайки се към соматичната парадигма.

Като цяло, перцепцията на респондентите за соматичните и психиатричните специалности: Урология, Психиатрия, Ендокринология, Неврология, АГ, Кардиология не се влияе от пола.

Влияние на възрастта

Възрастовата група над 60 год. два пъти по-често включва специалист по СМ и 3 до 5 пъти по-рядко отбелязва ролята на кардиолога.

Влияние на обучението

Отново се наблюдава влияние на преминалите обучения на различни нива. Бихме могли да кажем, че „доза зависими от обучението“ са повишаващите се оценки на ролята на семейния лекар и социалния работник.

Лекарите работещи в групови практики също дават приоритет на психолога (психол.). Вероятно това може да се обясни частично с по-големия им опит в работа в екип и възможността да си позволят да наемат психолог в практиката си (или някои от тях да осъществяват психологични интервенции).

Увереност да лекуват

Нашите данни категорично показват, че мъжете лекари декларират значително по-голяма увереност и при лечението на своите пациенти с ЕД спрямо жените лекари. Очаквано увереността и при специализантите е по-ниска. Увереността на респондентите да лекуват не се влияе от възрастови групи, специалност Обща медицина, Вътрешни болести или Педиатрия, титуляр или нает лекар, както и броя преминати обучения.

Изходящ тест след обучение

Нашият респондентен рейтинг (83,67%) за обучаемата група е сравнително висок. Сходен е с респондентен рейтинг на други проучвания, които изследват обучение и ефекта му в Испания (83,33%) и е по-голям спрямо Гърция (62,3%). Ефектът на обучението отново се проявява в множество измерения.

Ефект върху увереността на лекарите.

Значително се увеличава увереността на лекарите да диагностицират и лекуват проблема ЕД. Това се наблюдава както поотделно, така и като общ сбор за оценка на увереността. В това отношение нашите резултати

потвърждават предишни резултати в Испания.

Едва 4-ма от респондентите използват валидирани въпросници за оценка на ЕД и свързаните с нея заболявания. От тях всички използват въпросник за установяване на депресия и само един в добавка използва и IIEF. Нито един от интервюираните лекари не използва IIEF-5; SHIM, IPSS. Въпросникът за СДПП е познат, но вероятно колегите не свързват ЕД със заболявания на простатата или нямат навика да търсят коморбидност между ЕД и ДПХ.

След обучението се наблюдава незадоволително повишаване. Очевидно българските ОПЛ не използват въпросници за диагноза на ЕД, но до колко е вярна диагнозата. На запад също понякога имат предпочитания към свободно интервю при снемане на сексуалната анамнеза, спрямо използването на валидираните въпросници.

ЕД като предиктор на ССЗ

Винаги или почти винаги биха попитали 61,0% от респондентите след обучение. В същото време след провеждането на обучение 95,1 % са убедени, че ЕД е предиктор за ССЗ. Тази разлика от 1/3 от лекарите, които са убедени, но не задават въпроса за наличието на този рисков фактор вероятно са спрени от наличието на различни бариери. Това са отговорите на лекарите спрямо случаите с ИБС. По отношение заболяванията на други съдови басейни (ХАНК и МСБ) не се постига този ефект. След проведеното обучение тенденцията на съдовата система да се гледа фракционирано, а не в нейната цялост, се запазва.

Назначавани от лекарите изследвания

Видно е, че лекарите от обучаемата група най-често назначават 1. Тестостерон, 2 ПСА, 3. Глюкоза в кръвта. При общата група ПСА е на първо място пред Тестостерон, което се обяснява вероятно със следните факти: 1. Връзката на нивата на тестостерона и ЕД и на коморбидността между ЕД и ДПХ. 2. Изследването на ПСА може да се назначава от ОПЛ по здравна каса и се реимбурсира. В добавка, то е задължително изследване за мъже над 50 год. възраст на всеки 2 години, като част от профилактичния преглед в България. Изследването на тестостерон може да се назначава от тяснопрофилен специалист ендокринолог, Аг и др. Семейният лекар може да посъветва пациента да го направи срещу заплащане, което се явява известна финансова бариера за пациента и налага допълнителни обяснения от страна на лекаря.

След обучение гореспоменатата тенденция се променя и първото място се дели от глюкоза в кръвта и тестостерон следвани от ПСА. Вероятно обяснение е, че обучението е подобрило перцепцията на семейните лекари за изразената връзка между глюкозният метаболизъм и наличието на Д. меллитус в частност от една страна, и ЕД от друга страна в 3 насоки: 1. Коморбидност между Д. мелл и ЕД. 2. ДЕД като първа изява и повод за откриване на Д. мелл. 3. Честотата на ДЕД, като усложнение на Д. мелл.

Както е видно от Таблица 26 **статистически значима разлика** в честотата на назначаване на изброените изследвания се наблюдава при следните случаи:

1. Изследване на кръвна глюкоза.
2. ПСА – като възможно обяснение е високият процент на коморбидност ДПХ / ЕД.
3. Ро графия пулмо. Установената връзка ХОББ – ЕД.
4. СХБГ – вероятно като част от общият панел изследване на мъжките полови хормони.

Наблюдават се редица **тенденции**, без да са статистически значими:

1. Броят на изследващите Тестостерон и по-рядко свободен тестостерон се увеличава.
2. Тестостерон и глюкоза в кръвта биха назначили най-висок брой – 92,7 % от участниците.
3. Изследването на мастен профил, ЕКГ и провеждането на ВЕТ показват тенденция за повишение, предвид връзката на ЕД със ССЗ.

Познаване на противопоказанията

Съгласно международните и национални ръководства и КХП на продуктите регистрирани в България единственото абсолютно противопоказание за приложение на ФДЕ-5 инхибиторите е „Лечение с нитрати“. Видно от Таблица 36 се наблюдава известно повишаване на този отговор сред респондентите, но резултатът не е статистически значим и процентът на отговорилите правилно на този въпрос е крайно неудовлетворителен, предвид потенциалният риск за пациентите. Статистически значима разлика се наблюдава само при отговор 4 „Понесен миокарден инфаркт, но способен да качи два етажа стълби без затруднение“. Лечението с бета-блокери не е противопоказание за ЕД. По отношение на отговори 1,4 и 5 пациентът е стабилен и с нисък риск, съгласно оценката на риска по българските и международните ръководства и не се налага преоценка.

Кой да бъде включен в екипа?

В групата с проведено обучение специалистът по Обща медицина е на първо място. Тази позиция се запазва след обучение като се установява тенденция за допълнително увеличаване на броя на ОПЛ, които смятат, че това е тяхна работа до над 9/10. В общата група ОПЛ е на трета позиция предхождан от сексолог и уролог. Обучението дава някои статистически значими резултати по отношение ролята на ендокринолога и психолога, но резултатите от този въпрос отразяват отношение. Отношението по-трудно се поддава на промяна и са необходими по-дълги срокове за осъществяването и. Като цяло се запазва превеса на психологическата парадигма над соматичната в съзнанието на българските ОПЛ.

5 Изводи

1. Семейните лекари разпознават себе си като специалист, който може активно да търси и диагностицира ЕД и свързаните с нея заболявания.
2. Различни фактори играят роля на бариери или стимулиращи фактори за това, пациентите да потърсят помощ и споделят със своя семеен лекар за проблема ЕД. Най-важните посочени бариери са липса на условия, спокойствие и достатъчно време в кабинета, срам, възпитание и културални фактори и очакването пробемът с ерекцията да се разреши сам. Най-честите стимули за пациента да потърси помощ са партньорът и страхът от загубата на партньора, невъзможността да реши сам проблема си и създаденото доверие между лекар и пациент.
3. Лекарите също се влияят от различни фактори, които играят роля на бариери или стимулиращи фактори, да поставят въпроса за наличието на ЕД на своите пациенти и активно да търсят ЕД. Най-голям възпиращ ефект оказват липсата на обучение, опит и време. Съответно личната ангажираност на ОПЛ към „целия“ човек и обучение по темата са най-честите стимулиращи фактори.
4. Редица фактори от страна на здравната система и ограничените ресурси време, финансиране, сграден фонд и други условия в практиката, възпрепятстват лекаря и пациента да коментират проблема ЕД и свързаните заболявания.
5. Семейните лекари традиционно свързват ЕД по-скоро с психологически фактори, отколкото със соматични заболявания.
6. Обучението е ключов променлив фактор за промяна на отношението към ЕД на лекари и пациенти и подобряване на диагнозата на ЕД и свързаните с нея заболявания.
7. Провежданото до момента обучение на лекари на различни нива (студенти, специализанти, ПМО) по темата ЕД и свързаните с ЕД заболявания, обхваща около 1/3 от тях и е недостатъчно.
8. Разработеният и приложен примерен курс подобрява знанията и уменията на ОПЛ по проблема ЕД и връзката му със социалнозначими заболявания.
9. Обучението променя мястото на ЕД в градацията на приоритетите на лекарите и те започват да свързват проблема ЕД със социалнозначими заболявания (артериална хипертония, ИБС и други ССЗ, диабет, депресия), риск от инвалидизация и смърт.
10. Присъщите на Общата медицина подходи (холистичен подход, пациент центриран подход), подпомагат дискусиата на проблема ЕД.

6 ПРЕПОРЪКИ

Препоръки към МЗ и НЗОК

Необходима е целенасочена политика от страна на държавата за подобряване на условията в практиките.

Необходимо е целево финансиране.

Да се изработят и финансират програми за по-добро обучение на лекарите и по-добра здравна култура на пациентите в тази област.

Препоръки към БЛС

Необходими са курсове по програмата за СДО и други форми на обучение на всички нива, за подобряване на знанията и уменията на ОПЛ по проблема ЕД и връзката му със социалнозначими заболявания.

Ясно да се определи мястото, ролята на ОПЛ при решаването на този проблем.

Препоръки към общопрактикуващите лекари

Необходимо е да се предостави информация на пациента за това, че може да получи такъв тип здравна услуга.

Да увеличат употребата на общоприети валидирани въпросници.

Лекарят да бъде по-съпричастен към социалния живот на пациента.

Препоръки към медицинските университети

Необходимо е включването на въпроси за сексуалната функция, ЕД в частност и връзката с други заболявания в учебните програми на ниво студенти и специализанти.

Препоръки към пациентските организации

Необходимо е образованието, възпитанието и здравната култура на пациентите да се подобрява чрез целенасочена политика, провеждане на здравна просвета.

7 ПРИНОСИ

Приноси с оригинален характер

За първи път се провежда национално представително проучване сред Общопрактикуващи лекари за значимостта, отношението и поведението към проблема еректилна дисфункция в България.

Приноси с потвърдителен характер

1. Установи се градация на приоритетите на общопрактикуващите лекари у нас по отношение на различните видове заболявания.
2. Установи се, че фактори свързани с личността на лекаря като пол, възраст, обучение, включително и личният му сексуален опит, оказват влияние върху преценката за бариерите пред лекари и пациенти.
3. Установиха се и се градираха бариерите пред българските общо практикуващи лекари и стимулиращите фактори да коментират и активно да търсят проблеми, свързани със сексуалния живот на пациента и ЕД в частност.
4. Изследва се перцепцията на лекарите за бариери пред пациентите и стимулиращи фактори, които оказват влияние на пациента да коментира или не проблеми свързани с ЕД, както и да потърси лекарска помощ и да съобщи за проблеми с ерекцията.
5. Обособиха се модифицируеми фактори като обект за въздействие и промяна и немодифицируеми фактори, които да се имат предвид при вземане на решения.

Приноси с приложен характер

1. Изработи се и се предложи адаптиран за условията на общата медицинска практика в България, алгоритъм за поведение на ОПЛ при пациенти с ЕД.
2. Създаде се и се приложи обучителен модул за общопрактикуващи лекари по въпросите на ЕД, връзката им със сърдечно-съдови и други социалнозначими заболявания.
3. Изработи се и се приложи входящ и изходящ тест за оценка познанията и уменията на ОПЛ.

8 НАУЧНА АКТИВНОСТ СВЪРЗАНА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

ПУБЛИКАЦИИ

Публикации в реферирани чуждестранни списания

1. Tsigarovski G, Kamenov Z, Assenova R, Foreva G, Mateva N, Postadzhian A. GP's view on barriers to patients with erectile dysfunction: A Bulgarian cross-sectional study. C. R. Acad. Bulg. Sci.; in press.
IF = 0.321(2018);Протокол №11/17.12.2019

Публикации в реферирани български списания и сборници

1. **Цигаровски, Г.**; Асенова, Р.; Форева, Г.; Постаджиян, А. Барииери пред пациентите за споделяне на проблема еректилна дисфункция със семейния лекар. Качествено проучване сред общопрактикуващи лекари в България. *Обща медицина*, 2019;1: 12-18.
2. **Цигаровски Г.** Значимост на проблема еректилна дисфункция, коморбидност, потенциални ползи за ранна диагностика и лечение на предизвикващите и съпътстващите заболявания. В *ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА, ТЕРАПИЯ Актуални проблеми 2016*, Хавитис, София, България, 2016, стр. 725-734.
3. **Цигаровски Г.** Асенова Р. Форева, Г. Постаджиян, А. Предпочитани от семейните лекари форми на обучение по въпроси свързани с Еректилна дисфункция. Сборник доклади VII национална научна конференция 2015 Федерация „Наука и Висше образование“, СУБ - Пловдив, Имеон, Пловдив, България, 2017, стр. 64-70.

Публикувани абстракти в база данни на реферирани списания **Web of Science Thomson Reuters**

1. **Tsigarovski G**, Kamenov Z, Foreva G, Assenova R, Postadzhian A. Barriers to primary care doctors and factors predisposing consultation of patients with erectile dysfunction. *JSM*;2017;Vol= 14;issue 4;supl. p. 192

The Journal of Sexual Medicine. IF=3.339 (2017)

19th Congress of the European Society for Sexual Medicine. 02-04.02.2017, Nice, France; abstract.

НАУЧНИ СЪОБЩЕНИЯ

Участия в международни форуми

1. **Tsigarovski G.** Foreva G, Asenova R, Postadjian A. GP's attitude in consulting patients with erectile dysfunction in Bulgaria. EGPRN meeting, **“Research on Active Ageing in Family Medicine/General Practice”, 17-20.10.2015, Edirne, Turkey, Abstract book:48**
2. **Tsigarovski G,** Kamenov Z, Foreva G, Asenova R, Postadzhiyan A. Barriers to primary care doctors and factors predisposing consultation of patients with erectile dysfunction. 19th Congress of the European Society for Sexual Medicine. 02-04.02.2017, Nice, France; abstract.
3. **Tsigarovski G,** Kamenov Z, Foreva G, Asenova R, Postadzhiyan A. Barriers and motivating factors for the patient to consult a primary care physician on the problem of erectile dysfunction in Bulgaria - GP's view. 22th Wonca Europe Conference 27.06-01.07.2017, Prague, Czech Republic

Участие в научни конгреси, конференции у нас

1. III. Национална конференция по СЕКСУАЛНА МЕДИЦИНА 2014 г. – Презентация
2. IV. Национална конференция по СЕКСУАЛНА МЕДИЦИНА 2016 г. – Презентация

ОРГАНИЗАЦИОННО УЧАСТИЕ на конференции по темата

II-ра Национална конференция на СОИБОМ, Брестник, хотел Беркут 2015 год.