

IMPACTUL SEVERITĂȚII BOLII ASUPRA SATISFACȚIEI CU CALITATEA ÎNGRIJIRII MEDICALE LA PACIENȚII CU DIABET DE TIP 2

LUMINIȚA DIȚ¹, ADRIANA BĂBAN¹, DAN L. DUMITRAȘCU²

¹Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Universitatea Babeș-Bolyai, Cluj-Napoca

²Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca

Rezumat

Introducere. Diabetul este o boală cronică cu un impact major asupra sănătății fizice și a stării emoționale, implică schimbări dificile în stilul de viață și necesită tratament complex și de lungă durată.

Obiective. Scopul acestui studiu a fost de a investiga contribuția pe care o au starea de sănătate a pacientului (durata bolii, severitatea bolii și prezența comorbidității), caracteristicile socio-demografice (vârsta, sexul, educația și reședința), frecvența vizitelor medicale și sentimentul de autoeficacitate asupra satisfacției cu calitatea îngrijirii la pacienții cu diabet de tip 2.

Metode. În cadrul studiului au participat în mod voluntar 85 de pacienți diagnosticați cu diabet de tip 2, monitorizați din punct de vedere medical în cadrul unei clinici de diabet din Cluj-Napoca. Au fost aplicate prin interviu structurat următoarele chestionare: Patient Satisfaction Questionnaire, The Diabetes Empowerment Scale și un chestionar care conține date socio-demografice.

Rezultate. Rezultatele analizelor de regresie au evidențiat că pacienții aflați în stadii avansate ale diabetului au fost semnificativ mai satisfăcuți cu îngrijirea medicală în general și cu accesul la îngrijire. Pacienții care au avut mai multe vizite medicale în ultimul an au fost semnificativ mai satisfăcuți de comunicarea cu medicul. Totodată, rezultatele au indicat faptul că pacienții care au raportat nivele ridicate ale autoeficacității au fost semnificativ mai satisfăcuți cu următoarele componente ale îngrijirii: competența profesională și tehnică, aspectele interpersonale, durata consultației și accesul la îngrijire.

Concluzii. Severitatea bolii, frecvența vizitelor medicale și autoeficacitatea sunt predictorii independenți ai satisfacției pacienților cu îngrijirea medicală. Rezultatele acestui studiu sugerează că efortul de a atinge un nivel mai mare al satisfacției cu îngrijirea medicală în ambulator trebuie direcționat atât spre pacienții aflați în stadii incipiente ale bolii, cât și înspre pacienții care au o mai mică încredere în capacitatea lor de autogestionare a bolii.

Cuvinte cheie: satisfacția pacienților, diabet de tip 2, boală cronică, calitatea îngrijirii medicale.

THE IMPACT OF THE DISEASE SEVERITY ON THE TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS SATISFACTION WITH QUALITY OF CARE

Abstract

Introduction. Diabetes mellitus is a chronic disorder that has a significant physical and emotional impact; it involves difficult lifestyle adjustments, and requires complex and long-term treatment.

Objectives. The aim of this study was to investigate the influence of the type 2 diabetes mellitus clinical condition (disease duration, disease severity, presence of comorbidity), patient socio-demographics (age, sex, education, residence), frequency of medical visits, and disease related self-efficacy on the patient's satisfaction with quality

of care.

Method. A total of 85 patients, diagnosed with type 2 diabetes, attending a diabetes outpatient clinic in Romania were involved in this study. Participants completed Patient Satisfaction Questionnaire, The Diabetes Empowerment Scale, and a demographic questionnaire.

Results. Multivariate regression revealed that patients with advanced stages of illness were significantly more satisfied with medical care in general and access to care. Patients who had more medical visits during the previous year were significantly more satisfied concerning doctor-patient communication. In addition, the findings indicated that patients, who had high levels of diabetes-related self-efficacy, were more satisfied with professional competence, interpersonal aspects, duration of consultation, and access.

Conclusions. Disease severity, frequency of medical visits, and disease related self-efficacy were highly related to type 2 diabetes patients satisfaction. Findings indicate that efforts to achieve a higher level of satisfaction should be directed mainly towards patients with primary stages of illness, but also towards patients with low levels of self-efficacy.

Keywords: patient satisfaction, type 2 diabetes, chronic illness, quality of care.

INTRODUCERE

Bolile cronice reprezintă principala cauză a mortalității și morbidității în Europa, iar cercetările sugerează faptul că bolile cronice invazive precum diabetul vor reprezenta o povară și mai mare în viitor [1]. O serie de analize sistematice ale literaturii au evidențiat faptul că în țările dezvoltate aderența în rândul pacienților care suferă de boli cronice precum astm, hipertensiune, diabet sau boli cardiovasculare este în medie de doar 50% [2,3]. Nivelele scăzute de aderență reprezintă principala cauză a complicațiilor medicale și psihosociale, reducerea calității vieții, precum și limitarea resurselor din sistemul de sănătate. Împreună, aceste consecințe directe îngreunează abilitatea sistemelor de sănătate de a îndeplini cu succes obiectivele de îngrijire ale populației [4].

Conform raportului european privind performanța îngrijirii medicale acordate pacienților cu diabet, publicat în 2008 [5], toate țările din Europa și în mod special cele din regiunea de Est trebuie să îmbunătățească calitatea îngrijirii medicale. În cadrul aceluiași raport, România a fost clasificată pe locul 26 din 29 de țări, în urma evaluării a 5 indicatori ai calității îngrijirii medicale: 1) informare, drepturile consumatorului și posibilitatea de a alege, 2) susținere financiară, 3) prevenție, 4) accesul la proceduri și 5) rezultate. Sistemul medical românesc a întâmpinat dificultăți majore în îngrijirea diabetului cu privire la toți indicatorii evaluați și în mod special în ceea ce privește strategiile de prevenție (ex: controlul glicemiei și a colesterolului), accesul la procedurile medicale (ex: numărul redus de asistenți medicali specializați în diabet) și informare, drepturile consumatorului și posibilitatea de a

alege (ex: implicarea pacientului în deciziile de tratament) [5]. Totodată, guvernul României nu acordă suficient sprijin financiar pacienților cu diabet [5]. Cu toate că bugetul alocat de către Ministerul Sănătății pentru îngrijirea diabetului a crescut de aproape 10 ori în ultimii 10 ani, de la 32.053 RON, la 398.017 RON [6], România a alocat cele mai mici fonduri pentru aceste servicii medicale dintre toate statele din Uniunea Europeană [4]. Ca urmare a acestei subfinanțări, siguranța pacienților poate fi afectată [7].

În același timp, pacientul cu boală cronică trebuie să facă eforturi să obțină și să integreze informații primite de la cadre medicale cu diferite specializări, să adere la tratament, să își monitorizeze starea de sănătate și să ia decizii potrivite de îngrijire [8]. Condiția medicală cronică necesită așadar un răspuns complex din partea pacientului, pe o perioadă lungă de timp. Acest răspuns poate fi obținut cu ajutorul unui sistem medical orientat spre pacient [9], care promovează implicarea activă în îngrijire și dezvoltă abilități de autogestionare a bolii [10].

OBIECTIVELE CERCETĂRII

Scopul acestui studiu este de a investiga contribuția pe care o au starea de sănătate a pacientului (durata bolii, severitatea bolii și prezența comorbidității), caracteristicile socio-demografice (vârsta, sexul, educația și locul de reședință), frecvența vizitelor medicale și sentimentul de autoeficacitate, asupra satisfacției cu calitatea îngrijirii la pacienții cu diabet de tip 2.

PARTICIPANȚI ȘI METODOLOGIA DE STUDIU

În cadrul cercetării au participat în mod voluntar 85 de pacienți diagnosticați cu diabet de tip 2, monitorizați medical în cadrul unei clinici de diabet din Cluj-Napoca.

Articol intrat la redacție în data de: 20.09.2012

Acceptat în data de: 02.10.2012

Adresa pentru corespondență: luminitadit@psychology.ro

Pentru a participa la studiu pacienții au avut cel puțin două vizite medicale la același medic diabetolog. Participanții au fost informați în prealabil cu privire la scopul studiului și asupra faptului că informațiile colectate sunt strict confidențiale. Au fost excluși din studiu pacienții care: s-au aflat la prima vizită medicală, au fost în perioada de investigații pentru stabilirea diagnosticului sau au întrerupt în ultimul an monitorizarea medicală a diabetului. Datele a fost colectate anonim, prin interviu față în față.

Pentru măsurarea satisfacției pacienților cu îngrijirea medicală s-a utilizat chestionarul *Patient Satisfaction Questionnaire III* (PSQIII) [11]. Cei 51 de itemi ai PSQIII măsoară Satisfacția Generală (GSAT; 6 itemi; ex: "Sunt foarte mulțumit(ă) de îngrijirea medicală pe care o primesc", $\alpha=0,77$) și următoarele 6 dimensiuni: Competența profesională și tehnică (TECH; 10 itemi; ex: "Doctorii care mă tratează sunt competenți și bine pregătiți", $\alpha=0,74$); Aspecte Interpersonale (INTER; 7 itemi; ex: "Doctorilor care mă tratează le pasă de mine ca persoană", $\alpha=0,81$); Comunicare (COMM; 5 itemi; ex: "Doctorii îmi explică de ce trebuie să fac anumite analize medicale", $\alpha=0,67$); Aspecte Financiare (FINAN; 8 itemi; ex: "Sunt încrezător că pot să primesc tratamentul medical de care am nevoie fără să mă afecteze financiar", $\alpha=0,83$); Timpul petrecut cu doctorul (TIME; 2 itemi; ex: "De obicei doctorii îmi acordă suficient timp în cadrul consultației", $\alpha=0,64$) și Acces/Disponibilitate/Conveniență (ACCESS; 12 itemi; ex: "Am acces ușor la specialiștii de care am nevoie", $\alpha=0,74$). Răspunsurile sunt sub forma unei scale Likert cu 5 acore și exprimă acordul persoanei cu fiecare afirmație (1 = "deloc de acord"; 5 = "total de acord"), scorurile ridicate însemnând satisfacție ridicată. Pentru fiecare dintre cele 7 subscale s-a calculat suma itemilor. Participanții au primit instrucțiunea de a-și exprima satisfacția cu calitatea îngrijirii acordată în cadrul clinicii de diabet, raportându-se la vizitele medicale avute în ultimul an. S-a optat pentru

acest tip de evaluare (globală, raportată la ultimul an) deoarece evaluările specifice unei vizite medicale necesită administrarea chestionarului imediat după ce vizita a avut loc și utilizarea astfel a unui număr limitat de itemi [12].

Autoeficacitatea a fost evaluată utilizând chestionarul *Diabetes Empowerment Scale* (DES) [13]. Cei 28 de itemi ai scalei DES măsoară autoeficacitatea prin trei subscale: Obținerea suportului psihologic (9 itemi; ex: "În general, consider că știu cum pot să depășesc dificultățile care apar în tratament", $\alpha=0,79$), Gestionarea stresului (9 itemi; ex: "În general, consider că pot spune ce simt despre faptul că am diabet", $\alpha=0,77$) și Stabilirea și îndeplinirea obiectivelor de tratament (10 itemi; ex: "În general, consider că odată ce îmi pun în minte pot să îmi ating obiectivele de tratament", $\alpha=0,83$). Răspunsurile sunt sub forma unei scale Likert cu 5 acore și exprimă acordul persoanei cu fiecare afirmație (1 = "deloc de acord"; 5 = "total de acord"), scorurile ridicate însemnând autoeficacitate ridicată. Pentru fiecare dintre cele 3 subscale s-a calculat media itemilor.

Deoarece diferențele individuale pot influența atitudinea pacienților față de serviciile medicale [14] s-au colectat deopotrivă date socio-demografice (vârsta, sexul, educația, statutul marital) și clinice (frecvența vizitelor medicale în ultimul an, comorbiditatea, durata bolii și severitatea bolii) despre participanți.

REZULTATE

Vârsta participanților variază între 40 și 79 de ani ($M=59,54$; $SD=8,38$). 71,8% dintre participanți sunt femei, iar 73% au reședința în mediul urban. În ceea ce privește nivelul de educație, 32,9 % au studii primare, 50 % au studii liceale, iar 16,5 % au raportat studii universitare. Referitor la frecvența vizitelor medicale din ultimul an pentru îngrijirea diabetului, 2,4 % au raportat o vizită, 37,6% - 2-3 vizite, 52,9 % - 4-5 vizite, 4,7 % - 6-7 vizite, 1,2 % - 8-9 vizite, iar 1,2 % au avut cel puțin 10 vizite medicale. În ceea ce

Tabel I. Medii (M), abateri standard (SD) și corelații între toate variabilele incluse în model și componentele satisfacției pacienților (N=85).

Variabile	M	SDs	GSAT	TECH	INTER	COMM	FINAN	TIME	ACCESS
Vârsta	59,54	8,38	,039	,103	,005	,129	,051	-,067	,164
Educație	--	--	-,180	-,046	,032	-,150	-,010	-,055	-,140
Reședință	--	--	,088	,127	-,015	,047	,024	,041	-,016
Frecvența vizitelor medicale	--	--	,142	,191	,083	,214*	-,204	,090	,111
Severitate boală	--	--	,136	,223*	,149	,206	,027	,258*	,230*
Comorbiditate	--	--	,063	,035	-,022	,026	,064	,012	,061
Durata bolii	8,5	6,5	,142	,164	,039	,146	,103	,053	,080
Obținerea suportului psihologic	4,53	,52	,222*	,219*	,128	,160	,159	,198	,080
Gestionare stres	4,46	,61	,195	,330**	,264*	,336**	,133	,343**	,066
Stabilire obiective	4,27	,67	,105	,090	,021	,112	,202	,129	,153
GSAT	20,81	4,96	--	,623**	,577**	,607**	,453**	,475**	,572**
TECH	42,54	6,63	--	--	,700**	,653**	,319**	,626**	,447**
INTER	30,80	5,03	--	--	--	,607**	,292**	,650**	,476**
COMM	21,87	3,33	--	--	--	--	,309**	,553**	,432**
FINAN	28,52	7,73	--	--	--	--	--	,287**	,493**
TIME	8,87	1,83	--	--	--	--	--	--	,338**
ACCESS	45,29	7,05	--	--	--	--	--	--	--

GSAT = Satisfacția Generală, TECH = Competența profesională și tehnică, INTER = Aspecte Interpersonale, COMM = Comunicare, TIME = Timpul petrecut cu medicul. **p < 0,01; * p < 0,05.

privește severitatea bolii, 4,7% nu urmează tratament medicamentos, 51,8 % urmează tratament cu medicație hipoglicemică, 31,8 % urmează tratament cu medicație hipoglicemică și insulină, iar 11,8 % urmează tratament cu insulină. Durata bolii variază de la 1 la 27 de ani (M=8,5; SD=6,5). Totodată, 84,7% dintre participanți au raportat faptul că suferă de cel puțin o altă boală cronică în afară de diabet.

Statistici descriptive

Rezultatele privind asocierea dintre variabilele socio-demografice, clinice și psihosociale și scalele PSQIII au indicat că severitatea bolii, obținerea suportului psihologic, gestionarea stresului și frecvența vizitelor medicale au atins pragul de semnificație la nivelul $p < 0,05$, au fost considerate predictorii și au fost incluse în analiza de regresie multiliniară. Informațiile privind mediile, abaterile standard și corelațiile între toate variabilele incluse în studiu și dimensiunile satisfacției pacienților sunt redată în tabelul I.

Analiza de regresie multiliniară

Rezultatele analizelor de regresie (tabelul II) au evidențiat că, indiferent de vârstă și nivelul de educație, pacienții aflați în stadii avansate ale diabetului au fost semnificativ mai satisfăcuți cu îngrijirea medicală în general (B=0,21, $p < 0,05$) și cu accesul la îngrijire (B=0,23, $p < 0,05$). Pacienții care au avut în ultimul an vizite medicale mai frecvente au fost semnificativ mai satisfăcuți cu Comunicarea cu medicul (B=0,20, $p < 0,05$). Totodată, pacienții care au raportat nivele ridicate de autoeficacitate au fost mai satisfăcuți cu îngrijirea medicală în general (B=0,20, $p < 0,05$) și cu următoarele componente ale îngrijirii: Competența profesională și tehnică (B=0,24, $p < 0,05$), Comunicarea cu medicul (B=0,31, $p < 0,01$) și Timpul petrecut cu medicul (B=0,32, $p < 0,01$). Variabilele incluse în fiecare model de regresie au explicat împreună între 10% - 17% din varianța satisfacției pacienților cu îngrijirea medicală. Aceste rezultate indică faptul că modelele au avut un efect mediu asupra variabilei dependente.

DISCUȚII

Studiul de față a evidențiat faptul că severitatea bolii, frecvența vizitelor medicale și autoeficacitatea

relaționată cu boala au fost predictorii independenți pentru satisfacția pacienților cu calitatea îngrijirii acordată în ambulator. Rezultatele studiului sugerează că pacienții aflați într-un stadiu mai avansat al bolii au fost semnificativ mai satisfăcuți cu accesul la îngrijire și îngrijirea medicală în general. Studiile anterioare au raportat o tendință opusă – o severitate ridicată a bolii conduce la nivele scăzute ale satisfacției pacienților cu îngrijirea medicală [15]. Una dintre posibilele ipoteze poate fi faptul că personalul medical acordă prioritate pacienților cu o mai mare severitate a bolii, ca urmare a supraîncărcării la nivelul serviciilor medicale de specialitate. Mai mult decât atât, în România, numărul medicilor este foarte scăzut (1,9/1000 locuitori) comparativ cu media Uniunii Europene (3,4/1000 locuitori), acest fapt conducând la reducerea timpului acordat pacienților și îngreunarea accesibilității la îngrijirea medicală [16]. Accesul mai facil al pacienților cu o severitate mai mare a bolii la serviciile de sănătate sugerează o îngrijire medicală tradițională, orientată spre tratarea bolii cronice severe și mai puțin spre prevenție [17]. Această ipoteză este susținută de faptul că indicatorii de morbiditate și mortalitate din România s-au schimbat mult în ultimele decade, cu o creștere importantă a prevalenței și mortalității datorate bolii cronice. Aproape 1/5 din numărul total de decese din România se consideră că puteau fi evitate dacă măsurile de prevenție primară și secundară ar fi fost luate [18]. Conform celui mai recent raport european, România are unul dintre cel mai scăzute numere de vizite medicale pacient/an în context ambulator [19].

Totodată, pacienții care au perceput că au un rol activ în gestionarea aspectelor psihosociale implicate în diabet, pot evalua modul în care își îngrijesc boala și sunt pregătiți pentru schimbări, au fost semnificativ mai satisfăcuți cu îngrijirea medicală în general, precum și cu competența profesională și tehnică, comunicarea cu medicul și timpul petrecut cu medicul. Implicațiile autoeficacității în satisfacția cu îngrijirea medicală au fost evidențiate și în alte boli cronice precum artrita reumatoidă, durerea cronică musculoscheletică neinflamatorie sau fibromialgia [19].

Studiul de față prezintă o serie de limite. În primul rând, designul transversal utilizat nu permite evidențierea unor relații cauzale între variabilele din modelul predictiv. În al doilea rând, modalitatea de recrutare a participanților

Tabel II. Rezultatele analizelor de regresie multiliniară a variabilelor asociate cu componentele satisfacției pacienților (N=85).

Variabile	GSAT B	TECH B	INTER B	COMM B	TIME B	ACCESS B
Vârstă	,025	,062	,062	,081	-,117	,172
Educație	-,179	-,016	-,016	-,073	-,025	-,122
Severitate boală	,210*	,176	--	--	,189	,238*
Obținere suport psihologic	,209*	,069	--	--	--	--
Gestionare stres	--	,248*	,248*	,312**	,327**	--
Frecvență vizite medicale	--	--	--	,201*	--	--
R ² (R ² adjusted)	,128(.085)	,143(.089)	,075(.041)	,169(.127)	,170(.129)	,100(.067)
F	2,94*	2,64*	2,18	4,06**	4,10**	3,00*

GSAT = Satisfacția Generală, TECH = Competența profesională și tehnică, INTER = Aspecte Interpersonale, COMM = Comunicare, TIME = Timpul petrecut cu medicul. **p < 0,01; * p < 0,05.

la studiu poate avea un impact asupra rezultatelor obținute. În studiul de față se poate invoca faptul că pacienții care au acceptat participarea la interviul structurat au fost din categoria pacienților satisfăcuți cu îngrijirea medicală acordată. **Rezultatele acestui studiu sugerează că efortul de a atinge un nivel mai mare al satisfacției cu îngrijirea medicală trebuie direcționat atât spre pacienții aflați în stadii incipiente ale bolii, cât și înspre pacienții care au o încredere mai scăzută în capacitatea lor de autogestionare a bolii.**

Mulțumiri

Acest studiu a fost finanțat de Programul Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane prin POSDRU contract 88/1.5/S/56949 – “Proiect de reformă pentru studii doctorale în știință medicală: o viziune integrativă de la finanțare și organizare la performanță și impact științific”.

Bibliografie

1. Busse R, Blumel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe. Strategies, Interventions and challenges. European Observatory on Health Systems and Policies, 2010
2. Cramer JA. A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care*, 2004; 27:1218-1224
3. Lerman I. Adherence to treatment: the key for avoiding long-term complication of diabetes. *Arch Med Res*, 2005; 36:300-306
4. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions, A Health System Perspective. European Observatory on Health Systems and Policies Open University Press, 2010
5. Cebolla B, Bjornberg A. Euro Consumer Diabetes Index. Report: Health Consumer Powerhouse, 2008
6. Morgovan C, Cosma S, Ghibu S, Burta C, Bota M, Polinicencu C. Study of diabetes mellitus care cost in Romania during 2000-2008. *Fundam Clin Pharmacol*, 2010; 24:92-98
7. Zhang P, Zhang X, Brown J, et al. Global healthcare expenditure on diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*, 2010; 87:293-301
8. Clark NM. Management of chronic disease by patients. *Annu Rev Public Health*, 2003; 24:289-313
9. Shoshanna S, Firminger K. Patient perception of the quality of health services. *Annu Rev Public Health*, 2005; 26:513-559
10. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness care: Translating evidence into action. *Health Aff*, 2001; 20:64-78
11. Hays RD, Hayashi T, Ware JE. Multitrait-multimethod analyses of patient satisfaction measures. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, Long Beach, CA, 1987
12. Marshall GN, Hays RD, Sherbourne CD, Wells KB. The structure of patient satisfaction with outpatient medical care. *Psychological Assessment*, 1993; 5:477-483
13. Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DG. The Diabetes Empowerment Scale: A measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 2000; 23:739-743
14. Crow R, Gage H, Hampson S, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 2002; 6:1-244.
15. Hack T, Pickles T, Ruether JD, Weir L, Bultz BD, Degner IF. Behind closed doors systematic analysis of breast cancer consultation communication and predictors of satisfaction with communication. *Psychooncology*, 2009; 19:626-636.
16. Vlădescu C, Scintee G, Olsavszky V. Health systems in transition: Romania. European Observatory on Health Systems and Policies, 2008; 10:1-172.
17. Sienkiewicz D. Access to health services in Europe. European Public Health Alliance, 2010.
18. Vlădescu C, Galan A, Olsavszky V, Scintee G. Romanian health system strategic directions for the next decade. *Ital J Publ Health*, 2009; 6:21-29.
18. Bjornberg A. Euro Health Consumer Index. Report. Health Consumer Powerhouse, 2012; 1-81.
19. Serber ER, Cronan TA, Walen HR. Predictors of patient satisfaction and health care cost for patients with fibromyalgia. *Psychol Health*, 2003; 18:771-787.