

RAPORT

ZACHOWANIA TERAPEUTYCZNE LEKARZY DOTYCZĄCE ANTYKONCEPCJI, PROBLEMU NIETRZYMANIA MOCZU I PROWADZĄCYCH HORMONALNĄ TERAPIĘ ZASTĘPCZĄ

Badanie Rynku



BRASS

Pharmaceutical Consulting
Marketing & Advertising

- Warszawa, listopad 2013 -

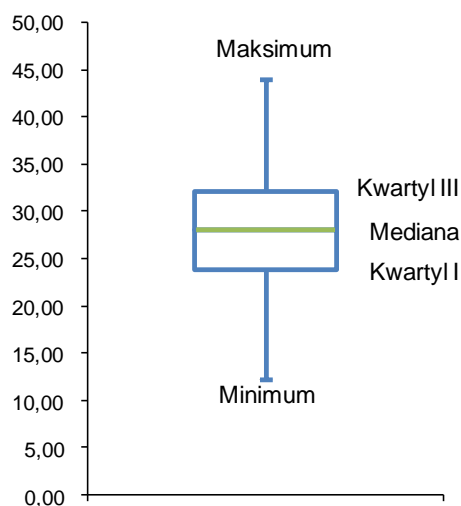
Spis treści

Definicje i oznaczenia	3
DANE ANKIETOWANEGO.....	4
ANTYKONCEPCJA (CHARAKTERYSTYKA PACJENTEK)	6
ANTYKONCEPCJA (CHARAKTERYSTYKA DECYZJI TERAPEUTYCZNYCH).....	26
NIETRZYMANIE MOCZU (CHARAKTERYSTYKA PACJENTEK)	53
NIETRZYMANIE MOCZU (CHARAKTERYSTYKA DECYZJI TERAPEUTYCZNYCH).....	60
OCZEKIWANIA WOBEC PRZEDSTAWICIELI FIRM FARMACEUTYCZNYCH	70
Bibliografia.....	79
Spis rysunków i tabel	80

Definicje i oznaczenia

Tabela 1. Definicje i oznaczenia.

Oznaczenie	Definicja
Średnia	Średnia arytmetyczna
Odchylenie standardowe	Odchylenie standardowe z próby – informuje ile średnio rzecz biorąc obserwacje zmiennej odchylają się od jej wartości średniej
Minimum	Minimalna wartość pomiaru z próby
Maksimum	Maksymalna wartość pomiaru z próby
Kwartyl I	Wartość obserwacji zmiennej, poniżej której mieści się 25% danych
Mediana	Wartość środkowa w uporządkowanym rosnąco szeregu obserwacji
Kwartyl III	Wartość obserwacji zmiennej, poniżej której mieści się 75% danych
Test chi-kwadrat	Test niezależności; niskie wartości $p < 0,05$ świadczą o istotności związku pomiędzy zmiennymi
Mann-Whitney	Test porównujący rozkłady zmiennych w dwóch podgrupach; niskie wartości uzyskanego w wyniku testu poziomu istotności p świadczą o różnicowaniu zmiennej w grupach
Kruskal-Wallis	Test będący nieparametrycznym odpowiednikiem jednoczynnikowej analizy wariancji; niskie wartości uzyskanego w wyniku testu poziomu istotności p świadczą o różnicowaniu zmiennej w grupach



Legenda do wykresów typu boxplot.

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

DANE ANKIETOWANEGO

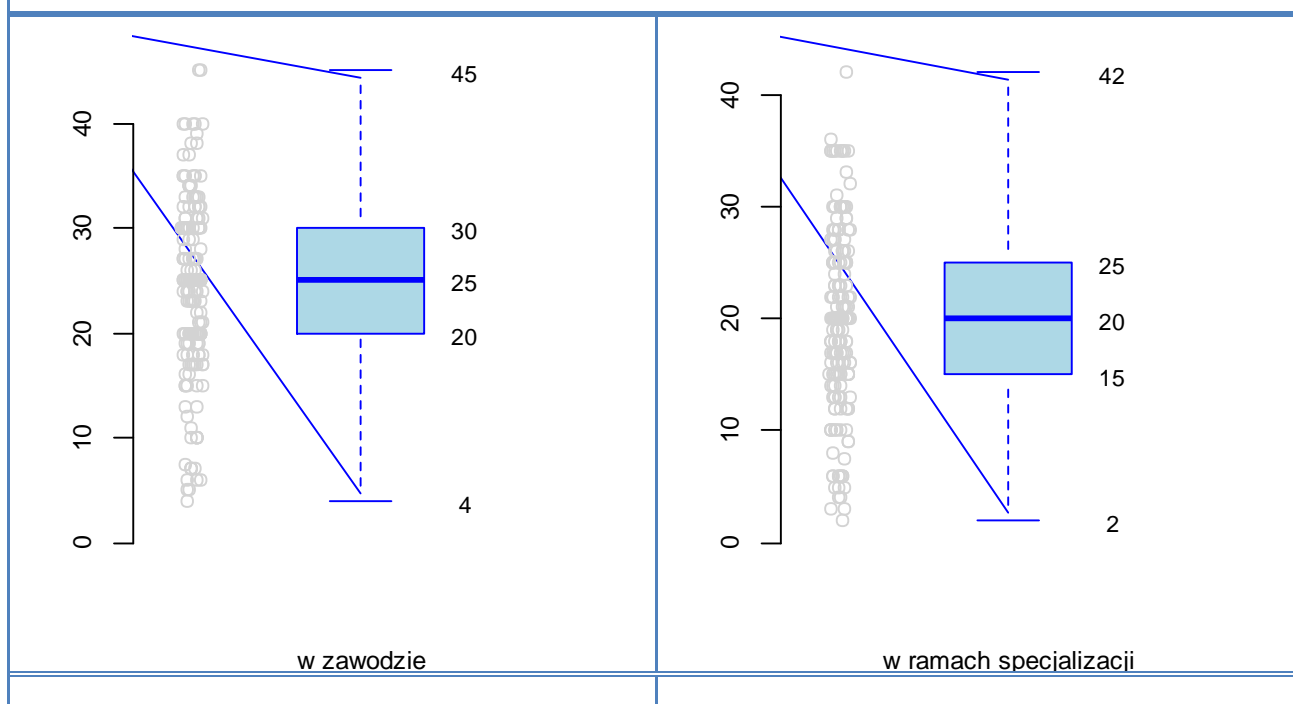
Wszystkie ankietowane osoby były z wykształcenia lekarzami medycyny. Poniższa tabela przedstawia specjalizacje lekarzy. W omawianej grupie wszyscy lekarze specjalizowali się w ginekologii (197 osób), z czego dla 23 lekarzy jest to jedyna specjalizacja. 171 Lekarzy, czyli 86,8% ogółu to lekarze specjalizujący się w ginekologii oraz w położnictwie.

Tabela 1. Wykonywana/e specjalizacja/e:

Wykonywana/-e specjalizacja/-e:	N
ginekologia i położnictwo	171
ginekologia	23
ginekologia, endokrynologia	1
ginekologia, położnictwo i radiologia	1
ginekologia, położnictwo i seksuologia	1

Połowa ankietowanych lekarzy pracuje w swoim zawodzie od 25 lat lub dłużej. Staż pracy w zawodzie 25% badaczy to co najmniej 30 lat. Analogicznej wielkości grupę stanowiły osoby, które pracowały co najwyżej 20 lat. Z kolei staż pracy co najmniej 20 lat w ramach specjalizacji dotyczył połowy lekarzy. Najkrótszy czas pracy w ramach specjalizacji to 2 lata.

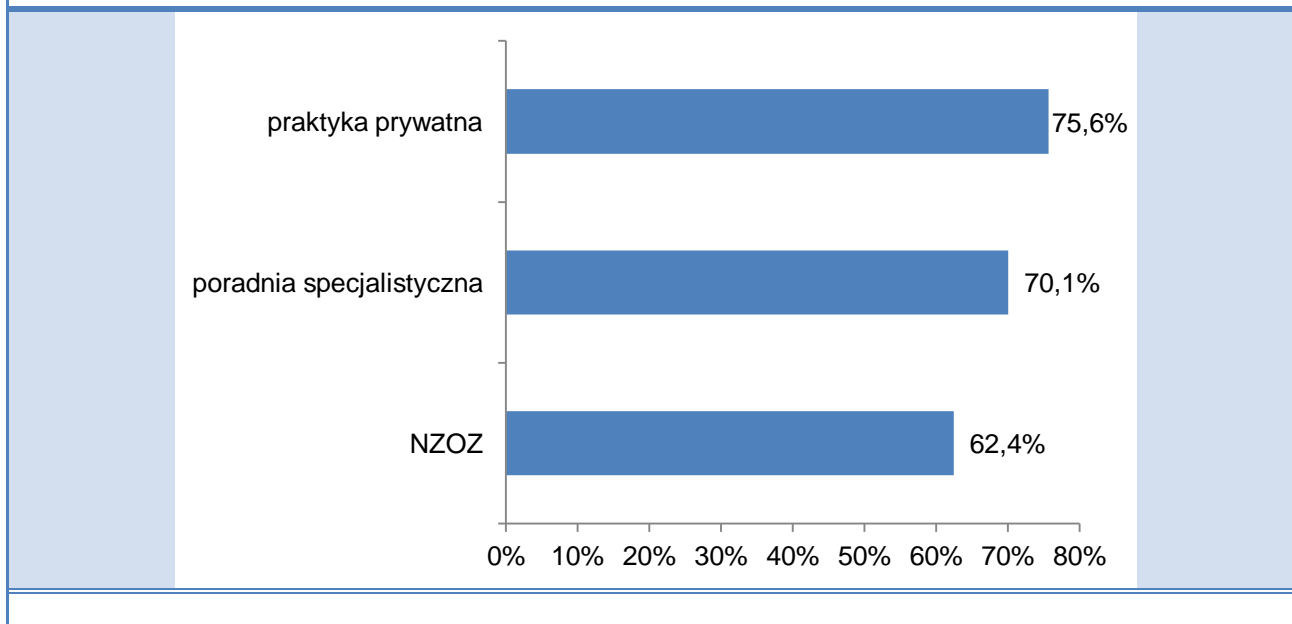
Rysunek 1. Staż pracy:



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

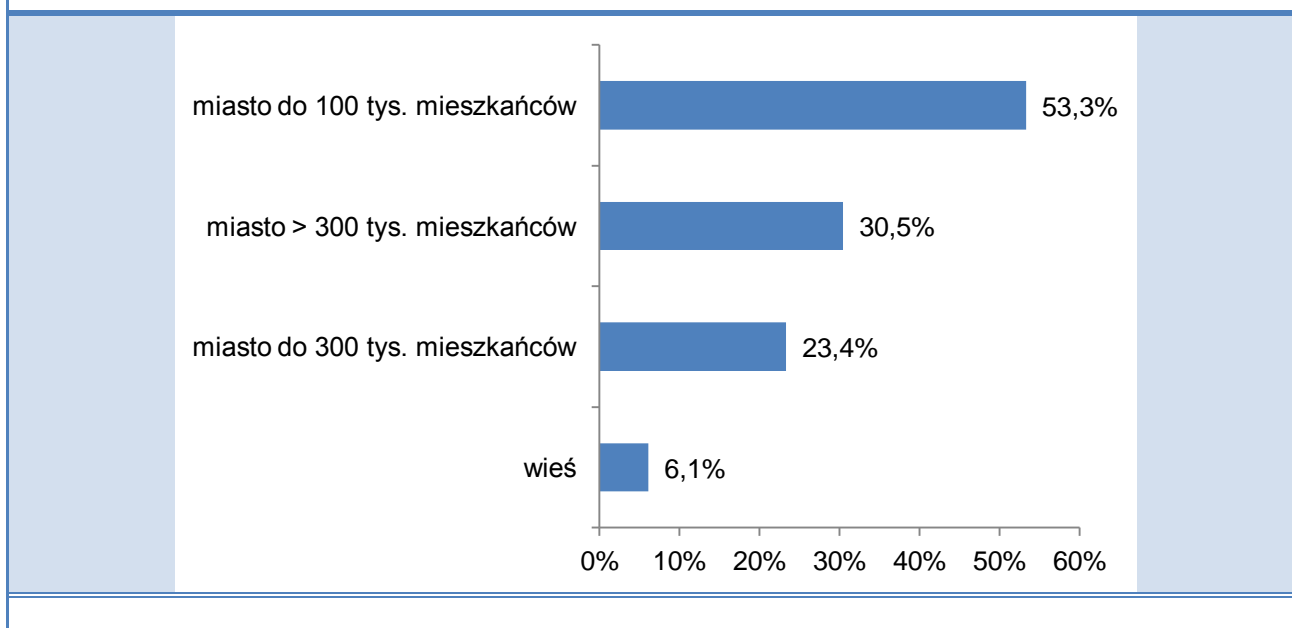
Ponad 75 na 100 lekarzy włączonych do badania prowadzi prywatną praktykę. Natomiast w specjalistycznej poradni lub niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej (NZOZ) pracuje odpowiednio 70,1% lub 62,4% ankietowanych lekarzy.

Rysunek 2. Miejsce pracy



Najwięcej lekarzy (53,3%) udziela porad w miastach do 100 tys. mieszkańców. 30,5% ankietowanych lekarzy prowadzi praktykę w miastach > 300 tys. mieszkańców. 6,1% respondentów wskazało „wieś” jako miejsce praktyki.

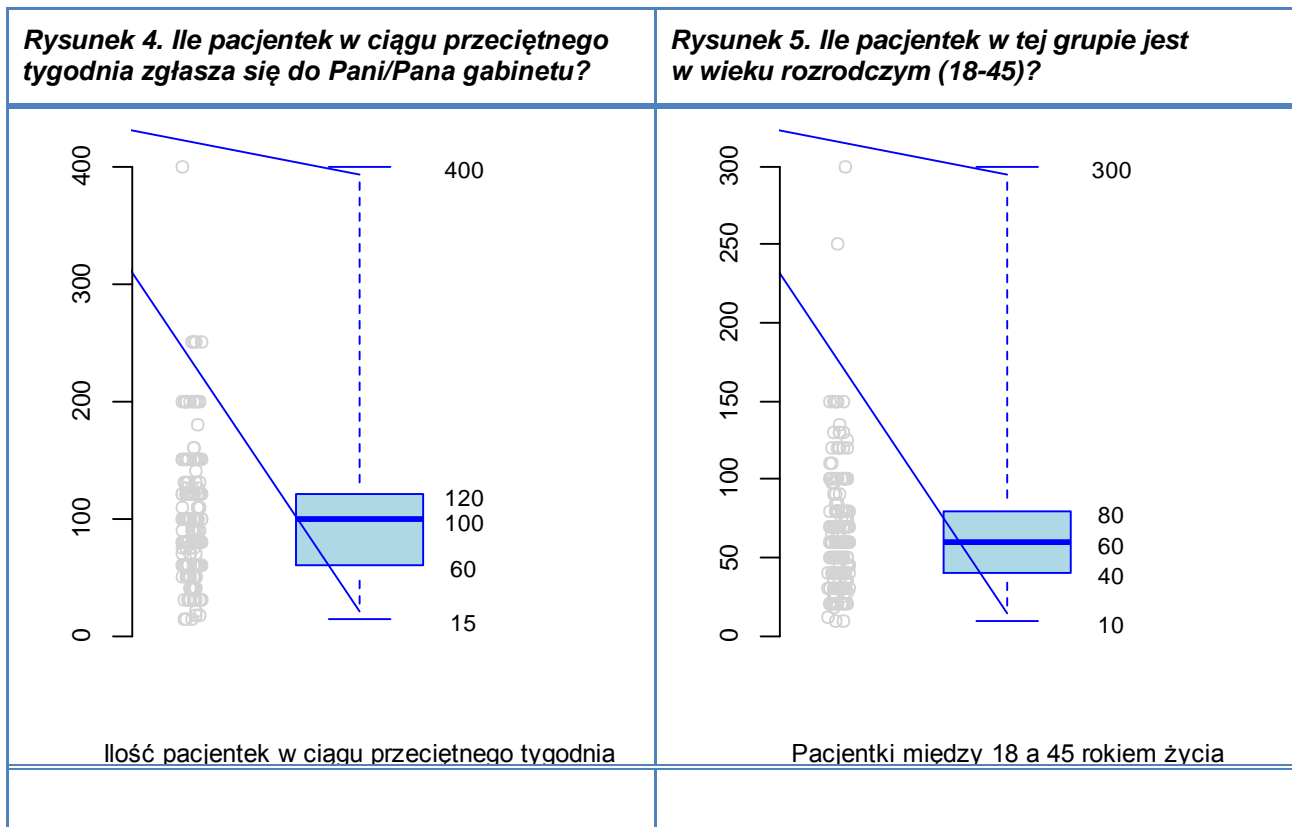
Rysunek 3. Miejscowość, w której realizowane są porady



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

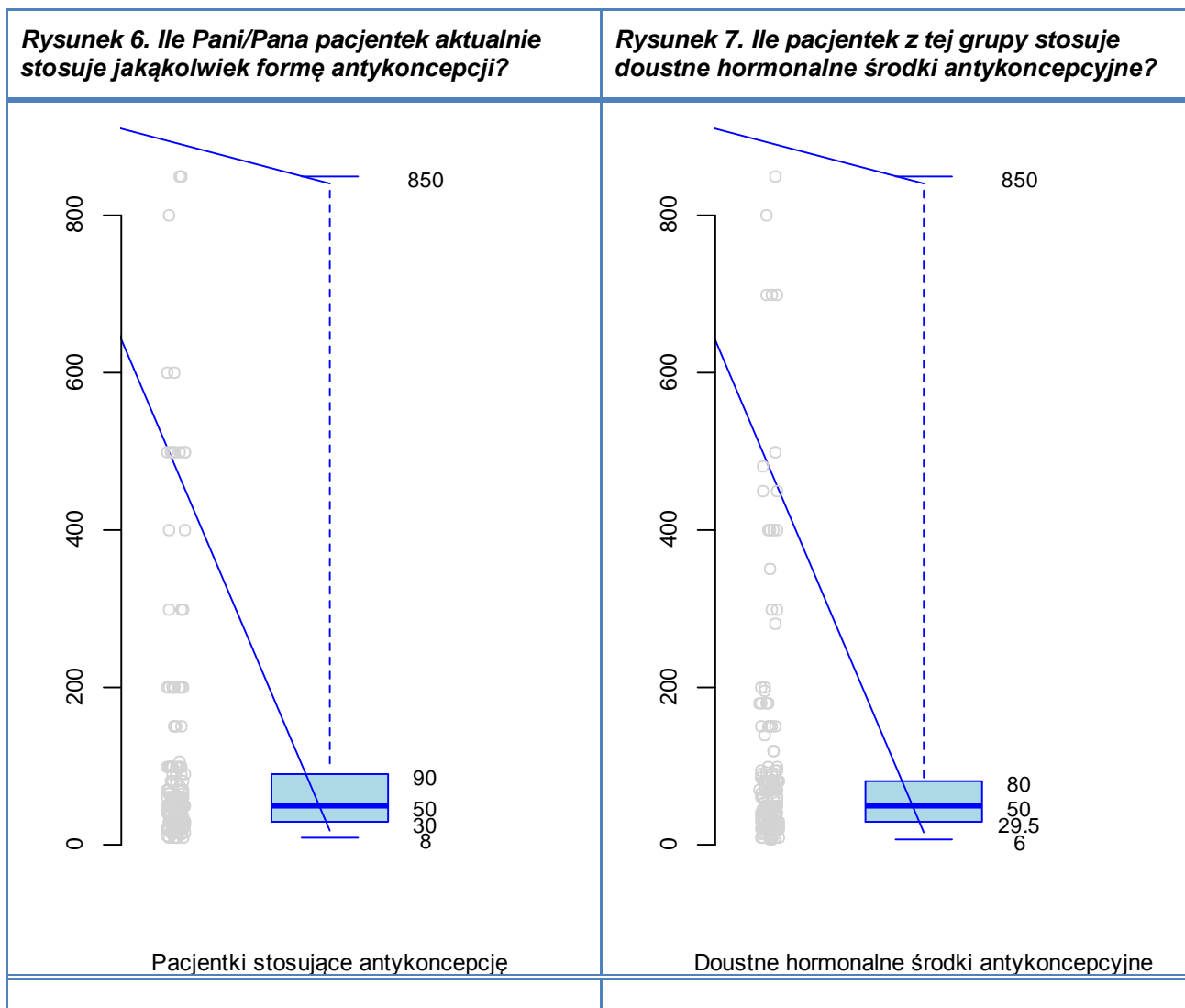
ANTYKONCEPCJA (CHARAKTERYSTYKA PACJENTEK)

Połowa ankietyowanych lekarzy odpowiedziało, że w ciągu przeciętnego tygodnia zgłasza się do nich co najmniej 100 pacjentek, z czego przeciętnie 60 jest w wieku rozrodczym (między 18 - 45 rokiem życia). $\frac{1}{4}$ respondentów przyjmuje do swojego gabinetu w ciągu przeciętnego tygodnia co najwyżej 60 kobiet (co najwyżej 40 w wieku rozrodczym).



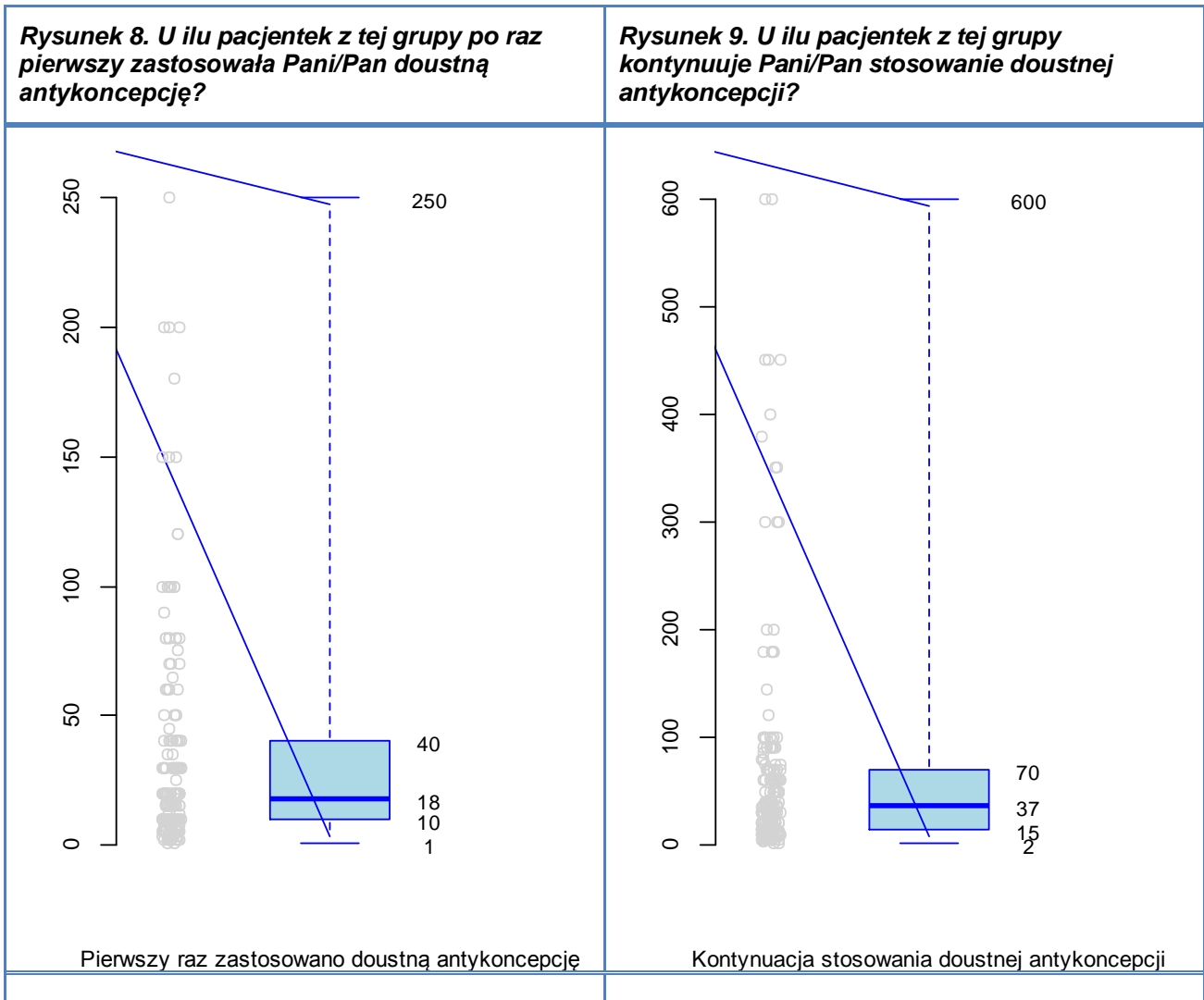
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Połowa ankietowanych lekarzy odpowiedziała, że przeciętnie co najmniej 50 pacjentek w ich praktyce aktualnie stosuje jakąkolwiek formę antykoncepcji. 25% respondentów stwierdziła, że co najmniej 90 pań stosuje jakąkolwiek formę antykoncepcji (w tym co najmniej 80 kobiet używa doustnych hormonalnych środków antykoncepcyjnych).



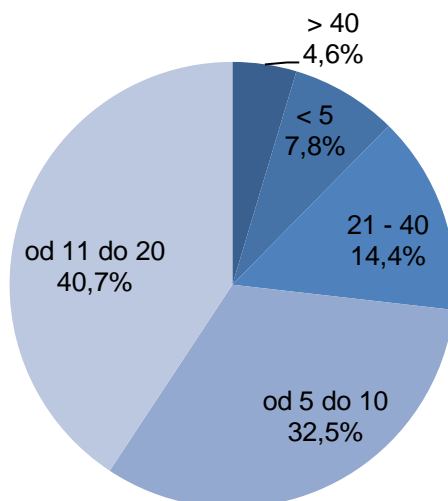
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Połowa ankietowanych lekarzy odpowiedziała, że przeciętnie u 18 pacjentek z grupy stosujących jakąkolwiek formę antykoncepcji po raz pierwszy stosuje doustną antykoncepcję. Natomiast kontynuują ją średnio u 37 pań z tej grupy.



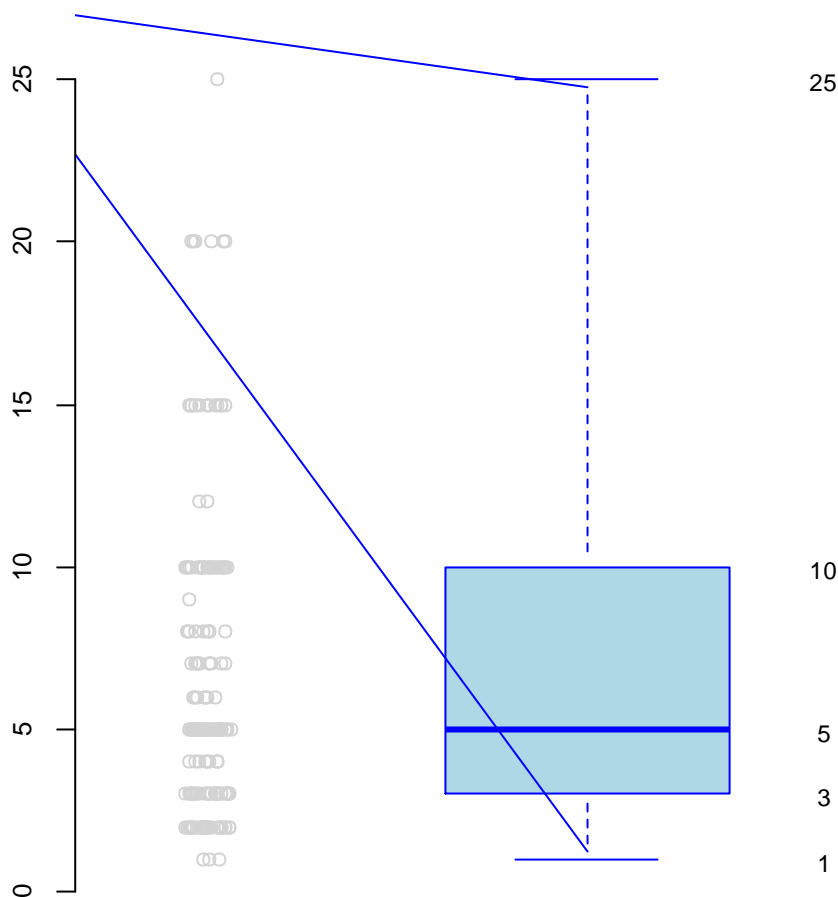
Największy procent lekarzy badaczy (40,7%) stwierdził, że w ciągu ostatniego miesiąca antykoncepcję wdrożono u od 11 do 20 pacjentek. 32,5% ogółu wskazało odpowiedź od 5 do 10 pacjentek. Najrzadziej wskazywanymi odpowiedziami były „< 5” oraz „> 40”, wskazało je odpowiednio 7,8% oraz 4,6% ogółu badaczy.

Rysunek 10. U ilu pacjentek wdrożyła Pani/Pan antykoncepcję w ciągu ostatniego miesiąca?



Gdy zapytano lekarzy u ilu nowych pacjentek tygodniowo włączana jest doustna hormonalna antykoncepcja, połowa z nich odpowiedziała, że u co najmniej 5 pacjentek. 25,0% lekarzy stwierdziło, że tygodniowo włącza doustną hormonalną antykoncepcję u co najmniej 10 pacjentek.

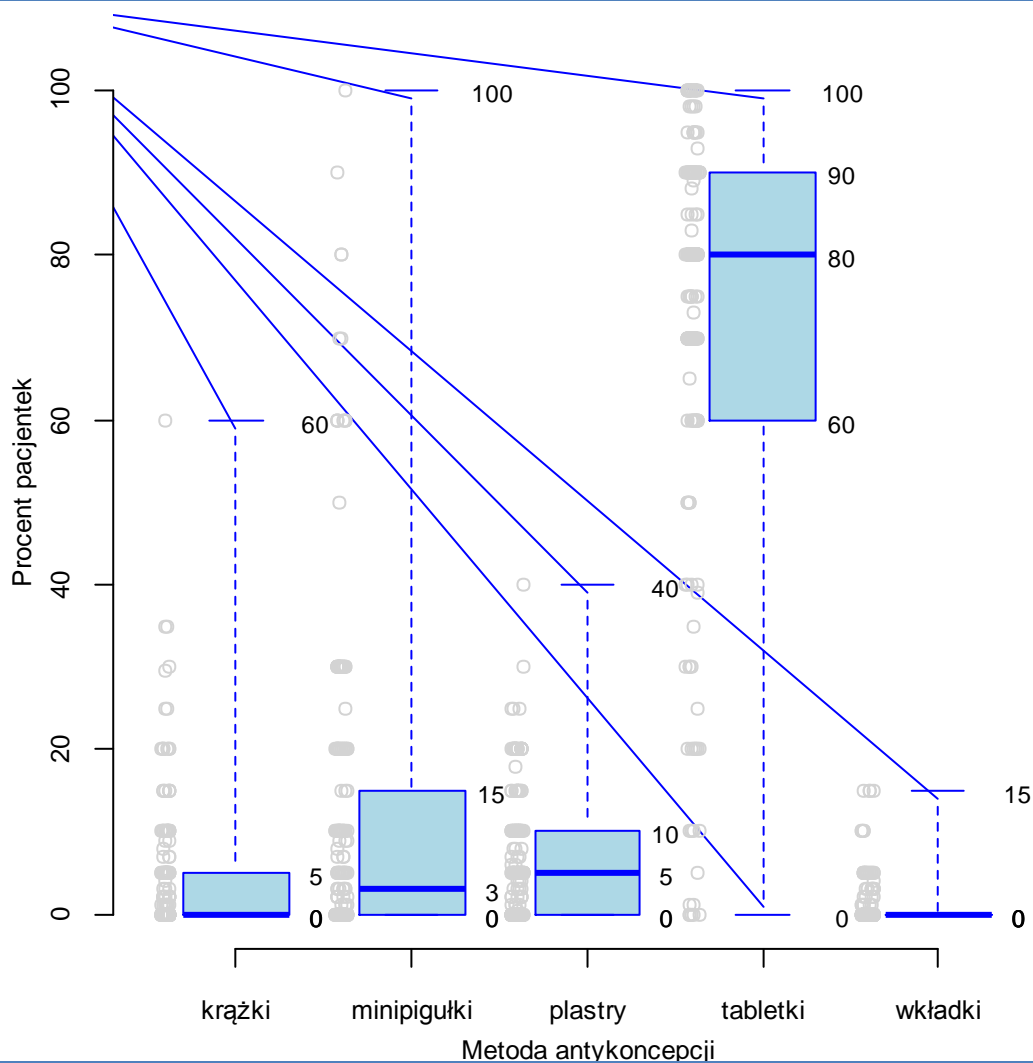
Rysunek 11. U ilu Pani/Pana nowych pacjentek tygodniowo włączana jest doustna hormonalna antykoncepcja?



U Ilu nowych pacjentek tygodniowo włącza się doustną hormonalną antykoncepcję

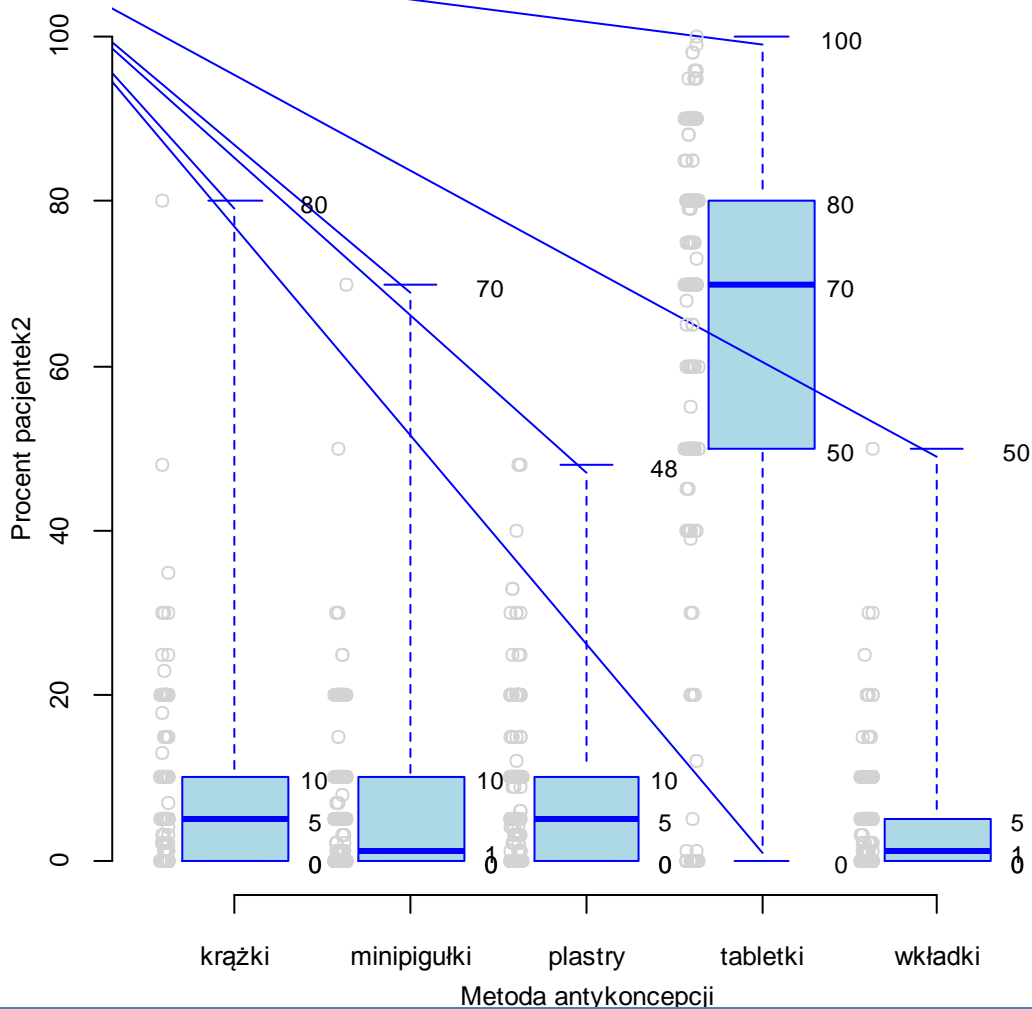
Najczęściej proponowaną metodą antykoncepcji pacjentkom do 18 roku życia przez lekarzy uczestniczących w badaniu są tabletki. Przeciętnie metoda ta jest proponowana 80,0% pacjentek w tym wieku. Plastry albo minipigułki średnio są zalecane odpowiednio 5,0% oraz 3,0% pacjentek do 18 roku życia. 75,0% Badaczy w ogóle nie proponuje wkładek pacjentkom w tym wieku.

Rysunek 12. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom do 18 roku życia?



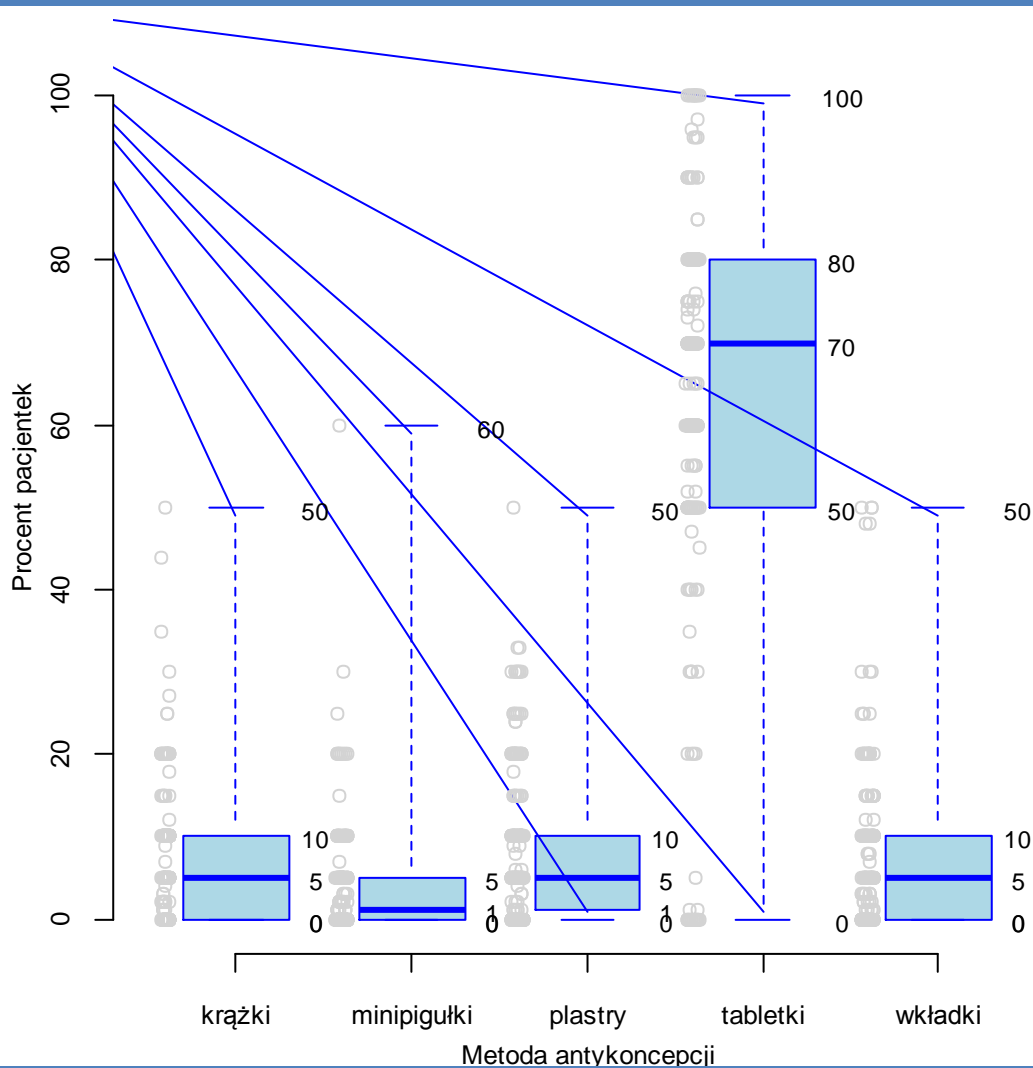
Metodą antykoncepcji najczęściej proponowaną pacjentkom od 18 do 25 roku życia przez lekarzy uczestniczących w badaniu są tabletki. Połowa lekarzy metodę tę proponuje 70,0% pacjentek w tym wieku. Plastry, krążki, minipigułki albo wkładki średnio są zalecane odpowiednio 5,0%, 5,0%, 1,0% oraz 1,0% pacjentek od 18 do 25 roku życia. $\frac{3}{4}$ Badaczy proponuje wkładki co najwyżej co 20 pacjentce w tym wieku.

Rysunek 13. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom w wieku od 18 do 25 roku życia?



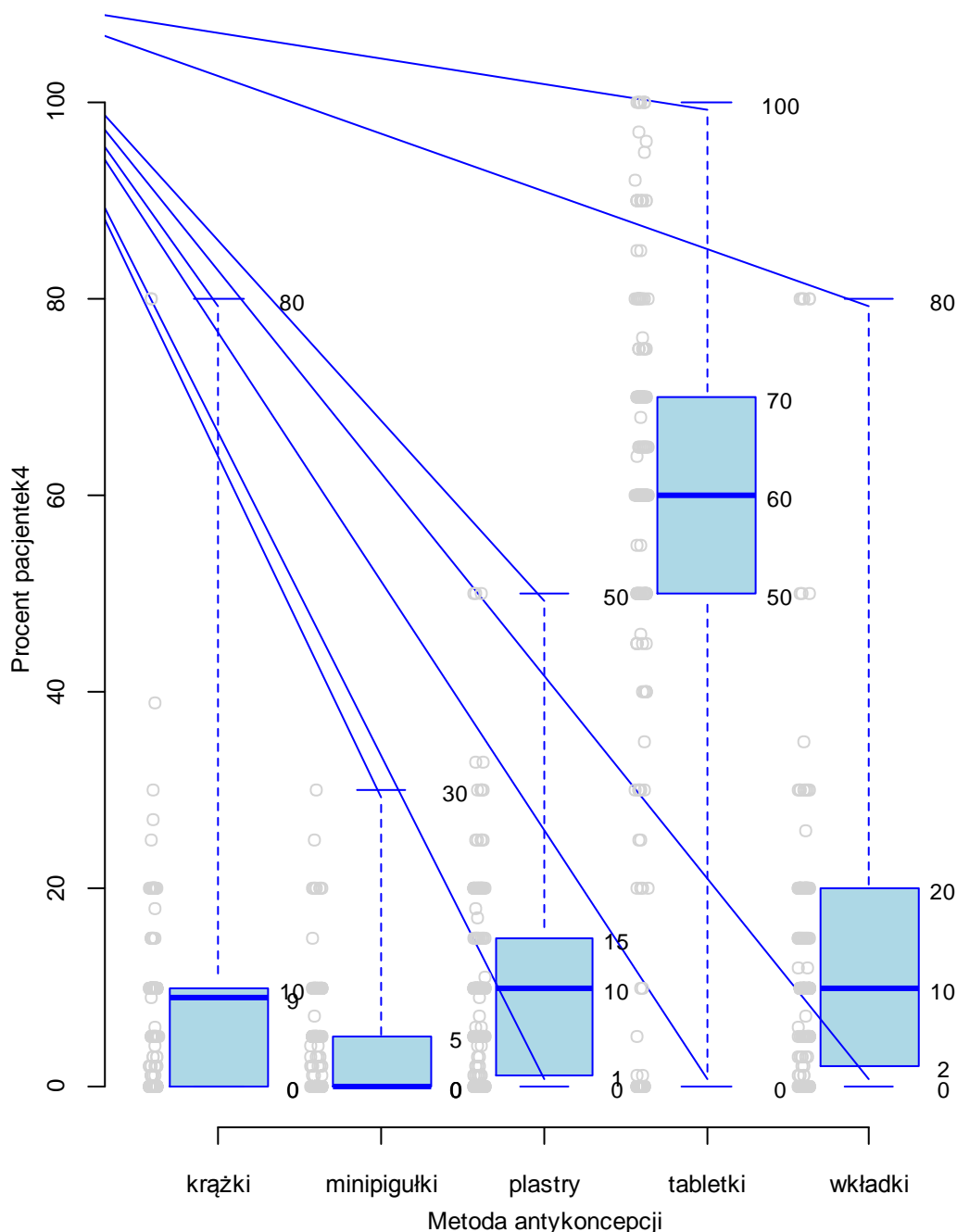
Najczęściej proponowaną metodą antykoncepcji pacjentkom między 26 a 30 rokiem życia przez lekarzy uczestniczących w badaniu są tabletki. Przeciętnie metoda ta jest proponowana 70,0% pacjentek w tym wieku. Krążki, plastry albo wkładki średnio są zalecane co 20 pacjentce w wieku od 26 do 30 roku życia. Połowa lekarzy zaleca minipigułki jednej pacjentce na sto.

Rysunek 14. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom w wieku od 26 do 30 roku życia?



Pacjentkom między 31 a 35 roku życia najczęściej proponowaną metodą antykoncepcji są tabletki. Przeciętnie metoda ta jest proponowana 60,0% pacjentek w tym wieku. Plastry, wkładki albo krążki średnio są zalecane odpowiednio 10,0%, 10,0% i 9,0% pacjentek w wieku od 31 do 35 roku życia. 75,0% Badaczy proponuje minipigułki co najwyżej co 20 pacjentce.

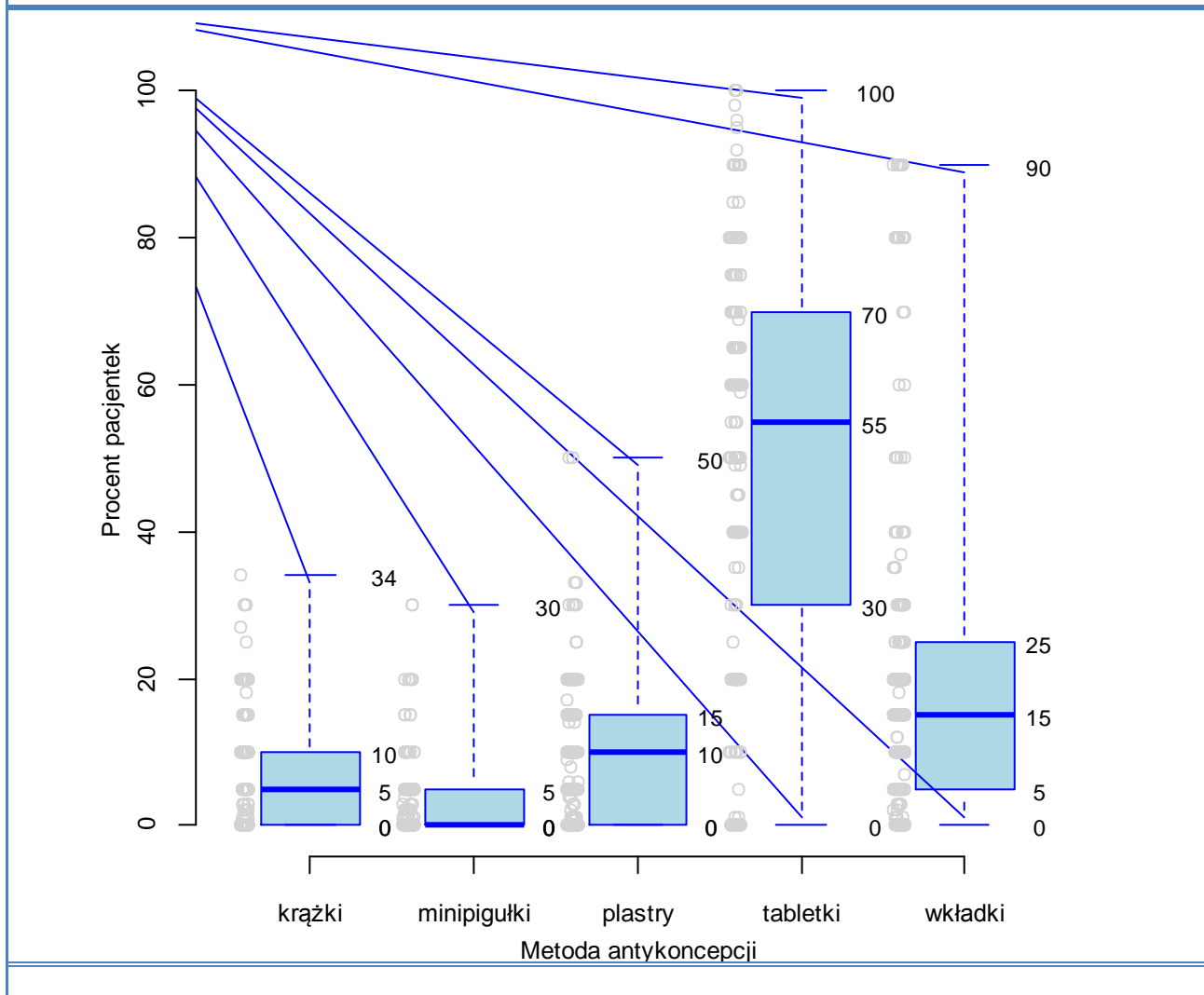
Rysunek 15. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom w wieku od 31 do 35 roku życia?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

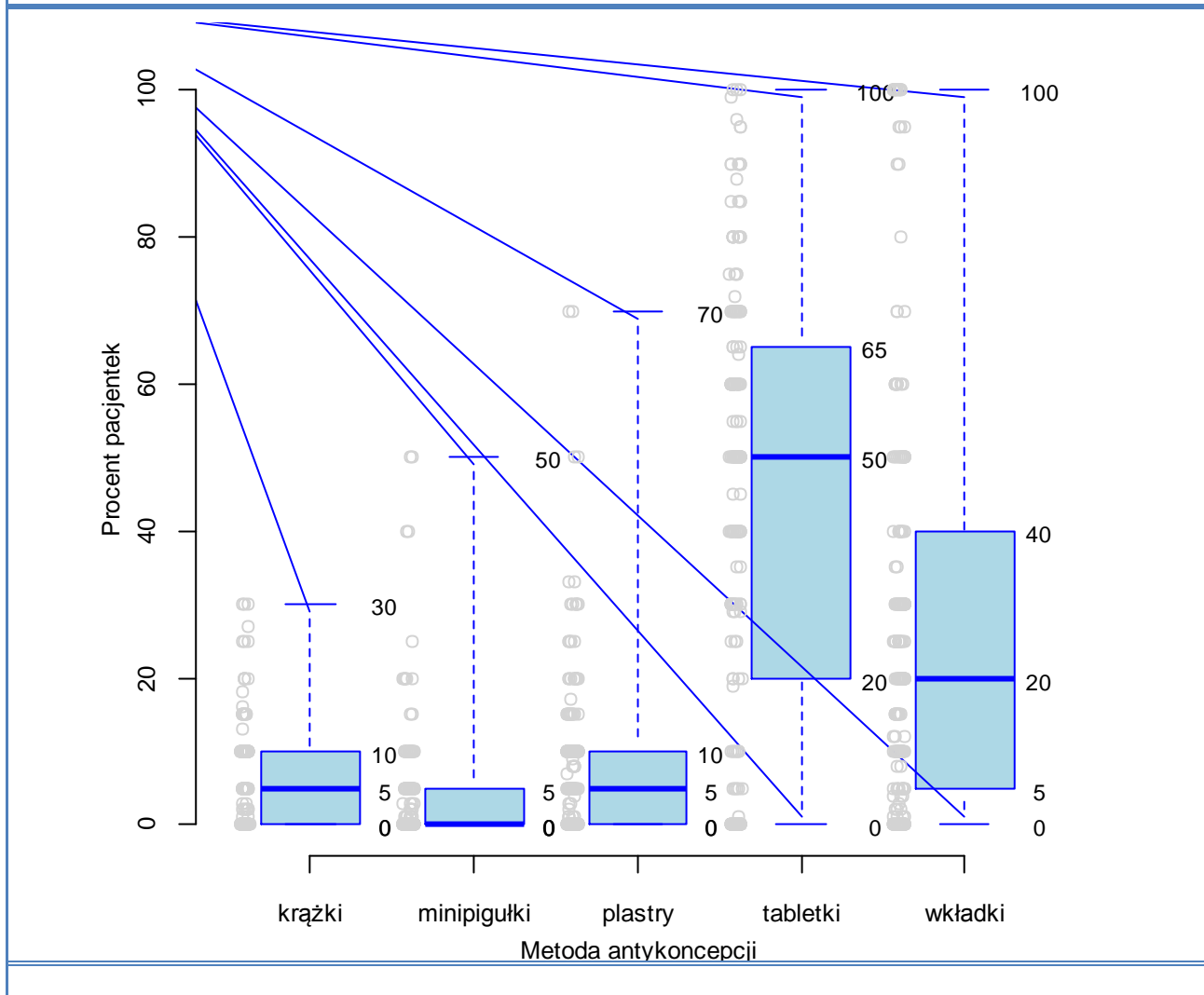
Najczęściej proponowaną metodą antykoncepcji pacjentkom od 36 do 40 roku życia przez lekarzy uczestniczących w badaniu są tabletki. Przeciętnie metoda ta jest proponowana 55,0% pacjentek w tym wieku. Wkładki średnio są proponowane 15,0% pacjentek w wieku między 36 a 40 rokiem życia. Z kolei plastry albo krążki przeciętnie są proponowane 10,0% oraz 5,0% pacjentek. Połowa lekarzy w ogóle nie proponuje minipigułek pacjentkom z tej grupy wiekowej.

Rysunek 16. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom w wieku od 36 do 40 roku życia?



Najczęściej proponowaną metodą antykoncepcji pacjentkom od 41 do 45 roku życia przez lekarzy uczestniczących w badaniu są tabletki. Przeciętnie metoda ta jest proponowana połowie pacjentek w tym wieku. Wkładki średnio są proponowane co 5 pacjentce w wieku między 41 a 45 rokiem życia. Odnotowano wskazania lekarzy, którzy tę formę antykoncepcji proponują wszystkim swoim pacjentkom. Z kolei plastry lub krążki przeciętnie są proponowane 5,0% pacjentek. Połowa lekarzy w ogóle nie proponuje minipigułek pacjentkom z tej grupy wiekowej.

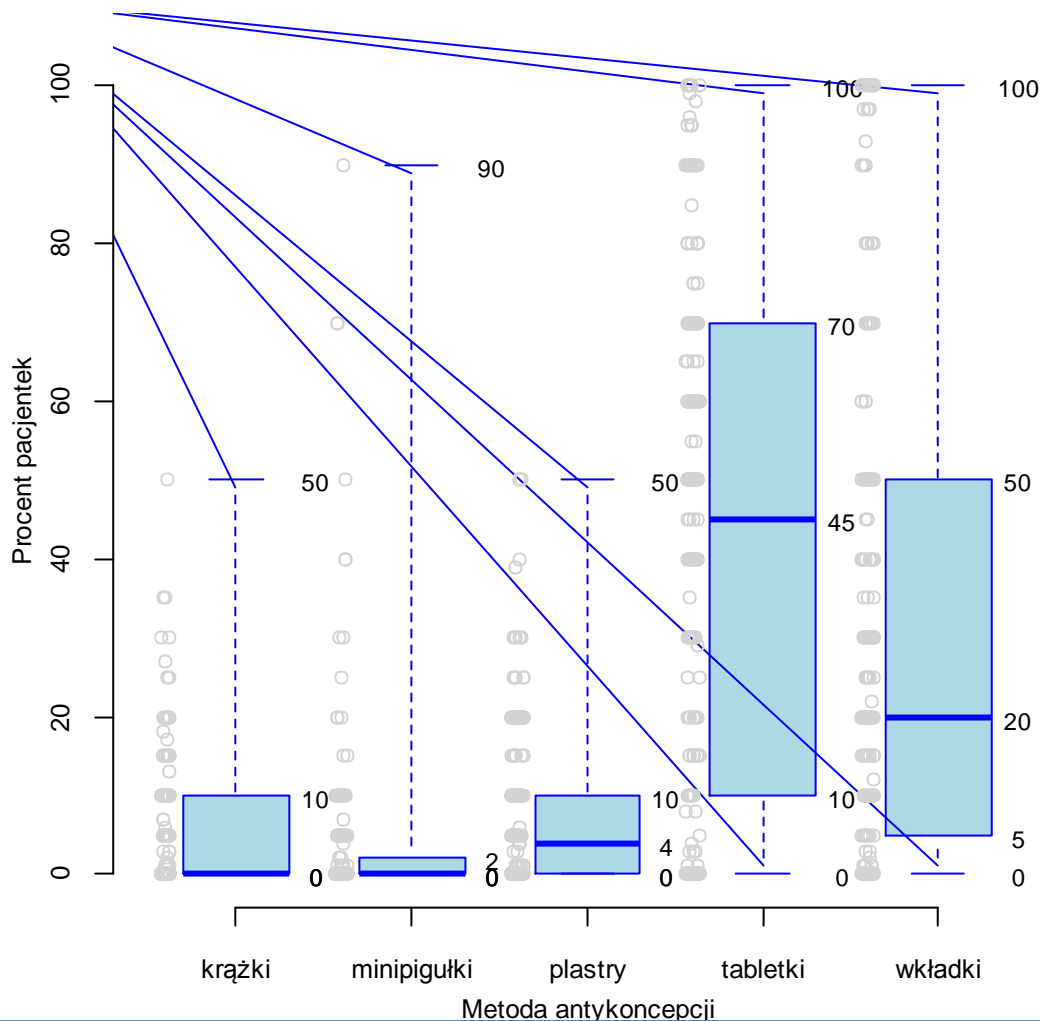
Rysunek 17. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom w wieku od 41 do 45 roku życia?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Najczęściej proponowaną metodą antykoncepcji pacjentkom powyżej 45 roku życia przez lekarzy uczestniczących w badaniu są tabletki. Przeciętnie metoda ta jest proponowana 45,0% pacjentek w tym wieku. Wkładki średnio są proponowane co 5 pacjentce powyżej 45 roku życia. Odnotowano wskazania lekarzy, którzy tę formę antykoncepcji proponują wszystkim swoim pacjentkom. Z kolei plastry przeciętnie są proponowane 4,0% pacjentek. Połowa lekarzy w ogóle nie proponuje minipigułek oraz krążków pacjentkom z tej grupy wiekowej.

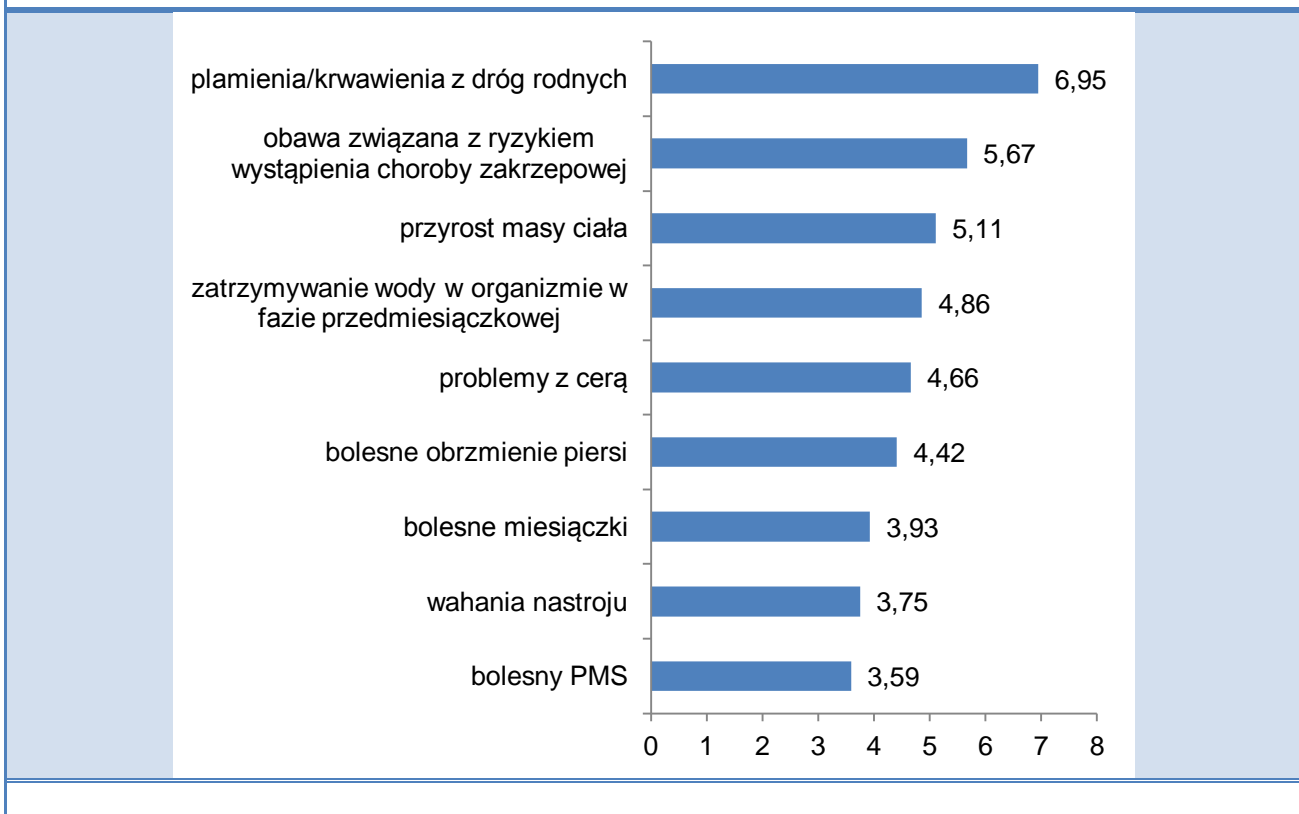
Rysunek 18. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom w wieku powyżej 45 roku życia?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

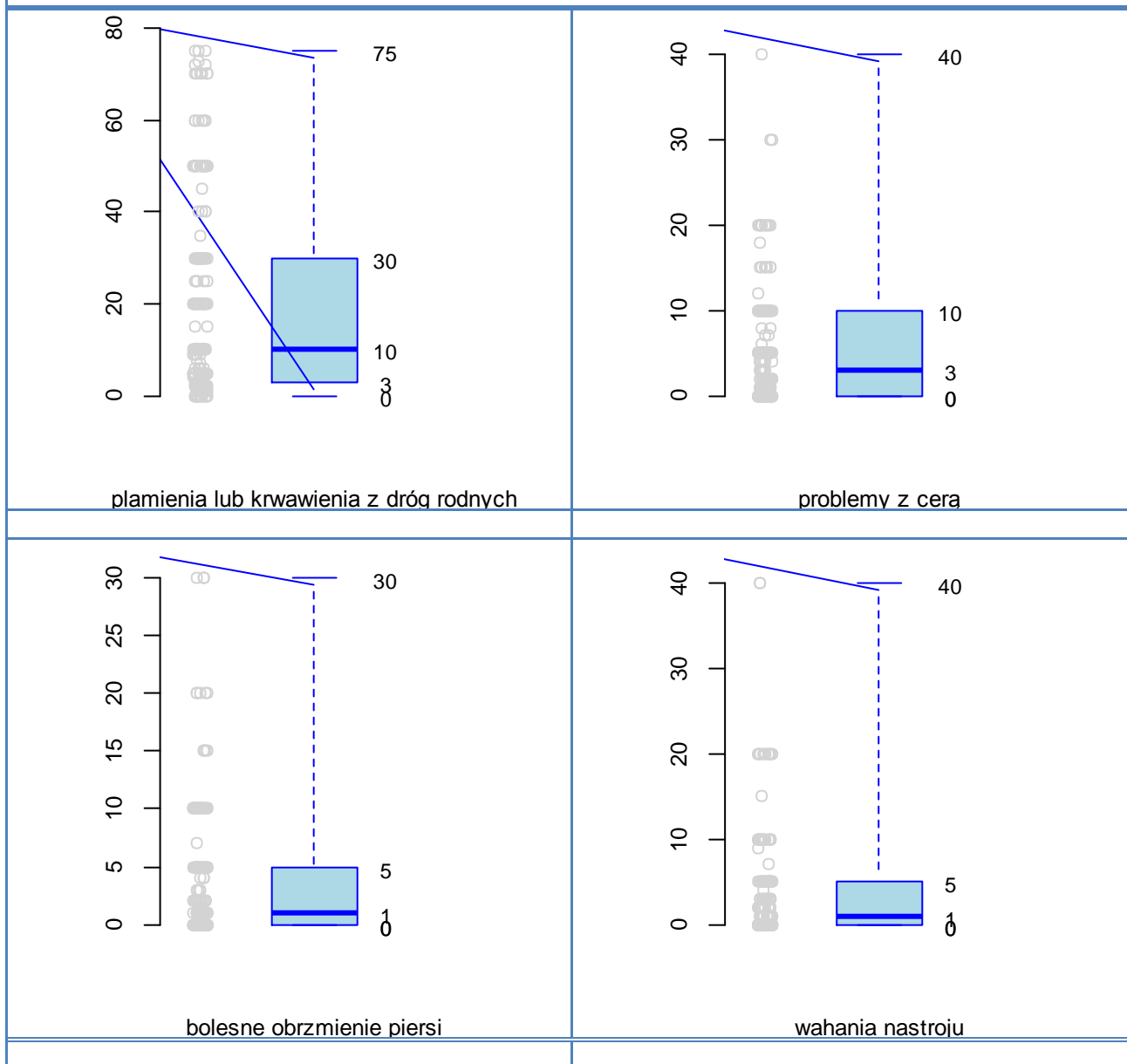
W kolejnym pytaniu ankiety poproszono badaczy aby uszeregowali kolejno powody zmiany doustnego preparatu antykoncepcyjnego (od najczęstszych do najrzadziej uwzględnianych, gdzie 1 oznacza najrzadziej uwzględniany). Plamienia/krwawienia z dróg rodnych to najczęściej wskazywany powód, dla którego lekarze zmieniają doustny preparat antykoncepcyjny u swoich pacjentek (średnia wskazań to 6,95). Drugim najczęściej wskazywanym powodem takiej decyzji była obawa związana z ryzykiem wystąpienia choroby zakrzepowej. W opinii lekarzy powód, który najrzadziej wpływa na zmianę doustnego preparatu antykoncepcyjnego to „bolesny PMS” (średnia wskazań to 3,59). Poniższy wykres przedstawia dokładny rozkład wskazań powodów, dla których lekarze zmieniają doustne preparaty antykoncepcyjne.

Rysunek 19. Z jakich powodów zmienia Pani/Pan doustny preparat antykoncepcyjny u swoich pacjentek (im mniejsza wartość, tym rzadziej uwzględniany powód)

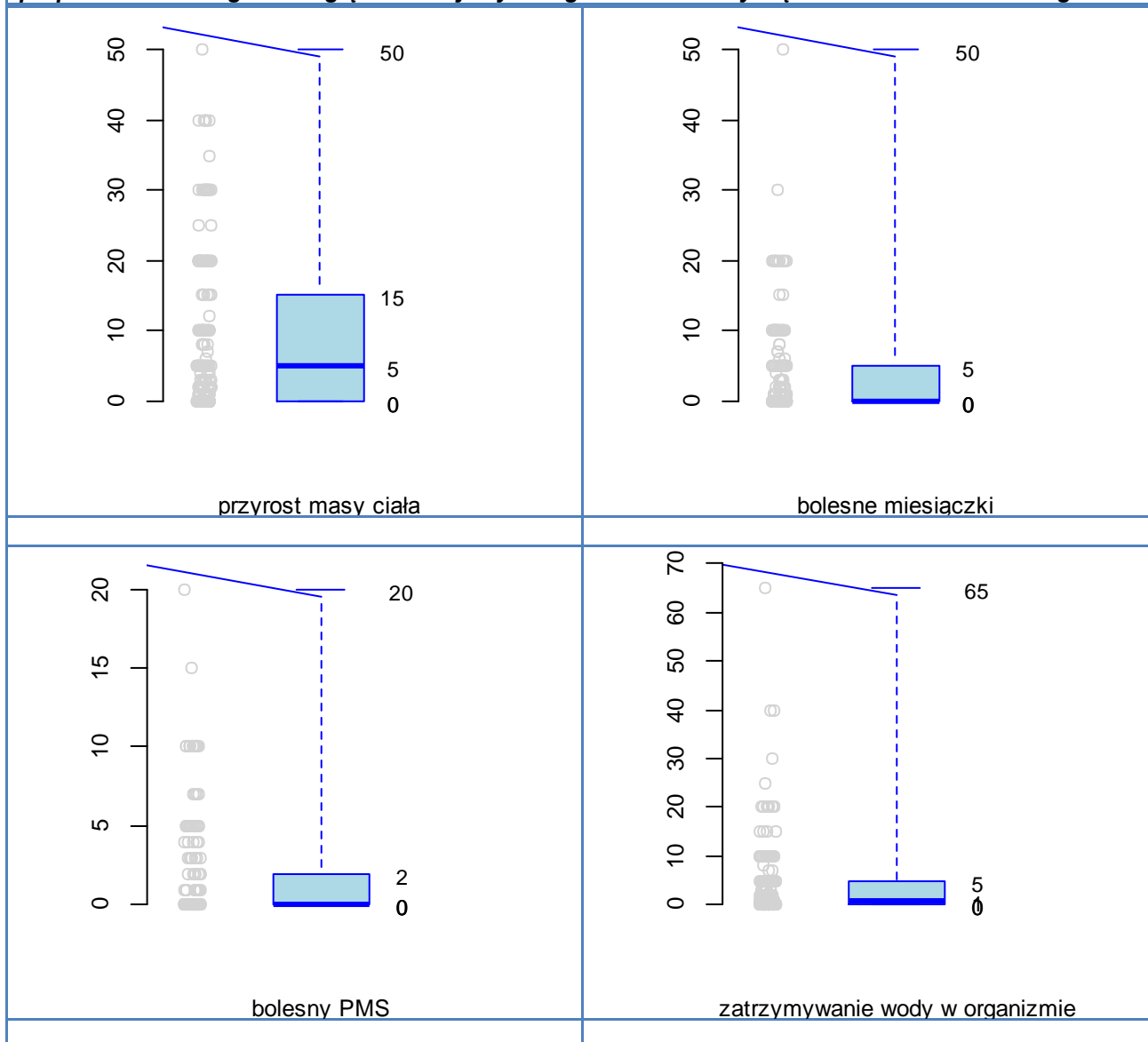


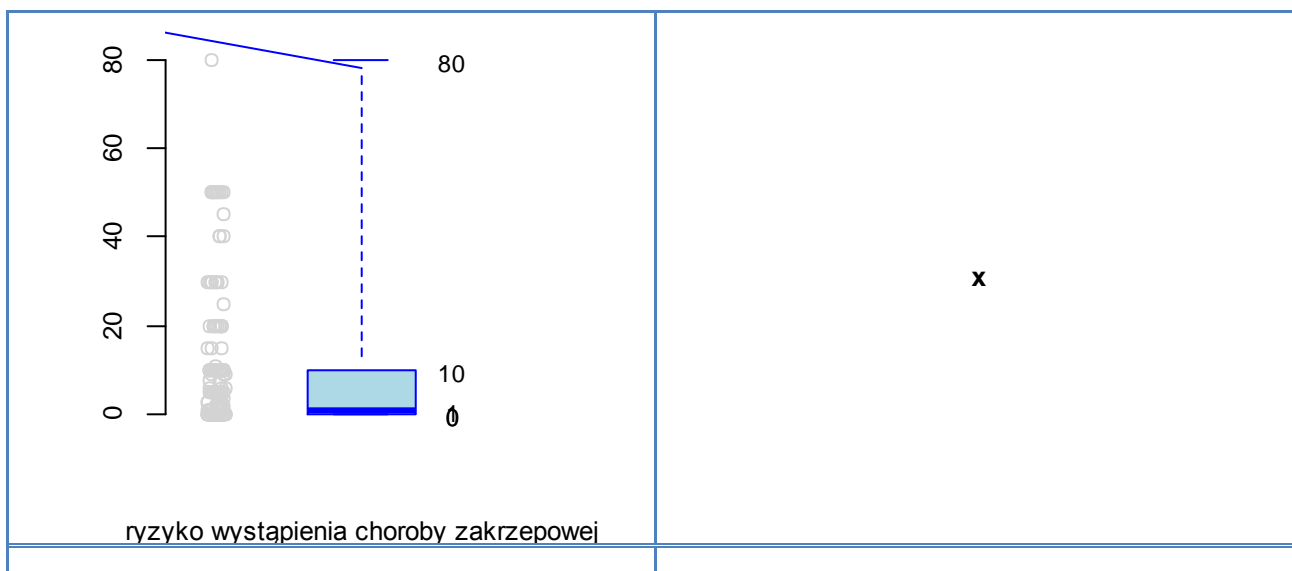
Połowa lekarzy wskazała, że ponad 10,0% pacjentek w ciągu ostatniego miesiąca prosiło o zmianę preparatu doustnego ze względu na plamienia/krwawienia z dróg rodnych. W opinii 50,0% lekarzy „przyrost masy ciała” był powodem prośby o zmianę aktualnie stosowanego preparatu doustnego co najmniej co 20 pacjentki. Grupa lekarzy analogicznej wielkości w ogóle nie wskazała „bolesnego PMS” jako powodu, dla którego pacjentka chciała zmienić swój aktualny preparat doustny. Poniższe wykresy typu boxplot przedstawiają dokładny rozkład odpowiedzi na to pytanie.

Rysunek 20. Procent pacjentek, które w ciągu ostatniego miesiąca prosiły lekarza o zmianę preparatu doustnego ze względu na objawy/dolegliwości towarzyszące stosowaniu aktualnego



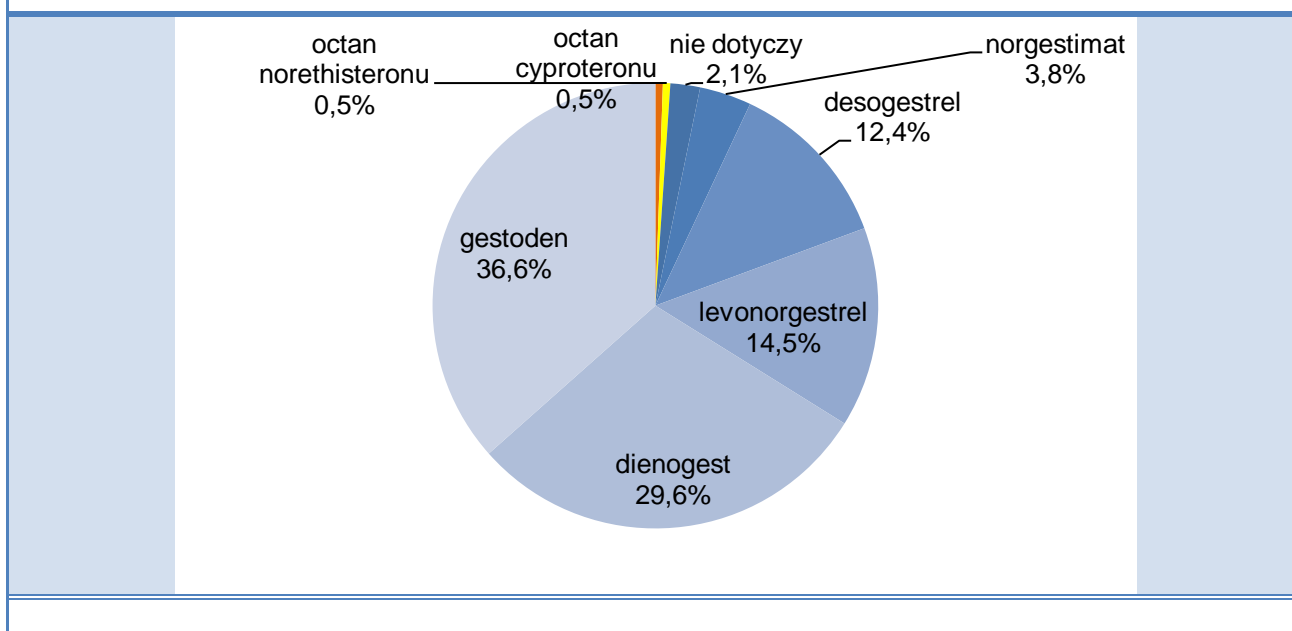
Rysunek 21. Procent pacjentek, które w ciągu ostatniego miesiąca prosiły lekarza o zmianę preparatu doustnego ze względu na objawy/dolegliwości towarzyszące stosowaniu aktualnego.





Przy zamianie drospirenonu na inny lek, lekarze najczęściej wybierali gestoden albo dienogest (odpowiednio 36,6% albo 29,6% wskazań). „Levonorgestrel” oraz „desogestrel” zostały wybrane przez odpowiednio 14,5% albo 12,4% ogółu. Badaczy przy zamianie drospirenonu na inny lek.

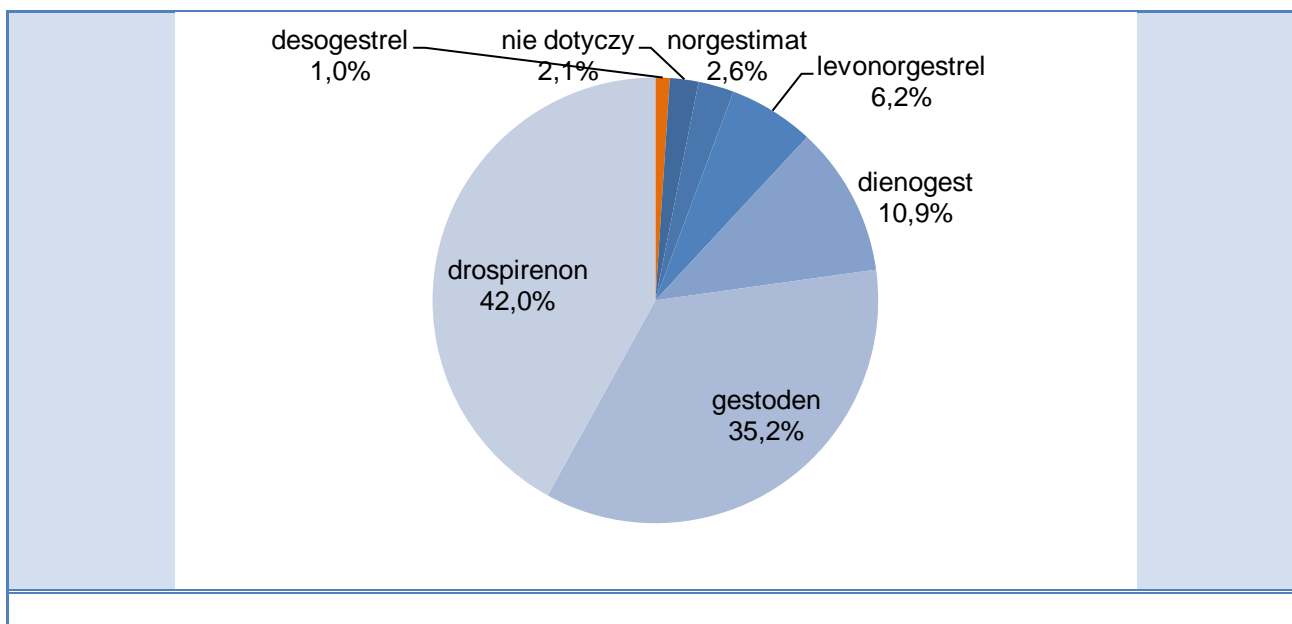
Rysunek 22. Jeżeli lekarz stosował drospirenon, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?



Przy zamianie desogestrelu na inny lek, lekarze najczęściej wybierali drospirenon albo gestoden (odpowiednio 42,0% i 35,2% wskazań). Desogestrel wybierano najrzadziej (1,0% ogółu).

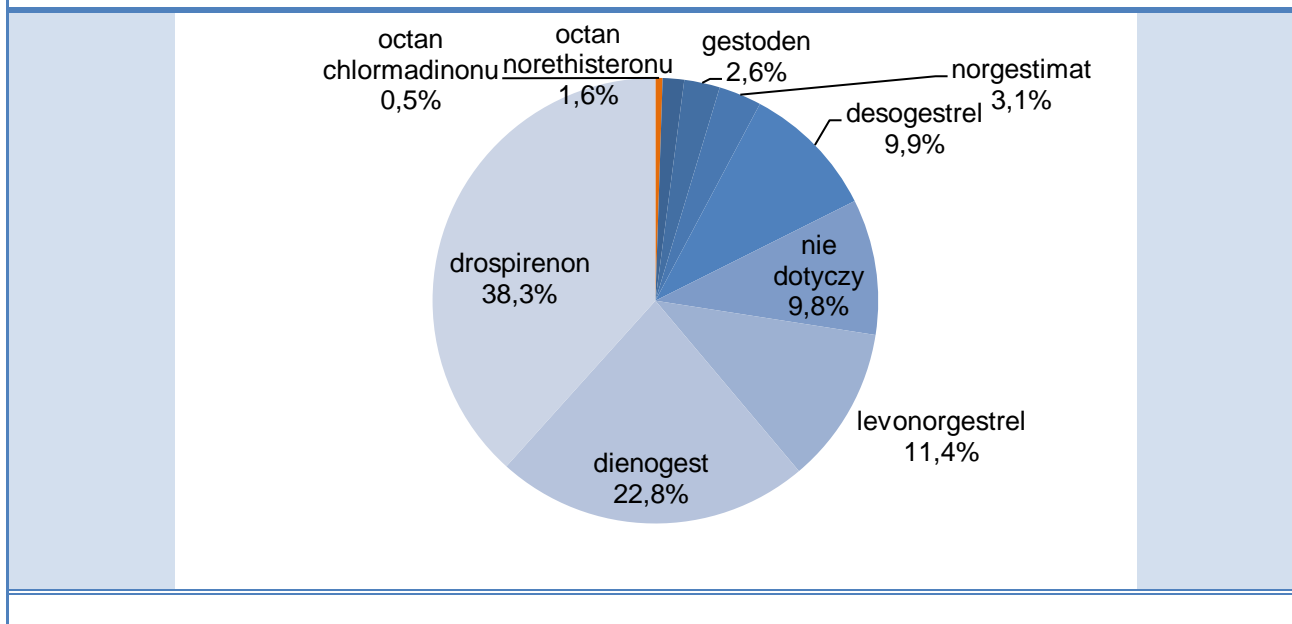
Rysunek 23. Jeżeli lekarz stosował desogestrel, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą



Gdy zapytano lekarzy na jaki progestagen zamienią gestoden jeżeli to będzie konieczne, największy procent ankietowanej grupy odpowiedział „drospirenon” (38,3%). Niemal 23 ze 100 lekarzy wskazało dienogest jako lek, na który będą zamieniać gestoden. Octan chloromadinonu jest najrzadziej wybieranym lekiem, na który lekarze zamieniają gestoden.

Rysunek 24. Jeżeli lekarz stosował gestoden, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?

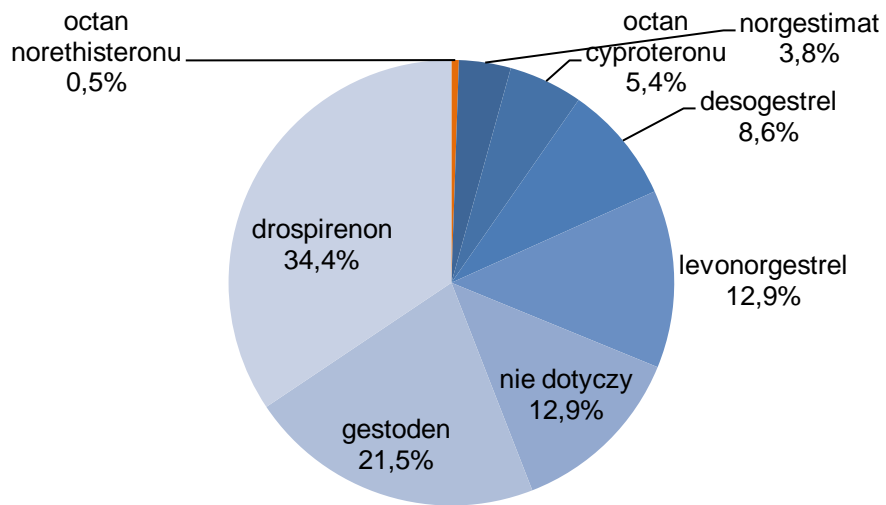


Przy zamianie dienogestu na inny lek, lekarze najczęściej wybierali drospirenon albo gestoden (odpowiednio 34,4% i 21,5% wskazań). „Levonorgestrel”, „desogestrel” albo „octan cyproteronu” zostały wybrane przez odpowiednio 12,9%, 8,6% i 5,4% ogółu Badaczy przy zamianie dienogestu na inny lek.

Rysunek 25. Jeżeli lekarz stosował dienogest, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen

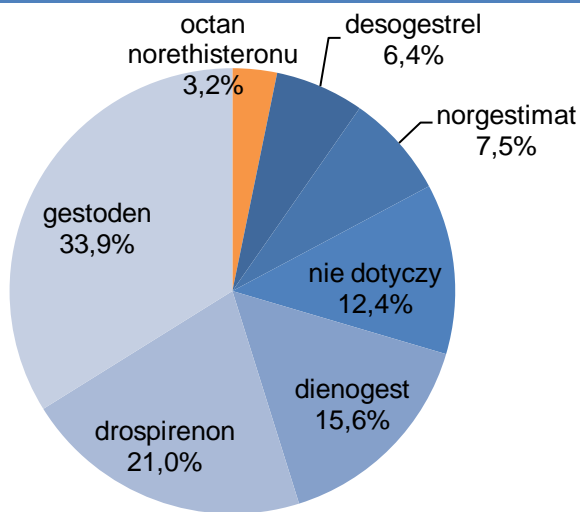
Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

wybiera najczęściej?



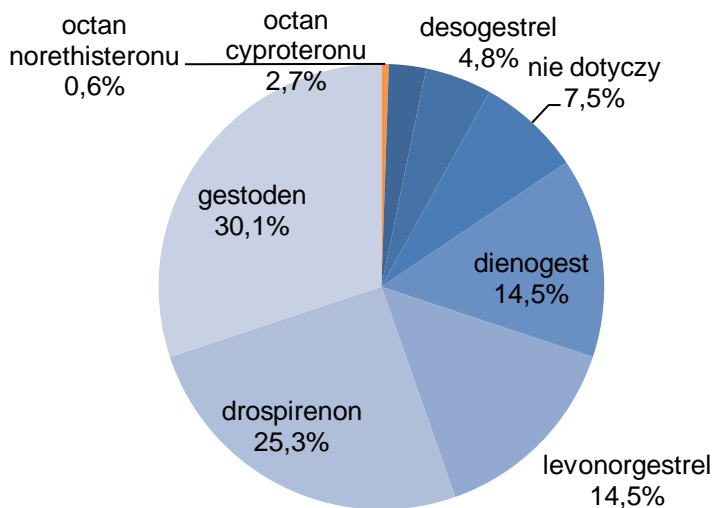
Przy zamianie levonorgestrelu na inny lek, lekarze najczęściej wybierali gestoden albo drospirenon (odpowiednio 33,9% i 21,0% wskazań). Octan norethisteronu wybierano najrzadziej (3,2% ogółu).

Rysunek 26. Jeżeli lekarz stosował levonorgestrel, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?



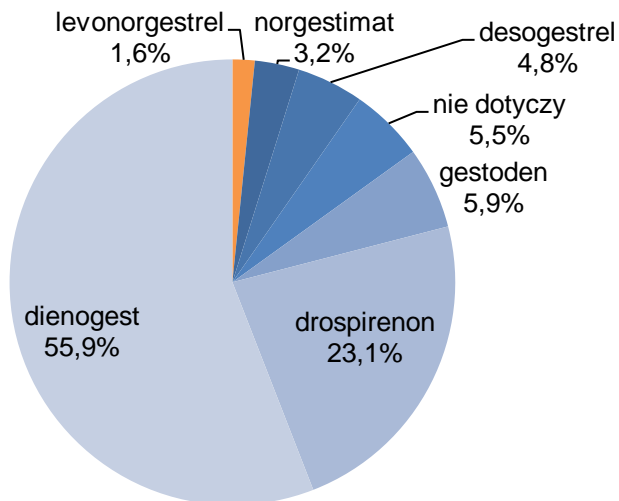
Przy zamianie norgestimiatu na inny lek, lekarze najczęściej wybierali gestoden albo drospirenon (odpowiednio 30,1% i 25,3% wskazań). „Levonorgestrel” albo „dienogest” zostały wybrane przez 14,5% ogółu badaczy przy zamianie norgestimiatu na inny lek.

Rysunek 27. Jeżeli lekarz stosował norgestimiat, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?



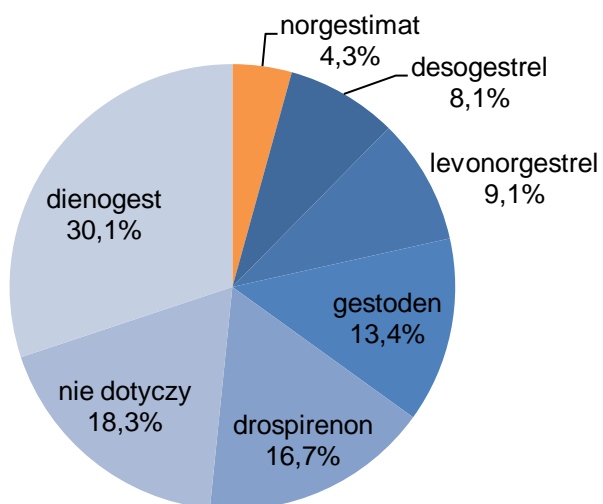
Podczas zamiany octanu cyproteronu na inny lek, lekarze zdecydowanie (55,9% wskazań) najczęściej wskazali dienogest. Niemal 23,1% ogółu badaczy przy takiej decyzji zdecydował się na drospirenon. Najrzadziej wskazywaną odpowiedzią był „levonorgestrel”.

Rysunek 28. Jeżeli lekarz stosował octan cyproteronu, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?



Przy zamianie octanu norethisteronu na inny lek, lekarze najczęściej wybierali dienogest (30,3% wskazań). „Drospirenon” albo „gestoden” wskazało odpowiednio 16,7% albo 13,4% ogółu lekarzy uczestniczących w badaniu marketingowym.

Rysunek 29. Jeżeli lekarz stosował octan norethisteronu, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?

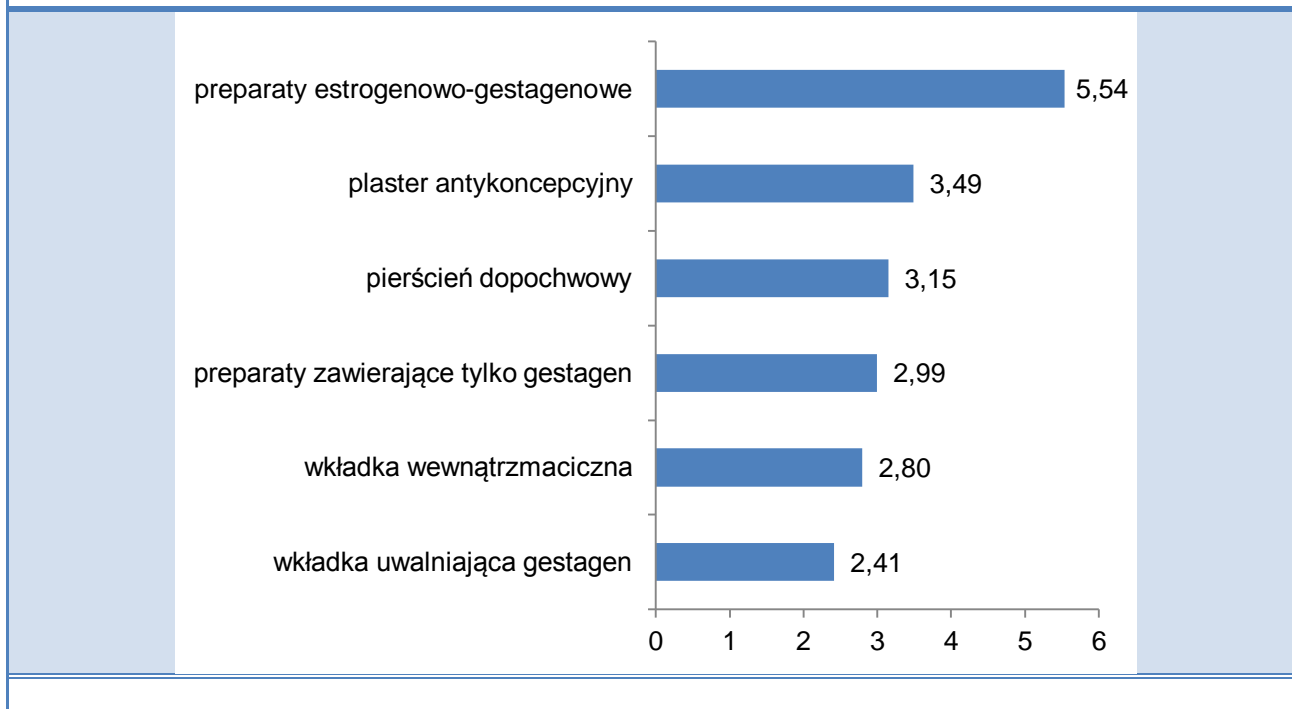


Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

ANTYKONCEPCJA (CHARAKTERYSTYKA DECYZJI TERAPEUTYCZNYCH)

Zdecydowanie najczęstszą metodą antykoncepcji u pacjentek preferowaną przez lekarzy są preparaty estrogenowo-gestagenowe. Najrzadziej rekomendowane są wkładki wewnątrzmaciczne oraz wkładki uwalniające gestagen.

Rysunek 30. Preferowane metody antykoncepcji u pacjentek wyliczone na podstawie średniej (1-najmniej preferowana, 6-najbardziej preferowana)



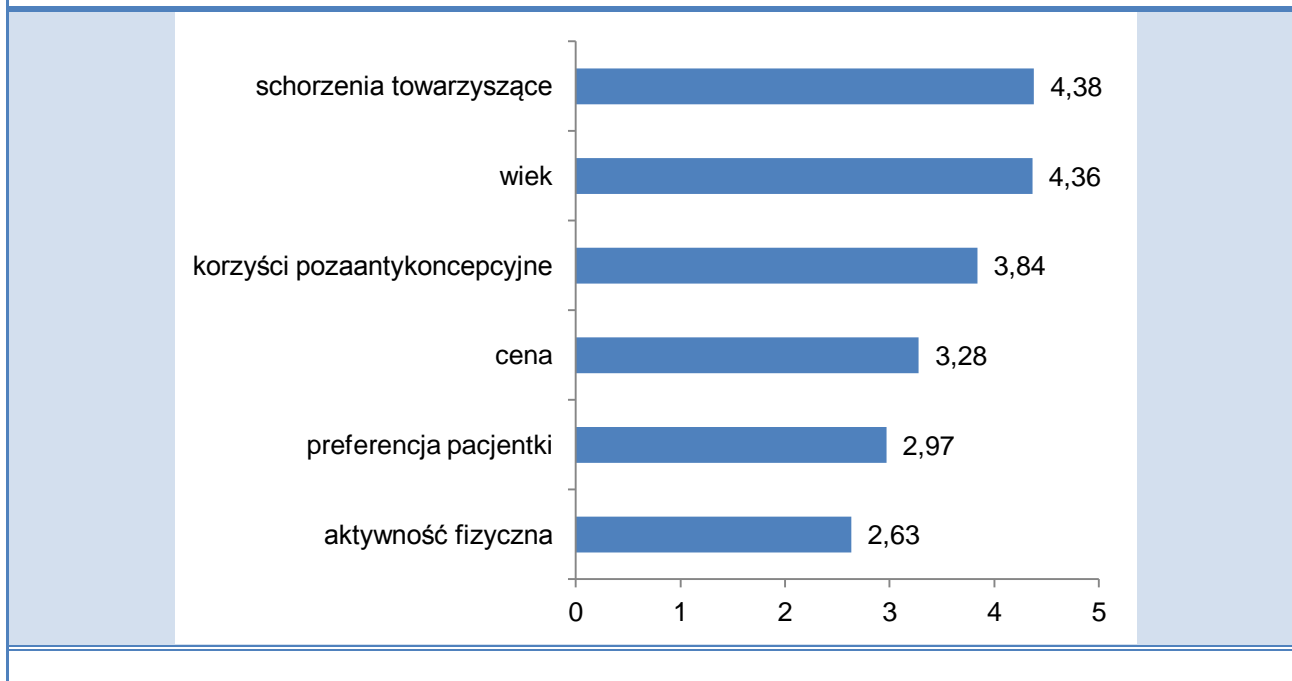
Wśród innych metod antykoncepcyjnych wymienianych przez lekarzy znalazły się:

- prezerwatywy (7 wskazań),
- zastrzyki, iniekcje (3 wskazania).

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Najczęściej o wyborze odpowiedniej metody antykoncepcji decydują towarzyszące pacjentkom schorzenia oraz wiek. Dostyc często wymieniano także potencjalne korzyści antykoncepcyjne. Najmniejszy wpływ mają osobiste preferencje oraz aktywność fizyczna pacjentki.

Rysunek 31. Jakie względy decydują o wyborze metody antykoncepcji? (na podstawie średniej, 1-najrzadziej występująca, 6-najczęściej występująca)

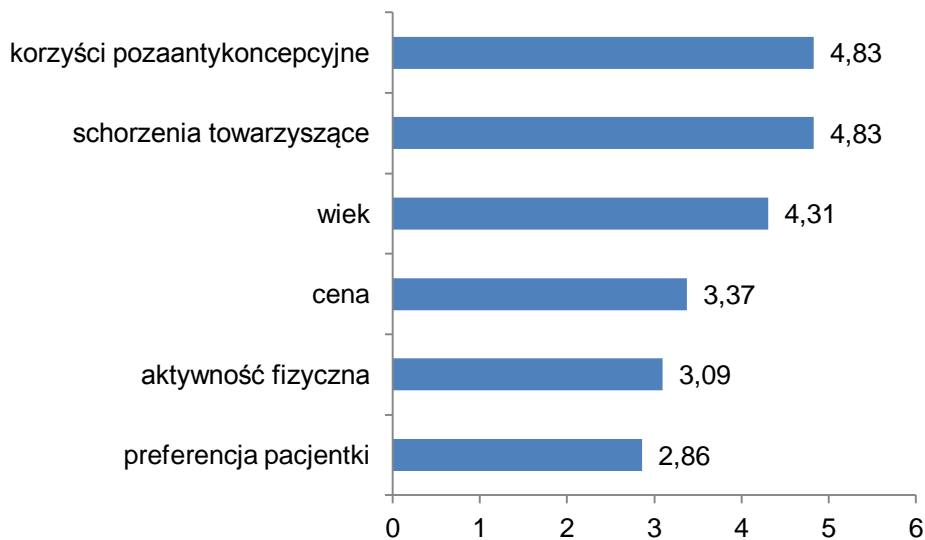


Oprócz przedstawionych wyżej względów dotyczących wyboru metody antykoncepcyjnej wymieniano też:

- zmiany libido (2 osoby),
- wyniki badań (2 osoby),
- dostępność (2 osoby),
- religia (1 osoba),
- dobra tolerancja leku (1 osoba),
- skutki uboczne (1 osoba).

O wyborze przez lekarza konkretnego progestagenu jako składnika tabletki najczęściej decydują korzyści pozaantykonceptyjne oraz schorzenia towarzyszące. Najmniejsze znaczenie przypisuje się aktywności fizycznej pacjentki oraz jej preferencjom.

Rysunek 32. Jakie względy decydują o wyborze progestagenu jako składnika tabletki? (na podstawie średniej, 1-najrzadziej uwzględniana, 6-najczęściej uwzględniana)

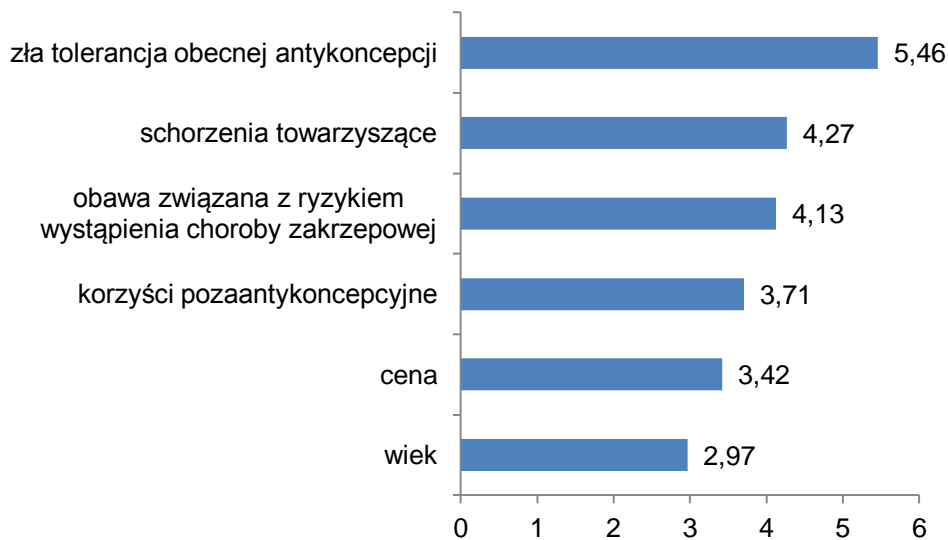


Pośród innych względów decydujących o wyborze progestagenu jako składnika tabletki wymieniano także:

- samopoczucie po leku (3 osoby),
- zmiany libido (1 osoba),
- preferencje partnera (1 osoba).

Wyraźnie najważniejszym powodem zmiany tabletki antykoncepcyjnej na inną jest zła tolerancja obecnie stosowanej antykoncepcji (średnia ocen 5,46). Natomiast najmniejszą rolę odgrywa wiek oraz cena stosowanych tabletek.

Rysunek 33. Jakie względy przemawiają najczęściej za zmianą tabletki antykoncepcyjnej na inną? (na podstawie średniej, 1-najmniej ważna, 6-najważniejsza)

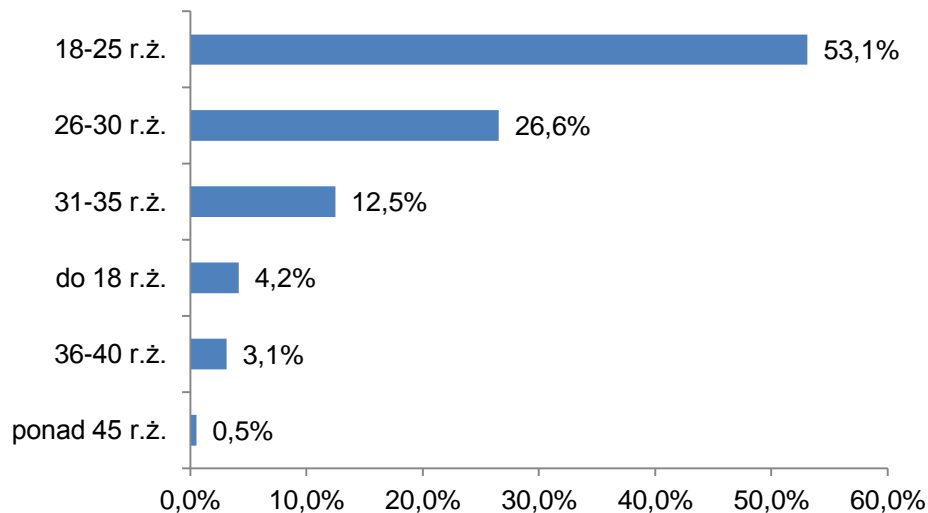


Inne najczęściej podawane względy dotyczące zmiany tabletki antykoncepcyjnej na inną to:

- plamienia (3 osoby),
- skutki uboczne (1 osoba),
- zmiany libido (1 osoba),
- obawa przed rakiem piersi (1 osoba),
- religia (1 osoba).

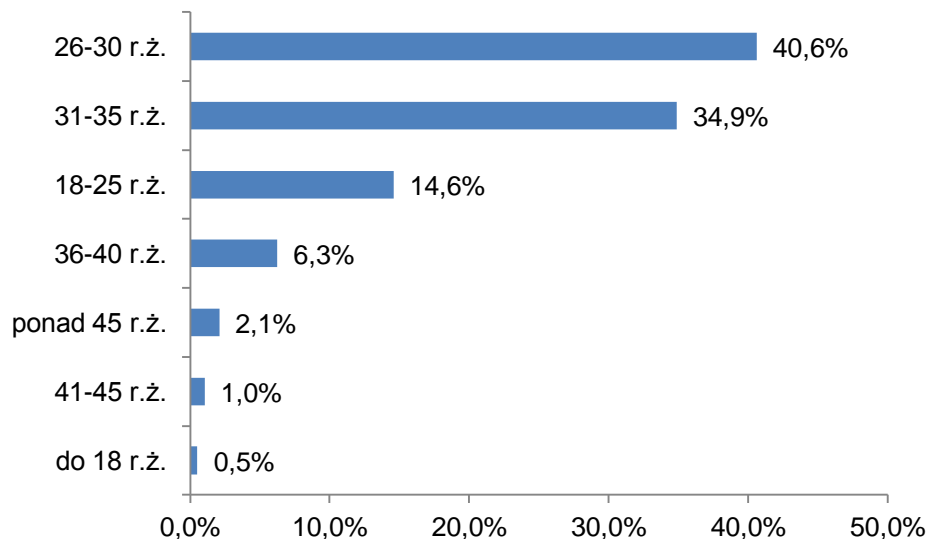
W większości przypadków lekarze wybierają drospirenon w grupie wiekowej 18-25 lat (53,1% wskazań). Rzadko (poniżej 1% wskazań) jest on rekomendowany osobom w wieku ponad 45 lat.

Rysunek 34. Jak często wybiera Pan/Pani drospirenon w danej grupie wiekowej?



Desogestrel najczęściej polecany jest pacjentkom w grupach wiekowych pomiędzy 26 a 30 rokiem życia oraz pomiędzy 31 a 35 rokiem życia (odpowiednio 40,6% oraz 34,9% wskazań). Niezwykle rzadko stosowany jest u kobiet do 18 roku życia.

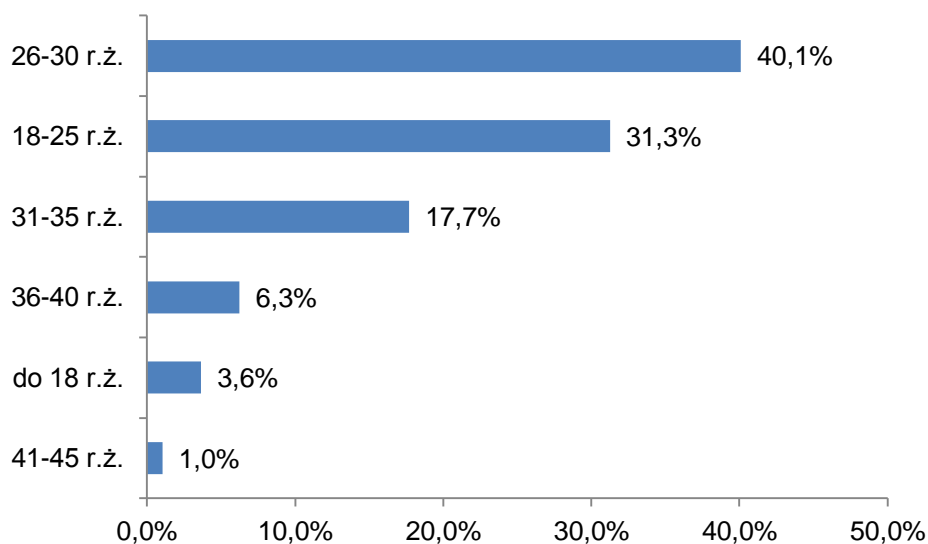
Rysunek 35. Jak często wybiera Pan/Pani desogestrel w danej grupie wiekowej?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

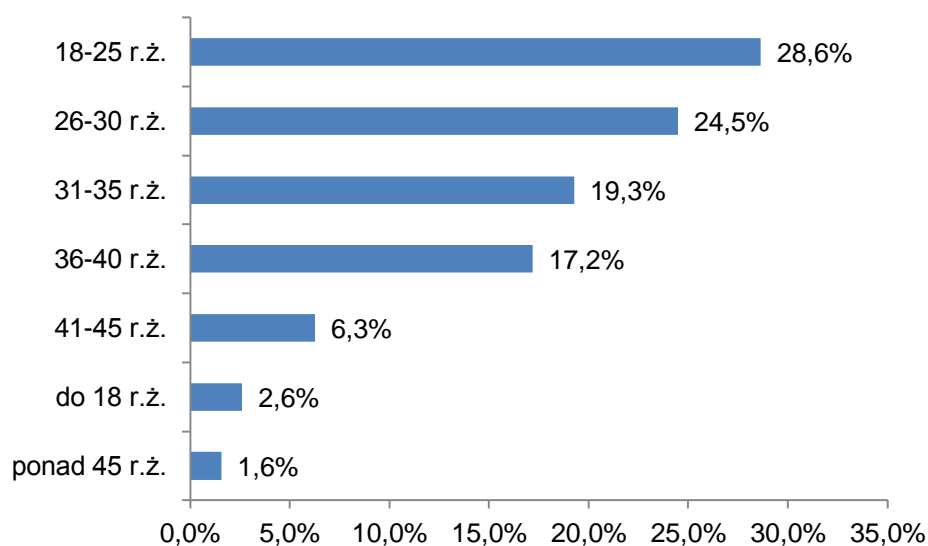
Lekarze najczęściej polecają gestoden osobom młodym (od 26 do 30 roku życia albo od 18 do 25 roku życia, odpowiednio 40,1% oraz 31,3%). Najrzadziej jest rekomendowany kobietom pomiędzy 41 a 45 rokiem życia.

Rysunek 36. Jak często wybiera Pan/Pani gestoden w danej grupie wiekowej?



Pacjentkom pomiędzy 18 a 25 rokiem życia oraz 26 a 30 rokiem życia dienogest rekomendowany jest odpowiednio 28,6% ogółu oraz 24,5% ogółu. Bardziej szczegółowe informacje dotyczące częstości wyboru w/w progestagenu w danej grupie wiekowej przedstawia poniższy wykres.

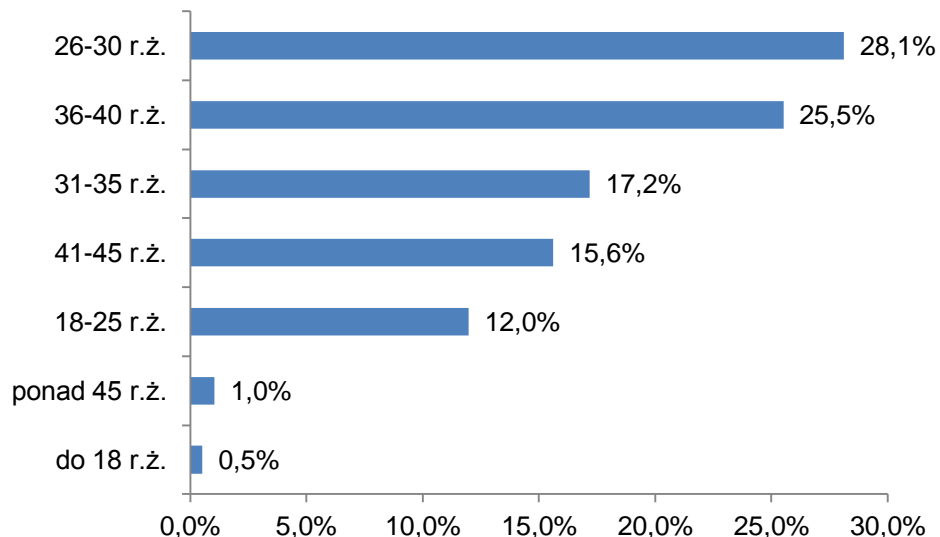
Rysunek 37. Jak często wybiera Pan/Pani dienogest w danej grupie wiekowej?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

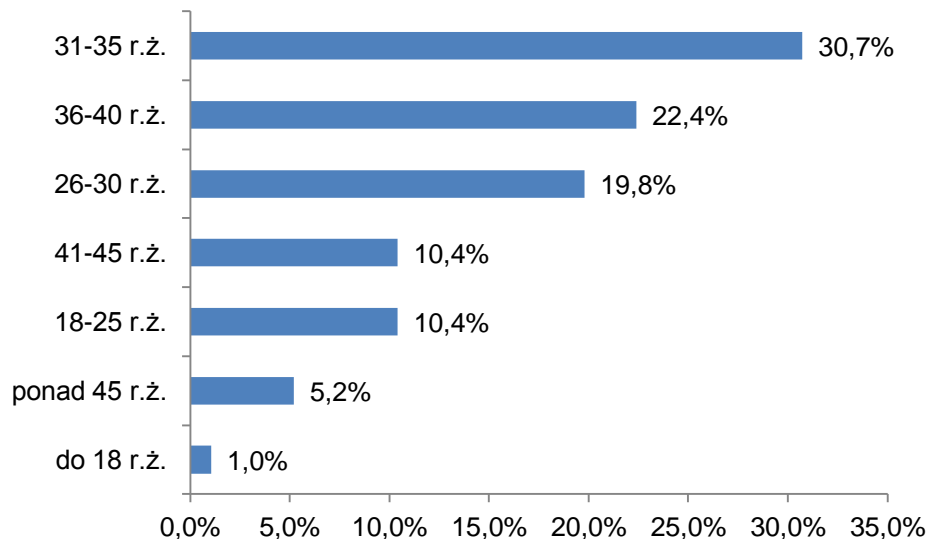
Levonorgestrel stosowany jest z reguły u pacjentek w wieku 26-30 lat. Bardzo sporadycznie stosowany jest u pacjentek powyżej 45 roku życia i niepełnoletnich pań.

Rysunek 38. Jak często wybiera Pan/Pani levonorgestrel w danej grupie wiekowej?



Norgestimat wybierany jest najczęściej dla kobiet po 30. roku życia (30,7% wskazań dla pań w wieku 31-35 lat oraz 22,4% wskazań dla kobiet w wieku 36-40 lat). Niewiele rzadziej stosowany jest wśród pacjentek w wieku 26-30 lat. Najrzadziej polecany jest dla niepełnoletnich pań (1,0% ogółu).

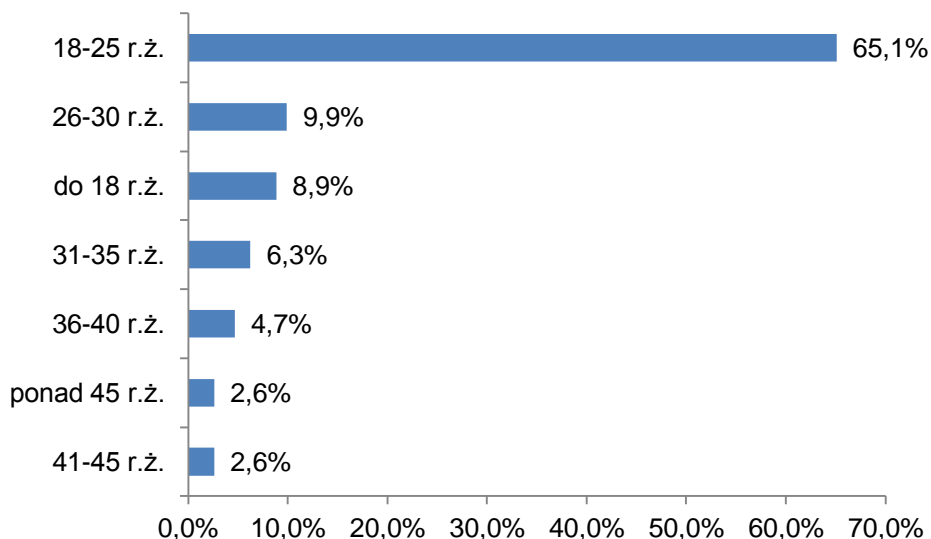
Rysunek 39. Jak często wybiera Pan/Pani norgestimat w danej grupie wiekowej?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Przeważnie octan cyproteronu preferowany jest dla młodych pacjentek w wieku od 18 do 25 roku życia (65,1% wskazań).

Rysunek 40. Jak często wybiera Pan/Pani octan cyproteronu w danej grupie wiekowej?



Dienogest i levonorgestrel najczęściej kojarzone są z dawką 30µg. Natomiast drospirenon oraz desogestrel stosowane są zazwyczaj w dawkach mniejszych, tj. 20µg.

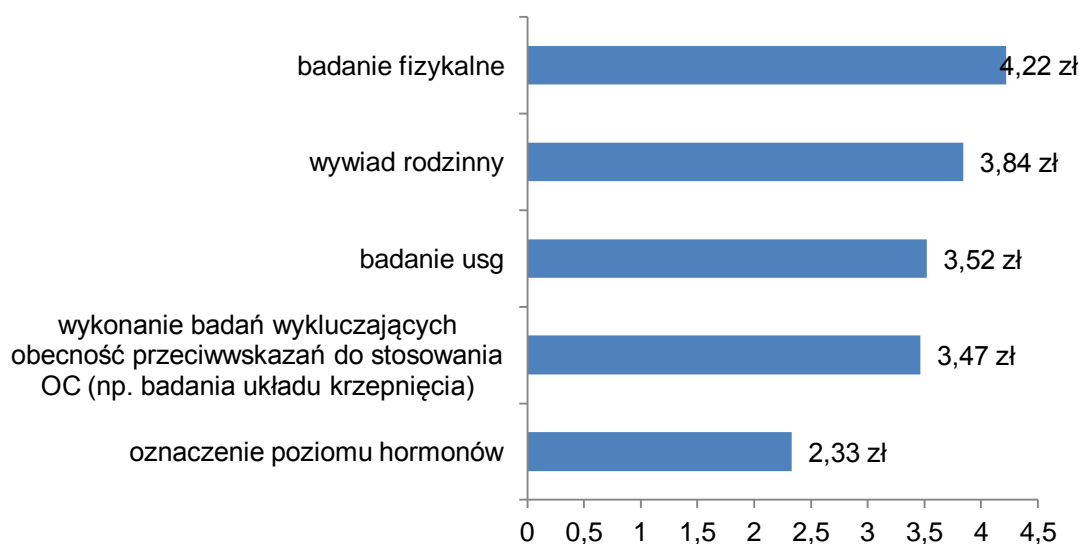
Tabela 2. Jakie skojarzenia progestagenu z określoną dawką estrogenu są przez Panią/Pana najczęściej stosowane? (etynyloestradiol – EE, walerianian estradiolu – E2V)

Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Drospirenon 20 µg	67,0%	Octan cyproteronu 35 µg EE	37,7%
Drospirenon 30 µg	45,5%		
Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Gestoden 15 µg EE	6,8%	Levonorgestrel 30 µg	53,4%
Gestoden 20 µg EE	57,1%	Levonorgestrel 50 µg	2,1%
Gestoden 30 µg EE	24,1%	Levonorgestrel 30+50 µg	4,2%
Gestoden 75 µg EE	17,8%	Levonorgestrel 30+40 µg	3,7%
Gestoden 30+40+30 µg EE	1,6%	Levonorgestrel 30+40+30 µg	53,4%
Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Dienogest 30 µg EE	51,3%	Norgestimat 35 µg EE	34,0%
Dienogest 1mg WE+2mg E2V	29,3%	Norgestimat 35+35+35 µg EE	7,3%
Nazwa	Procent	x	
Desogestrel 10 µg EE	7,3%		
Desogestrel 20 µg EE	38,2%		
Desogestrel 30 µg EE	18,3%		
Desogestrel 20+10 µg EE	5,8%		
Desogestrel 35+30 µg EE	4,7%		

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Najczęściej podejmowanymi działaniami przez badaczy przed włączeniem doustnej antykoncepcji są badania fizykalne i wywiad rodzinny. Dość liczna grupa stosuje badania usg oraz wykonuje badania wykluczające obecność przeciwwskazań do stosowania OC. Najrzadziej podejmowane jest oznaczenie poziomu hormonów.

Rysunek 41. Jakie działania podejmuje Pani/Pan standardowo przed włączeniem antykoncepcji doustnej? (na podstawie średniej, 1-najrzadziej podejmowana, 5-najczęściej podejmowana)

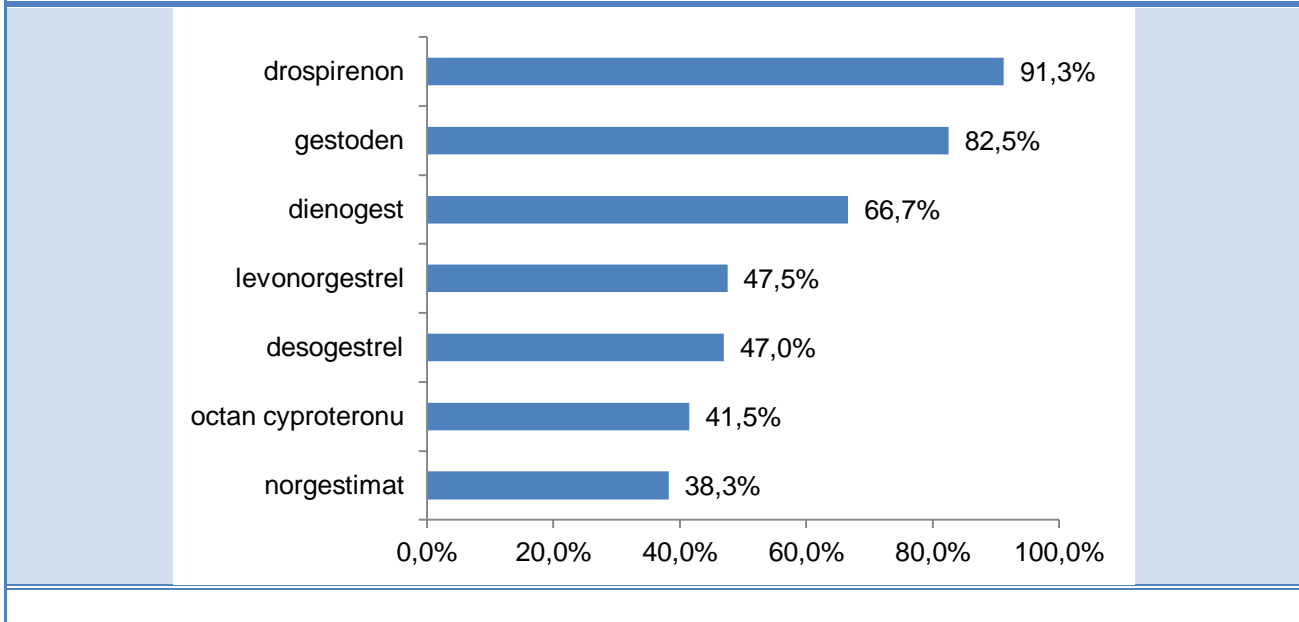


Wśród innych podejmowanych działań najczęściej wymieniano:

- cytologia (6 osób),
- badanie piersi (6 osób),
- próby wątrobowe (3 osoby).

Najpopularniejszymi substancjami czynnymi stosowanymi przez młode pacjentki (do 30 roku życia) przy rozpoczynaniu doustnej antykoncepcji są drospirenon (91,3% ogółu) oraz gestoden (82,5% ogółu).

Rysunek 42. Jakie substancje czynne stosuje Pan/Pani najczęściej przy rozpoczynaniu doustnej antykoncepcji, u młodych pacjentek (do 30 r.ż.)?



Najczęściej przy rozpoczynaniu doustnej antykoncepcji u pacjentek do 30. roku życia stosuje się dawkę 20 µg (Drospirenon, Gestoden, Desogestrel) oraz 30 µg (Dienogest, Levonorgestrel). Dokładniejsze dane dotyczące dawek leków zawiera poniższa tabela.

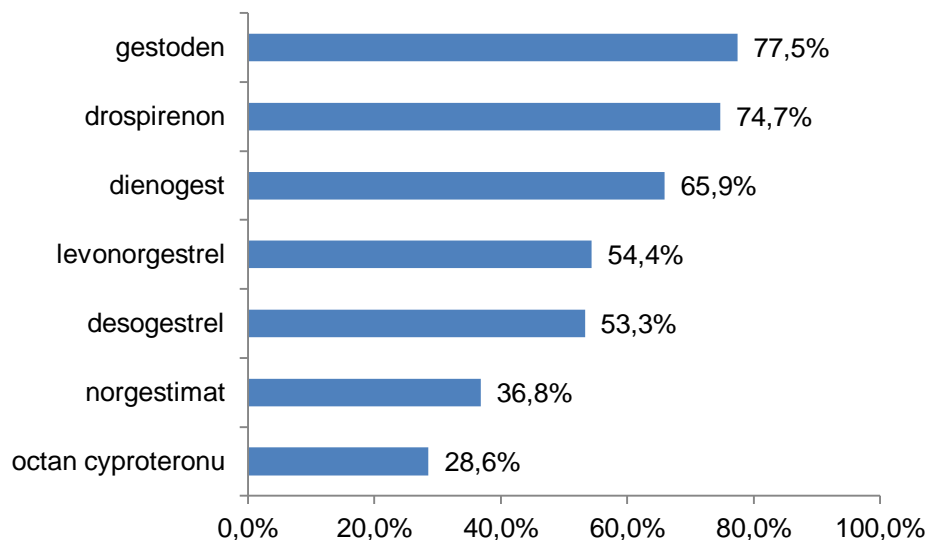
Tabela 3. Jakie kombinacje substancji czynnych stosuje Pani/Pan najczęściej przy rozpoczynaniu doustnej antykoncepcji u pacjentek do 30. roku życia?

Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Drospirenon 20µg	77,4%	Octan cyproteronu 35 µg EE	100,0%
Drospirenon 30µg	22,6%		
Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Gestoden 15 µg EE	9,7%	Levonorgestrel 30 µg	84,1%
Gestoden 20 µg EE	60,5%	Levonorgestrel 50 µg	4,8%
Gestoden 30 µg EE	18,5%	Levonorgestrel 30+50 µg	4,8%
Gestoden 75 µg EE	9,7%	Levonorgestrel 30+40 µg	1,6%
Gestoden 30+40+30 µg EE	1,6%	Levonorgestrel 30+40+30 µg	4,8%
Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Dienogest 30 µg EE	81,4%	Norgestimat 35 µg EE	88,7%
Dienogest 1mg WE+2mg E2V	18,6%	Norgestimat 35+35+35 µg EE	11,3%
Nazwa	Procent		
Desogestrel 10 µg EE	3,8%		
Desogestrel 20 µg EE	61,3%		
Desogestrel 30 µg EE	27,5%		
Desogestrel 20+10 µg EE	5,0%		
Desogestrel 35+30 µg EE	1,3%		
Desogestrel 40+30 µg EE	1,3%		

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Najczęściej u dojrzałych pacjentek lekarze zalecają stosowanie gestodenu i drospirenonu (odpowiednio 77,5% i 74,7% wskazań), natomiast najrzadziej octan cyproteronu (28,6%).

Rysunek 43. Jakie substancje czynne stosuje Pan/Pani najczęściej przy rozpoczynaniu doustnej antykoncepcji, u dojrzałych pacjentek (powyżej 30 r.ż.)?



Z reguły najczęściej stosowanymi dawkami leków u pacjentek po 30. roku życia są dawki 30 µg lub 35 µg. Poniższa tabela zawiera bardziej szczegółowe dane dotyczące dawek leków.

Tabela 4. Jakie kombinacje substancji czynnych stosuje Pani/Pan najczęściej przy rozpoczynaniu doustnej antykoncepcji u pacjentek powyżej 30. roku życia?

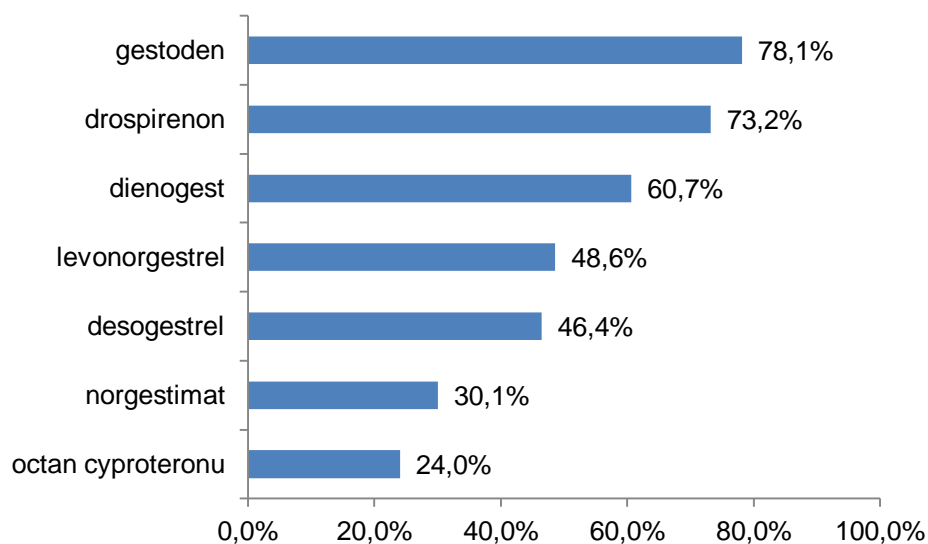
Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Drospirenon 20µg	41,3%	Octan cyproteronu 35 µg EE	100,0%
Drospirenon 30µg	58,7%		
Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Gestoden 15 µg EE	2,4%	Levonorgestrel 30 µg	76,5%
Gestoden 20 µg EE	50,4%	Levonorgestrel 50 µg	7,4%
Gestoden 30 µg EE	36,8%	Levonorgestrel 30+50 µg	4,9%
Gestoden 75 µg EE	8,0%	Levonorgestrel 30+40 µg	4,9%
Gestoden 30+40+30 µg EE	2,4%	Levonorgestrel 30+40+30 µg	6,2%
Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Dienogest 30 µg EE	74,7%	Norgestimat 35 µg EE	89,4%
Dienogest 1mg WE+2mg E2V	25,3%	Norgestimat 35+35+35 µg EE	10,6%
Nazwa	Procent		
Desogestrel 10 µg EE	1,1%		
Desogestrel 20 µg EE	35,6%		
Desogestrel 30 µg EE	59,8%		
Desogestrel 20+10 µg EE	1,1%		
Desogestrel 35+30 µg EE	1,1%		

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Desogestrel 40+30 µg EE	1,1%
-------------------------	------

W długotrwałej doustnej antykoncepcji najczęściej stosuje się gestoden i drospirenon (odpowiednio 78,1%, 73,2%), najrzadziej octan cyproteronu (24,0%).

Rysunek 44. Jakie substancje czynne stosuje Pani/Pan najczęściej w długotrwałej doustnej antykoncepcji?



W długotrwałej doustnej antykoncepcji lekarze zazwyczaj skłaniają się do przepisywania dawek 20µg i 30µg. Stosunkowo rzadko przepisywane są kombinacje substancji, które zażywać należy 2 lub więcej razy na dobę.

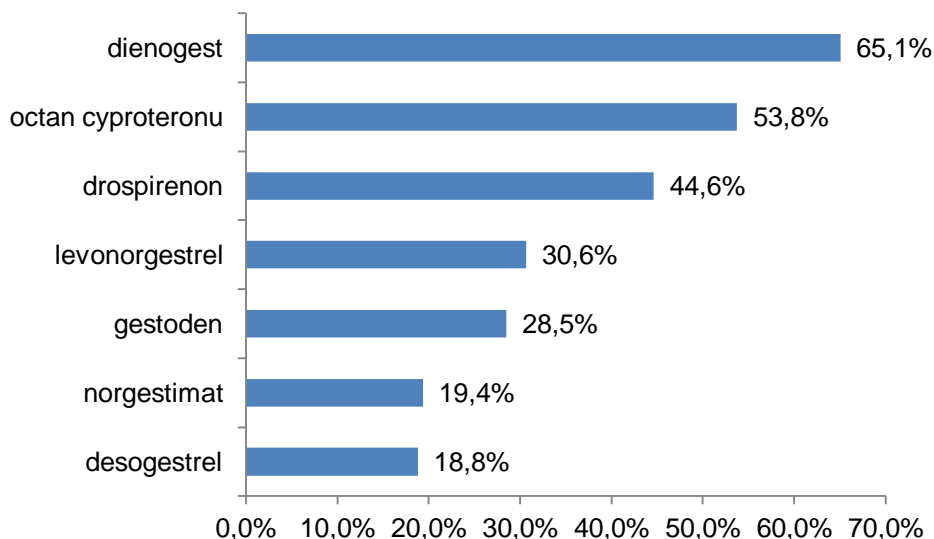
Tabela 5. Jakie kombinacje substancji czynnych stosuje Pani/Pan najczęściej w długotrwałej doustnej antykoncepcji?

Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Drospirenon 20µg	56,4%	Octan cyproteronu 35 µg EE	100,0%
Drospirenon 30µg	43,6%		
Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Gestoden 15 µg EE	4,0%	Levonorgestrel 30 µg	78,7%
Gestoden 20 µg EE	54,4%	Levonorgestrel 50 µg	6,7%
Gestoden 30 µg EE	30,4%	Levonorgestrel 30+50 µg	5,3%
Gestoden 75 µg EE	9,6%	Levonorgestrel 30+40 µg	5,3%
Gestoden 30+40+30 µg EE	1,6%	Levonorgestrel 30+40+30 µg	4,0%
Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Dienogest 30 µg EE	74,2%	Norgestimat 35 µg EE	82,2%
Dienogest 1mg WE+2mg E2V	25,8%	Norgestimat 35+35+35 µg EE	17,8%
Nazwa	Procent		
Desogestrel 10 µg EE	1,1%		
Desogestrel 20 µg EE	53,4%		
Desogestrel 30 µg EE	40,9%		
Desogestrel 20+10 µg EE	1,1%		
Desogestrel 35+30 µg EE	2,3%		
Desogestrel 40+30 µg EE	1,1%		

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Dienogest oraz octan cyproteronu (odpowiednio 65,1% oraz 53,8%) to z reguły najczęściej stosowane progestageny ze wskazań innych niż antykoncepcja.

Rysunek 45. Które progestageny stosuje Pani/Pan ze wskazań innych niż antykoncepcja?



Ze wskazań innych niż antykoncepcja najliczniej wymienianą dawką było 30µg (dla dienogest, desogestrel oraz levonorgestrelu).

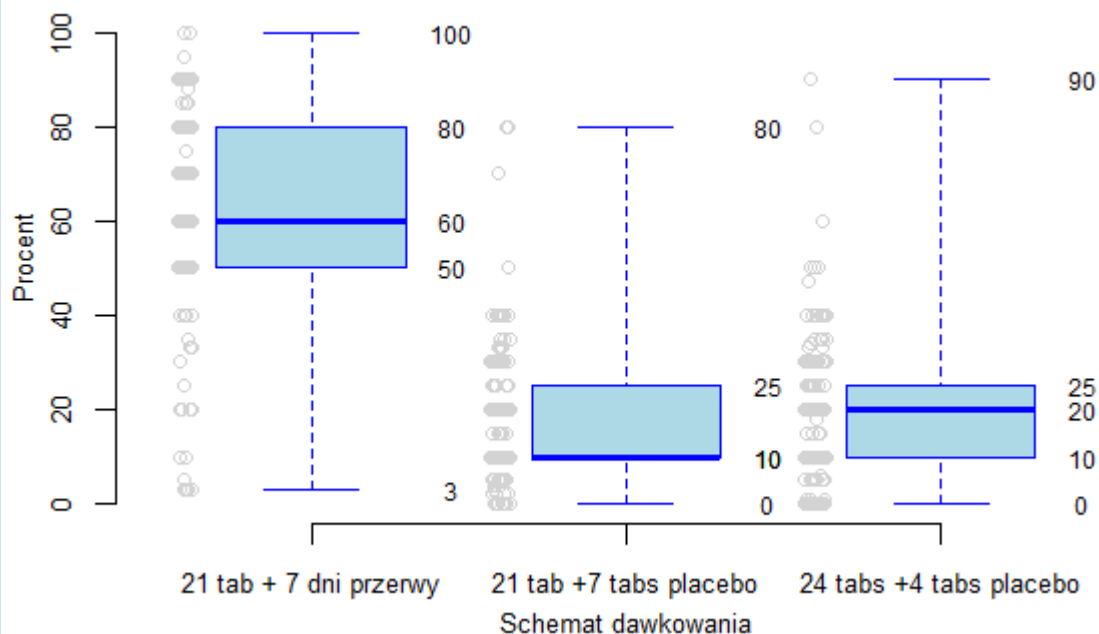
Tabela 6. Jakie dawki progestagenów stosuje Pani/Pan ze wskazań innych niż antykoncepcja?

Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Drospirenon 20µg	51,4%	Octan cyproteronu 35 µg EE	100,0%
Drospirenon 30µg	48,6%		
Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Gestoden 15 µg EE	1,9%	Levonorgestrel 30 µg	44,2%
Gestoden 20 µg EE	46,3%	Levonorgestrel 50 µg	11,5%
Gestoden 30 µg EE	29,6%	Levonorgestrel 30+50 µg	19,2%
Gestoden 75 µg EE	14,8%	Levonorgestrel 30+40 µg	13,5%
Gestoden 30+40+30 µg EE	7,4%	Levonorgestrel 30+40+30 µg	11,5%
Nazwa	Procent	Nazwa	Procent
Dienogest 30 µg EE	65,7%	Norgestimat 35 µg EE	82,4%
Dienogest 1mg WE+2mg E2V	34,3%	Norgestimat 35+35+35 µg EE	17,6%
Nazwa	Procent		
Desogestrel 10 µg EE	6,3%		
Desogestrel 20 µg EE	21,9%		
Desogestrel 30 µg EE	46,9%		
Desogestrel 20+10 µg EE	25,0%		
Desogestrel 35+30 µg EE	6,3%		
Desogestrel 40+30 µg EE	21,9%		

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

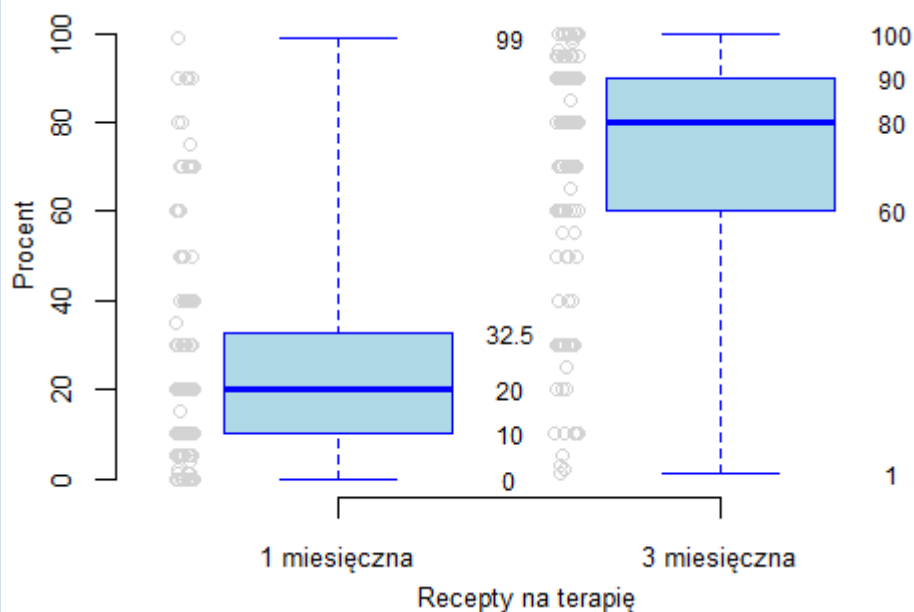
Najbardziej optymalny według opinii lekarzy jest schemat 21 tabletek i 7 dni przerwy. 75% lekarzy w co najmniej 50% przypadków postrzega ten typ dawkowania jako najlepszy.

Rysunek 46. Jaki odsetek Pani/Pana pacjentek postrzega określony schemat dawkowania jako optymalny?



Zdecydowanie większy udział stanowią recepty 3-miesięczne niż 1-miesięczne co obrazuje poniższy wykres. Połowa lekarzy w co najmniej 80% wydaje recepty 3-miesięczne.

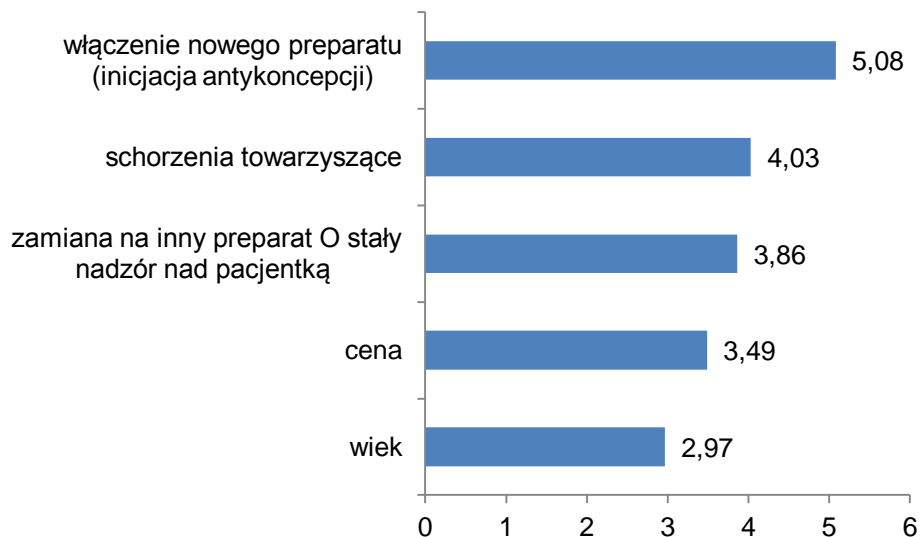
Rysunek 47. Jaki udział % stanowią recepty na terapię 1-miesięczną i 3-miesięczną?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

O preskrypcji pojedynczego opakowania (opakowania 1 miesięcznego) decyduje najczęściej włączenie nowego preparatu lub schorzenia towarzyszące. Najmniejsze znaczenia ma cena oraz wiek.

Rysunek 48. Jakie względy przemawiają za preskrypcją pojedynczego opakowania (miesięczna terapia)? - na podstawie średniej, 1-najmniej istotna, 6-najbardziej istotna

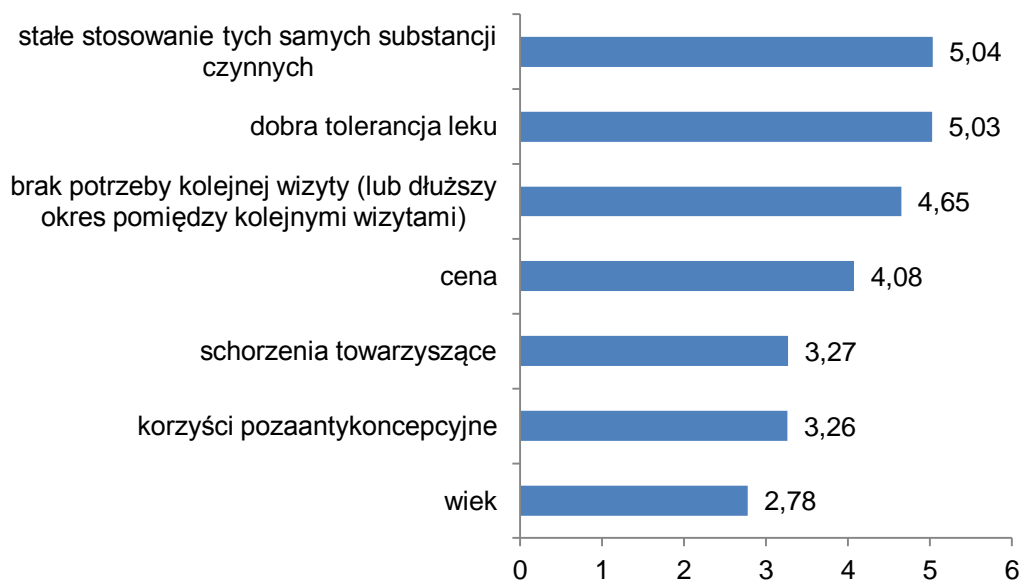


Wśród innych wymienianych odpowiedzi znalazły się:

- przesunięcie miesięczki (3 osoby),
- samopoczucie pacjentki (2 osoby).

O preskrypcji trójpaku (opakowania 3 miesięcznego) decyduje najczęściej stałe stosowanie tych samych substancji czynnych oraz dobra tolerancja leku przez pacjentkę. Natomiast wiek pacjentki ma najmniejsze znaczenie.

Rysunek 49. Jakie względy przemawiają za preskrypcją trójpaku (opakowanie 3 miesięczne, 3 blistry)? - na podstawie średniej, 1-najmniej istotna, 6-najbardziej istotna

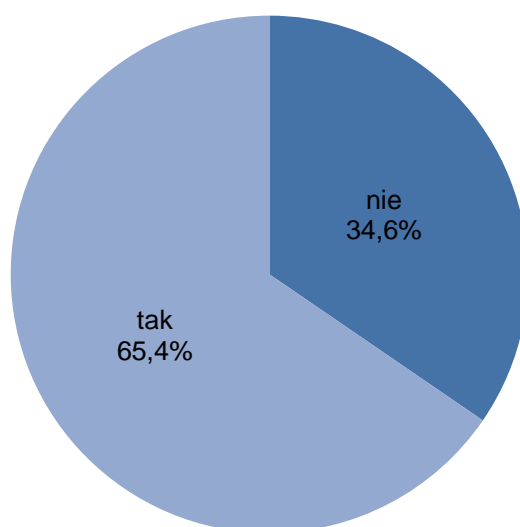


Wśród innych wymienianych odpowiedzi znalazły się:

- wygoda pacjentki (2 osoby),
- brak czasu (1 osoba),
- obserwacja ewentualnych skutków ubocznych (1 osoba).

Niemal 2 na 3 pacjentki stosują obecnie opakowania 3-miesięczne.

Rysunek 50. Czy obecnie stosuje Pani/Pan opakowania 3-miesięczne?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

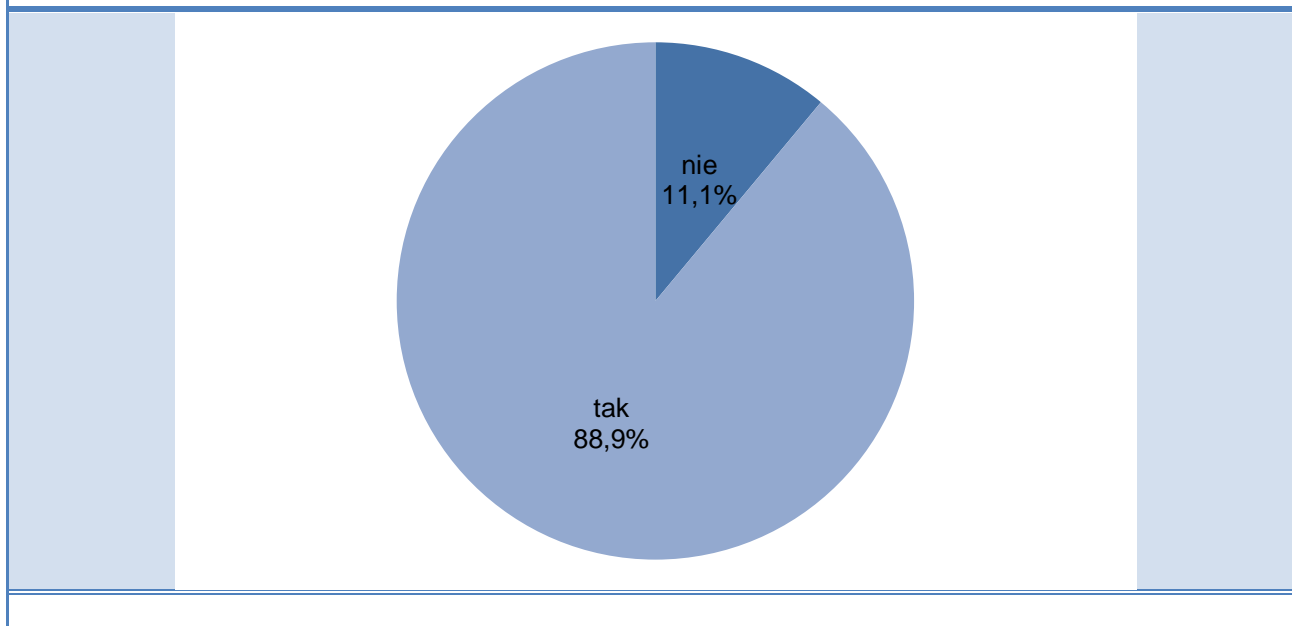
Zdecydowanie najczęściej stosowanym trójpakiem wśród pozostałych pacjentek okazał się Microgynon (44,4% wskazań). Sporadycznie stosowane są natomiast Artizia, Cilest, Evra, Mercilon, Regevidon oraz Daylette.

Tabela 7. Jeżeli stosuje Pani/Pan trójpaki, jaki jest to produkt?

	Produkt	Procent
	Microgynon	44,4%
	Vibin	12,2%
	Nuvaring	11,1%
	Levomine	11,1%
	Ovulastan	10,0%
	Artizia	3,3%
	Cilest	3,3%
	Eyra	3,3%
	Mercilon	3,3%
	Rigevidon	3,3%
	Daylette	2,2%

Tylko 11,1% lekarzy nie jest zadowolona z dostępnych obecnie na rynku opakowań leków.

Rysunek 51. Czy obecnie dostępne opakowania spełniają Pani/Pana oczekiwania?



Dlaczego tak?

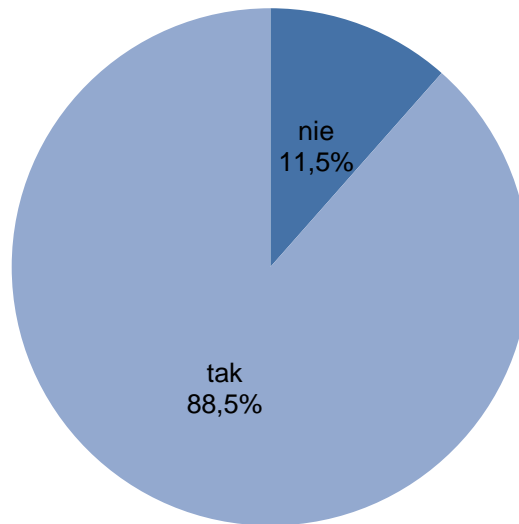
- korzystna cena (6 osób),
- wygoda (4 osoby),
- oszczędność czasu (2 osoby).

Dlaczego nie?

- nie wszystkie preparaty są dostępne w trój pakach (7 osób),
- mała dostępność preparatów (3 osoby),
- mała różnica cenowa (2 osoby),

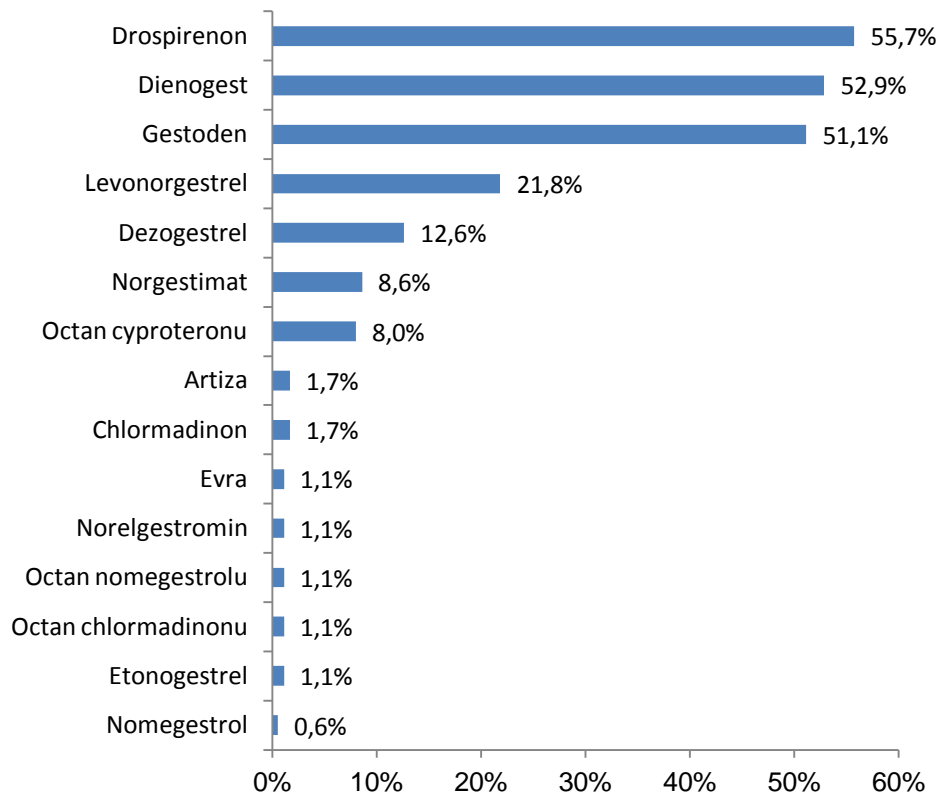
Niemal 90% lekarzy jest skłonna zastosować trójpaki, gdyby tylko pojawiły się dostępne w tej postaci następne preparaty.

Rysunek 52. Gdyby pojawiły się następne preparaty w postaci trójpaku, czy będzie Pani/Pan skłonna/y je zastosować?



Najczęściej jako preparaty, które powinny pojawić się w formie trójpaku wymieniano odpowiednio drospirenon, dienogest oraz gestoden (odpowiednio 55,7%, 52,9% oraz 51,1% wskazań).

Rysunek 53. Które progestageny powinny być według Pani/Pana dostępne w formie trójpaku?



Obawa pacjentki przed działaniami niepożądanymi to najczęstsza przeszkoda w zastosowaniu najbardziej adekwatnej antykoncepcji. Najmniej istotne są obawy przed szybkim powrotem do płodności po odstawieniu preparatu.

Rysunek 54. Jakie problemy są najczęstszymi przeszkodami w zastosowaniu optymalnej antykoncepcji w Pani/Pana praktyce (na podstawie średniej, 1-najmniej istotny, 7-najbardziej istotny)?



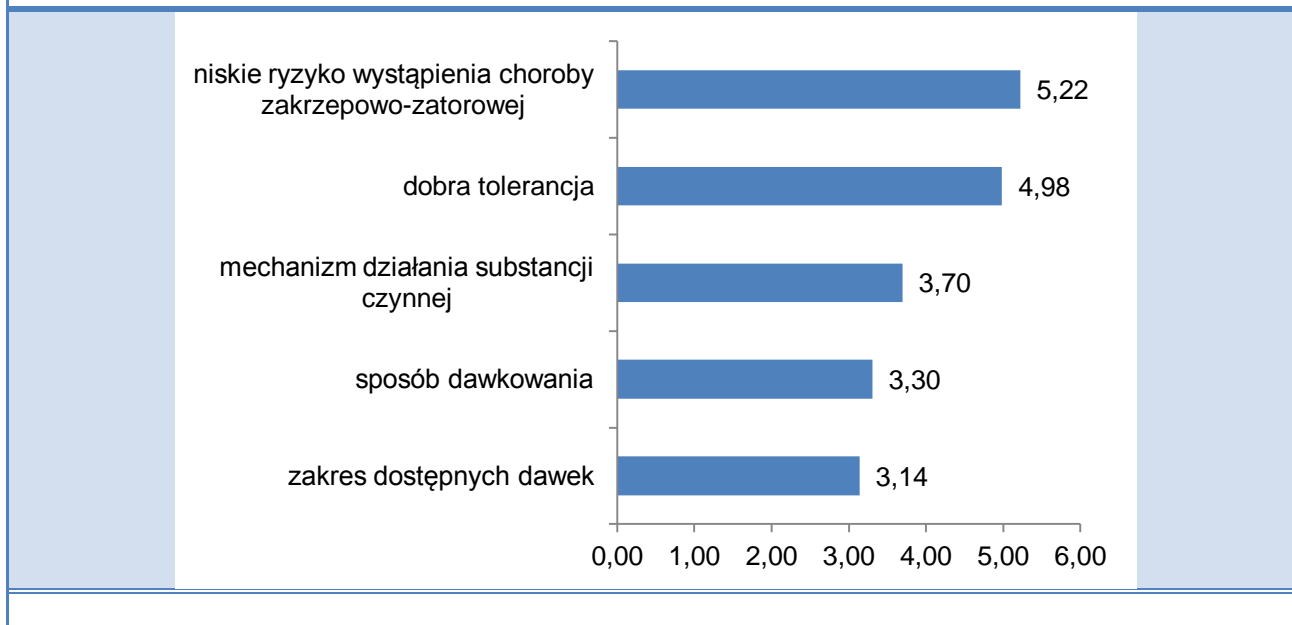
Oprócz w/w problemów wymieniano także:

- wzrost masy ciała, migreny, obawa przed zajściem w ciążę (po 2 osoby),
- obawa przed niepłodnością po odstawieniu preparatu (1 osoba),
- spadek libido (1 osoba).

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Najistotniejszą właściwością stosowanych progestagenów według lekarzy jest niskie ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowej. Najmniej istotny okazał się być zakres dostępnych dawek. Maksymalna waga jaką przypisywano poniższym odpowiedziom to 7.

Rysunek 55. Jakie właściwości stosowanych progestagenów są Pani/Pana zdaniem najistotniejsze w praktyce (na podstawie średniej, 1-najmniej istotny, 7-najbardziej istotny)?



Wśród innych wymienianych odpowiedzi znalazły się m.in.:

- poprawa cery (9 osób),
- działanie antyandrogenne (8 osób),
- wpływ na libido (4 osoby),
- regulacja cyklu (4 osoby),
- brak przyrostu masy (2 osoby).

Najwięcej osób wiąże swoje nadzieje dotyczące antykoncepcji w przyszłości z rozpowszechnieniem i coraz częstszym stosowaniem implantów oraz stosowaniem niższych, ale znacznie bezpieczniejszych dawek leków.

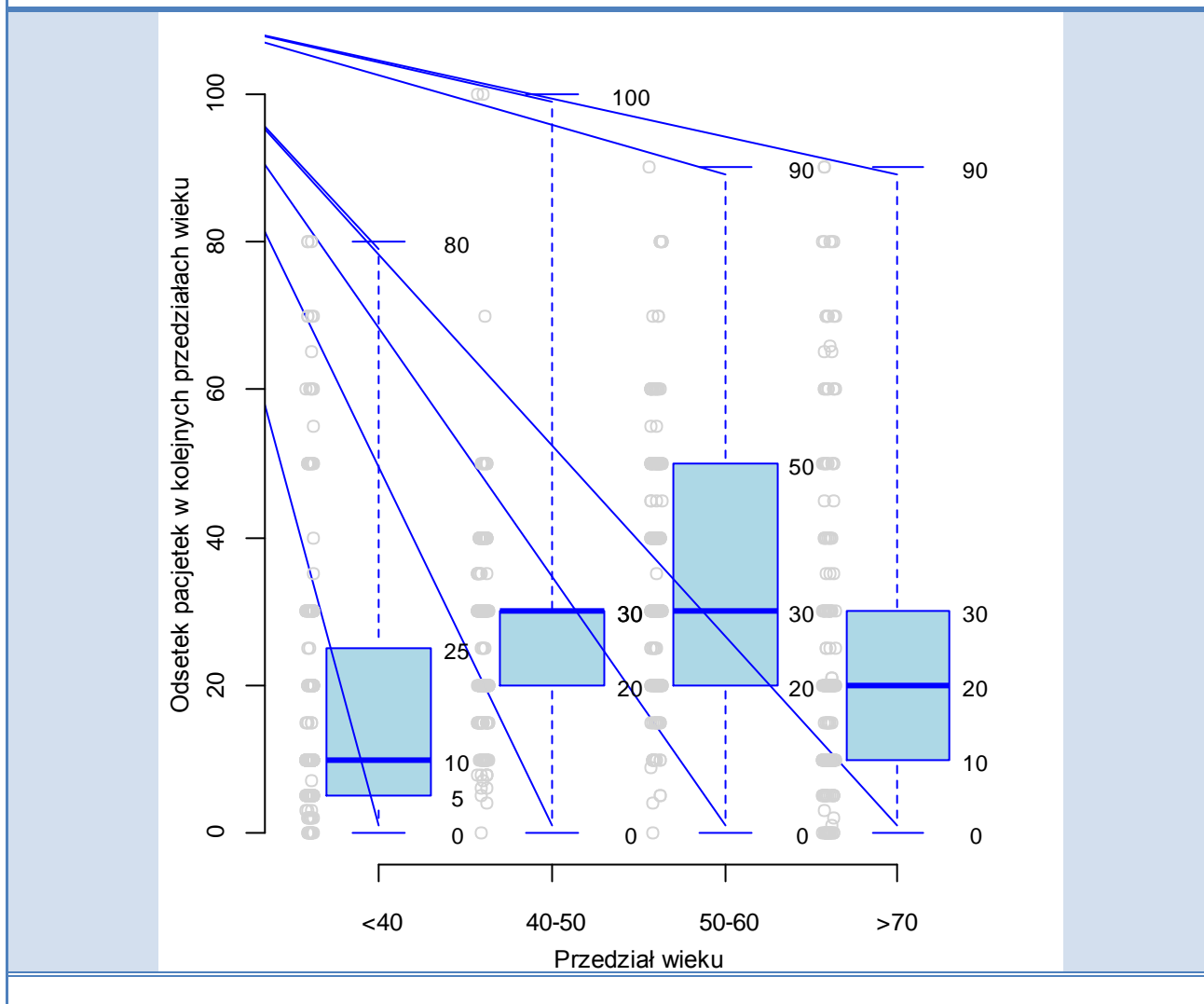
Tabela 8. Jak Pana/Pani zdaniem będzie wyglądać antykoncepcja w przyszłości?

Rozwiązanie	Procent
rozpowszechnienie implantów	25,93%
niższe dawki leków	21,16%
rzadsze stosowanie	10,05%
bezpieczniejsza, bardziej skuteczna	9,52%
rozpowszechnienie 24tabs + 4tabs placebo	8,47%
rozwój antykoncepcji dla mężczyzn	5,82%
lepszą tolerancją	4,76%
zależy od wytycznych PTG	4,23%
powinni stosować gestagen	4,23%
obecne formy antykoncepcji są wystarczające	3,70%
rozpowszechnienie krążków dopochwowych	3,17%
lepiej działające plastry antykoncepcyjne	2,65%
szersze wykorzystanie pomp infuzyjnych	1,06%

NIETRZYMANIE MOCZU (CHARAKTERYSTYKA PACJENTEK)

W przypadku połowy lekarzy odsetek ich pacjentek poniżej 40 roku życia jest nie większy niż 10,0%, a odsetek pacjentek w wieku od 50 do 60 lat jest nie większy niż 30,0%. Co czwarty lekarz leczy co najwyżej 5,0% pacjentek poniżej 40 roku życia albo co najwyżej 20,0% pacjentek w wieku od 50 do 60 lat. Kwartył III wynosi odpowiednio 25,0% w przypadku pacjentek poniżej 40 roku życia albo 50,0% w przypadku pacjentek w wieku od 50 do 60 lat.

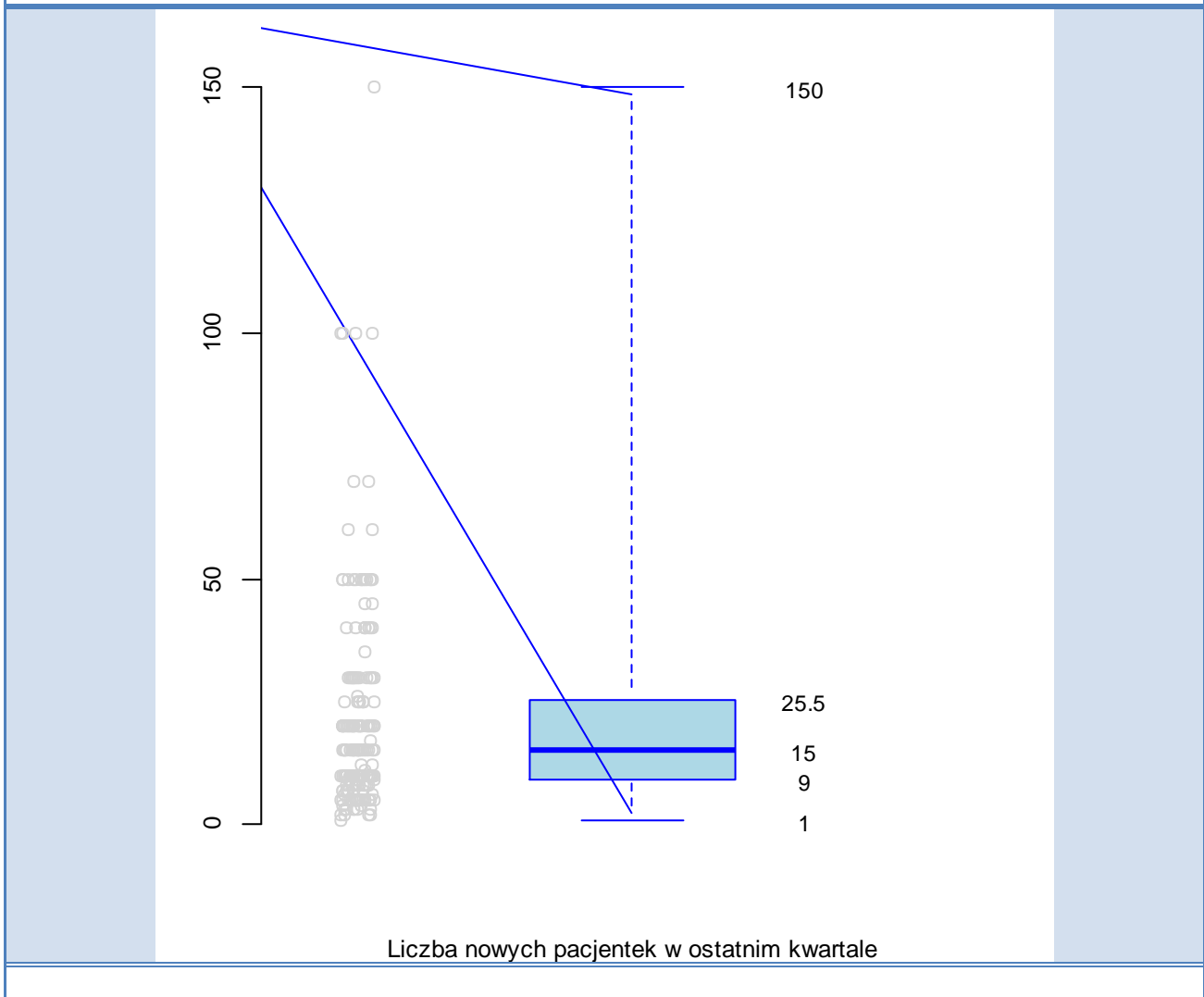
Rysunek 56. Jaki odsetek (szacunkowo) reprezentują pacjentki w kolejnych przedziałach wieku?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

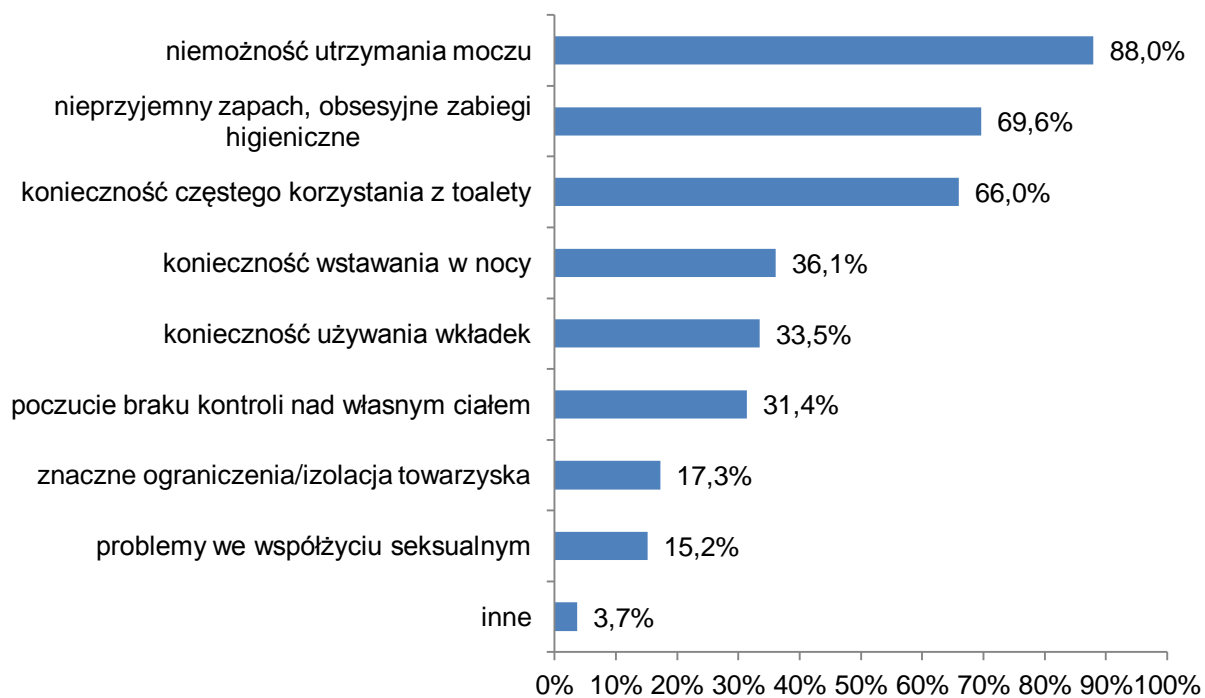
Połowa lekarzy wskazała liczbę nowych pacjentek, które zgłosiły się z problemem nietrzymania moczu w ostatnim kwartale, nie większą niż 15. $\frac{1}{4}$ specjalistów podała liczbę nowych pacjentek mniejszą lub równą 9. W przypadku $\frac{3}{4}$ lekarzy liczba nowych pacjentek, które zgłosiły się do nich z problemem nietrzymania moczu w ostatnim kwartale była większa niż 25. Wartość najmniejsza wynosi 1 a wartość największa 150.

Rysunek 57. Ile nowych pacjentek z tym problemem zgłosiło się do Pana/Pani w ostatnim kwartale?



Na pytanie o najbardziej dokuczliwe dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu najczęściej wskazywano na niemożność utrzymania moczu (88,0% wskazań). Dużą część badanych wskazywała również na nieprzyjemny zapach i obsesyjne zabiegi higieniczne (69,6% badanych) oraz konieczność częstego korzystania z toalety (66,0% badanych). Najmniej liczną grupę stanowiły osoby, dla których problemy we współżyciu seksualnym są najbardziej dokuczliwymi dolegliwościami (15,2% ankietowanych).

Rysunek 58. Jakie dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu są najbardziej dokuczliwe w grupie Pani/Pana pacjentek?



Najczęstszym schorzeniem współistniejącym z problemem nietrzymania moczu jest wypadanie lub obniżanie żeńskich narządów płciowych (37,7% wskazań). Cukrzyca (w tym cukrzyca insulinozależna oraz insulinoniezależna) oraz zapalenie pęcherza moczowego stanowiły odpowiednio 21,9% oraz 20,5% odpowiedzi. Poniższa tabela przedstawia szczegółowe dane dotyczące dodatkowych schorzeń współistniejących z problemem nietrzymania moczu.

Tabela 9. Schorzenia dodatkowe najczęściej współistniejące z problemem nietrzymania moczu.

Schorzenia	N	%
Wypadanie lub obniżanie żeńskich narządów płciowych	76	40,9%
Cukrzyca	41	22,0%
Zapalenie pęcherza moczowego	37	19,9%
Schorzenia przekwitania i okresu okołomenopauzalnego	34	18,3%
Inne zaburzenia układu moczowego	29	15,6%
Otyłość	26	14,0%
Inne stany zapalne pochwy i sromu	22	11,8%
Nadciśnienie	18	9,7%
Nerwowo-mięśniowa dysfunkcja pęcherza, niesklasyfikowana gdzie indziej	17	9,1%
Choroby neurologiczne	15	8,1%
Inne zaburzenia pęcherza moczowego	9	4,8%
Mięśniak gładkokomórkowy macicy	8	4,3%
Menopauza	5	2,7%
Suchość pochwy	5	2,7%
Infekcje układu moczowego	5	2,7%
Stany zapalne narządu rodnego	5	2,7%
Choroby kardiologiczne	4	2,2%
Choroby kręgosłupa	4	2,2%
Zapalenie cewki moczowej i zespół cewkowy	4	2,2%
Ból i inne stany związane z żeńskimi narządami płciowymi i cyklem miesięczkowym	4	2,2%

Tabela 10. Schorzenia dodatkowe najczęściej współistniejące z problemem nietrzymania moczu cd.

Schorzenia	N	%
Inne zaburzenia nerki i moczowodu w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	4	2,2%
Zaburzenia statyki narządu rodneho	3	1,6%
Inne niezapalne schorzenia sromu i krocza	3	1,1%
Miażdżyca	3	1,6%
Inne zapalenia miednicy mniejszej u kobiet	2	1,1%
Nawracające infekcje układu moczowego	2	1,3%
Owrzodzenie i zapalenie sromu i pochwy w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	2	1,3%
Polip żeńskiego narządu rodneho	2	1,3%
Pozabiegowe schorzenia układu moczowo-płciowego, niesklasyfikowane gdzie indziej	2	1,3%
Problemy natury psychicznej(depresja, izolacja, dyskomfort)	2	1,3%
Przetoki w żeńskim narządzie rodny	2	1,3%
Stany zapalne	2	1,3%
Zapalenia miednicy mniejszej u kobiet w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	2	1,3%
Zapalenie pochwy	2	1,3%
Zaparcia	2	1,3%
Zwężenie cewki moczowej	2	1,3%
Inne nieprawidłowe krwawienia maciczne i pochwowe	2	1,1%
Nagłomocz	2	1,1%
Nerwica -częste budzenie się w nocy	2	1,1%
Oparzenie skóry sromu	2	1,1%

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Tabela 11. Schorzenia dodatkowe najczęściej współistniejące z problemem nietrzymania moczu cd.

Schorzenia	N	%
Zmiany zanikowe w pochwie	1	0,5%
Wędrujący guz pęcherza	1	0,7%
Atrofia śluzówki	1	0,7%
Cystocoele	1	0,7%
Częste infekcje pochwy	1	0,7%
Infekcje	1	0,7%
Infekcje układu moczowo-płciowego	1	0,7%
Inne niezapalne zaburzenia macicy, z wyjątkiem szyjki	1	0,7%
Inne zaburzenia cewki moczowej	1	0,7%
Inne zaburzenia sutka	1	0,7%
Kamica dolnych dróg moczowych	1	0,7%
Kamica nerkowa	1	0,7%
Liczne porody	1	0,7%
Nadreaktywność pęcherza moczowego	1	0,7%
Naglące parcia	1	0,7%
Nawracające infekcje dróg rodnych	1	0,7%
Nietrzymanie stolca	1	0,7%
Obfite, częste i nieregularne miesiączki	1	0,7%
Objawy dyspuryczne	1	0,7%
Problemy ze współżyciem	1	0,7%

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

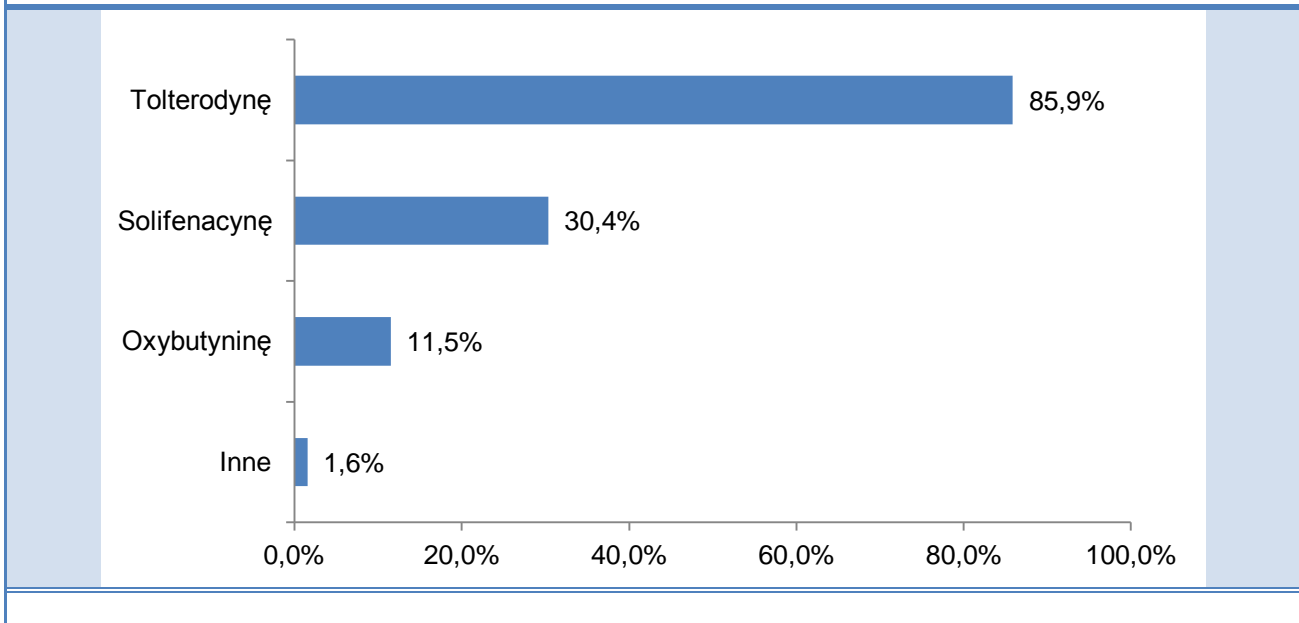
Tabela 12. Schorzenia dodatkowe najczęściej współistniejące z problemem nietrzymania moczu cd.

Schorzenia	N	%
Przepuklina pęcherzowo-pochwowa	1	0,7%
Ucisk korzeni nerwów rdzeniowych i splotów nerwowych w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	1	0,7%
Wiek	1	0,7%
Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM)	1	0,7%
Zaburzenia cewki moczowej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej	1	0,7%
Zaburzenia wynikające z upośledzonej czynności cewek nerkowych	1	0,7%
Zapalenie dróg moczowych	1	0,7%
Zapalenie jajowodów i zapalenie jajników	1	0,7%
Zmiany skórne krocza	1	0,7%

NIETRZYMANIE MOCZU (CHARAKTERYSTYKA DECYZJI TERAPEUTYCZNYCH)

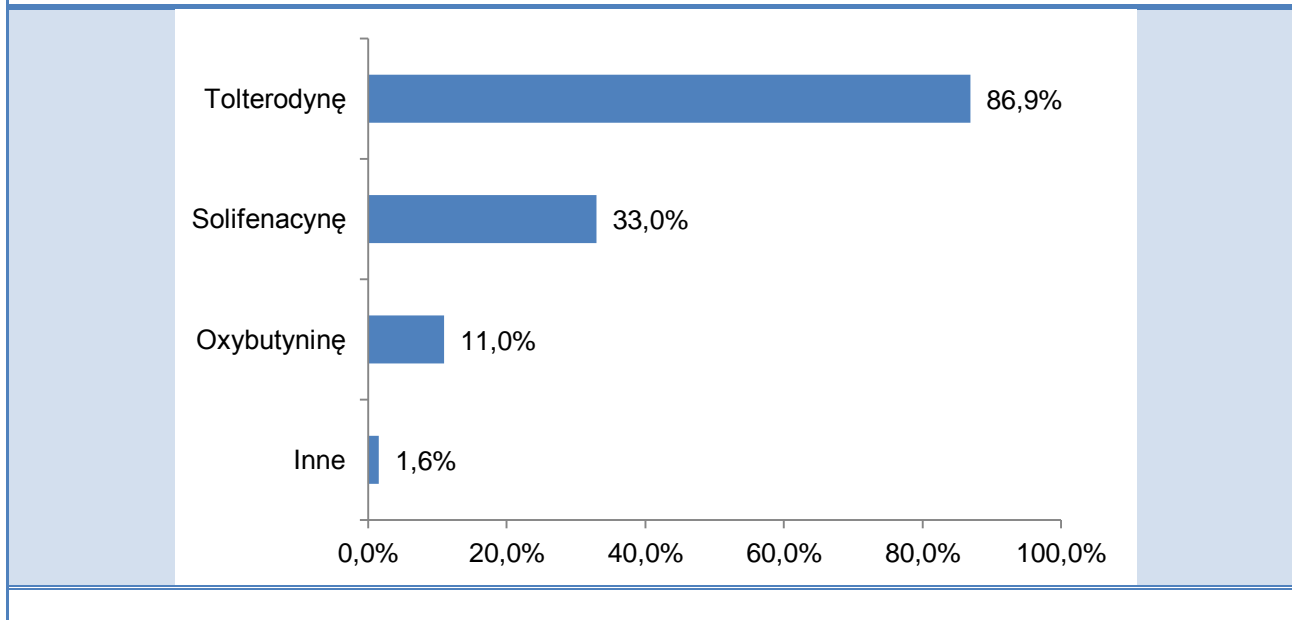
W pytaniu o substancje czynne, które lekarze preferują w leczeniu nietrzymania moczu – w celu rozpoczęcia terapii najczęściej padała nazwa tolterodyny (85,9% wskazań). Lekarze najrzadziej wskazywali na inne substancje czynne preferowane przez nich w leczeniu nietrzymania moczu (1,6% badanych).

Rysunek 59. Jakie substancje czynne preferuje Pani/Pan w leczeniu nietrzymania moczu - w celu rozpoczęcia terapii?



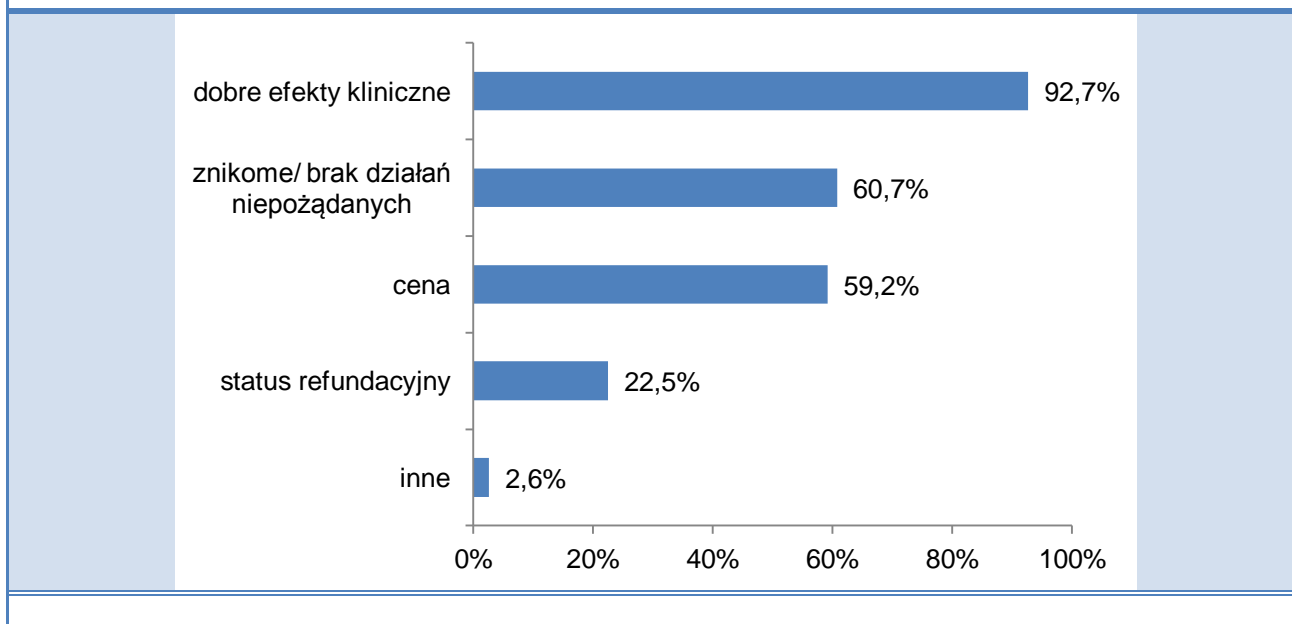
W przypadku substancji czynnych wykorzystywanych przez lekarzy w kontynuacji leczenia nietrzymania moczu najczęściej stosowana jest tolterodyna (86,9% odpowiedzi). Najmniejszy odsetek lekarzy (1,6% wskazań) preferuje inne substancje czynne przy kontynuacji leczenia nietrzymania moczu.

Rysunek 60. Jakie substancje czynne preferuje Pani/Pan w leczeniu nietrzymania moczu - kontynuacji leczenia?



Kolejne pytanie dotyczyło czynników, które przesądzają o wyborze substancji czynnej. Najczęściej wskazywano na dobre efekty kliniczne (92,7% badanych). Ważnymi czynnikami były również znikome działania niepożądane (60,7% odpowiedzi) oraz cena (59,2% wskazań). Dla 2,6% lekarzy to inne czynniki przesądzają o wyborze substancji czynnej.

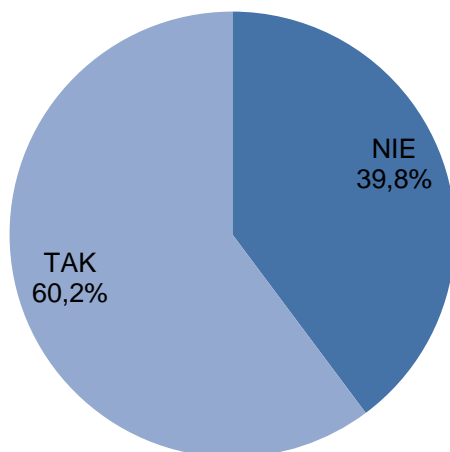
Rysunek 61. Jakie czynniki przesądzają o wyborze substancji czynnej?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

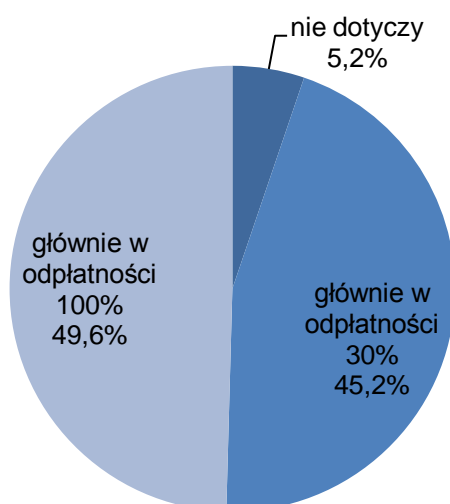
60,2% ankietowanych uważa, że zapisy regulujące dostęp do leków refundowanych wpłynęły na ich stosowanie. Pozostali lekarze mają zdanie przeciwne.

Rysunek 62. Czy zapisy regulujące dostęp do leków refundowanych wpłynęły na ich stosowanie w grupie Pani/Pana pacjentek?



Kolejne pytanie dotyczyło lekarzy, którzy uważali, że zapisy regulujące dostęp do leków refundowanych wpłynęły na ich stosowanie. Spośród tych lekarzy niemal połowa (49,6% wskazań) stosuje preskrypcję leków głównie w odpłatności 100% na obecnym poziomie cen i refundacji. Preskrypcję leków w odpłatności 30% stosuje 45,2% ankietowanych. Pytanie to nie dotyczy 5,2% badanych lekarzy.

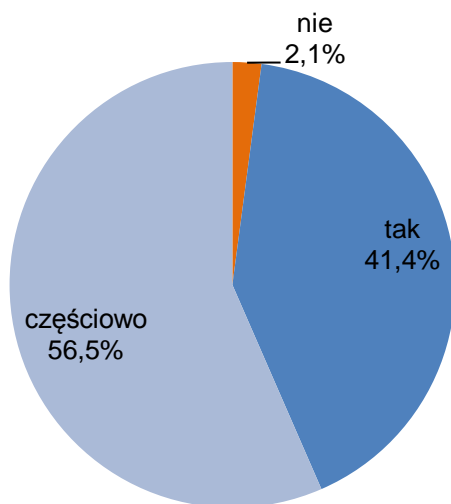
Rysunek 63. Jeśli TAK, to czy na obecnym poziomie cen i poziomu refundacji stosuje Pani/Pan preskrypcję leków?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

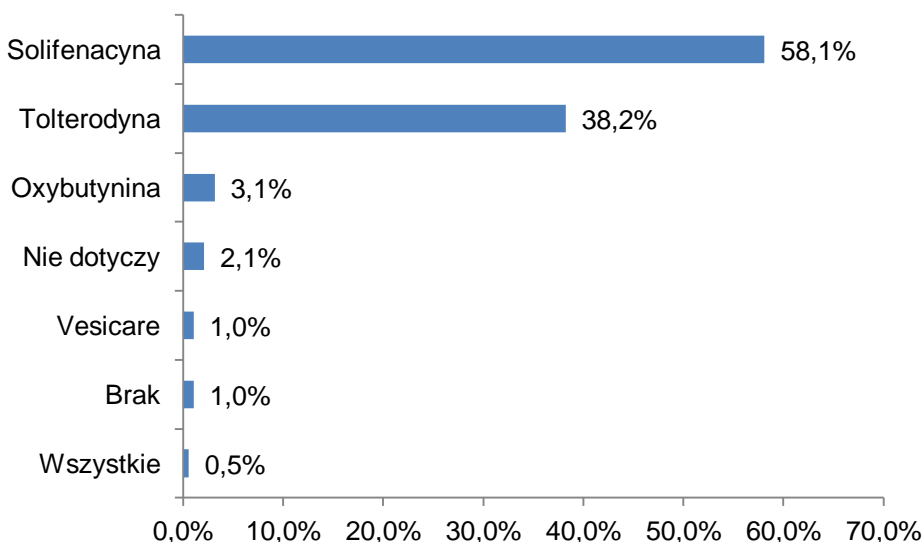
Następne pytanie dotyczyło akceptacji przez pacjentki cen stosowanych leków. Najwięcej z nich częściowo akceptuje ceny leków stosowane w leczeniu nietrzymania moczu (56,5% wskazań). Tylko 2,1% badanych nie akceptuje cen stosowanych leków.

Rysunek 64. Czy ceny leków stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu są akceptowalne dla pacjentek?



Gdyby nie było ograniczeń cenowych, solifenacyna byłaby najchętniej stosowaną substancją czynną wśród pacjentek (58,1% wskazań). Drugą najchętniej stosowaną substancją byłaby tolterodyna (38,2% wskazań). Najrzadziej lekarze stosowaliby Vesicare (1,0% wskazań).

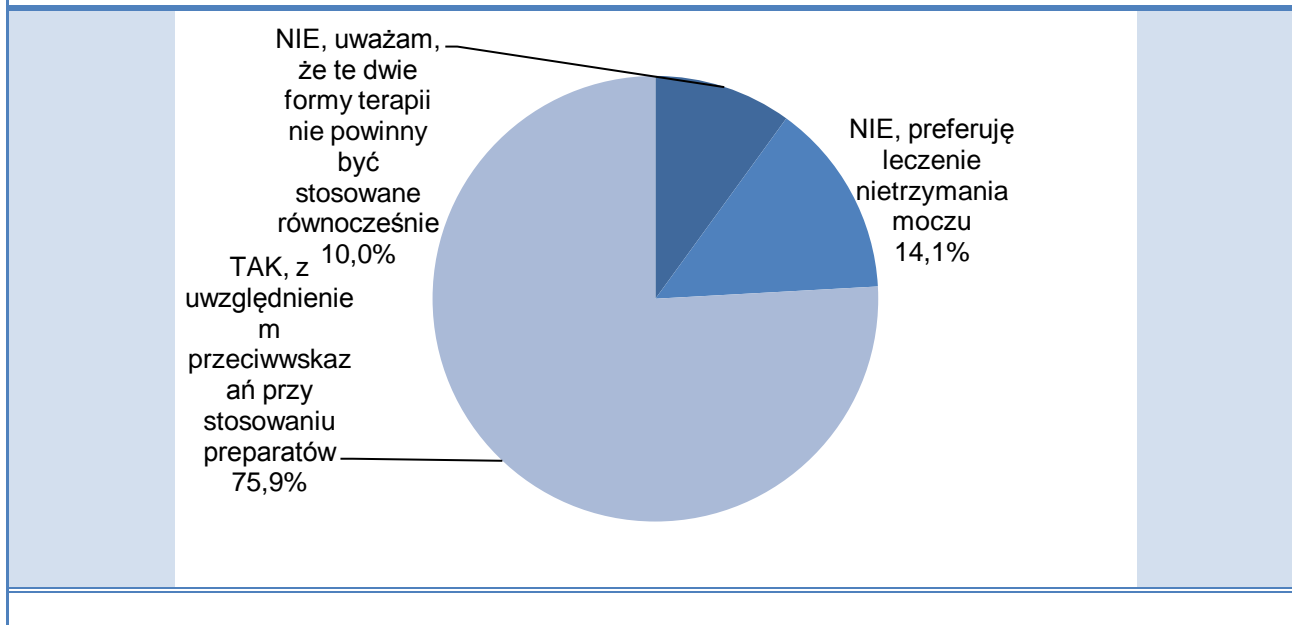
Rysunek 65. Którą substancję czynną stosowałaby Pani/Pan najchętniej w grupie swoich pacjentek, gdyby nie było ograniczeń cenowych?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

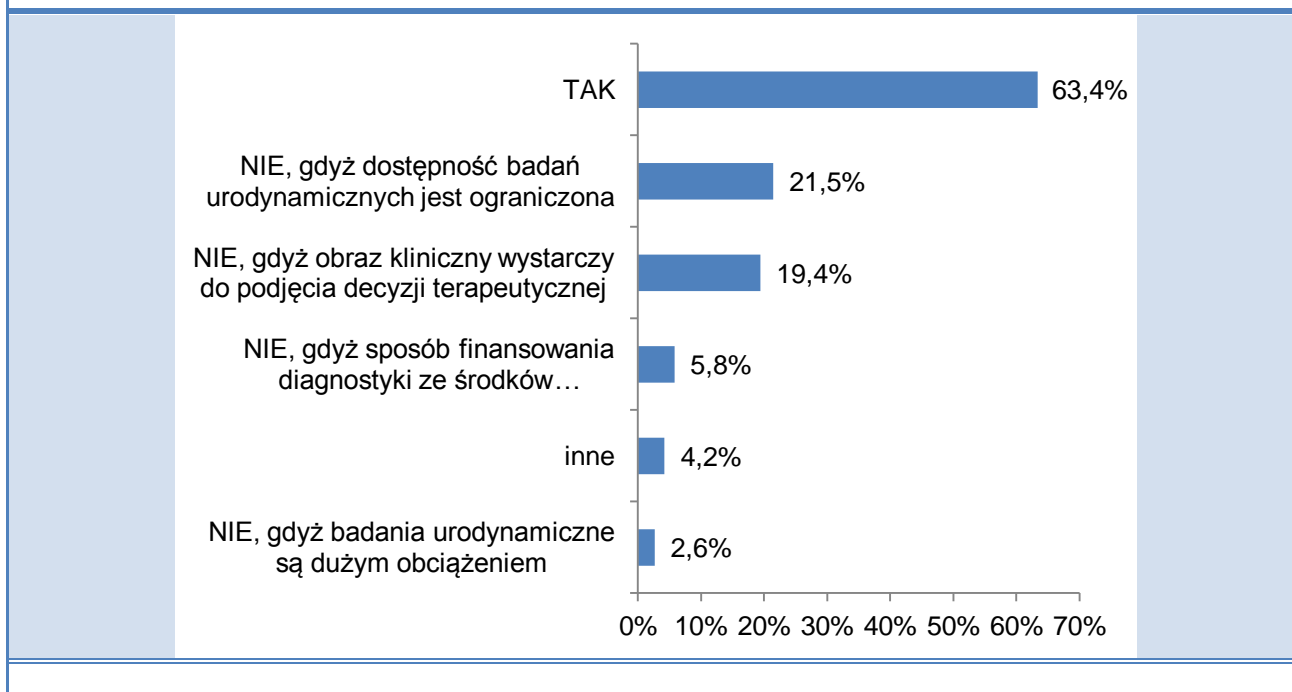
Najczęściej pojawiającą się odpowiedzią, jeżeli chodzi o równoczesne leczenie nietrzymania moczu i doustną antykoncepcję była "Tak, z uwzględnieniem przeciwwskazań przy stosowaniu preparatów" (75,9% wskazań). Najrzadziej lekarze udzielali odpowiedzi "Nie, uważam, że te dwie formy terapii nie powinny być stosowane równocześnie" (10,0% wskazań).

Rysunek 66. Czy u swoich pacjentek - o ile istnieją wskazania i potrzeba- stosuje Pani/Pan równocześnie leczenie nietrzymania moczu i doustną antykoncepcję?



Większość lekarzy (63,4% ogółu) preferuje wykonanie dodatkowych badań przed rozpoczęciem terapii. Najmniejszy odsetek lekarzy (2,6% wskazań) uważa, że badania urodynamiczne są dużym obciążeniem i nie należy ich dodatkowo przeprowadzać.

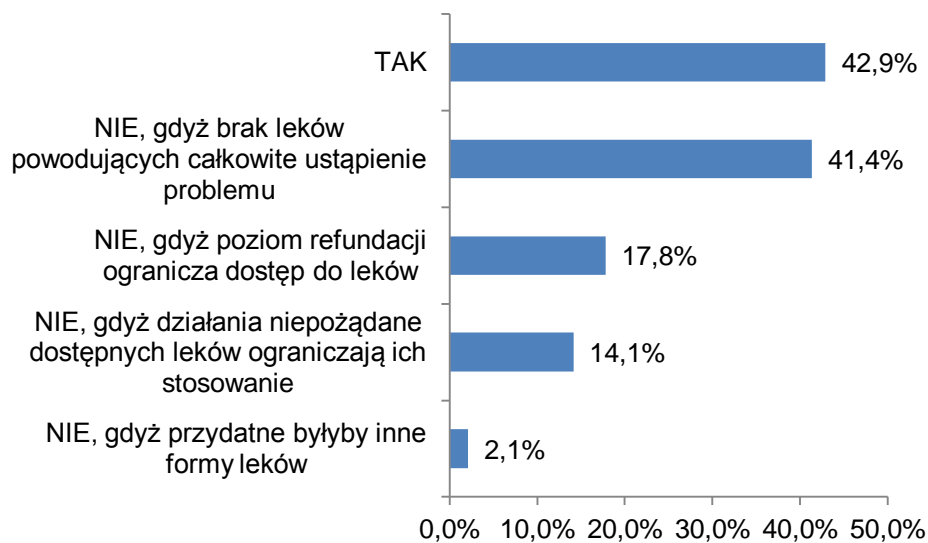
Rysunek 67. Czy preferuje Pani/Pan wykonanie badań dodatkowych przed rozpoczęciem terapii?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

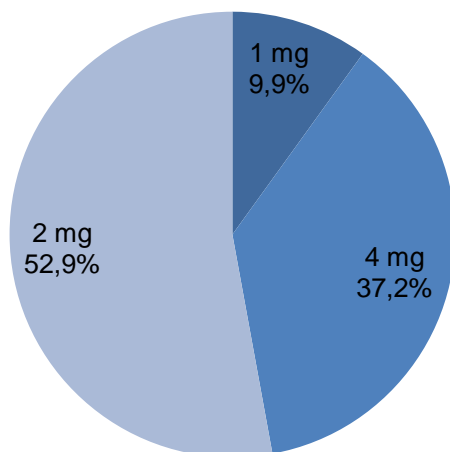
Kolejne pytanie dotyczyło opinii na temat wystarczalności dostępnych aktualnie metod leczenia nietrzymania moczu. Najwięcej badanych uważa, że dostępne metody są wystarczające (42,9% wskazań). Podobny odsetek lekarzy (41,4% wskazań) jest przeciwnego zdania, argumentując to brakiem leków powodujących całkowite ustąpienie problemu. Najmniej respondentów (2,1% ogółu) zaznaczyło odpowiedź "Nie, gdyż przydatne byłyby inne formy leków".

Rysunek 68. Czy dostępne aktualnie metody leczenia nietrzymania moczu uważa Pani/Pan za wystarczające?



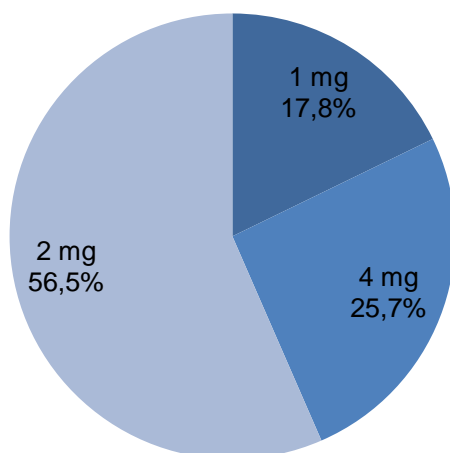
Pacjentki najczęściej przyjmują 2mg tolterodyny na dobę (52,9% wskazań) w momencie rozpoczęcia terapii. Dawkowanie 4mg na dobę wskazało 37,2% ankietowanych, a dawkowanie 1mg na dobę 9,9% respondentów.

Rysunek 69. Jak przedstawia się najczęściej dawkowanie tolterodyny (na dobę) w grupie Pani/Pana pacjentek (inicjacja terapii)?



Kolejne pytanie dotyczyło dawkowania tolterodyny w trakcie trwania terapii. Najwięcej osób zażywa dany lek w dawce 2 mg na dobę (56,5% ankietowanych). Dawkę 4mg na dobę albo 1 mg na dobę wskazało odpowiednio 25,7% albo 17,8% badanych.

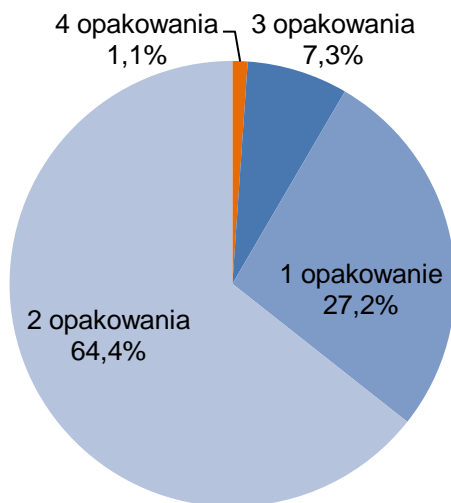
Rysunek 70. Jak przedstawia się najczęściej dawkowanie tolterodyny (na dobę) w grupie Pani/Pana pacjentek (kontynuacja terapii)?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

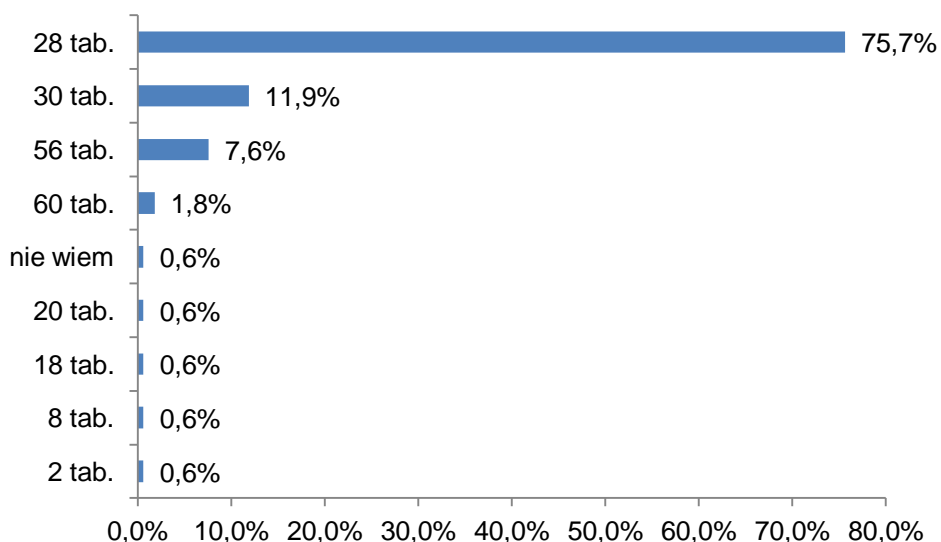
Pierwsza część pytania dotyczyła liczby opakowań leku przepisywanego na pierwszej receptycie. Najczęściej lekarze przepisują na pierwszej receptycie 2 opakowania leku (64,4% wskazań). 27,2% lekarzy przepisuje jedno opakowanie. Najrzadziej pacjenci otrzymują recepty na 4 opakowania leku (1,1% wskazań).

Rysunek 71. Jaka ilość opakowań leku przepisuje Pani/Pan zwykle na pierwszej receptycie?



Druga część pytania dotyczyła ilości tabletek w każdym opakowaniu. Najczęściej lekarze przepisują opakowania, w których znajduje się 28 tabletek (75,7% wskazań). Najrzadziej przepisywane są opakowania zawierające 2, 8 lub 18 tabletek (po 0,6% odpowiedzi).

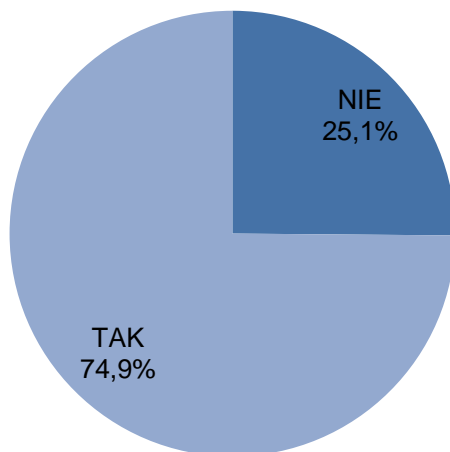
Rysunek 72. Jaka ilość tabletek/kapsułek leku przepisuje Pan/Pani zwykle na pierwszej wizycie?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

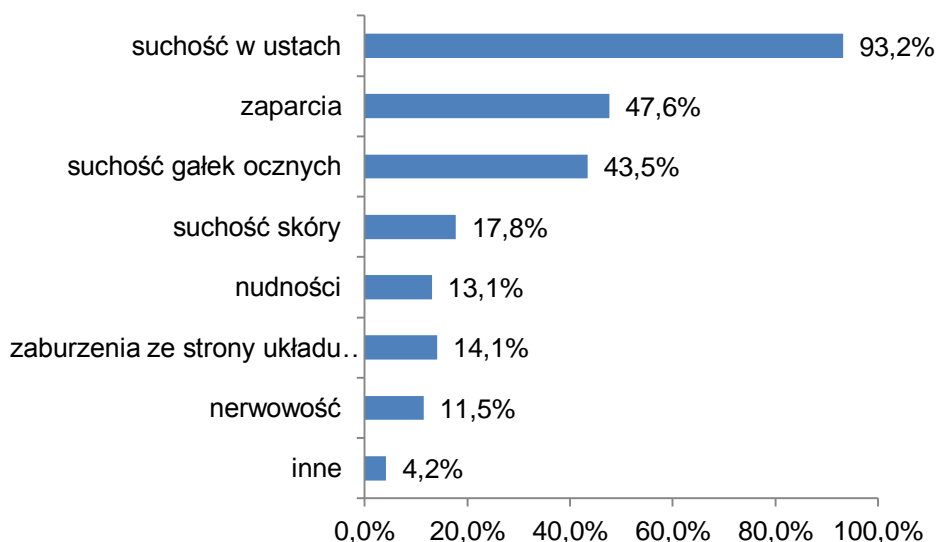
Według 74,9% lekarzy potrzebne jest opakowanie leku na terapię dłuższą niż jeden miesiąc. Pozostali ankietowani są przeciwnego zdania.

Rysunek 73. Czy w Pani/Pana opinii potrzebne jest opakowanie na terapię dłuższą niż miesięczna?



W następnym pytaniu lekarze wskazywali najbardziej dokuczliwe dla pacjentek działania niepożądane leków. Najczęstszym niepożądanym działaniem leku jest suchość w ustach – wskazało go 93,2% badanych. Często zdarzają się zaparcia (47,6% wskazań) oraz suchość gałek ocznych (43,5% wskazań). Najrzadziej pacjenci wskazywali nerwowość oraz inne działania niepożądane (odpowiednio 11,5% badanych oraz 4,2% badanych).

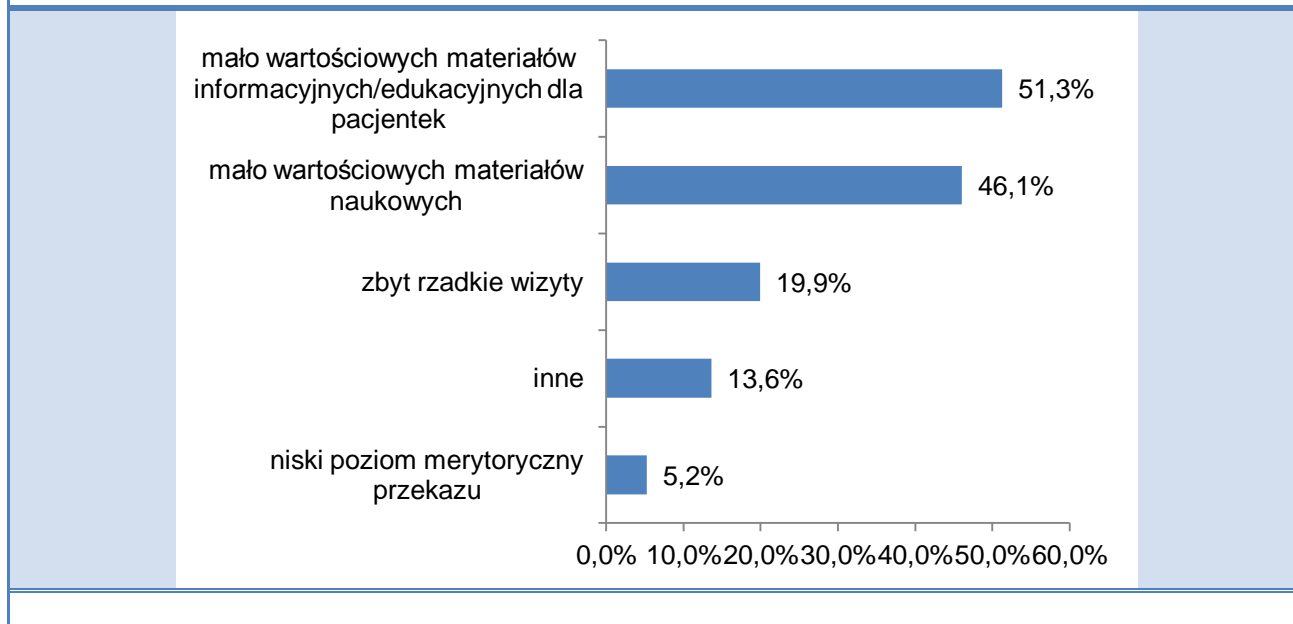
Rysunek 74. Jakie działanie niepożądane leków stosowanych w nietrzymaniu moczu jest najbardziej dokuczliwe dla Pani/Pana pacjentek?



OCZEKIWANIA WOBEC PRZEDSTAWICIELI FIRM FARMACEUTYCZNYCH

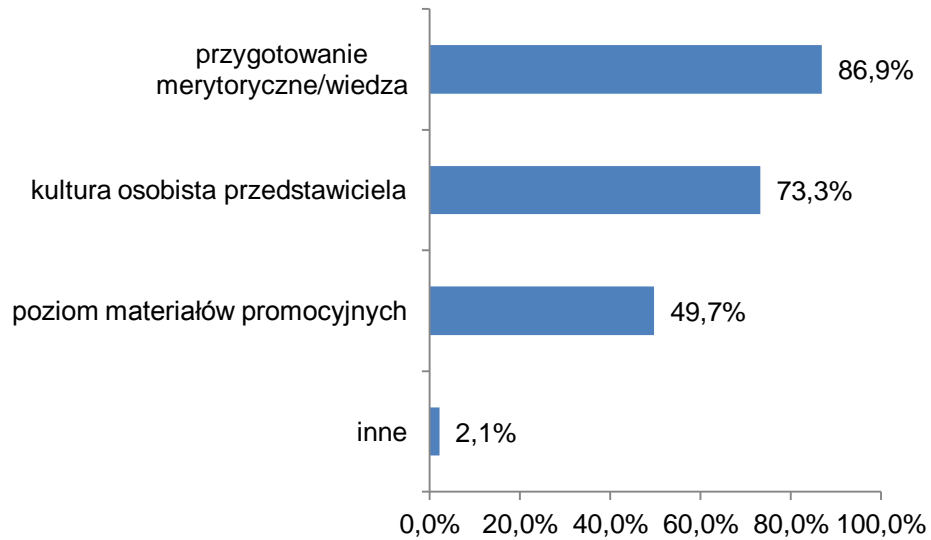
W pytaniu o niedociągnięcia w kontaktach z przedstawicielami firm farmaceutycznych, produkujących preparaty stosowane w schorzeniach ginekologicznych, 51,3% badanych stwierdziło, że jest zbyt mało wartościowych materiałów informacyjnych/edukacyjnych dla pacjentek. Istotnym niedociągnięciem okazała się niewielka liczba wartościowych materiałów naukowych (46,1% wskazań). Badani wskazali niski poziom merytoryczny przekazu jako najmniej ważne niedociągnięcie w kontaktach z przedstawicielami firm farmaceutycznych (5,2% wskazań).

Rysunek 75. Jakie widzi Pani/Pan niedociągnięcia w kontaktach z przedstawicielami firm farmaceutycznych produkujących preparaty stosowane w schorzeniach ginekologicznych?



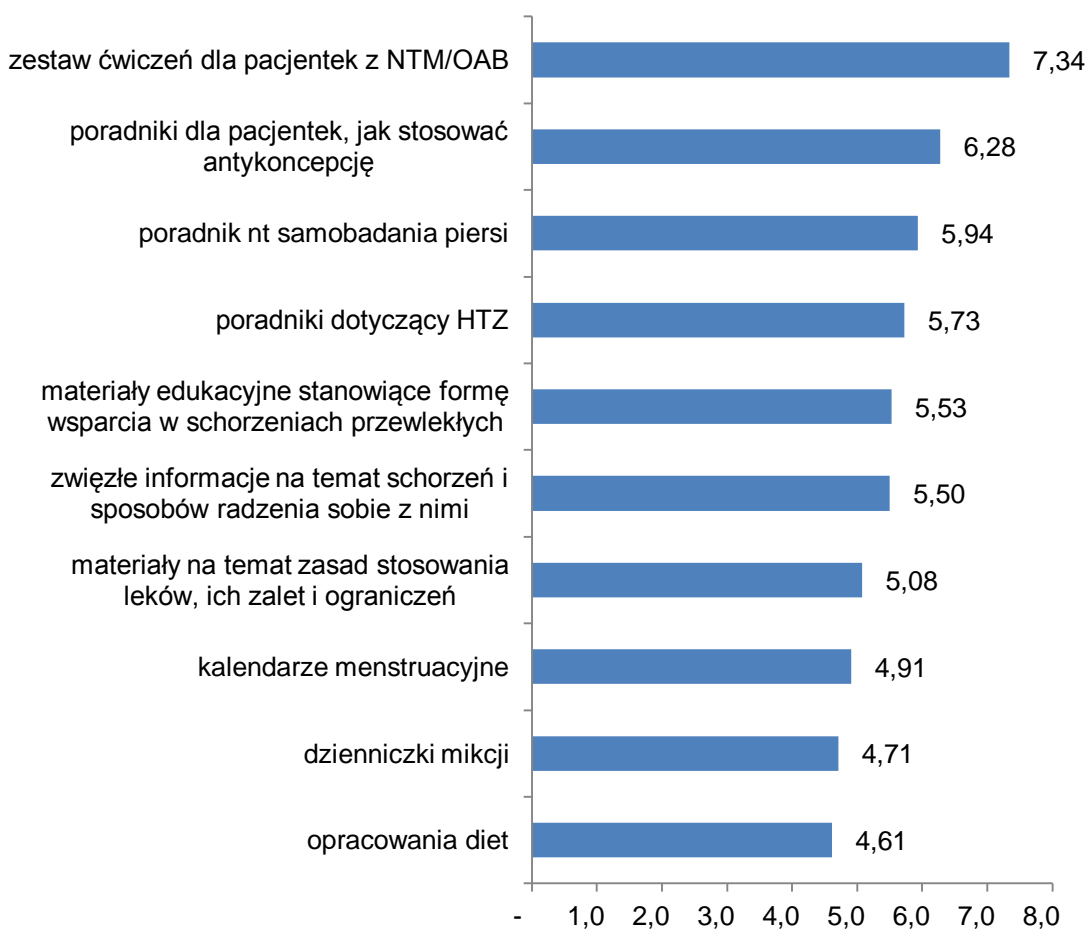
Najwyżej cenione we współpracy z przedstawicielami firm farmaceutycznych jest ich przygotowanie merytoryczne oraz wiedza (86,9% badanych). Istotna jest również kultura osobista przedstawiciela. Tego zdania jest 73,3% ankietowanych. Niecała połowa respondentów (49,7% wskazań) uważa, że poziom materiałów promocyjnych jest istotny we współpracy z firmą farmaceutyczną.

Rysunek 76. Co Pani/Pan uważa za istotne we współpracy z firmą farmaceutyczną?



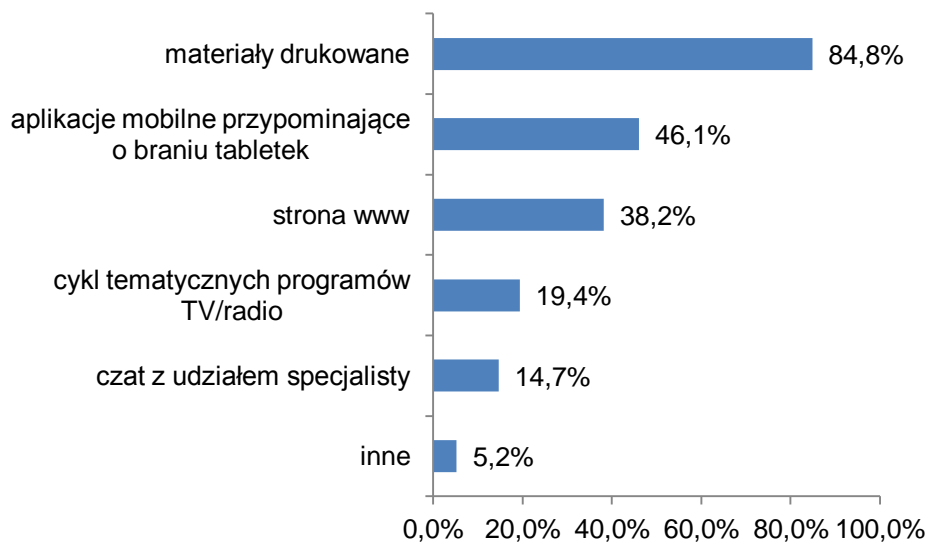
W następnym pytaniu lekarze oceniali formy pomocy ze strony firm farmaceutycznych w skali od 1 (najmniej istotne) do 10 (najważniejsze). Najbardziej przydatną formą pomocy dla pacjentek ze strony firm farmaceutycznych byłby zestaw ćwiczeń dla pacjentek z NTM/OAB (średnia wskaźnik 7,34). Najmniej przydatną formą współpracy byłyby opracowania diet (średnia 4,61).

Rysunek 77. Jaka forma pomocy ze strony firm farmaceutycznych byłaby najbardziej przydatna dla Pani/Pana pacjentek? (proszę uszeregować kolejno od najważniejszych do najmniej istotnych, gdzie jeden oznacza najmniej istotne)



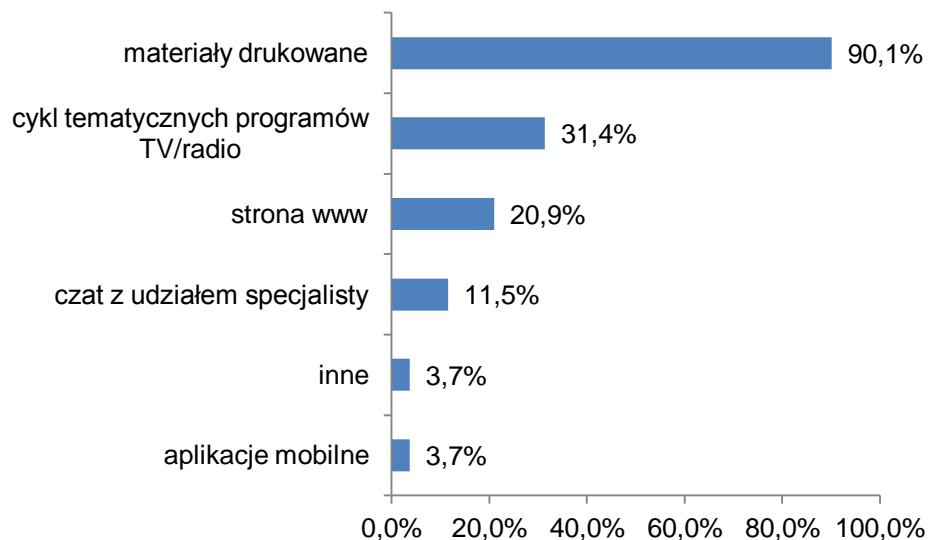
W pytaniu dotyczącym form przekazu zdaniem 84,8% lekarzy materiały drukowane mają najszersze zastosowanie w odniesieniu do grupy pacjentek stosujących antykoncepcję. Najmniejsze zastosowanie mają inne formy przekazu (5,2% wskazań).

Rysunek 78. Które formy przekazu Pani/Pana zdaniem mają najszersze zastosowanie w odniesieniu do grupy pacjentek stosujących antykoncepcję?



W pytaniu dotyczącym form przekazu zdaniem 90,1% lekarzy materiały drukowane mają najszersze zastosowanie w odniesieniu do grupy pacjentek z NTM/OAB. W omawianej grupie pacjentek aplikacje mobilne nie mają szerokiego zastosowania (3,7% wskazań).

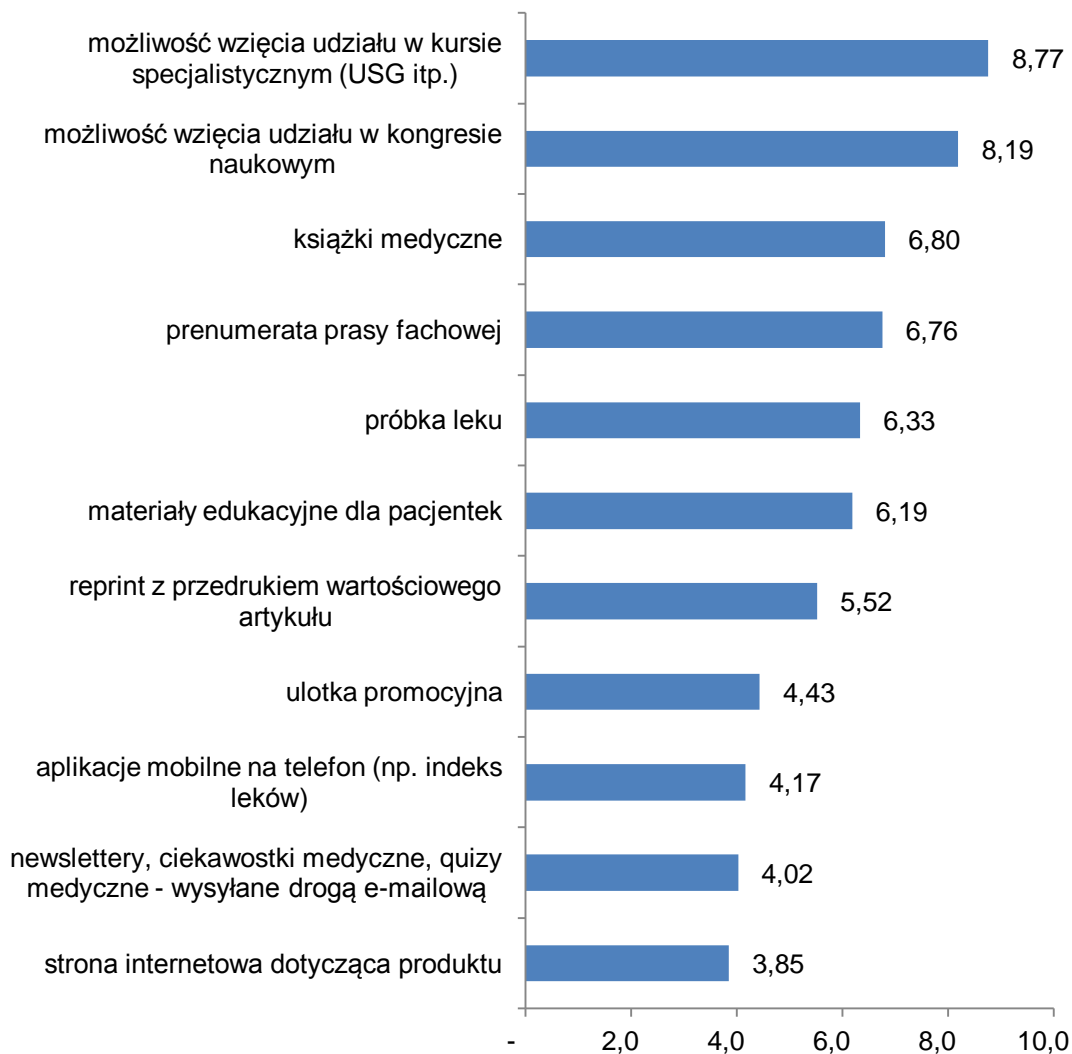
Rysunek 79. Które formy przekazu Pani/Pana zdaniem mają najszersze zastosowanie w odniesieniu do grupy pacjentek z NTM/OAB?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

W następnym pytaniu lekarze oceniali formy współpracy z firmami farmaceutycznymi w skali od 1 (najmniej ważne) do 11 (najistotniejsze). Możliwość wzięcia udziału w kursie specjalistycznym (USG itp.) jest najbardziej preferowaną formą współpracy z firmami farmaceutycznymi (średnia wskazań 8,77). Bardzo istotną formą współpracy jest również możliwość wzięcia udziału w kongresie naukowym (średnia 8,19). Najmniej ważna okazała się strona internetowa produktu (średnia ocena 3,85).

Rysunek 80. Którą formę współpracy z firmą farmaceutyczną preferuje Pani/Pan najbardziej? (proszę zaznaczyć kolejno od najistotniejszych do najmniej ważnych, gdzie jeden oznacza najmniej ważne)



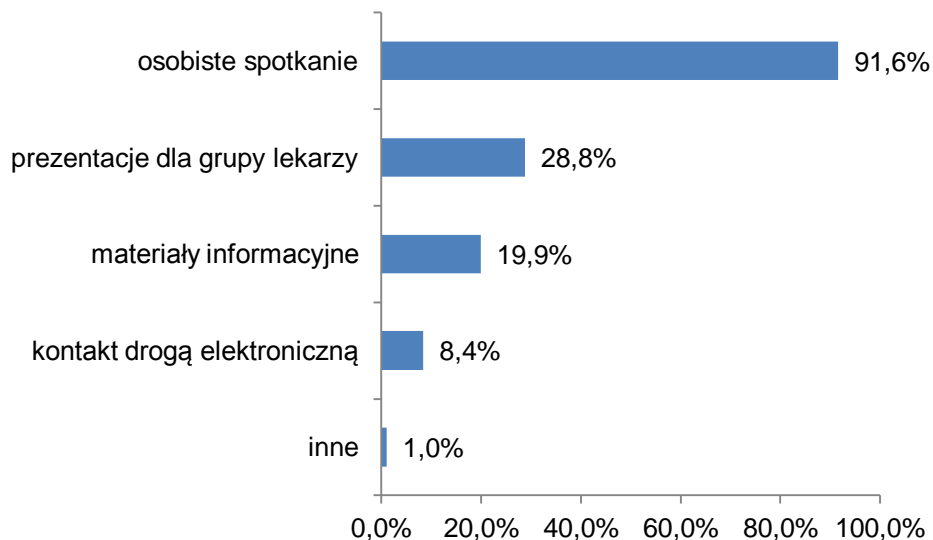
Głównymi tematami, które zdaniem lekarzy powinny stanowić treść spotkania informacyjnego z przedstawicielem firmy farmaceutycznej są: "nowy produkt" (77,0% wskazań), "aktualne wytyczne" (70,7% wskazań), "nowe wskazania do stosowania" (65,4% wskazań) oraz "zmiana ceny" (50,8% wskazań).

Rysunek 81. Jakie główne tematy powinny Pani/Pana zdaniem stanowić treść spotkania informacyjnego z przedstawicielem firmy farmaceutycznej?



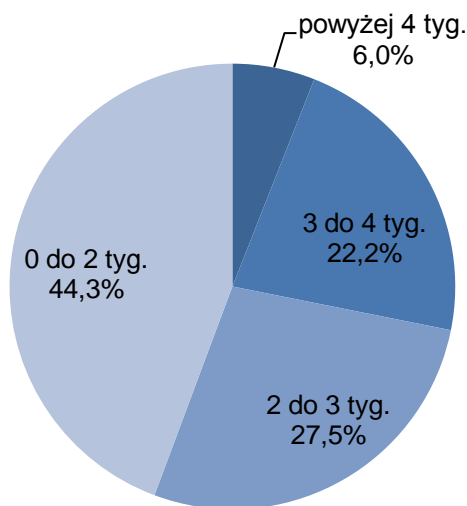
Zdaniem 91,6% badanych najbardziej optymalną formą przekazywania informacji jest osobiste spotkanie. Mało optymalny jest kontakt drogą elektroniczną (8,4% wskazań).

Rysunek 82. Jaka forma przekazywania informacji jest Pani/Pana zdaniem optymalna?



W pytaniu o częstość odbywania się wizyt przedstawicieli firm farmaceutycznej 44,3% ankietowanych stwierdziło, że wizyty powinny odbywać się regularnie nie częściej, niż co 2 tygodnie. Częstość wizyt od 2 do 3 tygodni albo od 3 do 4 tygodni wskazało odpowiednio 27,5% albo 22,2% ankietowanych. Dodatkowo 37,2% respondentów jest zdania, że wizyty przedstawicieli powinny odbywać się w chwili pojawienia się nowych danych/informacji (wartość obliczona na podstawie 191 obserwacji, brak danych stanowił 3,0% ogółu).

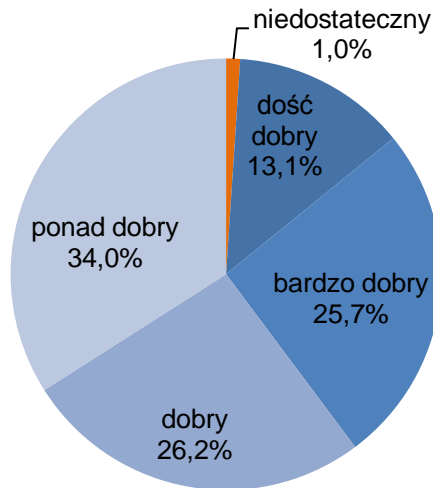
Rysunek 83. Jak często Pani/Pana zdaniem powinny odbywać się wizyty przedstawiciela firmy farmaceutycznej?



Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

W pytaniu o poziom merytoryczny informacji przekazywanych przez przedstawicieli podczas spotkań zrealizowanych w ciągu ostatniego kwartału 34,0% badanych ocenia go jako ponad dobry. Bardzo dobrą ocenę wystawiło 25,7% respondentów, natomiast dobrą ocenę poziomu merytorycznego informacji wystawiło 26,2% badanych.

Rysunek 84. Jak ocenia Pani/Pan poziom merytoryczny informacji przekazywanych przez przedstawicieli podczas spotkań zrealizowanych w ciągu ostatniego kwartału?



Bibliografia

Collet D. Modelling binary data. Chapman & Hall/CRC New York 2003. Chapter: Modelling data from epidemiological studies. p. 215-264.

Gourieroux Ch. Econometrics of qualitative dependent models. Cambridge University Press 2000.

Long J.S. Regression models for categorical and limited dependent variables. SAGE Publications, Inc. Thousand Oaks 1997.

Mason R., Lindt D. Statistical techniques in business and economics. IRWIN, Boston 1990.

McClave J., Benson P.G. Statistics for business and economics. Dellen Publishing Company, San Francisco 1988.

Ranter B. Statistical modeling and analysis for database marketing. Chapman & Hall/CRC 2003.

Strasser H. Mathematical theory of statistics. Berlin- New York 1985.

Walesiak M. Metody analizy danych marketingowych. PWN Warszawa 1996.

Spis rysunków i tabel

Spis rysunków

Rysunek 1. Staż pracy:	4
Rysunek 2. Miejsce pracy	5
Rysunek 3. Miejscowość, w której realizowane są porady	5
Rysunek 4. Ile pacjentek w ciągu przeciętnego tygodnia zgłasza się do Pani/Pana gabinetu?	6
Rysunek 5. Ile pacjentek w tej grupie jest w wieku rozrodczym (18-45)?	6
Rysunek 6. Ile Pani/Pana pacjentek aktualnie stosuje jakąkolwiek formę antykoncepcji?	7
Rysunek 7. Ile pacjentek z tej grupy stosuje doustne hormonalne środki antykoncepcyjne?	7
Rysunek 8. U ilu pacjentek z tej grupy po raz pierwszy zastosowała Pani/Pan doustną antykoncepcję?	8
Rysunek 9. U ilu pacjentek z tej grupy kontynuuje Pani/Pan stosowanie doustnej antykoncepcji?	8
Rysunek 10. U ilu pacjentek wdrożyła Pani/Pan antykoncepcję w ciągu ostatniego miesiąca?	9
Rysunek 11. U ilu Pani/Pana nowych pacjentek tygodniowo włączana jest doustna hormonalna antykoncepcja?	10
Rysunek 12. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom do 18 roku życia?	11
Rysunek 13. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom w wieku od 18 do 25 roku życia?	12
Rysunek 14. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom w wieku od 26 do 30 roku życia?	13
Rysunek 15. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom w wieku od 31 do 35 roku życia?	14
Rysunek 16. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom w wieku od 36 do 40 roku życia?	15
Rysunek 17. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom w wieku od 41 do 45 roku życia?	16
Rysunek 18. Jakie metody antykoncepcji proponuje Pani/Pan najczęściej pacjentkom w wieku powyżej 45 roku życia?	17
Rysunek 19. Z jakich powodów zmienia Pani/Pan doustny preparat antykoncepcyjny u swoich pacjentek (im mniejsza wartość, tym rzadziej uwzględniany powód)	18
Rysunek 20. Procent pacjentek, które w ciągu ostatniego miesiąca prosiły lekarza o zmianę preparatu doustnego ze względu na objawy/dolegliwości towarzyszące stosowaniu aktualnego	19
Rysunek 21. <i>Procent pacjentek, które w ciągu ostatniego miesiąca prosiły lekarza o zmianę preparatu doustnego ze względu na objawy/dolegliwości towarzyszące stosowaniu aktualnego</i>	20
Rysunek 22. Jeżeli lekarz stosował drospirenon, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?	21
Rysunek 23. Jeżeli lekarz stosował desogestrel, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?	21
Rysunek 24. Jeżeli lekarz stosował gestoden, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?	22
Rysunek 25. Jeżeli lekarz stosował dienogest, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?	22
Rysunek 26. Jeżeli lekarz stosował levonorgestrel, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?	24
Rysunek 27. Jeżeli lekarz stosował norgestimát, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?	24
Rysunek 28. Jeżeli lekarz stosował octan cyproteronu, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?	25
Rysunek 29. Jeżeli lekarz stosował octan norethisteronu, ale podjął decyzję o zamianie, to który progestagen wybiera najczęściej?	25
Rysunek 30. Preferowane metody antykoncepcji u pacjentek wyliczone na podstawie średniej (1-najmniej preferowana, 6-najbardziej preferowana)	26

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Rysunek 31. Jakie względy decydują o wyborze metody antykoncepcji? (na podstawie średniej, 1-najrzadziej występująca, 6-najczęściej występująca).....	27
Rysunek 32. Jakie względy decydują o wyborze progestagenu jako składnika tabletki? (na podstawie średniej, 1-najrzadziej uwzględniana, 6-najczęściej uwzględniana)	28
Rysunek 33. Jakie względy przemawiają najczęściej za zmianą tabletki antykoncepcyjnej na inną? (na podstawie średniej, 1-najmniej ważna, 6-najważniejsza)	29
Rysunek 34. Jak często wybiera Pan/Pani drospirenon w danej grupie wiekowej?	31
Rysunek 35. Jak często wybiera Pan/Pani desogestrel w danej grupie wiekowej?	31
Rysunek 36. Jak często wybiera Pan/Pani gestoden w danej grupie wiekowej?.....	32
Rysunek 37. Jak często wybiera Pan/Pani dienogest w danej grupie wiekowej?	32
Rysunek 38. Jak często wybiera Pan/Pani levonorgestrel w danej grupie wiekowej?	33
Rysunek 39. Jak często wybiera Pan/Pani norgestimát w danej grupie wiekowej?	33
Rysunek 40. Jak często wybiera Pan/Pani octan cyproteronu w danej grupie wiekowej?.....	35
Rysunek 41. Jakie działania podejmuje Pani/Pan standardowo przed włączeniem antykoncepcji doustnej? (na podstawie średniej, 1-najrzadziej podejmowana, 5-najczęściej podejmowana).....	36
Rysunek 42. Jakie substancje czynne stosuje Pan/Pani najczęściej przy rozpoczynaniu doustnej antykoncepcji, u młodych pacjentek (do 30 r.ż.)?.....	37
Rysunek 43. Jakie substancje czynne stosuje Pan/Pani najczęściej przy rozpoczynaniu doustnej antykoncepcji, u dojrzałych pacjentek (powyżej 30 r.ż.)?.....	39
Rysunek 44. Jakie substancje czynne stosuje Pani/Pan najczęściej w długotrwałej doustnej antykoncepcji?	40
Rysunek 45. Które progestageny stosuje Pani/Pan ze wskazań innych niż antykoncepcja?	42
Rysunek 46. Jaki odsetek Pani/Pana pacjentek postrzega określony schemat dawkowania jako optymalny?	43
Rysunek 47. Jaki udział % stanowią recepty na terapię 1-miesięczną i 3-miesięczną?	43
Rysunek 48. Jakie względy przemawiają za preskrypcją pojedynczego opakowania (miesięczna terapia)? - na podstawie średniej, 1-najmniej istotna, 6-najbardziej istotna	44
Rysunek 49. Jakie względy przemawiają za preskrypcją trójpaku (opakowanie 3 miesięczne, 3 blistry)? - na podstawie średniej, 1-najmniej istotna, 6-najbardziej istotna	45
Rysunek 50. Czy obecnie stosuje Pani/Pan opakowania 3-miesięczne?.....	45
Rysunek 51. Czy obecnie dostępne opakowania spełniają Pani/Pana oczekiwania?.....	47
Rysunek 52. Gdyby pojawiły się następne preparaty w postaci trójpaku, czy będzie Pani/Pan skłonna/y je zastosować?	48
Rysunek 53. Które progestageny powinny być według Pani/Pana dostępne w formie trójpaku?.....	49
Rysunek 54. Jakie problemy są najczęstszymi przeszkodami w zastosowaniu optymalnej antykoncepcji w Pani/Pana praktyce (na podstawie średniej, 1-najmniej istotny, 7-najbardziej istotny)?.....	50
Rysunek 55. Jakie właściwości stosowanych progestagenów są Pani/Pana zdaniem najistotniejsze w praktyce (na podstawie średniej, 1-najmniej istotny, 7-najbardziej istotny)?	51
Rysunek 56. Jaki odsetek (szacunkowo) reprezentują pacjentki w kolejnych przedziałach wieku?	53
Rysunek 57. Ile nowych pacjentek z tym problemem zgłosiło się do Pana/Pani w ostatnim kwartale?.....	54
Rysunek 58. Jakie dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu są najbardziej dokuczliwe w grupie Pani/Pana pacjentek?.....	55
Rysunek 59. Jakie substancje czynne preferuje Pani/Pan w leczeniu nietrzymania moczu - w celu rozpoczęcia terapii?	60
Rysunek 60. Jakie substancje czynne preferuje Pani/Pan w leczeniu nietrzymania moczu - kontynuacji leczenia?.....	61
Rysunek 61. Jakie czynniki przesądają o wyborze substancji czynnej?	61
Rysunek 62. Czy zapisy regulujące dostęp do leków refundowanych wpłynęły na ich stosowanie w grupie Pani/Pana pacjentek?.....	62
Rysunek 63. Jeśli TAK, to czy na obecnym poziomie cen i poziomie refundacji stosuje Pani/Pan preskrypcję leków?	62

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Rysunek 64. Czy ceny leków stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu są akceptowalne dla pacjentek?.....	63
Rysunek 65. Którą substancję czynną stosowałyby Pani/Pan najchętniej w grupie swoich pacjentek, gdyby nie było ograniczeń cenowych?	63
Rysunek 66. Czy u swoich pacjentek - o ile istnieją wskazania i potrzeba- stosuje Pani/Pan równocześnie leczenie nietrzymania moczu i doustną antykoncepcję?	65
Rysunek 67. Czy preferuje Pani/Pan wykonanie badań dodatkowych przed rozpoczęciem terapii?	65
Rysunek 68. Czy dostępne aktualnie metody leczenia nietrzymania moczu uważa Pani/Pan za wystarczające?.....	66
Rysunek 69. Jak przedstawia się najczęściej dawkowanie tolterodyny (na dobę) w grupie Pani/Pana pacjentek (inicjacja terapii)?.....	67
Rysunek 70. Jak przedstawia się najczęściej dawkowanie tolterodyny (na dobę) w grupie Pani/Pana pacjentek (kontynuacja terapii)?.....	67
Rysunek 71. Jaką ilość opakowań leku przepisuje Pani/Pan zwykle na pierwszej recepcie?.....	68
Rysunek 72. Jaką ilość tabletek/kapsułek leku przepisuje Pan/Pani zwykle na pierwszej wizycie?.....	68
Rysunek 73. Czy w Pani/Pana opinii potrzebne jest opakowanie na terapię dłuższą niż miesięczna?	69
Rysunek 74. Jakie działanie niepożądane leków stosowanych w nietrzymaniu moczu jest najbardziej dokuczliwe dla Pani/Pana pacjentek?	69
Rysunek 75. Jakie widzi Pani/Pan niedociągnięcia w kontaktach z przedstawicielami firm farmaceutycznych produkujących preparaty stosowane w schorzeniach ginekologicznych?	70
Rysunek 76. Co Pani/Pan uważa za istotne we współpracy z firmą farmaceutyczną?	71
Rysunek 77. Jaka forma pomocy ze strony firm farmaceutycznych byłaby najbardziej przydatna dla Pani/Pana pacjentek? (proszę uszeregować kolejno od najważniejszych do najmniej istotnych, gdzie jeden oznacza najmniej istotne).....	73
Rysunek 78. Które formy przekazu Pani/Pana zdaniem mają najszerze zastosowanie w odniesieniu do grupy pacjentek stosujących antykoncepcję?	74
Rysunek 79. Które formy przekazu Pani/Pana zdaniem mają najszerze zastosowanie w odniesieniu do grupy pacjentek z NTM/OAB?	74
Rysunek 80. Którą formę współpracy z firmą farmaceutyczną preferuje Pani/Pan najbardziej? (proszę zaznaczyć kolejno od najistotniejszych do najmniej ważnych, gdzie jeden oznacza najmniej ważne)	75
Rysunek 81. Jakie główne tematy powinny Pani/Pana zdaniem stanowić treść spotkania informacyjnego z przedstawicielem firmy farmaceutycznej?	76
Rysunek 82. Jaka forma przekazywania informacji jest Pani/Pana zdaniem optymalna?	77
Rysunek 83. Jak często Pani/Pana zdaniem powinny odbywać się wizyty przedstawiciela firmy farmaceutycznej?	77
Rysunek 84. Jak ocenia Pani/Pan poziom merytoryczny informacji przekazywanych przez przedstawicieli podczas spotkań zrealizowanych w ciągu ostatniego kwartału?	78

Spis tabel

Tabela 1. Definicje i oznaczenia	3
Tabela 2. Jakie skojarzenia progestagenu z określoną dawką estrogeny są przez Panią/Pana najczęściej stosowane? (etynyloestradiol – EE, walerianian estradiolu – E2V).....	35
Tabela 3. Jakie kombinacje substancji czynnych stosuje Pani/Pan najczęściej przy rozpoczynaniu doustnej antykoncepcji u pacjentek do 30. roku życia?	38
Tabela 4. Jakie kombinacje substancji czynnych stosuje Pani/Pan najczęściej przy rozpoczynaniu doustnej antykoncepcji u pacjentek powyżej 30. roku życia?.....	39
Tabela 5. Jakie kombinacje substancji czynnych stosuje Pani/Pan najczęściej w długotrwałej doustnej antykoncepcji? ..	41
Tabela 6. Jakie dawki progestagenów stosuje Pani/Pan ze wskazań innych niż antykoncepcja?	42
Tabela 7. Jeżeli stosuje Pani/Pan trójpaki, jaki jest to produkt?	46
Tabela 8. Jak Pana/Pani zdaniem będzie wyglądać antykoncepcja w przyszłości?.....	52

Zachowania terapeutyczne lekarzy dotyczące antykoncepcji, problemu nietrzymania moczu i prowadzących hormonalną terapię zastępczą

Tabela 9. Schorzenia dodatkowe najczęściej współistniejące z problemem nietrzymania moczu.	56
Tabela 10. Schorzenia dodatkowe najczęściej współistniejące z problemem nietrzymania moczu cd.	57
Tabela 11. Schorzenia dodatkowe najczęściej współistniejące z problemem nietrzymania moczu cd.	58
Tabela 12. Schorzenia dodatkowe najczęściej współistniejące z problemem nietrzymania moczu cd.	59