

SATISFACTIA PACIENȚILOR CU BOLI CRONICE PRIVIND ÎNGRIJIREA MEDICALĂ ACORDATĂ ÎN AMBULATOR: O ANALIZĂ SISTEMATICĂ A LITERATURII

Satisfaction of patients with chronic diseases regarding the medical care in ambulatory settings: systematic review of literature

Dr. Luminița Diț¹, Dr. Adriana Băban¹, Prof. Dr. 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. Ineficiența sistemului de sănătate actual – organizat în mare măsură în jurul unui model bio-medical – de a răspunde cu succes nevoilor specifice ale pacienților cu boli cronice reprezintă o problemă general întâlnită în practica medicală curentă.

Obiective. Acest studiu este o analiză sistematică a literaturii de specialitate cu scopul de a identifica factorii care influențează satisfacția pacienților cu boli cronice privind îngrijirea medicală acordată în ambulator.

Metode. S-a realizat o căutare sistematică în bazele de date electronice Medline, ISI Web of Knowledge, Proquest, Oxford Journals, Emerald și Psycharticles, precum și o căutare manuală în sursele bibliografice ale articolelor identificate, publicate în perioada 2000-2011.

Rezultate. 17 studii au întrunit criteriile de includere. Au fost identificate două categorii de factori relevanți: 1) caracteristicile pacienților (socio-demografici, clinici și psihosociali) și 2) relația medic-pacient (implicarea pacientului în îngrijire, abilitățile de comunicare ale medicului, frecvența vizitelor medicale și durata consultației).

Concluzii. Majoritatea studiilor asupra predictorilor satisfacției pacienților au la bază un design transversal, corelațional, indicând faptul că cercetările au vizat îndeosebi descrierea fenomenului de satisfacție și mai puțin explicarea acestuia.

Cuvinte cheie: satisfacția pacienților, calitatea îngrijirii, diabet de Tip 2, boală cronică, analiză sistematică

ABSTRACT

Introduction. The inability of the current health system - largely organized according to an acute disease model - to meet the needs of chronically ill patients is a common problem in every day practice.

Objectives. This study is a systematic review of literature aiming to identify predictors of chronically ill patients' satisfaction with care in ambulatory settings.

Methods. A search of online databases (Medline, ISI Web of Knowledge, Proquest, Oxford Journals, Emerald, and Psycharticles) and relevant citations for research published from 2000 to 2011 was conducted.

Results. 17 studies met the inclusion criteria. Two categories of relevant factors were identified: 1) patient characteristics (socio-demographic, clinical, and psychosocial factors) and 2) physician-patient relationship (involvement in care, doctor's communication skills, frequency of visits, and duration of consultation).

Conclusion. Most of the currently available studies on determinants of patient satisfaction are correlational revealing that research has been directed particularly to describe the phenomenon of satisfaction rather than to explain it.

Key words: patient satisfaction, quality of care, Type 2 diabetes mellitus, chronic illness, systematic review

Adresa de corespondență:

Dr. Luminița Diț, Universitatea „Babeș-Bolyai“, Str. Republicii Nr. 37, Cluj-Napoca

e-mail: luminitadit@psychology.ro

INTRODUCERE

Raportul European privind îngrijirea medicală acordată pacienților cu boli cronice, publicat în 2010, aduce în prim-plan ineficiența sistemului de sănătate actual, organizat în mare măsură în jurul unui model biomedical, de a răspunde cu succes nevoilor specifice ale pacienților cu boli cronice (1). Deși eficiența îngrijirii medicale a crescut, din cauza progreselor la nivelul intervențiilor clinice și comportamentale, mulți pacienți cu boli cronice nu beneficiază de aceste progrese (2). Una dintre posibilele cauze este discrepanța dintre ghidurile de îngrijire și practica medicală curentă (1). Spre exemplu, studii realizate în Statele Unite, Australia sau Noua Zeelandă au indicat faptul că mai mult de jumătate dintre pacienții cu hipertensiune, depresie, diabet sau astm nu au primit tratament corespunzător (3). De asemenea, se estimează că pacienții cu boli cronice au o rată scăzută de aderență la tratamentul medicamentos, acesta fiind de aproximativ 50% (4). În același timp, aderența la celelalte recomandări medicale precum scăderea în greutate, respectarea dietei, practicarea exercițiului fizic sau renunțarea la fumat este chiar mai scăzută (4).

Unul dintre cei mai relevanți factori relaționați cu comportamentul de aderență în boala cronică este relația medic-pacient (5). 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 (6). 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 (7), care promovează implicarea activă în îngrijire și dezvoltă abilități de auto-gestionare a bolii (2). În această direcție, medicul se asigură că: 1) pacientul are încredere în propriile lui capacități și deține informațiile necesare pentru a gestiona boala, 2) oferă tratamentul potrivit care să asigure un control optim al bolii; 3) planul de tratament este stabilit de comun acord cu pacientul; 4) rezultatele tratamentului sunt atent monitorizate (2).

Satisfacția pacienților este considerată un rezultat al calității îngrijirii, alături de indicatori de natură clinică (8-10). Modul în care pacientul evaluează îngrijirea medicală influențiază comportamente cu reale beneficii asupra calității vieții, precum: aderența la tratament sau accesarea serviciilor de sănătate (11,12).

În literatura de specialitate pot fi identificate câteva caracteristici ale satisfacției pacienților. În

primul rând, satisfacția este un răspuns atitudinal (13): pacienții își formează, în baza unui proces cognitiv și emoțional, raționamente pozitive sau negative în raport cu serviciile medicale primite (14). În al doilea rând, satisfacția este un construct multidimensional (10): pacienții pot să identifice și să evalueze componente distincte ale îngrijirii atunci când își formează o opinie cu privire la calitatea acesteia (15). În al treilea rând, satisfacția implică un proces individual (16), fiind o evaluare mai degrabă subiectivă decât obiectivă (9). Standardele la care pacienții raportează experiența de îngrijire pot varia în funcție de valorile, de expectanțele sau de nevoile acestora (13), cât și în funcție de experiențele medicale anterioare sau de starea de sănătate (16). În al patrulea rând, satisfacția este un proces dinamic: pacienții pot să își modifice în timp percepția asupra îngrijirii (8). În final, satisfacția presupune un proces iterativ. Formarea atitudinii cu privire la serviciile medicale este urmată de reacția comportamentală ulterioară, spre exemplu recomandarea medicului către alte persoane sau aderența la tratament (16).

Consecințele unei satisfacții scăzute a pacientului față de îngrijirea medicală se reflectă nu doar asupra comportamentelor sale de sănătate, ci și asupra costurilor crescute, pe termen lung, din sistemul medical (1). În acest context, înțelegerea factorilor care au o contribuție majoră asupra modului în care pacienții cu boli cronice evaluează calitatea îngrijirii este importantă pentru sistemul medical.

Studiul de față și-a propus o analiză sistematică a literaturii de specialitate cu scopul de a identifica predictorii satisfacției cu îngrijirea medicală acordată în ambulator la pacienții cu boli cronice.

METODOLOGIE

Studiile de specialitate utilizează o varietate de metode prin care investighează satisfacția pacienților, calitatea acestor studii variază, iar rezultatele obținute sunt uneori contradictorii (17). În aceste condiții devine dificil pentru un cercetător sau practician deopotrivă să își creeze o imagine coerentă asupra acestui concept și să decidă care este direcția spre care se îndreaptă rezultatele din literatură (18). Analiza sistematică a literaturii este un demers de cercetare care aduce importante contribuții cu privire la „*the state of the art*” a unui domeniu specific (19). Pe de o parte, meta-analiza este un demers care sintetizează rezultatele mai multor studii dintr-un anumit domeniu cu ajutorul unor tehnici statistice specifice (ex. mărimea efectului). Pe de altă parte, analiza sistematică a literaturii („*systematic review*”)

își propune să identifice, să evalueze și să sintetizeze într-o manieră comprehensivă studiile dintr-un domeniu specific, oferind direcții pentru cercetări viitoare (20).

Pentru identificarea studiilor care oferă date despre predictorii satisfacției cu îngrijirea medicală oferită în ambulator, raportată de pacienții cu boli cronice, s-a realizat o căutare sistematică în ianuarie 2012 în următoarele baze de date: Medline, ISI Web of Knowledge, Proquest (Academic Research Library), Oxford Journals, Emerald și Psycharticles. Au fost țintite studiile publicate în perioada 1 ianuarie 2000 – 30 decembrie 2011. Căutarea electronică a fost urmată de căutarea manuală în sursele bibliografice ale articolelor selectate, pentru identificarea altor cercetări relevante. Cuvântul cheie de căutare a fost: „*patient satisfaction*” (satisfacția pacienților) asociat cu fiecare dintre cuvintele: „*predictors*” (predictori), „*antecedents*” (antecedente), „*determinants*” (determinanți), „*outpatient*” (pacienți neinternți) și „*chronic illness*” (boală cronică). În situația în care nu s-a putut lua o decizie în urma analizei abstractului s-a analizat integral articolul. Au fost incluse doar studiile care au întrunit următoarele criterii: 1) au fost publicate în jurnale „peer reviewed”; 2) au fost redactate în limba engleză; 3) au oferit date empirice; 4) au avut ca obiectiv principal sau secundar satisfacția pacienților cu îngrijirea acordată de medic; 5) au măsurat satisfacția pacienților cu serviciile medicale oferite în ambulator; 6) participanții au fost pacienți adulți, cu boli cronice și 7) au investigat satisfacția ca rezultat al îngrijirii. În plus, au fost excluse articolele care: 1) au evaluat satisfacția pacienților cu un tratament, intervenție sau program de îngrijire specific; 2) au investigat satisfacția pacienților cu serviciile de psihoterapie, psihiatrie, stomatologie sau farmacie; 3) au investigat satisfacția altor categorii decât pacienți (ex.: aparținători) și 4) au vizat un context special de îngrijire (ex.: mediul militar, penitenciar).

În prima etapă au fost identificate și analizate un număr de 4.769 de abstracte. Dintre acestea au fost selectate, conform criteriilor stabilite, 37 de studii. În urma analizei integrale a acestora, 17 articole au fost incluse în analiză.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Majoritatea studiilor incluse în analiză au avut la bază un design transversal, corelațional, prin care s-a investigat relația dintre posibili predictorii și satisfacția pacienților. Acest lucru a indicat faptul că cercetările au vizat îndeosebi descrierea fenome-

menului de satisfacție și mai puțin explicarea acestuia. Doar două cercetări au urmărit longitudinal asocierea dintre diverși factori și satisfacție, la pacienții cu cancer, imediat după consultație și la 3 luni după acesta (21), respectiv la 6 luni după inițierea îngrijirii medicale (22). Spre deosebire de studiile transversale, acestea au surprins dinamica fenomenului de satisfacție, identificând predictorii care au intervenit pe parcurs și au influențat modul în care pacienții au evaluat îngrijirea post-consultație. Un singur studiu a avut un design de tip experimental. Acesta a investigat impactul pe care l-a avut pregătirea pacienților pentru consultație asupra satisfacției cu îngrijirea (23). Studiul a evidențiat faptul că pacienții au internalizat anumite strategii în vederea înlăturării barierelor în comunicarea cu medicul, însă a eșuat în stabilirea unei relații de tip cauză-efect între pregătirea pacienților pentru consultație și satisfacție.

Din punctul de vedere al metodei de culegere a datelor, în cadrul a 16 dintre cele 17 studii s-a utilizat chestionarul. În 7 dintre acestea s-a preluat un instrument existent și validat, în 2 studii s-a construit și validat un instrument, iar în cadrul a 7 studii nu s-au raportat date psihometrice cu privire la instrumentul utilizat. Într-un singur studiu datele au fost obținute prin interviu (24).

Satisfacția a fost măsurată în cadrul a 7 studii prin măsurători globale (prin intermediul unui item sau a doi itemi generali) cu toate că majoritatea autorilor au considerat conceptul ca fiind multidimensional. În cadrul a 5 studii s-au utilizat măsurători multidimensiuni, iar în 4 studii, satisfacția a fost măsurată atât multidimensional, cât și global. Soluția optimă de măsurare a satisfacției este, conform datelor existente până în prezent, utilizarea unor instrumente valide care evaluează constructul multidimensional în conjuncție cu itemi de evaluare globală a satisfacției (ex. „*Serviciile medicale pe care le primesc pot fi îmbunătățite*”) (25, 26).

Operaționalizarea conceptului de satisfacție a fost diferită în cadrul studiilor incluse. Dimensiunile conform cărora pacienții au evaluat serviciile medicale au variat numeric, de la 7 dimensiuni (27) la o dimensiune (22,23). Cu toate acestea, cele mai frecvent măsurate dimensiuni au fost: 1) relația medic-pacient; 2) expertiza profesională și abilitățile de comunicare ale medicului; 3) accesul la serviciile de îngrijire medicală; 4) timpul de așteptare.

Lista studiilor, designul utilizat, participanții la studiu și tipul de boală, factorii studiați, dimensiunile măsurate și rezultatele obținute sunt prezentate în Tabelul 1.

TABELUL 1. Lista studiilor, designul utilizat, participanții la studiu și tipul de boală, factorii studiați, dimensiunile măsurate și rezultatele obținute.

Autor, an de publicare, țară	Design	Participanți, tip de boală	Factori studiați	Dimensiuni ale satisfacției	Rezultate
1. Bautista et al., 2007; S.U.A.	Transversal Corelațional	N = 193 Epilepsie	Socio- demografici Clinici	Satisfacția generală, calitatea tehnică, relația interpersonală, comunicarea, aspectul financiar, timpul petrecut cu medicul, accesul la îngrijire	Percepția stării de sănătate mentală și educația scăzută au fost predictori independenți ai satisfacției. Lipsa asigurării medicale și venitul nu s-au asociat semnificativ cu satisfacția.
2. Becker & Newsom, 2003; S.U.A.	Calitativ	N = 60 Diabet, astm, boli cardiovasculare și hipertensiune	Socio- demografici	Starea de sănătate, experiența cu boala, accesul la îngrijire	Pacienții cu venit scăzut au fost mai insatisfăcuți cu îngrijirea decât pacienții cu un venit mediu.
3. Bidaut-Russell et al., 2002; S.U.A.	Transversal Corelațional	N = 294 Artrită reumatoidă și diabet	Socio- demografici Clinici	Satisfacția generală, accesul la îngrijire, abilitățile interpersonale ale medicului, calitatea tehnică	Starea de sănătate, variabilele socio-demografice și specializarea medicului au explicat 7% din varianța datelor.
4. Brekke et al., 2001; Norvegia	Transversal Corelațional	N = 2.533 Artrită reumatoidă și durere cronică musculoscheletică neinflamatorie	Socio- demografici Clinici Psihosociali Relația medic-pacient	Satisfacția generală	Implicarea în îngrijire a fost semnificativ asociată cu satisfacția. Nivelul ridicat de educație, o bună sănătate mentală, un nivel scăzut al durerii percepute și un sentiment de autoeficacitate ridicat au fost predictori independenți ai satisfacției.
5. Fan et al., 2005; S.U.A.	Transversal Corelațional	N = 21.689 Cardiopatie ischemică, boală pulmonară obstructivă cronică și diabet	Socio- demografici Clinici Psihosociali Relația medic-pacient	Abilitățile de comunicare și calitățile umane ale medicului, accesul la îngrijire, timpul de așteptare	Educația cu privire la boală, abilitățile de coping și percepția asupra bolii s-au asociat cu satisfacția. Severitatea bolii s-a asociat slab cu satisfacția.
6. Gross et al., 2003; Israel	Transversal Corelațional	N = 135 Diabet	Socio- demografici Clinici	Nivelul profesional și atitudinea medicului	Asociere pozitivă semnificativă între satisfacție și măsura în care medicul implementează ghidul medical în îngrijire.
7. Hack et al., 2009; Canada	Longitudinal	N = 172 Cancer de sân	Socio- demografici Clinici Relația medic-pacient	Satisfacția generală, comunicarea centrată pe pacient	Vârsta, mărimea tumorii și durata consultației au fost predictori pentru satisfacția cu comunicarea imediat după consultație. După 3 luni, satisfacția a fost influențată semnificativ de mărimea tumorii și specializarea medicului.
8. Joseph & Nichols, 2007; India	Transversal Corelațional	N = 200 Diabet, hipertensiune, artrită, durere de spate cronică și boli cardiovasculare	Socio- demografici Clinici Relația medic-pacient	Calitatea serviciilor medicale, facilitățile oferite, performanța cadrelor medicale	Calitatea vieții s-a asociat semnificativ cu satisfacția.
9. Kjekken et al., 2006; Norway	Transversal Corelațional	N = 1.193 Artrită reumatoidă și spondiloză	Socio- demografici Clinici Psihosociali Relația medic-pacient	Satisfacția generală	Implicarea ridicată în îngrijire s-a asociat semnificativ cu niveluri ridicate de satisfacție. Pacienții care au raportat nevoi neîndeplinite au fost semnificativ mai insatisfăcuți.
10. Mariolis et al., 2008; Grecia	Transversal Corelațional	N = 375 Boli cardiovasculare	Socio- demografici Clinici	Satisfacția generală	Niveluri scăzute de educație s-au asociat semnificativ cu niveluri ridicate de satisfacție. Satisfacția s-a asociat negativ cu distanța față de unitatea medicală. Sexul și statutul marital nu s-au relaționat cu satisfacția.

Autor, an de publicare, țară	Design	Participanți, tip de boală	Factori studiați	Dimensiuni ale satisfacției	Rezultate
11. Leung et al., 2009; China	Transversal Corelațional	N = 104 Artrită psoriazică	Socio-demografici Clinici Relația medic-pacient	Satisfacția generală	Implicarea în îngrijire și satisfacția au fost semnificativ relaționate. Pacienții cu nivele ridicate de satisfacție au fost mai tineri, au avut cunoștințe mai bune despre boală și o mai bună sănătate mentală.
12. Sepucha et al., 2002; S.U.A.	Experimental	N = 94 Cancer de sân	Socio-demografici	Interacțiunea medic-pacient	Pregătirea pacientului pentru consultație a condus la diminuarea barierelor în comunicarea cu medicul. Nivelul de educație nu a fost predictor pentru satisfacție.
13. Serber et al., 2003; S.U.A.	Transversal Corelațional	N = 434 Fibromialgie	Socio-demografici Clinici Psihosociali	Satisfacția generală, relația cu medicul, percepția calității îngrijirii	Satisfacția cu suportul social a fost predictor independent al satisfacției. Personalitatea și abilitățile de coping ale pacientului nu au fost predictori pentru satisfacție.
14. Sullivan et al., 2000; S.U.A.	Longitudinal	N = 146 HIV	Socio-demografici Clinici Relația medic-pacient	Satisfacția generală	Empatia și nivelul de cunoștințe al medicului s-au relaționat semnificativ cu satisfacția. Variabilele socio-demografice și percepția stării de sănătate nu au explicat semnificativ din varianța datelor.
15. Zachariae et al., 2003; Danemarca	Transversal Corelațional	N = 500 Cancer	Socio-demografici Clinici Relația medic-pacient	Relația medic-pacient	Empatia și atenția manifestată de medic s-au asociat semnificativ cu satisfacția. Stilul de comunicare al medicului (orientare spre aspecte biomedicale, personale sau emoționale) nu s-a asociat semnificativ cu satisfacția.
16. Wallace et al., 2009; SUA	Transversal Corelațional	N = 624 Durere cronică de spate	Socio-demografici Clinici Relația medic-pacient	Satisfacția generală	Lipsa asigurării medicale s-a asociat semnificativ cu nivele scăzute de satisfacție. Tipul de furnizor (primar vs. specialist) și numărul de vizite medicale nu s-au asociat semnificativ cu satisfacția.
17. Westaway et al., 2003; Africa de Sud	Transversal Corelațional	N = 263 Diabet	Socio-demografici Clinici	Satisfacția generală, caracteristicile furnizorului, caracteristicile serviciilor medicale	Percepția stării generale de sănătate s-a asociat semnificativ cu satisfacția privind aspectele organizatorice ale îngrijirii pe când percepția stării de sănătate mentală s-a asociat semnificativ cu satisfacția privind aspectele interpersonale ale îngrijirii.

Predictorii satisfacției pe categorii de boli

S-a constatat un impact diferit al anumitor factori asupra satisfacției, în funcție de tipul de boală cronică. De pildă, studiul întreprins de Fan, Reiber, Diehr, Burman, McDonell & Fihn (2005) a surprins faptul că satisfacția s-a asociat semnificativ cu percepția severității bolii în cazul pacienților cu cardiopatie ischemică, cu abilitățile de ajustare la boală la pacienții cu boală pulmonară obstructivă și cu educația privind boala la pacienții cu diabet. Aceste date semnaleză faptul că, deși, în esență, toate bolile cronice au un set comun de implicații, boli diferite pot genera totodată nevoi specifice.

În ansamblu, aceste rezultate demonstrează că atunci când se optează pentru includerea în studiu a

pacienților cu boli cronice diferite, prelucrările statistice comparative aduc un plus de cunoaștere a fenomenului de satisfacție. Totodată, utilizarea măsurătorilor globale, în lipsa celor multidimensionale, generează niveluri ridicate de satisfacție și eșuează în identificarea posibilelor surse de insatisfacție.

CARACTERISTICILE PACIENȚILOR

Factori socio-demografici

Toate studiile incluse în analiză au investigat relația dintre caracteristicile socio-demografice ale pacienților și satisfacția cu îngrijirea medicală. Acești factori au fost studiați fie ca predictori, fie ca variabile controlate. *Vârsta* pacienților este unul

dintre factorii socio-demografici care influențează satisfacția cu îngrijirea medicală. Hack, Pickles, Ruether, Weir, Bultz & Degner (2009) au identificat faptul că pacientele cu cancer de sân care au avut o vârstă mai înaintată au fost semnificativ mai satisfăcute de comunicarea cu medicul, imediat după consultație. Această relație nu s-a mai păstrat însă după trei luni de la consultul medical. Au fost emise cel puțin două ipoteze cu privire la relația dintre satisfacție și vârsta înaintată. Prima ipoteză este aceea că persoanele mai în vârstă și-au format expectanțe realiste asupra îngrijirii medicale în urma experiențelor anterioare. Acestea sunt, așadar, mai puțin critice în evaluarea serviciilor medicale. A doua ipoteză sugerează că acești pacienți generează un alt tip de comportament din partea personalului medical, din cauza vârstei. În schimb, atunci când implicarea pacientului în tratament a fost inclusă ca variabilă în modelul predictiv, pacienții mai tineri au fost semnificativ mai satisfăcuți cu îngrijirea medicală comparativ cu pacienții mai în vârstă (28, 29).

Nivelul de educație este un alt factor care s-a asociat cu satisfacția. Datele au arătat că pacienții cu un nivel de educație mai scăzut au fost semnificativ mai satisfăcuți comparativ cu pacienții cu un nivel de educație mai ridicat (27,30,31). Aceste cercetări susțin faptul că pacienții cu un nivel de educație mai scăzut au expectanțe mai scăzute cu privire la îngrijirea medicală acordată. *Venitul* s-a asociat cu nivelul de satisfacție raportat. Respondenții cu un venit mediu au fost mai satisfăcuți cu îngrijirea medicală comparativ cu cei cu un venit scăzut (24). Pacienții cu un venit mediu au reușit să stabilească o relație durabilă cu medicul, pe când cei cu un venit scăzut au întâmpinat dificultăți în accesarea serviciilor de sănătate.

Factori clinici

În cadrul a 15 dintre cele 17 studii au fost incluși în modelul predictiv factori de natură clinică. Aceste studii au investigat în ce măsură starea de sănătate a influențat modul în care pacienții au evaluat serviciile medicale. *Calitatea vieții* a fost unul dintre factorii clinici care s-a relaționat cu satisfacția. Astfel, cu cât pacienții au raportat o stare de sănătate fizică și mentală mai bună, cu atât nivelul de satisfacție cu îngrijirea medicală a fost mai ridicat (27, 28, 32-34). Bautista, Glen & Shetty (2007) au semnalat o influență mai mare a componentei de sănătate mentală asupra nivelului de satisfacție comparativ cu influența pe care a exercitat-o percepția asupra stării de sănătate fizică. Prezența simptomelor

depressive s-a relaționat cu o satisfacție mai scăzută la pacienții cu fibromialgie (34).

Severitatea bolii este un alt factor care influențează satisfacția cu îngrijirea medicală. Această relație s-a remarcat în special în studiile în care participanții au avut boli cronice asociate cu durerea fizică. Brekke, Hjortdahl & Kvien (2001) au evidențiat faptul că pacienții cu artrită reumatoidă și durere cronică musculoscheletică neinflamatorie, cu un nivel scăzut al durerii, au fost mai satisfăcuți cu îngrijirea medicală. Hack, Pickles, Ruether, Weir, Bultz & Degner (2009) au demonstrat faptul că pacientele cu cancer de sân, cu o mărime mai mică a tumorii, au fost semnificativ mai satisfăcute de comunicarea cu medicul imediat după consultație, cât și după 3 luni de la aceasta. Rezultatul poate fi explicat prin faptul că anxietatea provocată de discuții referitoare la chimioterapie, în cazul pacienților cu tumori mai mari, a condus la o satisfacție mai scăzută.

Factori psihosociali

Dintre cele 17 studii incluse, doar 4 au investigat valoarea predictivă pe care o au factorii psihosociali în satisfacția pacienților cu boli cronice. *Autoeficacitatea* relaționată cu boala a fost identificată ca predictor al satisfacției. Pacienții cu artrită reumatoidă, durere cronică musculoscheletică neinflamatorie, respectiv fibromialgie, care au perceput că au abilități de a face față consecințelor pe care le are boala (controlul asupra durerii, funcționarea fizică sau depășirea altor simptome asociate) au raportat niveluri ridicate de satisfacție (34,35). *Supportul social* a fost predictor independent pentru nivele ridicate de satisfacție. Pacienții cu fibromialgie care au fost satisfăcuți cu suportul social acordat de persoane apropiate au raportat niveluri ridicate de satisfacție în studiul realizat de Serber, Cronan & Walen (2003). *Abilitățile de ajustare la boală* s-au relaționat, de asemenea, cu satisfacția. Pacienții cu boală pulmonară obstructivă care au raportat că pot face față bine bolii au avut niveluri ridicate de satisfacție (30).

Relația medic-pacient

Autorii a 8 studii au analizat relația dintre una sau mai multe caracteristici ale relației medic-pacient și satisfacția față de îngrijirea medicală. *Implicarea în îngrijire* s-a dovedit un predictor consistent pentru satisfacție. Datele au evidențiat faptul că pacienții care au primit informații adecvate despre boală și tratament, suport psihologic în managementul bolii și au avut posibilitatea să participe

activ în luarea deciziilor de îngrijire au fost semnificativ mai satisfăcuți (28,35,36).

Asocierea dintre implicarea în îngrijire și satisfacție a fost mediată de educația privind boala. Incluziunea pacienților în diverse programe de educație privind boala a crescut gradul de implicare a acestora în îngrijire și nivelul de satisfacție, la pacienți cu artrită psoriazică, cardiopatie ischemică și boală pulmonară obstructivă (28,30).

Abilitățile de comunicare ale medicului s-au relaționat cu satisfacția pacienților. Studiile au confirmat faptul că o frecvență mare a comportamentelor orientate spre pacient s-au asociat cu niveluri ridicate de satisfacție. Pacienții cu HIV, care s-au simțit confortabil să discute aspecte personale cu medicul lor, care au perceput medicul ca fiind empatic și având un nivel ridicat de cunoștințe, au fost semnificativ mai satisfăcuți cu îngrijirea acordată, după 6 luni de la consultul medical (37). Atunci când li s-a cerut să evalueze comparativ importanța empatiei, respectiv a atenției acordate de către medic, pacienții au apreciat atenția acordată în timpul consultației ca fiind mai relevantă decât empatia (22). În cadrul acestui studiu, ascultarea activă, oferirea de informații, oferirea posibilității pacienților de a adresa întrebări și explicarea aspectelor biomedicale s-au asociat semnificativ cu satisfacția, la pacienții cu cancer.

Faptul că medicul a urmat recomandările specificate în ghidul de îngrijire, oferind explicații și informații necesare despre boală și stilul de viață care trebuie adaptat, s-a asociat cu niveluri ridicate de satisfacție la pacienți cu diabet (29).

Frecvența vizitelor și durata consultației sunt factori care s-au relaționat cu satisfacția pacienților. Cu toate că autorii studiilor nu au controlat în ce măsură un număr ridicat de întâlniri a rezultat ca urmare a inițiativei medicului sau a pacientului, acest factor a fost identificat ca indicator al intensității relației medic-pacient. Pacientele cu cancer de sân care au beneficiat de o durată mai mare a consultației (măsurată în minute) au fost semnificativ mai satisfăcute de comunicarea cu medicul imediat după consultație (21).

CONCLUZII

În prezent, sistemele medicale din întreaga lume se află sub presiunea nevoii de a crește calitatea îngrijirii medicale, simultan cu orientarea dinspre un model biomedical spre o îngrijire medicală centrată pe pacient (38). În contextul eterogenității abordărilor asupra îngrijirii medicale, satisfacția pacienților reprezintă un indicator important al

calității serviciilor oferite (9). Investigarea satisfacției pacienților cu boli cronice este cu atât mai relevantă cu cât sunt date empirice care atestă influența acestora asupra comportamentelor pentru sănătate ale pacienților precum aderența la tratament, participarea activă a pacientului la programe de tratament specifice sau schimbarea medicului de către pacient (12,39).

Această analiză sistematică a literaturii a identificat două categorii de predictor ai satisfacției cu îngrijirea la pacienți cu boli cronice, în ambulator: caracteristicile pacienților (factori socio-demografici, clinici și psihosociali) și relația medic-pacient (implicarea în îngrijire, abilitățile de comunicare ale medicului, frecvența vizitelor medicale și durata consultației).

În urma realizării analizei de față, câteva implicații pot fi evidențiate. În primul rând, cu toate că în cadrul literaturii de specialitate este general agreată evaluarea multidimensională a calității îngrijirii medicale, există o inconsistență în măsurarea conceptului de satisfacție în mediul ambulator ca urmare a diverselor operaționalizări și clasificări utilizate. Astfel, sunt necesare studii care să evalueze sistematic aceste operaționalizări în vederea generării unei taxonomii unitare și valide a constructului de satisfacție. În al doilea rând, dat fiind faptul că majoritatea cercetărilor au la bază un design transversal („*cross-sectional*”), surprinderea relațiilor de tip cauză-efect este dificil de realizat. De aceea, sunt necesare studii longitudinale care să surprindă dinamica satisfacției pacienților cu îngrijirea medicală (ex. modificări în timp ale dimensiunilor satisfacției pacienților), precum și efectele pe care le generează schimbările din sistemul medical în ceea ce privește acordarea îngrijirii pacienților cu boli cronice asupra satisfacției (ex. introducerea legii privind coplata). În al treilea rând, modelele predictive testate în cadrul studiilor au explicat, în general, sub 10% din varianța satisfacției pacienților, fapt ce evidențiază lacune în înțelegerea factorilor care influențiază modul în care pacienții evaluează îngrijirea medicală (40,41). Cercetările calitative pot avea o contribuție importantă în identificarea determinantilor satisfacției, din perspectiva pacienților. Totodată, includerea în modelul predictiv a variabilelor socio-demografice a dovedit o mai bună explicare a conceptului de satisfacție cu îngrijirea medicală. În al patrulea rând, influența pe care o au anumiți factori asupra satisfacției pacienților diferă în funcție de tipul de boala cronică. Din acest motiv, atunci când eșantionul cuprinde participanți

cu boli cronice diferite, prelucrările statistice comparative sunt cele mai potrivite.

Studiul de față prezintă anumite limite. În primul rând, există posibilitatea ca anumite cercetări empirice, care se regăsesc în alte baze de date decât cele utilizate, să nu fie analizate, cu toate că au întrunit criteriile de includere. În al doilea rând, eterogenitatea studiilor incluse în analiză a fost mare, atât din punctul de vedere al definirii și operaționalizării conceptului de satisfacție, cât și al varietății instrumentelor utilizate în colectarea datelor.

Cercetările viitoare pot avea în vedere o analiză sistematică a efectelor pe care le are satisfacția

pacienților asupra comportamentelor pentru sănătate (ex. aderența la tratament, participarea la programe de educație pentru sănătate, intenția de a schimba medicul) în cazul pacienților cu boli cronice.

Mulțumiri

Autorul dorește să mulțumească Programului Operațional Sectorial pentru Dezvoltarea Resurselor Umane privind finanțarea acestui proiect prin contractul POSDRU 88/1.5/S/56949 – „Proiect de reformă a doctoratului în științe medicale: o viziune integrativă de la finanțare și organizare la performanța științifică și impact“.

BIBLIOGRAFIE

1. Nolte E., & McKee M. – European Observatory on Health Systems and Policies Series. Caring for people with chronic conditions. A Health System Perspective. *Open University Press* 2010
2. Wagner E.H., Austin B.T., Davis C., Hindmarsh M., Schaefer J., & Bonomi A. – Improving Chronic Illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs* 2001; 20:64-78
3. McGlynn E.A., Asch S.M., Adams J., Joan Keesey B.A., Hicks J., DeCristofaro A., & Kerr E.A. – The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003; 348:2635-2645.
4. Dunbar-Jacob J., Erlen J.A., Schlenk E.A., Ryan C.M., Serek S.M., Doswell W.M. – Adherence in chronic disease. *Annu Rev Nurs Res* 2000; 18:48-90
5. Stichele R.V. – Measurement of patient compliance and interpretation of randomized clinical trials. *Eur J Clin Pharmacol* 1991; 41:27-35
6. Clark N.M. – Management of chronic disease by patients. *Annu Rev Public Health* 2003; 24:289-313
7. Shoshanna S., & Firminger K. – Patient perception of the quality of health services. *Annu Rev Public Health* 2005; 26:513-559
8. Donabedian A. – The quality of care and how can it be assessed. *JAMA* 1988; 260:1743-1748
9. Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Klimber A., Storey L., & Thomas H. – The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2002; 6:1-244
10. Ware J.E., Davies-Avery A., & Stewart A.L. – The measurement and meaning of patient satisfaction: a review of the literature. *Health and Medical Care Services Review* 1977; 1:2-15
11. Becker M.H., & Maiman L.A. – Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical recommendations. *Med Care* 1975; 13:10-24
12. Becker M.H., Drachman R.H., & Kirscht J.P. – A new approach to explaining sick-role behavior in low-income populations. *Am J Public Health* 1974; 64:205-216
13. Linder-Pelz S. – Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982; 16:577-582
14. Pascoe G.C. – Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:185-210
15. Sitzia J., & Wood N. – Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997; 45:1829-1843
16. Strasser S., Aharony L., & Greenberger D. – The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Med Care Rev* 1993; 50:219-245
17. Sheldon T. – An evidence-based resource in the social science. Report of a scoping study for the Economic and Social Research Council (ESRC) 1998
18. Petticrew M., & Roberts H. – Systematic reviews in the social sciences. *A practical guide*. Blackwell Publishing. UK 2006
19. Fernandez-Rios L., & Buela-Casal G. – Standards for the preparation and writing of Psychology review articles. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2009; 9:329-344
20. Humphrey S. – What does a great meta-analysis look like? *Organizational Psychology Review* 2011; 1:99-103
21. Hack T., Pickles T., Ruether J.D., Weir L., Bultz B.D., & Degner I.F. – Behind closed doors systematic analysis of breast cancer consultation communication and predictors of satisfaction with communication. *Psychooncology* 2009; 19:626-636
22. Zachariae R., Pedersen C.G., Jensen A.B., Ehrnrooth E., Rossen P.B., & von der Maase H. – Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003; 88:658-665
23. Sepucha K.R., Belkora J.K., Mutchnick S., & Esserman L.J. – Consultation planning to help breast cancer patients prepare for medical consultation: effect on communication and satisfaction for patients and physicians. *J Clin Oncol* 2002; 20:2695-2700
24. Becker G., & Newsom E. – Socioeconomic Status and Dissatisfaction with health care among chronically ill African Americans. *Am J Public Health* 2003; 93:742-748
25. Hudak P.L., & Wright J.G. – The characteristics of patient satisfaction measures. *SPINE* 2000; 25:3167-3177
26. Sitzia J. – How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *Int J Qual Health Care* 1999; 11:319-328
27. Bautista R.E.D., Glen T., & Shetty N.K. – Factors associated with satisfaction with care among patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior* 2007; 11:518-524
28. Leung Y.Y., Tam L.S., Lee K.W., Leung M.H., Kun E.W., & Li E.K. – Involvement, satisfaction and unmet health care needs in patients with psoriatic arthritis. *Rheumatology* 2009; 48:53-56
29. Gross R., Tabenkin H., Heymann A., Greenstein M., Porter B., & Matzliach R. – The relationship between primary care physician's adherence to guidelines for the treatment of diabetes and patient satisfaction: findings from a pilot study. *Fam Pract* 2003; 20:563-569
30. Fan V.S., Reiber G.E., Diehr P., Burman M., McDonell M.B., & Fihn D.S. – Functional Status and patient satisfaction. A comparison of ischemic heart disease obstructive lung disease and diabetes mellitus. *J Gen Intern Med* 2005; 20:452-459
31. Mariolis A., Mihos C., Alevizos A. – Dissatisfaction with cardiovascular health and primary health care services Southern Mani, isolated area in Europe. A case study. *Hellenic Journal of Cardiology* 2008; 49:139-144

32. **Bidaut-Russell M., Gabriel S.E., Scott C.G., Zinsmeister R.A., Luthra H.S., & Yawn B.** – Determinants of patient satisfaction in chronic illness. *Arthritis Rheum* 2002; 47:494-500
33. **Joseph C., & Nichols S.** – Patient satisfaction and quality of life among persons attending chronic disease clinics in South Trinidad, West Indies. *West Indian Med J* 2007; 56:108-114
34. **Serber E.R., Cronan T.A., & Walen H.R.** – Predictors of patient satisfaction and health care cost for patients with fibromyalgia. *Psychology and Health* 2003; 18:771-787
35. **Brekke M., Hjortdahl P., & Kvien T.** – Involvement and satisfaction: A Norwegian study of health care among 1,024 patients with rheumatoid arthritis and 1,509 patients with chronic noninflammatory musculoskeletal pain. *Arthritis Care & Research* 2001; 45:8-15
36. **Kjeken I., Dagfinrud H., Mowinckel P., Uhlig T., Kvien T.K., & Finset A.** – Rheumatology care: involvement in medical decisions, received information, satisfaction with care and unmet health care needs in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum* 2006; 55:394-401
37. **Sullivan L.M., Stein M.D., Savetsky J.B., & Samet J.H.** – The doctor-patient relationship and HIV-infected patients' satisfaction with primary care physicians. *J Gen Intern Med* 2000; 15:462-469
38. **Tzeng H.M., & Yin C.Y.** – Patient satisfaction versus quality. *Nursing Ethics* 2008; 15:12-24
39. **Ware J.E., Snyder M.K.** – Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975; 13:669-682
40. **Wallace A.S., Freburger J.K., Darter J.D., Jackman A.M., & Carey T.S.** – Comfortably numb? Exploring satisfaction with chronic back pain visits. *The Spine Journal* 2009; 9:721-728
41. **Westaway M.S., Rheeder P., Van Zyl D.G., & Seager J.R.** – Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *Int J Qual Health Care* 2003; 15:337-344