

*Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu*

**Analiza czynników wpływających  
na efektywność leczenia chorób  
przewlekłych na przykładzie osteoporozy**

---

**Nadia Bryl**

**Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej**

**Promotor:**

**Prof. dr hab. med. Wanda Horst-Sikorska**

**POZNAŃ 2010**



## Spis treści

1 Wstęp .....	5
1.1 Charakterystyka osteoporozy.....	5
1.2 Terapia osteoporozy.....	7
1.2.1 Trudności w leczeniu osteoporozy .....	7
1.2.2 Czynniki utrudniające leczenie, wynikające z charakterystyki osteoporozy .....	10
1.2.3 Postawa i cechy pacjenta .....	11
1.2.4 Postawa i cechy lekarza.....	13
2 Cel pracy.....	17
2.1 Cele szczegółowe.....	17
3 Metoda i narzędzia badawcze.....	19
3.1 Charakterystyka zmiennych .....	19
3.2 Metody zastosowane w badaniu .....	21
3.3 Organizacja badań.....	22
3.3.1 Organizacja I wizyty.....	24
3.3.2 Organizacja wizyt II-VI .....	24
3.3.3 Organizacja VII wizyty.....	24
3.4 Charakterystyka grupy badanej .....	24
3.4.1 Wynik analizy statystycznej zmiennej - płeć lekarzy .....	24
3.4.2 Wynik analizy statystycznej zmiennej - Kwestionariusz Kompetencji Społecznych.....	25
3.4.3 Wynik analizy statystycznej zmiennej - długość stażu pracy lekarzy .....	25
3.4.4 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wiek pacjentów.....	25
3.4.5 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wykształcenie pacjentów.....	27
3.4.6 Wynik analizy statystycznej zmiennej - miejsce zamieszkania.....	27
3.4.7 Wynik analizy statystycznej zmiennej - długość trwania choroby .....	28
3.4.8 Wynik analizy statystycznej zmiennej - współwystępowanie chorób przewlekłych.....	29
3.4.9 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wystąpienie złamań przed przystąpieniem do programu.....	29
3.4.10 Wynik analizy statystycznej zmiennej - poziom wiedzy o chorobie.....	30
3.4.11 Wynik analizy statystycznej zmiennej - rozumienie choroby w ocenie lekarzy .....	31
3.4.12 Wynik analizy statystycznej zmiennej - akceptacja choroby i proponowanej metody leczenia w ocenie lekarzy .....	31
3.4.13 Wynik analizy statystycznej zmiennej - strach przed chorobą w ocenie lekarzy .....	31
3.4.14 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wyгода stosowania terapii.....	32

3.4.15 Wynik analizy statystycznej zmiennej - zgłaszanie działań niepożądanych .....	32
3.4.16 Wynik analizy statystycznej zmiennej - liczba odbytych wizyt w trakcie trwania programu .....	33
4 Wyniki.....	34
4.1 Określenie związku między kompetencjami społecznymi lekarza a stosowaniem się pacjenta do zaleceń.....	34
4.1.1 Związek między długością stażu pracy lekarza a stosowaniem się pacjenta do zaleceń .....	34
4.1.2 Związek między poziomem kompetencji społecznych lekarzy .....	34
4.2 Określenie związku między subiektywną oceną dokonywaną przez lekarza dotyczącą emocjonalnego nastawienia do choroby a stosowaniem się do zaleceń lekarskich .....	44
4.3 Określenie związku zrozumienia choroby ze stosowaniem się do zaleceń lekarskich.....	45
4.4 Określenie związku między cechami pacjenta a stosowaniem się do zaleceń lekarskich .....	46
5 Dyskusja.....	48
6 Wnioski.....	63
7 Streszczenie.....	64
8 Summary .....	65
Piśmiennictwo .....	66
Wykaz rycin .....	72
Wykaz tabel.....	73
ZAŁĄCZNIK 1 .....	74
ZAŁĄCZNIK 2 .....	75
ZAŁĄCZNIK 3 .....	83
ZAŁĄCZNIK 4 .....	84
ZAŁĄCZNIK 5 .....	85

# 1 Wstęp

W niniejszej pracy analizowano czynniki modyfikujące efekt terapii chorób przewlekłych. Sukces w leczeniu długoterminowym zależy od wielu elementów, począwszy na trafności diagnozy, poprzez dobór optymalnej terapii, jak również umiejętności nawiązania odpowiedniej relacji z pacjentem. W leczeniu wielu chorób to właśnie obustronne zaufanie i akceptacja zarówno samej choroby jak i sposobów jej leczenia stanowi istotny element powodzenia. Umiejętne zmotywowanie pacjenta i wzbudzenie przekonania o konieczności stosowania się do wskazówek lekarza to ważne ale jednocześnie trudne dla lekarza zadanie. W pracy oparto się na aspektach leczenia osteoporozy, ze względu na charakterystykę choroby i trudności w terapii z niej wynikające. Głównym przedmiotem rozważań będą zagadnienia psychologiczne. Aspekty ściśle medyczne związane z terapią osteoporozy zostaną przedstawione jako elementy pomocnicze, wspierające nurt rozważań, nie zaś jako główny przedmiot zainteresowania badawczego autorki.

## 1.1 Charakterystyka osteoporozy

Osteoporoza jest przewlekłą, systemową chorobą układu kostnego, charakteryzującą się obniżeniem wytrzymałości kości i zwiększającą ryzyko złamań. Według definicji WHO osteoporozę rozpoznajemy, gdy gęstość mineralna kości (BMD), odpowiada T-score mniejszemu lub równemu - 2,5 SD w porównaniu ze szczytową masą kostną (1). Bardziej aktualne podejście, za Międzynarodową Fundacją Osteoporozy (IOF) zmienia definicję podając, że: osteoporoza jest chorobą metaboliczną kości, w której zmiany jakościowe i ilościowe prowadzą do zwiększenia ryzyka złamań (2,3).

Proces rozwoju osteoporozy może przez długi czas przebiegać w utajeniu. W wyniku braku widocznych objawów, często pierwszym sygnałem jest złamanie. Najczęstsze złamania osteoporotyczne dotyczą przynasady dalszej kości promieniowej i trzonów. Najpoważniejsze w skutkach są złamania bliższego końca kości udowej (bkku) (4). Niskoenergetyczne złamania, np. złamania kręgow z reguły występują bez towarzyszącego urazu. Ilustracją tego problemu może być złamanie w rezultacie upadku z własnej wysokości na skutek potknięcia o nierówność dywanu.

Osteoporoza jest poważną, postępującą chorobą powodującą w Polsce co najmniej 17.625 złamań bkku rocznie (5). Zagroza życiu, na co wskazuje fakt, śmiertelność po roku od złamania bkku wynosi 15-40% (4,6). Jedynie złamania kości promieniowej nie zwiększają ryzyka zgonu.

Wzrost ryzyka zgonu towarzyszy złamaniom osteoporotycznym zarówno w następstwie złamania trzonów kręgosłupa, boku oraz podgłównego złamania kości promieniowej i żeber. Badania śmiertelności w wyniku złamań osteoporotycznych wskazują na większą w porównaniu do populacji śmiertelność pacjentów ze złamaniami kręgosłupa, biodra, czy ręki (7). Badania epidemiologiczne szacują, iż na osteoporozę choruje około 10-13% populacji, w tym ponad 30% kobiet w wieku pomenopauzalnym (8). Ponad wszelką wątpliwość - osteoporoza jest powodem większej liczby hospitalizacji oraz dłuższego czasu pobytu w szpitalach, niż zawał mięśnia sercowego, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), czy rak piersi (9,10).

Osteoporoza pojawia się u obu płci, jednak wśród chorych przeważają kobiety. Wyniki analiz wykazują, iż przewaga osteoporozy u kobiet w stosunku do mężczyzn, w okresie między 50 a 60 r.ż. wynosi 4:1 (11). Przyczyn jest kilka. Kobiety mają w porównaniu do mężczyzn mniej masywny kościec. Dziewczęta i kobiety mniej regularnie uprawiają sport, częściej poddają się licznym, często niekonsultowanym ze specjalistami dietom odchudzającym. Ponadto, liczne ciążę oraz długie karmienie piersią prowadzą do deficytu bilansu wapniowego. W okresie klimakterium zakończenie czynności wydzielniczej jajników powoduje zwiększenie ubytku masy kostnej i w rezultacie przyspieszenie procesu resorpcji (tamże). Choroba pojawia się w wieku średnim, ale jej rozwój trwa nadal w późnej dorosłości. Konsekwencje złamań osteoporotycznych są dla pacjentów źródłem licznych dolegliwości zarówno psychofizycznych jak i społecznych, które znacząco wpływają na obniżenie jakości życia chorych. Pacjenci boleśnie odczuwają ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności. Nie mogą też prowadzić aktywnego życia społecznego z powodu bólu, unieruchomienia, czy też obaw przed kolejnymi złamaniami. Deformacje ciała występujące w wyniku osteoporozy, polegające na znacznym ubytku wzrostu, czy zniekształceniu sylwetki wynikającym z pogłębieniu kifozy piersiowej (tzw. wdowi garb) również wiążą się ze spadkiem samooceny pacjentów. Dają bowiem wyraźny dowód pogłębiającego się procesu starzenia organizmu. Deformacja klatki piersiowej powoduje zaburzenia funkcjonowania układu oddechowego i krążenia (12).

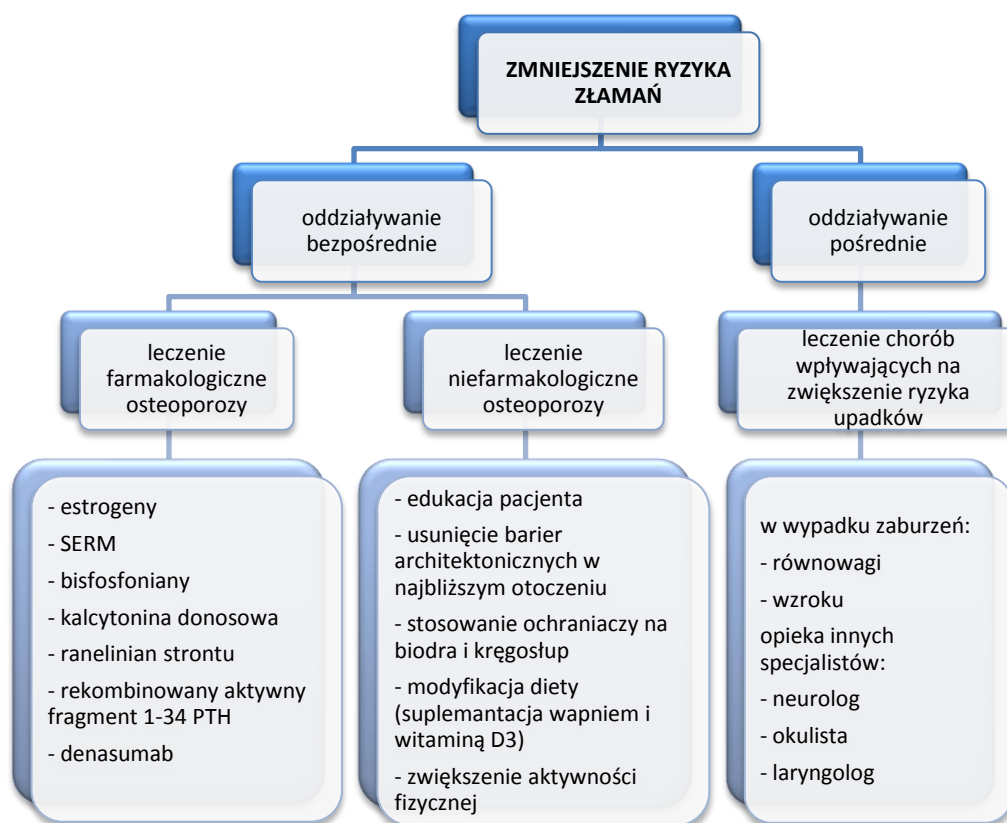
Kolejnym istotnym problemem jest współwystępowanie osteoporozy z innymi przewlekłymi chorobami, charakterystycznymi dla podeszłego wieku. Nałożenie więcej niż jednego przewlekłego schorzenia to jednocześnie tworzenie skomplikowanego schematu leczenia, ryzyko wystąpienia niekorzystnych dla zdrowia interakcji leków, jak i konieczność wprowadzenia przez pacjenta często znaczących zmian w stylu i trybie życia (13,14).

## 1.2 Terapia osteoporozy

Głównym celem leczenia osteoporozy jest zmniejszenie ryzyka złamań (15). Cel ten można osiągnąć na kilka sposobów. Redukcja ryzyka złamań zależy od efektywności przestrzegania zaleceń zarówno w postępowaniu farmakologicznym, jak i niefarmakologicznym. Zgodnie z piśmiennictwem, przestrzeganie zaleceń w przypadku osteoporozy jest odwrotnie proporcjonalne do śmiertelności (16). Osteoporoza jako choroba przewlekła wymaga wieloletniej współpracy lekarza z pacjentem. Efektywne leczenie polega na umiejętnym, wielopłaszczyznowym podejściu do chorego. Skrupulatne przestrzeganie zaleceń przez pacjenta daje wymierny efekt terapeutyczny.

Poniżej przedstawiono w formie schematu główne metody wykorzystywane w leczeniu osteoporozy.

Rycina 1 Metody wykorzystywane w leczeniu osteoporozy



Źródło: opracowanie własne, na podstawie: (11, 17-20)

### 1.2.1 Trudności w leczeniu osteoporozy

Problem leczenia tej choroby jest bardzo złożony, dlatego zdecydowano się prześledzić dokładnie najważniejsze czynniki wpływające na trudności w terapii. Pierwsze trudności lekarze napotykają już na etapie przedstawienia pacjentowi celu leczenia.

O ile choroba charakteryzuje się wystąpieniem konkretnego (widocznego dla pacjenta) objawu lub zespołu objawów, to jej leczenie przynosi równie wymierne rezultaty (21).

W przypadku osteoporozy, zarówno przebieg choroby jest dla pacjenta mało uchwytne, jak również efekt leczenia nie poddaje się bezpośredniej obserwacji. Celem leczenia osteoporozy jest zmniejszenie ryzyka złamań. Dla lekarza jest to jasna i logiczna wytyczna. Inaczej przedstawione założenie jest postrzegane przez pacjentów (*skoro w danym momencie nie mam złamanej ręki, czy kości biodrowej, to dlaczego miałabym ją nagle złamać? Przecież jestem ostrożna*). Dlatego cel do jakiego mają dążyć w leczeniu jest dla nich mało wyraźny, zwłaszcza gdy nie doświadczyli jeszcze złamania. Leczenie osteoporozy nie daje tak łatwych i mierzalnych rezultatów, jak dla porównania terapia nadciśnienia czy cukrzycy. Sukces w leczeniu nie jest tak spektakularny jak usunięcie guza, czy zrośnięcie kości. Niektórym chorym trudno zrozumieć, że o powodzeniu w leczeniu osteoporozy świadczy fakt że nie ulegną złamaniu. W przeciwieństwie do innych chorób przewlekłych, takich jak AIDS, nowotwory, reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), osteoporoza cechuje się bardzo niskim stopniem przestrzegania zaleceń lekarskich (22). Z czego zatem wynika tak słaby poziom stosowania się do medycznych zaleceń?

Po etapie przedstawienia diagnozy i określenia celu leczenia następuje wieloletni proces terapii i kolejne problemy. Jeżeli diagnoza i cel leczenia zostaną przez pacjenta przyjęte, to kolejnym problemem jest utrzymanie chorego w terapii. Utrzymanie ciągłości leczenia osteoporozy stanowi spore wyzwanie dla lekarzy (23,24), a jego efektywność przedstawia się na niskim poziomie (25). Pacjenci ze szkodą dla siebie, niechętnie stosują się do wytycznych lekarza (25,26).

W omawianiu efektywności współpracy lekarza z pacjentem w leczeniu przewlekłych schorzeń, stosuje się terminy: *adherence*, *compliance* i *persistence*. Pojęcia te nie znalazły jeszcze odpowiedników w języku polskim, dlatego użyteczny wydaje się wyjaśnienie ich znaczenia, ponieważ są często stosowane w odniesieniu do leczenia osteoporozy. Określenie *persistence* oznacza wytrwałość pacjenta w terapii (czas stosowania leków). Z kolei *compliance* to zakres i poprawność zastosowanie się do zaleceń lekarskich (prawidłowe i regularne zażywanie leku). *Adherence* stanowi więc sumę długości trwania w terapii i stopnia zastosowania się pacjenta do zaleceń lekarza (27-30). Autorzy badań nad tym zagadnieniem wskazują, iż przeważająca liczba pacjentów nie stosuje się w wystarczającym stopniu do



zaleceń lekarskich. Problem ten dotyczy nie tylko leczenia osteoporozy, ale również innych chorób przewlekłych. W przybliżeniu 30% aż do połowy chorych nie przyjmuje leków w prawidłowy sposób. Pacjenci z reguły zarzucają terapię niedługo po jej rozpoczęciu (31). Najczęściej przerywają terapię w ciągu pierwszych trzech miesięcy stosowania leku. Terapia osteoporozy przysparza jednak szczególnych trudności. Wg badań Lombasa 13% chorych na osteoporozę w ogóle nie zaczyna przyjmować leków. Pośród tych, którzy już zaczęli terapię, tylko 49% kontynuowało ją przez okres roku, a jedynie 30% trwało w leczeniu po okresie 2 lat (32). Średni poziom niestosowania się do zaleceń wynosi 25%, a przy długotrwałym stosowaniu leku dochodzi nawet do 50% (33). W przypadku chorób bezobjawowych i skąpo objawowych, nieprawidłowości w czasie i regularności stosowania leków pogłębiają się. Istnieją dowody wskazujące na duży (20 do 80%) odsetek pacjentów, którzy błędnie rozumieją i stosują się do instrukcji dotyczących stosowania leku, a ponadto nie wiedzą jak długo należy leki stosować. Najniższy poziom przestrzegania zaleceń dotyczących terapii odnotowuje się wśród starszych pacjentów (*op.cit.*).

Dla usystematyzowania i zidentyfikowania najważniejszych przyczyn utrudnień w terapii osteoporozy warto więc przyjrzeć się głównym źródłom niepowodzeń, związanym z istotą choroby, osobą pacjenta oraz postawą i zachowaniem lekarza (34). Literatura podaje różne klasyfikacje wymiarów modyfikujących proces leczenia. Za wyczerpującą uznano przytoczoną przez Coftę klasyfikację 5 wymiarów (35). Wymienia on następujące czynniki:

- czynniki socjoekonomiczne,
- czynniki wynikające z opieki medycznej (w tym działania zespołu opiekującego się pacjentem),
- czynniki mające związek z kontekstem schorzenia (tzw. *condition-related factors*),
- czynniki związane z aktualnymi możliwościami i ograniczeniami terapii,
- czynniki dotyczące bezpośrednio z pacjenta i jego zachowań.

Za mające największy wpływ na stosowanie się do zaleceń Cofta uznaje czynniki związane z aktywnością lekarza, takie jak intensywność uwagi skierowanej na pacjenta (poświęcony czas, możliwość kontynuacji leczenia), oraz interpersonalny styl kontaktu z chorym. W pracy zostaną omówione 3 grupy czynników: wynikające z kontekstu choroby, zachowań i cech pacjenta, oraz działań i umiejętności interpersonalnych lekarza.

## **1.2.2 Czynniki utrudniające leczenie, wynikające z charakterystyki osteoporozy**

Osteoporoza może przez długi czas rozwijać się i przebiegać bezobjawowo. Dopóki pacjent nie doświadczy dotkliwych konsekwencji złamania, zwykle nie ma świadomości postępującego procesu chorobowego. Nie ma też potrzeby zażywania leków, gdyż nie czuje się chory.

W chwili postawienia diagnozy, dowiaduje się równocześnie o przewlekłym charakterze choroby i potrzebie długotrwałego leczenia. Istnieje duża liczba chorób, którym towarzyszy silny ból (lub inne dokuczliwe symptomy), czy znaczne upośledzenie funkcjonowania w różnych dziedzinach życia. Poziom lęku przeżywanego wówczas przez chorego jest zwykle wysoki, że skutecznie motywuje do podjęcia leczenia i wytrwania w nim (36). Poziom lęku w przypadku osteoporozy, przynajmniej do czasu pierwszego złamania jest na tyle niski, że nie motywuje pacjentów do zażywania leków.

Z drugiej strony reżim leczenia osteoporozy niektórymi grupami leków zniechęca wielu chorych. Dla przykładu, w przypadku bisfosfonianów pacjent musi przez pół godziny po zażyciu leku pozostać w pozycji pionowej, zaś niektóre leki podawane są w formie parenteralnej (37). Dodatkowo pacjent przyjmujący lek nie identyfikuje jego działania z obecnym stanem zdrowia. Zarówno w przypadku wystąpienia złamaniaiskoenergetycznego, jak i przed nim, pacjent przyjmujący leki nie odczuwa wyraźnych efektów leczenia. Nie widząc poprawy, nie czując zmian wynikających ze stosowania leków, ma zwykle zbyt niską motywację do dalszej terapii. Efekty leczenia określane przez zmniejszenie ryzyka złamań pojawiają się po długim czasie prawidłowej farmakoterapii, co wymaga od pacjenta systematyczności i cierpliwości. Z kolei poprawa kliniczna również stanowi powód do decyzji o zaprzestaniu leczenia.

Ponad to, co zostało już wcześniej podkreślone, osteoporoza występuje głównie w starszym wieku, przez co staje się jedną z kilku przebiegających równocześnie przewlekłych chorób. Nałożenie się kilku schorzeń powoduje dodatkowe komplikacje w utrzymaniu reżimu leczenia, mnoży koszty zakupu leków, a przewlekłe stosowanie wielu różnorodnych medykamentów zwiększa ryzyko szkodliwych interakcji i działań ubocznych. Obawa przed działaniami ubocznymi jest często podstawą do arbitralnego wyboru pacjentów i hierarchizacji chorób, którymi chcą w danym czasie się zajmować.

### 1.2.3 Postawa i cechy pacjenta

Pomiędzy profesjonalnym rozpoznaniem lekarza a rozumieniem choroby przez pacjenta zachodzą z reguły znaczne różnice. Wg Stenbacka (38), proces tworzenia obrazu choroby w rozumowaniu pacjenta przebiega w następujący sposób. Zbierając informacje składające się na schemat choroby, pacjent korzysta:

- z ogólnodostępnych źródeł wiadomości takich, jak magazyny popularnonaukowe, doniesienia w mediach, wypowiedzi lekarzy, innych autorytetów
- opiera się na informacjach dotyczących bezpośrednio stanu jego zdrowia zbieranych od krewnych, bliskich, pracowników służby zdrowia
- bierze pod uwagę wyniki własnych obserwacji stanu organizmu, uwzględniając subiektywnie odczuwane doznania ustrojowe, dolegliwości czy zmiany w jego funkcjonowaniu, które wpływają na ogólne samopoczucie
- następnie zbiera i interpretuje dane, a w efekcie uznaje siebie za osobę chorą, bądź zdrową

Schemat choroby, tożsamy z każdym schematem poznawczym, jest uproszczonym obrazem, fragmentarycznym i zawierającym liczne zafałszowania. Tworzy go osoba nie będąca fachowcem, mająca ograniczoną wiedzę o medycynie, a dodatkowo zasięga informacji z różnych, często nierzetelnych źródeł. „Puste miejsca” w obrazie choroby, są z reguły obszarem, w którym pacjent umieszcza najbardziej lękotwórcze treści, co znajduje wyrazne odzwierciedlenie w późniejszych trudnościach z nawiązaniem kontaktu z chorym (38).

Znajomość anatomii i fizjologii ludzkiego organizmu jest uboga w polskim społeczeństwie. W przeprowadzonych niedawno w Polsce badaniach stwierdzono, że ponad połowa badanych nie potrafi określić w prawidłowy sposób znaczenia takich terminów jak: gruczoł, hemoglobina, czy hormony (39). Na terenie kraju organizowane są akcje mające na celu edukację pacjentów w zakresie osteoporozy. Niestety wiedza pacjentów na temat tej choroby oraz sposobów jej leczenia i zapobiegania jest nadal niska (40). Wystarczający poziom wiedzy jest istotnym czynnikiem warunkującym zaakceptowanie przewlekłej choroby. Z kolei zdolność akceptacji wpływa pozytywnie na *adherence* pacjenta (41).

W obliczu wielu zniekształceń poznawczych, wyraźnych braków wiedzy pacjentów, lekarz powinien przyczynić się do zweryfikowania schematu choroby w świadomości pacjenta. Bez sprawdzenia jakimi mitami, przesądami, czy informacjami kieruje się pacjent, lekarz może spotykać się z niezrozumiałym i nieadekwatnym lękiem chorego. Nawet kiedy chory nie prosi

o informacje związane ze stanem zdrowia, lekarz powinien przyczyniać się do tworzenia obrazu wolnego od poznawczych zafałszowań, czy psychourazowych treści. Pozostawienie ważnych wyobraźni informacji związanych zarówno z diagnozą, jak i skomplikowanymi metodami terapii pacjenta, rzutuje silnym lękiem oraz niechęcią do leczenia. W efekcie lekarz często postrzega chorego jako „trudnego pacjenta” co bardzo obniża efektywność współpracy (42).

Wyniki badań nad powiązaniem stresu wynikającego z choroby i radzenia sobie wskazują, iż umiarkowany poziom lęku wywołanego chorobą optymalizuje zaangażowanie pacjenta w aktywność sprzyjającą poprawie zdrowia (36). Jeśli jednak poznawcza koncepcja choroby zawiera treści wywołujące u pacjenta silny lęk, będzie on starał się go uniknąć stosując różnorodne mechanizmy obronne. Jednym z przykładów może być zaprzeczanie choroby lub jej bagatelizowanie. W takiej sytuacji pacjent nie przyjmuje do wiadomości ważnych dla procesu terapii informacji, szybko zapomina o zaleceniach, lub też od początku uważa je za całkowicie nieprzydatne. Chory chcąc uniknąć myślenia o dolegliwościach będzie podejmował liczne aktywności udowadniając sobie i otoczeniu, że jego stan jest dobry i nie wymaga leczenia. Na drugim końcu znajduje się wyolbrzymianie objawów choroby, co również paraliżuje pacjenta w podejmowaniu aktywnego leczenia. Może on wówczas zasypywać lekarza pytaniami, nie słuchając racjonalnych wyjaśnień i zamartwiać się. Zbyt silny lęk powoduje też prawdopodobieństwo rozproszenia energii na czynności niezwiązane z odzyskiwaniem zdrowia, którą w innym przypadku pacjent lokalizowałby w aktywnym uczestniczeniu w terapii.

Prócz zróżnicowanego i często niewystarczającego poziomu wiedzy na temat funkcjonowania organizmu, pacjenci różnią się poziomem wykształcenia i umiejętności komunikacyjnych. Ogólna wiedza, zasób słów i inteligencja również mają znaczenie dla porozumienia i współpracy z lekarzem. Nawet pełen chęci i motywacji pacjent może nie zrozumieć zaleceń, a dodatkowa bariera jaką jest różnica statusu i autorytet lekarza sprawia, iż może być onieśmielony i zawstydzony własnym brakiem wiedzy. Wówczas pacjent nie zada ważnych dla siebie pytań i nie będzie w stanie prawidłowo zastosować się do zaleceń. Nie należy jednak pozostawać przy stwierdzeniu, że niewiedza i brak fluencji słownej pacjenta stanowią przeszkodę w prawidłowym wykonywaniu poleceń lekarskich. Służba zdrowia obejmuje przekrój całego społeczeństwa, dlatego to na lekarzu spoczywa obowiązek rozwinięcia niezbędnych kompetencji komunikacyjnych, by mógł porozumieć się z każdym chorym, bez względu na zasób wiedzy i poziom inteligencji.

Nieświadomość wagi własnego aktywnego udziału w procesie leczenia jest kolejnym problemem leżącym po stronie pacjenta, utrudniającym sukces w terapii. Część chorych podchodzi do kontaktu z opieką zdrowotną z założeniem, że wyleczenie jest zadaniem należącym tylko i wyłącznie do lekarza. Powoduje to brak poczucia odpowiedzialności i brak podejmowania własnej aktywności, która stanowi niezbędny element prawidłowej terapii. Zwłaszcza w przypadku osteoporozy, w której leczeniu prócz farmakoterapii towarzyszy w znacznym stopniu szereg działań związanych z wprowadzaniem odpowiedniej diety, czy zwiększaniem aktywności fizycznej. Pacjenci, którzy nie czują się odpowiedzialni za własny udział w procesie zdrowienia, nie mają też odpowiedniej motywacji do regularnego brania leków, monitorowania postępów terapii i wprowadzania prozdrowotnych zmian w stylu życia.

#### **1.2.4 Postawa i cechy lekarza**

Obecne warunki systemu opieki zdrowotnej, jak również stale wzrastająca liczba pacjentów powodują długie kolejki do poradni specjalistycznych. Długi okres oczekiwania na konsultacje sprawia, że w sytuacji jakichkolwiek wątpliwości czy komplikacji, pacjenci łatwiej zaniechują terapię. Ponad to krótki czas przewidziany na wizytę często nie pozwala lekarzowi na poświęcenie wystarczającej uwagi choremu. Ograniczenia czasowe zmuszają lekarza do skrótowych wyjaśnień i utrudniają nawiązanie prawidłowej relacji. W leczeniu przewlekłych schorzeń najbardziej efektywnym modelem relacji z pacjentem jest obustronna współpraca. Pozwala ona na podjęcie takich decyzji terapeutycznych, które satysfakcjonują zarówno lekarza jak i pacjenta. Jeżeli lekarz ma możliwość wypracowania z chorym optymalnej drogi terapeutycznej, wówczas dzięki aktywnemu wkładowi pacjenta, jego świadomej zgodzie poprzedzonej negocjacjami, rozwianiu obaw i wątpliwości, istnieje większe prawdopodobieństwo sukcesu w leczeniu. Niestety, krótka, czasem tylko dziesięciominutowa wizyta raz na pół roku nie daje takich możliwości. Nie pozwala też na ciągłość monitorowania lekarzowi i nie daje pacjentowi poczucia pewnej regularności.

Pośpiech i duża liczba chorych z jakimi styka się lekarz nie zostawiają miejsca na dyskusję z pacjentem. Lekarz znając właściwe sposoby postępowania medycznego, często przekazuje choremu informacje tonem dyrektywnym, w sposób nie znoszący sprzeciwu. Wysoka dyrektywność lekarza w sytuacji przewlekłego leczenia (39) wywołuje opór i niechęć pacjenta do współpracy.

Zespół wypalenia zawodowego dotkliwie odczuwany przez co najmniej 30% lekarzy to kolejny element wpływający na jakość kontaktów z pacjentami, a tym samym na efektywność leczenia schorzeń przewlekłych. Wypalenie stanowi reakcję na przebywanie pod wpływem długotrwałego stresu (36). Istnieje kilka definicji tego zjawiska, jednak najbardziej adekwatnym modelem wydaje się ten przyjęty przez Susan Jackson i Helenę Sęk (43). Wypalenie definiują one jako „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób, pracujących z innymi, w pewien określony sposób”. Autorki mają na myśli osoby zajmujące się profesjonalnie pomaganiem. Aspekt wyczerpania emocjonalnego dotyczy poczucia nadmiernego obciążenia emocjonalnego, podczas gdy zasoby do radzenia sobie z silnymi emocjami są niewystarczające. Depersonalizacja polega na zobojętnionym, aż do wyraźnie negatywnego i bezdusznego, reagowaniu na innych ludzi, którzy podlegają opiece, czy też są odbiorcami innych usług. Stanowi reakcję obronną na obciążające emocjonalnie relacje interpersonalne będące elementem pracy zawodowej. Obniżone poczucie dokonań osobistych to poczucie niewystarczających kompetencji do pracy w zawodzie, poczucie porażki w kontakcie z chorymi i brak sukcesów w pracy. Badania potwierdzają, iż wymagania związane z kontaktem lekarz - pacjent, wysokie oczekiwania pacjentów, częste destrukcyjne zachowania pacjentów mają negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i poziom satysfakcji z pracy lekarzy (39). Wyczerpanie emocjonalne przejawiające się na poziomie zarówno fizycznym jak i psychicznym prowadzi do wykształcenia się negatywnych postaw wobec odbiorców usług. Lekarz zaczyna wyraźnie dystansować się (depersonalizacja) od pacjentów, co wydaje się być sposobem na poradzenie sobie w tej trudnej sytuacji. Ponieważ relacja lekarza z pacjentem zawsze układa się dwustronnie, w reakcji na zdystansowaną postawę lekarza, pacjenci również zaczynają przejawiać coraz bardziej negatywne zachowania. Nękające i roszczeniowe postawy pacjentów wynikają wówczas z poczucia odrzucenia. Na zasadzie sprzężenia zwrotnego, reakcje po obu stronach wzmacniają się i nasilają wzajemną niechęć (43).

Stawianie sobie zbyt wysokich wymagań, przy braku możliwości wpływu na sytuację i otoczenie powoduje niezgodność między oczekiwaniami a realiami i silną frustrację. Konfrontacja ideałów z rzeczywistością pracy lekarza z jednej strony wywołuje dyskomfort emocjonalny, ale z drugiej jest sposobem na realistyczne podejście do wykonywanego zawodu, a przez to ochronę przed procesem i skutkami wypalenia. Wśród wielu czynników warunkujących wypalenie za najważniejsze uznaje się brak efektywnych mechanizmów radzenia sobie ze stresem. Wymienia się również potrzebę perfekcjonizmu i nadmierne

poczucie odpowiedzialności za innych. Istnieje cała grupa sztywnych, nieracjonalnych przekonań, które nie poparte refleksją pogłębiają wypalenie zawodowe. Są wśród między innymi: założenie, iż powinno się być lubianym przez wszystkich pacjentów, że każdy pacjent powinien wyjść z gabinetu zadowolony. Prócz tego lekarz powinien być maksymalnie kompetentny we wszelkich dziedzinach działania, oraz silnie przeżywać problemy innych ludzi, jeśli im pomaga. Kolejnym błędnym założeniem jest przekonanie, że należy unikać konfliktów pojawiających się na polu zawodowym, zamiast podejmować aktywne próby ich rozwiązania.

Dla potrzeb niniejszej pracy, należy wspomnieć o jeszcze jednym, niezwykle istotnym czynniku wpływającym na wypalenie, jakim jest brak kompetencji komunikacyjnych lekarzy. Na uczelniach medycznych kładzie się nacisk na rozwijanie umiejętności i narzędzi ściśle związanych z procedurami medycznymi. Jako że praca lekarza jest również związana z opieką i profesjonalnym kontaktem interpersonalnym, szeroki wachlarz kompetencji społecznych i komunikacyjnych stanowi równie ważny obszar rozwoju lekarzy, co niestety nie jest w wystarczającym stopniu doceniane podczas kształcenia studentów i praktykujących lekarzy. Brak tych umiejętności wiąże się z dodatkowym stresem podczas trudnych rozmów odbywanych z chorymi, perswadowania zaleceń, czy też uzyskiwania pewnych informacji podczas diagnozy. Może też przyczyniać się do utrudnień w nawiązaniu opartej na zaufaniu relacji z pacjentem. W efekcie trudności w kontakcie obniża się efektywność lekarskich oddziaływań, a co za tym idzie również poczucie dokonań osobistych lekarza. Ścisły związek między kompetencjami komunikacyjnymi lekarzy a ryzykiem wypalenia zawodowego znajduje odzwierciedlenie w motywacji do współpracy z pacjentem przewlekle chorym.

Poprawnie przebiegający proces komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem wzmacnia skuteczność działań lekarskich. Można wyróżnić różne aspekty tego zagadnienia (44):

- efektywna komunikacja ma korzystny wpływ na fizjologiczne i psychologiczne reakcje pacjenta na leczenie
- zwiększa prawdopodobieństwo stosowania się pacjenta do zaleceń lekarskich
- przyczynia się do ogólnego zadowolenia pacjenta z otrzymanego leczenia i opieki (45).

Autorzy literatury dotyczącej omawianych zagadnień wskazują, iż lekarze krytykowani są przede wszystkim za ich nieumiejętność nawiązywania właściwych relacji z pacjentami, a w mniejszym stopniu za brak kompetencji merytorycznych (46). Rozmowa pomiędzy lekarzem a pacjentem, obok znaczenia diagnostycznego i informacyjnego, ma także skutek terapeutyczny lub – w przypadku niewłaściwego jej prowadzenia – antyterapeutyczny. Może zapewniać poczucie bezpieczeństwa i pomagać pacjentowi porządkować sytuację związaną

z jego stanem zdrowia, lub stanowić źródło niepokoju. Badania dotyczące komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem wykazują, iż lekarze mają tendencję do przekazywania informacji ściśle technicznych, instrumentalnych, bagatelizując wyrażane przez chorych obawy i niepokoje. Niekiedy lekarze ograniczają się do odpowiadania na pytania pacjentów. Milczą natomiast, gdy pacjent o nic nie pyta (44). Zasadnicze znaczenie czynników związanych z postawą i aktywnością lekarza w terapii pacjentów przewlekle chorych skłania do szczegółowej analizy ich wpływu na efektywność leczenia. Z tego powodu poziom kompetencji społecznych lekarzy i ich wpływ na gotowość pacjentów do współpracy będzie stanowił główny obszar zainteresowania badawczego prezentowanej pracy.



## 2 Cel pracy

Zainteresowanie badawcze niniejszej pracy koncentruje się wokół określenia związku między działaniami lekarza i jego kompetencjami społecznymi, a trwaniem pacjenta w terapii i stosowaniem się do zaleceń lekarskich. Przedstawione badania mają na celu udzielenie odpowiedzi na pytanie o istnienie specyficznych cech pacjentów, jak i poszczególnych elementów aktywności lekarza, które wpływają na efektywność leczenia osteoporozy. Ze względu na wybraną jednostkę chorobową, wnioski będą odnosić się w sposób szczegółowy do czynników związanych z terapią osteoporozy. Jednocześnie pewne obserwacje są bardziej uniwersalne i mogą mieć znaczenie w leczeniu większości chorób przewlekłych.

### 2.1 Cele szczegółowe

Opierając się na założeniach teoretycznych, zawartych w pierwszej części pracy, uznano istnienie szeregu czynników wpływających na efektywność leczenia chorób przewlekłych. Wobec tak postawionego ogólnego celu badawczego wyróżnione zostały następujące cele szczegółowe, wypływające z wniosków postawionych na podstawie analizy założeń teoretycznych zawartych w części teoretycznej.

1. Określenie związku między kompetencjami społecznymi lekarza a stosowaniem się pacjenta do zaleceń medycznych.
  - Czy poziom kompetencji społecznych lekarzy pozostaje w związku ze stosowaniem się pacjentów do zaleceń lekarskich?
  - Czy istnieje związek między poszczególnymi elementami kompetencji społecznych lekarzy, a stosowaniem się pacjentów do zaleceń lekarskich?
  - Czy częstość zgłaszanych przez pacjentów działań niepożądanych pozostaje w związku z poziomem kompetencji społecznych lekarza?
2. Określenie związku między subiektywną oceną dokonywaną przez lekarza dotyczącą emocjonalnego nastawienia do choroby a stosowaniem się do zaleceń lekarskich.
  - Czy istnieje związek między akceptacją choroby a stosowaniem się pacjenta do zaleceń lekarskich w leczeniu osteoporozy?
  - Czy istnieje związek między strachem wywołanym chorobą a stosowaniem się pacjenta do zaleceń lekarskich w leczeniu osteoporozy?

- Czy akceptacja choroby pozostaje w związku z elementami kompetencji społecznych lekarza?
- Czy strach pozostaje w związku z elementami kompetencji społecznych lekarzy?
- Czy akceptacja choroby pozostaje w związku ze zgłaszaniem działań niepożądanych?
- Czy strach wywołany chorobą pozostaje w związku ze zgłaszaniem działań niepożądanych?

### 3. Określenie związku zrozumienia choroby ze stosowaniem się do zaleceń lekarskich.

- Czy istnieje związek między zrozumieniem choroby (przyczyn, rokowań, metod leczenia) a stosowaniem się pacjenta do zaleceń lekarskich w leczeniu osteoporozy?
- Czy zrozumienie choroby przez pacjenta pozostaje w związku z elementami kompetencji społecznych lekarza?
- Czy zrozumienie choroby pozostaje w związku ze zgłaszaniem działań niepożądanych?

### 4. Określenie związku między cechami pacjenta a stosowaniem się do zaleceń lekarskich.

- Czy wykształcenie pacjentów pozostaje w związku ze stosowaniem się do zaleceń lekarskich w leczeniu osteoporozy?
- Czy istnieje niekorzystne oddziaływanie między współwystępowaniem chorób przewlekłych a stosowaniem się do zaleceń lekarskich w leczeniu osteoporozy?
- Czy istnieje związek między czasem od rozpoznania osteoporozy a stosowaniem się do zaleceń lekarskich?
- Wcześniejsze złamania pozostają w związku dodatnim ze stosowaniem się pacjenta do zaleceń lekarskich?
- Czy stopień wygody stosowanego leku określony przez pacjenta wpływa na stosowanie się do zaleceń lekarskich?

## 3 Metoda i narzędzia badawcze

### 3.1 Charakterystyka zmiennych

W badaniu przyjęto następującą zmienną zależną, za którą uznano stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich. Wyznacznikiem danej zmiennej jest poprzez poprawne i regularne zażywanie przez pacjenta przypisanego leku. Ocena stosowania się do zaleceń lekarskich pochodziła z analizy zarejestrowanych twierdzących odpowiedzi pacjentów na pytanie lekarza o przyjmowanie zaleconego leku. Zmienna przyjmowała wartości od 0 do 6 punktów. Za wysoki stopień stosowania się do zaleceń uznano wynik 5-6 punktów, za niski wynik poniżej 4 i poniżej. Jeden punkt przyznawano za 2 miesiące potwierdzonego stosowania leku. Kryterium podziału grup oparto na wynikach badania (47) weryfikującego minimalny poziom stosowania się pacjentów do zaleceń w terapii farmakologicznej osteoporozy. Zgodnie z wnioskami wypływającymi z powyższego badania, przy 60% zgodności zachowań pacjenta z wytycznymi lekarza podczas leczenia preparatami bisfosfonianu, można zaobserwować korzystne zmiany w obrazie badań densytometrycznych. Ustalono zgodność w leczeniu, jeśli chory stosował lek przez 8 miesięcy z 14 miesięcy trwania programu.

Przyjęto także zmienne niezależne, stanowiące źródła wpływu na stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich:

1. główne zmienne niezależne wynikające z cech i kompetencji społecznych lekarza:
  - a) poziom kompetencji społecznych lekarza, który składa się z 4 elementów
    - Kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego
    - Kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach ekspozycji społecznej
    - Kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach wymagających asertywności
    - Skala łączna
  - b) długość stażu pracy lekarza, gdzie zmienna mierzona była w przedziałach dziesięcioletnich : do 10 lat, 11-20 lat, 21-30 lat, powyżej 30lat.
2. główna zmienna niezależna wynikająca z posiadania współwystępujących chorób przewlekłych.
3. główne zmienne niezależne wynikające z oceny nastawienia pacjenta do choroby i sposobu leczenia. Wskaźnikami zmiennej oceny emocjonalnej choroby były:
  - akceptacja choroby
  - strach

Obserwacja i ocena dokonana była przez lekarza leczącego. Badana była również zmienna:

- rozumienie choroby

Zmienną określał wskaźnik wzrostu wiedzy o chorobie dokonany przez pacjenta po zakończeniu badania, oraz wskaźnik zrozumienia oceniony przez lekarza na podstawie obserwacji współpracy pacjenta.

4. zmienne niezależne uboczne wynikające ze statusu demograficznego pacjentów, spośród których brano pod uwagę:

- wiek w przedziałach dziesięcioletnich (do 50 lat, 51-60, 61-70, 71, 80, powyżej 80 lat)
- wykształcenie
  - podstawowe
  - średnie
  - wyższe
- miejsce zamieszkania
  - wieś
  - miasto <50.000 mieszkańców
  - miasto >50.000 mieszkańców
- czas od rozpoznania choroby
  - miesiąc
  - rok
  - 2-5 lat
  - powyżej 5 lat
- występowanie złamań niskoenergetycznych u pacjenta przed przystąpieniem do programu (wystąpienie złamania vs brak złamania)
- stopień wygody stosowania terapii
  - wygodna
  - umiarkowanie wygodna
  - niewygodna
  - niemożliwa do kontynuacji

5. niezależna zmienna uboczna, w zależności od zgłaszanych działań niepożądanych (liczba zgłoszonych działań niepożądanych podczas kolejnych wizyt)

6. wyodrębniono również zmienne niezależne zakłócające, które nie były weryfikowane statystycznie, takie jak:

- poziom kompetencji medycznych lekarzy

- motywacja materialna lekarzy (wynagrodzenie za udział w programie)
- skuteczność leku

### 3.2 Metody zastosowane w badaniu

W celu zbadania poziomu kompetencji społecznych lekarzy zastosowano Kwestionariusz Kompetencji Społecznych autorstwa Anny Matczak (arkusze testowe zakupiono w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego). Wzór arkusza pytań znajduje się w załączniku nr1. Kwestionariusz jest powstałym w Polsce narzędziem, opartym na założeniach teoretycznych M. Argyle'a. Kompetencje społeczne były tu rozumiane jako „złożone umiejętności warunkujące efektywność radzenia sobie w określonego typu sytuacjach społecznych, nabywane przez jednostkę w toku treningu społecznego” (49).

Kwestionariusz jest narzędziem samoopisowym. Badany ma za zadanie określić efektywność z jaką wykonuje poszczególne, wymienione zadania, posługując się czterostopniową skalą. Przy każdym z pytań znajdują się 4 odpowiedzi, z których badany zaznacza 1 wybraną: „zdecydowanie dobrze”, „nieźle”, „raczej słabo”, „zdecydowanie słabo”. Część pozycji w kwestionariuszu określa czynności o charakterze społecznym. Odpowiedzi na pytania w nich zawarte są podstawą do oceny kompetencji w tym zakresie. Pozostałe pozycje przedstawiają czynności intelektualne, techniczne, artystyczne czy ruchowe. Łączna liczba pozycji wynosi 90, w tym 60 to pozycje diagnostyczne. Pozostałe pytania nie są diagnostyczne (dotyczą umiejętności niespołecznych) i mają na celu zmniejszenie ryzyka tendencyjnego sposobu odpowiadania przez badanych. Pozycje kwestionariusza składają się na 3 czynnikowe skale:

- I - kompetencje związane z efektywnością działania w sytuacjach wymagających bliskiego emocjonalnego kontaktu (15 pozycji)
- ES - kompetencje warunkujące efektywność w sytuacjach ekspozycji społecznej (18 pozycji)
- A - kompetencje umożliwiające efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności (17 pozycji).

Wynik jest sumą punktów uzyskanych w pytaniach diagnostycznych. Może być analizowany zarówno w formie łącznej (zsumowany wynik 3 podskal z włączeniem 8 pozycji niezawartych w podskalach), lub poprzez osobne ujęcie trzech wyników cząstkowych,

świadczących o poszczególnych kompetencjach (*op. cit.*)

Odpowiedzi na pytania zawarte w poszczególnych pozycjach punktowane są w skali 1 - 4, gdzie 1 punkt przyznaje się za odpowiedź „zdecydowanie źle”, a 4 punkty za odpowiedź „zdecydowanie dobrze”. Minimalny wynik w skali I wynosi 15, maksymalny 60 punktów. Minimalny wynik w skali ES wynosi 18, maksymalny 72 punkty, natomiast wartości dla skali A wynoszą min. 17, maks. 68 punktów. Maksymalny wynik w sali łącznej wynosi 240 punktów, zaś minimalny to 60 punktów.

Tabela 1 Przedziały punktowe KKS określające poziom poszczególnych kompetencji społecznych (normy dla dorosłych)

KKS	INTYMNOŚĆ (KS I)		EKSPOZYCJA SPOŁECZNA (KS ES)		ASERTYWNOŚĆ (KS A)		SKALA ŁĄCZNA (KS)	
	M	K	M	K	M	K	M	K
Min. i max. punktacja	15-60		18-72		17-68		60-240	
Normy dla kobiet(K) i mężczyzn (M)	M	K	M	K	M	K	M	K
Poz. niski	<37	<38	<43	<42	<40	<39	<151	<150
	37-48	39-49	37-48	43-61	41-57	40-55	152-196	151-197
Poz. przeciętny	>49	>50	>49	>62	>58	>56	>197	>198
Poz. Wysoki								

Źródło: opracowano na podstawie Matczak, A. *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa 2007

Dane dotyczące pacjentów, uzyskano na podstawie kwestionariuszy wypełnianych przez lekarzy podczas kolejnych wizyt.

### 3.3 Organizacja badań

Badanie przedstawione w pracy zostało przeprowadzone w ramach projektu zaplanowanego i finansowanego przez Stowarzyszenie Scholaris: „Ocena efektywności terapii

i współpracy z pacjentem chorym przewlekle na przykładzie osteoporozy”. Scholaris jest Stowarzyszeniem Użyteczności Publicznej (KRS 0000165075), założonym w 2006r. Ma na celu wspieranie działań polegających na edukacji i popularyzacji wiedzy dotyczącej postępowania z pacjentami leczonymi z powodu chorób przewlekłych. Program badania uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, dnia 09.11.2006.

Do udziału w projekcie zaproszono lekarzy, których specjalizacja łączyła się potencjalnie z zadaniem leczenia osteoporozy. Projekt zrealizowano w 5 ośrodkach na terenie Polski. Kierownikami poszczególnych ośrodków były: Horst-Sikorska W., Sewerynek E., Szarzyńska-Ruda M., Głogowska-Szeląg J., Czuszyńska, Z.

Lekarze otrzymywali wynagrodzenie finansowe ze środków Stowarzyszenia w zamian za dostarczanie dokumentacji z wizyt pacjentów. Przed pierwszą wizytą pacjentów dokonano pomiaru kompetencji społecznych lekarzy opiekujących się pacjentami.

Pacjenci włączeni do programu byli diagnozowani w kierunku osteoporozy przed przystąpieniem do projektu. Ze względu na powszechność występowania różnorodnych chorób przewlekłych w wieku podeszłym, do badania włączano tylko takich pacjentów, których choroby i terapia nie kolidowały z przyjmowaniem leków na osteoporozę. Udział lekarzy i pacjentów był dobrowolny i uzyskano w tym zakresie stosowne zgody. Arkusz zgody znajduje się w załączniku nr 2. Dla każdego pacjenta przewidziano 7 wizyt w dwumiesięcznych odstępach. Pacjentom zalecono stosowanie alendronianu w dawce 70 mg. Wybór takiego samego leku był podyktowany koniecznością wyeliminowania ewentualnego wpływu różnych preparatów na utrzymanie pacjenta w leczeniu. Alendronian jest lekiem o udowodnionej skuteczności działania (49-52), zalecanym w terapii osteoporozy pomenopauzalnej i osteoporozy u mężczyzn. Znajduje się na liście refundacyjnej Ministerstwa Zdrowia. Lek był wykupywany przez chorych we własnym zakresie.

Lekarze informowali pacjentów o problemach wynikających z występowania choroby i zasad leczenia wykorzystując w tym celu posiadane materiały a następnie oceniali współpracę pacjentów podczas trwania programu. Wybór materiałów oraz treści edukacyjnych był dokonywany indywidualnie przez każdego lekarza.

Ze względu na różnorodność informacji zbieranych podczas wizyt pacjentów, w przedstawieniu organizacji badania ujmuje się tylko wybrane dane. Pominięto parametry medyczne, których nie wykorzystano w rozprawie doktorskiej, a są elementem badania Projektu Scholaris. Wzory formularzy poszczególnych wizyt umieszczono w załącznikach nr 3, 4, 5.

### **3.3.1 Organizacja I wizyty**

Podczas pierwszej wizyty zbierano szczegółowe dane metryczne pacjentów:

- wiek
- wykształcenie
- miejsce zamieszkania

Zbierano informacje dotyczące czasu trwania choroby, wystąpienia złamań w rodzinie oraz u badanego, przed przystąpieniem do programu.

Odnotowywano występowanie innych, równolegle przebiegających chorób przewlekłych.

### **3.3.2 Organizacja wizyt II-VI**

Podczas kolejnych wizyt zbierano dane dotyczące wystąpienia złamania. Ponadto sprawdzano zażywanie leku, oraz pojawienie się spontanicznych działań niepożądanych, które mogły być związane ze stosowaniem leku.

### **3.3.3 Organizacja VII wizyty**

Podczas ostatniej wizyty również zbierano informacje o stosowaniu leku, występowaniu złamań i działań niepożądanych. Pytano pacjenta o ocenę terapii i poziom zwiększenia wiedzy dotyczącej osteoporozy. Lekarz oceniał stosunek badanego do choroby i konieczności długotrwałego przyjmowania leku. Pacjent miał ocenić przydatność przedstawionych mu materiałów edukacyjnych.

## **3.4 Charakterystyka grupy badanej**

Do udziału w programie zaproszono 72 lekarzy i 739 pacjentów obu płci. W badaniu wzięło udział 46 lekarzy i 657 pacjentów. Dane z wizyt pacjentów uzyskano od 42 lekarzy.

Poniżej przedstawiono wartości opisywanych zmiennych.

### **3.4.1 Wynik analizy statystycznej zmiennej - płeć lekarzy**



Analizie statystycznej podlegały wyniki dotyczące 42 lekarzy, w tym 33 kobiet i 9 mężczyzn.

### 3.4.2 Wynik analizy statystycznej zmiennej - Kwestionariusz Kompetencji Społecznych

Wyniki zmiennych przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2 Wyniki zmiennych - poziom poszczególnych wymiarów kompetencji społecznych lekarzy

<b>Zmienna</b>	<b>N</b>	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>średnia</b>	<b>SD</b>
KS	42	142	234	185,51	19,710
KS I	42	31	65	50,21	8,084
KS ES	42	34	70	55,29	7,734
KS A	42	33	67	47,06	7,734

Źródło: opracowanie własne

### 3.4.3 Wynik analizy statystycznej zmiennej - długość stażu pracy lekarzy

Długość stażu pracy lekarzy wynosiła od 1,5 roku do 43 lat.

Tabela 3 Wyniki zmiennej - długość stażu pracy lekarzy

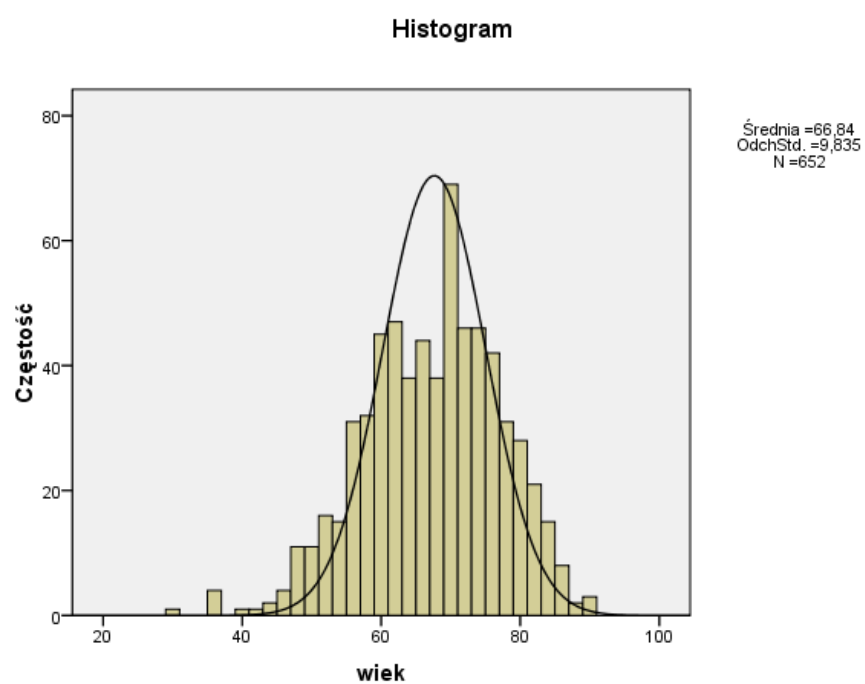
<b>zmienna</b>	<b>N</b>	<b>min</b>	<b>max</b>	<b>średnia</b>	<b>SD</b>
Długość stażu	42	1,5	43	20,38	8,7663

Źródło: opracowanie własne

### 3.4.4 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wiek pacjentów

W grupie badanej znalazło się 656 pacjentów, w tym 655 kobiet i 2 mężczyzn. Wiek pacjentów wynosił minimalnie 30, maksymalnie 89 lat (średnia 66,8). Rozkład liczbowy badanej grupy z uwzględnieniem wieku przedstawia tabela i wykres poniżej.

Rycina 2 Rozkład liczbowy zmiennej - wiek pacjentów



Źródło: opracowanie własne

Tabela 4 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wiek pacjentów

<b>Zmienna</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Średnia</b>	<b>SD</b>
Wiek pacjentów	652	30	89	66,84	9,835

Źródło: opracowanie własne

### 3.4.5 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wykształcenie pacjentów

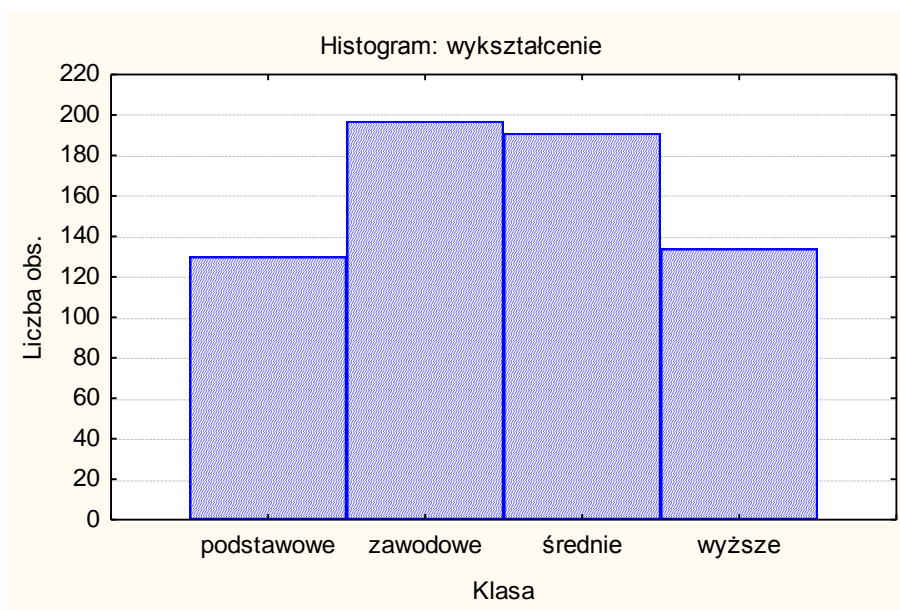
Poziom wykształcenia przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wykształcenie pacjentów

Poziom wykształcenia	częstość	procent
Podstawowe	130	20
Zawodowe	197	30
Średnie	191	29
Wyższe	134	20
Braki danych	4	0,6

Źródło: opracowanie własne

Rycina 3 Rozkład liczbowy zmiennej - wykształcenie pacjentów



Źródło: opracowanie własne

### 3.4.6 Wynik analizy statystycznej zmiennej - miejsce zamieszkania

Spośród badanych pacjentów 80% pochodziło z miasta powyżej 50.000 mieszkańców.

Tabela 6 Wynik analizy statystycznej zmiennej - miejsce zamieszkania pacjentów

<b>Zmienna - miejsce zamieszkania</b>	<b>częstość</b>	<b>procent</b>
Wieś	60	9
Miasto poniżej 50.000	70	11
Miasto powyżej 50.000	523	80
Ogółem	653	100
Braki danych	3	0,5

Źródło: opracowanie własne

### 3.4.7 Wynik analizy statystycznej zmiennej - długość trwania choroby

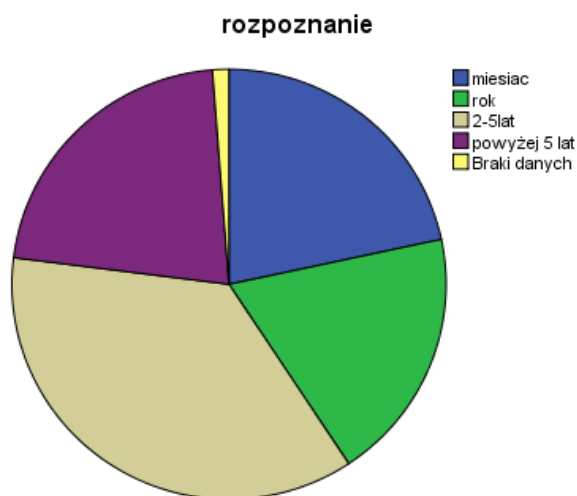
Poniżej przedstawiono dane dotyczące czasu od rozpoznania choroby u badanych. U 36% pacjentów rozpoznano osteoporozę w przedziale czasowym od 2 do 5 lat przed rozpoczęciem programu.

Tabela 7 Wynik analizy statystycznej - czas od rozpoznania osteoporozy

<b>Zmienna - czas od rozpoznania choroby</b>	<b>częstość</b>	<b>procent</b>
Miesiąc	142	22
Rok	125	19
2-5 lat	238	36
Powyżej 5 lat	143	22
Ogółem	648	99
Braki danych	8	1

Źródło: opracowanie własne

Rycina 4 Rozkład zmiennej - czas od rozpoznania osteoporozy



Źródło: opracowanie własne

### 3.4.8 Wynik analizy statystycznej zmiennej - współwystępowanie chorób przewlekłych

U 75% badanych odnotowano współwystępowanie innych chorób przewlekłych.

Tabela 8 Wynik analizy statystycznej zmiennej - występowanie chorób przewlekłych

Zmienna - współwystępowanie chorób przewlekłych	częstość	procent
Współwystępujące choroby przewlekłe	490	75
Brak chorób przewlekłych	154	24
Ogółem	644	98
Braki danych	12	2

Źródło: opracowanie własne

### 3.4.9 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wystąpienie złamań przed przystąpieniem do programu

Przed przystąpieniem do programu 40% pacjentów doznało złamania.

Tabela 9 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wystąpienie złamań przed przystąpieniem do programu

Zmienna - wystąpienie złamań przed programem	częstość	procent
Złamanie u pacjenta	260	40
Brak złamania	391	60
Ogółem	651	99
Braki danych	5	0,8

Źródło: opracowanie własne

### 3.4.10 Wynik analizy statystycznej zmiennej - poziom wiedzy o chorobie

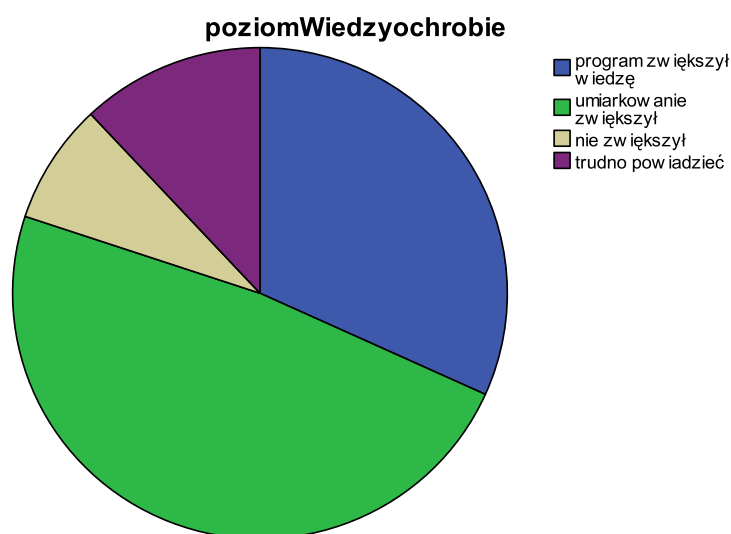
Poziom wiedzy na temat osteoporozy i sposobów jej leczenia wzrósł znacząco na skutek programu u 29% badanych.

Tabela 10 Wynik analizy statystycznej zmiennej - poziom wiedzy o chorobie

Zmienna - poziom wiedzy o chorobie	Częstość	procent
Zdecydowany wzrost wiedzy	176	29
Umiarkowany wzrost wiedzy	286	44
Wiedza nie zwiększyła się	45	7
Trudno powiedzieć	69	11

Źródło: opracowanie własne

Rycina 5 Rozkład zmiennej - poziom wiedzy o chorobie



Źródło: opracowanie własne

### 3.4.11 Wynik analizy statystycznej zmiennej - rozumienie choroby w ocenie lekarzy

Tabela 11 Wynik analizy statystycznej zmiennej - rozumienie choroby w ocenie lekarza

<b>Zmienna - rozumienie choroby w ocenie lekarza</b>	<b>częstość</b>	<b>procent</b>
rozumienie	351	60
Brak zrozumienia	239	41
Ogółem	590	90
Braki danych	66	10

Źródło: opracowanie własne

### 3.4.12 Wynik analizy statystycznej zmiennej - akceptacja choroby i proponowanej metody leczenia w ocenie lekarzy

Akceptację choroby i metod leczenia lekarze zaobserwowali u 49% pacjentów.

Tabela 12 Wynik analizy statystycznej zmiennej - akceptacja choroby i proponowanej metody leczenia w ocenie lekarzy

<b>Zmienna - akceptacja w ocenie lekarza</b>	<b>częstość</b>	<b>procent</b>
akceptacja	323	45
Brak akceptacji	268	55
Ogółem	591	90
Braki danych	65	99

Źródło: opracowanie własne

### 3.4.13 Wynik analizy statystycznej zmiennej - strach przed chorobą w ocenie lekarzy

Strach w ocenie lekarzy przejawiało 19% pacjentów.

Tabela 13 Wynik analizy statystycznej zmiennej-strach przed chorobą w ocenie lekarzy

<b>Zmienna-strach w opinii lekarza</b>	<b>częstość</b>	<b>procent</b>
Strach	122	19
Brak strachu	468	71
Ogółem	590	90
Braki danych	66	10

Źródło: opracowanie własne

### 3.4.14 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wygoda stosowania terapii

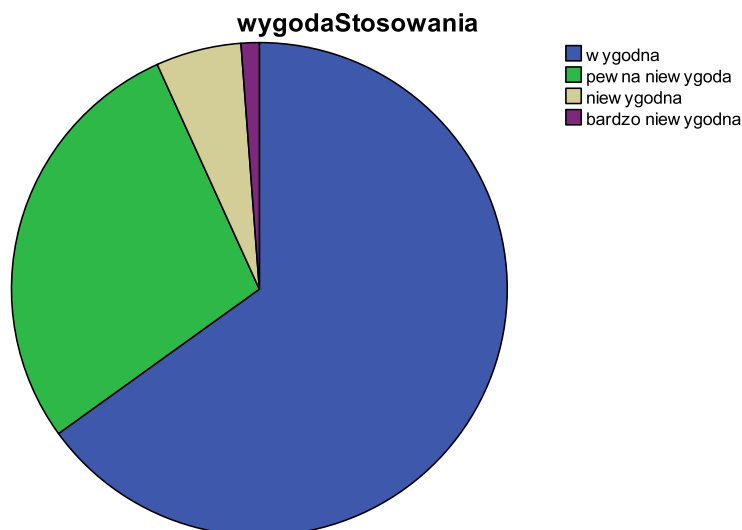
Prawie 59 procent badanych uznało proponowaną metodę leczenia osteoporozy za wygodną, dla 1 procenta terapia alendronianem była niemożliwa do kontynuacji.

Tabela 14 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wygoda stosowania terapii

Zmienna - ocena terapii alendronianem	liczba	procent
Dogodna forma terapii	385	59
Stosowaniu terapii towarzyszyła pewna niewygoda	167	26
Terapia niewygodna	33	5
Nie możliwa do kontynuacji	7	1

Źródło: opracowanie własne

Rycina 6 Rozkład liczbowy zmiennej - wygoda stosowania terapii



Źródło: opracowanie własne

### 3.4.15 Wynik analizy statystycznej zmiennej - zgłaszanie działań niepożądanych

Podczas trwania programu 86% chorych zgłosiło pojedyncze działania niepożądane, które pacjenci łączyli z działaniem leku. Działania niepożądane podczas całości trwania programu zgłosił 1 pacjent.



Tabela 15 Wynik analizy statystycznej zmiennej - zgłaszanie działań niepożądanych

<b>Zmienna - liczba przypadków zgłaszania działań niepożądanych przez 1 pacjenta podczas trwania programu</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>liczba</b>	568	52	5	7	4	1
<b>procent</b>	87	8	3	1	0,6	0,2

Źródło: opracowanie własne

### 3.4.16 Wynik analizy statystycznej zmiennej - liczba odbytych wizyt w trakcie trwania programu

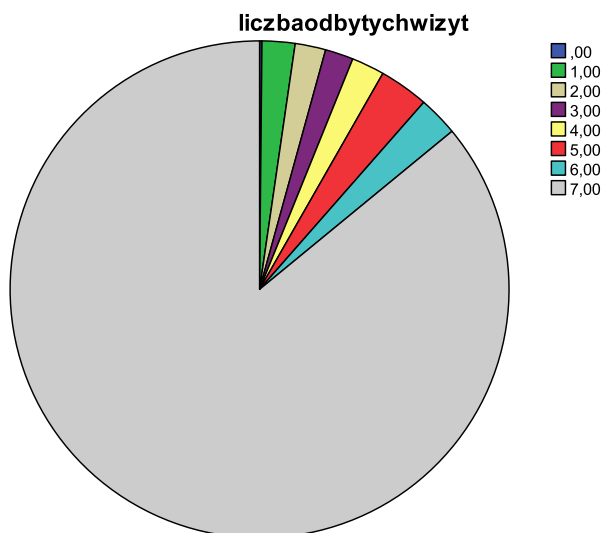
Wszystkie zaplanowane wizyty odbyło 86% badanych.

Tabela 16 Wynik analizy statystycznej zmiennej - liczba odbytych wizyt w trakcie trwania programu

<b>Zmienna - liczba odbytych wizyt</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Ogółem</b>
częstość	14	13	12	14	21	17	584	656
procent	2	2	2	2	3	3	86	100

Źródło: opracowanie własne

Rycina 7 Rozkład zmiennej - liczba odbytych wizyt w trakcie trwania programu



Źródło: opracowanie własne

## 4 Wyniki

W celu zweryfikowania czynników modulujących efektywność współpracy w procesie leczenia osteoporozy wyodrębniono 2 grupy pacjentów:

- Grupa A cechująca się wysokim poziomem stosowania się do zaleceń medycznych,
- Grupa B cechująca się niskim stopniem stosowania się do zaleceń medycznych.

Następnie porównano wyniki analiz statystycznych poszczególnych zmiennych w badanych grupach.

### 4.1 Określenie związku między kompetencjami społecznymi lekarza a stosowaniem się pacjenta do zaleceń

#### 4.1.1 Związek między długością stażu pracy lekarza a stosowaniem się pacjenta do zaleceń

Średnia długość stażu pracy lekarzy w grupie o dobrej współpracy (A) wynosiła 21 lat, w grupie o słabej współpracy (B) - 20 lat; nie różniła się istotnie w badanych grupach.

#### 4.1.2 Związek między poziomem kompetencji społecznych lekarzy a stosowaniem się pacjentów do zaleceń lekarskich

Analiza statystyczna wykazała istotną dodatnią zależność między poziomem kompetencji społecznych lekarza a stosowaniem leku przez pacjenta ( $p=0,03$ ).

Tabela 17 Wynik analizy korelacji zmiennych: kompetencje społeczne lekarza i stosowanie leku przez pacjentów w trakcie trwania programu

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana	p
KS/stosowanie leku	0,086149	0,029828

Źródło: opracowanie własne

Badane grupy nie różniły się w sposób istotny pod względem poziomu kompetencji

społecznych lekarzy w skali łącznej ( $p=0,053$ ) wykazywały natomiast istotne różnice w podskalach Kwestionariusza Kompetencji Społecznych ( $p<0,001$ ).

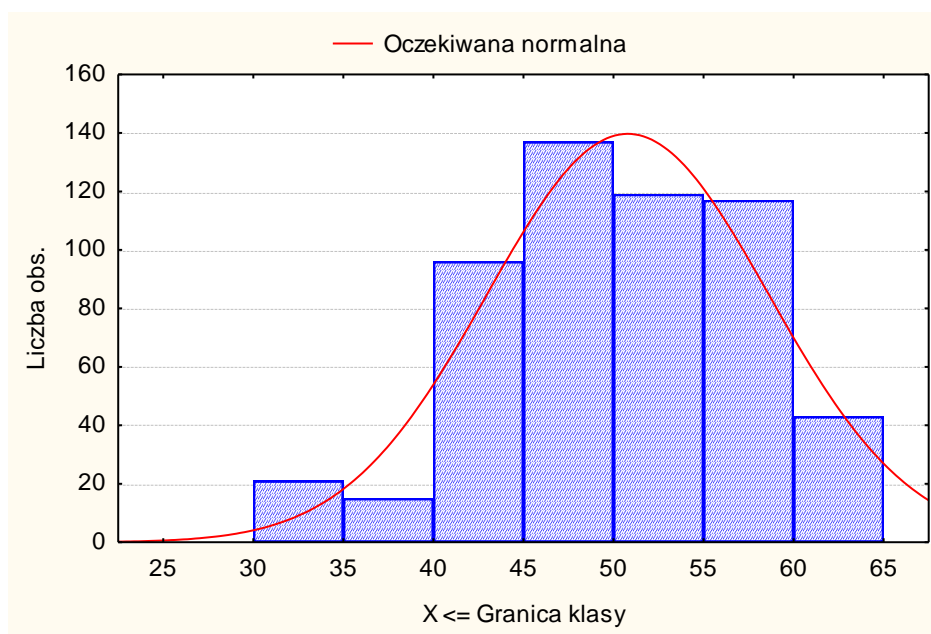
Tabela 18 Różnice intergrupowe w zakresie poziomu kompetencji społecznych lekarzy

zmienne	średnia		SD		P
	Gr A	Gr B	Gr A	Gr B	
KS	186,23	181,17	19,35	21,43	NS
KS I	50,80	46,53	7,82	8,72	<0,001
KS ES	55,98	51,10	8,79	8,77	<0,001
KS A	46,66	49,80	7,62	7,99	<0,001

Źródło: opracowanie własne

Rozkład wartości zmiennej kompetencje społeczne lekarzy w sytuacjach interpersonalnych (grupa A) był zbliżony do rozkładu normalnego.

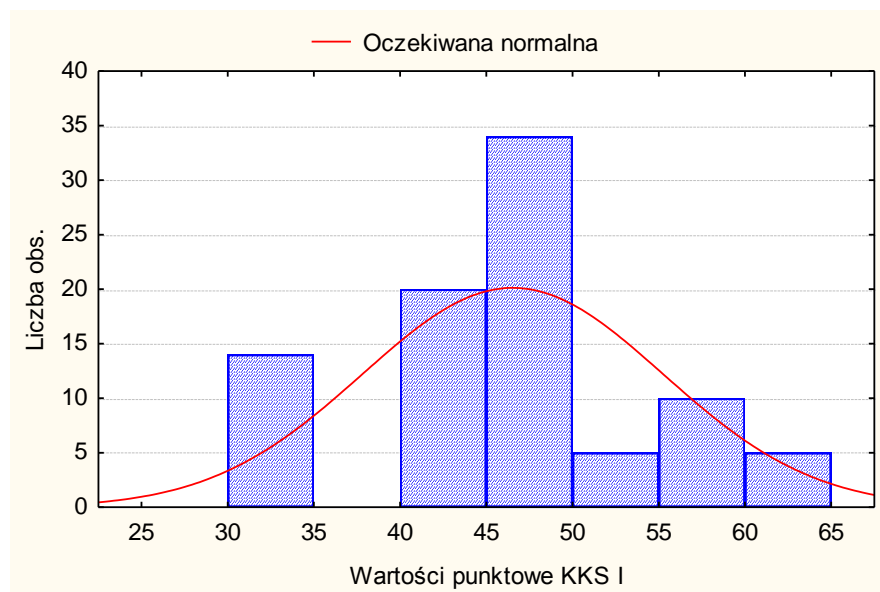
Rycina 8 Rozkład wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach interpersonalnych w grupie A



Źródło: opracowanie własne

Rozkład wartości zmiennej kompetencje społeczne lekarzy w sytuacjach interpersonalnych (grupa B) był zbliżony do rozkładu normalnego.

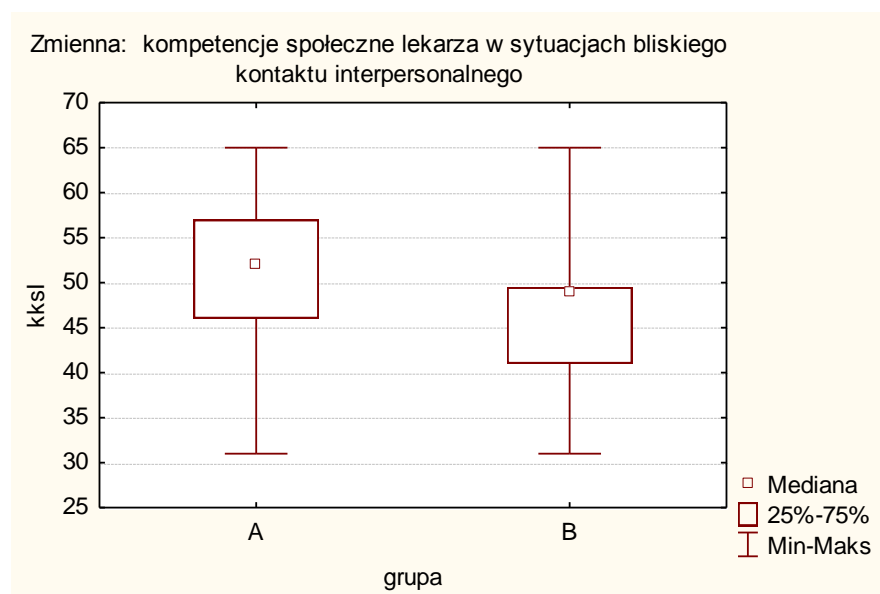
Rycina 9 Rozkład wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach interpersonalnych w grupie B



Źródło: opracowanie własne

Porównanie średnich wartości zmiennej kompetencje społeczne lekarzy w sytuacjach interpersonalnych przedstawia poniższy wykres.

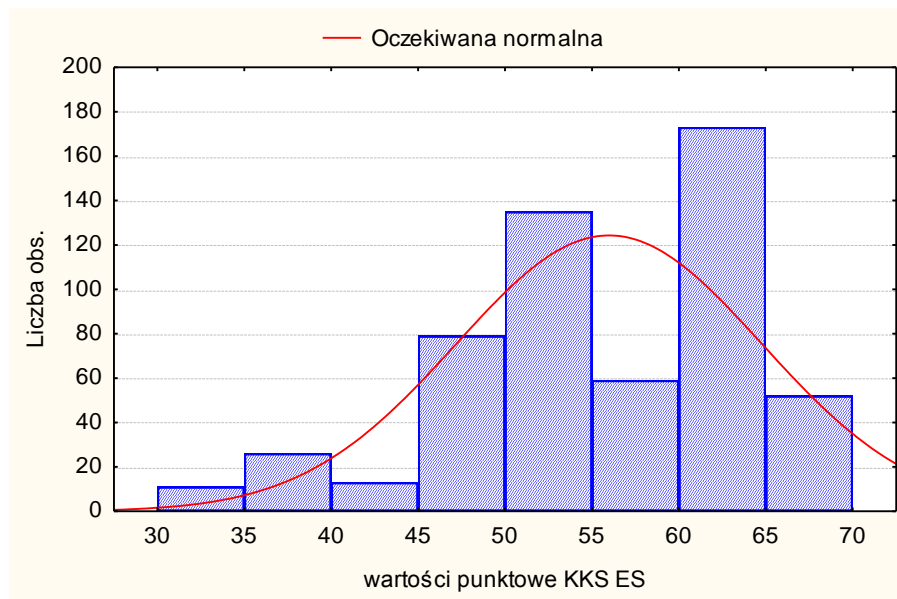
Rycina 10 Porównanie średnich wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego



Źródło: opracowanie własne

Rozkład wartości zmiennej kompetencje społeczne lekarzy w sytuacjach ekspozycji społecznej (grupa A) był zbliżony do rozkładu normalnego.

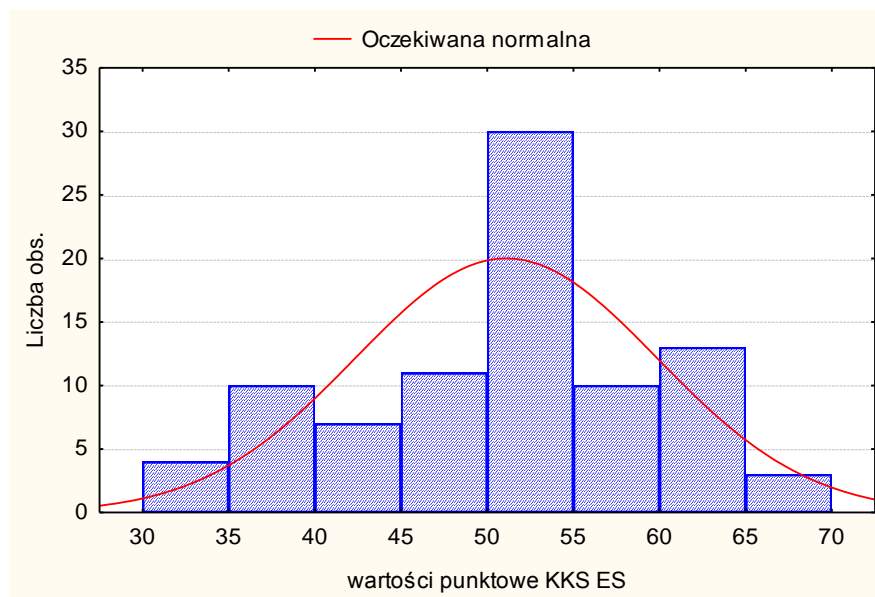
Rycina 11 Rozkład wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w ekspozycji społecznej w grupie A



Źródło: opracowanie własne

Rozkład wartości zmiennej kompetencje społeczne lekarzy w sytuacjach ekspozycji społecznej (grupa B) był zbliżony do rozkładu normalnego.

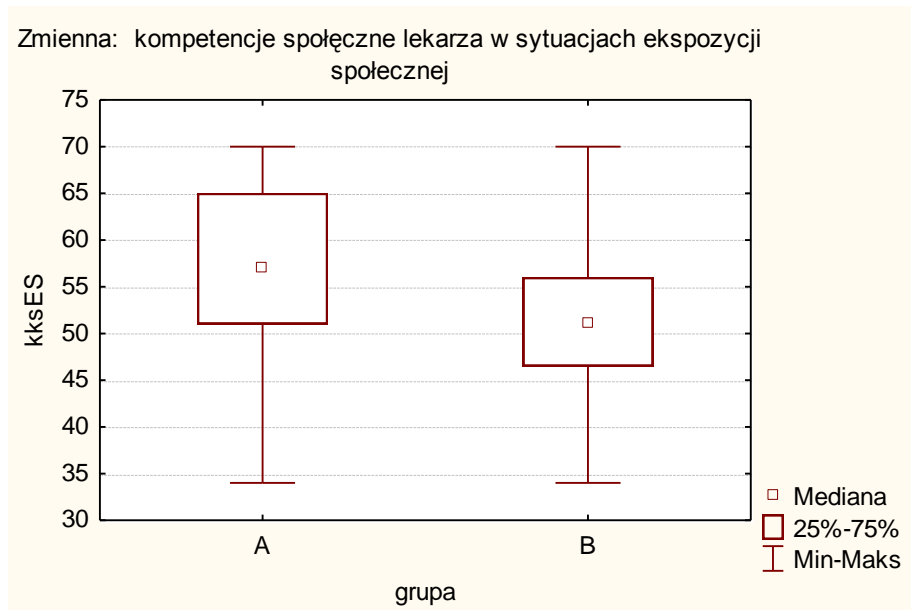
Rycina 12 Rozkład wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach ekspozycji społecznej w grupie B



Źródło: opracowanie własne

Porównanie średnich wyników zmiennej kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach ekspozycji społecznej przedstawiono na rycinie 12.

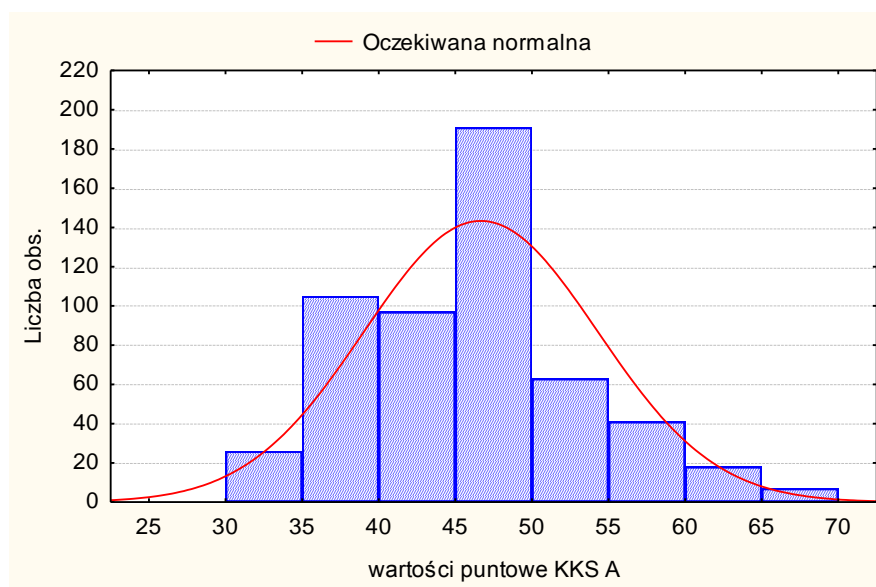
Rycina 13 Porównanie średnich wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w ekspozycji społecznej



Źródło: opracowanie własne

Rozkład zmiennej kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach wymagających asertywności w grupie A wykazywał cechy zbliżone do rozkładu normalnego.

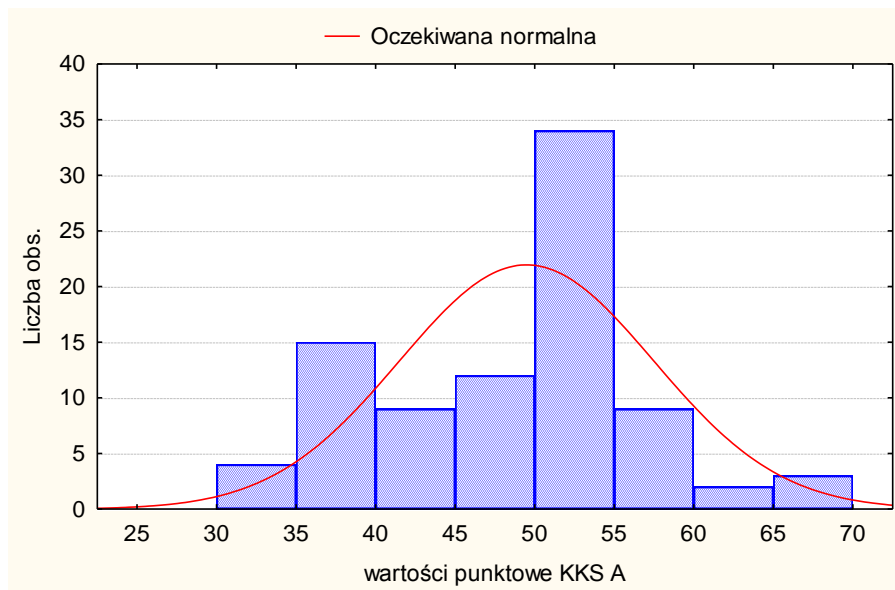
Rycina 14 Rozkład wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach wymagających asertywności



Źródło: opracowanie własne

Rozkład zmiennej kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach wymagających asertywności w grupie B wykazywał cechy zbliżone do rozkładu normalnego.

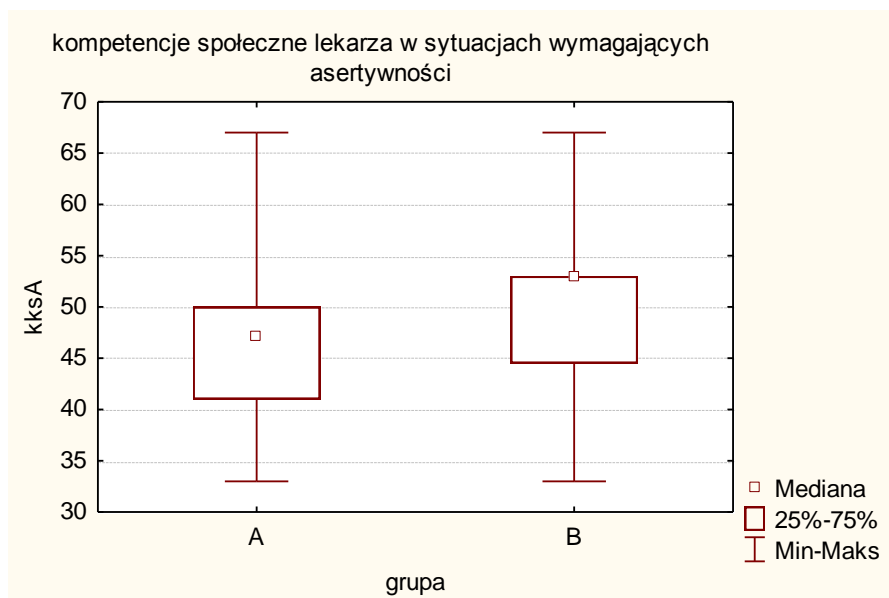
Rycina 15 Rozkład wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach wymagających asertywności w grupie B



Źródło: opracowanie własne

Porównanie średnich wartości zmiennej kompetencji społeczne lekarza w sytuacjach wymagających asertywności przedstawiono na rycinie 15.

Rycina 16 Porównanie średnich wartości zmiennej - kompetencji społeczne lekarza w sytuacjach wymagających asertywności



Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna wykazała istotną zależność pomiędzy elementami kompetencji społecznych lekarza a stosowaniem przez pacjenta leku ( $p < 0,001$ ). Wzrost kompetencji w zakresie Intymności oraz Ekspozycji Społecznej korelował dodatnio ze stosowaniem się do zaleceń lekarskich, natomiast wysoki poziom Asertywności korelował ujemnie.

Tabela 19 Wynik analizy korelacji zmiennych: wymiary kompetencji społecznych lekarza i stosowanie leku

<b>Para zmiennych</b>	<b>Korelacja R Spearmana</b>	<b>P</b>
KS I/ stosowanie leku	0,20	<0,001
KS ES/ stosowanie leku	0,19	<0,001
KS A/ stosowanie leku	-0,16	<0,001

Źródło: opracowanie własne

Badane grupy pacjentów w sposób znaczący różniły się liczbą zgłoszonych działań niepożądanych przypadającą na 1 pacjenta ( $p < 0,001$ ). Średnia w grupie o dobrej współpracy wyniosła 0,18, w porównaniu z drugą grupą (0, 66). Wyniki analizy statystycznej nie potwierdziły związku między ogólnym poziomem kompetencji społecznych lekarza a częstością zgłaszanych przez pacjentów działań niepożądanych. Zgłaszanie działań niepożądanych przez pacjentów nie wpływało również na liczbę wizyt jaką odbyli podczas trwania programu Scholaris.

Analiza testem porządku rang Spearmana wskazała ujemną korelację między stosowaniem leku a zgłaszaniem działań niepożądanych w obu badanych grupach ( $p=0$ ).

Tabela 20 Wynik analizy korelacji zmiennych: stosowanie leku przez pacjenta i zgłaszanie działań niepożądanych

<b>Para zmiennych - Stosowanie leku/ liczba przypadków zgłaszania działań niepożądanych przez 1 pacjenta podczas trwania programu</b>	<b>Korelacja R Spearmana</b>	<b>P</b>
Ogólnie	-2,2	0
Grupa A	-0,09	0,02
Grupa B	0,21	0,04

Źródło: opracowanie własne



Tabela 21 Wynik analizy korelacji zmiennych: wymiary kompetencji społecznych lekarza i zgłaszanie działań niepożądanych

Para zmiennych - grupa B	Korelacja R Spearmana	P
KS/ liczba przypadków zgłaszania działań niepożądanych przez 1 pacjenta podczas trwania programu	-	NS
KS I/ liczba przypadków zgłaszania działań niepożądanych przez 1 pacjenta podczas trwania programu	0,24	<0,02
KS ES/ liczba przypadków zgłaszania działań niepożądanych przez 1 pacjenta podczas trwania programu	-	NS
KS A/ liczba przypadków zgłaszania działań niepożądanych przez 1 pacjenta podczas trwania programu	-0,22	<0,04

Źródło: opracowanie własne

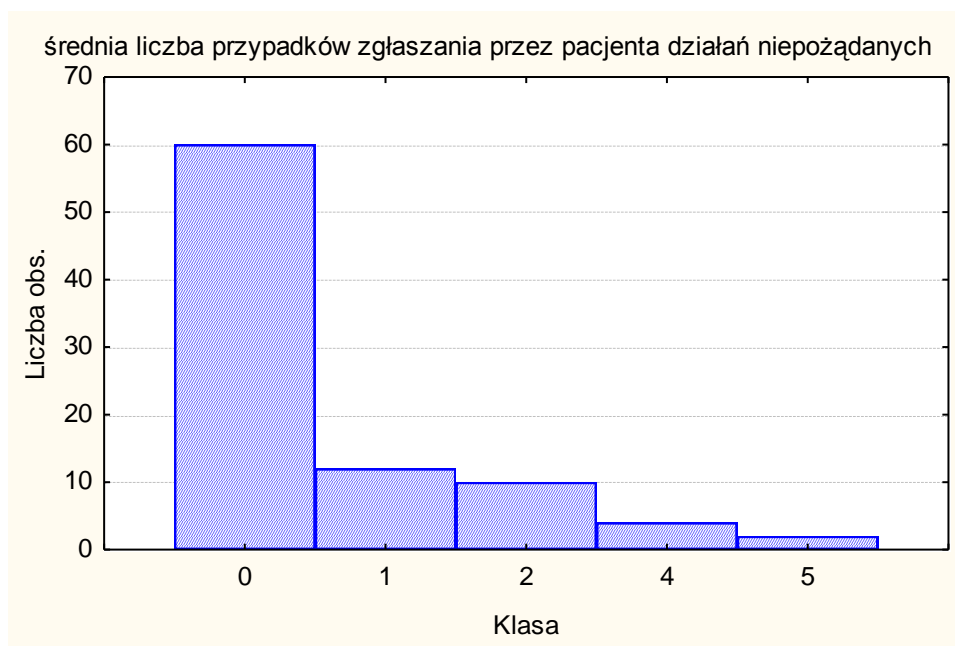
Szczegółowe badanie intragrupowe wskazały dodatnią korelację w grupie B między wymiarem KS I a zgłaszaniem działań niepożądanych ( $p=0,02$ ), oraz ujemną korelację między wymiarem KS A a zgłaszaniem przez pacjenta działań niepożądanych ( $p=0,04$ ). Natomiast w grupie A nie wykryto zależności między wymiarami kompetencji społecznych a częstością zgłaszania działań niepożądanych przez pacjentów.

Rycina 17 Rozkład zmiennej - zgłaszanie działań niepożądanych w grupie A



Źródło: opracowanie własne

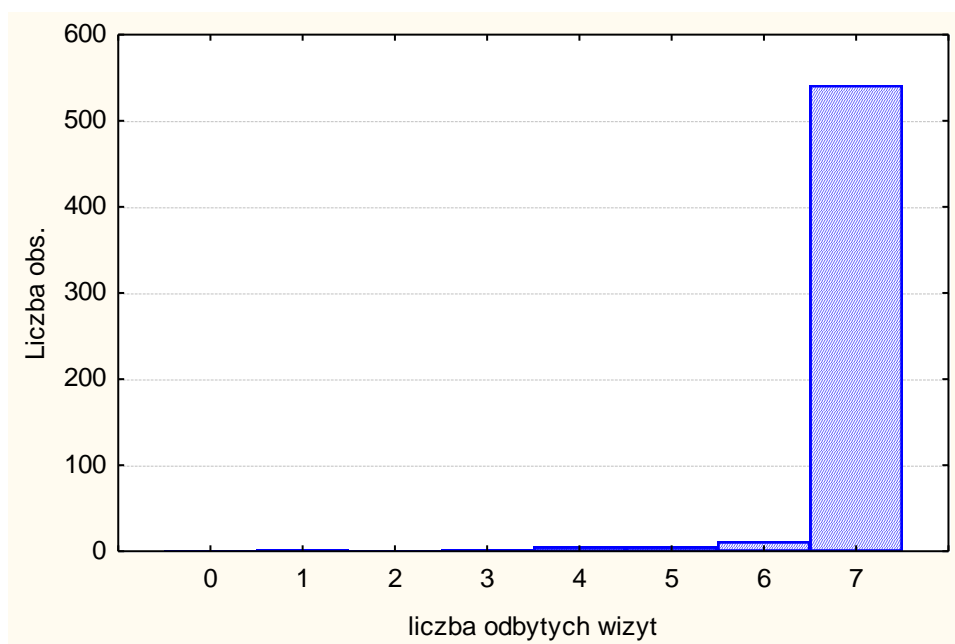
Rycina 18 Rozkład zmiennej - zgłaszanie działań niepożądanych w grupie B



Źródło: opracowanie własne

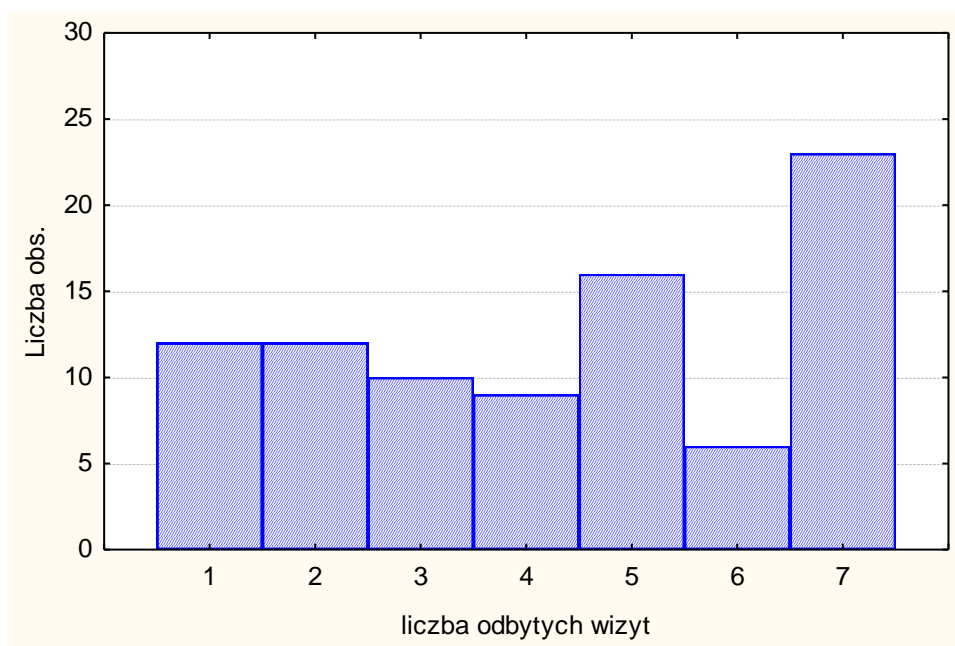
Badane grupy różniły się w sposób znaczący liczbą odbytych wizyt podczas trwania programu. Nie odnotowano natomiast związku między liczbą odbytych wizyt a poziomem kompetencji społecznych lekarza.

Rycina 19 Rozkład zmiennej - liczba odbytych wizyt w grupie A



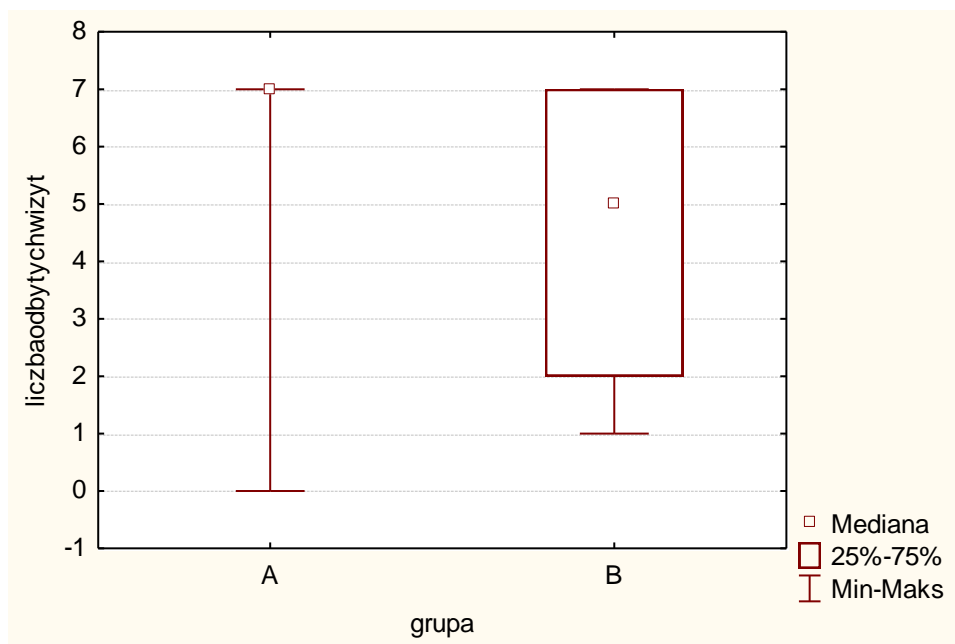
Źródło: opracowanie własne

Rycina 20 Rozkład zmiennej - liczba odbytych wizyt w grupie B



Źródło: opracowanie własne

Rycina 21 Porównanie międzygrupowe średniej liczby odbytych wizyt podczas trwania programu



Źródło: opracowanie własne

## 4.2 Określenie związku między subiektywną oceną dokonywaną przez lekarza dotyczącą emocjonalnego nastawienia do choroby a stosowaniem się do zaleceń lekarskich

W grupie charakteryzującej się dobrą współpracą zaobserwowano istotnie wyższy poziom akceptacji choroby u pacjentów w ocenie lekarzy, w grupie A wyniósł w przybliżeniu 56%, w grupie B 33% ( $p=0,011$ ).

Tabela 22 Porównanie międzygrupowe występowanie akceptacji choroby i proponowanych metod leczenia

Zmienna: nastawienie emocjonalne	Grupa A		Grupa B		p
	liczba	procent	liczba	procent	
Akceptacja	312	56	22	33	$p=0,01$

Źródło: opracowanie własne

Badanie testem Chi-kwadrat wykazało istotną różnicę w raportowaniu akceptacji pod względem poziomu kompetencji społecznych lekarza ( $p<001$ ).

Tabela 23 Zależność zgłaszania akceptacji choroby i proponowanych metod leczenia od poziomu kompetencji społecznych lekarza

KS	akceptacja %	p
Wynik wysoki	65	$<0,001$
Wynik niski	57	

Źródło: opracowanie własne

Zbadano różnice w częstotliwości podawania strachu u pacjentów w ocenie lekarzy. Grupy nie różniły się istotnie pod względem częstotliwości występowania strachu u pacjentów w ocenie lekarzy. Analiza statystyczna nie wykazała istotnych zależności między poziomem kompetencji społecznych lekarza a raportowaniem strachu u pacjentów.

Szczegółowa analiza testem V-Cramera wymiarów kompetencji społecznych wykazała iż wraz ze wzrostem poziomu KS I malała częstość obserwowanego u pacjentów strachu (współczynnik korelacji wyniósł 0,17,  $p<0,001$ ).

Tabela 24 Zależność zgłaszania strachu przed chorobą od poziomu kompetencji społecznych lekarza

<b>KS I</b>	<b>Strach %</b>	<b>p</b>
Wynik wysoki	15	p<0,001
Wynik niski	42	

Źródło: opracowanie własne

Wykazano związek między poziomem asertywności lekarzy a częstością raportowania akceptacji (p <0,001). Analiza wyników testu wykazała wzrost częstości raportowania akceptacji wraz ze wzrostem poziomu asertywności lekarza. Współczynnik korelacji w teście V-Cramera wyniósł 0,15.

Tabela 25 Zależność zgłaszania akceptacji choroby i proponowanych metod leczenia od poziomu kompetencji społecznych lekarza w sytuacjach wymagających asertywności

<b>KS A</b>	<b>Akceptacja %</b>	<b>p</b>
Wynik wysoki	66	<0,001
Wynik niski	64	

Źródło: opracowanie własne

Nie stwierdzono związku między częstością zgłaszania działań niepożądanych a akceptacją choroby ani strachem.

### **4.3 Określenie związku zrozumienia choroby ze stosowaniem się do zaleceń lekarskich**

Analiza statystyczna nie potwierdziła istotnych różnic między grupami w zakresie rozumienia choroby w ocenie lekarza. Nie zaobserwowano również różnic w poziomie wzrostu wiedzy ocenianym przez pacjentów.

Badanie poszczególnych wymiarów kompetencji społecznych testem V-Cramera wskazało na najczęstsze (60% pacjentów) raportowanie zrozumienia choroby przy niskim poziomie Ekspozycji Społecznej w przeciwieństwie do wysokiego poziomu, który odnotowano u 52% pacjentów (p=0,038, współczynnik korelacji 0,10).

Tabela 26 Zależność zgłaszania zrozumienia choroby i zasadności leczenia od poziomu kompetencji społecznych lekarza sytuacjach ekspozycji społecznej

<b>KS ES</b>	<b>Zrozumienie %</b>	<b>p</b>
Wynik wysoki	52	p<0,001
Wynik niski	60	

Źródło: opracowanie własne

Analiza statystyczna testem U Manna - Whitneya wykazała związek w badanych grupach między rozumieniem choroby a częstością zgłaszania działań niepożądanych (p=0,022).

Tabela 27 Zależność między zrozumieniem choroby a liczbą przypadków zgłaszania działań niepożądanych

<b>Para zmiennych</b>	<b>Test U Manna-Whitneya</b>	<b>P</b>
Zrozumienie choroby/ liczba przypadków zgłaszania działań niepożądanych przez 1 pacjenta podczas trwania programu	-2,285	P=0,022

Źródło: opracowanie własne

#### **4.4 Określenie związku między cechami pacjenta a stosowaniem się do zaleceń lekarskich**

- Badane grupy nie różniły się pod względem poziomu wykształcenia, a analiza testem Chi-kwadrat nie wskazała różnic międzygrupowych między poziomem wykształcenia a stosowaniem się pacjentów do zaleceń lekarskich.
- Badane grupy pacjentów nie różniły się w sposób istotny pod względem występowania dodatkowych chorób przewlekłych.
- Badane grupy nie różniły się istotnie pod względem długości trwania choroby.
- Badane grupy nie różniły się pod względem występowania złamań przed przystąpieniem do programu.
- Nie odnotowano różnic międzygrupowych w miejscu zamieszkania pacjentów
- Analiza testem Chi-kwadrat wykazała różnice w stopniu wygody terapii określonym przez pacjentów (p=0,001).

Tabela 28 Różnice międzygrupowe w ocenie wygodny stosowania leku

<b>Zmienna - wygoda stosowania leku</b>	<b>Grupa A</b>		<b>Grupa B</b>		<b>P</b>
	<b>częstość</b>	<b>procent</b>	<b>częstość</b>	<b>procent</b>	
Terapia wygodna	365	65	20	62	0,001
Stosowaniu terapii towarzyszy pewna niewygoda	160	29	7	10	
Terapia niewygodna	30	5	3	9	
Niemożliwa do kontynuacji	4	0,7	3	9	

Źródło: opracowanie własne

## 5 Dyskusja

W niniejszej pracy zauważono, że wytrwałość pacjentów w terapii oraz ich zgodność w stosowaniu się do zaleceń lekarskich była znacząco wyższa niż w dostępnych danych literaturowych. Odwołując się do wyników przedstawionych w części teoretycznej pracy, należało by się spodziewać co najwyżej 80% zgodności. W przedstawionym badaniu poziom ten wynosił od 96% do 86%. Tak wysoki poziom stosowania się do zaleceń lekarskich odnotowano jednak w porównywalnym badaniu (porównanie *compliance* pacjentów w stosowaniu różnych leków w terapii osteoporozy) przeprowadzonym na terenie Czech w 2004 r. Wynosił on 93% w przypadku bisfosfonianu zażywanego raz w tygodniu (54). Jak wyjaśniono wcześniej, badanie zostało przeprowadzone na zasadzie „self-reporting”, co oznacza, iż lekarze weryfikowali stosowanie leku na podstawie ustnych zapewnień pacjentów. Badanie tego rodzaju, w przeciwieństwie do badań prowadzonych z pomiarem parametrów medycznych (np. stężenia leku we krwi), jest obciążone większym błędem pomiaru. Wg wytycznych WHO (55) dotyczących leczenia chorób przewlekłych, opisywana metoda weryfikacji stosowania się pacjentów do medycznych zaleceń może charakteryzować się następującymi przekłamaniami. Z jednej strony lekarze określając poziom stosowania leków przez pacjentów mają tendencję do zawyżania wyników (56). Z drugiej, pacjenci zaprzeczający błędnemu lub niedostatecznemu realizowaniu zaleceń lekarza, zdecydowanie podnoszą liczby przedstawiane lekarzowi (57, 58, 59). Należy zatem przyjąć, że w programie Scholaris lekarze lub chorzy mogli zawyżać liczbę przyjętych tabletek, ewentualnie niedokładnie ją oszacowywać. Można jednak założyć, że zbieranie pustych opakowań po leku było dość wiarygodną metodą weryfikacji. W rozdziale opisującym metodę i narzędzia badawcze zdecydowano się wyodrębnić dwie grupy pacjentów w zależności od czasu stosowania leku podczas programu. Kryterium podziału grup oparto na wynikach badania (60) weryfikującego minimalny poziom stosowania się pacjentów do zaleceń w terapii farmakologicznej osteoporozy. Zgodnie z wnioskami wypływającymi z powyższego badania, przy 60% zgodności zachowań pacjenta z wytycznymi lekarza podczas leczenia preparatami bisfosfonianu, można zaobserwować korzystne zmiany w obrazie badań densytometrycznych. Ustalono zgodność w leczeniu, jeśli chory stosował lek przez 8 miesięcy z 14 miesięcy trwania programu.

Analiza badań porównujących skrupulatność stosowania leków w leczeniu osteoporozy wykazała (54) wyższy poziom stosowania leków przez pacjentów stosujących terapię



bisfosfonianami zażywany raz w tygodniu w porównaniu do terapii kalcytoniną donosową. Jako jedną z przyczyn wymieniono korzystną dla pacjenta konieczność skupienia większej uwagi lekarza na wyjaśnieniu nietypowego (w percepcji pacjenta) reżimu leczenia. Fakt ten może również tłumaczyć wysoki poziom stosowania się pacjentów do zaleceń medycznych w terapii osteoporozy, w badaniu Stowarzyszenia Scholaris. Ponadto wybrany do programu lek, był relatywnie dostępny finansowo dla pacjentów w porównaniu z innymi preparatami.

Uznano iż wysoka liczba odbytych wizyt (85% pacjentów odbyło wszystkie zaplanowane wizyty) pozostaje istotnym wskaźnikiem dobrej współpracy pacjentów i wytrwania w terapii. Wytyczne leczenia osteoporozy (61) zakładają, iż dla uzyskania korzystnych zmian w wynikach BMD, należy stosować lek przez okres minimum 12 miesięcy. Można by zatem zakładać, że w leczeniu osteoporozy wystarczy by lekarz monitorował stosowanie terapii i parametry medyczne pacjentów raz do roku. Postępowanie takie niesie za sobą jednak bardzo niekorzystne konsekwencje w postaci niskiego poziomu stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich. Nie pozostawia bowiem miejsca na bieżące konsultacje. Leczenie osteoporozy jako choroby przewlekłej trwa długo, a jego efekty nie są bezpośrednio odczuwalne. Jeżeli pacjent ma potrzebę wyjaśnienia wątpliwości związanych z leczeniem, lub zweryfikowania efektów ubocznych, musi czekać długo na kolejną wizytę lekarską, często nie stosując w międzyczasie zapisanego leku (62, 63). Badanie pacjentów (64) chorych na insulino-niezależną cukrzycę (NIDDM), która jest podobnie jak osteoporoza przewlekłą chorobą a w dodatku chorobą, którą charakteryzuje niski poziom stosowania się do zaleceń lekarskich pacjentów, wykazało istnienie zmieniających się wzorców komunikacji podczas kolejnych konsultacji. Miało istotne znaczenie dla efektywności leczenia. Wyniki badania sugerują 3 różne cele na które nakierowane są poszczególne wizyty. Podczas pierwszej konsultacji najważniejsze jest nawiązanie relacji, drugą wizytę lekarze poświęcają na przedstawienie i przedyskutowanie z pacjentem metod leczenia, a podczas trzeciej koncentrują się na psychologicznych aspektach pacjenta i leczenia. Kierując się przedstawionym wzorcem, można założyć, że podczas trwającego 14 miesięcy programu, zarówno pacjenci jak i lekarze mieli szansę w optymalny sposób rozłożyć w czasie istotne dla powodzenia w leczeniu zagadnienia oraz je przedyskutować. W badaniu Stowarzyszenia Scholaris ustalono dwumiesięczną częstotliwość wizyt. Zgodnie z opinią Sewerynek i wsp. badającą aspekty współpracy lekarza z pacjentem w leczeniu osteoporozy (41) zwiększenie częstości wizyt podnosi wyniki poprawności stosowania się do zaleceń dając pacjentom poczucie ciągłości terapii. Badanie przeprowadzone w ramach projektu Scholaris potwierdziło powyższą tezę.

Nie można pominąć faktu, iż kolejnym ważnym czynnikiem jest intensywność uwagi poświęconej pacjentowi przez lekarza (35). W przytoczonym powyżej artykule Cofta wymienia takie aspekty jak: poświęcenie czasu pacjentowi, zapewnienie o możliwości kontynuacji terapii, czy indywidualny styl lekarza w kontaktach interpersonalnych. W opisywanym badaniu lekarze podczas wizyt byli zobowiązani do wykazania zarówno uważności jak i przekazania istotnych informacji dotyczących choroby i jej leczenia. Podobnie kwestia obserwacji parametrów medycznych podczas wszystkich wizyt dawała pacjentom poczucie ciągłości i zwiększała tym samym ich motywację.

Obowiązek edukowania pacjentów z zakresu osteoporozy i zasadności oraz metod jej leczenia spowodował wyraźny wzrost wiedzy w tej dziedzinie. Związkowi rozumienia choroby i stosowania się do zaleceń zostanie poświęcony osobny akapit.

Znacząca liczba pacjentów określiła terapię jako wygodną, co również wpływa na wysoki wskaźnik poprawności stosowania leków i trwania w terapii.

W kontraście do ponad przeciętnej współpracy pacjentów, zastanawiający jest fakt dużej liczby lekarzy, którzy zrezygnowali z udziału w programie już na jego wstępnym etapie. W przeciwieństwie do 15% pacjentów, którzy nie wytrwali w badaniu, rezygnacja lekarzy dotyczyła 58% zaproszonych do udziału w programie. Autorka może rozważać przyczynę ich odmowy jako reakcję na dodatkowe obowiązki wynikające z zasad programu. Wizyty pacjentów odbywały się relatywnie często, wymagały większej ilości poświęcanego czasu, a co za tym idzie większego wysiłku ze strony lekarzy. Można zakładać, że lekarze, którzy zadeklarowali swój udział w programie byli lepiej przygotowani do wymaganego modelu kooperacji z pacjentem. Była to grupa dobrana celowo, a więc najprawdopodobniej wykazywała wyższy od przeciętnej w populacji lekarzy poziom motywacji do współpracy z pacjentami. Fakt ten zachęca jednak do większego i uważnego skoncentrowania uwagi na znaczeniu motywacji, oraz indywidualnych możliwościach i umiejętnościach lekarzy. Wielu lekarzy tłumaczy stosowanie nieomal wyłącznie modelu biomedycznego w konsultacjach pacjentów ograniczeniami wynikającymi z regulacji Narodowego Funduszu Zdrowia, czy też stale wzrastającą liczbą pacjentów (65). Skupienie uwagi głównie wokół parametrów medycznych usuwa w cień dwa inne, bardzo ważne aspekty: relację z pacjentem i sposobów komunikacji (66, 39). Możliwe jest więc, że część porażek w leczeniu długoterminowym można wytłumaczyć w większej mierze niewystarczającym zaangażowaniem lekarza, a nie jedynie spadkiem wytrzymałości pacjentów.

Poszukiwanie innych czynników, które wpływały na wysoką efektywność współpracy przyniosło następujące rezultaty. Średnia wieku w obu badanych grupach wynosiła 68 lat. Nie można zatem tłumaczyć wiekiem różnic w dokładności stosowania się do zaleceń. Podobne spostrzeżenia przedstawiono we wspomnianym wyżej badaniu populacji czeskiej. Należałoby jednak zwrócić także uwagę na kilka ważnych aspektów związanych ze specyfiką opieki nad starszymi pacjentami. Chorzy na osteoporozę są pacjentami w bardziej zaawansowanym wieku, co może po części wyjaśniać zaobserwowany w badaniu wysoki poziom stosowania się do zaleceń lekarskich. Liczba wizyt a zatem kontaktów z lekarzem wzrasta wraz z wiekiem pacjentów. Duża liczba kobiet w średnim wieku nie jest zadowolona z jakości komunikacji z lekarzami (76, 68). Jak podają autorzy badania, w którym brały udział starsze pacjentki z rakiem piersi, część z nich uważała, iż nie należy zadawać lekarzom pytań, ponieważ mogą to negatywnie odebrać i w efekcie obniżyć jakość opieki. Pacjenci dostrzegają ograniczenia w czasie jaki lekarz może im poświęcić, w związku z tym uznają za stosowne zminimalizować liczbę pytań.

Z drugiej strony, pacjenci którzy zadają pytania, wymagają szacunku i uprzejmości częściej odczuwają satysfakcję w kontakcie ze służbą zdrowia, doświadczają mniej działań niepożądanych, a ponad to dotrzymują terminów wizyt i lepiej stosują się do zaleceń. Obecna generacja starszych pacjentów, zwłaszcza kobiet wierzy (należy podkreślić, że starsze kobiety są przeważającą grupą wśród chorych na osteoporozę), że sposobem na utrzymanie relacji z pracownikami opieki zdrowotnej oraz obniżenie stresu związanego z kontaktem jest unikanie konfliktów i tłumienie nieprzyjemnych emocji (np. gniewu) (69, 70). W rzeczywistości unikanie konfliktów przez dłuższy czas paradoksalnie jednak zwiększa napięcie (71). Trudno jednak starszym pacjentom zaakceptować fakt, że otwarte i szczerze komunikowanie trudności w kontakcie interpersonalnym przynosi korzyści dla relacji z lekarzem oraz dla ich zdrowia (72). Problemy wśród starszych chorych w komunikacji z lekarzami mogą wynikać jeszcze z wielu innych źródeł. U części pacjentów można zaobserwować wzmożony dyskomfort emocjonalny związany z samym faktem wizyty (73), inni czują się skrępowani z powodu starczych deficytów pamięci, które utrudniają przedstawianie objawów (74). Pacjenci mogą cierpieć z powodu uogólnionego lęku, o którym bardzo niechętnie rozmawiają z lekarzem. Badania wskazują, że 20% starszych pacjentów chorujących na uleczalne, przewlekłe schorzenia przeżywa klinicznie potwierdzony lęk. Wysoki poziom lęku utrudnia pacjentom porozumienie, zapamiętanie pytań, które chcieliby zadać lekarzowi, oraz optymalnych zaleceń. Kolejnym istotnym utrudnieniem w stosowaniu się starszych pacjentów do zaleceń jest fakt, iż prawie 60% z nich nie wie jakie lekarstwa mają

zażywać, jakie dawki są prawidłowe, ani z jakiego powodu zostały im przepisane przez lekarza (75,76). W prezentowanym w rozprawie badaniu, co 5 pacjent przejawiał w ocenie lekarza strach przed chorobą. Odnotowano jednak istotny związek polegający na obniżeniu lęku wraz ze wzrostem kompetencji lekarza dotyczącej bliskiego kontaktu interpersonalnego. Opisane wyżej obawy pacjentów i wycofanie w wyniku presji czasowej mogły być zmniejszone dzięki wysokim kompetencjom społecznym lekarzy. Zagadnienie to zostanie szerzej omówione w dalszej części dyskusji.

Niektórzy lekarze tłumaczą słabą współpracę pacjentów ich brakiem zrozumienia zaleceń spowodowanym niskim wykształceniem (77). Niniejsze badanie nie potwierdziło różnic w grupach charakteryzujących się dobrą i złą współpracą w zależności od wykształcenia pacjentów. Można zatem potwierdzić zawartą we wstępie tezę, iż to nie poziom wykształcenia pacjentów, ale kompetencje społeczne i komunikacyjne lekarzy ważą na poprawnym zrozumieniu zaleceń i stosowaniu się do nich.

Pacjenci w obu badanych grupach pochodzili głównie z dużych miast (78%), mieli zatem ułatwiony dostęp do poradni lekarskich. W związku z powyższym nie można tłumaczyć stopnia stosowania się do zaleceń lekarskich miejscem zamieszkania pacjentów. Warto jednak zaznaczyć (choć ta obserwacja nie podlegała analizom statystycznym), że pośród chorych, którzy zrezygnowali z udziału w programie w trakcie jego trwania, kilka osób tłumaczyło swoją decyzję trudnościami z dotarciem do lekarza na umówione wizyty.

Przeważająca liczba ludzi w starszym wieku choruje na co najmniej kilka równoległe występujących schorzeń przewlekłych (78). Konieczność stosowania wielu leków, oraz trudności w zharmonizowaniu różnorodnych reżimów leczenia mogą pogarszać stosowanie się pacjentów do zaleceń w terapii osteoporozy. W przedstawianym badaniu u 75% chorych odnotowano dodatkowe choroby przewlekłe, jednak badane grupy nie różniły się pod tym względem. Nie można więc stwierdzić, by dodatkowe choroby przewlekłe ujemnie wpływały na stosowanie się pacjentów do zaleceń. Za powyższą tezę przemawiają również rezultaty badań analizujących stosowanie się pacjentów do farmakoterapii osteoporozy (54). Również fakt wystąpienia niskoenergetycznych złamań przed przystąpieniem do programu nie wpływał na różnice w braniu leków przez pacjentów, choć można by się spodziewać, iż wcześniejsze doświadczenie złamania stanowi dodatkową motywację w przestrzeganiu zaleceń lekarskich.

Opierając się na danych z literatury, zakładano iż długość trwania choroby może w sposób negatywny wpływać na regularne branie leków przez pacjentów (79). Badanie nie potwierdziło jednak tej zależności. Mimo średniego czasu od zdiagnozowania osteoporozy wynoszącego 2 do 5 lat, pacjenci utrzymywali bardzo wysoki poziom stosowania się do

zaleceń w zakresie brania leku.

Wyniki badania nad pacjentami chorymi na reumatoidalne zapalenie stawów (76) dowodzą braku istnienia różnic w zakresie wiedzy o chorobie, lęku i depresji związanej z chorobą, czy poziomu akceptacji u pacjentów chorujących poniżej roku w stosunku do tych, którzy cierpią na RZS od co najmniej 10 lat. Interesujący jest fakt, że w przedstawianej pracy doktorskiej grupa pacjentów regularnie stosujących leki wykazywała się częstszą akceptacją choroby i metod leczenia. Cytowane wyżej badanie wskazuje również na wagę akceptacji choroby jako wskaźnika dla występowania lęku i depresji (*op.cit.*). Akceptacja zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia negatywnych reakcji emocjonalnych związanych z chorobą, poprzez obniżenie poziomu stresu (77). Daje możliwość lepszej adaptacji do życia zmienionego chorobą, pozwalając na utrzymanie poczucia własnej wartości, które ma duże znaczenie w przypadku chorób przewlekłych.

Na akceptację choroby dodatnio wpływał też poziom kompetencji społecznych lekarzy. Szczegółowa analiza wymiarów kompetencji wskazała na istotne znaczenie asertywności i efektywności zachowań lekarza w sytuacjach oceny społecznej. Wyniki mogą jednak nie być oczywiste przy wstępnym spojrzeniu. Wysoki poziom asertywności lekarza opisaney we wstępnej części pracy zwiększał występowanie akceptacji u pacjentów. Fakt ten można wytłumaczyć następująco: asertywny lekarz przekazuje swoje racje dotyczące diagnozy, rokowań i proponowanych strategii działania w sposób pewny i zdecydowany. Dzięki temu pacjent może odczuwać większe oparcie i zaufanie do lekarza komunikującego mu diagnozę czy proponującego określone metody leczenia. W efekcie może łatwiej akceptować chorobę, ponieważ polega na medycznych i komunikacyjnych kompetencjach lekarza. Spodziewa się sukcesu w leczeniu, ponieważ czuje, że jego lekarz jest świadomy swoich działań i jasno to komunikuje. Inaczej wyglądała zależność, gdy rozpatrywano poziom kompetencji w zakresie ekspozycji społecznej. Najczęstsze raportowanie akceptacji u pacjentów występowało gdy lekarz charakteryzował się niskim poziomem tego wymiaru kompetencji. Podobną relację wykryto między poziomem ekspozycji społecznej a rozumieniem choroby. Wyjaśnienie zaobserwowanego wpływu wymaga szerszego spojrzenia na pojęcie kompetencji w zakresie ekspozycji społecznej zostanie przedstawione w dalszej części dyskusji.

Ponieważ lekarze w badanych grupach nie różnili się w istotny sposób długością stażu pracy, nie można stwierdzić, by doświadczenie w kontaktach z pacjentami wynikające z liczby przepracowanych lat, mogło wpływać na lepszą, bądź gorszą współpracę pacjentów.

Efektywne funkcjonowanie w relacjach z innymi stanowi niezbędną umiejętność przede wszystkim w przypadku tych osób, których praca wymaga kompetentnego kontaktu z ludźmi

zwłaszcza polegającego na pomaganiu. Nauczyciele, doradcy, lekarze, czy pracownicy socjalni, to grupy zawodów, kontakt z innymi jest koniecznością, a kompetencje społeczne, są tu "wyznacznikiem efektywności funkcjonowania jednostki w rzeczywistych sytuacjach życiowych." (49, 81). W obecnych czasach coraz większa liczba pacjentów wyraża potrzebę aktywnego uczestnictwa w podejmowaniu decyzji dotyczących zdrowia lub postępowania w chorobie. Wzrost poziomu edukacji, również medycznej ma tu niemałe znaczenie. Pacjenci częściej niż kiedyś spodziewają się od lekarza nawiązania partnerskiej relacji, zaspokojenia w zakresie informacji o podejmowanych decyzjach czy proponowanych sposobach leczenia. Oczekują również uwzględniania potrzeb emocjonalnych w kontakcie z lekarzem. Ich wzajemna współpraca ma przecież wspólny cel, jakim jest powrót do zdrowia (82). Wyniki badania przedstawionego w cytowanym artykule zwracają uwagę na fakt, iż pacjenci wybierając i oceniając lekarza analizują nie tylko merytoryczne kompetencje, ale przede wszystkim jego umiejętności interpersonalne (*op.cit*). Ważny dla pacjentów jest zarówno uprzejmy sposób traktowania, jak i profesjonalna komunikacja polegająca na precyzyjnym i zrozumiałym zbieraniu oraz przekazywaniu informacji. Wysokie kompetencje komunikacyjne wpływają na utrzymanie pacjenta w terapii i pozostanie danego pacjenta pod opieką jednego, wybranego lekarza.

Badani lekarze różnili się w sposób znaczący pod względem poziomu kompetencji społecznych, w zakresie efektywności zachowań w sytuacjach wymagających bliskiego interpersonalnego kontaktu (podskala Intymność, w Kwestionariuszu Kompetencji Społecznych). Istotnie wyższy poziom omawianej kompetencji wykazali lekarze pacjentów lepiej stosujących się do zaleceń ( $p < 0,001$ ). Średnie wyniki tych lekarzy mieściły się w przedziale kompetencji uznawanych za wysokie, natomiast w grupie pacjentów o gorszej współpracy wyniki znajdowały się na przeciętnym lub niskim poziomie (49).

Umiejętność nawiązywania bliskich kontaktów interpersonalnych jest jednym z podstawowych elementów kompetencji społecznych. W relacji lekarza z pacjentem, a więc relacji opartej na udzielaniu i przyjmowaniu pomocy jest to umiejętność olbrzymiej wagi. Należy podkreślić fakt, iż otwartość komunikacji z partnerem ma w przypadku kontaktu lekarz-pacjent kluczowe znaczenie. Profesjonalnie przebiegający proces komunikacji w gabinecie lekarskim, to jeden z najistotniejszych czynników wpływających zarówno na trafną diagnozę, jak również optymalizujących leczenie choroby (82). Prawidłowa komunikacja między lekarzem a pacjentem oprócz wartości informacyjnych pełni rolę integrującą, która umożliwia utworzenie konstruktywnej relacji. Z kolei w leczeniu chorób przewlekłych, to właśnie bliska relacja z lekarzem, oparta na obustronnym zaufaniu i obopólnej odpowiedzialności za własny

udział w procesie leczenia (*concordance*) jest podstawą dla sukcesu terapeutycznego. Jak wspomniano we wstępie, osteoporoza jako choroba zarówno przewlekła, jak i skąpo objawowa, jest bardzo trudnym w leczeniu schorzeniem. Dla wzbudzenia w niechętnych pacjentach odpowiedniej motywacji i wytrwałości konieczne jest wsparcie ze strony lekarza, uważność na potrzeby chorego, oraz obustronna współpraca. Te niezbędne dla efektywnego leczenia wartości można osiągnąć tylko przy umiejętnym nawiązaniu i podtrzymaniu relacji z pacjentem.

Umiejętność nawiązania i utrzymania bliskiego kontaktu interpersonalnego umożliwia wzajemne poznawanie i zrozumienie poprzez zdolność obserwacji zmieniających się uczuć i nastrojów. Pozwala obserwować zmiany w zachowaniu drugiej osoby. Co równie ważne jest również umiejętnością obserwacji i oceny swoich własnych reakcji oraz zachowań w sytuacjach interpersonalnych (81). Wnikliwa obserwacja rozmówcy umożliwia zauważenie i adekwatną reakcję w sytuacji rozbieżności między komunikatami werbalnymi a niewerbalnymi (wyrażonymi tonem głosu, mimiką czy gestami i pozycją ciała) (83,84). Lekarz posiadający takie umiejętności umie w sposób trafny odczytać sprzeczne komunikaty wysyłane przez pacjenta i zareagować na znajdujące się pod nimi emocje. Kompetencje w zakresie kontaktu interpersonalnego mają ścisły związek z pojęciem empatii. Dostrzegana u lekarza empatia wpływa znacząco na satysfakcję i stosowanie się pacjenta do zaleceń, poprzez wymianę ważnych informacji, budowanie zaufania i poczucie partnerstwa w relacji (85, 86, 87, 88). Empatia jest umiejętnością współodczuwania, rozumienia stanu emocjonalnego drugiej osoby i adekwatnego reagowania na wyrażane uczucia (88, 89). Nie należy jej mylić ze współczuciem, które jest uczuciem bliższym litości, ani z syntonią, czyli emocjonalnym zlanem z uczuciami drugiego człowieka (38). Litość nie jest uczuciem, którym powinien kierować się profesjonalny wspomagający jakim jest lekarz. Z kolei syntonia polega na intensywnym doświadczeniu takich samych uczuć, co druga osoba, w skrajnych przypadkach np. załamania czy bezradności (90). Lekarz doznający silnej bezradności, czy ogarniającego smutku nie byłby w stanie skupić się na swoim głównym zadaniu - pomocy choremu. Empatia to złożone zjawisko, opierające się na procesach poznawczych i emocjonalnych. Empatyczny lekarz potrafi dostrzec i stosownie zinterpretować ujawniane przez pacjenta emocje, jak również zrozumieć motywy i cele jakimi ten się kieruje a w efekcie może odpowiedzieć na potrzeby pacjenta (39). Możliwość trafnej interpretacji wynika z umiejętności rezonowania na wyrażane przez pacjenta emocje. Lekarz musi być głęboko świadomy własnych reakcji emocjonalnych by móc tę umiejętność rozwijać (38, 39). Poziom empatii pozytywnie koreluje z dopasowaniem w relacji i przejawia się zarówno w formie

werbalnej jak i niewerbalnej. Korzyścią dla empatycznego lekarza jest ochrona przed rutyną w kontaktach z pacjentem, oraz mniejsze obciążenie pracą. Stwierdzenie to może brzmieć kontrowersyjnie, jednak zostało potwierdzone wynikami badań. Wnioskiem powyższych badań jest stwierdzenie, iż pacjenci których potrzeby biopsychospołeczne zostały zaspokojone dzięki empatycznym umiejętnościom lekarza, przychodzili tylko na umówione wcześniej wizyty, a przede wszystkim umawiali się do tego lekarza na kolejne (91, 39).

Analizując wyniki przedstawione w poprzednim rozdziale należy również zwrócić uwagę na związek między poziomem kompetencji lekarza w zakresie bliskiego kontaktu a występowaniem strachu u pacjentów. Strach, według oceny lekarzy w badanych grupach, występował częściej u pacjentów gorzej stosujących się do zaleceń. Wraz ze wzrostem poziomu umiejętności utrzymywania bliskiego kontaktu przez lekarza, strach pojawiał się rzadziej. Analizowaną relację można wytłumaczyć w następujący sposób. Choroba jest sytuacją trudną, czyli wiążącą się z podniesionym poziomem stresu. W tego typu sytuacjach ludzie radzą sobie ze stresem stosując określone mechanizmy nakierowane na cel, którym może być samoregulacja emocji, lub rozwiązanie zadania. Osoba skoncentrowana na radzeniu sobie z chorobą poprzez regulację emocji może unikać tematów związanych z chorobą, przejawiać silny lęk lub bezradność, a przez to wymagać odpowiednio ochraniającego podejścia lekarza. Z kolei ktoś stosujący strategię nakierowaną na rozwiązanie problemu będzie raczej oczekiwał od lekarza precyzyjnych wskazówek i szczegółowych odpowiedzi. Umiejętność trafnego rozpoznania strategii radzenia sobie ze stresem należy do zakresu kompetencji związanych z kontaktem interpersonalnym, a lekarze z grupy o dobrej współpracy wykazywali wysoki poziom tych kompetencji.

W zależności od rodzaju choroby, rokowań i przebiegu leczenia chorzy ze zmiennym natężeniem przeżywają obawy związane ze swoim stanem fizycznym i przyszłością. W przypadku wysokiego poziomu lęku jaki w chorych wywołuje schorzenie, oraz konstytucji osobowościowej, mogą oni stosować różnego rodzaju mechanizmy obronne. Pośród nich wyróżnić można zaprzeczanie, bagatelizowanie, czy wypieranie. Mechanizmy te polegają na wyeliminowaniu obecności choroby ze świadomości, bądź umniejszeniu jej znaczenia. Celem ich stosowania jest ochrona przed przeżywaniem nadmiernego lęku i powrót równowagi psychicznej umożliwiającej normalne funkcjonowanie. Chorzy mogą przejawiać też mechanizm polegający na wyolbrzymianiu objawów choroby, który ma ten sam cel (ochrona przed lękiem), różni się jednak stopniem dopuszczenia istnienia choroby do świadomości. Pacjent poprzez jaskrawe przedstawienie objawów wyraża potrzebę opieki i wsparcia, której spełnienie przywróciło by mu poczucie bezpieczeństwa. Ponieważ poziom strachu przed



chorobą był niższy w grupie o dobrej współpracy, można przypuszczać, iż pacjenci nie wykorzystywali wymienionych mechanizmów obronnych w znacznym stopniu, co umożliwiało im w pełni świadome przyswajanie najistotniejszych informacji związanych z przebiegiem choroby i metodami jej leczenia. Prawdopodobnie mogli też otwarcie dzielić się obawami z lekarzem, wiedząc, że ten odpowiednio zareaguje i udzieli im wsparcia, bądź dodatkowych wyjaśnień. Być może nie mieli tej możliwości pacjenci z porównywanej grupy, którzy w wyniku słabszych kompetencji lekarzy w bliskim kontakcie nie rozwinęli dostatecznego zaufania w relacji, lub ich potrzeby nie spotkały się z adekwatną odpowiedzią lekarzy.

Kolejną z omawianych cech, które składają się na społeczne kompetencje lekarza jest asertywność. Wg definicji Saltera, który jest uznany za prekursora tematyki asertywności jest to "zdolność wyrażania emocji pozytywnych i negatywnych" (92). Obecnie pojęciu nadaje się szersze znaczenie, najczęściej ujmując ją jako umiejętność pogodzenia własnych i cudzych potrzeb społecznych (93). Zachowanie asertywne nie jest tożsame ani z zachowaniem agresywnym, ani uległym (94). Polega na przekazaniu własnych racji, postaw czy potrzeb w sposób bezpośredni, uczciwy i stanowczy, jednocześnie szanujący postawy, uczucia i potrzeby drugiej osoby. Zachowanie asertywne nie jest zachowaniem agresywnym ponieważ w swoim założeniu nie narusza praw ani godności drugiej osoby. Nie jest też zachowaniem uległym, gdyż zakłada działanie na korzyść siebie i stanowczą obronę swoich praw (95) osoba asertywna potrafi radzić sobie w interpersonalnych sytuacjach trudnych i konfliktowych unikając agresji na rzecz osiągnięcia konstruktywnego kompromisu dzięki otwartej dyskusji. Osoba asertywna ma szacunek do siebie i innych osób, traktując je równorzędnie (95). Opisane powyżej cechy i zachowania są bardzo istotnym elementem sprzyjającym osiągnięciu sukcesu zarówno na płaszczyźnie zawodowej jak i osobistego życia jednostki. Odnosząc przedstawioną charakterystykę asertywności jako kompetencji społecznej do pracy lekarza, można jedynie potwierdzić jej wagę dla umiejętności nawiązania i kontynuowania profesjonalnej relacji z pacjentem. Przekonujący i otwarty sposób asertywnej komunikacji daje choremu oparcie oraz poczucie bezpieczeństwa („doktor na pewno wie co robi”). Należy zatem zadać pytanie: jeśli jest to tak istotna i poszukiwana umiejętność, dlaczego poziom asertywności lekarzy był znacznie wyższy w grupie pacjentów o gorszym *compliance*? Problem okazuje się złożony. Poszukiwanie odpowiedzi na postawione pytanie należało by zacząć od źródła, czyli konstrukcji samego testu wykorzystanego w badaniu asertywności lekarzy. Wymiar asertywności badany w Kwestionariuszu Kompetencji Społecznych wykazuje dodatnią korelację z dyrektywnością badaną testem (49). Można zatem przypuszczać, że wysoki poziom

asertywności u lekarzy badany testem KKS wskazywał również na ich dyrektywność. Przegląd literatury traktującej o psychologicznych aspektach relacji lekarza z pacjentem dostarcza licznych danych na temat wpływu dyrektywności lekarza na stosowanie się pacjenta do zaleceń. Istnieje wiele modeli relacji lekarz-pacjent, których efektywność zależy w dużej mierze od typu schorzenia i kondycji chorego. W stanach nagłych, związanych z utratą przytomności w pełni uzasadniona i wręcz jedyna słuszna droga postępowania lekarza wiąże się z pełną decyzywnością i dyrektywnością. Pacjent jest całkowicie podporządkowany wyborom personelu medycznego. W stanach ostrych, takich jak infekcje, lekarz przejmuje rolę kierowniczą, wymagając od pełnej subordynacji. Kontakt z lekarzem trwa zwykle krótko, od jednej do kilku wizyt, a więc nie istnieją możliwości rozwinięcia bliższej relacji. Z kolei w przypadku leczenia chorób przewlekłych to właśnie relacja powstająca między szukającym pomocy pacjentem, a udzielającym jej lekarzem staje się elementem centralnym, kluczowym dla powodzenia terapii (96). Do spektrum relacji polegających na dyrektywnym podejściu lekarza należy podejście autorytarne i paternalistyczne (96). W podejściu autorytarnym lekarz centralną postacią w relacji. W minimalnym stopniu bierze pod uwagę opinie i dylematy chorego. W nawiązaniu do tej koncepcji pacjent konsultuje się z ekspertem, a pytania kierowane do lekarza świadczą o podważaniu autorytetu, braku zaufania do jego profesjonalizmu, czy ignorancji (*op.cit*). Podejście paternalistyczne również cechuje dyrektywność, natomiast zwiększa się rola pacjenta w relacji. Definicja paternalizmu zakłada, że lekarz podejmuje pewne kroki mając na uwadze, że pacjent mógłby się na nie nie zgodzić, gdyby był ich świadomy, ale ma też przekonanie, iż w długofalowej ocenie chory przyznałby słuszność decyzjom lekarza (np. dziesięcioletni pacjent, który nie chce zgodzić się na zabieg tonsillektomii). Lekarz o nastawieniu paternalistycznym słucha pacjenta, wierząc że uważne słuchanie czyni go lepszym lekarzem. Kieruje się dobrem pacjenta zakładając jednak, że wie lepiej co będzie dla chorego najkorzystniejszym rozwiązaniem. Pomimo wszystko zostawia jednak przestrzeń dla pytań pacjenta i jego drobnych sugestii o ile nie wiązałyby się ze zbyt dużymi zmianami w proponowanym procesie leczenia Wg koncepcji O'Neil'a zgoda pacjenta na każdy aspekt leczenia nie jest wymagana, konieczne jest jednak uzyskanie jej w podejmowaniu najważniejszych decyzji. Autor podaje również, że w sytuacjach ograniczenia bądź utraty autonomii powinno się kierować zasadą, która uwzględnia prawdopodobne preferencje pacjenta, a nie tylko te aspekty, które lekarz uważa za najkorzystniejsze (tamże). Dyrektywne nastawienie lekarza w kontakcie z pacjentem leczonym przewlekłe(97) niesie za sobą szereg konsekwencji (98, 99, 100, 101, 102). Ponieważ to lekarz decyduje o wyborze najlepszej drogi leczenia, autonomia pacjenta zostaje w różnym stopniu

ograniczona, a w niektórych przypadkach chory jest jej całkowicie pozbawiony (103, 104, 105, 106). Obecne koncepcje wyróżniają dwa typy paternalizmu: mocny i słaby (107, 108). W pierwszym przypadku decyzje pacjenta, który ma możliwość samo decydowania o sobie w ogóle nie są brane pod uwagę. W tym ujęciu lekarz może również decydować wbrew woli chorego. Jest to ujęcie tożsame z autorytarną postawą przedstawioną wyżej. W paternalizmie słabym, chociaż decyzja lekarza nadal jest priorytetem, to wynika jednak z innych przyczyn. Z reguły w tego typu sytuacjach dyrektywne zachowanie lekarza wynika z faktu, iż pacjent nie ma zdolności do podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących swojego zdrowia i życia (np. choroby psychiczne, upośledzenie funkcji umysłowych). Wówczas dyrektywność lekarza jest w pełni zrozumiała, jednak ograniczanie autonomii pacjenta w innych sytuacjach upośledza rozwój terapeutycznej relacji z lekarzem, co w konsekwencji obniża poziom i gotowość współpracy pacjenta (109). Autorzy koncepcji relacji skoncentrowanych na pacjencie podkreślają różnice we władzy między lekarzem a pacjentem, zaznaczając równocześnie wagę poszanowania pacjenta jako osoby i respektowania jego autonomii. Ukoronowaniem rozwoju relacji lekarza z pacjentem jest nawiązanie tzw. sojuszu terapeutycznego, który umożliwia świadome i odpowiedzialne zaangażowanie obu stron w proces leczenia. Sojusz ewoluuje w wyniku rozwoju zaufania i obopólnego zrozumienia, dzięki działaniom lekarza polegających na edukacji pacjenta w zakresie choroby i jej wpływu na życie chorego, ale również uczeniu się lekarza o istotnych dla leczenia aspektach życia chorego. Lekarz zarówno świadomie jak i w sposób nieświadomy wpływa na zachowanie pacjenta w sposób jaki sam uważa za najbardziej odpowiedni dla podniesienia efektywności leczenia. Reguluje kontakt poprzez częstotliwość wizyt, stopień zaspokojenia potrzeby uwagi u pacjenta, czy zdobywanie wiedzy o chorym i jego sytuacji. Musi być jednak uważny na proces toczący się w kontakcie z pacjentem (109). Prawidłowo kontrolowany proces wzmacnia nauczającą funkcję lekarza, ale również i pacjent ma szansę przekazać istotne dla leczenia informacje o swojej sytuacji, obawach czy możliwościach i ograniczeniach w dostosowaniu się do wymagań lekarza.

Proste przekazywanie informacji, komunikowanie zaleceń i oczekiwanie ich wykonania przez pacjenta jest zatem zabiegiem niewystarczającym. Wzmacnianie siły przekazu poprzez komunikaty nakazujące może być również mało skuteczne, gdyż ogranicza autonomię chorego, a tym samym z dużym prawdopodobieństwem wywoła jego opór. Zadaniem lekarza w terapii chorób przewlekłych jest raczej pomoc we wzmocnieniu motywacji i umiejętności pacjenta do radzenia sobie z konsekwencjami choroby (110). Nie jest to zadanie proste, bowiem wymaga od lekarza zdolności do znalezienia kompromisu, dostosowania wymagań i zaleceń do

aktualnej sytuacji życiowej chorego, jak również jego konstytucji psychicznej (zasobów i deficytów psychicznych w radzeniu sobie z trudną sytuacją jaką jest długotrwała utrata zdrowia). Choć to niełatwe, lekarz powinien też respektować prawo pacjenta do kierowania się w danym momencie innymi priorytetami niż proponowane rozwiązania lecznicze. W przeciwnym wypadku, ustalenia między lekarzem a pacjentem mają powierzchowny, pozorny charakter i raczej nie zostaną wprowadzone w życie. Pacjent postąpi zgodnie z własną hierarchią celów. Stąd dyrektywne formułowanie zaleceń, bez negocjacji, bez ustalenia z pacjentem czy wyznaczone cele są możliwe do realizacji może wywołać opór i wycofanie chorego. Koncepcja ograniczonego paternalizmu jest uważana za wartościową, kiedy jest wykorzystywana prawidłowo i bazuje na dobrym zrozumieniu między lekarzem a pacjentem. W omawianym badaniu zaprojektowanym przez Stowarzyszenie Scholaris wysoki poziom dyrektywności lekarzy miał związek z gorszym stosowaniem się do zaleceń, częstotliwością zgłaszania działań niepożądanych, większą ilością opuszczonych wizyt i rezygnacją udziału w badaniu. Takie zachowania pacjentów mogą świadczyć o ich oporze wynikającym z ograniczenia autonomii. Wyniki raportu przeprowadzonego w Hiszpanii, opublikowanego w 2001r również potwierdzają tezę, iż „medycyna dialogu” przynosi lepsze efekty w leczeniu, niż podkreślanie przez lekarza pozycji dominującej w kontakcie, w połączeniu z ograniczaniem pacjentom dostępu do informacji (111).

Szczególnie ważnym elementem kompetencji społecznych w obszarze zawodowym jest umiejętność efektywnego działania w sytuacji ekspozycji społecznej, czyli bycia wystawionym na potencjalną ocenę przez inne osoby. Jest to komponent związany z pojęciem autoprezentacji, czyli przedstawiania siebie w korzystnym świetle. W omawianym badaniu wyższy poziom efektywności działania w sytuacjach społecznej ekspozycji cechował lekarzy w grupie pacjentów lepiej stosujących się do zaleceń medycznych. Jednocześnie pacjenci według ocen lekarzy częściej rozumieli chorobę i zasadność postępowania leczniczego gdy poziom tej kompetencji był niższy. Skąd tak rozbieżny wynik? Zakłada się iż wizerunek jaki tworzy lekarz w kontakcie z pacjentem ma zasadnicze znaczenie dla sukcesu w terapii. Autoprezentacja polega na kontrolowaniu i dostosowywaniu własnych działań, kreowaniu swojego wizerunku w zależności od percypowanych preferencji odbiorców. Stanowi niezmiernie istotną umiejętność w umiejętności w kontaktach interpersonalnych, (112) ponieważ wywołanie oczekiwanej reakcji zależy od tego jak duże wrażenie dana jednostka wywoła na odbiorcach. Autoprezentacja jest zatem jednym ze środków wywierania wpływu społecznego, celowym (choć nie zawsze świadomym) zabiegiem wykorzystywanym do stworzenia w otoczeniu społecznym pożądanego wizerunku własnej osoby. Skuteczność

autoprezentacji zależy od stopnia świadomości, że jest się przedmiotem uwagi innych, umiejętności samokontroli i samodyscypliny w sytuacjach określanych jako społecznie trudne (81). Lęk społeczny i nieśmiałość są czynnikami ograniczającymi autoprezentację. W każdej kulturze ludzie inteligentni, wykształceni i kompetentni są wysoko cenieni przez społeczeństwo. Osoby takie posiadają wyższy status społeczny, dzięki czemu mają większy wpływ na innych. Mogą również mieć lepszą pracę. Dlatego też ludzie wkładają dużo wysiłku w sprawienie wrażenia kompetentnych, doświadczonych, mających dużą wiedzę. Opisana taktyka autoprezentacyjna nosi nazwę autopromocji. Do zachowań autopromocyjnych należą słowne deklaracje dotyczące posiadanych zdolności, komunikaty niewerbalne (demonstracja łatwości wykonania podjętego zadania), czy też popisывania się umiejętnościami (np. poczekanie z wykonaniem zadania aż zbierze się odpowiednio liczne audytorium, które należycie doceni dokonania). Uznaje się iż najbardziej wyraźnym dowodem świadczącym o posiadanej wiedzy, kompetencji bądź umiejętności jest perfekcyjne wykonanie zamierzonego zadania (113). Można zatem stwierdzić, że doskonałe wykonanie zadania jest narzędziem służącym osiągnięciu celów autoprezentacyjnych. Tezę tę potwierdzają badania wykazujące, że ludzie bardziej starają się podczas wykonania zadań, jeśli dzięki nim osiągają korzyści z autoprezentacji (*op.cit*). Ponadto autoprezentacja w dużej mierze zależy od wartości i upodobań dostrzeganych, czy też zakładanych u partnera. W literaturze przedmiotu istnieje kilka typów zachowań autoprezentacyjnych (115):

- strategia ingracji - zasadniczym zadaniem ingratora jest w tym wypadku wzbudzenie wiarygodności w zależności od stopnia, w jakim pragnie on być lubiany przez adresata. Strategia polega na wyrażaniu sympatii i zgadzaniu się z innymi, jak również na kreowaniu własnej skromności i atrakcyjności.
- strategia zastraszania - według której zwiększenie mocy społecznej odbywa się poprzez groźby, wywoływanie poczucia dyskomfortu, ponoszenie przez stronę różnego rodzaju kosztów psychologicznych. Polega to na kreowaniu siebie jako osoby niebezpiecznej, co ma wywołać strach, lęk i ostatecznie doprowadzić do tego, iż druga strona interakcji spełni nasze oczekiwania (groźenie poważnymi konsekwencjami jakie wynikną z niestosowania się do zaleceń lekarskich)
- strategia autopromocji - czyli przedstawienie siebie jako osoby kompetentnej, skutecznej w działaniu, charakteryzującej się wysokim poziomem uzdolnień ogólnych (inteligencji, wiedzy medycznej) lub też uzdolnień specyficznych (np. sprawności w wykonywaniu badań).

- Strategia doskonałości moralnej - często stosowana przez nauczycieli, rodziców. Przejawia się w ukazywaniu siebie w jak najkorzystniejszym świetle. Jest to prezentowanie siebie jako modelu osoby przestrzegającej wszelkich zasad i norm moralnych, stojącej na straży moralności.
- Strategia własnej słabości i zależności od innych, mająca na celu unikania negatywnych konsekwencji, gdy z różnych przyczyn nasze zasoby, zdolności a czasem tylko chęci są niewystarczające do wykonania jakiegoś zadania. Jednostka w takich sytuacjach może uciekać się do kreowania siebie jako osoby wymagającej pomocy, opieki, specjalnego traktowania (115).

Przytoczone powyżej strategie mogły być wykorzystywane w kontakcie zarówno przez lekarzy, jak i pacjentów, co z pewnością wpływało na wynik ich wzajemnych interakcji.

Chociaż autoprezentacja przynosi korzyści, to wiąże się również z pewnymi pułapkami. Jedną z nich jest fakt, że im bardziej danej jednostce zależy na wywarciu wrażenia na adresacie autoprezentacji, tym bardziej traci ona na autentyczności a przez to jest przez niego odbierana sceptycznie (113). Możliwe zatem, że z jednej strony lekarze wykorzystujący efektywne strategie autoprezentacji wywierali pozytywne wrażenie na pacjentach. Byli wówczas oceniani przez chorych jako osoby wysoce kompetentne, co skłaniało pacjentów do zaufania i posłusznego stosowania się do ich zaleceń. Z drugiej jednak strony, lekarze ci, poprzez skoncentrowanie na własnych zachowaniach autopromocyjnych, mogli przeoczyć istotne aspekty kontaktu z pacjentami. W takiej sytuacji pacjenci mogli bardziej skupić się na ogólnym wrażeniu elokwencji lekarza, pomijając merytoryczne aspekty wypowiedzi. Możliwe też, że pacjenci będący pod wrażeniem kompetencji i profesjonalizmu lekarza czuli się onieśmieleni własną niedostateczną wiedzą, a stosując własne strategie autoprezentacyjne koncentrowali się na sprawieniu wrażenia rozumiejących, nie zadając pytań i nie prosząc o dodatkowe wyjaśnienia (116). Fakt ten wyjaśniałby gorsze rozumienie choroby. Ponieważ nie badano w sposób szczegółowy wykorzystywanych strategii pomocnych w kształtowaniu wizerunku, powyższa kwestia wymaga dalszej analizy.

## 6 Wnioski

- Kompetencje społeczne lekarza mają istotny wpływ poprawę jakości współpracy z pacjentem w leczeniu osteoporozy. Umiejętność lekarza do nawiązywania bliskiego kontaktu interpersonalnego pozwala na stworzenie miejsca do przedstawienia przez pacjenta obaw i wątpliwości związanych z chorobą i procesem leczenia. Umożliwia równocześnie uzyskanie wsparcia emocjonalnego od lekarza. Bliski kontakt z pacjentem w leczeniu chorób przewlekłych obniża lęk chorych, co pozytywnie wpływa na poziom stosowania się do zaleceń i wytrwałość w terapii.
- Akceptacja choroby i metod leczenia stanowi niezbędny element motywujący chorego do wytrwania w leczeniu i stosowania się do zaleceń lekarskich
- Dyrektywność lekarza w kontakcie z pacjentem w leczeniu chorób przewlekłych wywołuje opór pacjenta obserwowany w postaci częstszego zgłaszania działań niepożądanych i pogorszenia jakości współpracy
- Regularność i małe odstępy czasowe między wizytami wpływają pozytywnie na poziom stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich
- Niski poziom wykształcenia pacjenta nie ma wpływa negatywnie na stosowanie się do zaleceń lekarskich
- Współwystępowanie innych chorób przewlekłych nie wpływa ujemnie na poziom stosowania się pacjenta do zaleceń w leczeniu osteoporozy przy dobrej współpracy lekarza z pacjentem

## 7 Streszczenie

### Wstęp:

Osteoporoza jest chorobą wymagającą długotrwałego, systematycznego leczenia. Pacjenci wykazują niski poziom stosowania się do zaleceń lekarskich w terapii osteoporozy. Celem pracy była analiza wpływu kompetencji społecznych lekarzy na poziom stosowania się pacjentów do zaleceń i ich wytrwałość w leczeniu osteoporozy.

### Material i metody:

W badaniu udział wzięli lekarze i ich pacjenci, uprzednio zdiagnozowani w kierunku osteoporozy i zakwalifikowani do leczenia farmakologicznego. Zbadano poziom kompetencji społecznych lekarzy na 3 wymiarach: Ekspozycja Społeczna, Intymność, Asertywność, oraz w skali łącznej. Do badania wykorzystano Kwestionariusz Kompetencji Społecznych autorstwa A. Matczak. Wszyscy pacjenci z badanej grupy stosowali ten sam lek: alendronian, w dawce 70mg raz w tygodniu. Poziom stosowania się pacjentów do zaleceń lekarskich analizowano w odniesieniu do kompetencji społecznych lekarzy podczas programu trwającego 14 miesięcy (7 wizyt pacjentów w dwumiesięcznych odstępach)

### Wyniki:

Kompetencje lekarzy w zakresie efektywności w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego (Intymność) była znacząco wyższa w grupie o dobrej współpracy ( $p < 0.001$ ), podobnie efektywność w sytuacjach ekspozycji społecznej ( $p < 0.001$ ). Z kolei poziom asertywności lekarzy był wyższy w grupie o słabej współpracy ( $p < 0.001$ ). Nie odnotowano różnic międzygrupowych w zakresie wieku, poziomu wykształcenia, czy miejsca zamieszkania. Również częstość występowania przewlekłych chorób współwystępujących była porównywalna (A - grupa o dobrej współpracy 76% vs B - grupa o słabej współpracy 74%), częstość występowania wcześniejszych złamań (40 % vs 37%). Pacjenci z grupy o dobrej współpracy częściej akceptowali chorobę i proponowane metody leczenia (56% vs 33%).

### Wnioski:

- Umiejętności interpersonalne lekarza istotnie wpływają na poziom stosowania się pacjenta do zaleceń
- Akceptacja choroby i metod leczenia jest niezbędnym czynnikiem motywującym pacjenta do wytrwania w terapii i stosowania się do zaleceń lekarskich
- Umiejętność nawiązania z pacjentem bliskiego kontaktu interpersonalnego pomaga wyeliminować lęk związany z chorobą i leczeniem
- Dyrektywność lekarza w leczeniu chorób przewlekłych obniża jakość współpracy z pacjentem



## 8 Summary

### **Background:**

Osteoporosis requires long term, systematic treatment. The intention of the author was to examine the influence of doctor's effectiveness to collaborate with patients (accordingly to doctor's social skills) and the effects of this doctor-patient collaboration on patient compliance and persistence.

### **Methods:**

The study was designed for physicians and their patients, previously diagnosed with osteoporosis, and qualified to pharmacological treatment. The physicians were evaluated with the Social Competence Questionnaire in 3 dimensions: Social Exposition, Intimacy and Assertiveness, as well as in the combined scale. All the patients in the study group obtained a prescription for the same medication: alendronate, 70 mg, once weekly. The compliance and persistence of the patients were analysed vs. doctor's skills in social interaction during 7 visits every 2 months.

### **Results:**

Doctor's competence, in situations demanding close interpersonal contact, was higher in the group with good compliance ( $p < 0.001$ ), as well as their effectiveness was higher in situations of social exposition ( $p < 0.001$ ). On the contrary, doctors' assertiveness was higher in the group with poor compliance ( $p < 0.001$ ). No significant differences were found between the groups with good and poor compliance, regarding the age, education level or place of residence of patients. Also co-morbid conditions (the group with good compliance: 76%, the group with poor compliance: 74%), and with fractures in history (40% vs. 37%) were comparable in both groups. The acceptance of the disease was reported more often by the group of patients with good compliance scores (56% vs. 33%).

### **Conclusions:**

- The acceptance of disease is essential for effective treatment
- Doctor's social skills influence patient's adherence to therapeutic recommendations
- Doctor's close interpersonal contact with his/her patient eliminates the patient's fears and increases his/her compliance to prescribed medication protocol in osteoporosis therapy
- Doctor's directive behaviour handicaps patient collaboration in long term treatment

## Piśmiennictwo

1. WHO Study Group: *Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis*. Technical Report 843. Geneva 1994.
2. Czerwiński, E., *Standardy badania densytometrycznego i radiologicznego w diagnostyce osteoporozy*. Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja 2005, vol 7 (Suppl.)
3. Czerwinski E, Kanis JA, Trybulec B, Johansson H, Borowy P, Osieleniec J. *The incidence and risk of hip fracture in Poland*. Osteoporos Int. 2009 Aug;20(8):1363-7.
4. Marcinkowska, M., Wawrzyniak, A., Horst-Sikorska, W. *Następstwa Osteoprotycznego złamania kości*. Prz. Menopauz. 2006;4:228-230
5. Czerwinski E, Kanis JA, Trybulec B, et al. *The incidence and risk of hip fracture in Poland*. Osteoporos Int 2008
6. Tobiasz Ferrer J, Zorrilla Ribeiro J, et al. *Mortality after hip fracture: a three year follow-up study*. Med Clin (Barc) 2005
7. Brossa Torruella A, Tobiasz Ferrer J, Zorrilla Ribeiro J, et al. *Mortality after hip fracture: a three year follow-up study*. Med Clin (Barc) 2005; 22; 124: 53-4
8. Kannis JA, Johnell O, Oden A, et al. *Long-term risk of osteoporosis in Malmö*. Osteoporosis Int 2000; 11: 669-74
9. Lippuner K, von Overbeck J, et al. *Incidence and direct medical costs of hospitalizations due to osteoporotic fractures in Switzerland*. Osteoporos Int. 1997;7(5):414-25
10. Roszkowska H, Goryński P, Wojtyniak. *Hospitalizacja z powodu złamań szyjki kości udowej w Polsce w latach 1979–1995 według płci, wieku i miejsca zamieszkania*. Post Osteo 1998; 10: 150-56.
11. Horst-Sikorska, W. *Standardy diagnostyki i leczenia pierwotnej i wtórnej osteoporozy*. Przew Lek 2007; 2: 64-69
12. Synder, M. *Znaczenie osteoporozy w praktyce ortopedycznej*. Prz Menopauz 2003, 2: 62–67
13. Paes AH, Bakker A, Soe-Agnie CJ. *Impact of dosage frequency on patient compliance*. Diabetes Care, 1997, 20:1512–1517. 50.
14. Dailey G, Kim MS, Lian JF. *Patient compliance and persistence with antihyperglycemic drug regimens: Evaluation of a Medicaid patient population with type 2 diabetes mellitus*. Clinical Therapeutics, 2001, 23:1311–1320.
15. Badurski JE, Marcinowska-Suchowierska E, Czerwiński E. *Wskazania do leczenia osób z wysokim ryzykiem złamania kości– logika stanowiska Światowej Organizacji Zdrowia wobec osteoporozy*. Reumatologia 2007; 45 Supl. 3: S169-S179.
16. Payer, J., Killinger, Z, Sulkokova, I. *Therapeutic adherence to bisphosphonates*. Biomedicine and Pharmacology. Vol 61, issue4, May 2007, 191-193
17. Torgerson DJ, Bell-Syer S. *Hormone Replacement Therapy and Prevention of Nonvertebral Fractures: A Meta-analysis of Randomized Trials*. JAMA 2001; 285: 2891-7. 18.
18. Nelson HD, Humphrey LL, Nygren P, et al. *Postmenopausal Hormone Replacement Therapy: scientific review*. JAMA 2002; 288: 872-81. 19.

19. Warenik-Szymankiewicz A, Słopeń R. *The safety of HRT and SERM in view of recent trial results*. TERAPIA 2002; 6: 15-18.
20. Tonino RP, Meunier PJ, Emkey R, et al. *Skeletal Benefits of Alendronate: 7-Year Treatment of Postmenopausal Osteoporotic Women*. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85: 3109-15
21. Miller NH. *Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases*. American Journal of Medicine, 1997, 102:43–49.
22. Badurski JE. *Choroby metaboliczne kości*. Borgis, Warszawa 2005; 191.
23. J. Compston, E. Seeman, *Compliance with osteoporosis therapy is the weakest link*. The Lancet, Volume 368, Issue 9540, Pages 973-974
24. Daniel H. Solomon, MD, MPH; Jerry Avorn, MD; Jeffrey N. Katz, et.al. *Compliance With Osteoporosis Medications* Arch Intern Med. 2005;165:2414-2419
25. Lekkerkerker, F., Kanis JA., et.al. *Adherence to treatment of osteoporosis: a need for study*. Osteoporosis Int.2007;18(10) 1311-1317)
26. Ronald D. Emkey, MD,a Mark Ettinger. *Improving Compliance and Persistence with Bisphosphonate Therapy for Osteoporosis*. American Journal of Medicine (2006) Vol 119 (4A), 18S-24S,
27. Sabate, E. *WHO Adherence Meeting Report*. Geneva, World Health Organization, 2001.
28. Haynes RB. *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979.
29. Rand CS. *Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia*. American Journal of Cardiology, 1993, 72:68D-74D.
30. Haynes R.B., Taylor D.W., Sakert D.L.et al. *Compliance in Health Care*. Baltimore, Md: The Johns Hopkins University Press, 1979.
31. Kothawala, P., Badamgarav, E., Ryu, S., et.al. *Systemic review and meta-analysis of real-world adherence to drug therapy for osteoporosis*. Mayo Clin. Proc, 2007 Dec; 82 (12):1493-1501
32. (Lombas C., Hakim C., Zanchetta J.R.: *Compliance with alendronate treatment in an osteoporosis clinic*. J. Bone Miner. Res. 2001, 15: 406.
33. Gottlieb, H., *Medication Nonadherence: Finding Solution to a Costly Medical Problem*. Drug Benefit Trends 2000, dostępny na Medscape.com
34. WHO Report. *Adherence – health and economic benefits*. World Health Organization, Geneva 2003.
35. Cofta, Sz. *Współpraca z pacjentem w leczeniu przewlekłych schorzeń układu oddechowego*. Przew Lek 2008; 5: 55-60
36. Heszen, I, Sek H, *Psychologia Zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008
37. Przedlecki, J. *Leczenie farmakologiczne osteoporozy u kobiet w wieku pomenopauzalnym i mężczyzn po 50 r.ż.* Krajowe centrum Osteoporozy, Warszawa 2009. Str 36-45, 83-100
38. Jarosz, M. *Psychologia Lekarska*. Warszawa, PZWL 1988

39. Jakubowska-Winecka A, Włodarczyk D., *Psychologia w praktyce medycznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007
40. Ailinger, R.L., Emerson, J. *Women's knowledge of osteoporosis*. *Applied Nursing Research*. Vol 11(3) Aug 1998: 111-114
41. Sewerynek, E., *Czynniki wpływające na przestrzeganie zasad terapii i efektywność leczenia osteoporozy – rola współpracy lekarza z pacjentem*. *Terapia* 2006 Available online: [http://www.osteoforum.org.pl/ter2006\\_8.html](http://www.osteoforum.org.pl/ter2006_8.html)
42. Salmon, P. *Psychologia w medycynie*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002
43. Sęk, H., *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007
44. Sokołowska M. *Socjologia medycyny*. PZWL, Warszawa 1986, s. 140-146.
45. Kardas P, Ratajczyk-Pakalska E., *Przestrzeganie zaleceń lekarskich*. W: Barański J, Waszyński E, Steciwko A. *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Wyd. Astrum, Wrocław 2000, 105.6.
46. Pendleton D, Hasler J. *Doctor – patient communication*, Academic Press, London 1983).
47. Brzeziński, J. *Metodologia badań psychologicznych*. Wydawnictwo Naukowe PWN 1997
48. Yood RA., Emani, S., et al. *Compliance with pharmacologic therapy for osteoporosis*. *Osteoporosis Int.* 2003; 14 (12): 965-968
49. Matczak, A. *Kwestionariusz Kompetencji Społecznych*. Podręcznik. Warszawa PTP, 2007
50. Ethel S, Siris MD et al. *Adherence to bisphosphonate therapy: relationship to bone fractures at 24 months in women with postmenopausal osteoporosis*. Abstract 397 presented at Sixth International Symposium on Osteoporosis, National Osteoporosis Foundation, Washington DC, 7 April 2005,
51. Adami S and Viapiana O. *Ibandronate: New options in the treatment of osteoporosis*. *Drugs of Today* 2003; 39 (11): 877-86
52. Chesnut III CH et al. *Effects of oral ibandronate administered daily or intermittently on fracture risk in postmenopausal osteoporosis*. *J Bone Miner Res* 2004; 19 (8): 1241-49
53. Black DM, Cummings SR, Karpf DB, et al. *Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures*. *Lancet* 1996; 348: 1535-41.
54. M. Vytrisalova, Sara Blazkova, Vladimir Palicka, et.al *Self-reported compliance with osteoporosis medication-Qualitative aspects and correlates*. *Maturitas* 60 92008 pages 223-229
55. Morisky DE, Green LW, Levine DM. *Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence*. *Med Care* 1986; 24: 67-74.
56. Di Matteo, Mr, Di Niccola, DD. *Achieving patient compliance*. New York, Pergamon 1982
57. Norell SE., *Accuracy of patient interviews and estimates by clinical staff in determining medication compliance*. *Social Science & Medicine-Part E, Medical Psychology*, 1981, 15:57-61
58. Cramer, JA., Mattson, RH., *Monitoring compliance with antiepileptic drug therapy*. W: Cramer, JA., Spilker, B., eds. *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. New York, Raven Press, 1991:123-137

59. Spector, SL., et al. *Compliance of patients with asthma with an experimental aerolized medication: implications for controlled clinical trials.* Journal of Allergy & Clinical Immunology, 1986, 77:65-70
60. Yood RA., Emani, S., et al. *Compliance with pharmacologic therapy for osteoporosis.* Osteoporosis Int. 2003;14 (12): 965-968
61. Lorenz, R.S., Karczmarewicz, E., Gałuszko, P., *Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie. Obniżenie częstości złamań poprzez efektywną profilaktykę i leczenie.* Terapia, Reprint z nr 9, z 3/2007
62. Thrall G, Lip GY, Lane D. *Compliance with pharmacological therapy in hypertension: can we do better, and how?* J Hum Hypertens 2004; 18: 595-7.
63. Neutel JM, Smith DH. *Improving patient compliance: a major goal in the management of hypertension.* J Clin Hypertens 2003;5: 127-32.
64. Van Dulmen, A, Verhaak, P., Bilo, H. *Shifts in doctor-patient communication during a series of outpatient consultations in non-insulin-dependent diabetes mellitus Patient Education and Counseling, Volume 30, Issue 3, Pages 227-237*
65. Myerscough PR, Ford M. *Talking with Patients: keys to good communication,* Oxford University Press, 1996)
66. *The Adherence Gap: Why Osteoporosis Patients Don't Continue With Treatment. A European report highlighting the gap between the beliefs of people with osteoporosis and the perceptions of their physicians.* <http://www.iofbonehealth.org/publications/the-adherence-gap.html>
67. Adler, S., McGraw, S., & Mc Kinlay, J. *Promoting communication with older adults* Clin Psychol Rev 2003 Jul;23(4):523-35.
68. Adler, S. *Patient assertiveness in ethnically diverse older women with breast cancer: challenging stereotypes of the elderly.* Journal of Aging Studies, 1998;12, 331-350
69. Minick., P, Hall Gueldner., S *Patterns of conflict and anger in women sixty years and older.* Journal of Women and Aging, 1995;7:71-84
70. Flynn Weitzman, P., Weitzman E.A., *Interpersonal negotiation strategies in a sample of older women.* J Clin Geropsychology Vol 6; 1, 41-51
71. Pearlin, LI., Mullan JT., et al *Caregiving and the stress: an overview of concepts and their measures.* Gerontologist 1990 Oct;30(5):583-94.
72. Steptoe, A. Fieldman, G. et al *Cardiovascular risk and responsivity to mental stress: The influence of age, gender, and risk factors.* J Cardiovasc Risk. 1996 Feb;3(1):83-93
73. Hodes, R J. (red), *Working with your older patient: A clinician's handbook.* U.S. Department of Health and Human Service, National Institute on Aging, National Institute of Health; NIH Publication n 08-7105, Oct 2008
74. Steptoe, A., Moses, J., & Edwards, S. *Age-related differences in cardiovascular reactions to mental stress tests in women.* Health Psychology 1990; 9, 18-34.
75. Kaiser HB. *Compliance and noncompliance in asthma.* Allergy Asthma Proc 2007; 28: 514-6.
76. Barlow, J. *Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration ( $\leq 1$  year) and patients with more established rheumatoid arthritis ( $\geq 10$  years duration).* Patient Education and Counseling, Vol 38, Issue 3, Pages 195-203
77. Kaczmarczyk, M. *Poziom akceptacji choroby osób starszych zamieszkujących w różnych środowiskach* Studia Medyczne 2008;12:29-33
78. Niedzielski, A., Humeniuk, E., Błaziak, P., Fedoruk, D. *Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych.* Wiadomości lekarskie 2007, LX, 5-6

79. The World Health Report 2002. Reducing risk, promoting healthy life. World Health Organisation, Geneva 2002
80. Kubica, A, Grzešk, G., Sinkiewicz, W, et.al. *Compliance, Concordance, Adherence w przewlekłej terapii*. Folia Cardiologica Excerpta 2010, tom 5, nr 2, 54–57
81. Starostka, E. *Kompetencje społeczne a umiejętności interpersonalne*. <http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=254>
82. Synowiec-Piłat, M., *Percepcja umiejętności interpersonalnych (komunikacyjnych) lekarzy ginekologów*. Gin Prakt 2003, 11, 3, 19-24
83. Dziewiecki, M. *Psychologia porozumiewania się*. Wydawnictwo JEDNOŚĆ, Kielce 2000
84. Stoner, J.A. Wankel, Ch. *Kierowanie*. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1994
85. Wong S., YS., Lee, A. *Communication skills and doctor patient relationship*. Medial Bulletin, Vol. 11, n3, march 2006
86. Sung Soo Kim Stan Kaplowitz Mark V. Johnston *The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance Evaluation & the Health Professions*, Eval Health Prof 2004 Vol. 27, No. 3, 237-251
87. Bellet P, Maloney M. *The importance of empathy as an interviewing skill in medicine*, JAMA 1992 Jan15; 267 (3):336
88. Gordon T. *Group-centered leadership*. Boston 1955. W: *Pacjent jako partner*. Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 1999.
89. Gawroń, M. *Empatia i jej znaczenie w relacji lekarz-pacjent*. W: *Podstawy psychologii zdrowia* (red. G. Dolińska - Zygmunt) Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001
90. Sęk, H. (red) *Psychologia Kliniczna tom I*. Polskie Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008
91. Steciwko, A. (red) *Komunikowanie się lekarza z pacjentem*. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000
92. Sęk, H. *Rola asertywności w kształtowaniu zdrowia psychicznego. Ustalenia teoretyczne i metodologiczne*. Przegląd Psychologiczny 1988: 3, s. 787-808
93. Król-Fijewska, M. (1993). *Trening asertywności*. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1993
94. Sęk, H. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Wydawnictwo Astrum, Warszawa 2001
95. Król - Fijewska, M. *Trening asertywności*. Instytut Psychologii zdrowia i trzeźwości, Warszawa 1991
96. Mc Kinstry, B. *Paternalism and the doctor-patient relationship in general practice*. Br J Gen Pract 1992 August; 42(361): 340–342.
97. Wroński, K., Cywiński, J. Et al. *Paternalizm w medycynie. Jakość w medycynie*. Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2008;5(3):349-352
98. Dworkin G. *Theory and practice of autonomy*. Cambridge University Press 1988.
99. Former MJ. *Paternalism in health care*. Nurs Outlook 1981; 29: 284-290
100. Siegler M. *Who should decide? Paternalism in health care*, by James F. Childress. Perspect Biol Med 1985; 28: 452-456
101. O'Neill O. *Paternalism and partial autonomy*. J Med Ethics 1984; 10: 173-178.
102. Loewenstein G, Brennan T, Volpp KG. *Asymmetric paternalism to improve health behaviors*. JAMA 2007; 298: 2415-2417
103. Baergen R, Baergen C. *Paternalism, risk and patient choice*. J Am Dent Assoc 1997; 128: 481-484.

104. Takala T. *Genetic ignorance and reasonable paternalism*. *Theor Med Bioeth* 2001; 22: 485-491
105. Kjellin L, Nilstun T. *Medical and social paternalism. Regulation of and attitudes towards compulsory psychiatric care*. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 415-419
106. Silber TJ. *Justified paternalism in adolescent health care. Cases of anorexia nervosa and substance abuse*. *J Adolesc Health Care* 1989; 10: 449-453.
107. Arrigo BA. *Paternalism, civil commitment and illness politics: assessing the current debate and outlining a future direction*. *J Law Health* 1992-1993; 7: 131-168.
108. Jones MM, Bayer R. *Paternalism and its discontents: motorcycle helmet laws, libertarian values, and public health*. *Am J Public Health* 2007; 97: 208-17
109. Balint, J.A, Shelton, N.W., *Understanding the dynamics of patient-physician relationship: balancing the fiduciary and stewardship roles of physicians*. *The American Journal of Psychoanalysis*, Vol. 62, No. 4, December 2002 (2002)
110. Dąbrowska, M. *Psychologiczne czynniki mające znaczenie w relacji pacjent - personel medyczny* <http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=378>
111. Marin, S.M., *Effects of assertive communication between doctors and patients in public health outpatient surgeries in the city of Seville (Spain)*. *Social Behavior and Personality*, January 1, 2001
112. Borkowski, J.. *Podstawy psychologii społecznej*. Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA, 2003
113. Leary, M. *Wywieranie wrażenia na innych. O sztuce autoprezentacji*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007
114. Baumeister w leary
115. Szmajke, A. *Autoprezentacja. Maski, pozy, miny*. Wydawnictwo URSA Consulting , Olsztyn 1999.
116. Stankiewicz, J. *Komunikowanie się w organizacji*. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 1990

## Wykaz rycin

Rycina 1 Metody wykorzystywane w leczeniu osteoporozy .....	7
Rycina 2 Rozkład liczbowy zmiennej - wiek pacjentów .....	25
Rycina 3 Rozkład liczbowy zmiennej - wykształcenie pacjentów.....	27
Rycina 4 Rozkład zmiennej - czas od rozpoznania osteoporozy .....	29
Rycina 5 Rozkład zmiennej - poziom wiedzy o chorobie.....	30
Rycina 6 Rozkład liczbowy zmiennej - wygoda stosowania terapii .....	32
Rycina 7 Rozkład zmiennej - liczba odbytych wizyt w trakcie trwania programu.....	33
Rycina 8 Rozkład wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach interpersonalnych w grupie A.....	35
Rycina 9 Rozkład wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach interpersonalnych w grupie B.....	35
Rycina 10 Porównanie średnich wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego.....	36
Rycina 11 Rozkład wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w ekspozycji społecznej w grupie A.....	36
Rycina 12 Rozkład wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach ekspozycji społecznej w grupie B.....	37
Rycina 13 Porównanie średnich wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w ekspozycji społecznej.....	37
Rycina 14 Rozkład wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach wymagających asertywności.....	38
Rycina 15 Rozkład wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach wymagających asertywności w grupie B .....	38
Rycina 16 Porównanie średnich wartości zmiennej - kompetencje społeczne lekarza w sytuacjach wymagających asertywności .....	39
Rycina 17 Rozkład zmiennej - zgłaszanie działań niepożądanych w grupie A .....	41
Rycina 18 Rozkład zmiennej - zgłaszanie działań niepożądanych w grupie B.....	42
Rycina 19 Rozkład zmiennej - liczba odbytych wizyt w grupie A .....	42
Rycina 20 Rozkład zmiennej - liczba odbytych wizyt w grupie B .....	43
Rycina 21 Porównanie międzygrupowe średniej liczby odbytych wizyt podczas trwania programu.....	43



## Wykaz tabel

Tabela 1 Przedziały punktowe KKS określające poziom poszczególnych kompetencji społecznych (normy dla dorosłych).....	22
Tabela 2 Wyniki zamiennych - poziom poszczególnych wymiarów kompetencji społecznych lekarzy .....	25
Tabela 3 Wyniki zmiennej - długość stażu pracy lekarzy.....	25
Tabela 4 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wiek pacjentów.....	26
Tabela 5 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wykształcenie pacjentów .....	27
Tabela 6 Wynik analizy statystycznej zmiennej - miejsce zamieszkania pacjentów .....	28
Tabela 7 Wynik analizy statystycznej - czas od rozpoznania osteoporozy.....	28
Tabela 8 Wynik analizy statystycznej zmiennej - występowanie chorób przewlekłych.....	29
Tabela 9 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wystąpienie złamań przed przystąpieniem do programu .....	30
Tabela 10 Wynik analizy statystycznej zmiennej - poziom wiedzy o chorobie.....	30
Tabela 11 Wynik analizy statystycznej zmiennej - zrozumienie choroby w ocenie lekarza.....	31
Tabela 12 Wynik analizy statystycznej zmiennej - akceptacja choroby i proponowanej metody leczenia w ocenie lekarzy.....	31
Tabela 13 Wynik analizy statystycznej zmiennej-strach przed chorobą w ocenie lekarzy.....	31
Tabela 14 Wynik analizy statystycznej zmiennej - wygoda stosowania terapii .....	32
Tabela 15 Wynik analizy statystycznej zmiennej - zgłaszanie działań niepożądanych .....	33
Tabela 16 Wynik analizy statystycznej zmiennej - liczba odbytych wizyt w trakcie trwania programu .....	33
Tabela 17 Wynik analizy korelacji zmiennych: kompetencje społeczne lekarza i stosowanie leku przez pacjentów w trakcie trwania programu .....	34
Tabela 18 Różnice intergrupowe w zakresie poziomu kompetencji społecznych lekarzy.....	35
Tabela 19 Wynik analizy korelacji zmiennych: wymiary kompetencji społecznych lekarza i stosowanie leku.....	40
Tabela 20 Wynik analizy korelacji zmiennych: stosowanie leku przez pacjenta i zgłaszanie działań niepożądanych.....	40
Tabela 21 Wynik analizy korelacji zmiennych: wymiary kompetencji społecznych lekarza i zgłaszanie działań niepożądanych .....	41
Tabela 22 Porównanie międzygrupowe występowanie akceptacji choroby i proponowanych metod leczenia.....	44
Tabela 23 Zależność zgłaszania akceptacji choroby i proponowanych metod leczenia od poziomu kompetencji społecznych lekarza.....	44
Tabela 24 Zależność zgłaszania strachu przed chorobą od poziomu kompetencji społecznych lekarza .....	45
Tabela 25 Zależność zgłaszania akceptacji choroby i proponowanych metod leczenia od poziomu kompetencji społecznych lekarza w sytuacjach wymagających asertywności .....	45
Tabela 26 Zależność zgłaszania zrozumienia choroby i zasadności leczenia od poziomu kompetencji społecznych lekarza sytuacjach ekspozycji społecznej.....	46
Tabela 27 Zależność między zrozumieniem choroby a liczbą przypadków zgłaszania działań niepożądanych.....	46
Tabela 28 Różnice międzygrupowe w ocenie wygodny stosowania leku .....	47

# ZAŁĄCZNIK 1

## FORMULARZ ZGODY CHOREGO NA UDZIAŁ W BADANIU KLINICZNYM

### Uczestnik badania:

Ja, niżej podpisana..... wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w badaniu dotyczącym terapii osteoporozy lekiem z grupy bisfosfonianów.

1. Lekarz prowadzący badanie wyjaśnił mi w pełni jego cel, przebieg i przewidywany czas trwania.
2. Potwierdzam, że otrzymałam i zapoznałam się z Kartą Informacji dla Chorego
3. Miałam możliwość zadania lekarzowi wszelkich pytań związanych z badaniem
4. Zgadzam się na przedstawienie wyników otrzymanych w trakcie badania odpowiednim władzom medycznym i ich publikację w prasie medycznej, jednakże moje dane osobowe nie będą ujawnione.
5. Mam świadomość, że mogę wycofać się z badania w dowolnym momencie bez konieczności uzasadniania swojej decyzji.

.....

podpis

.....

data

### lekarz prowadzący badanie:

Ja niżej podpisana wyjaśniłam założenia i cel badania oraz odpowiedziałam na pytania i wątpliwości chorego.

.....

podpis

.....

data

## ZAŁĄCZNIK 2

### Część I

Proszę o przeczytanie poniższych pytań i udzielenie odpowiedzi w oznaczonych miejscach.

1. **Wiek:** .....
2. **Płeć:**.....
3. **Długość stażu pracy:** .....lat
4. **Orientacyjna liczba pacjentów, z jaką dziennie ma Pan(i) kontakt:**.....
5. **Czy odczuwa Pan(i) satysfakcję z wykonywanego zawodu?** Proszę zaznaczyć odpowiedź na skali znakiem X

ZDECYDOWANIE ODCZUWAM SATYSFAKCJĘ	RACZEJ ODCZUWAM SATYSFAKCJĘ	ODCZUWAM OBOJĘTNOŚĆ	RACZEJ NIE ODCZUWAM SATYSFAKCI	ZDECYDOWANIE NIE ODCZUWAM SATYSFAKCI

6. Czy ma Pan(i) osobisty kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia?

TAK	NIE

7. Czy jest Pan(i) zatrudniony(a) przez NZOZ?

TAK	NIE

8. Czy posiada Pan(i) dodatkowe miejsce zatrudnienia?

TAK	NIE

9. Czy ma Pan(i) czas na hobby?

TAK	NIE

### Część II

#### KWESTIONARIUSZ - INSTRUKCJA

Ludzie różnią się łatwością, z jaką przychodzi im podejmowanie różnych działań czy wykonywanie różnych czynności. To, co dla jednych nie stanowi problemu, innym przychodzi z trudnością, i na odwrót.

Poniżej wymienione są różne zachowania czy działania. Proszę ocenić, jak dobrze poradził(a)by sobie Pan(i) z każdym z nich i zaznaczyć wybrane odpowiedzi znakiem X.

Przykład:

**JAK DOBRZE PAN(I) PORADZIŁ(A)BY SOBIE, GDYBY MIAŁ(A):**

L.P.		ZDECYDOWANIE DOBRZE	NIEŹLE	RACZEJ SŁABO	ZDECYDOWANIE ŹLE
98.	Zatańczyć tango			x	

Jeśli znajdują się tu takie czynności, których Pan(i) nigdy nie wykonywał(a), proszę mimo to udzielić odpowiedzi- wyobrazić sobie siebie w sytuacji wymagającej takiego działania i ocenić, jak dobrze poradził(a)by sobie Pan(i) z nim.

Proszę odpowiadać obiektywnie i szczerze.

### JAK DOBRZE PAN(I) PORADZIŁ(A)BY SOBIE, GDYBY MIAŁ(A):

L.P.		ZDECYDOWANIE DOBRZE	NIEŹLE	RACZEJ SŁABO	ZDECYDOWANIE ŹLE
1.	Odebrać z lotniska ważnego gościa				
2.	Nauczyć się obsługi programu komputerowego				
3.	Wygłosić referat na zebraniu				
4.	Powiedzieć atrakcyjnej osobie, że Panu(i) na niej zależy				
5.	Zabrać głos w dyskusji w większym gronie				
6.	Wymienić wtyczkę w przewodzie elektrycznym				
7.	Przeplłynąć basen kraulem				
8.	Kwestować na ulicy na cele społeczne				
9.	Opowiedzieć lekarzowi o swoich intymnych dolegliwościach				
10.	Wygłosić toast na ważnej				

	uroczystości				
		ZDECYDOWANIE DOBRZE	<b>NIEŹLE</b>	<b>RACZEJ SŁABO</b>	ZDECYDOWANIE ŹLE
11.	Trafić rzutkiem w środek				
12.	Zapoznać ze sobą dwie szacowne osoby				
13.	Zadzwonić do telefonu zaufania, żeby zwierzyć się ze swoich problemów				
14.	Publicznie złożyć komuś ważnemu gratulacje				
15.	Wytapetować pokój				
16.	Rozwiązać układ równań z dwiema niewiadomymi				
17.	Przytulić osobę, która potrzebuje pocieszenia				
18.	Poprosić kogoś o pomoc w rozwiązaniu swoich problemów				
19.	Wrzucić piłkę do kosza				
20.	Odmówić przyjęcia agitatorów religijnych czy politycznych, lub akwizytorów				
		ZDECYDOWANIE DOBRZE	<b>NIEŹLE</b>	<b>RACZEJ SŁABO</b>	ZDECYDOWANIE ŹLE
21.	Złożyć komuś oficjalne życzenia				
22.	Wystąpić w roli konferansjera na koncercie				
23.	Opowiedzieć komuś bliskiemu o wydarzeniach z historii, które źle o Panu(i)				

	świadczą				
24.	Skleić taśmę magnetofonową				
25.	Zaprosić swojego zwierzchnika do siebie na przyjęcie				
26.	Zmienić baterie w zegarku				
27.	Wejść swobodnie do pokoju, w którym znajduje się grono mało znanych Panu(i) osób				
28.	Wykonać przewrót do tyłu				
29.	Porozmawiać z partnerką (partnerem) o swoich oczekiwaniach wobec niej (niego)				
30.	Podziękować za zaproszenie otrzymane od ważnej osoby				
		<b>ZDECYDOWANIE DOBRZE</b>	<b>NIEŹLE</b>	<b>RACZEJ SŁABO</b>	<b>ZDECYDOWANIE ŹLE</b>
31.	Oprowadzić wycieczkę po mieście				
32.	Delikatnie zrobić koleżance uwagę na temat jej niegustownego stroju				
33.	Ułożyć kompozycję kwiatową				
34.	Obronić niesprawiedliwie potraktowanego kolegę				
35.	Ułożyć wierszyk okolicznościowy				
36.	Zerwać bez kłótni niesatysfakcjonujący związek				

37.	Porozumieć się z kimś bez słów				
38.	Publicznie wyrecytować wiersz				
39.	Rozegrać partie szachów				
40.	Wystąpić w reklamie telewizyjnej				
		<b>ZDECYDOWANIE DOBRZE</b>	<b>NIEŹLE</b>	<b>RACZEJ SŁABO</b>	<b>ZDECYDOWANIE ŹLE</b>
41.	Poprosić zwierzchnika o wyjaśnienie jakiejś kwestii				
42.	Złożyć komuś kondolencje				
43.	Reklamować w sklepie nowe produkty				
44.	Zaprojektować plakat reklamowy				
45.	Obliczyć, która jest aktualnie godzina w Nowym Jorku				
46.	Wbić gwóźdź w ścianę				
47.	Wypowiedzieć się w ankiecie ulicznej dla telewizji				
48.	Długo wypytywać ekspedientkę w sklepie o coś, czego Pan(i) nie kupi				
49.	Rozwiązać krzyżówkę				
50.	Wykonać piruet na łyżwach				
		<b>ZDECYDOWANIE DOBRZE</b>	<b>NIEŹLE</b>	<b>RACZEJ SŁABO</b>	<b>ZDECYDOWANIE ŹLE</b>
51.	Opowiedzieć o sobie psychologowi				
52.	Zrobić pisanekę				

53.	Zmienić oponę w rowerze				
54.	Wypłakać się na ramieniu przyjaciółki				
55.	Zaprosić atrakcyjną nieznaną osobę do tańca				
56.	Poprosić kogoś o zwrot dawno pożyczonej książki				
57.	Wejść na ważne zebranie 20 minut po czasie				
58.	Przedstawić się komuś znanemu tylko z widzenia				
59.	Odbyć rozmowę kwalifikacyjną w sprawie pracy				
60.	Otworzyć puszkę konserw bez otwieracza				
		<b>ZDECYDOWANIE DOBRZE</b>	<b>NIEŹLE</b>	<b>RZCZEJ SŁABO</b>	<b>ZDECYDOWANIE ŹLE</b>
61.	Zaprogramować magnetowid				
62.	Zwierzyć się szefowi ze swoich kłopotów osobistych				
63.	Zwrócić uwagę rozmawiającym w teatrze sąsiadom, mówiąc, że przeszkadzają				
64.	Zmontować regał z elementów				
65.	Poprosić kierowcę autobusu wycieczkowego o zatrzymanie się w lesku				
66.	Wymyślić i wykonać strój na bal przebierańców				



67.	Być gospodarzem dużego przyjęcia, na którym nie wszyscy się znają				
68.	Przyjąć z podziękowaniami uroczyste wręczany prezent				
69.	Odmówić komuś znajomemu pożyczania pieniędzy				
70.	Porozmawiać szczerze z kimś bliskim o wzajemnych nieporozumieniach				
		<b>ZDECYDOWANIE DOBRZE</b>	<b>NIEŹLE</b>	<b>RACZEJ SŁABO</b>	<b>ZDECYDOWANIE ŹLE</b>
71.	Upomnieć się w sklepie o resztę				
72.	Na spotkaniu towarzyskim zacząć tańczyć, gdy wszyscy jeszcze siedzą				
73.	Podtrzymać na duchu bliską osobę, gdy ma kłopoty				
74.	Zwrócić uwagę powszechnie szanowanej osobie, że się myli				
75.	Wręczyć kwiaty jakiejś ważnej osobie publicznej				
76.	Zawiesić firanki				
77.	Zreperować zepsutą klamkę				
78.	Poprosić osoby stojące do kasy o możliwość kupienia biletu bez kolejki				
79.	Przeprosić kogoś za wyrządzoną mu przykrość				

80.	Nauczyć się długiego wiersza na pamięć				
		ZDECYDOWANIE DOBRZE	NIEŹLE	RACZEJ SŁABO	ZDECYDOWANIE ŹLE
81.	Zmienić uszczelki w kranach				
82.	Odbyć oficjalną wizytę w domu swojego zwierzchnika				
83.	Opowiedzieć dowcip w większym towarzystwie				
84.	Przebiec 1 kilometr				
85.	Ozdobić mieszkanie na przyjęcie karnawałowe				
86.	Poprosić w bibliotece o wypożyczenie książki, która w zasadzie można czytać tylko na miejscu				
87.	Zająć się oficjalnymi gośćmi zaproszonymi przez żonę (męża)				
88.	Ustąpić komuś miejsca w tramwaju, zachęcając by usiadł				
89.	Poprosić kogoś w tramwaju o ustąpienie miejsca, gdy źle się Pan(i) czuje				
90.	Zabawić towarzystwo, opowiadając ciekawą historię				

**BARDZO DZIĘKUJĘ ZA WSPÓŁPRACĘ!**

## **ZAŁĄCZNIK 3**

## ZAŁĄCZNIK 4

Wizyta nr ..... (od 2 do 6)

Data wizyty .....

Data poprzedniej wizyty .....

**1. Jeśli na poprzedniej wizycie zlecone zostały badania dodatkowe związane z osteoporozą, proszę wpisać poniżej opis badań:**

.....  
.....  
.....  
.....

**2. Czy w okresie od ostatniej wizyty miało miejsce złamanie?**

TAK ..... NIE .....

**3. Czy ilość leku przepisana na poprzedniej wizycie zapewniała ciągłość terapii pomiędzy wizytami?**

TAK ..... NIE .....

**4. Jeśli NIE, to czy pacjent zapewnił sobie w tym czasie receptę na lek w innym ośrodku?**

TAK ..... NIE .....

**5. Czy pacjent zgłasza spontanicznie działania niepożądane, które wiąże ze stosowaną terapią?**

TAK ..... NIE .....

**6. Jeśli TAK, to jakie objawy zgłasza?**

.....  
.....  
.....

**7. Czy na bieżącej wizycie dokonano zmian w sposobie terapii?**

TAK ..... NIE .....

**8. Jeśli TAK, to co było przyczyną decyzji?**

- ..... występowanie działań niepożądanych
- ..... trudności z realizacją prawidłowego reżimu przyjmowania leku
- ..... cena leku
- ..... chęć zmiany terapii wyrażona przez pacjenta
- ..... inne (proszę wpisać przyczynę) .....

**9. Czy na bieżącej wizycie zlecono pacjentowi wykonanie badań dodatkowych związanych z osteoporozą?**

TAK ..... NIE .....

**10. Jeśli TAK, to proszę je wymienić:**

- ..... fosfataza zasadowa
- ..... stężenie wapnia
- ..... stężenie fosforu
- ..... CX
- ..... PTH
- ..... inne .....

# ZAŁĄCZNIK 5

## Wizyta nr 7

Data wizyty .....

Data poprzedniej wizyty .....

**1. Jeśli na poprzedniej wizycie zlecone zostały badania dodatkowe związane z osteoporozą, proszę wpisać poniżej opis badań:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 2. Wzrost:

zmierzony ..... cm  
odcinek biodrowo-żebrowy ..... cm  
odcinek głowa – ściana ..... cm  
waga ..... kg

**3. Czy ilość leku przepisana na poprzedniej wizycie zapewniała ciągłość terapii pomiędzy wizytami?**

TAK ....., NIE .....

**4. Jeśli NIE, to czy pacjent zapewnił sobie w tym czasie receptę na lek w innym ośrodku?**

TAK ....., NIE .....

**5. Czy pacjent zgłasza spontanicznie działania niepożądane, które wiąże ze stosowaną terapią?**

TAK ....., NIE .....

**6. Jeśli TAK, to jakie objawy zgłasza?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**7. Czy na bieżącej wizycie dokonano zmian w terapii?**

TAK ....., NIE .....

**8. Jeśli TAK, to co było przyczyna decyzji?**

..... występowanie działań niepożądanych  
..... trudności z realizacją prawidłowego reżimu przyjmowania leku  
..... cena leku  
..... chęć zmiany terapii wyrażona przez pacjenta  
..... inne (proszę wpisać przyczynę)  
.....

**9. Czy na bieżącej wizycie zlecono pacjentowi wykonanie badań dodatkowych związanych z osteoporozą?**

TAK ....., NIE .....

**10. Jeśli TAK, to proszę je wymienić:**

.....  
.....  
.....

**11. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy pacjent doznał złamania kości na skutek upadku?**

TAK ....., NIE .....

**12. Jeśli NIE, czy zdarzyło się pacjentowi upaść, ale nie złamać kości?**

TAK ....., NIE .....

**13. Jeśli TAK, proszę podać miejsce złamania:**

.....  
.....  
.....

### Podsumowanie badania – wypełnia lekarz:

**1. Data pierwszej wizyty odbytej przez pacjenta**

.....

**2. Stosowana terapia pacjent ocenia jako (w przypadku zmiany sposobu terapii w ciągu roku proszę ustalić ocenę terapii stosowane w ostatnim przedziale czasowym):**

..... wygodna  
..... przyjmowaniu leku towarzyszy pewna niewygodna  
..... niewygodna  
..... bardzo niewygodna, nie widzi możliwości jej kontynuacji

**3. Pacjent uważa, że program badawczy, w którym uczestniczył:**

..... w znacznym stopniu zwiększył jego wiedze na temat osteoporozy oraz sposobów jej leczenia  
..... w umiarkowanym stopniu zwiększył jego wiedze na temat osteoporozy oraz sposobów jej leczenia  
..... nie zwiększył jego wiedzy na temat osteoporozy oraz sposobów jej leczenia  
..... trudno powiedzieć

**Komentarz Badacza na temat stosunku pacjenta do: (zakreślić więcej niż jedna odpowiedź)**

**1. Choroby:**

..... strach  
..... zrozumienie  
..... akceptacja  
..... brak współpracy  
..... poszukiwanie informacji

**2. Konieczności przewlekłego przyjmowania leku:**

..... dogodna forma terapii  
..... obawa przed działaniami niepożądanymi  
..... utrudnienie codziennego funkcjonowania  
..... rutyna

**3. Przesłanych przez Stowarzyszenie informacji o charakterze edukacyjnym:**

..... zwiększenie motywacji do leczenia  
..... makulatura  
..... niezrozumiały język przekazu  
..... źródło wiedzy

