

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Priorytety w opiece lekarza rodzinnego w opinii starszych pacjentów

Priorities in family physician's care in opinion of elderly patients

LUDMIŁA MARCINOWICZ^{1, A-G}, MAREK OLESZCZYK^{2, B, C, E}, DOROTA BIELSKA^{1, B, F}, SŁAWOMIR CHLABICZ^{1, D, E}¹ Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Kierownik: dr hab. n. med. Sławomir Chlabicz

² Zakład Medycyny Rodzinnej Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Kierownik: dr hab. n. med. Adam Windak

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Starsi pacjenci często korzystają z usług lekarzy rodzinnych, a niewiele wiadomo, co jest najważniejsze w zakresie opieki zdrowotnej z ich punktu widzenia.

Cel pracy. Poznanie, jakie aspekty opieki lekarza rodzinnego są najważniejsze z perspektywy starszych pacjentów oraz na jakie cechy lekarza zwracają szczególną uwagę.

Materiał i metody. Przeprowadzono 30 wywiadów pogłębionych z pacjentami w wieku 65 lat i powyżej, korzystających z usług lekarzy rodzinnych na terenie Białegostoku i Krakowa. Przewodnik wywiadu zawierał pytania otwarte umożliwiające poznanie preferencji i opinii pacjentów na temat opieki lekarza rodzinnego.

W niniejszej pracy wykorzystano odpowiedzi na pytanie: co według Pana/Pani jest najważniejsze w opiece lekarza rodzinnego? Wywiady zostały zarejestrowane na taśmie magnetofonowej, a następnie w całości zapisane w formie transkryptów. Treść transkryptów była analizowana tematycznie przed dwóch badaczy.

Wyniki. Ustalono pięć kategorii tematycznych dotyczących opieki lekarza rodzinnego: zainteresowanie problemem pacjenta, diagnoza i skuteczne leczenie, podejście do pacjenta, działania medyczne oraz wizyty domowe. Ponadto, określono cechy lekarza preferowane przez starszych pacjentów. Słowa, jakimi pacjenci opisywali lekarza, dotyczyły najczęściej jego cech charakteru (miły, sympatyczny), ale też wieku (młody), posiadanej wiedzy (mądry) czy wyglądu zewnętrznego (zgrabna, elegancka).

Wnioski. W kontakcie z lekarzem rodzinnym starsi pacjenci potrzebują indywidualnego podejścia. Wypowiedzi pacjentów wskazują na ważność komunikowania się skoncentrowanego na pacjencie.

Słowa kluczowe: relacje lekarz–pacjent, pacjenci starzy, badania jakościowe.

Summary Background. Although older patients are frequent users of family physician's services knowledge on their view about the importance of various aspects of health care is lacking.

Objectives. To explore which aspects of care provided by family physicians are the most important and which physician's personal qualities are important for older patients.

Material and methods. Thirty in-depth interviews were conducted amongst patients of family physicians in cities of Białystok and Krakow. The interview guide consisted of a set of open-ended questions allowing the interviewer the opportunity to explore participants' preferences and opinions about the care provided by the family physician. This paper presents responses to the question, "In your opinion, what is most important in family physician's care?" The interviews were audiotaped and then transcribed. Subsequently, the transcripts underwent a thematic analysis by two independent researchers.

Results. Five thematic categories concerning care provided by family physician were identified: interest in patient's problems; diagnosis and effective treatment; physician's attitude toward the patient; medical actions; and home visits. Elderly patients described the physicians' personal qualities that they preferred, as well. Words used by patients most frequently referred to the physician's personality (nice, likable), but also to age (young), knowledge (wise) or appearance (shapely, elegant).

Conclusions. In contact with the family physician elderly patients appreciate an individual approach. Patients' statements revealed the importance of patient-focused communication.

Key words: doctor–patient relationship, elderly patients, qualitative research.

Wstęp

Opieka skoncentrowana na osobie pacjenta, a nie tylko na jego chorobie, to podstawowa cecha medycyny rodzinnej, która wyróżnia ją spośród innych dyscyplin lekarskich. Podejście takie wymaga od lekarza rodzinnego umiejętności rozpatrywania problemów pacjenta w wymiarze biologicznym, psychologicznym i społecznym [1]. Z perspektywy socjologii medycyny, w relacji między lekarzem a pacjentem wyróżnia się dwa rodzaje zachowań: instrumentalne i emocjonalne. Zachowania instrumentalne nastawione są na rozwiązanie problemu przy określonych umiejętnościach technicznych lekarza, natomiast zachowania emocjonalne (afektywne) polegają na traktowaniu pacjenta jako osoby, a nie jako „przypadku” [2].

Z międzynarodowych badań kwestionariuszowych wynika, że pacjenci w różnych kulturach i różnych systemach opieki zdrowotnej różnią się w swoich opiniach na temat niektórych wymiarów opieki, ale wspólne są opinie dotyczące takich aspektów, jak komunikowanie się między lekarzem a pacjentem oraz dostępność świadczeń [3]. Inne międzynarodowe badania jakościowe potwierdzają ważność prawidłowego komunikowania się (możliwość porozmawiania z lekarzem, zadawania pytań, bycia słuchanym przez lekarza) dla pacjentów w wieku 70 lat i starszych [4].

Starsi pacjenci często korzystają z usług lekarzy rodzinnych, a niewiele wiadomo, co jest najważniejsze w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z ich punktu widzenia. Niniejsze badania jakościowe zgłębiają te aspekty opieki lekarza rodzinnego, które postrzegają pacjenci jako najważniejsze w swojej ocenie.

Cel pracy

Celem pracy jest poznanie, jakie aspekty opieki lekarza rodzinnego są najważniejsze z perspektywy starszych pacjentów oraz na jakie cechy lekarza zwracają szczególną uwagę.

Materiał i metoda

Przeprowadzono badania jakościowe z wykorzystaniem techniki wywiadu. Wybór tej metody badań wynikał z przekonania, że może ona dostarczyć głębszego zrozumienia postrzegania opieki lekarza rodzinnego z perspektywy pacjenta, niż można byłoby uzyskać z danych ilościowych [5].

Próba badana

W sposób celowy wybrano 6 poradni medycyny rodzinnej – 5 w Białymstoku i 1 w Krakowie. Przeprowadzono 30 wywiadów pogłębionych z pacjen-

tami w wieku 65 lat i powyżej, korzystających z usług lekarzy rodzinnych. Przy doborze próby kierowano się zasadą „maksymalnej różnorodności” (ang. *maximum variation sampling*) celowo wybierając pacjentów różnej płci, w różnym wieku, z różnym wykształceniem i z różnymi problemami zdrowotnymi [6].

Wywiady

Osoba przeprowadzająca wywiady (LM) zgłosiła się do poradni i w porozumieniu z lekarzem rodzinnym prosiła pacjentów o udział w badaniu. Po wyrażeniu przez pacjenta zgody badacz umawiał się z nim na wywiad. Przewodnik wywiadu zawierał kilka zasadniczych pytań umożliwiających poznanie preferencji i opinii pacjentów na temat opieki lekarza rodzinnego. Pacjentom zadawano otwarte pytania zachęcając do swobodnej odpowiedzi. W niniejszej pracy wykorzystano odpowiedzi na pytanie: co według Pana/Pani jest najważniejsze w opiece lekarza rodzinnego?

Wywiady najczęściej przeprowadzano w domu pacjenta, z kilkoma wyjątkami – cztery wywiady przeprowadzono w placówce akademickiej, a jeden – w miejscu pracy respondenta. Wywiady – za zgodą pacjentów – zostały zarejestrowane na taśmie magnetofonowej, a następnie w całości zapisane w formie transkryptów. Badania zrealizowano w 2010 r.

Analiza danych

Treść transkryptów analizowano tematycznie [6]. Ten rodzaj analizy treści umożliwił również liczbowe zestawienie wyników. W badaniach jakościowych co prawda nie poszukuje się danych liczbowych, to jednak proste obliczenia mogą być użyteczne [7]. Analiza polegała na czytaniu transkryptów wywiadów i zaznaczaniu fragmentów tekstu (zdań), które odnosiły się do priorytetów w opiece lekarza rodzinnego. W następnym etapie treści były grupowane tematycznie. Dwóch badaczy niezależnie analizowało dane, a w przypadku niezgodności dyskutowano ostateczną wersję.

Na realizację badań uzyskano zgodę komisji bioetycznej (Nr: R-I-002/251/2009).

Wyniki

1. Charakterystyka respondentów

W badanej grupie było 18 kobiet i 12 mężczyzn. Średnia wieku respondentów wynosiła 74 lata. W przedziale wiekowym 65–74 lata było 16 osób, a w przedziale 75–87 lat – 14 osób. Wykształcenie podstawowe posiadało 7 osób, zawodowe – 10, średnie – 7 i wyższe – 6. Najliczniejszą grupą były osoby pozostające w związku małżeńskim – 21

osób; siedem osób było owdowiałych, jedna rozwiedziona i jedna stanu wolnego.

2. Priorytety w opiece lekarza rodzinnego

W toku analizy treści transkryptów ustalono pięć kategorii tematycznych dotyczących opieki lekarza rodzinnego: zainteresowanie problemem pacjenta, diagnoza i skuteczne leczenie, podejście do pacjenta, działania medyczne oraz wizyty domowe (tab. 1).

Zainteresowanie problemem pacjenta

Dziewięciu pacjentów (7 kobiet i 2 mężczyzn) wskazało, że najważniejsze w opiece lekarza rodzinnego jest zainteresowanie problemem pacjenta. Wypowiedzi respondentów dotyczyły słuchania pacjenta, zadawania pytań, możliwości opowiedzenia lekarzowi o swoim problemie czy też porozmawiania z lekarzem, np.:

„Żeby porozmawiali z nami, więcej popytali, żeby trochę podrażyli; (...) nawet, żeby zapytała, czy regularnie przyjmuję leki”. (K, 79).

„Najważniejsze, że doktor porozmawia”. (K, 74).

„Wyrozumiałości. I żeby można było z lekarzem porozmawiać, i powiedzieć, jakie człowiek ma dolegliwości. Powinien mnie wysłuchać, powinien skorygować pewne rzeczy”. (M, 72).

Diagnoza i skuteczne leczenie

W tej kategorii 6 mężczyzn i 3 kobiety wskazywało jako sprawę najważniejszą – rozpoznanie

choroby i skuteczne leczenie. Wypowiedzi respondentów były bardzo konkretne:

„Żeby pan doktor rozpoznał chorobę i dał dobre leki; żeby się wyleczyć jak najszybciej”. (M, 70).

„Najważniejsze dla mnie, żeby zdrowym być! A nie tam, żeby chodzić po lekarzach”. (M, 66).

„Powinien rozpoznać moją chorobę i zastosować skuteczne leczenie”. (K, 65).

Podejście do pacjenta

Dwóch mężczyzn i pięć kobiet, jako najważniejszy element w opiece lekarza rodzinnego, wskazało kwestie związane z podejściem do pacjenta. Wypowiedzi respondentów dotyczyły różnych zagadnień, np. cech lekarza, które zachęcają do przychodzenia na wizytę:

„Lubię chodzić do pani doktor, bo jest zawsze bardzo przyjemna, uśmiechnięta, nigdy nie przyjęła ze smutkiem, z jakąś niechęcią, nigdy nie było takiego czegoś”. (K, 68).

Inna osoba porównała opiekę lekarza rodzinnego nad osobami starszymi do opieki nad dziećmi:

„Ja myślę, że starszych ludzi trzeba traktować trochę, jak dzieci. (...) Starszy człowiek wymaga, żeby lekarz trochę zatroszczył się”. (K, 76)

Wypowiedź jednego respondenta wskazywała na całościowe podejście lekarza rodzinnego do pacjenta, uznając to jako zaletę, w porównaniu z leczeniem specjalistycznym, które jest bardziej fragmentaryczne:

„Uważam, że lekarz rodzinny jest najważniejszym lekarzem, bo on ma całokształt człowieka; bo

Tabela 1. Priorytety w opiece lekarza rodzinnego a płeć respondentów

Priorytety	Kobiety n = 18	Mężczyźni n = 12	Ogółem n = 30; 100%
Zainteresowanie problemem pacjenta	7	2	9 (30,0)
Diagnoza i skuteczne leczenie	3	6	9 (30,0)
Podejście do pacjenta	5	2	7 (23,3)
Działania medyczne	1	2	3 (10,0)
Wizyty domowe	2	0	2 (6,7)

Tabela 2. Cechy lekarza – przymiotniki wykorzystywane przez respondentów i liczba wskazań

Cechy lekarza związane z zachowaniami instrumentalnymi (4 wskazania)	Cechy lekarza związane z zachowaniami emocjonalnymi (42 wskazania)	Inne cechy (12 wskazań)
<ul style="list-style-type: none"> – mądry, inteligentny (2) – pracowity (1) – dokładny (1) 	<ul style="list-style-type: none"> – miły, przyjemny, sympatyczny (22) – uśmiechnięty (5) – zna się na żartach (4) – troskliwy, opiekuńczy (3) – grzeczny (3) – kulturalny (1) – wyciszony i spokojny (1) – rodzinny (1) – bliski, przystępny (1) – szczerzy, otwarty (1) 	<ul style="list-style-type: none"> – bardzo dobry (5) – młody (5) – normalny człowiek (1) – zgrabna, elegancka (1)

specjalista ma tylko swój wycinek i nie ma całości kształtu". (K, 74).

Działania medyczne

W tej kategorii respondenci (3 osoby) wskazywali przede wszystkim rolę lekarza rodzinnego w przepisywaniu recept; wypowiedzi były proste i konkretne:

„Jak idzie się do lekarza, to zbadać się; żeby lek przepisać, ciśnienie zbadać”. (M, 80).

„Żeby człowiek swobodnie mógł uzyskać recepty na leki przy przewlekłych sprawach”. (M, 75).

Wizyty domowe

Dwóch respondentów sugerowało potrzebę wizyt domowych lekarza rodzinnego i w obu wypowiedziach pojawiło się słowo „powinien”. Należy dodać, że były to osoby mieszkające samotnie:

„Lekarz rodzinny powinien – jak człowiek bardzo źle się czuje – przyjechać do domu”. (K, 66).

„Powinien sam, chociaż raz w miesiącu, przyjść lekarz do domu”. (K, 81).

3. Cechy lekarza rodzinnego

Szczegółowa analiza treści transkryptów pozwoliła również określić cechy lekarza, które preferują starsi pacjenci. Respondenci najczęściej wskazywali cechy związane z zachowaniami emocjonalnymi lekarza (42 wskazania). Cechy dotyczące zachowań instrumentalnych wskazano 4 razy oraz tzw. inne cechy – 12 razy (tab. 2). Słowa, jakimi pacjenci opisywali lekarza, dotyczyły najczęściej jego cech charakteru (np. miły, sympatyczny), ale też wieku (np. młody), posiadanej wiedzy (np. mądry) czy wyglądu zewnętrznego (np. zgrabna, elegancka).

Dyskusja

Z prezentowanych badań wynika, że priorytety starszych pacjentów w zakresie opieki lekarza rodzinnego są różne. Jedną grupę stanowią pacjenci, dla których najważniejsze jest zainteresowanie ich problemem i podejście do pacjenta; w tej grupie dominują kobiety. Druga grupa to pacjenci – głównie mężczyźni – dla których najważniejsza jest trafna diagnoza i skuteczne leczenie oraz konkretne działania medyczne, np. przepisanie recepty lub zmierzenie ciśnienia. Trzecia grupa to osoby mieszkające samotnie, oczekujące od lekarza rodzinnego przede wszystkim wizyty domowej. Powyższe wyniki potwierdzają, że starsi pacjenci nie są grupą jednorodną i mają różne potrzeby [8, 9]. Ponadto, stwierdzenie jednego z respondentów, że starszych ludzi należy traktować trochę jak dzieci, potwierdza, że w niektórych przypadkach osoby starsze są pasywne i mogą preferować paternalistyczny styl opieki [10]. Istnieje więc konieczność rozpoznawania

potrzeb i oczekiwań starszych pacjentów oraz ich indywidualnego traktowania. Potwierdza to znamienna wypowiedź jednego z respondentów:

„Osoba starsza. Zresztą każdy, kto przychodzi do lekarza, to jest zdenerwowany na pewno, bo nie wie co to znaczy, co on ma tam wewnątrz i chciałby, żeby lekarz potraktował go indywidualnie. Popytał, coś jeszcze zapytał oprócz tego, co ja powiedziałam (...) żeby czasami wstał do pacjenta, osłuchał”. (K, 76).

Z innych naszych badań przeprowadzonych wśród ogółu podopiecznych lekarza rodzinnego (w większości były to osoby w wieku 45–54 lata) wynika, że pacjenci oczekują od lekarza rodzinnego przede wszystkim skutecznego leczenia, rozwiązania problemu, trafnej diagnozy, poprawy stanu zdrowia oraz badania fizykalnego. W dalszej kolejności wymieniają: informowanie, wyjaśnianie, odpowiadanie na pytania pacjenta, słuchanie pacjenta, zainteresowanie jego problemem [11]. W niniejszych badaniach jakościowych wśród starszych pacjentów, w nieznacznie większym odsetku, priorytetem jest zainteresowanie problemem i podejście do pacjenta (53,3%), niż trafna diagnoza, skuteczne leczenie, działania medyczne oraz wizyty domowe (46,7%).

Płeć pacjenta, jako czynnik determinujący ocenę opieki zdrowotnej, jest dyskutowana w literaturze. Na przykład Hall i wsp. ustalili, że najmniej zadowoleni z wizyty są pacjenci – mężczyźni badani przez młodszych lekarzy – kobiety [12]. Z innych badań wynika, że związek między płcią pacjenta a oceną opieki jest raczej słaby i zależy od analizowanych zmiennych [13]. Jung i wsp. na podstawie przeglądu literatury (145 badań) dowodzą, że płeć lekarza ma znaczenie dla preferencji pacjentów, tj. mężczyźni wolą chodzić do lekarzy mężczyzn, a kobiety do – lekarzy kobiet. Ponadto kobiety wykazują większe preferencje do regularnych badań profilaktycznych niż mężczyźni [14]. Obserwowane w naszych badaniach różnice między kobietami a mężczyznami w priorytetach opieki lekarza rodzinnego wymagają wyjaśnienia i zgłębienia w dalszych badaniach.

Jak píše Tobiasz-Adamczyk, idealny lekarz jest postrzegany przede wszystkim w kategoriach osobowości, tj. łatwości nawiązywania kontaktu, okazywania przyjacielskiego podejścia do pacjenta, wczuwania się w jego sytuację [2]. Wyniki naszego badania potwierdzają, że w relacji między lekarzem a pacjentem najważniejsze są emocjonalne aspekty komunikowania się oraz takie cechy lekarza, które sprzyjają tworzeniu miłej atmosfery podczas wizyty. Starsi pacjenci przywiązują dużą wagę do tego, czy lekarz jest miły, sympatyczny czy uśmiecha się, czy można z nim poartować. Często możliwość porozmawiania z lekarzem może wpływać na samopoczucie pacjenta. Potwierdza to wypowiedź jednego z respondentów: „Tak poradzi w chorobie, że wychodzisz zadowolony. Może ta choroba i zwiększa

się, ale jak porozmawiasz z nim, to wychodzisz zdrowszy (...). Nawet słowem leczą”. (M, 75).

Inaczej relacje z pacjentem postrzegają sami lekarze rodzinni. Czachowski i Pawlikowska w swoich badaniach jakościowych zauważają, że udzielanie częstych porad osobom zgłaszającym się do lekarza rodzinnego z „banalnych” powodów może być przyczyną wypalenia zawodowego w tej grupie zawodowej [15]. Brak zrozumienia przez lekarza potrzeb pacjenta i brak umiejętności radzenia sobie z pacjentami, którzy przede wszystkim

oczekują możliwości porozmawiania z lekarzem, może być powodem niezadowolienia z wizyty zarówno lekarza, jak też pacjenta.

Wnioski

W kontakcie z lekarzem rodzinnym starsi pacjenci potrzebują indywidualnego podejścia. Wypowiedzi respondentów wskazują na ważność komunikowania się skoncentrowanego na pacjencie.

Piśmiennictwo

- Kryj-Radziszewska E, Czachowski S. *Opieka ukierunkowana na pacjenta*. W: Windak A, Tomasiak T, Lukas W, red. *Principia nauczania medycyny rodzinnej w Polsce według EURACT Educational Agenda*. Kraków: Zdrowie i Zarządzanie; 2002: 16–20.
- Tobiasz-Adamczyk B. *Relacja lekarz–pacjent w perspektywie socjologii medycyny*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002: 38–46.
- Grol R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. *Fam Pract* 1999; 16: 4–11.
- Bastiaens H, Van Royen P, Rotar Pavlic D, et al. Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Educ Couns* 2007; 68: 33–42.
- Silverman D. *Interpretacja danych jakościowych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2009: 59.
- Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. London: Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications; 2002: 243, 452.
- Pope C, Ziebland S, Mays N. *Analysing qualitative data*. In: Pope C, Mays N, editors. *Qualitative research in health care*. 2nd ed. London: BMJ Publishing Group; 1999: 75–88.
- Owens DJ, Batchelor C. Patient satisfaction and the elderly. *Soc Sci Med* 1996; 42(11): 1483–1491.
- Smith F, Orrell M. Does the patient-centred approach help identify the needs of older people attending primary care? *Age Ageing* 2007; 36: 628–631.
- Coulter A. *The Autonomous Patient. Ending paternalism in medical care*. London: The Nuffield Trust; 2002: 32–33, 115.
- Marcinowicz L, Grębowski R, Fiedorczuk I, i wsp. Oczekiwania pacjentów związane z wizytą u lekarza rodzinnego: analiza treści i próba typologii. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(1): 30–35.
- Hall JA, Irish JT, Roter DL, et al. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Medical Care* 1994; 32(2): 1216–1231.
- Heje HN, Vedsted P, Sokołowski I, et al. Patient characteristics associated with differences in patients' evaluation of their general practitioner. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 178.
- Jung PH, Baerveldt C, Olesen F, et al. Patient characteristics as predictors of primary health care preferences: a systematic literature analysis. *Health Expectat* 2003; 6: 160–181.
- Czachowski S, Pawlikowska T. 'These reforms killed me': doctors' perceptions of family medicine during the transition from communism to capitalism. *Fam Pract* 2011; 28(4): 437–443.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Ludmiła Marcinowicz
Zakład Medycyny Rodzinnej i Pielęgniarstwa Środowiskowego UM
ul. Mieszka I 4 B
15-054 Białystok
Tel.: 85 732-68-20
E-mail: ludmila.marcinowicz@umwb.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 26.09.2011 r.

Po recenzji: 20.12.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 10.01.2012 r.