

Kompetencje pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej w polskim systemie opieki medycznej

Competence of nurses in health education in the Polish system of medical care

Małgorzata Pabiś¹, Barbara Ślusarska¹, Mirosław J. Jarosz², Danuta Zarzycka¹,
Beata Dobrowolska¹, Agnieszka Brzozowska³

¹ Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Zakład Metod Informatycznych i Epidemiologicznych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Barbara Ślusarska
Katedra Rozwoju Pielęgniarstwa
Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
Aleje Raławskie 1
20-059 Lublin
e-mail: basiaslusarska@gmail.com
tel. (081) 528-88-95

STRESZCZENIE

KOMPETENCJE PIELĘGNIAREK W ZAKRESIE EDUKACJI ZDROWOTNEJ W POLSKIM SYSTEMIE OPIEKI MEDYCZNEJ

Wstęp. Zakłady opieki zdrowotnej są powołane do realizacji świadczeń medycznych głównie diagnostyczno–lecniczych, profilaktycznych, rehabilitacyjnych, pielęgnacyjnych a także edukacyjnych. Ustawowy obowiązek edukacji pacjenta przypisany jest zawodom lekarza, pielęgniarki i położnej.

Cel pracy. Celem pracy jest ukazanie poziomu i uwarunkowań kompetencji pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej pacjentów w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Materiał i metodyka. Badania przeprowadzono w grupie 245 pielęgniarek pracujących zawodowo. Materiał badawczy zbierano przy użyciu ankiety własnego autorstwa, a uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej.

Wyniki. Większość badanych pielęgniarek wskazuje na częste podejmowanie działań edukacyjnych wobec pacjentów, a średni czas jej realizacji zazwyczaj trwa około 15–20 minut. W zdecydowanej większości pielęgniarki wskazują siebie jako osoby prowadzące edukację.

Wnioski. Pielęgniarki oceniają swoje przygotowanie do prowadzenia edukacji bardzo dobrze i stosują głównie rozmowę jako metodę prowadzenia edukacji pacjenta. W trakcie edukacji zdrowotnej respondenci najczęściej wspomagają się dostępnymi ulotkami i broszurkami.

Słowa kluczowe:

edukacja zdrowotna, przygotowanie pielęgniarek, świadczenia edukacyjne

ABSTRACT

COMPETENCE OF NURSES IN HEALTH EDUCATION IN THE POLISH SYSTEM OF MEDICAL CARE

Introduction. Health care units are created to provide medical services, mainly those diagnostic and treatment, prophylactic, rehabilitation, nursing, as well as education. The statutory obligation to patients education is assigned to professions of physician, nurse and midwife.

Objective. The objective of the study is to present the scope of the preparation of nurses for health education of patients in the Polish health care system.

Material and methods. The study comprised 245 professionally active nurses. The research material was collected by means of especially designed questionnaire form, and the results obtained were subject to statistical analysis.

Results. The majority of the nurses in the study reported the frequent undertaking of actions with respect to patients, those actions usually lasting for 15-20 minutes. The greatest number of nurses indicated themselves as being responsible for education.

Conclusions. Nurses rated their preparation for carrying out education in very positive terms, and applied mainly conversation as the method of patient education. In the course of health education the respondents most often made use of the folders and brochures available.

Key words:

health education, preparation of nurses, educational services

WSTĘP

Edukacja zdrowotna wymaga działań międzysektorowych i interdyscyplinarnych ze względu na złożoność problematyki i umiejętności wymagane od osób odpowiedzialnych za ich prowadzenie [1]. W sferze ochrony zdrowia należy do działań obligatoryjnych, zarówno w odniesieniu do zadań zawodowych lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, dietetyka, psychologa oraz każdego innego członka zespołu terapeutycznego zajmującego się pacjentem lub jego rodziną. Edukacja zdrowotna pacjenta, w szczególności przewlekłe chorego, jest elementem postępowania terapeutycznego i powinna towarzyszyć wszystkim etapom diagnozowania, leczenia i pielęgnowania, dzięki czemu ułatwia pacjentom podejmowanie świadomych decyzji dotyczących procesu opiekuńczo-terapeutycznego [1].

Edukacja zdrowotna, jako zadanie pielęgniarki, jest jedną z form opieki nad pacjentem. Jest procesem, którego „treścią jest przygotowanie podopiecznego do współpracy w procesie pielęgnowania, leczenia i rehabilitacji oraz do świadczenia opieki nieprofesjonalnej, przygotowanie do samopielęgnowania i samoopieki” [2]. Pielęgniarki realizując edukację zdrowotną, koncentrują się przede wszystkim na kształtowaniu indywidualnych zachowań zdrowotnych człowieka zdrowego, zagrożonego chorobą lub chorego. Stąd też cele i treści edukacji zdrowotnej są ukierunkowane na zdrowie, czynniki ryzyka lub chorobę [3].

Andragogika jest nauką, zajmującą się analizą i opisem rzeczywistości oświatowej w środowisku osób dorosłych oraz jej uwarunkowaniami. Jest, zatem nauką praktyczną i normatywną określającą skuteczność i prawidłowość postępowania edukacyjnego wśród dorosłych. Z andragogiką ściśle powiązana jest pedeutologia, zajmująca się nauczycielem jako dorosłym uczestnikiem procesów edukacyjnych oraz formami aktywności nauczyciela w procesie samokształcenia i doskonalenia [4]. Te dwa dopełniające się zagadnienia, a mianowicie: pacjent – jako odbiorca treści edukacyjnych oraz pielęgniarka – jako edukator korespondują z poruszaną w pracy problematyką, dotyczącą przygotowania pielęgniarek do edukacji zdrowotnej pacjenta, zakresu wykorzystywanych form i metod kształcenia, oraz relacji pielęgniarka – pacjent, a także zachowań pacjenta w trakcie edukacji.

Działania podejmowane w ramach edukacji zdrowotnej umożliwiają człowiekowi/pacjentowi nabycie wiedzy i umiejętności niezbędnych do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia. Człowiek rozwija się przez całe życie, również w zakresie nabywania umiejętności radzenia sobie z problemami dotyczącymi zdrowia, stąd edukacja zdrowotna stanowi długotrwały proces i wchodzi płynnie w kontinuum zmieniających się stanów zdrowia - choroby, jako stały element wszystkich wymiarów bytu człowieczego [5].

To, w jaki sposób i w jakim stopniu edukator realizuje swoje zadania, zależy od posiadanych przez niego kompetencji, które Roberts określa jako „wszystkie związane z pracą cechy osobowości, wiedza, umiejętności i wartości, na których bazuje dana osoba, aby dobrze wykonać powierzoną jej pracę” [6].

Edukacja pacjenta przynosi wymierne korzyści zarówno w sferze medycznej jak i społecznej, pomagając pacjentom w radzeniu sobie z problemami zdrowotnymi, wpływając dodatnio na satysfakcję, samopoczucie i proces powrotu do zdrowia [6,7]. Z tego powodu edukacja zdrowotna uznawana jest za element warunkujący jakość opieki medycznej [8].

Rodzi się zatem pytanie, problem badawczy, jakie są kompetencje pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej w polskim systemie opieki medycznej?

CEL PRACY

Celem pracy jest zbadanie poziomu i uwarunkowań kompetencji pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej pacjentów w polskim systemie opieki medycznej.

Dla osiągnięcia celu pracy postawiono następujące pytania badawcze:

1. jaka jest częstotliwość prowadzenia przez pielęgniarki edukacji zdrowotnej i czasu poświęcanego na edukację?;
2. jakie pomoce dydaktyczne i metody są stosowane przez pielęgniarki w trakcie edukacji?;
3. jaka jest samoocena przygotowania pielęgniarek do prowadzenia edukacji zdrowotnej?;
4. jaki jest zakres działań edukacyjnych w stosunku do deficytów wiedzy i umiejętności oraz postaw osób edukowanych?;
5. czy i kompetencje edukacyjne pielęgniarek są zależne od następujących determinant demograficznych i społeczno-zawodowych: wykształcenie, miejsce zamieszkania, miejsce pracy, staż pracy w zawodzie, zajmowane stanowisko oraz doskonalenie zawodowe?.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

Grupą badaną było 245 pielęgniarek, pracujących czynnie zawodowo, które uzupełniały swoje kwalifikacje w ramach studiów pomyślowych oraz specjalizacji zawodowych. Badania przeprowadzono na początku (luty i marzec) 2008 roku. Materiał zbierano metodą sondażu diagnostycznego przy użyciu kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. Kwestionariusz zawierał 25 pytań, z czego 8 dotyczyło zmiennych niezależnych (płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, miejsce pracy, zajmowane stanowisko, doskonalenie zawodowe, staż pracy w zawodzie), a pozostałe 17 pytań dotyczyło badanych zmiennych zależnych, z których na potrzeby niniejszego opracowania wykorzystano 11 pytań dotyczących: częstości i czasu prowadzenia działań edukacyjnych; pomocy dydaktycznych i metod stosowanych przez pielęgniarki w trakcie edukacji; przygotowania własnego edukatorów do prowadzenia edukacji; zakresu działań edukacyjnych, ocenę deficytów wiedzy i umiejętności oraz reakcji osób edukowanych na działania edukacyjne.

Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Do analizy włączono wszystkie 245 ankiet. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Analizowane zmienne oceniono przy pomocy liczności i odsetka. Do wykrycia

istnienia zależności użyto testu chi-kwadrat (χ^2). W testach przyjęto 5% błąd wnioskowania, czyli poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotności statystycznej. Analizy przeprowadzono przy pomocy oprogramowania STATISTICA v. 8.0 (StatSoft).

Charakterystyka grupy badanej

Badania przeprowadzono wśród 245 czynnych zawodowo pielęgniarek, z czego 96,74% ($n=237$) to kobiety, a 3,26% ($n=8$) to mężczyźni. Rozpiętość wiekowa badanych mieściła się w granicach od 20 do 55 lat.

Respondenci w większości ukończyli Medyczne Studium Zawodowe (MSZ) (42,45%; $n=104$). Liceum medyczne ukończyło 26,12% respondentów ($n=64$). Natomiast uczelnię wyższą ukończyło 77 osób (31,43%), z czego 69–licencjat pielęgniarstwo, 6 osób–studia magisterskie pielęgniarstwo, a 2 osoby inne studia wyższe (pedagogiczne). Do dalszej analizy statystycznej połączono grupy: licencjat, studia magisterskie pielęgniarstwo i inne studia wyższe. Badane osoby mieszkały głównie w miastach (62,85%; $n=154$), natomiast 37,15% ($n=91$) to mieszkańcy wsi.

Większość osób z badanej grupy (57,55%; $n=141$) pracowała w oddziałach szpitalnych, 19,59% ($n=48$) w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), a tylko 9,39% ($n=23$) w oddziałach klinicznych. Natomiast pozostałe 13,47% ($n=33$) osób pracowało w innych placówkach świadczących opiekę medyczną (w tym: w domach pomocy społecznej (DPS) $n=10$; hospicjach $n=6$; zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL) $n=3$; w innych zakładach opieki długoterminowej $n=3$). Najczęściej zajmowanym przez respondentów stanowiskiem było stanowisko pielęgniarki odcinkowej (68,57%; $n=168$), natomiast pielęgniarek oddziałowych było 7,34% ($n=18$). Pozostałe pielęgniarki (24,08%; $n=58$) pracowały na innych stanowiskach pielęgniarstwa, takich jak: pielęgniarki zabiegowe, opatrunkowe, punktu szczepień, instrumentariuszki. Najwięcej ankietowanych miało ukończone tylko kursy kwalifikacyjne (30,61%; $n=75$), natomiast kursy kwalifikacyjne i kursy specjalistyczne ukończyło 20% ($n=49$) pielęgniarek. Znaczna liczba respondentów (25,30%; $n=62$) nie ukończyła żadnych kursów ani specjalizacji. Najdłuższy staż pracy wśród badanej grupy pielęgniarek wynosił 32 lata, natomiast najkrótszy 1 rok. Szczegółowy opis cech demograficznych i społeczno-zawodowych badanej grupy przedstawia tabela 1.

■ Tab. 1. Cechy demograficzne i społeczno-zawodowe badanej grupy.

Zmienne niezależne	Kategorie	Liczebność (n)	Procent (%)
Płeć	Kobieta	237	96,74
	Mężczyzna	8	3,26
Wiek	20–30	25	10,20
	31–35	58	23,68
	36–40	85	34,69
	41 i 45	52	21,23
	46 i więcej	25	10,20
Wykształcenie	Liceum Medyczne	64	26,12
	Medyczne Studium Zawodowe	104	42,45
	Uczelnia wyższa	77	31,43
Miejsce zamieszkania	Miasto	154	62,85
	Wieś	91	37,15
Miejsce pracy	POZ	48	19,59
	Oddział szpitalny	141	57,55
	Oddział kliniczny	23	9,39
	Inne	33	13,47
Zajmowane stanowisko	Pielęgniarka odcinkowa	168	68,57
	Pielęgniarka oddziałowa	18	7,34
	Inne stanowisko pielęgniarstwa	59	24,08
Doskonalenie zawodowe	Kursy kwalifikacyjne	75	30,61
	Kursy specjalistyczne	25	10,21
	Specjalizacje	34	13,87
	Kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne	49	20,00
	Brak kursów i specjalizacji	62	25,30
Staż pracy	1–5	30	12,25
	6–10	39	15,92
	11–15	60	24,49
	16–20	59	24,08
	21 i więcej	57	23,26

WYNIKI BADAŃ

Uzyskane wyniki badań przedstawiono w kolejności zgodnej z przedstawioną wyżej listą pytań badawczych.

Podjęmowanie działań edukacyjnych wobec pacjentów, ich rodzin oraz osób zdrowych, w badanej grupie pielęgniarek, jako „często” wybrało 45,72% (n=112). W kategorii „bardzo często”, również znaczna liczba respondentów (36,74%; n=90) była edukatorami dla swoich pacjentów. Natomiast „rzadko” edukację zdrowotną podejmowało 17,55% (n=43) osób. Z analizy wyników badań można jednak stwierdzić, że ankietowane pielęgniarki na prowadzenie edukacji zdrowotnej przeznaczały najczęściej jedynie 15–20 minut (43,26%; n=106), a tylko 10,21% (n=25) deklaroowało, że edukowało podopiecznych przez 50–60 minut w ciągu swojego dyżuru 12 godzinnego. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności pomiędzy cechami demograficznymi i społeczno-zawodowymi badanej grupy a częstotliwością prowadzenia edukacji. Stwierdzono natomiast istotne statystycznie zależności dotyczące miejsca pracy i zajmowanego stanowiska w odniesieniu do czasu poświęconego na realizację edukacji pacjenta (tab. 2). Pielęgniarki odcinkowe, w porównaniu do pielęgniarek oddziałowych i grupy opisanej jako inne (pielęgniarki instrumentariuszki, zabiegowe, punktu szczepień, opatrunkowe) poświęcały więcej czasu na edukację pacjenta (p=0,03). Pielęgniarki pracujące w oddziałach szpitalnych poświęcają więcej czasu na edukację pacjenta w porównaniu z pielęgniarkami zatrudnionymi w POZ i oddziałach klinicznych (p=0,04).

Zdaniem respondentów, edukacja zdrowotna najczęściej podejmowana jest wobec osób chorych (88,98%; n=218), rodzin pacjentów (69,79%; n=171) oraz w niewielkim stopniu wobec osób zdrowych (24,48%; n=60). W żadnej z grup odbiorców nie stwierdzono zależności pomiędzy częstością podejmowanych działań edukacyj-

nych a wykształceniem, miejscem zamieszkania i doskonaleniem zawodowym. Stwierdzono natomiast istotne statystycznie zależności w zakresie zmiennej miejsce pracy a grupami odbiorców treści edukacyjnych: osób zdrowych (p=0,00001); pacjentów (p=0,01); oraz rodzin pacjenta (p=0,004), a także zależność zajmowanego stanowiska w odniesieniu do grupy osób zdrowych (p=0,0002) i rodziny pacjenta (p=0,02), co zapewne wynika z częstotliwości spotykania odbiorców świadczeń w danym miejscu pracy pielęgniarek i na danym stanowisku. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 3.

W opinii badanej grupy, osobami, które najczęściej prowadzą edukację w ich miejscu pracy są właśnie pielęgniarki (94,28%; n=231). Ponad połowa (46,53%; n=114) wskazuje na lekarzy. Znacznie rzadziej w opinii badanych edukację prowadzą fizjoterapeuci (15,92%; n=39), dietetycy (10,21%; n=25) oraz psychoterapeuci (9,39%; n=23). A w najmniejszym stopniu edukacja prowadzona jest przez studentów (3,26%; n=8). Wykształcenie badanych osób determinowało statystycznie istotne wskazywanie lekarzy (p=0,001) i dietetyków (p=0,03) jako osób, które w miejscu pracy prowadzą edukację zdrowotną. Podobnie, miejsce pracy badanych osób determinowało statystycznie istotnie częstsze wskazywanie pielęgniarek (p=0,04) i dietetyczek (p=0,003) jako edukatorów swoich klientów. Także zajmowane przez respondentów stanowisko wpływało istotnie statystycznie na uznawanie grupy zawodowej dietetyków (p=0,04) jako edukatorów. Szczegółowe wyniki tej analizy zawiera tabela 4.

W opinii badanych pielęgniarek, edukację zdrowotną pacjentów, w zdecydowanej większości, powinna prowadzić pielęgniarka (91,83%; n=225). Ankietowani uważają, że powinni to robić również lekarze (74,28%; n=182), dietetycy (52,24%; n=128), psycholog (47,34%; n=116), a także media (44,48%; n=109). Rzadziej wymieniano firmy farmaceutyczne (13,87%; n=34). Zwraca uwagę, że

Tab. 2. Wybrane zmienne a częstotliwość prowadzenia edukacji pacjenta.

Opis grup badanych	Opis działań	Jak często podejmuje Pani/Pan edukację zdrowotną wobec pacjenta?	Jaką część czasu w ciągu dyżuru (8–godz.) poświęca Pani/Pan na edukację zdrowotną?
Wykształcenie		$\chi^2=6,96$ p=0,13 df=4	$\chi^2=5,80$ p=0,45 df=6
Miejsce zamieszkania		$\chi^2=0,13$ p=0,94 df=2	$\chi^2=7,68$ p=0,05 df=3
Miejsce pracy		$\chi^2=1,91$ p=0,92 df=6	$\chi^2=18,59$ p=0,03 df=9
Zajmowane stanowisko		$\chi^2=7,87$ p=0,10 df=4	$\chi^2=13,60$ p=0,04 df=6
Doskonalenie zawodowe		$\chi^2=7,05$ p=0,54 df=8	$\chi^2=10,88$ p=0,53 df=12
Staż pracy		t=0,78 p=0,46	t=1,01 p=0,32

■ Tab. 3. Wybrane zmienne charakteryzujące badaną grupę, a grupy odbiorców.

Opis grup badanych	Opis działań	Wśród jakich osób prowadzi Pani/Pan edukację zdrowotną?		
		zdrowych	pacjentów	rodziny pacjenta
Wykształcenie		$\chi^2=0,05$ $p=0,98$ $df=2$	$\chi^2=0,93$ $p=0,63$ $df=2$	$\chi^2=0,02$ $p=0,98$ $df=2$
Miejsce zamieszkania		$\chi^2=0,15$ $p=0,69$ $df=1$	$\chi^2=1,64$ $p=0,21$ $df=1$	$\chi^2=0,02$ $p=0,89$ $df=1$
Miejsce pracy		$\chi^2=25,35$ $p=0,00001$ $df=3$	$\chi^2=11,49$ $p=0,01$ $df=3$	$\chi^2=8,36$ $p=0,04$ $df=3$
Zajmowane stanowisko		$\chi^2=17,09$ $p=0,0002$ $df=2$	$\chi^2=0,53$ $p=0,77$ $df=2$	$\chi^2=7,62$ $p=0,02$ $df=2$
Doskonalenie zawodowe		$\chi^2=6,25$ $p=0,18$ $df=4$	$\chi^2=4,77$ $p=0,31$ $df=4$	$\chi^2=4,80$ $p=0,31$ $df=4$

■ Tab. 4. Wybrane zmienne charakteryzujące badaną grupę, a grupy edukatorów.

Opis grup badanych	Opis działań	Kto w miejscu Pani/Pana pracy prowadzi edukację zdrowotną pacjenta?					
		pielęgniarki	lekarze	dietetyczki	psychoterapeuci	fizjoterapeuci	studenci
Wykształcenie		$\chi^2=0,99$ $p=0,60$ $df=2$	$\chi^2=12,69$ $p=0,001$ $df=2$	$\chi^2=6,89$ $p=0,03$ $df=2$	$\chi^2=0,16$ $p=0,92$ $df=2$	$\chi^2=0,48$ $p=0,78$ $df=2$	$\chi^2=1,47$ $p=0,47$ $df=2$
Miejsce zamieszkania		$\chi^2=0,01$ $p=0,90$ $df=1$	$\chi^2=0,008$ $p=0,93$ $df=1$	$\chi^2=0,99$ $p=0,32$ $df=1$	$\chi^2=0,05$ $p=0,83$ $df=1$	$\chi^2=0,03$ $p=0,85$ $df=1$	$\chi^2=0,52$ $p=0,47$ $df=1$
Miejsce pracy		$\chi^2=8,45$ $p=0,04$ $df=3$	$\chi^2=5,99$ $p=0,12$ $df=3$	$\chi^2=13,78$ $p=0,003$ $df=3$	$\chi^2=5,03$ $p=0,16$ $df=3$	$\chi^2=6,26$ $p=0,09$ $df=5,73$	$\chi^2=3,81$ $p=0,28$ $df=3$
Zajmowane stanowisko		$\chi^2=1,23$ $p=0,54$ $df=2$	$\chi^2=4,63$ $p=0,09$ $df=2$	$\chi^2=6,44$ $p=0,04$ $df=2$	$\chi^2=2,52$ $p=0,28$ $df=2$	$\chi^2=5,73$ $p=0,06$ $df=2$	$\chi^2=3,80$ $p=0,16$ $df=2$
Doskonalenie zawodowe		$\chi^2=6,68$ $p=0,16$ $df=4$	$\chi^2=2,58$ $p=0,63$ $df=4$	$\chi^2=5,21$ $p=0,26$ $df=4$	$\chi^2=2,27$ $p=0,68$ $df=4$	$\chi^2=1,80$ $p=0,77$ $df=4$	$\chi^2=5,26$ $p=0,27$ $df=4$

w przypadku roli lekarzy jako edukatorów statystycznie istotne zróżnicowanie poglądów zależało od wykształcenia ($p=0,0005$), od miejsca pracy ($p=0,01$) oraz od odbytego doskonalenia zawodowego ($p=0,03$) respondentów. W szczególności, pielęgniarki z wykształceniem średnim (po MSZ) (82,69%; $n=86$); pracujące w szpitalu (76,60%; $n=108$) oraz te które ukończyły kursy kwalifikacyjne (64,00%; $n=48$) uważały, że edukatorami powinni być lekarze. Statystycznie istotny ($p=0,004$) był wpływ zajmowanego stanowiska grupy pielęgniarek odcinkowych (37,50%; $n=63$) wyrażających na pogląd w tej kwestii, delegowania odpowiedzialności za edukację zdrowotną

na środki masowego przekazu. W tabeli nr 5 zawarte są szczegółowe wyniki omawianego zagadnienia.

Respondenci oceniają swoje przygotowanie do prowadzenia edukacji pacjenta bardzo dobrze (79,59%; $n=195$), a 20,41% ($n=50$) tę umiejętność ocenia dostatecznie. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności w zakresie oceny swego przygotowania do prowadzenia edukacji zdrowotnej od żadnej z determinant demograficznych i społeczno-zawodowych (tabela 6).

Do przeprowadzenia edukacji z pacjentem, ankietowani przygotowują się najczęściej poprzez samokształcenie – czytanie fachowej literatury (81,63%; $n=200$) oraz uczest-

■ Tab. 5. Wybrane zmienne a osoby, które powinny prowadzić edukację zdrowotną

Opis grup badanych	Opis działań					
	Kto Pani/Pana zdaniem <u>powin</u> prowadzić edukację zdrowotną?					
	pielęgniarka	lekarz	dietetyczka	firmy farmaceutyczne	psycholog	środki masowego przekazu
Wykształcenie	$\chi^2=4,79$ $p=0,09$ $df=2$	$\chi^2=14,94$ $p=0,0005$ $df=2$	$\chi^2=3,84$ $p=0,14$ $df=2$	$\chi^2=1,39$ $p=0,50$ $df=2$	$\chi^2=3,18$ $p=0,20$ $df=2$	$\chi^2=3,01$ $p=0,23$ $df=2$
Miejsce zamieszkania	$\chi^2=0,07$ $p=0,79$ $df=1$	$\chi^2=0,04$ $p=0,86$ $df=1$	$\chi^2=0,03$ $p=0,88$ $df=1$	$\chi^2=1,92$ $p=0,16$ $df=1$	$\chi^2=0,30$ $p=0,58$ $df=1$	$\chi^2=0,43$ $p=0,51$ $df=1$
Miejsce pracy	$\chi^2=3,47$ $p=0,32$ $df=3$	$\chi^2=11,22$ $p=0,01$ $df=3$	$\chi^2=5,22$ $p=0,15$ $df=3$	$\chi^2=0,36$ $p=0,94$ $df=3$	$\chi^2=2,20$ $p=0,53$ $df=3$	$\chi^2=6,47$ $p=0,10$ $df=3$
Zajmowane stanowisko	$\chi^2=1,88$ $p=0,40$ $df=2$	$\chi^2=0,56$ $p=0,76$ $df=2$	$\chi^2=1,41$ $p=0,49$ $df=2$	$\chi^2=0,22$ $p=0,89$ $df=2$	$\chi^2=1,95$ $p=0,37$ $df=2$	$\chi^2=10,75$ $p=0,004$ $df=2$
Doskonalenie zawodowe	$\chi^2=5,30$ $p=0,26$ $df=4$	$\chi^2=10,15$ $p=0,03$ $df=4$	$\chi^2=2,37$ $p=0,66$ $df=4$	$\chi^2=7,92$ $p=0,09$ $df=4$	$\chi^2=9,39$ $p=0,05$ $df=4$	$\chi^2=4,87$ $p=0,30$ $df=4$

nictwo w szkoleniach (68,57%; n=168) i uczestnictwo w kursach (51,83%; n=127). Pielęgniarki korzystają także ze źródeł informacji internetowej (42,85%; n=105), jak również z istniejących materiałów, tj. konspekty, pomoce dydaktyczne (34,70%; n=85) do prowadzenia edukacji pacjenta. Rzadziej respondenci przygotowują materiały do edukacji pacjenta samodzielnie (20,41%; n=50).

Sposób przygotowania się pielęgniarek do prowadzenia edukacji zdrowotnej w formie uczestnictwa w szkoleniach, okazał się statystycznie istotny zależnie od miejsca pracy ($p=0,03$) odbytego doskonalenia zawodowego ($p=0,04$)

■ Tab. 6. Wybrane zmienne a przygotowanie własne respondentów do prowadzenia edukacji

Opis grup badanych	Opis działań	Jak ocenia Pani/Pan swoje przygotowanie do prowadzenia edukacji?
Wykształcenie		$\chi^2=1,17$ $p=0,55$ $df=2$
Miejsce zamieszkania		$\chi^2=0,64$ $p=0,42$ $df=1$
Miejsce pracy		$\chi^2=5,70$ $p=0,12$ $df=3$
Zajmowane stanowisko		$\chi^2=1,07$ $p=0,58$ $df=2$
Doskonalenie zawodowe		$\chi^2=2,25$ $p=0,68$ $df=4$
Staż pracy		$t=0,63$ $p=0,42$

oraz stażu pracy ($p=0,006$). Natomiast sposób przygotowania do edukacji pacjenta, polegający na uczestnictwie w kursach okazał się statystycznie istotny, zależny od wykształcenia ($p=0,006$), miejsca zamieszkania ($p=0,04$) i zajmowanego stanowiska ($p=0,002$). Z kolei sposób polegający na korzystaniu z istniejących kompletów materiałów edukacyjnych, okazał się statystycznie istotny, zależny od wykształcenia ($p=0,002$) i stażu pracy ($p=0,04$). Tabela nr 7 przedstawia szczegółowe dane dotyczące omawianego problemu.

Wszystkie zadania składające się na edukację zdrowotną powinny być zaplanowane, a praca z odbiorcami świadczeń edukacyjnych przeprowadzona zgodnie z założeniami cyklu działania zorganizowanego, rozpoczynając od etapu rozpoznania. Badane pielęgniarki dokonują rozpoznania deficytów wiedzy i umiejętności u pacjenta za pomocą takich metod jak: ocena zachowania pacjenta (71,83%; n=176); rozmowa w oparciu o kwestionariusz wywiadu (39,59%; n=97), ocena wykonania określonych umiejętności (np. pomiarów) przez pacjenta (31,02%; n=76) oraz testy wiadomości (12,66%; n=31). Częstość stosowania testów wiadomości okazała się statystycznie istotna, zależna od miejsca zamieszkania ($p=0,02$). Natomiast częstość korzystania z rozmowy w oparciu o kwestionariusz ankiety, była statystycznie istotna zależnie od wykształcenia ($p=0,002$) i miejsca zamieszkania ($p=0,01$). Z kolei częstość stosowania metody oceny wykonywania umiejętności przez pacjenta okazała się statystycznie istotna i zależna od doskonalenia zawodowego. Tabela nr 8 zawiera szczegółowe wyniki tej analizy.

Stosowanie środków dydaktycznych ułatwia osiągnięcie celów edukacji, ponieważ aktywizuje proces myślenia, ułatwia odbiór treści kształcenia i wpływa na wyobraźnię.

Respondenci prowadząc edukację zdrowotną pacjenta najczęściej wykorzystywali środki dydaktyczne w postaci: ulotek (78,36%; n=192) oraz broszur informacyjnych

Tab. 7. Wybrane zmienne a sposoby przygotowywania się do prowadzenia edukacji pacjenta

Opis grup badanych \ Opis działań	Do przeprowadzenia edukacji z pacjentem przygotowuje się Pani/Pan poprzez:					
	uczestnictwo w szkoleniach	uczestnictwo w kursach	samokształcenie – czytanie fachowej literatury	korzystanie ze źródeł informacji internetowej	przygotowywanie materiałów do edukacji pacjenta	korzystanie z istniejących materiałów do edukacji pacjenta
Wykształcenie	$\chi^2=2,47$ $p=0,29$ $df=2$	$\chi^2=9,97$ $p=0,006$ $df=2$	$\chi^2=0,18$ $p=0,91$ $df=2$	$\chi^2=1,67$ $p=0,44$ $df=2$	$\chi^2=0,19$ $p=0,91$ $df=2$	$\chi^2=11,67$ $p=0,002$ $df=2$
Miejsce zamieszkania	$\chi^2=0,94$ $p=0,34$ $df=1$	$\chi^2=4,68$ $p=0,04$ $df=1$	$\chi^2=0,20$ $p=0,66$ $df=1$	$\chi^2=0,29$ $p=0,60$ $df=1$	$\chi^2=0,02$ $p=0,89$ $df=1$	$\chi^2=1,61$ $p=0,20$ $df=1$
Miejsce pracy	$\chi^2=8,81$ $p=0,03$ $df=3$	$\chi^2=4,90$ $p=0,17$ $df=3$	$\chi^2=1,73$ $p=0,62$ $df=3$	$\chi^2=4,70$ $p=0,20$ $df=3$	$\chi^2=1,64$ $p=0,65$ $df=3$	$\chi^2=0,45$ $p=0,93$ $df=3$
Zajmowane stanowisko	$\chi^2=0,17$ $p=0,91$ $df=2$	$\chi^2=3,24$ $p=0,20$ $df=2$	$\chi^2=1,55$ $p=0,47$ $df=2$	$\chi^2=0,72$ $p=0,70$ $df=2$	$\chi^2=0,57$ $p=0,74$ $df=2$	$\chi^2=1,87$ $p=0,39$ $df=2$
Doskonalenie zawodowe	$\chi^2=10,57$ $p=0,04$ $df=4$	$\chi^2=16,65$ $p=0,002$ $df=4$	$\chi^2=1,02$ $p=0,91$ $df=4$	$\chi^2=4,53$ $p=0,34$ $df=4$	$\chi^2=5,11$ $p=0,27$ $df=4$	$\chi^2=5,08$ $p=0,27$ $df=4$
Staż pracy	$t=7,49$ $p=0,006$	$t=1,86$ $p=0,18$	$t=1,46$ $p=0,22$	$t=0,20$ $p=0,65$	$t=0,0000$ $p=0,99$	$t=4,08$ $p=0,04$

Tab. 8. Wybrane zmienne a metody oceny deficytów wiedzy i umiejętności u pacjenta

Opis grup badanych \ Opis działań	Za pomocą jakich metod dokonuje Pani/Pan oceny deficytów wiedzy i umiejętności u pacjenta?			
	testy wiadomości	rozmowa w oparciu o kwestionariusz wywiadu	kryteria oceny zachowania pacjenta	kryteria oceny wykonania pomiarów przez pacjenta
Wykształcenie	$\chi^2=2,27$ $p=0,32$ $df=2$	$\chi^2=11,75$ $p=0,002$ $df=2$	$\chi^2=3,15$ $p=0,21$ $df=2$	$\chi^2=5,67$ $p=0,06$ $df=2$
Miejsce zamieszkania	$\chi^2=4,76$ $p=0,02$ $df=1$	$\chi^2=5,95$ $p=0,01$ $df=1$	$\chi^2=2,49$ $p=0,11$ $df=1$	$\chi^2=2,72$ $p=0,09$ $df=1$
Miejsce pracy	$\chi^2=0,43$ $p=0,93$ $df=3$	$\chi^2=3,99$ $p=0,26$ $df=3$	$\chi^2=0,78$ $p=0,86$ $df=3$	$\chi^2=4,19$ $p=0,25$ $df=3$
Zajmowane stanowisko	$\chi^2=0,62$ $p=0,73$ $df=2$	$\chi^2=0,62$ $p=0,73$ $df=2$	$\chi^2=0,42$ $p=0,81$ $df=2$	$\chi^2=1,98$ $p=0,38$ $df=2$
Doskonalenie zawodowe	$\chi^2=5,11$ $p=0,27$ $df=4$	$\chi^2=7,03$ $p=0,13$ $df=4$	$\chi^2=7,25$ $p=0,12$ $df=4$	$\chi^2=12,45$ $p=0,01$ $df=4$
Staż pracy	$t=1,69$ $p=0,09$	$t=1,64$ $p=0,10$	$t=0,32$ $p=0,75$	$t=0,37$ $p=0,71$

(77,55%; n=190). Rzadziej były to plansze (27,34%; n=67) i książki (25,72%; n=63). Niewielka liczba osób (10,21%; n=25) nie stosowała żadnych pomocy dydaktycznych.

Stwierdzono statystycznie istotną zależność od miejsca pracy w zakresie stosowania przez pielęgniarki następujących pomocy dydaktycznych: plansze ($p=0,03$), Internet

($p=0,002$), a także brak stosowania pomocy dydaktycznych ($p=0,05$). Pielęgniarki pracujące w oddziale szpitalnym częściej jako pomocy dydaktycznych w trakcie edukacji pacjenta stosowały plansze oraz treści z Internetu podobnie jak pielęgniarki pracujące w POZ. Natomiast większość pielęgniarek pracujących w oddziałach klinicznych

nie stosowała żadnych pomocy dydaktycznych w trakcie prowadzenia edukacji zdrowotnej pacjentów. Szczegółowe wyniki przedstawia tabela 9.

Najczęściej stosowaną metodą przez ankietowaną grupę pielęgniarek w trakcie prowadzenia edukacji pacjenta była rozmowa (95,51%; n=234). Często prowadzono edukację z wykorzystaniem metod, jakimi są: pogadanka (48,17%; n=118), dyskusja (37,55%; n=92), pokaz (36,32%; n=89) oraz instruktaż (33,06%; n=81). Rzadko wykorzystywano metodę problemową (2,04%; n=5).

Stosowanie metody instruktażu okazało się statystycznie istotne zależne od miejsca zamieszkania ($p=0,02$) oraz stażu pracy ($p=0,03$). Częstość stosowania pokazu jako metody dydaktycznej okazała się statystycznie istotnie zależna od stażu pracy ($p=0,04$). Natomiast częstość stosowania metody polegającej na ćwiczeniach była statystycznie istotnie zależna od miejsca pracy ($p=0,008$) oraz stażu pracy ($p=0,01$). Dla odmiany, częstość wykorzystywania formy wykładu i gier problemowych była statystycznie istotna zależnie od zajmowanego stanowiska (odpowiednio: $p=0,008$ i $p=0,00003$). W pozostałych kategoriach nie stwierdza się istotnych statystycznie zależności. Szczegółowe wyniki analizy zawarto tabela nr 10.

Zdaniem badanej grupy pielęgniarek osoby edukowane najczęściej sprawiały wrażenie zainteresowanych (75,92%; n=186) przekazywanymi przez edukatorów treściami. Ale wykazywały również dość często obojętność (35,10%; n=86), a także, chociaż rzadziej, rozdrażnienie (9,39%; n=23) oraz znudzenie (8,57%; n=21). W charakterystyce reaktywności pacjenta na edukację, pielęgniarki z wykształceniem średnim (LM, MSZ) częściej określały postawę pacjenta jako obojętną, co stanowiło zależność istotną statystycznie ($p=0,04$). Stwierdzono także wysoce istotną statystycznie ($p=0,001$) zależność pomiędzy reak-

tywnością pacjenta na edukację określoną jako „zainteresowany” a zmienną niezależną „doskonalenie zawodowe” (tabela 11). Pielęgniarki z ukończonymi formami doskonalenia zawodowego częściej spostrzegały zainteresowanie pacjenta edukacją pacjenta w porównaniu do grupy pielęgniarek, które takiego doskonalenia nie odbywały.

■ DYSKUSJA

Zakłady opieki zdrowotnej (szpitale, przychodnie, sanatoria) są miejscami, w których większości świadczeń medycznych, w mniejszym lub większym stopniu towarzyszą lub powinny towarzyszyć różne formy edukacji (wyjaśnianie, instruowanie, pogadanka, dyskusja, pokaz, omówienie itp.) [1,5]. Dotyczy to świadczeń leczniczych, profilaktycznych, rehabilitacyjnych oraz pielęgnacyjnych. Obowiązek działań edukacyjnych na pracowników ochrony zdrowia nakładają ustawy o zawodzie lekarza, pielęgniarki i położnej. Lekarz obok podstawowej roli zawodowej – terapeutę, pełni lub powinien pełnić rolę nauczyciela zdrowego i chorego człowieka. Głównym celem jego zadań edukacyjnych powinna być pomoc pacjentom, zdrowym i chorym we wprowadzaniu pożądanych zmian w ich zachowaniach [9]. Jednak analiza wyników badań dotyczących działalności lekarzy rodzinnych w zakresie promocji zdrowia (w tym edukacji zdrowotnej) wskazuje, że lekarze w wielu krajach niedostatecznie włączają się w realizację programów ukierunkowanych m.in. na ograniczenie palenia papierosów, picia alkoholu, poprawę żywienia, zwiększenie aktywności fizycznej pacjentów. Przyczynami tak małej aktywności lekarzy w zakresie edukacji pacjenta mogą być: brak czasu (przy dużej liczbie pacjentów), nieuświadomienie sobie własnej roli w edukacji zdrowotnej, brak dobrych wzorców, nieprzygotowanie lekarzy [10].

■ Tab. 9. Wybrane zmienne a pomoce dydaktyczne wykorzystywane w trakcie edukacji

Opis grup badanych	Opis działań									
	Jakiego rodzaju pomoce dydaktyczne wykorzystuje Pani/Pan w trakcie edukacji pacjenta?									
	ulotki	broszury informacyjne	książki	plansze	modele	filmy	folie z treściami	radio	Internet	żadnych pomocy
Wykształcenie	$\chi^2=2,13$ $p=0,35$ $df=2$	$\chi^2=2,48$ $p=0,29$ $df=2$	$\chi^2=1,30$ $p=0,52$ $df=2$	$\chi^2=2,62$ $p=0,28$ $df=2$	$\chi^2=0,96$ $p=0,61$ $df=2$	$\chi^2=2,10$ $p=0,34$ $df=2$	$\chi^2=1,52$ $p=0,47$ $df=2$	$\chi^2=1,60$ $p=0,44$ $df=2$	$\chi^2=2,85$ $p=0,24$ $df=2$	$\chi^2=2,83$ $p=0,24$ $df=2$
Miejsce zamieszkania	$\chi^2=0,56$ $p=0,45$ $df=1$	$\chi^2=0,51$ $p=0,47$ $df=1$	$\chi^2=0,93$ $p=0,53$ $df=1$	$\chi^2=0,52$ $p=0,48$ $df=1$	$\chi^2=0,32$ $p=0,57$ $df=1$	$\chi^2=0,95$ $p=0,33$ $df=1$	$\chi^2=0,55$ $p=0,47$ $df=1$	$\chi^2=0,93$ $p=0,33$ $df=1$	$\chi^2=0,15$ $p=0,68$ $df=1$	$\chi^2=1,04$ $p=0,30$ $df=1$
Miejsce pracy	$\chi^2=6,75$ $p=0,08$ $df=3$	$\chi^2=6,99$ $p=0,08$ $df=3$	$\chi^2=6,20$ $p=0,10$ $df=3$	$\chi^2=8,84$ $p=0,03$ $df=3$	$\chi^2=3,29$ $p=0,34$ $df=3$	$\chi^2=3,36$ $p=0,34$ $df=3$	$\chi^2=3,28$ $p=0,36$ $df=3$	$\chi^2=1,22$ $p=0,74$ $df=3$	$\chi^2=14,49$ $p=0,002$ $df=3$	$\chi^2=7,97$ $p=0,05$ $df=3$
Zajmowane stanowisko	$\chi^2=2,95$ $p=0,22$ $df=2$	$\chi^2=2,91$ $p=0,23$ $df=2$	$\chi^2=3,05$ $p=0,22$ $df=2$	$\chi^2=3,04$ $p=0,21$ $df=2$	$\chi^2=2,21$ $p=0,33$ $df=2$	$\chi^2=1,40$ $p=0,50$ $df=2$	$\chi^2=3,28$ $p=0,20$ $df=2$	$\chi^2=4,28$ $p=0,11$ $df=2$	$\chi^2=14,49$ $p=0,98$ $df=29$	$\chi^2=2,83$ $p=0,24$ $df=2$
Doskonalenie zawodowe	$\chi^2=2,45$ $p=0,66$ $df=4$	$\chi^2=2,36$ $p=0,67$ $df=4$	$\chi^2=2,08$ $p=0,72$ $df=4$	$\chi^2=1,98$ $p=0,74$ $df=4$	$\chi^2=2,21$ $p=0,69$ $df=4$	$\chi^2=2,10$ $p=0,72$ $df=4$	$\chi^2=2,19$ $p=0,71$ $df=4$	$\chi^2=2,95$ $p=0,56$ $df=4$	$\chi^2=5,17$ $p=0,28$ $df=4$	$\chi^2=1,04$ $p=0,91$ $df=4$
Staż pracy	$t=0,04$ $p=0,97$	$t=0,04$ $p=0,96$	$t=0,26$ $p=0,80$	$t=0,24$ $p=0,81$	$t=0,05$ $p=0,95$	$t=0,02$ $p=0,97$	$t=0,08$ $p=0,94$	$t=0,35$ $p=0,72$	$t=0,25$ $p=0,81$	$t=-0,27$ $p=0,79$

■ Tab.10. Wybrane zmienne a metody stosowane w trakcie prowadzenia edukacji zdrowotnej

Opis grup badanych \ Opis działań	Jakie metody stosuje Pani/Pan w trakcie prowadzenia edukacji zdrowotnej?							
	rozmowa	dyskusja	instruktaż	pokaz	ćwiczenia	wykład	pogadanka	gry problemowe
Wykształcenie	$\chi^2=2,18$ $p=0,34$ $df=2$	$\chi^2=3,31$ $p=0,2$ $df=2$	$\chi^2=0,77$ $p=0,68$ $df=2$	$\chi^2=2,52$ $p=0,29$ $df=2$	$\chi^2=4,23$ $p=0,13$ $df=2$	$\chi^2=1,20$ $p=0,56$ $df=2$	$\chi^2=0,28$ $p=0,86$ $df=2$	$\chi^2=3,37$ $p=0,19$ $df=2$
Miejsce zamieszkania	$\chi^2=0,61$ $p=0,43$ $df=1$	$\chi^2=0,35$ $p=0,56$ $df=1$	$\chi^2=6,53$ $p=0,02$ $df=1$	$\chi^2=1,24$ $p=0,27$ $df=1$	$\chi^2=2,60$ $p=0,10$ $df=1$	$\chi^2=0,008$ $p=0,93$ $df=1$	$\chi^2=0,04$ $p=0,82$ $df=1$	$\chi^2=0,64$ $p=0,42$ $df=1$
Miejsce pracy	$\chi^2=6,37$ $p=0,09$ $df=3$	$\chi^2=0,57$ $p=0,90$ $df=3$	$\chi^2=4,26$ $p=0,24$ $df=3$	$\chi^2=5,76$ $p=0,12$ $df=3$	$\chi^2=11,70$ $p=0,008$ $df=3$	$\chi^2=0,62$ $p=0,89$ $df=3$	$\chi^2=2,17$ $p=0,53$ $df=3$	$\chi^2=1,62$ $p=0,65$ $df=3$
Zajmowane stanowisko	$\chi^2=3,13$ $p=0,20$ $df=2$	$\chi^2=1,31$ $p=0,51$ $df=2$	$\chi^2=0,66$ $p=0,72$ $df=2$	$\chi^2=1,24$ $p=0,53$ $df=2$	$\chi^2=0,71$ $p=0,71$ $df=2$	$\chi^2=9,50$ $p=0,008$ $df=2$	$\chi^2=3,76$ $p=0,15$ $df=2$	$\chi^2=21,09$ $p=0,00003$ $df=2$
Doskonalenie zawodowe	$\chi^2=2,36$ $p=0,67$ $df=4$	$\chi^2=0,18$ $p=0,99$ $df=4$	$\chi^2=6,03$ $p=0,19$ $df=4$	$\chi^2=5,70$ $p=0,23$ $df=4$	$\chi^2=7,29$ $p=0,12$ $df=4$	$\chi^2=0,73$ $p=0,95$ $df=4$	$\chi^2=5,93$ $p=0,21$ $df=4$	$\chi^2=2,2$ $p=0,68$ $df=4$
Staż pracy	$t=0,0009$ $p=0,97$	$t=2,58$ $p=0,10$	$t=5,23$ $p=0,03$	$t=4,19$ $p=0,04$	$t=5,84$ $p=0,01$	$t=1,08$ $p=0,30$	$t=2,53$ $p=0,11$	$t=1,34$ $p=0,24$

■ Tab. 11. Wybrane zmienne charakteryzujące badaną grupę, a reaktywność pacjenta na edukację

Opis grup badanych \ Opis działań	Jaką postawę prezentuje pacjent/osoba edukowana wobec prowadzonej przez Panią/Pana edukacji zdrowotnej?			
	zainteresowany	obojętny	znudzony	rozdrażniony
Wykształcenie	$\chi^2=4,43$ $p=0,10$ $df=2$	$\chi^2=6,07$ $p=0,04$ $df=2$	$\chi^2=3,70$ $p=0,15$ $df=2$	$\chi^2=2,50$ $p=0,28$ $df=2$
Miejsce zamieszkania	$\chi^2=1,59$ $p=0,20$ $df=1$	$\chi^2=0,71$ $p=0,39$ $df=1$	$\chi^2=1,08$ $p=0,30$ $df=1$	$\chi^2=0,49$ $p=0,49$ $df=1$
Miejsce pracy	$\chi^2=3,04$ $p=0,38$ $df=3$	$\chi^2=2,74$ $p=0,43$ $df=3$	$\chi^2=1,08$ $p=0,78$ $df=3$	$\chi^2=1,09$ $p=0,78$ $df=3$
Zajmowane stanowisko	$\chi^2=1,41$ $p=0,50$ $df=2$	$\chi^2=0,81$ $p=0,67$ $df=2$	$\chi^2=0,23$ $p=0,89$ $df=2$	$\chi^2=3,11$ $p=0,21$ $df=2$
Doskonalenie zawodowe	$\chi^2=18,00$ $p=0,001$ $df=4$	$\chi^2=7,30$ $p=0,13$ $df=4$	$\chi^2=6,11$ $p=0,19$ $df=4$	$\chi^2=4,96$ $p=0,30$ $df=4$

Edukacja pacjenta w strukturze zadań w opiece zdrowotnej przypisana jest zarówno kompetencjom pielęgniarki, a przede wszystkim lekarza. Badania dotyczące edukacji pacjenta w grupie lekarzy praktyków prowadzone przez D. Canciara i M. Miller [11] ukazują, że w ich opinii, lekarze edukują pacjentów w 44,3% zawsze, a w 51% – czasami. W ocenie badanych lekarzy grupami osób, które sprzyjają edukacji pacjenta, są kolejno: służba zdrowia (34,2%), środki masowego przekazu (25,6%), rodziny chorych (19,4%), lekarze (14,8%), firmy farmaceutycz-

ne (10,3%) oraz pielęgniarki (8,4%). Wśród czynników utrudniających prowadzenie edukacji pacjentów w cytowanych badaniach [11] lekarze najczęściej wskazywali brak czasu (49,7%), a wśród ułatwiających – dostępność materiałów edukacyjnych (42,6%).

Przygotowanie grupy zawodowej pielęgniarek do udziału w edukacji zdrowotnej jest jednym z podstawowych założeń obowiązującego aktualnie standardu kształcenia do zawodu pielęgniarki [5]. Kształt realnego przygotowania i

udziału pielęgniarek w edukacji pacjenta pokazują liczne badania naukowe, z których niektóre zostaną omówione.

Przedstawione wyniki badań własnych wskazują, że edukacja pacjenta odbywa się z dużą częstotliwością, a badane pielęgniarki charakteryzują się pozytywną postawą i zaangażowaniem wobec tych zadań. Szczegółowa analiza oceny częstotliwości prowadzenia edukacji pacjenta przez pielęgniarki wskazuje, iż działania takie powinny być częściej podejmowane przez pielęgniarki zatrudnione w podstawowej opiece zdrowotnej w odniesieniu do człowieka zdrowego lub zagrożonego chorobą, na co wskazują badania własne.

G. Mellor & W. St John [12] przeprowadzili podobne badania nad aktualnymi i prospektywnymi rolami pielęgniarki środowiskowej. Szerokie analizy retrospektywne dokumentów odzwierciedlających ewolucję roli zawodowej pielęgniarek australijskich, doprowadziły do wniosku, iż zakres i charakter tej roli ewaluje na przestrzeni lat. Natomiast badania empiryczne poświęcone postrzeganiu roli pielęgniarki przeprowadzone w grupie 416 pielęgniarek, w których oceniono aktualne i nowopowstające obszary aktywności zawodowej pielęgniarki, pozwalają stwierdzić, że wszystkie oparte na zdrowiu obszary działalności zostały określone jako statystycznie ważniejsze w przyszłości. Dodatkowo statystycznie większą wartość punktowo przypisywano zadaniom pielęgniarki poświęconym „dostarczaniu informacji, edukacji i udzielaniu rad”, „stosowaniu metodologii badawczej” oraz „poprawę zdrowia pracowników” [12].

Dość ciekawie przedstawiają się badania pielęgniarek chińskich w przedmiotowej sprawie, które mają charakter jakościowy i uwzględniają wyraźnie odrębności kulturowe. Badania przeprowadzono w jednej z prowincji chińskich i wykazano, że pielęgniarki pracujące w szpitalach dobrze rozumieją promocję zdrowia i edukację zdrowotną, ale możliwość zastosowania tej wiedzy w praktyce jest ograniczona głównie do zachowań wolontaryjnych w społecznościach lokalnych. Natomiast realizowany zakres edukacji w miejscu pracy był ograniczony do wskazówek dla pacjenta w obszarze zachowania po wyjściu ze szpitala [13].

Samooocena przygotowania pielęgniarek do realizacji edukacji pacjenta była przedmiotem badania między innymi zespołu autorów: Jankowiak i wsp [14] oraz Krymska [15], w których wyniki pokazują, że ogólny poziom tej oceny mieścił się głównie w kategorii dobrej. Wyniki badań własnych potwierdzają powyższą opinię dotyczącą zakresu przygotowania badanej grupy pielęgniarek. Aktywny udział w realizacji zadań wynikających z edukacji zdrowotnej wynika ze świadomości grupy zawodowej i utożsamiania się z rolą jaką mają do spełnienia w tym zakresie pielęgniarki. Powyższy aspekt analizy badawczej był rozpatrywany w kontekście autonomiczności zawodu pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych, gdzie autorzy badań stwierdzają, że pielęgniarki w pracy zawodowej pełnią przede wszystkim funkcje terapeutyczną i opiekuńczą, prawie z zupełnym brakiem identyfikacji siebie jako realizatorów funkcji edukacyjnej [16].

Przeprowadzona analiza wyników badań własnych oraz analiza odniesień do wyników innych autorów wskazuje,

że pielęgniarki uznają rangę edukacji pacjenta w praktyce zawodowej. Spostrzegają także liczne trudności stanowiące przeszkodę w systematycznym prowadzeniu edukacji pacjenta oraz znają czynniki, które sprzyjają poprawie sytuacji w tym zakresie. Niezależnie jednak od powyższych uwarunkowań realizacji zadań edukacyjnych przez pielęgniarkę, czy lekarza bądź innych członków zespołu terapeutycznego, ciągle istnieją wyniki badań wskazujące na zapotrzebowanie pacjentów na edukację zdrowotną [17] oraz rolę pielęgniarki w edukacji pacjenta i problemy pacjentów związane z edukacją zdrowotną [18,19,20].

WNIOSKI

Przeprowadzone badania i analiza ich wyników pozwalają stwierdzić, że:

1. Większość badanych pielęgniarek używając określenia „często” wskazuje na podejmowanie działań edukacyjnych wobec pacjentów, ich rodzin i osób zdrowych, a czas jej realizacji zazwyczaj trwa około 15–20 minut.
2. W zdecydowanej większości pielęgniarki wskazują własną grupę zawodową jako osoby prowadzące edukację, natomiast działania edukacyjne najczęściej podejmują wobec osób chorych.
3. W trakcie edukacji zdrowotnej respondenci stosują głównie rozmowę jako metodę prowadzenia edukacji pacjenta i wspomagają się dostępnymi ulotkami i broszurkami.
4. Narzędziem oceny wyników edukacji jest zachowanie pacjenta, natomiast deficyty wiedzy i umiejętności oceniają za pomocą kryteriów oceny zachowania pacjenta.
5. Pielęgniarki oceniają swoje przygotowanie do prowadzenia edukacji bardzo dobrze, a przygotowują się do jej prowadzenia poprzez samokształcenie w postaci czytania fachowej literatury.
6. Kompetencje edukacyjne pielęgniarek w większości generowane są poprzez takie zmienne jak: miejsce pracy, wykształcenie, zajmowane stanowisko oraz miejsce zamieszkania, w mniejszym stopniu zaś wpływ mają staż pracy i doskonalenie zawodowe.

PIŚMIENNICTWO

1. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Warszawa: PWN SA; 2007.
2. Ciechaniewicz W. Pedagogika. Warszawa: PZWL; 2000.
3. Rush K, Kee C, Rice M. Nurses as imperfect role models for health promotion. *Western Journal of Nursing Research*. 2005; 27(2): 166–183.
4. Owczarz M. Poradnik edukatora. Warszawa: CODN; 2005.
5. Andruszkiewicz A, Banaszkiewicz M. (red.) Promocja zdrowia. Teoretyczne podstawy promocji zdrowia. T. I. Lublin: Wyd. Czelej; 2008.
6. Tones K, Tilford S. Health Education: Effectiveness and efficacy. Wyd. 2. London: Chapman & Hall; 1994. S. 158–170.
7. Huges M. Patient attitude to health education in general practice. *Health Education Journal*. 1988; 4: 130–2.
8. Musich SA, Adams L, Edington DW. Effectiveness of health promotion programs in moderating medical costs in the USA. *Health Promotion International*. 2000; 1: 5–15.
9. Rebala L. Edukacyjne zadania współczesnego lekarza. *Problemy Medycyny Społecznej*. 1997; 3: 546–549.
10. Kirschner H. Lekarz rodzinny a promocja zdrowia. *Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*. 1997; 12–13; 7–21.
11. Cianciara D., Miller M. Postawy lekarzy wobec edukacji pacjenta. *Przegląd Epidemiologiczny*. 2003; 57: 531–540.
12. Meller G, St John W. Occupational Health nurse's perceptions of their current and future roles. *JAN*, 2007, 58(6), 585–593.

13. Whitehead D, Wang Y, Wang J, Zhang J, Sun Z, Xie C. Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. JAN. 2008; 61(2): 181–187.
14. Jankowiak B, Krajewska-Kułak E, Bartoszewicz A., Rolka H, Krajewska K, Lewko J. Przygotowanie pielęgniarek do wykonywania funkcji zawodowych. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2003; 5: 43–46.
15. Krymska B. Poziom świadomości kadry pielęgniarskiej POZ i szpitali klinicznych miasta Zabrze w zakresie promowania zdrowia i prowadzenia edukacji zdrowotnej. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2005; 3 (12): 189–194.
16. Glińska J, Lewandowska M. Autonomiczność zawodu pielęgniarskiego w świadomości pielęgniarek z uwzględnieniem pełnionych funkcji zawodowych. Problemy Pielęgniarstwa. 2007; 15(4): 249–253.
17. Mianowana V, Wąsik A, Fidecki W, Wysokiński M, Domżał-Drzewicka R. Edukacja zdrowotna pacjentów hospitalizowanych. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2007; 1(18): 21–24.
18. Kosicka B, Wrońska I. Rola pielęgniarki w edukacji chorych na cukrzycę. Problemy Pielęgniarstwa. 2007; 15(2–3): 187–191.
19. Dolińska C, Ziętkowski Z, Bodzenia-Łukaszyk A, Ziętkowska E. Edukacja pacjenta zasadniczy element we współczesnym podejściu do leczenia chorych na astmę. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2005; 4 (13): 99–102.
20. Miastkowska K, Krajewska-Kułak E, Rolka H, Jankowiak B, Łukaszuk C. Problemy z zakresu edukacji zdrowotnej wśród pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaną chorobą nadciśnieniową, 2006; 1/2(14/15): 91–98.

Praca przyjęta do druku: 16.08.2010

Praca zaakceptowana do druku: 02.11.2010