

Originalni rad

Uticaj odnosa između ljekara i bolesnika na ishode liječenja dijabetesa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Maja Račić¹, Srebrenka Kusmuk¹, Ljilja Kozomara²

¹Katedra porodične medicine, Medicinski fakultet Foča, Univerzitet u Istočnom Sarajevu, Foča, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

²Dom zdravlja Banja Luka, Republika Srpska, Bosna i Hercegovina

Kratak sadržaj

Uvod. Analizirati elemente interakcije koji doprinose uspostavljanju kvaliteta u komunikaciji između ljekara i bolesnika sa dijabetesom na nivou primarne zdravstvene zaštite. Analizirati uticaj odnosa ljekar - bolesnik na ishode liječenja dijabetesa.

Metode. Studijom je obuhvaćeno osam ljekara i šezdeset bolesnika oboljelih od dijabetes mellitus-a tip 2, izabranih prema specifičnim kriterijumima. Ljekari su podijeljeni u dvije grupe. Eksperimentalnu grupu su činili ljekari sa završenom obukom iz komunikologije. Kontrolnu grupu su činila četiri ljekara opšte prakse bez obuke iz medicinske komunikologije. Svaki ljekar je pratio grupu od sedam ili osam bolesnika sa dijabetesom.

Interakcija između ljekara i bolesnika je procjenjivana primjenom Bales-ove analize interakcijskog procesa. Tokom devet mjeseci praćeni su funkcionalni ishodi tretmana, vrijednosti glikemije i HbA1c, saradnja i zadovoljstvo bolesnika.

Rezultati. Razlike u ponašanja ljekara eksperimentalne i kontrolne grupe su bile visoko značajne po svim kategorijama Bales-ove analize. Kontrola vrijednosti glikemije i Hb1Ac je bila bolja kod ispitanika koji su: imali kontrolu nad konsultacijom, aktivno učestvovali u liječenju, pokazivali emocije, tražili informacije i razmjenjivali mišljenje sa ljekarom. Ispitanici eksperimentalne grupe su imali statistički značajna poboljšanja funkcionalnih parametara i manje funkcionalnih ograničenja nakon devet mjeseci, te su bili statistički značajno zadovoljniji njegovom i karakteristikama ljekara.

Zaključak. Dobra komunikacija sa bolesnikom značajno utiče na poboljšanje ishoda liječenja bolesnika sa dijabetesom. Praktikovanje modela njege usmjerene ka bolesniku dovodi do potpunije razmjene informacija između bolesnika i ljekara, veće zdravstvene aktivnosti i odgovornosti bolesnika, te uspostavljanja efikasnije saradnje i zadovoljstva bolesnika. Obuku iz medicinske komunikologije treba sprovoditi na svim nivoima studija medicine.

*Adresa autora:
Doc. dr Maja Račić
Studentska 4, 73300Foča
majaracic@excite.com*

Ključne riječi: odnos ljekar-bolesnik, njega usmjerena ka bolesniku, porodična medicina

Uvod

Dijabetes melitus predstavlja kompleksno hronično stanje koje zahtjeva kontinuiranu i sveobuhvatnu njegu, ali i određene promjene ponašanja oboljele osobe. Proaktivni pristup osobi oboljeloj od dijabetesa sadrži više dijelova. Od ljekara koji pruža njegu u tom pristupu očekuju se: primjerena i kontinuirana edukacija, pružanje povratnih informacija o preduzetim postupcima, organizacijske promjene, vođenje bolesnika te izmjene informacija, ali za pacijenta su najznačajnije edukacija (uključuje sticanje znanja i didaktičko savjetovanje) i podrška djelotvornoj samokontroli i samozbrinjavanju.

Unatoč tome pokazatelji govore da značajan broj oboljelih i dalje ne prima optimalnu njegu. U praksi, vrijednost HbA1c <7,5% se postigne kod 59% bolesnika sa dijabetes melitusom tip 2 i 26% bolesnika sa dijabetes melitusom tip 1 [1], dok se 50% bolesnika ne pridržava terapijskih preporuka i promjena životnog stila [2]. Novija istraživanja pokazuju da nezadovoljavajuće zbrinjavanje osoba da dijabetesom proizilazi iz činjenice da ljekari u svom pristupu prema pacijentima pribjegavaju tradicionalnom modelu saradnje, što u liječenju dijabetesa nije dovoljno. Saradnja se definiše kao prihvatanje liječenja koje je ljekar odredio i odgovara modelu njege usmjerenom ka problemu [3].

Adherentnost je veći stepen saradnje, koji uz prihvatanje preporuka ljekara uključuje aktivnu ulogu pacijenta u liječenju [4,5].

Na adherentnost utiču brojni faktori, poput: karakteristika pacijenta (lična uvjerenja, reakcija na bolest, emocionalne i bihevioralne karakteristike), okruženja u kojem se sprovodi liječenje (ambulanta porodične medicine, endokrinološki dispanzer, klinika), vrste primjenjenog liječenja, karakteristika ljekara (ličnost, profesionalna osposobljenost) i odnosa ljekar-bolesnik [6].

Uspostavljanje dobrog odnosa sa bolesnikom predstavlja osnovnu kariku u procesu liječenja i neophodno je da bi ljekar zadobio povjerenje istog. Tek tada ljekar može odlučno istaknuti važnost svoje preporuke i očekivati da će bolesnik vjerovatno prihvatiti da je sprovodi.

Prihvatanje liječenja gotovo uvijek sadrži određen otpor, naročito ukoliko ljekar nije provjerio da li je bolesnik razumio ili razmislio o datim objašnjenjima. Premda mnogi bolesnici već smatraju da znaju dovoljno šta je dijabetes i kako se liječi, najčešće se drže

pasivno tokom razgovora, tako da ljekar sam postavlja uloge, prioritete, ciljeve liječenja i plan zbrinjavanja dijabetesa. Izostanak aktivnog uključivanja bolesnika u liječenje potom dovodi do razmimoilaženja u prioritetima i stavovima, dogovor se ne postiže, dok kontrola dijabetesa ostaje slaba [7,8].

Odnos sa bolesnikom je izuzetno važan u porodičnoj medicini, gdje je tim trajno odgovoran za bolesnika, poboljšanje njegovog ukupnog zdravstvenog stanja, prevenciju hroničnih komplikacija (najčešće su posljedica izostanka adherentnosti) i racionalno korištenje zdravstvene službe [9]. Kako bi bila uspješna, konsultacija u porodičnoj medicini se treba temeljiti na holističkom pristupu problemu oboljele osobe, odnosno pored izbora prikladne dijagnostike, lijekova i motivacijskog savjetovanja, ljekar se treba osvrnuti i na biološke, psihološke i socijalne dimenzije zdravstvenog problema [6,10].

Druga temeljna karakteristika porodične medicine treba da bude koncept njege usmjerene ka bolesniku. Ovaj model ističe potrebu stavljanja bolesnika u središte konsultacije i uvažavanje perspektive bolesnika od strane ljekara u pronalaženju zajedničkih ciljeva liječenja [11,12].

Studije su pokazale da primjena modela usmjerenog ka bolesniku u njezi oboljelih od dijabetesa doprinosi boljoj saradnji bolesnika, boljim ishodima liječenja na planu fizičkog i mentalnog zdravlja i većem zadovoljstvu bolesnika [13,14].

Ciljevi istraživanja prikazanih u ovom radu bili su da se:

1. analiziraju elementi interakcije koji doprinose uspostavljanju kvaliteta u komunikaciji između ljekara i bolesnika sa dijabetesom na nivou primarne zdravstvene zaštite
2. analizira uticaj odnosa ljekar - bolesnik na ishode liječenja dijabetesa

Metode rada

Učesnici studije. Studijom je obuhvaćeno osam ljekara primarne zdravstvene zaštite i šezdeset bolesnika oboljelih od dijabetes melitusa tip 2, izabranih prema specifičnim kriterijumima. Ljekari su podijeljeni u dvije grupe. Eksperimentalnu grupu je činilo četvoro specijalista porodične medicine, koji su tokom trogodišnjeg

programa specijalizacije imali strukturiranu obuku iz medicinske komunikologije, nadgledanu u praksi od strane mentora. Kontrolnu grupu su činili četiri ljekara opšte prakse bez obuke iz medicinske komunikologije.

Svaki ljekar je pratio grupu od sedam ili osam bolesnika sa dijabetesom.

Kriterijumi izbora bolesnika su bili korištenje usluga jednog ljekara, pripadanje starosnoj grupi od 25 do 70 godina, odsustvo drugih hroničnih oboljenja i hroničnih komplikacija bolesti.

Procjena komunikacije između ljekara i bolesnika. Tokom devet mjeseci, direktno je posmatrana interakcija (odnos) ljekara i bolesnika, čiji su elementi procjenjivani korištenjem Bales-ove analize interakcijskog procesa [15].

Mjerenje ishoda liječenja. Vrijednosti glikemije i glukoziranog hemoglobina (HbA1c) (dugoročni ishod), funkcionalni status (dugoročni ishod) i saradnja bolesnika (intermedijarni ishod) su analizirani prije početka istraživanja, a zatim nakon 9 mjeseci. Bolesnici su subjektivno ocijenili svoj funkcionalni status, odgovarajući na pitanja data u Modifikovanom upitniku funkcionalnog statusa, pri čemu smo dobili podatke o osnovnim aktivnostima svakodnevnog života, instrumentalnim aktivnostima svakodnevnog života, mentalnom zdravlju,

radnoj sposobnosti i stepenu socijalne aktivnosti i interakcije bolesnika.

Saradnja bolesnika je analizirana kroz praćenje: upotrebe lijekova (postavljanje pitanja: "Da li redovno uzimate lijekove?", brojanje tableta, podizanje receptata za tačno određen vremenski period), dolazaka na kontrolne preglede i pridržavanje savjeta o ishrani i fizičkoj aktivnosti.

Po završetku istraživanja, bolesnici su popunili upitnik o ličnim stavovima prema pristupu ljekara, zadovoljstvu njegovom, ishodom konsultacije, profesionalnom kompetentnošću, ličnim kvalitetima ljekara i očekivanjima (kratkoročni ishod).

U cilju izbjegavanja pristrasnosti, ljekari nisu obavješteni o hipotezama istraživanja.

Rezultati

Razlike u ponašanju ljekara po kategorijama Bales-ove analize. Četiri ljekara je praktikovalo interakcijski tip uzajamnosti, dva paternalizma, jedan konzumerizma i jedan neiskorištenosti. Test signifikantnosti razlike u ponašanju ljekara eksperimentalne i kontrolne grupe pokazao je visoko signifikantne razlike po svim kategorijama Bales-ove analize (Tabela 1).

Tabela 1. Razlike ponašanja ljekara po kategorijama Bales-ove analize (N=60)

Kat.	Element	Grupa				Hi ² test	P
		E		K			
		N	%	N	%		
1	Pokazuje solidarnost, podiže status drugih, pruža pomoć, nagrađuje	24	80	7	23,3	19,28	<0,001
2	Smanjuje tenziju, našali se, nasmije se, izražava zadovoljstvo	24	80	7	23,3	19,28	<0,001
3	Slaže se, pokazuje pasivno prihvatanje, razumije, saraduje	24	80	7	23,3	19,28	<0,001
4	Daje sugestije, usmjerava, potiče samostalnost drugih	25	83,3	10	33,3	15,42	<0,001
5	Daje mišljenje, evaluira, ponavlja, analizira, izražava osjećanja, želi	25	83,3	10	33,3	15,42	<0,001
6.1	Pružila lične informacije	25	83,3	10	33,3	15,42	<0,001
6.2	Daje informacije o bolesti	25	83,3	10	33,3	15,42	<0,001
6.3	Daje tehničke informacije	25	83,3	10	33,3	15,42	<0,001
7.1	Pita za tehničke informacije	28	93,3	14	46,7	15,54	<0,001
7.2	Pita za informacije o bolesti	28	93,3	14	46,7	15,54	<0,001
8	Pita za mišljenje, evaluaciju, analizu, potiče izražavanje osjećanja	24	80	7	23,3	19,28	<0,001
9	Pita za sugestije, smjer i moguće načine djelovanja	24	80	7	23,3	19,28	<0,001
10	Ne slaže se, pokazuje pasivno odbacivanje, formalnost, ne pruža pomoć	25	83,3	10	33,3	15,42	<0,001
11	Pokazuje tenziju, traži pomoć drugih kolega, povlači se	25	83,3	10	33,3	15,42	<0,001
12	Pokazuje antagonizam, omalovažava status drugih, brani ili uzdiže sebe	25	83,3	10	33,3	15,42	<0,001

E-eksperimentalna grupa, K-kontrolna grupa

Povezanost interakcijskog procesa sa fiziološkim parametrima. Analiza korelacije interakcijskog procesa i fizioloških parametara pokazala je da su, kod ispitanika koji su imali više kontrole nad konsultacijom, aktivno učestvovali u liječenju, izražavali više emocija, tražili informacije i razmjenjivali mišljenje sa ljekarom, vrijednosti glikemije i Hb1Ac bile niže nakon devet mjeseci, kao i kod ispitanika čiji ljekari su manje kontrolisali tok konsultacije i pokazivali više negativnih emocija (tenzija, napetost, nestrpljivost) (Tabela 2).

Procjena ishoda tretmana dijabetesa. Test signifikantnosti razlike u vrijednostima glikemije između ispitanika dvije grupe nije pokazao statistički značajne razlike na početku istraživanja, dok je razlika bila visoko signifikantna na kraju istraživanja (Tabela 3).

Bazalne vrijednosti glukoziranog hemoglobina nisu mogle biti izračunate usljed nemogućnosti dobijanja podataka u kontrolnoj grupi, ali je razlika u vrijednostima HbA1c na kraju istraživanja bila visoko statistički značajna ($H_{i2} = 27,128$, za $DF=4$ i nivo vjerovatnoće od 0,001).

U eksperimentalnoj grupi, kod najvećeg broja ispitanika postignute su optimalne vrijednosti fizioloških parametara (glikemija < 7 mmol/l i HbA1c < 7%), dok je u kontrolnoj grupi najveći broj ispitanika imao suboptimalne ili neadekvatne vrijednosti (glikemija > 8 mmol/l i HbA1c > 7%) nakon devet mjeseci praćenja.

Saradnja pacijenta se nije statistički značajno razlikovala između grupa (Tabela 4).

Ispitanici u eksperimentalnoj grupi su statistički značajno bili zadovoljniji njego, ishodom i ličnim kvalitetima ljekara (Tabele 5 i 6).

Tabela 2. Korelacija interakcijskog procesa i fizioloških parametara (N=60)

Mjera konverzicije	Glikemija r (p)	Hb1Ac r (p)
Kontrola od strane ljekara	0,29 (p<0,05)	0,25 (p<0,05)
Kontrola od strane bolesnika	-0,33 (p<0,05)	-0,31 (p<0,05)
Neverbalna komunikacija	0,20	0,11
Aktivnost bolesnika	-0,67 (p<0,05)	-0,57 (p<0,05)
Postavljanje pitanja bolesniku	0,27	0,20
Postavljanje pitanja ljekaru	-0,39 (p<0,05)	-0,31 (p<0,05)
Davanje informacija	-0,22	-0,22
Ponavlanje informacija	0,38	0,34
Razmjena mišljenja	-0,44 (p<0,05)	-0,37 (p<0,05)
Pozitivne emocije od strane ljekara	0,09	0,23
Pozitivne emocije od strane bolesnika	-0,11	-0,11
Negativne emocije od strane ljekara	-0,41 (p<0,05)	-0,39 (p<0,05)
Negativne emocije od strane bolesnika	-0,27 (p<0,05)	-0,27 (p<0,05)

¹Podaci u tabeli pokazuju Pirsonov koeficijent korelacija za razlike između početnih i završnih mjerenja konverzicije ljekar-bolesnik i početnih i kontrolnih mjerenja ishoda liječenja.

Razlike u procjeni funkcionalnih parametara. Statistički značajna razlika u funkcionalnom statusu nije pronađena na početku istraživanja. Ispitanici eksperimentalne grupe su imali statistički značajna poboljšanja funkcionalnih

Tabela 3. Razlike u vrijednostima glikemije između eksperimentalne i kontrolne grupe (N=60)

	Grupa	3,8-5,6 mmol/l	5,7-7 mmol/l	7,1-10,0 mmol/l	10,1-12 mmol/l	>12 mmol/l	ukupno	Hi ²
Na početku	E	0	1	10	15	4	30	5,98 p > 0,05
	K	0	2	13	7	8	30	
Na kraju	E	4	22	3	1	0	30	41,18 p < 0,001
	K	0	2	13	14	1	30	

parametara i manje funkcionalnih ograničenja nakon devet mjeseci u poređenju sa kontrolnom grupom (Tabele 7 i 8).

Diskusija

Rezultati studije ukazuju na povezanost specifičnih aspekata interakcije između ljekara i bolesnika i ishoda liječenja dijabetesa. Aktivna uloga bolesnika tokom posjeta ambulanti, u formi postavljanja pitanja ili prekidanja ljekara kada informacije nisu jasne, bila je povezana sa značajnim poboljšanjem funkcionalnog statusa i postizanjem optimalnih vrijednosti glikemije, odnosno HbA1c. Suprotno od toga, uočeno je da je preuzimanje kontrole nad konsultacijom od strane ljekara bilo udruženo sa lošom kon-

trolom oboljenja i funkcionalnim ograničenjima na kraju istraživanja, što je u skladu sa drugim studijama koje su dokazale povezanost elementa interakcijskog procesa sa poboljšanjem zdravstvenog statusa [13,15,16].

Moguće objašnjenje leži u činjenici da kontrola od strane ljekara nad konsultacijom onemogućava razmjenu informacija i emocija, vrlo bitnih za tačnu procjenu zdravstvenog stanja, naročito u funkcionalnom dijelu [17].

Stiles i saradnici navode da razmjena informacija, gdje ljekar inicira diskusiju i traži mišljenje ili potvrdu razumijevanja datih objašnjenja, povećava zadovoljstvo bolesnika, a ujedno i dugoročne ishode tretmana [18]. Kaplan i saradnici smatraju da postavljanje pitanja i traženje informacija od ljekara značajno utiče na razvoj odnosa ljekar-bolesnik, i da

Tabela 4. Saradnja u posmatranim grupama (N=60)

	Grupa	Dobra	Djelimična	Loša	Ukupno	Hi ²
Korišćenje lijekova	E	25	1	4	30	1,35 p > 0,05
	K	26	1	3	30	
Kontrolni pregledi	E	24	3	3	30	5,28 p > 0,05
	K	26	0	4	30	
Ishrana	E	16	7	7	30	4,53 p > 0,05
	K	22	2	6	30	
Fizičke aktivnosti	E	21	4	5	30	0,56 p > 0,05
	K	23	3	4	30	

Tabela 5. Zadovoljstvo bolesnika liječenjem u posmatranim grupama (N=60)

	Grupa	Da	Djelimično	Ne	Ukupno	Hi ²
Zadovoljstvo njegom	E	28	1	1	30	11,9 p < 0,005
	K	17	12	1	30	
Zadovoljstvo ishodom	E	28	1	1	30	15,2 p < 0,005
	K	15	14	1	30	

Tabela 6. Zadovoljstvo bolesnika karakteristikama ljekara u posmatranim grupama (N=60)

	Grupa	Da	Ne	Ukupno	Hi ²
Zadovoljstvo profesionalnim karakteristikama	E	28	2	30	5,45 p < 0,025
	K	21	9	30	
Zadovoljstvo ličnim karakteristikama	E	29	1	30	10,41 p < 0,005
	K	19	11	30	

pružanje većeg broja informacija bolesnicima, u obliku uputstava, obuke ili objašnjavanja, doprinosi razumijevanju bolesti, povjerenju i boljem zdravstvenom stanju bolesnika [19, 20].

Razmjena informacija i mišljenja predstavljala je temelj uspostavljanja efektivnog terapijskog odnosa između ispitanika i ljekara u eksperimentalnoj grupi. Informišući i dajući mogućnost bolesniku da izrazi svoje stavove i mišljenje, ljekari su uticali na proces medicinske njege, oblikovanje bolesnikovih osjećanja prema bolesti i sposobnost uspostavljanja kontrole nad procesom liječenja, što je pomagalo bolesniku da se osjeća sigurnije, smirenije i opuštenije. Pretpostavka je da terapijski efekat davanja informacija leži u tumačenju poruke zainteresovanosti ili brižnosti od strane ljekara i jačanju sposobnosti bolesnika da aktivno učestvuje u

liječenju.

Najvažniji cilj liječenja dijabetesa je upravo omogućiti oboljeloj osobi da svjesnim dijelom svoje ličnosti aktivno učestvuje u kreiranju svog zdravlja, te da prihvati i pridržava se terapijskih preporuka. Za postizanje tog cilja važno je uspostaviti odnos sa bolesnikom zasnovan na povjerenju i partnerstvu. U eksperimentalnoj grupi, ljekari su uticali na kontrolu dijabetesa, ne samo kompetentnom medicinskom njegovom, već i oblikovanjem njegove predanosti procesu tretmana i njegove sposobnosti da kontroliše uticaj dijabetesa na kvalitet života. Kada razmotrimo savremeno shvatanje psihologije, ljudsko ponašanje je određeno interakcijom individue i situacije u kojoj se nalazi. Informisanje bolesnika o prirodi i težini bolesti, pokazivanje osjećanja i uključivanje bolesnika u odluku, poticalo je

Tabela 7. Procjena funkcionalnih parametara na početku istraživanja (N=60)

	Grupa	Bez ograničenja	Sa ograničenjem	Ukupno	Hi ²
Bazične aktivnosti	E	20	10	30	2,2
	K	25	5	30	p > 0,05
Instrumentalne aktivnosti	E	22	8	30	2,8
	K	27	3	30	p > 0,05
Mentalno zdravlje	E	24	6	30	1,18
	K	27	3	30	p > 0,05
Radna sposobnost	E	20	10	30	2,2
	K	25	5	30	p > 0,05
Socijalne aktivnosti	E	23	7	30	2,08
	K	27	3	30	p > 0,05

Tabela 8. Procjena funkcionalnih parametara na kraju istraživanja (N=60)

	Grupa	Bez promjena	Poboljšanje	Pogoršanje	Ukupno	Hi ²
Bazične aktivnosti	E	17	13	0	30	14,36
	K	19	3	8	30	p < 0,001
Instrumentalne aktivnosti	E	13	17	0	30	21,9
	K	19	2	9	30	p < 0,001
Mentalno zdravlje	E	14	16	0	30	17,99
	K	13	6	11	30	p < 0,001
Radna sposobnost	E	15	15	0	30	17,27
	K	18	3	9	30	p < 0,001
Socijalne aktivnosti	E	14	16	0	30	17,99
	K	13	6	11	30	p < 0,001

bolesnika da saraduje i preuzme odgovornost za svoje liječenje.

Pokazivanje osjećanja od strane ljekara i bolesnika, naročito negativnih, značajno je uticalo na poboljšanje zdravstvenih ishoda, što je posmatrano i u drugim studijama. Pozitivan odnos između negativnih emocija bolesnika i poboljšanih zdravstvenih ishoda može odražavati određenu normalnu tenziju između ljekara i bolesnika. Negativni afekt ljekara, izražen tonom glasa, uz pozitivni afekt izražen riječima, predstavljao je pozitivno ponašanje. Pretpostavka je da se radi o refleksiji doživljavanja ozbiljnosti ljekara i njegove zabrinutosti za bolesnika [13,21].

Saradnja bolesnika se nije statistički značajno razlikovala. Pristajanje uz jedan dio liječenja nije podrazumijevao pristajanje uz ostale preporuke, kao što su pravilna ishrana ili fizička aktivnost, tako da se uvid u ponašanje bolesnika morao ostvariti mjerenjem njegovih pojedinih dijelova. Saradnja se postepeno mijenjala tokom vremena, što pokazuje da je pri liječenju hroničnih bolesti treba pratiti u različitim vremenskim razdobljima, u sklopu konteksta bolesnika i datih okolnosti.

Interakcijski proces ljekar-bolesnik je značajno uticao na postizanje zadovoljstva bolesnika, što je u skladu sa rezultatima drugih studija prema kojima konsultacije usmjerene ka bolesniku povećavaju zadovoljstvo [22,23].

Uvjerenje da ljekar zaista brine za bolesnika mogao je biti najvažniji momenat u ostvarivanju zadovoljstva, kao i ispunjavanje očekivanja bolesnika prilikom dolaska na konsultaciju. Osjećanja koja su ispitanici gajili prema ljekaru bitno su uticala na sve komponente zadovoljstva, čak i u uslovima gdje je bolesnik imao loše ishode tretmana ili pogoršanje funkcionalnih ograničenja.

Međutim, zadovoljstvo ponekad nije predstavljalo objektivnu refleksiju ponašanja ljekara, već atribut bolesnika, naročito kod konzumerista koji su zahtijevali konsultacije različitih specijalista, upućivanje na različite dijagnostičke pretrage ili prepisivanje lijekova koje ljekar nije preporučio, i u slučajevima kada je ljekar ispunio sve zahtjeve i očekivanja, bolesnik nije bio zadovoljan ishodom, njegovom niti profesionalnim kvalitetima ljekara. Usljed toga, zadovoljstvo uvijek treba posmatrati u sklopu drugih ishoda tretmana.

U eksperimentalnoj grupi, ljekari su obraćali pažnju na probleme sa kojima se bolesnik suočava na poslu ili okolini zbog bolesti, strahove, zabrinutost ili druge elemente vezane za svakodnevni život. Obično su postavljali pitanja koja zanimaju bolesnika, vrlo kratka, razumljiva i prilagođena nivou obrazovanja, potičući bolesnika da govore o značaju svog problema, pokazajući potporu, razumijevanje i empatiju, što je uticalo na cjelokupno upoznavanje bolesnika i uspostavljanje prisnijeg odnosa.

Ljekari kontrolne grupe nastojali su skupiti što više informacija o oboljenju, pri čemu je bolesnik predstavljao «slučaj», a ne osobu sa psihosocijalnim kontekstom u okviru kojeg posmatramo bolest. Postojale su znatne poteškoće u vođenju bolesnika, efikasnom razgovoru, iznošenju informacija, vaganju opcija njege, odabiru odgovarajućeg tretmana, pregovaranju i uključivanju želja bolesnika u odluku.

Mnogobrojne studije pokazuju da upravo ove vještine mogu imati značajan uticaj na ishode liječenja hroničnih oboljenja i ističu važnost uvođenja efektivnih obrazovnih programa iz oblasti medicinske komunikologije na sve nivoe studija [24, 25,26].

Zaključak

Dobra saradnja sa bolesnikom značajno utiče na poboljšanje funkcionalnih i fizioloških ishoda liječenja bolesnika sa dijabetes mellitus-om tip 2 u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Praktikovanje modela njege usmjerene ka bolesniku dovodi do potpunije razmjene informacija između bolesnika i medicinskih radnika, veće zdravstvene aktivnosti i odgovornosti bolesnika, te uspostavljanja efikasnije saradnje i zadovoljstva bolesnika.

Efektivan odnos ljekar-bolesnik doprinosi povećavanju motivacije za liječenjem ili pridržavanjem terapijskih savjeta i boljem prilagođavanju bolesnika na bolest.

Obuku iz medicinske komunikologije treba sprovoditi na svim nivoima medicinskog obrazovanja, kroz dodiplomske studije, specijalizacije i programe kontinuirane medicinske obuke, uz pažljivo planiranje nastavnog plana i programa.

Literatura

1. Calvert M, Shankar A, McManus RJ, Lester H, Freemantle N. Effect of the quality and outcomes framework on diabetes care in the United Kingdom: retrospective cohort study. *BMJ* 2009; 338: b1870. doi: 10.1136/bmj.b1870.
2. Wild S, Roglic G, Green A, et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27:1047-53.
3. Funell MM, Anderson RM. MSJAMA: the problem with compliance in diabetes. *JAMA* 2000; 284:1709.
4. Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, DiMatteo MR, Kravitz RL. Antecedents of adherence to medical recommendation: results from the Medical Outcomes Study. *J Behav Med* 1992;15:447-68.
5. Kurtz SM. Adherence to diabetes regimens: empirical status and clinical application. *Diabetes Educ* 1990;16:50-9.
6. Di Blasi Z, Harkness E, Ernest E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context on health outcomes: a systemic review. *Lancet* 2001;357:757-62.
7. Cockburn J, Pit S. Prescribing behavior in clinical practice: patients' expectations and doctors' perception of patient expectations – a questionnaire study. *BMJ* 1997;315:520-3.
8. Larivara P, Kiuttu T, Taanila A. The patient-centered interview: the key to biopsychosocial diagnosis and treatment. *Scan J Prim Health Care* 2001;19:8-13.
9. Vashitz G, Meyer J, Permet Y, et al. Defining and measuring physicians' responses to clinical reminders. *J Biomed Inform* 2009; 42: 317-26.
10. Borell-Carrio F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice and scientific inquirz. *Ann Fam Med* 2004;2:576-82.
11. McWhinney IR. Changing models: the impact of Kuhn's theory on medicine. *Fam Pract* 1984;1:3-8.
12. Stewart M, Brown JB, Weston WW, et al. Patient-centered medicine: transforming a clinical method. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003.
13. Stewart M, Belle-Brown J, Donner A. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract* 2000;49 (9):768-809.
14. Kinnersley P, Stott N, Peters PJ, Harvey I. The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *Br J Gen Pract* 1999;49:711-716.
15. Beckam H, Kaplan S, Frankel R. Outcome Based Research on Doctor-Patient Communication: A review. In: Stewart M, Roter D, editors. *Communicating with medical patient*. Thousand Oaks: Sage publications;1989. p. 223-7.
16. Gueniger UJ, Goldstein MG, Duffy FD. A conceptual framework for interactive education in practice and clinical settings. *J Hum Hypertension* 1990;4(1):21.
17. Kaplan S, Greenfield S, Ware JE. Impact of the Doctor-Patient Relationship on the Outcomes of Chronic Diseases: A review. In: Stewart M, Roter D, editors. *Communicating with medical patient*. Thousand Oaks: Sage publications; 1989. p. 22-845.
18. Stiles WB, Putam SM, Jakob MC, editors. *Question asking by patients in initial medical interviews: Sequential analysis of verbal antecedents and consequences*. Proceedings of the Seventh Midwestern Psychological Association Convention; 1984 Aug 27-31; Toronto-Chicago: Midwestern Psychological Association; 1985.
19. Deber RB. Physicians in health care management: The patient-physician partnership: changing roles and the desire for information. *CMAJ* 1994;151(2):171-176.
20. Street RL, Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL. Patient Participation in Medical Consultations. *Med Care* 2005;43(10):960.
21. Hall JA, Roter D, Rand C. Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav* 1981; 22:18-30.
22. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;322:468-472.
23. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R. Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 817-824.
24. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 1995;155(17):1877-84.
25. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The Impact of Patient-Centered Care on Outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49:796-804
26. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 2nd ed. Oxon: Radcliffe Publishing; 2005

The impact of the doctor-patient relationship on the outcomes of diabetes mellitus type 2 treatment in primary health care

Maja Račić¹, Srebrenka Kusmuk¹, Ljilja Kozomara²

¹Family Medicine Department, Faculty of Medicine Foča, University of East Sarajevo, Foča, Republic Srpska, Bosnia and Herzegovina

²Health Center Banja Luka, Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina

Introduction. To analyze the elements of interaction that contribute to establishing the quality of communication between doctors and patients with diabetes in primary health care. To analyze the impact of the doctor-patient relationship on the outcomes of diabetes treatment.

Methods. The study included eight physicians and sixty patients with diabetes mellitus type 2, selected according to specific criteria. Doctors were divided into two groups. Experimental group consisted of doctors who have had completed training in communications. The control group was comprised of four general practitioners with no training in medical communications. Each doctor was accompanied by a group of seven or eight patients with diabetes. The interaction between doctor and patient was evaluated using the Bales interaction process analysis. During the nine months, the functional outcomes of treatment, blood glucose and HbA1c values, cooperation and patient satisfaction were monitored.

Results. Differences in physicians' behavior in experimental and control groups were highly significant for all categories of analysis of Bales. Control values of blood glucose and HbA1c were better among those who had control of the consultation, actively participated in treatment, showed emotions, looked for information and shared opinions with the doctor. Respondents' experimental group had statistically significant improvements in functional parameters and fewer functional limitations after nine months and was significantly more satisfied with care and physicians' characteristics.

Conclusion. Good communication with the patient significantly affects the improvement of treatment outcomes of patients with diabetes. Practicing the model of care focused on patient leads to a fuller exchange of information between patients and doctors, higher health-care activities and responsibilities of the patient and establishing effective cooperation and greater patients' satisfaction. Training in medical communications should be implemented at all levels of medical school.

Keywords: doctor-patient relationship, patient-centred care, family practice.