

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

PL ISSN 1734-3402

Ocena skuteczności terapii bólu i jego wpływu na codzienne funkcjonowanie pacjentów objętych domową opieką paliatywną

The assessment of the pain therapy effectiveness and its impact on daily functioning of patients within the palliative home care

MARTA MARIA GAWLIK^{1, A-G}, DONATA KURPAS^{1, 2, D-F}¹ Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu² Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

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

Streszczenie **Wstęp.** Komunikacja jest podstawowym elementem leczenia bólu u pacjentów z chorobą nowotworową. Ból nieprawidłowo leczony i monitorowany jest jedną z najczęstszych przyczyn obniżenia jakości życia pacjentów i ich rodzin. **Cel badania.** Ocena skuteczności terapii bólu i jego wpływu na codzienne funkcjonowanie pacjentów z chorobą nowotworową pozostających w domowej opiece paliatywnej.

Materiał i metody. Badanie prowadzono wśród 100 pacjentów pozostających pod opieką zespołu domowej opieki paliatywnej w czterech ośrodkach województwa opolskiego i łódzkiego od października 2014 do stycznia 2015 r. Kwestionariusz anonimowej ankiety składał się z 30 pytań.

Wyniki. Mediana wieku badanej grupy wynosiła 65 lat. Podczas wypełniania kwestionariusza dolegliwości bólowe odczuwało 60% (60) badanych, a 40% (40) potwierdziło, że mimo otrzymanej pomocy i dobrej komunikacji z zespołem terapeutycznym nadal odczuwa ból. Blisko 60% (60) respondentów ocenia swoją wiedzę na temat bólu, jako średnią i niewystarczającą. Nasilenie dolegliwości bólowych najczęściej miało miejsce w nocy – 39,5% (40). 80% (80) badanych ocenia skuteczność dotychczasowego leczenia przeciwbólowego jako dobrą, ale niewystarczającą. U badanych respondentów dolegliwości bólowe najczęściej powodują ograniczenia w wykonywaniu prac domowych, poruszaniu się oraz ubieraniu/rozbieraniu i codziennej toalecie (26%, 26). Ponadto, u co piątego badanego ból ograniczał w znacznym stopniu przyjmowanie pokarmów. Najczęstszą reakcją pacjentów na dolegliwości bólowe jest zdenerwowanie 51% (51) oraz przygnębienie 49% (49).

Wnioski. Mimo wysokiej oceny skuteczności terapii bólu pacjenci pozostający pod opieką zespołu domowej opieki paliatywnej nadal odczuwają dolegliwości bólowe. Najczęstszą reakcją respondentów na ból było zdenerwowanie i przygnębienie, co potencjalnie wpływa na obniżenie jakości życia i może być przyczyną zaburzeń psychosomatycznych.

Słowa kluczowe: ból, domowa opieka paliatywna, ocena.

Summary **Background.** Communication is a fundamental element of pain treatment with reference to patients with a cancer disease. The pain improperly treated and monitored is one of the most common factor of decreased quality of patients' life and their families.

Objectives. The assessment of pain therapy effectiveness and its impact on daily functioning in patients with cancer under palliative home care. The research was conducted among 100 patients remaining under the home palliative care in 4 centers in Łódź and Opole province, from October 2014 to January 2015. An anonymous questionnaire consisted of 30 questions.

Results. The median of researched group age was 65. While completing the questionnaire, pain was felt by 60% (60) respondents, and 40% (40) confirmed that although they received help and good communication with therapeutic team, they still feel the pain. Nearly 60% (60) patients evaluated their knowledge of pain as average and insufficient. The pain most often increased at night, 39.5% (40). Eighty 80% (80) of researched group assessed the effectiveness of the pain treatment as good but insufficient. The pain of researched group most often caused limits in housework, moves, dressing/undressing and everyday personal hygiene (26%, 26). Furthermore in one fifth of the researched group the pain significantly limited food intake. The most frequent patient reactions for pain were nervousness 51% (51), and depression 49% (49).

Conclusions. In spite of high evaluation of pain therapy effectiveness, the patients under palliative home care still feel pain. The most frequent reactions for pain were nervousness and depression. This could potentially influence a decrease in patients' quality of life and may be a cause of psychosomatic disorder.

Key words: pain, home palliative care, evaluation.

Wstęp

Ból w ostatniej fazie choroby nowotworowej występuje u 94% pacjentów. Standardy leczenia przeciwbólowego opracowane przed 20 laty przez WHO pozwalają na opamiętanie bólu nowotworowego u 70% chorych [1]. Mimo że Polska zalicza się do krajów, w którym medycyna paliatywna jest dobrze rozwinięta, to zużycie opioidów na tle krajów europejskich jest niskie. Średnia europejska wynosi 135 mg na mieszkańca, natomiast w Polsce wynosi niepełna 33 mg [2]. W Polsce wielu pacjentów cierpiących na

ból przewlekły nadal nie jest leczonych lub podjęta u nich terapia jest niewłaściwa. Jedną z wielu przyczyn jest niechęć lekarzy do stosowania opioidów, spowodowana strachem przed uzależnieniem oraz brakiem możliwości monitorowania bólu u chorych pozostających w środowisku domowym [3].

Właściwa ocena bólu stanowi podstawę jego skutecznej farmakoterapii. Wciąż aktualnym jest pytanie dotyczące sposobu dokonywania tej oceny w warunkach opieki domowej oraz jakimi narzędziami dokonywać kontroli skuteczności dotychczasowego leczenia przeciwbólowego.

Podstawowym kryterium, które powinno być spełnione do właściwej oceny i monitorowania bólu pacjenta, jest właściwa komunikacja w zespole terapeutycznym. Jednym z obszarów w badaniu satysfakcji pacjenta, jako wskaźnik jakości sprawowanej nad nim opieki medycznej, jest komunikacja realizowana między pacjentem a lekarzem i pielęgniarką oraz innymi członkami zespołu terapeutycznego [4]. Dobra komunikacja wszystkich członków zespołu terapeutycznego w opiece paliatywnej warunkuje efektywność terapii przeciwbólowej [5]. Przy podejmowaniu decyzji o doborze leczenia przeciwbólowego niezbędna jest właściwa komunikacja z chorym i jego opiekunami w środowisku domowym, szczególnie w sytuacji, gdy u pacjenta występują trudności z polykaniem, a także u chorych z utrudnionym kontaktem [6].

Brak właściwej komunikacji w zespołach terapeutycznych może być powodem nieprawidłowej terapii przeciwbólowej oraz przyczyną cierpienia fizycznego i psychicznego pacjenta oraz strat społeczno-ekonomicznych [7]. Z obserwacji własnych autorów wynika także, że komunikacja w ramach medycznego zespołu terapeutycznego ma potencjalnie swoje odzwierciedlenie w komunikacji tego zespołu z pacjentem. Nieprawidłowa komunikacja dotycząca dolegliwości bólowych pacjenta i nieodpowiednie monitorowanie bólu u pacjentów przez zespół terapeutyczny niewątpliwie negatywnie wpływa na terapię tych pacjentów, co przekłada się na obniżenie ich jakości życia.

Zagadnienie wpływu komunikacji między członkami zespołu terapeutycznego na leczenie pacjenta bywa analizowane, podejmowane są jednak nieliczne badania na temat związku komunikacji w ramach zespołu terapeutycznego z jakością komunikacji członków tego zespołu z pacjentem, z chorobą nowotworową.

Cel pracy

Celem badania była ocena skuteczności terapii bólu i jego wpływu na codzienne funkcjonowanie pacjentów z chorobą nowotworową pozostających w domowej opiece paliatywnej.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 100 pacjentów pozostających w domowej opiece paliatywnej z czterech ośrodków w województwie opolskim i łódzkim. Kryterium włączenia do badania była świadomie wyrażona zgoda pacjenta na badanie oraz możliwość samodzielnego wypełnienia kwestionariusza. Wśród badanych respondentów kobiety stanowiły 58% (58), a mężczyźni – 42% (42). Badanie prowadzono w okresie od października 2014 do stycznia 2015 r.

Do badania wykorzystano autorski kwestionariusz składający się z 30 pytań. Dziesięć pierwszych pytań dotyczyło danych socjodemograficznych i klinicznych respondentów (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, czas trwania choroby, rodzaj podjętego leczenia oraz poziom wiedzy na temat bólu). Pozostałe pytania dotyczyły: dolegliwości bólowych pacjenta, wpływu bólu na codzienne funkcjonowanie pacjenta, oceny przez pacjenta dotychczasowego leczenia przeciwbólowego oraz oceny komunikacji z zespołem terapeutycznym.

W analizie zmiennych ilościowych wykorzystano podstawowe statystyki opisowe. W pierwszej kolejności zwerifikowano normalność rozkładu badanych zmiennych ilościowych w porównywanych grupach. Wykorzystano przy tym test normalności Shapiro-Wilka, który wykazał, że rozkłady zmiennych wieku i czasu trwania choroby nie mają rozkładu normalnego. Stąd do porównania istotności różnic i korelacji wykorzystano testy nieparametryczne. Dla porównania dwóch grup niezależnych wykorzystano test

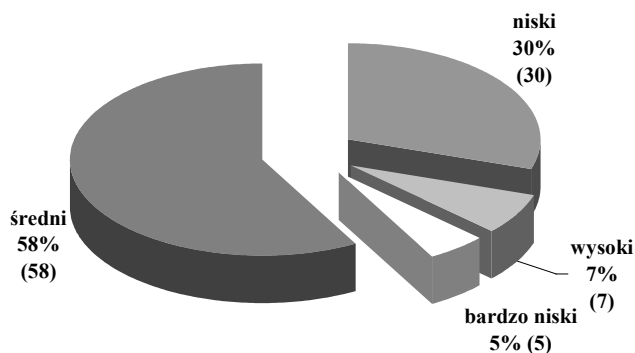
U Manna-Whitneya. Dane zostały przedstawione za pomocą tabel licznosci (liczba, procent) oraz dla wybranych zmiennych – za pomocą tabel wielodzzielczych (krzyżowych). Obliczenia wykonano za pomocą pakietu Statistica 10.

Wyniki

Mediana wieku badanych wynosiła 65 lat (min. 40 lat – maks. 83 lata), z kolei mediana czasu trwania choroby – 17 miesięcy (min. 1 miesiąc – maks. 23 miesiące).

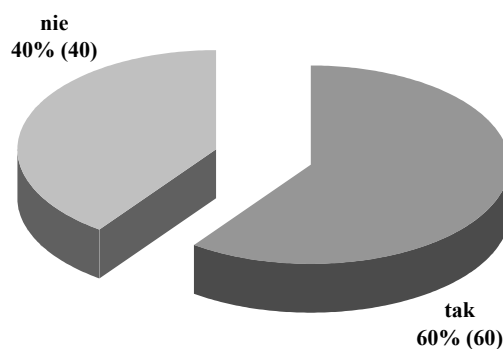
Najczęstszym rozpoznaniem wśród respondentek był nowotwór jajnika, a wśród respondentów – nowotwór płuca 14% (14). W trakcie leczenia pozostawało ponad dwie trzecie 67% (67) badanych. Najczęściej występującym rodzajem prowadzonego leczenia była chemioterapia dożylna 67% (67) oraz radioterapia 30% (30).

Blisko 60% (60) badanych oceniło, że posiada podstawową wiedzę na temat bólu, określaną w ankiecie jako średnia i niewystarczająca. Jedna trzecia respondentów określiło swoją wiedzę jako niską. Tylko 7% (7) badanych ocenia wiedzę na temat bólu w stopniu wysokim bądź bardzo wysokim (ryc. 1).



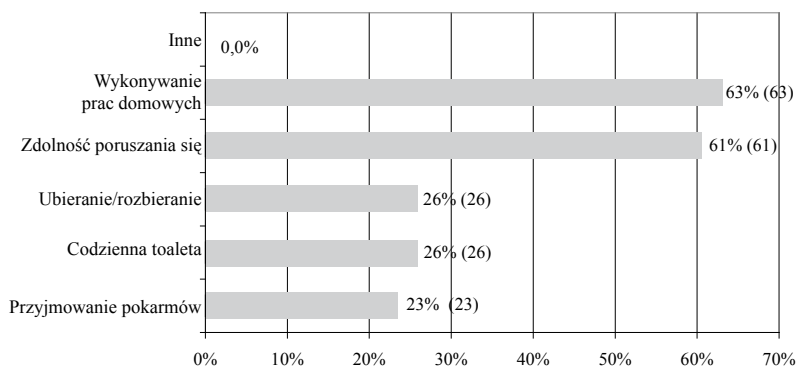
Rycina 1. Samoocena respondentów poziomu wiedzy na temat bólu

W chwili wypełniania kwestionariusza dolegliwości bólowe odczuwała większość (ryc. 2).



Rycina 2. Występowanie dolegliwości bólowych u badanych pacjentów

Spśród osób cierpiących z powodu bólu największy odsetek stanowił osoby, u których występował ból przewlekły trwający kilka miesięcy 39% (39). Występowanie dolegliwości bólowych od kilku tygodni zgłosiło 29% (29) badanych. Wśród respondentów 14,6% (15) doświadczało przewlekłego bólu od kilku lat. Najczęstsze nasilenie dolegliwości bólowych pojawia się u badanych nocą – 39,5% (40), przy wykonywaniu różnych czynności w ciągu dnia – u 34,9% (35) oraz bez wykonywania żadnych czynności ciągu dnia – u 33% (33).



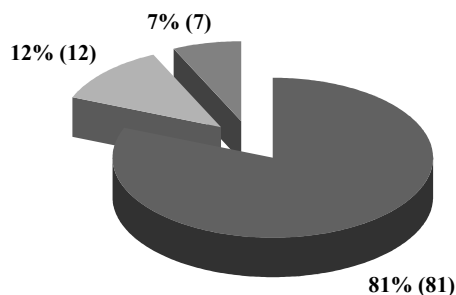
Rycina 3. Ograniczenia, jakich doświadczali respondenci z powodu dolegliwości bólowych

U badanych dolegliwości bólowe najczęściej powodują ograniczenia w wykonywaniu prac domowych, poruszaniu się oraz ubieraniu/rozbieraniu i codziennej toalecie 26% (26). Ponadto, co u piątego badanego ból ograniczał w znacznym stopniu przyjmowanie pokarmów (ryc. 3).

Najczęstszą reakcją wśród respondentów na pojawiającą się dolegliwość bólową było zdenerwowanie 52% (52), z kolei 49% (49) badanych reagowało przygnębieniem.

Zdecydowanie najwyższy odsetek badanych (84%, 84) przyjmuje systematycznie leki przepisane przez lekarza. Ponadto 23% (23) zmienia dawki leków przepisanych przez lekarza tylko po skontaktowaniu się z członkiem zespołu terapeutycznego.

Pomimo powyższych wyników 8 na 10 badanych ocenia skuteczność dotychczasowego leczenia przeciwbólowego jako dobrą (ryc. 4).



- dobrze - choć pomimo przyjmowanych środków nadal odczuwam dolegliwości bólowe
- bardzo dobrze - nie odczuwam bólu
- źle - leki, które przyjmuję nie przynoszą pożądanego skutku

Rycina 4. Ocena przez respondentów skuteczności leczenia przeciwbólowego

Najczęściej leczenie przeciwbólowe było zalecane przez lekarzy prowadzących (72%, 72). Skierowanie do poradni leczenia bólu otrzymało 21% (21) pacjentów, z kolei informację dotyczącą możliwości zakupu ogólnodostępnych leków przeciwbólowych w aptece – 12% (12) pacjentów.

Pacjenci najczęściej zgłaszali swoje dolegliwości bólowe pielęgniarkom zespołu domowej opieki paliatywnej 60,6% (61), z kolei 20,9% (21) badanych kontaktowało się w tej sprawie z lekarzem opieki paliatywnej. Pielęgniarkom środowiskowo-rodzinnej problem bólu zgłosiło 14% (14) respondentów.

Podczas wywiadu z pacjentem dotyczącym jego dolegliwości bólowych najczęściej poruszanym tematem był wpływ bólu na samopoczucie psychiczne pacjenta 49% (49). Rozmowę dotyczącą wpływu bólu na ograniczenia życia codziennego potwierdziło 34,9% (35) badanych.

Wśród badanych 82% (82) odpowiedziało, że reakcją na zgłoszenie dolegliwości bólowych pielęgniarkę było przeprowadzenie przez nią szczegółowego wywiadu na temat bólu, a 23% (23) pacjentów potwierdziło przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej na temat dolegliwości bólowych.

Pomoc ze strony personelu medycznego w łagodzeniu bólu pacjenci najczęściej oceniają jako skuteczną (58%, 58). 39,5% (40) badanych stwierdziła, że mimo otrzymanej pomocy nadal doświadczają silnych dolegliwości bólowych.

Najczęściej wymienianymi przez pacjentów oczekiwaniami wobec personelu medycznego dotyczącymi postępowania przeciwbólowego są: edukacja na temat sposobu radzenia sobie z bólem (30%, 30), bardziej wnikliwa rozmowa na temat bólu, którego pacjenci doświadczają (27,9%, 28) oraz edukacja na temat rodzajów środków przeciwbólowych i sposobu ich działania (20,9%, 21).

Pacjenci, którzy bardzo dobrze ocenili skuteczność prowadzonego leczenia przeciwbólowego najczęściej 60% (60) oczekują od personelu terapeutycznego większej edukacji na temat rodzajów środków przeciwbólowych i sposobu ich działania. Respondenci, którzy najniżej ocenili skuteczność prowadzonego leczenia przeciwbólowego, najczęściej oczekują od personelu zarówno bardziej wnikliwej rozmowy na temat bólu (33%, 33), jak i większego zaangażowania personelu medycznego w zrozumieniu bólu i ograniczeń z nim dla nich związanych (33%, 33) oraz edukacji na temat sposobu radzenia sobie z bólem 33 % (33).

Dyskusja

Wyniki badań wskazują na długi okres choroby pacjentów, co koresponduje z doniesieniami o wydłużeniu się życia pacjentów z chorobą nowotworową dzięki skutecznej terapii przeciwnowotworowej i zapewnieniu wysokiej jakości życia w konsekwencji dobrze rozwiniętej holistycznej opieki nad pacjentem w jego środowisku domowym [8]. Taki model opieki obecny jest głównie w praktyce lekarza rodzinnego i realizowany przez wizyty lekarza i pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej/opieki długoterminowej w domu pacjenta. Uzyskane wyniki potwierdziły silne dolegliwości bólowe u badanych respondentów, są one podobne do tych, jakie uzyskano na terenie województwa dolnośląskiego, gdzie 42% badanych odczuwało dolegliwości bólowe o różnym nasileniu [9]. Badania przeprowadzone w 2012 r. w Warszawskim Centrum Onkologii w poradni leczenia bólu wykazały, że 60% badanych pacjentów odczuwało dolegliwości bólowe w skali VAS 7–10 [10]. Nadal mało jest jednak analiz dotyczących zespołów domowej opieki paliatywnej.

Wyniki badań własnych wskazują, że ból w znaczący sposób ogranicza codzienne funkcjonowanie pacjentów, szczególnie w zakresie zdolności do poruszania się. Pacjenci ocenili swój poziom wiedzy na temat bólu jako średni i zdecydowanie niewystarczający.

Najwyższy odsetek badanych przyjmuje systematycznie leki przepisane przez lekarza w celu radzenia sobie z dolegliwościami. Ponadto co piąty badany zmienia dawki leków przepisanych przez lekarza po skontaktowaniu się z kimś z zespołu terapeutycznego. Wyniki wskazują, że pacjenci opieki paliatywnej ściśle przestrzegają zasad przyjmowania leków zaleconych przez lekarza prowadzącego. W przeciwieństwie do wyników badań przeprowadzonych wśród pacjentów innych przychodni lekarskich, gdzie 75% pacjentów z różnych powodów samodzielnie podejmuje decyzję o zmianie ordynowania leków bez konsultacji z lekarzem prowadzącym [11].

Wyniki wskazują, że mimo tego, że większość pacjentów wysoko ocenia leczenie przeciwbólowe zalecane przez zespół terapeutyczny, to w opinii pacjentów jest ono niewystarczające, co powoduje przewlekłe dolegliwości bólowe. Pacjenci oczekują od zespołów terapeutycznych większego zaangażowania i bardziej intensywnych działań edukacyjnych związanych z przepisywanymi środkami oraz sposobami radzenia sobie z bólem.

Jak wynika z przedstawionych analiz własnych, pacjenci z bólem przewlekłym nie oceniają negatywnie opieki sprawowanej przez zespół terapeutyczny, co potencjalnie może wynikać z obawy przed utratą jakiegokolwiek pomocy ze strony zespołu terapeutycznego. Z kolei przyczyną uzyskania wysokich wyników występowania bólu u badanych pacjentów mogą być popełniane błędy w komunikacji w ramach zespołu terapeutycznego. Komunikacja między członkami zespołu jest często zaniechana. Członkowie zespołów nie prowadzą prawidłowego monitorowania dolegliwości bólowych u pacjentów. Monitorowanie bólu jest często realizowane jedynie przez wywiad z pacjentem. Komunikujemy się pytając pacjenta o miejsce i charakter dolegliwości bólowych. Rzadko zadawane są pytania o ból w odniesieniu do czasu jego trwania i okoliczności pojawiania się. Nie pozwala to na obiektywną ocenę, w jaki sposób ból odczuwany przez pacjenta wpływa na jego funkcjonowanie w codziennym życiu. W Polsce jest dostępnych niewiele kwestionariuszy określających nasilenie dolegliwości bólowych u pacjentów i wpływ bólu na ich codzienne funkcjonowanie. Mimo że wystarczają one do oceny natężenia

bólu, w wielu przypadkach są to jednak skale jednowymiarowe [12, 13]. Przykładem prostego kwestionariusza, który jest zalecany w ocenie bólu i monitorowaniu leczenia bólu u pacjentów z chorobą nowotworową, jest kwestionariusz *Memorial Pain Assessment Card* (MPAC) [14]. Ze względu na zadowalające własności psychometryczne kwestionariusza i jego prostotę znajduje on zastosowanie w opiece paliatywnej [14].

Wpływ komunikacji zespołu terapeutycznego z pacjentem zaznacza się również przez stawiane przez pacjenta oczekiwania, co do skuteczności leczenia. Gdy komunikacja zespołu terapeutycznego z pacjentem jest niewystarczająca, u pacjenta można zaobserwować nasilenie dolegliwości, które potencjalnie prowadzą do powstania utrwalonych zaburzeń lękowych i depresyjnych [15]. Co więcej, komunikacja ze strony zespołu terapeutycznego często jest niezrozumiała dla pacjenta, ponieważ lekarze i pielęgniarki posługują się specjalistyczną terminologią, niezrozumiałą dla pacjenta [16].

Należy zwrócić uwagę, że w przeprowadzonym badaniu użyte w kwestionariuszu sformułowanie „zdeenerwowanie”, jako ocena reakcji emocjonalnej pacjenta na pojawiające się dolegliwości bólowe, jest stosunkowo nieprecyzyjne, gdyż określenie to obejmuje szeroki zakres emocji, których pacjent może doświadczać, np. złość, lęk, bezradność. Pacjenci odpowiadając na pytanie, jak ból wpływa na ich samopoczucie psychiczne, mając do wyboru odpowiedzi: „czuję irytację, przygnębienie, bezradność, denerwuję się”, jednoznacznie udzielili odpowiedzi „denerwuję się”. Kontynuacja badań nad wpływem bólu na codzienne funkcjonowanie pacjentów wymaga bardziej precyzyjnego określenia reakcji emocjonalnej pacjentów na doświadczenie bólu.

Wnioski

Mimo wysokiej oceny skuteczności terapii bólu, pacjenci pozostający pod opieką zespołu domowej opieki paliatywnej nadal odczuwają dolegliwości bólowe. Najczęstszą reakcją respondentów na ból było zdeenerwowanie i przygnębienie, co potencjalnie wpływa na obniżenie jakości życia i może być przyczyną zaburzeń psychosomatycznych.

Piśmiennictwo

- Hilgier M. Leczenie bólu w chorobie nowotworowej. *Przew Lek* 2006; 4: 36–49.
- Obecny stan zwalczania nowotworów w Polsce*. Polskie Towarzystwo Onkologiczne. 2014 May [cyt.16.05.2014]. Dostępny na URL:<http://www.pto.med.pl>.
- Lewandowski T. Ból w chorobach nowotworowych. *Med Rodz* 2003; 6: 178–184.
- Schwarz R. *Quality of life in medicine*. In: Juczyński Z, Ogińska-Bulik N, eds. *Health promotion: a psychological perspective*. Łódź: University Press; 1996: 65–71.
- Foley KM. *Pain assessment and cancer pain syndromes*. In: Doyle D, Hanks GW, MacDonald N, eds. *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1998: 310–331.
- Closs S. Assessment of pain in older people – the key to effective management. *Anesth Crit Care* 2005; 16: 40–45.
- Krajewska-Kułek E, Sierakowska M, Lewko J, i wsp. *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*. T. 1. Białystok: Białostocka Biblioteka Pielęgniarki i Położnej; 2005.
- Wiebe LA, Von Roenn JH. Working with a palliative care team. *Cancer J* 2010; 16(5): 488–492.
- Szwat B, Słupski W, Krzyżanowski D. Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. *Piel Zdr Publ* 2011; (1)1: 35–41.
- Kulpa M, Stypuła-Ciuba B. Ból nowotworowy i uciążliwość objawów somatycznych a jakość życia u pacjentów z chorobami nowotworowymi. *Med Paliat* 2013; 5(4): 171–179.
- Celczyńska-Bajew M, Posadzy-Małczyńska A, Rabiza N, i wsp. Przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów wiejskich praktyk lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2014; 16(3): 208–210.
- Daut RL, Cleeland CS, Flanery RC. Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 1983; 17: 197–210.
- Leppert W, Majkowicz M. Polish brief pain inventory for pain assessment and monitoring of pain treatment in cancer patients. *J Palliat Med* 2010; 13: 663–668.
- Leppert W, Majkowicz M. Adaptacja Karty Oceny Bólu Memorial (Memorial Pain Assessment Card) do warunków polskich: propozycja standardowego narzędzia służącego do oceny bólu i monitorowania leczenia bólu u chorych na nowotwory – doniesienie wstępne. *Med Paliat* 2011; 4: 207–213.
- de Walden-Gałuszko K. Dobra komunikacja lekarza z chorym podstawą prawidłowej opieki. *Fam Med Prim Care Rev* 2008; 10(3): 1139–1145.

16. Przemysław K. Jak pokonać bariery w komunikacji pomiędzy lekarzem rodzinnym i jego pacjentami? *Fam Med Prim Care Rev* 2005; 7(3): 769–773.

Adres do korespondencji:

Mgr Marta Gawlik

Instytut Pielęgniarstwa

Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa

ul. Katowicka 68

46-020 Opole

Tel.: 77 441-08-82

E-mail: gawlikm@wsm.opole.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 21.03.2015 r.

Po recenzji: 22.04.2015 r.

Zaakceptowano do druku: 23.04.2015 r.