

P 3556

Odjel za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju DZ »Ivo Lola Ribar« i Klinika za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Medicinskog fakulteta Sveučilišta u nastavnoj bazi Kliničke bolnice »Dr. M. Stojanović«, Zagreb

## FAKTORI SURADNJE IZMEĐU BOLESNIKA S REUMATOIDNIM ARTRITISOM I REUMATOLOGA

### FACTORS OF CO-OPERATION BETWEEN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND RHEUMATOLOGIST

Mirjana Miko i Ivo Jajić

Izvorni znanstveni članak

Sažetak

Ispitivani su faktori suradnje između bolesnika s reumatoidnim artritisom i reumatologa u 200 bolesnika s klasičnim i sigurnim reumatoidnim artritisom. Odnos reumatologa prema bolesniku klasificirali smo kao blag, strog, siguran, u žurbi i nezainteresiran. Provedena je taksomska analiza faktora suradnje.

Nađeno je da brižljiv i zaštitnički odnos reumatologa prema bolesniku motivira bolesnika na dobru suradnju i liječenje, ali je ipak najveći broj bolesnika kod tako okarakteriziranog reumatologa samovoljno prekinuo fizikalnu terapiju. Najmanje bolesnika prekinulo fizikalnu terapiju kod reumatologa gdje je odnos između reumatologa i bolesnika ocjenjen kao strog i služben. Ne postoji univerzalni »profil rizičnog bolesnika« koji ne bi surađivao s reumatologom. Suradnja bolesnika s reumatologom je dinamički socio-psihološki proces koji uključuje mnoge činioce koje treba uočiti i dati im određeno značenje i snagu u tom kompleksnom procesu.

Summary

The subject of the study were factors of co-operation between patients with rheumatoid arthritis and rheumatologist in the case of 200 patients with the classical and certain rheumatoid arthritis. The attitude of the rheumatologist towards the patient was classified as gentle, strict, sure, in hurry and disinterested. A taxomic analysis of the co-operation factors was carried out.

It was determined that an attentive and protective attitude of the rheumatologist towards the patient motivates the patient for an effective co-operation and healing, but nevertheless most of the patients when dealing with a rheumatologist such described interrupted their physical therapy out of self-will. Least of the patients interrupted the physical therapy when co-operating with the rheumatologist whose attitude was described as strict and official. There is no universal »profile of risky patient« who would not co-operate with the rheumatologist. The relation of the patient and the rheumatologist is a dynamically socio-psychological process that incorporates many various factors which should be noted and then given a certain meaning and strength in this complex process.

## UVOD

Problem suradnje bolesnika s liječnikom star je koliko i medicina. Već je Hipokrat upozorio na »nepouzdanost« bolesnika koji su zbog uzimanja lijekova davali netočne podatke (1). Nažalost tome se problemu počelo pridavati veće značenje tek posljednjih desetljeća, kada se javljaju prve publikacije. Herman i Gaus (1981) dobru suradnju između bolesnika i liječnika definiraju kao međusobno razumijevanje s obzirom na preventivne i terapijske mjere, te uspostavljanje radne povezanosti (2). Vaitl (1982) iznosi da znanstvene analize odnosa i ponašanja ne polaze od pojmova spremnosti za suradnju nego od načina ponašanja (3). U ovom radu iznosimo vlastite rezultate rada vezanih na faktore suradnje bolesnika s reumatoidnim artritisom i reumatologa.

## BOLESNICI I METODE

U ispitivanju je uvršteno 200 bolesnika, koji su bolovali od sigurnog i klasičnog reumatoidnog artritisa, čija je dijagnoza postavljena na osnovi kriterija Američkog reumatološkog društva (4,5).

Odnos reumatologa prema bolesniku smo klasificirali blag, siguran, u žurbi, nezainteresiran i strog. Te smo obilježja analizirali u odnosu prema redovitosti ili neredovitosti provođenja fizikalne terapije. Prilikom obrade podataka koristili smo se metodom taksonomske analize prema Catellu.

## REZULTATI

Fizikalnu terapiju je prekinulo 12 bolesnika prema kojima se reumatolog odnosi blago. Blag odnos reumatologa prema bolesniku ne djeluje autoritativno pa bolesnik zauzima, vlastiti odnos prema određenom načinu liječenja (tablica 1).

Tablica 1. Razlozi za prekid provođenja fizikalne terapije i blag odnos reumatologa prema bolesniku

Razlozi za prekid provođenja fizikalne terapije	BLAG ODNOS REUMATOLOGA PREMA BOLESNIKU				Ukupno	
	N	DA	N	NE	N	%
Poboljšanje toka bolesti	9	90,00 4,84	1	10,00 7,14	10	100,00 5,00
Pogoršanje toka bolesti	13	100,00 6,99	0	0,00 0,00	13	100,00 6,50
Nemarnost	10	83,33 5,38	2	16,67 14,29	12	100,00 6,00
Ostali uzroci	69	94,52 37,10	4	5,48 28,57	73	100,00 36,50
Ostalo	85	92,39 45,70	7	7,61 50,00	92	100,00 46,00
Ukupno	186	93,00 100,00	14	7,00 100,00	200	100,00 100,00

13 bolesnika prekinulo je fizikalnu terapiju zbog pogoršanja toka bolesti, kod kojih je reumatolog ostavio »siguran« dojam. Zbog nemarnosti fizikalnu terapiju je prekinulo 12 bolesnika. Fizikalnu terapiju zbog nemarnosti prekinula su samo tri bolesnika u skupini bolesnika prema kojima se reumatolog odnosio strogo. Veći broj bolesnika je prekinuo fizikalnu terapiju tamo gdje se reumatolog nije prema njima odnosio strogo (tablica 2). Zašto neki bolesnici surađuju s reumatologom a drugi ne surađuju nije sasvim očito. Stoga smo analizirali stupanj motivacije za liječenje kod bolesnika, koji su prekinuli fizikalnu terapiju (u odnosu na razloge prekida provođenja fizikalne terapije). Veći broj bolesnika s manje izraženim stupnjem motivacije za liječenje prekida fizikalnu terapiju zbog nemarnosti (58,33%) (tablica 3).

Tablica 2. Razlozi za prekid provođenja fizikalne terapije i strog odnos reumatologa prema bolesniku

Razlozi za prekid provođenja fizikalne terapije	STROG ODNOS REUMATOLOGA PREMA BOLESNIKU						Ukupno	
	DA		NE		N	%	N	%
	N	%	N	%				
Poboljšanje toka bolesti	0	0,00	10	100,00	10	5,00	100,00	5,00
Pogoršanje toka bolesti	1	7,69	12	92,31	13	6,42	100,00	6,50
Nemarnost	3	25,00	9	75,00	12	4,81	100,00	6,00
Ostali uzroci	6	8,22	67	91,78	73	35,83	100,00	36,50
Ostalo	3	3,26	89	97,74	92	47,59	100,00	46,00
<b>Ukupno</b>	<b>13</b>	<b>6,50</b>	<b>187</b>	<b>93,50</b>	<b>200</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Tablica 3. Motivacija za liječenje i razlozi za prekid provođenja fizikalne terapije

Motivacija za liječenje	Razlozi za prekid provođenja fizikalne terapije											
	poboljšanje		pogoršanje		nemarnost		ostali uzroci		ukupno		ostalo	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Jako se želi liječiti	2	5,56	3	8,33	5	13,89	26	72,22	36	100,00	33	0,00
		20,00		23,08		41,67		35,62		33,33		35,87
Želi se liječiti	8	1,11	10	13,89	7	9,72	47	63,28	72	100,00	58	0,00
		80,00		76,92		58,33		64,38		66,67		63,04
Neodlučan u liječenju	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,00
		0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		1,09
Ukupno	10	9,26	13	12,04	12	11,11	73	67,59	108	100,00	92	0,00
		100,00		100,00		100,00		100,00		100,00		100,00

Da bismo dobili uvid u kompleksnost tretmana kod bolesnika sa reumatoidnim artritismom analizirali smo učestalost korištenja stacionarnog rehabilitacionog liječenja naših bolesnika u centrima za rehabilitaciju s obzirom na anatomske stadije bolesti. Relativno velik broj bolesnika koristio je stacionarno rehabilitaciju u centrima za rehabilitaciju (144 bolesnika ili 72%). Taj oblik liječenja djeluje pozitivno na suradnju bolesnika s reumatologom (tablica 4).

Taksonomskom obradom podataka prema Catellu pokušali smo izdiferencirati daljnje relevantne faktore odgovore za redovito provođenje fizikalne terapije kod bolesnika s reumatoidnim artritismom, u odnosu na suradnju bolesnika s reumatologom u odnosu na redovito provođenje fizikalne terapije (4).

Značajan faktor u redovitom provođenju fizikalne terapije je educiranost bolesnika o fizikalnoj terapiji. Skupina bolesnika opsežno poučena o bolesti uz poznavanje naravi bolesti, redovito provode tretman fizikalnom terapijom. Interesantna je činjenica da u slučajevima, gdje je bolest kratko trajala bolesnici su neredoviti na kontrolama kod liječnika, te nisu u potpunosti niti informirani o fizikalnoj terapiji (takson 2+) (4).

**Tablica 4. Korištenje stacionarne rehabilitacije u centrima za rehabilitaciju i anatomski stadij bolesti**

Boravak u centrima za rehabilitaciju	Anatomski stadij bolesti								Ukupno	
	N	1 %	N	2 %	N	3 %	N	4 %		
Da	3	2,08	81	56,25	48	33,33	12	8,33	144	100,00
		25,00		67,50		87,27		92,31		72,00
Ne	9	16,67	38	70,37	7	11,11	1	1,85	56	100,00
		75,00		32,50		12,73		7,69		28,00
Ukupno	12	6,00	120	60,00	55	27,50	13	6,50	200	100,00
		100,00		100,00		100,00		100,00		100,00

Treću skupinu bolesnika čine bolesnici, koji su informirani o fizikalnoj terapiji pa je prekidaju zbog nemarnosti. Razlozi su možda u neredovitom dolaženju na kontrolu liječniku, interpersonalnom odnosu između bolesnika i reumatologa, te u strukturi bolesnika. Interakcija, koja nastaje na relaciji reumatolog u žurbi i hiperaktivan bolesnik rezultira nemarnim stavom prema redovitom provođenju fizikalne terapije (takson 2—) (4).

U bolesnike starije životne dobi razlog prekida fizikalne terapije je bio poboljšanje ili pogoršanje toka bolesti (takson 4+) a kod kućanica je prekinuta fizikalna terapija zbog nemarnosti (takson 5+) (9).

## DISKUSIJA

Analiza naših ispitivanja je pokazala, da bolesnikov razgovor s liječnikom kao i međusobno razumijevanje imaju posebno značenje, pa se tom problemu mora ispravno postupiti. Bolesnik i liječnik žele odnosno teže tome, da bol potpuno nestane.

Bolesnici, koji su bili samostalni, vjeruju u sebe, svoje inicijative i postupke, puni su samopouzdanja, spretni i snalažljivi. Da se reumatolog prema bolesnicima nije odnosio strogo i autoritativno oni bi još manje surađivali u liječenju posebno u provođenju fizikalne terapije, koja zahtijeva od bolesnika posebni fizički i psihički angažman.

Da se bolesnici ne liječe prema vlastitom nahodanju utvrdili smo u taksonima dobre suradnje. Značajan relevantan faktor dobre suradnje je međusobna komunikacija bolesnika i reumatologa. Kada se reumatolog prema bolesniku odnosi zaštitnički, kao brižljiva majka, nije u žurbi, nije strog stvara se između njih dvoje ugodna atmosfera, opuštenost i razumijevanje kao i dobra suradnja u liječenju. Autori Lee i Tan (5), Raspe (6), Hajnos (7), Marston (8) i Hulka (9) rezultatima su svojih ispitivanja potvrdili da je odnos bolesnika i liječnika od presudnog značenja u njihovoj međusobnoj suradnji.

Nažalost vrlo je teško evaluirati mehanizme interakcije koji se zbivaju na relaciji bolesnik—liječnik, a posebno je teško kvantitativno ocijeniti pojedine činioce tog odnosa (9).

Kako navodi Hulka, dva su aspekta interpersonalnog odnosa na relaciji liječnik—bolesnik. Prvi aspekt interpersonalne komunikacije uključuje njihovu komunikaciju, informiranost liječnika o bolesnikovim brigama, bolesnikovo zadovoljstvo liječnikovom brigom ili skrbi. Iako se termin interpersonalne komunikacije na relaciji liječnik — bolesnik često spominju i ima veliko značenje u medicini malo se konkretno zna o tome — što znači taj odnos i koje su njegove komponente (9).

U kompleksnom dugotrajnom liječenju kronične bolesti kao što je reumatoidni artritis postoje velike i različite mogućnosti da se bolesnici zahvaljujući svojem ponašanju ne pridržavaju puta i da samoinicijativno mijenjaju ono što im je reumatolog propisao.

Funkcionalni oblik liječenja reumatoidnog artritisa ima posebno značenje u prevenciji rane invalidnosti bolesnika. Naša ispitivanja pokazuju, da je malo bolesnika uključeno u funkcionalni oblik liječenja. Bolesnici dobro informirani o djelovanju fizikalne terapije uz brižljiv i zaštitnički reumatologov stav bili su vrlo motivirani za redovito provođenje fizikalne terapije (taksoni 1+ i 2+) (4).

Uzimajući u obzir subjektivno i objektivne činioce razumljiva je činjenica da bolesnici, prema kojima je liječnik strog i služben nisu bili motivirani i nisu imali strpljenje redovito provoditi fizikalnu terapiju. Bolesnici potpuno neinformirani o djelovanju fizikalne terapije prikazani su u taksonu više-struke nesuradnje bolesnika s reumatologom (9+) (4).

Nesuradnja je rezultirala i neredovitim provođenjem fizikalne terapije kao i nezadovoljavajućim rezultatom liječenja u toj skupini bolesnika.

Do sada nije u potpunosti objašnjeno zašto bi za vrijeme liječenja u centru za rehabilitaciju dolazi do pogoršanja toka bolesti, što negativno djeluje na suradnju bolesnika s reumatologom, koji je tu suradnju preporučio.

U domaćoj medicinskoj literaturi nema odgovarajućih podataka o tome.

Gunther i sur. (1971) nakon analize interindividualnih kolebanja bioritmičkih fenomena u bolesnika s reumatoidnim artritismom kao relevantnih u fizikalnoj terapiji u početku tretmana radi adaptacije organizma na novi oblik

funkcionalnog liječenja preporučuju blage fizioterapeutske procedure, te primjenu ACTH (10). U psihosomatskom pristupu bolesniku važno je uzeti u obzir emocionalne i tjelesne simptome (11). Psihosomatski bolesnik, a to je također i bolesnik s reumatoidnim artritisom vrlo je ovisan o svojoj bolesti, pa će zbog toga i razgovor između reumatologa i bolesnika imati za njega posebno značenje. Klain god. (1969) u svojim razmišljanjima o psihologiji odnosa bolesnik—liječnik navodi da nije slučajno da se danas velika pažnja poklanja međuljudskim odnosima između liječnika i bolesnika (2).

U tom dinamičkom procesu suradnje bolesnika i reumatologa ne smijemo zaboraviti činjenicu, da je reumatolog odgovoran za afirmaciju i motivaciju bolesnika za liječenje. Rezultati naših ispitivanja pokazuju, da je veći broj bolesnika prekinuo tretman fizikalnom terapijom, s manje izraženim stupnjem motivacije.

## ZAKLJUČAK

Na osnovu našeg istraživanja i podataka iz literature možemo govoriti o tipologiji odnosa na relaciji bolesnik—reumatolog:

1. Brižljiv i zaštitnički odnos reumatologa prema bolesniku motivira ga za liječenje i dobru suradnju.
2. Strog i služben odnos reumatologa smanjuje prekid fizikalne terapije kod bolesnika zbog nemarnosti.
3. Ne postoji sveobuhvatni »profil rizičnog bolesnika« koji ne bi surađivao s liječnikom.
4. Suradnja bolesnika s reumatologom je dinamički socio-psihološki proces, koji uključuje mnoge činioce koje treba izlučiti i dati im određeno značenje i snagu u tom kompleksnom procesu.

## LITERATURA

1. Weber E, Gundert-Remy U. Patient compliance — a review of th recent literature. U Blecourt JJ ur. Patients compliance, Proceedings of an international symposium held during th IX European Congress of Rheumatology, Wiesbaden, 1977, 9—17.
2. Herman JM, Gaus E. Die Klinische Bedeutung der Compliance. Schweiz Med Wochenschr, 1981; 111:1998—05.
3. Vaitl D. Einflussparameter auf die Compliance — eine verhaltenwissenschaftliche Analyse. U: Philip TH, Holzgreve H, Vaitl D Shrey A ur. Compliance, Probleme zwischen Arzt und Hochdruckpatient. Ein interdisziplinäres Symposium München, Volf und Sohn 1982; 19—24.
4. Miko M. Faktori suradnje između bolesnika s reumatoidnim artritisom i reumatologa. Disertacija, Medicinski fakultet Sveučilišta, Zagreb, 1985.
5. Leep, Tan L. P. J. Drug Compliance in outpatients with rheumatoid arthritis. Aust. N. Z. J. Med 1979;9:274—83
6. Raspe H. H. Die Medikamentencompliance bei Patienten mit einer chronischer Polyarthrititis. Akt Rheumatol. 1981 6:11—5.
7. Hajnos G. Complianceprobleme in Physiotherapie. Therapie wochr 1985; 35:3204—12.

8. Martson MV. Compliance with medical regimens: a review of the literature. Nurs res 1970; 312—23.
9. Hulka B. S. Arzt — Patienten Interaktionen und Compliance. U: Haynes RB Taylor DW. Sacket DL ur. Compliance Handbuch. München, Wien. R Oldenberg 1982; 77—93.
10. Günther R. der Zeitfaktor in der Physikalischen Therapie Therapiewoche 1981.
11. Cividini E. Psihosomatske bolesi i njihovo liječenje. U: Peršić N. ur Psihijatrija simpozij o neurologiji i psihijatriji, Ljubljana, 1969; 175—81.
12. Kalić E. Psihologija odnosa bolesnika — liječnika. U Peršić N. Psihijatrija, Simpozij o neurologiji i psihijatriji, Lek, Ljubljana, 1969; 34—48.