

Stan psychiczny pacjentów na etapie wczesnej i późnej starości a ich oczekiwania wobec lekarza

Mental states in early and late old age patients and their expectations of their physicians

Anna Andruszkiewicz¹, Małgorzata A. Basińska²

¹ Katedra i Zakład Promocji Zdrowia UMK w Toruniu

² Zakład Psychopatologii i Diagnostyki UKW w Bydgoszczy

Summary

Aim. Understanding and fulfilling expectations of patients attending medical consultations is part and parcel of medical practice. Clinical context in which these expectations arise is crucial in assessing patients' expectations. The objective of this research was to assess patients' expectations of medical doctors depending on patients' mental state.

Methods. Patients attending GP consultations were examined. The research sample consisted of 219 patients, out of which 129 (59%) were female and 90 (41%) were male patients. The mean age of patients was 61 (SD = 9.80). The 28-item General Health Questionnaire (GHQ-28) and the Four Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) were administered to assess patients' mental state and Patient Request Form (PRF) was used to assess patients' expectations of medical doctors.

Results. The study revealed that the youngest patients declared the highest anxiety and insomnia levels and that they differed significantly from the oldest patients. The sampled patients did not differ in terms of other mental state dimensions. It was also documented that younger patients had higher expectations of their medical doctors, required greater explanation of their medical condition and expected more emotional support. Both intensity and duration of somatic symptoms were particularly important in shaping those expectations.

Conclusions. The research findings show the need for systematic assessment of mental state of patients attending medical consultations. Mental state and somatic symptoms intensity are essential indicators of patients' expectations of medical doctors.

Słowa kluczowe: oczekiwania pacjentów wobec lekarza, stan psychiczny, osoby starsze

Key words: patients' expectations, mental state, elderly people

Wstęp

Wraz z rozwojem medycyny wzrastają również oczekiwania pacjentów korzystających z usług systemu ochrony zdrowia. Dotyczą one zarówno metod leczenia, organizacji służby zdrowia, jak i relacji interpersonalnych z personelem medycznym, zwłaszcza z lekarzem. Poza rzetelną, fachową i wyczerpującą informacją pacjenci często oczekują zainteresowania, życzliwości, współczucia i troski oraz wsparcia. Oczekiwania chorych mogą być determinowane wieloma czynnikami, między innymi: ogólnym stanem zdrowia, stanem psychicznym lub wiekiem. Z badań wynika, iż około połowa pacjentów zgłaszających się do lekarza rodzinnego ma problemy psychiczne [1, 2]. Terluin [3] na podstawie analizy pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej zidentyfikował cztery wymiary najczęstszych problemów psychicznych, którymi są: dystres, depresja, lęk i somatyzacje.

Przewiduje się, że w połowie XXI wieku osoby w wieku 60 lat i powyżej będą stanowiły 25% całej ludności, przy czym – jak wynika z doniesień światowych – najbardziej zauważalny wzrost dotyczyć będzie krajów rozwijających się. Wzrośnie zatem także liczba osób chorych przewlekle i problemów, które im towarzyszą [4]. Należy podkreślić, że to właśnie pacjenci w starszym wieku są osobami głównie korzystającymi ze świadczeń zdrowotnych [5, 6].

Stan psychiczny

Stan psychiczny to element procesu psychicznego, na który między innymi składają się: stan emocjonalny (afekt i nastrój), napęd psychoruchowy, procesy poznawcze, percepcja siebie i zachowanie. Stan psychiczny obejmuje zarówno elementy dobrostanu, jak i symptomy patologiczne. Przez dobrostan psychiczny rozumie się optymalne psychologiczne funkcjonowanie i pozytywne przeżycia, które są rozpoznawane między innymi przez brak stanów patologicznych, np. lęku czy depresji [7, 8].

Trudności związane ze starzeniem się

Starość jest naturalnym etapem rozwoju osobniczego, który następuje po dorosłości [9]. Można ją rozpatrywać przynajmniej z trzech perspektyw: liczby przeżytych lat (wiek kalendarzowy, metrykalny), zmian biologicznych, które zachodzą w organizmie (wiek biologiczny) oraz zmian zachodzących w psychice człowieka (wiek psychologiczny) [10]. Według Światowej Organizacji Zdrowia wiekiem granicznym wejścia w etap starości jest ukończenie 60. roku życia, a podział grup wiekowych osób starszych jest następujący: 45–59 r.ż. to wiek przedstarczy, 60(65)–74 r.ż. to wczesna starość, tzw. młodzi-starzy, trzeci wiek, lata wieku podeszłego, a 75–89 r.ż. to wiek starczy, późna starość, tzw. starzy-starzy [9]. Należy jednak pamiętać, że ze względu na średnie wydłużenie życia ludzi te granice są umowne. Obecnie podkreśla się, że nie tyle wiek biologiczny jest decydujący, co rodzaj interakcji między osobą a środowiskiem. Gdy jednostka staje się mniej sprawna i mniej samowystarczalna, szybciej wchodzi w kolejny etap życia [11].

Ułomności wieku podeszłego potrafią przysporzyć wielu cierpień i mogą powodować złe samopoczucie. Ponadto mogą ograniczać poruszanie się i kontakty z innymi ludźmi, mogą pozbawić radości życia i zwiększyć zależność od otoczenia. Z medycznego punktu widzenia rozróżnia się dwa zasadnicze typy zmian: obniżenie sprawności fizycznej oraz tak zwaną mnogą patologię. U 80–85% ludzi po 60. r.ż. występuje co najmniej jedna choroba, z reguły przewlekła, u 30% stwierdza się znaczne pogorszenie słuchu, u 20% upośledzenie wzroku, a defekty te wpływają na codzienną aktywność i przyczyniają się do pogorszenia ogólnego stanu psychicznego jednostki [12, 13]. Osoby, które osiągnęły wiek późnej dorosłości, są często narażone na wiele specyficznych problemów somatycznych, a te niedogodności i ograniczenia mają ogromny wpływ na stan psychiczny i ogólnie na zdrowie psychiczne.

Ze względu na pojawiające się problemy natury zdrowotnej osoby starsze często korzystają z usług lekarza i w związku z tym mogą mieć bardzo zróżnicowane oczekiwania wobec personelu medycznego.

Oczekiwania wobec personelu medycznego

Williams [14] definiuje oczekiwania jako potrzeby obiektywne, życzenia lub pragnienia przed wizytą u lekarza. Oczekiwania związane z leczeniem, w tym wobec lekarza, są ważne z punktu widzenia pacjenta, bo często są podstawą do podjęcia zachowań związanych ze zdrowiem i zdrowieniem. Pacjenci opierają je na ocenie swoich możliwości spostrzeganych przez pryzmat zasobów osobistych, objawów klinicznych choroby oraz jakości oddziaływań medycznych.

Niestety, oczekiwania pacjentów nie są przedmiotem systematycznych badań, a pielęgniarki i lekarze często nie doceniają i nie rozpoznają oczekiwań pacjentów, które w związku z tym nie są spełniane. W procesie diagnozy w kontakcie z pacjentem powstaje u personelu medycznego określony obraz potrzeb pacjentów, nie zawsze odpowiadający ich faktycznym oczekiwaniom [15].

Możemy wyodrębnić kilka rodzajów oczekiwań wobec personelu medycznego:

1. ekspresywne – czyli czynności informujące (na temat badań i leczenia), wyjaśniające (podające powiązania choroby ze stylem postępowania oraz konsekwencje dla innych sfer życia) i wspierające (oczekiwania uzyskania emocjonalnej pomocy),
2. instrumentalne – czyli sprawne wykonanie różnych czynności przy chorym [16].

Pacjenci generalnie mają problem ze sprecyzowaniem, czego dokładnie oczekują od pielęgniarki czy lekarza [17]. Ponadto zebrane dane wykazały, że poziom oczekiwań pacjentów wobec personelu medycznego różni się w zależności od długości hospitalizacji i płci pacjentów [16], a także od okresu leczenia i wieku chorych [18]. Pacjenci są także bardziej nastawieni na informacje i wsparcie w zależności od długości trwania choroby [16]. Kobiety mają większe oczekiwania niż mężczyźni [16] i także oczekują więcej wsparcia psychicznego [18]. Oczekiwanie na wsparcie emocjonalne wzrasta z wiekiem. Pacjenci w wieku 60–69 lat większy nacisk kładą na troskę i współczucie, natomiast pacjenci nieco starsi oczekują przede wszystkim wsparcia emocjonalnego. Wyniki badań wskazują, że część oczekiwań pacjentów jest

spełniana przez ich rodziny, np. wsparcie emocjonalne, a część może być zaspokojona tylko przez personel medyczny [18].

Często pielęgniarki mają większą świadomość potrzeb związanych z emocjonalną sferą pacjenta niż sami pacjenci. Natomiast oczekiwania pacjentów są większe niż percepcja tychże oczekiwań przez lekarzy. W przebadanej grupie chorzy onkologicznie deklarowali wyższy poziom oczekiwań dotyczących czynności informujących niż postrzeganie tych potrzeb przez pielęgniarki. Natomiast porównania dotyczące czynności ekspresywnych – wspierających w tej grupie pokazały, iż oczekiwania pacjentów w tej dziedzinie były mniejsze, niż wydawało się pielęgniarkom. Również lekarze postrzegali te oczekiwania jako mniejsze, niż postrzegają je grupa pielęgniarek. Można więc przypuszczać, że pacjenci nie oczekują od personelu medycznego dużego zainteresowania ich sferą emocjonalną, a pielęgniarki są przekonane o ogromnej potrzebie takich oczekiwań wśród pacjentów. Ponadto pacjenci wykazywali wyższy poziom oczekiwań dotyczących czynności instrumentalnych niż lekarze sądzili, że pacjenci oczekują. Nie budzi zdziwienia, że pacjenci oczekują od personelu medycznego wysokiego poziomu wykonywania czynności instrumentalnych. Liczni autorzy wskazują, że pacjenci oczekują od personelu medycznego więcej informacji niż wsparcia, co częściowo potwierdzają badania Laskowskiej i Tulińskiej [19], według których ok. 75% pacjentów chce być poinformowanych o swoim stanie zdrowia, nawet gdyby informacje te miały być przykre [16].

Bardzo ważną rolę odgrywa prawidłowa komunikacja pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Odpowiednia ilość i jakość przekazywanych informacji zapobiega negatywnemu wpływowi emocji na zdrowie pacjenta. Znajomość oczekiwań pacjentów pozwala więc na podejmowanie skuteczniejszych działań wobec nich [20, 21].

Wiadomo, że do skutecznego zarządzania chorobą niezbędne są pacjentowi umiejętności rozpoznawania objawów chorobowych i właściwego reagowania w razie ich wystąpienia, prawidłowego przyjmowania leków, postępowania w stanach nagłych, doboru sposobu żywienia i aktywności fizycznej, skutecznych relacji z pracownikami służby zdrowia, wykorzystania zasobów społeczności lokalnej, adaptacji do pracy czy radzenia sobie z problemami psychologicznymi związanymi z chorobą [21, 22]. Te umiejętności i wiedzę pacjent pozyskuje w trakcie całego procesu terapeutycznego od personelu medycznego. Tak więc spełnienie oczekiwań pacjentów w przebiegu całego procesu terapeutycznego staje się niezwykle istotnym wyzwaniem współczesnej medycyny. Do tej pory wiele badań na temat oczekiwań pacjentów koncentrowało się na skutkach niespełnionych oczekiwań, kładąc nacisk na zadowolenie pacjentów. W niniejszym badaniu możemy rozszerzyć dotychczasowe analizy o wpływ stanu psychicznego i wieku na oczekiwania pacjentów przewlekle chorych wobec lekarza.

Na podstawie literatury przedmiotu sformułowano poniższe pytania badawcze:

1. Jaki jest stan psychiczny badanych pacjentów i jakie są ich oczekiwania wobec lekarza?
2. Czy wiek badanych różnicuje ich oczekiwania wobec lekarza?
3. Czy stan psychiczny badanych różnicuje ich oczekiwania wobec lekarza?

4. Czy wiek, stan psychiczny i czas trwania choroby pozwalają przewidywać oczekiwania pacjentów od lekarza?

Metoda

Grupa badana

Badani to pacjenci zgłaszający się do lekarza rodzinnego. Łącznie przebadano 219 osób, 129 kobiet (59%) i 90 mężczyzn (41%), średnia wieku to 61 lat (SD = 9,80). Osoba najmłodsza miała 45 lat, a najstarsza 89 lat. Pacjentów przydzielono do trzech kategorii wiekowych zgodnie z podziałem Światowej Organizacji Zdrowia:

- Grupa I: n = 106 osób (48%) – tzw. późna dorosłość 45.–59. r.ż. (M = 52,76 roku; SD = 4,43) – wiek przedstarczy (traktowana jako grupa porównawcza)
- Grupa II: n = 88 osób (40%) od 60. do 74. r.ż. (M = 65,14 roku; SD = 3,94) – wczesna starość
- Grupa III: n = 25 osób (12%) od 75. r.ż. (M = 79,48 roku; SD = 3,60) – wiek starczy.

Stan zdrowia badanych

Wszyscy badani chorowali przewlekłe, ale tylko część z nich (n = 140; 65%) pozostawała pod opieką lekarza specjalisty. Najwięcej osób cierpiało z powodu nadciśnienia tętniczego, chorób serca i cukrzycy (tab. 1). Średni czas trwania choroby w badanej grupie wynosił 10,80 roku (SD = 8,66) przy rozpiętości od kilku miesięcy do 42 lat.

Tabela 1. Liczebność badanych w zależności od jednostki chorobowej

Choroba	Liczba	%
Nadciśnienie tętnicze	58	26,48
Choroby serca	57	26,03
Cukrzyca	53	24,20
Gruźlica i choroby płuc	37	16,89
Choroby tarczycy	5	2,28
Choroby stawów i kręgosłupa	4	1,82
Inne choroby	5	2,28

Narzędzia badawcze

W badaniu zastosowano cztery metody badawcze. Do oceny stanu psychicznego wykorzystano Kwestionariusz GHQ-28 opracowany przez Goldberga, który jest jedną z najbardziej popularnych metod stosowanych do oceny ogólnego stanu psychicznego [2] oraz Kwestionariusz 4DSQ (The Four Dimensional Symptom Questionnaire), który ocenia cztery wymiary zaburzeń sfery psychicznej: dystres, depresję, lęk i somatyzację. Narzędzia te okazały się bardzo rzetelne w badanej grupie, gdyż uzyskane

wskazniki alfa Cronbacha były wyższe niż podczas prac adaptacyjnych [23] i wynosiły odpowiednio: 0,955, 0,956, 0,945 i 0,926. Skala GHQ-28 bada cztery wymiary stanu psychicznego: A – objawy somatyczne (alfa Cronbacha dla badanej grupy = 0,876), B – lęk i bezsenność (alfa = 0,916), C – zaburzenia funkcjonowania społecznego (alfa = 0,933), D – symptomy depresji (alfa = 0,941), które razem dają wynik ogólny (alfa = 0,958).

Do oceny oczekiwań od lekarza zastosowano Listę Oczekiwań Pacjenta (Patient Request Form – PRF) Salmona i Quine’a w adaptacji polskiej Juczyńskiego [24]. Autorzy narzędzia stworzyli listę stwierdzeń wyrażających powody zgłoszenia się do lekarza, dotyczących trzech obszarów oczekiwań pacjenta, związanych z: wyjaśnieniem choroby (alfa Cronbacha dla badanej grupy = 0,836), poszukiwaniem wsparcia emocjonalnego (alfa = 0,845) i uzyskaniem informacji na temat badań i leczenia (alfa = 0,847). Ponadto uzyskuje się wynik wskazujący na ogólny poziom oczekiwań – alfa Cronbacha dla badanej grupy wynosiła 0,914.

Czwartą z zastosowanych metod była metryczka służąca zebraniu informacji demograficznych oraz podstawowych informacji o stanie zdrowia pacjenta.

Badania zostały przeprowadzone zgodnie z zasadami określonymi w Deklaracji Helsińskiej. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu nr KB 440/2012.

Wyniki

Wartości średnie analizowanych zmiennych

Tabela 2 reprezentuje wyniki średnie dla badanych z podziałem na podgrupy ze względu na wiek w zakresie analizowanych zmiennych. Generalnie najwyższe liczbowe wartości w większości wymiarów stanu psychicznego i oczekiwań wobec lekarza uzyskała grupa porównawcza (późnej dorosłości). Otrzymane wyniki pozwalają odpowiedzieć na pierwsze pytanie badawcze. To nie osoby starsze, lecz będące na etapie późnej dorosłości cechują się najmniej korzystnym stanem psychicznym i mają najwięcej oczekiwań wobec lekarza, gdy cierpią z powodu choroby przewlekłej.

Tabela 2. Statystyki opisowe dla analizowanych zmiennych z podziałem na wiek badanych

Analizowane zmienne	Wiek starczy (n = 25)		Wczesna starość (n = 88)		Późna dorosłość (n = 106)	
	M	SD	M	SD	M	SD
GHQ-28 A – objawy somatyczne	7,40	4,79	6,86	3,92	7,63	4,56
GHQ-28 B – lęk i bezsenność	4,36	3,33	6,00	4,29	7,54	5,77
GHQ-28 C – zaburzenia funkcjonowania społecznego	9,44	4,42	7,97	3,08	9,06	4,12
GHQ-28 D – symptomy depresji	2,32	3,84	1,77	3,15	3,14	5,20

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

GHQ-28 Suma	23,52	12,01	22,60	11,45	27,37	17,43
GHQ-28 Sten	5,16	1,93	5,16	2,05	5,52	2,40
4DSQ Dystres	8,52	8,01	7,88	9,46	10,07	13,40
4DSQ Depresja	2,40	4,30	1,23	2,43	2,31	5,14
4DSQ Lęk	2,60	4,25	2,42	4,47	4,49	9,37
4DSQ Somatyzacja	10,92	6,89	11,78	10,15	12,06	12,45
Wyjaśnianie	9,00	3,29	9,28	3,67	10,38	2,69
Wsparcie	5,08	4,27	5,26	4,09	6,62	4,07
Informacje	9,56	3,28	9,51	3,67	10,61	2,54
PRF Suma oczekiwań	23,64	9,40	24,05	10,05	27,61	7,65

Różnice w ocenie stanu psychicznego i oczekiwaniach wobec lekarza między badanymi grupami

W początkowym etapie analiz sprawdzono zróżnicowanie w stanie psychicznym i w oczekiwaniach wobec lekarza badanych osób ze względu na wiek. Stan psychiczny badanych osób jest różny w zależności od wieku tylko w wymiarze czynnika GHQ-28 B – lęk i bezsenność (tab. 3). Najwyższy poziom lęku i bezsenności deklarowały osoby najmłodsze i one istotnie różniły się od osób najstarszych, które w najmniejszym stopniu skarżyły się na te zaburzenia ($p = 0,03$). W pozostałych wymiarach stanu psychicznego badane osoby nie różniły się między sobą.

Tabela 3. Wyniki analizy wariancji dla wymiarów stanu psychicznego ze względu na wiek

Analizowane zmienne	F/H	p
GHQ-28 A – objawy somatyczne	0,762 ^F	0,468
GHQ-28 B – lęk i bezsenność	7,273	0,026
GHQ-28 C – zaburzenia funkcjonowania społecznego	1,450	0,484
GHQ-28 D – symptomy depresji	3,017	0,221
Suma GHQ-28 – sten	1,570	0,456
4DSQ Dystres	0,167	0,920
4DSQ Depresja	1,286	0,526
4DSQ Lęk	1,089	0,580
4DSQ Somatyzacja	0,108 ^F	0,898

F – wartość statystyki F, H – wartość statystyki H, p – istotność statystyczna

Następnie sprawdzono, czy pacjenci różnią się w zakresie oczekiwań wobec lekarza, uwzględniając podział na wiek badanych (tab. 4). Okazało się, że pacjenci różnią się istotnie między sobą w następujących wymiarach: wyjaśnianie, wsparcie

i wynik ogólnego poziomu oczekiwań wobec lekarza. Wiek badanych nie różnicował oczekiwań pacjentów dotyczących informacji na temat badań i leczenia. Im badani byli młodszy, tym mieli większe oczekiwania wobec lekarza, potrzebowali więcej wyjaśnienia choroby i oczekiwali więcej wsparcia emocjonalnego.

Tabela 4. Wyniki analizy wariancji dla oczekiwań od lekarza ze względu na wiek

Analizowane zmienne	F/H	p
Wyjaśnianie	7,626	0,022
Wsparcie	3,174 ^F	0,044
Informacje	5,178	0,456
PRF Suma oczekiwań	8,235	0,016

F – wartość statystyki F, H – wartość statystyki H, p – istotność statystyczna

Różnice w zakresie oczekiwań wobec lekarza ze względu na nasilenie objawów psychicznych

Ze względu na to, że różnice wśród badanych zaobserwowano tylko w jednym z wymiarów ogólnej oceny stanu psychicznego, w dalszych analizach statystycznych uwzględniono tylko wynik ogólny uzyskany w Kwestionariuszu GHQ-28. Badanych podzielono na trzy podgrupy w zależności od uzyskanego wyniku ogólnego (tab. 5). Następnie sprawdzono, czy występują różnice pomiędzy tymi podgrupami w zakresie oczekiwań wobec lekarza. Zaobserwowano istotne statystycznie różnice w nasileniu oczekiwań wobec lekarza, szczególnie w wymiarze wsparcia emocjonalnego w zależności od stanu psychicznego badanych osób (tab. 6–8). Im więcej objawów deklarowali badani, tym mieli większe oczekiwania wobec lekarza, szczególnie w wymiarze wsparcia.

Tabela 5. Liczebność badanych w zależności od nasilenia objawów psychicznych mierzonych testem GHQ

Poziom GHQ – suma	Liczba	Procent
Niskie nasilenie objawów (1–4 sten)	88	40,18
Przeciętne nasilenie objawów (5–6 sten)	63	28,77
Znaczne nasilenie objawów (7–10 sten)	68	31,05

Tabela 6. Wyniki analizy wariancji dla oczekiwań od lekarza ze względu na stan psychiczny

Oczekiwania od lekarza	F/H	p
Wyjaśnianie	3,50	0,174
Wsparcie	32,18	< 0,0001
Informacje	2,90	0,235
PRF Suma oczekiwań	10,00 ^F	< 0,0001

F – wartość statystyki F, H – wartość statystyki H, p – istotność statystyczna

Tabela 7. Poziomy istotności analiz wykonanych testem porównań wielokrotnych w zakresie oczekiwania wsparcia od lekarza ze względu na stan psychiczny

Nasilenie objawów	Niskie (1–4 sten) R:81,44	Przeciętne (5–6 sten) R:113,78	Znaczne (7–10 sten) R:138,27
Niskie (1–4 sten)		0,005	< 0,0001
Przeciętne (5–6 sten)	0,005		0,077
Znaczne (7–10 sten)	< 0,0001	0,077	

Tabela 8. Poziomy istotności analiz wykonanych testem NIR w zakresie oczekiwań od lekarza ze względu na stan psychiczny

Nasilenie objawów	Niskie (1–4 sten) M = 22,86	Przeciętne (5–6 sten) M = 26,00	Znaczne (7–10 sten) M = 29,16
Niskie (1–4 sten)		0,030	< 0,0001
Przeciętne (5–6 sten)	0,030		0,039
Znaczne (7–10 sten)	< 0,0001	0,039	

M – średnia arytmetyczna

W celu pogłębionego sprawdzenia, czy wiek i stan psychiczny łącznie różnicują oczekiwania wobec lekarza, wykonano analizę wariancji ANOVA dla efektów głównych, która wskazała, że stan psychiczny pełni dużo bardziej istotną rolę niż wiek w oczekiwaniach pacjentów wobec lekarza (tab. 9).

Tabela 9. Wyniki analizy wariancji ANOVA

	Test	Wartość	F	Efekt – df	Błąd – df	p
Wyraz wolny	Wilksa	0,1155	523,26	3	205,00	< 0,00001
WIEK-kod	Wilksa	0,9660	1,19	6	410,00	0,3084
GHQ-kod	Wilksa	0,8793	4,54	6	410,00	0,0002
WIEK-kod*GHQ-kod	Wilksa	0,9307	1,25	12	542,67	0,2484

F – wartość statystyki F, df – ilość stopni swobody, p – istotność statystyczna

Otrzymane wyniki pozwalają odpowiedzieć na trzecie pytanie badawcze i stwierdzić, że w badanej grupie to stan psychiczny okazał się najistotniejszym czynnikiem kształtującym oczekiwania pacjentów wobec lekarza. Im jest on gorszy, tym większe oczekiwania mają badani wobec lekarza, a szczególnie oczekują wsparcia.

Analiza regresji wielokrotnej – predyktory oczekiwań wobec lekarza

W końcowym etapie analiz sprawdzono, czy stan psychiczny i wiek pacjenta oraz czas trwania choroby razem pozwalają przewidywać nasilenie oczekiwań wobec lekarza. W tym celu wykonano analizę regresji wielokrotnej. Na podstawie wyodrębnionych zmiennych można przewidywać oczekiwania pacjentów wobec lekarza.

Oczekiwania dotyczące wyjaśniania powiązań choroby są wyjaśniane w około 4% przez analizowane zmienne ($R = 0,263$; $R^2 = 0,069$; Poprawione $R^2 = 0,042$; $F(6,203) = 2,523$; $p < 0,022$). Szczególną rolę wśród tych zmiennych pełnią występujące objawy somatyczne (GHQ-28 A). Im większe ich nasilenie, tym większe oczekiwania w stosunku do lekarza w aspekcie wyjaśniania ($Beta = 0,253$; $t = 2,35$; $p = 0,020$).

Oczekiwania dotyczące wsparcia są wyjaśniane w około 19% przez analizowane zmienne ($R = 0,464$; $R^2 = 0,215$; Poprawione $R^2 = 0,192$; $F(6,203) = 9,277$; $p < 0,00001$). Szczególną rolę wśród tych zmiennych pełnią występujące lęki i bezsenność (GHQ-28 B) oraz czas trwania choroby. Im większe nasilenie lęku i bezsenności ($Beta = 0,217$; $t = 2,08$; $p = 0,039$) oraz krótszy czas trwania choroby ($Beta = -0,172$; $t = -2,14$; $p = 0,014$), tym większe oczekiwania w stosunku do lekarza w aspekcie wsparcia.

Oczekiwania dotyczące informacji o chorobie są wyjaśniane w około 4% przez analizowane zmienne ($R = 0,257$; $R^2 = 0,066$; Poprawione $R^2 = 0,039$; $F(6,203) = 2,394$; $p < 0,030$). Szczególną rolę wśród tych zmiennych pełnią występujące objawy somatyczne (GHQ-28 A). Im większe ich nasilenie, tym większe oczekiwania w stosunku do lekarza w aspekcie wyjaśniania ($Beta = 0,241$; $t = 2,23$; $p = 0,027$).

Generalnie oczekiwania od lekarza są wyjaśniane w około 10% przez analizowane zmienne ($R = 0,354$; $R^2 = 0,125$; Poprawione $R^2 = 0,099$; $F(6,203) = 4,841$; $p < 0,0001$). Szczególną rolę wśród tych zmiennych pełnią występujące objawy somatyczne (GHQ-28 A) i czas trwania choroby. Im większe nasilenie objawów somatycznych ($Beta = 0,226$; $t = 2,17$; $p = 0,032$) i krótszy czas trwania choroby ($Beta = -0,161$; $t = -2,29$; $p = 0,023$), tym większe oczekiwania w stosunku do lekarza.

Wyniki prowadzonych analiz pozwalają odpowiedzieć na ostatnie postawione pytanie. Okazało się, że szczególną rolę w kształtowaniu oczekiwań wobec lekarza pełni stan psychiczny wyrażony w nasileniu objawów somatycznych odczuwanych przez pacjenta i czas trwania choroby.

Dyskusja

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu podejście do pacjenta, podporządkowane biomedycznemu paradygmatowi dominującemu w medycynie, skupiało się na chorobie, a w centrum zainteresowań była jednostka wyrwana z szeroko pojętego kontekstu ludzkiego funkcjonowania [25]. Dziś człowiek i jego zdrowie traktowane są holistycznie, a problemy zdrowotne są rozpatrywane w szerokim kontekście różnych aspektów jego życia. Obrazuje to między innymi model ekosystemu człowieka, tzw. Mandala Zdrowia – opracowana przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto. Podstawowym założeniem modelu jest uznanie faktu istnienia skomplikowanych powiązań pomiędzy człowiekiem i jego środowiskiem. Zasadniczą rolę odgrywa nowa koncepcja człowieka – daleka od dualistycznej wizji Kartezjusza – w której uwzględnia się myśli i uczucia pacjenta oraz ich związek ze stanem zdrowia.

Uzyskane wyniki badań pozwalają poszerzyć wiedzę na temat uwarunkowań oczekiwań wobec lekarza w grupie starszych przewlekle chorych pacjentów. Najwyższe liczbowe wartości w większości wymiarów stanu psychicznego i oczekiwań wobec lekarza uzyskała grupa porównawcza (późnej dorosłości). Najwyższy poziom lęku

i bezsenność (GHQ-28 B) deklarowały osoby najmłodsze i one istotnie różniły się od osób najstarszych, które w najmniejszym stopniu skarżyły się na te zaburzenia. Wyniki badań epidemiologicznych sugerują, że lęk i depresja, zdefiniowane według kryteriów ICD-10 i DSM-IV, występują rzadziej u starszych niż u młodszych dorosłych [26]. Również w opinii lekarzy pierwszego kontaktu starsze osoby w trakcie wizyty lekarskiej rzadziej mówią o swoim gorszym nastroju i problemach psychicznych. Koncentrują się przede wszystkim na objawach somatycznych, takich jak ból mięśni czy głowy oraz zmęczenie. Bagatelizowanie, a często przemilczanie objawów związanych ze stanem psychicznym (w odróżnieniu od młodszych pacjentów), może wynikać z faktu obawy przed stygmatyzacją, zawstydzeniem oraz przekonaniem, że zły nastrój jest elementem towarzyszącym procesowi starzenia [27]. Ponadto warto zwrócić uwagę na fakt, że choroba przewlekła, która zmniejsza niezależność jednostki, zwykle budzi niepokój, lęk i przyczynia się do wystąpienia trudności ze snem. Jednak w społecznym przekazie taka sytuacja jest normalna, gdy dotyczy osób starszych. Wydaje się, że osobom młodszym jest trudniej, gdy wystąpi taka choroba, która często ogranicza ich funkcjonowanie, zakłóca realizację celów życiowych i zadań, utrudnia bądź uniemożliwia zaspokajanie różnorodnych potrzeb życiowych oraz zawiera czynnik utraty istotnych wartości [28].

Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu GHQ-28 są przez badaczy traktowane jako predyktory samopoczucia jednostki [29]. Dotychczasowe wyniki badań potwierdzają powiązanie fizycznego dobrostanu z subiektywną oceną swojego stanu zdrowia [30]. Ponadto należy pamiętać o silnym wpływie czynników genetycznych na pomiar psychicznego dobrostanu [31].

Zgodnie z badaniami Williams [14] najczęściej pacjenci oczekiwali, że lekarz zrozumie i wyjaśni, na czym polega przedstawiony przez nich problem. Chcieli mieć również poczucie, że lekarz koncentruje się na tym, co dla nich jest ważne. Potwierdziły to również badania Ruiz-Moral i wsp. [32], w których zgłaszający się do lekarza rodzinnego mieli dwa oczekiwania natury ogólnej: uzyskanie informacji o swoim stanie zdrowia oraz okazanie zainteresowania ich osobą ze strony lekarza. W Polsce Marciniowicz i wsp. [33], którzy badali oczekiwania pacjentów związane z wizytą u lekarza POZ, wymieniają następujące informacje, jakie chcieliby uzyskać chorzy: skuteczność leczenia, rozwiązywanie problemów zdrowotnych, trafna diagnoza, a najmniej osób chciało poruszyć inne kwestie. Badania pacjentów litewskich wskazały na podobne oczekiwania chorych, którzy zgłaszali przede wszystkim potrzebę uzyskania informacji i wyjaśnienia przez lekarza sposobu terapii [34]. Potwierdziły to również badania pacjentów z Bangladeszu [35]. Jak widać, pomimo różnic kulturowych oczekiwania chorych są podobne, co pozwala na pewne uogólnienia uzyskanych wyników badań.

Badania własne wykazały, że grupa osób starszych miała mniejsze oczekiwania wobec lekarza. Warto pamiętać, że starsze osoby być może mają mniejsze oczekiwania wobec lekarza ze względu na akceptację swojej sytuacji zdrowotnej, którą przynajmniej w części traktują jako adekwatną do etapu życia. Często są one przekonane, że starość niesie za sobą pogorszenie stanu zdrowia i być może dlatego nie oczekują od lekarza bardziej szczegółowych informacji ani wyjaśnień. Przyjmują chorobę, objawy i wszystko, co ona za sobą niesie, jako naturalny przejaw procesu starzenia [27].

Badania wykazały, że im wyższe nasilenie odczuwanych zaburzeń psychicznych, tym większe oczekiwania pacjentów wobec lekarza w zakresie wsparcia. Potwierdzają to badania innych autorów, które pokazują, że w takiej sytuacji osoba chora, jak i rodzina pacjenta liczą na udzielenie wsparcia przez lekarza, umiejętne wyciszenie emocji oraz okazanie pełnej akceptacji [36].

Nasilenie objawów somatycznych okazało się najistotniejszym predyktorem kształtującym oczekiwania pacjentów wobec lekarza w zakresie potrzeby wyjaśnienia wszystkiego, co wiąże się z chorobą, jak i uzyskania informacji na temat objawów i leczenia. Wydaje się to logiczne – nasilenie objawów somatycznych zawsze budzi niepokój, pacjent szuka informacji i chce w sposób racjonalny wyjaśnić, co się z nim dzieje. Lekarz, do którego zgłasza się po diagnozę, staje się w sposób oczywisty najbardziej wiarygodnym źródłem informacji.

Należy pamiętać, że prawidłowa relacja między lekarzem a chorym jest podstawą do osiągnięcia wspólnego sukcesu. Ta prawidłowa relacja często odnosi się do spełnienia oczekiwań pacjenta wobec lekarza. Dotyczy to szczególnie osób z chorobami przewlekłymi, takimi jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy hipercholesterolemia [37].

Wnioski

Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę systematycznej oceny stanu psychicznego osób zgłaszających się do lekarza, szczególnie tych młodszych, gdyż pojawienie się choroby przewlekłej na tym etapie życia jest bardzo trudne. Negatywny stan emocjonalny może przyczynić się do obniżenia ogólnej odporności i wtórnie przyczynić do pogorszenia stanu zdrowia oraz trudności w leczeniu [38-40].

Implikacje praktyczne

Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę:

1. systematycznej oceny stanu psychicznego pacjentów zgłaszających się do lekarza,
2. doskonalenia umiejętności lekarzy w zakresie pracy z chorymi przewlekle, zwłaszcza w aspekcie rozumienia wpływu stanu psychicznego na ich oczekiwania wobec lekarza.

Piśmiennictwo

1. Terluin B. *De Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Een vragenlijst voor het meten van distress, depressie, angst en somatisatie*. Huisarts Wet. 1996; 39(12): 538–547.
2. Goldberg D, Williams P, Makowska Z, Merecz D. *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera; 2001.
3. Terluin B, Rhenen W, Schaufeli WB, Haan M. *The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in working population*. Work Stress 2004; 18: 187–207.

4. Michel J-P, Newton JL, Kirkwood TBL. *Medical Challenges of Improving the Quality of a Longer Life*. JAMA 2008; 6: 688–690.
5. Neal R, Dowell A, Heywood P, Morley S. *Frequent attenders: who needs treatment*. Br. J. Gen. Pract. 1996; 46: 131–132.
6. Speer DC, Schneider MG. *Mental health needs of older adults and primary care: opportunity for interdisciplinary geriatric team practice*. Clin. Psychol. 2003; 10: 85–101.
7. Vaingankar JA, Subramaniam M, Lim YW, Sherbourne C, Luo N, Ryan G. i wsp. *From well-being to positive mental health: conceptualization and qualitative development of an instrument in Singapore*. Qual. Life Res. 2012; 21(10): 1785–1794.
8. Huppert FA, So TT. *Flourishing across Europe: application of a new flourishing across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being*. Soc. Indic. Res. 2013; 110(3): 837–861.
9. Szarota Z. *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej; 2004.
10. Susułowska M. *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1989.
11. Oleś P. *Psychologia człowieka dorosłego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
12. Krzywiński S. *Zaburzenia psychiczne wieku starczego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1993.
13. Coni N, Davison W, Webster S. *Starzenie się*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1994.
14. Williams S, Weinman J, Dale J, Newman S. *Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction?* Fam. Pract. 1995; 12: 193–201.
15. Mojsa W, Marcinowicz L. *Oczekiwania pacjentów z nadciśnieniem tętniczym wobec pielęgniarki rodzinnej: badania jakościowe*. Annales UMCS Sec. D 2005; 60(supl. 16): 494–497.
16. Zieniuk AM. *Oczekiwania pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego*. Psychoonkologia 2009; 1–2: 17–27.
17. Kapała W, Skrobisz J. *Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych w oddziale chirurgii trybem planowym względem zespołu lekarskiego, pielęgniarskiego i warunków lokalowych*. Now. Lek. 2006; 75(4): 351–358.
18. Glišńska J, Malesza M, Lewandowska M, Miller R, Dziki Ł, Dziki A. *Oczekiwania emocjonalne oraz kontrola emocji pacjentów z rakiem jelita grubego po wylonienu stomii jelitowej*. Pielęg. Chirurg. Angiol. 2013; 3: 84–91.
19. Laskowka E, Tulińska M. *Jakość relacji lekarz pacjent i jej wpływ na proces zdrowienia*. Neuroskop 2006; 8: 163–166.
20. Rao JK, Weinberger M, Kroenke K. *Visit-specific expectations and patient-centered outcomes*. Arch. Fam. Med. 2000; 9: 1148–1155.
21. McKinley RK, Roberts C. *Patients satisfaction with out of hours primary medical care*. Qual. Health Care 2001; 10: 23–28.
22. Holman H. *Chronic disease-The need for a new clinical education*. JAMA 2004; 292(9): 1057–1059.
23. Czachowski S, Terluin B, Izdebski A, Izdebski P. *Walidacja kwestionariusza 4DSQ mierzącego dystres, depresję, lęk i somatyzację*. Probl. Med. Rodz. 2013; 1: 1–19.
24. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.

25. Słońska Z. *Promocja zdrowia w Polsce. Rozwiązania systemowe a rzeczywistość*. Prom. Zdrow. Nauki Społ. Med. 2000; 19: 20–29.
26. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management*. London: NICE; 2009.
27. Murray J, Benerjees Byng R, Tylee A, Bhugra D, Macdonalda A. *Primary care professionals' perceptions of depression in older people a qualitative study*. Soc. Sci. Med. 2006; 63: 1363–1373.
28. Czubalski K. *Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego*. Sztuka Leczenia 1995; 1: 53–59.
29. Madden D. *Gender differences in mental well-being: a decomposition analysis*. Soc. Indic. Res. 2010; 99: 101–114.
30. Judge TA, Ilies R, Dimotakis N. *Are health and happiness the product of wisdom? The relationship of general mental ability to educational and occupational attainment, health, and well-being*. J. Appl. Psychology 2010; 95(3): 454–468.
31. Keyes CLM, Myers JM, Kendler KS. *The structure of the genetic and environmental influences on mental well-being*. Am. J. Public Health 2010; 100(12): 2379–2384.
32. Ruiz-Moral R, Perula de Torres LA, Jaramillo-Martin I. *The effect of patients' met expectations on con-sultation outcomes. A study with family medicine residents*. J. Gen. Int. Med. 2007; 22: 86–91.
33. Marcinowicz L, Grębowski R, Fiedorczyk I, Chlabicz S. *Oczekiwania pacjentów związane z wizytą u lekarza rodzinnego: analiza treści i próba typologii*. Fam. Med. Prim. Care Ray. 2010; 12(1): 30–35.
34. Zebiene E, Razgauskas E, Basys V, Baubiniene A, Gurevicius R, Padaiga Z. i wsp. *Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania*. Int. J. Qual. Health Care 2004; 16(1): 83–89.
35. Absar MN, Rahman MH. *Expectation of patients from doctors*. J. Bangladesh Coll. Phys. Surg. 2008; 26: 3–9.
36. Rollnick S, Miller WR. *Ten things that motivational interviewing is not*. Behav. Cogn. Psychother. 2009; 37(2): 129–140.
37. Ferrieres J, Durack-Bown I, Giral P, Chadarevian R, Benkritly A, Bruckerttet E. *Patient education and patient at risk. A new approach in cardiology*. Ann. Cardiol. Angeiol. 2006; 55: 27–31.
38. Oniszczenko W. *Stres. To brzmi groźnie*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1993.
39. Giejbatow D. *Psychoneuroimmunologia. Nowe podejście do starego zagadnienia*. Now. Psychol. 2000; 4: 5–25.
40. Stokłosa T. *Psychoneuroimmunologia*. W: Gołąb J, Jakóbisiak M, Lasek W. red. *Immunologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004. s. 326–336.

Adres: Małgorzata Basińska
Instytut Psychologii
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
85-867 Bydgoszcz, ul. Staffa 1

Otrzymano: 6.07.2015

Zrecenzowano: 29.12.2015

Otrzymano po poprawie: 4.01.2016

Przyjęto do druku: 15.01.2016