

*Dorota Cianciara, Maria Miller*

## POSTAWY LEKARZY WOBEC EDUKACJI PACJENTA

Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny  
Kierownik Zakładu: Maria Miller

*Edukacja pacjentów służy zachęceniu ich do aktywnego udziału w leczeniu i rehabilitacji. Badano czynniki determinujące podejmowanie edukacji pacjentów przez lekarzy. Stwierdzono istnienie różnorodnych przeszkód dla działalności tego rodzaju.*

*Słowa kluczowe: edukacja pacjenta, postawy lekarzy*

*Key words: patient education, physicians' attitudes*

### WSTĘP

W tym artykule edukacja pacjenta rozumiana jest jako proces zmieniania wiedzy, postaw i umiejętności oraz oddziaływania na zachowanie w celu utrzymania lub poprawy zdrowia (1). Jej nadrzędnym celem jest zachęcenie pacjenta do aktywnego uczestnictwa w leczeniu i rehabilitacji. Wymaga to traktowania pacjenta jako partnera, uszanowania jego woli, możliwości i doświadczeń. Ukierunkowana jest na profilaktykę trzeciego stopnia, ale zawiera także elementy profilaktyki pierwszego i drugiego stopnia.

Edukacja pacjenta przynosi wymierne korzyści zarówno w sferze klinicznej jak i społecznej, pomaga pacjentom w radzeniu sobie z własnymi problemami zdrowotnymi, wpływa dodatnio na satysfakcję, samopoczucie i proces powrotu do zdrowia (2, 3). Z tego powodu uznawana jest za integralną część dobrej jakościowo opieki zdrowotnej. Dodatkowo, istnieją dowody, że wraz z innymi działaniami typowymi dla promocji zdrowia, może przyczynić się do obniżenia kosztów opieki zdrowotnej (4).

Z punktu widzenia konsumenta świadczeń – pacjenta, najważniejszą osobą, która powinna uczyć o zdrowiu i chorobie jest lekarz, ze szczególnym wskazaniem na własnego lekarza pierwszego kontaktu (5). Z perspektywy lekarzy zaś, nawet pozytywnie ustosunkowanych do edukacji pacjenta, profilaktyki i promocji zdrowia, działania te mają niską rangę i postrzegane są jako problematyczne w znaczeniu uzyskiwanych efektów oraz zbyt trudne. Nawet w systemie ochrony zdrowia, który kładzie nacisk na edukację pacjenta, a lekarze mają wpisane do kontraktu z płatnikiem zadania edukacyjne, obserwuje się poszukiwanie sposobów na ograniczenie swojego udziału i przekazywanie tych zadań pielęgniarkom (6, 7). Nierzadko lekarze obawiają się też utraty pełnej kontroli nad pacjentem, która – ich zdaniem – jest podstawą dobrych relacji i właściwego leczenia.

Edukacja pacjenta jest zatem jednym z ważnych wyzwań dla każdego systemu zdrowia, zwłaszcza, gdy poszukuje się sposobów na zwiększenie jego skuteczności. Z tego powodu, celem podjętego badania było poznanie opinii lekarzy w Polsce na temat edukacji pacjenta. Badano częstość podejmowania takiej edukacji oraz czynniki determinujące jej podejmowanie, a zwłaszcza postawy lekarzy, zakres oddziaływań społecznych i środowiskowych, które pomagają edukacji i sprzeciwiają się jej oraz trudności jakich doświadczają lekarze w tym procesie. Podjęto też próbę oszacowania wpływu krótkiego szkolenia na temat edukacji pacjenta na wymienione wyżej determinanty.

## MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w kwietniu i w grudniu 2001 roku wśród lekarzy specjalności podstawowych, którzy uczestniczyli w kursach na temat promocji zdrowia organizowanych przez Centrum Medyczne Szkolenia Podyplomowego w Warszawie. Szkolenie takie, zgodnie z obowiązującymi przepisami, jest obowiązkowym elementem programu specjalizacji, a jego fragmentem jest problematyka dotycząca edukacji pacjenta. Ogółem badanie objęło 415 lekarzy, przy czym 260 lekarzy zbadano przed wykładem na temat edukacji pacjenta, a 155 lekarzy po wysłuchaniu tego wykładu. W wykładzie uwzględniono następujące kwestie: posłuszeństwo pacjenta wobec zaleceń medycznych i jego uwarunkowania; modele edukacji w zakładach opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem modelu emancypacyjnego, który kładzie nacisk na aktywne uczestnictwo pacjenta w procesie diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym; przykłady aktywnego uczestnictwa pacjenta – uzyskiwanie świadomej zgody, poradnictwo; techniki komunikowania się z pacjentem. W badaniu anonimowym wykorzystano kwestionariusz zawierający 11 otwartych pytań oraz 8 pytań do oszacowania cech społeczno-demograficznych respondentów. Do analizy statystycznej wykorzystano program Epi-Info; związki pomiędzy zmiennymi mierzono testem  $\chi^2$ .

## WYNIKI

### Charakterystyka zbadanych

Lekarze z obu grup wypełniający ankietę nie różnili się znacząco pod względem cech społeczno-demograficznych. Większość stanowiły kobiety (64,5%). Zdecydowana większość, to osoby w wieku poniżej 35 lat (83,5%), przy czym 36,8%, to osoby poniżej 30 roku życia. Respondenci rzadko pracowali jako lekarze rodzinni (15,5%), a najliczniejszą grupę stanowili interniści. Zdecydowana większość (83,5%) pracowała w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Niemal wszyscy pracowali w miastach, z czego połowa w dużych miastach. Na wsi pracowało 3,3% respondentów.

Stwierdzono, że płeć, wiek i miejsce pracy nie miały związku z żadnym z badanych czynników determinujących podejmowanie edukacji pacjenta.

### Prowadzenie edukacji pacjenta

Wszyscy respondenci stwierdzili, że w swojej pracy zawodowej edukują pacjentów, przy czym 44,3% czyni to zawsze, a 51,0% – czasami. Po szkoleniu spadła liczba lekarzy, którzy twierdzili, że zawsze edukują pacjentów, a wzrosła tych, którzy swoją aktywność opisywali słowem „czasami”. Większość badanych zadeklarowała też zamiar prowadzenia edukacji

pacjenta w przyszłości, przy czym zdecydowaną wolę wyraziło 90,4% w grupie „przed” i 87,1% w grupie „po”.

#### Postawy lekarzy wobec edukacji pacjenta

Niemal połowa badanych lekarzy (42,7% w grupie „przed” i 39,4% w grupie „po”) była zdecydowanie przekonana o potrzebie prowadzenia edukacji pacjenta. Lekarze ci twierdzili, że edukacja jest: „konieczna”, „niezbędna”, „bardzo istotna”, „nierozzerwalnie związana z procesem leczenia”, a nawet, że „jest podstawowym sposobem leczenia”. Pozostałe opinie były również w większości przychylnie dla tej edukacji, aczkolwiek wyrażono je w mniej zdecydowanej formie, jak np.: „wskazana”.

Co dziesiąty badany lekarz wyraził zastrzeżenia i opinie negatywne, np.: „nie zawsze możliwe do realizacji”, „nie wszyscy pacjenci się nadają”, „u pacjentów rozsądnych, ale nie koniecznie muszą to robić lekarze”, „potrzebna, ale w okrojonym zakresie”, „wydaje się mało skuteczna”.

Postawy lekarzy wobec edukacji pacjenta badano poprzez zebranie opinii o dodatnich i ujemnych stronach tego procesu (tab. I). Wśród dodatnich stron wymieniano przede wszystkim skutki poznawcze dla pacjenta, przy czym do grupy tej zaklasyfikowano odpowiedzi takie, jak: „wzrost świadomości”, „wzrost wiedzy”, „są lepiej zorientowani”, „pacjent

Tabela I. Wybrane aspekty postaw lekarzy wobec edukacji pacjenta (w %)

Table I. Selected aspects of physicians' attitudes to patient education (%)

L.p.	Wybrane aspekty postaw	Średnia dla obu grup N=415	Odpowiedzi w grupie		
			„przed” N=260	„po” N=155	$\chi^2$ *
<b>1.</b>	<b>Dodatnie strony edukacji pacjenta</b>				
1.1.	Skutki poznawcze dla pacjenta	32,5	30,8	34,2	
1.2.	Poprawa współpracy	25,0	25,4	24,5	
1.3.	Profilaktyka zachorowań	21,9	18,5	25,2	
1.4.	Skutki behawioralne	18,9	15,8	21,9	
1.5.	Ułatwienie leczenia	18,3	21,0	15,5	
1.6.	Brak dodatnich stron	0,6	1,2	0,0	
1.7.	Brak odpowiedzi	1,7	2,7	0,6	
<b>2.</b>	<b>Ujemne strony edukacji pacjenta</b>				
2.1.	Czasochłonność	23,3	18,9	27,7	$\chi^2 = 4,45$ $p < 0,05$
2.2.	Samoleczenie, konflikty, roszczenia	15,8	13,4	18,1	
2.3.	Trudności w kontakcie z pacjentem	8,9	10,0	7,7	
2.4.	Traumatyizacja	5,0	5,0	0,0	
2.5.	Brak ujemnych stron	28,3	26,9	29,7	
2.6.	Brak odpowiedzi	18,5	21,5	15,5	

\* – tylko dla zależności istotnych statystycznie

wie, czego może się spodziewać i zadaje mniej pytań”, „zrozumie sens zaleceń”. Jedna czwarta badanych wskazywała na poprawę współpracy lekarz-pacjent, co wyrażało się opiniami: „poprawia kontakt wzajemny”, „lepsza komunikacja”, „pacjent współpracuje z lekarzem”, „aktywne uczestnictwo w leczeniu”, „lepsze porozumienie”, „zaufanie do lekarza”, „daje poczucie pacjentowi, że lekarz się nim interesuje”. Przeciętnie co piąty badany zwrócił uwagę na profilaktykę zachorowań, co artykułowano jako: „zapobieganie chorobom”, „mniejsza umieralność”, „mniejsza zachorowalność”, „zachorowania zmniejszone”, „zmniejsza ryzyko zachorowań”, „poprawa stanu zdrowia społeczeństwa”, a także jako „rozwój promocji zdrowia”. Kolejna grupa uznała, że plusem są skutki behawioralne, czyli zmiana zachowań pacjenta: „samokontrola”, „przyjmowanie odpowiedzialności za swoje zdrowie”, „dostosuje się do wskazówek”, „dbanie o siebie” czy „zalecenia są lepiej wypełniane”. Podobna liczba badanych lekarzy stwierdziła, że plusem jest ułatwienie procesu leczenia, czyli: „lepsze wyniki terapii”, „skuteczniejsze leczenie”, „widać efekty leczenia”, „ułatwia pracę” itp.

Wśród odpowiedzi trudniejszych do zaklasyfikowania mieściły się np.: „pokazanie pacjentowi swojej wiedzy medycznej, a więc i kompetencji”, „w praktyce prywatnej zachęcenie pacjenta do własnej osoby”, czy „jednak im szybciej pacjent umrze, tym mniejsze nakłady finansowe”. Trzech lekarzy z grupy przed szkoleniem stwierdziło, że edukacja pacjenta nie przynosi żadnych korzyści.

Respondenci, którzy wskazali ujemne strony, najczęściej podnosili kwestię czasochłonności tego procesu oraz zwracali uwagę, że wzrost świadomości pacjentów może prowadzić do samoleczenia, konfliktów z lekarzem i rozwoju postaw roszczeniowych: „będą chcieli leczyć się sami”, „będą sami podejmować często ryzykowne decyzje”, „pacjent mądrkuje”, „przeedukowany pacjent jest trudny do prowadzenia”, „staje się zarozumiały i może dojść do braku współpracy z lekarzem”, „pacjent edukowany często podważa zdanie lekarza”, „stają się mądrzejsi od lekarza”, „wzrost żądań”, „narzucają lekarzowi sposób postępowania”, „wymuszają skierowania na badania”. Niemal co dziesiąty badany uważał, że minusem są trudności w kontakcie z pacjentem: „pacjenci nie rozumieją”, „totalny brak zrozumienia”, „oporność”, „niskie zainteresowanie pacjentów”, „niechęć do współpracy”, „pacjenci są upierdliwi”, „niektórych nie da się edukować”, „trudności w komunikacji wynikające z niskiego poziomu wykształcenia polskiego społeczeństwa”, „w większości nie mają pojęcia co im na prawdę dolega”. Co dwudziesty lekarz w grupie „przed” zwrócił uwagę na potencjalnie jałtrogenne skutki edukacji: „często, zwłaszcza przy chorobach ciężkich – depresje”, „dezorientacja”, „nadmiar informacji przytłacza pacjenta”, „zniechęcenie do leczenia”, „może zestresować”, „przesadne traktowanie pewnych zagadnień”. Do ujemnych stron edukacji zaliczano też konieczność posiadania odpowiedniego miejsca, zwiększenie kosztów czy brak materiałów pomocniczych.

#### Pozytywne oddziaływania społeczne i środowiskowe

Percepcję oddziaływań zewnętrznych na rzecz edukacji pacjenta badano poprzez pytanie, jakie grupy środowiska medycznego i grupy społeczne sprzyjają edukacji pacjenta, czy badany uważa, że ktoś w jego otoczeniu prowadzi edukację pacjenta oraz czy odczuwa wsparcie w tej dziedzinie (tab. II). Wśród respondentów dominuje pogląd, że gremium wspierającym jest przede wszystkim służba zdrowia, lekarze, pielęgniarki, poradnie specjalistyczne, POZ i lekarze rodzinni (łącznie 37,7%). Do grup sprzyjających edukacji pacjenta zaliczono także media, chorych, ich rodziny i środowisko oraz firmy farmaceutyczne.

Tabela II. Pozytywne oddziaływania społeczne, jakie odczuwają lekarze przy edukacji pacjenta (w %)

Table II. Positive social influences perceived by physicians in patient education (%)

L.p.	Wybrane aspekty oddziaływań społecznych	Średnia dla obu grup N=415	Odpowiedzi w grupie		
			„przed” N=260	„po” N=155	$\chi^2$ *
<b>1.</b>	<b>Grupy, które sprzyjają edukacji pacjenta</b>				
1.1.	Służba zdrowia (razem)	37,7	41,2	34,2	
1.2.	Środki masowego przekazu	22,5	18,5	26,5	
1.3.	Chorzy, ich rodziny i środowisko	16,3	13,2	19,4	
1.4.	Lekarze	14,7	14,6	14,8	
1.5.	Firmy farmaceutyczne	14,4	18,5	10,3	
1.6.	Pielęgniarki, personel średni	11,9	15,4	8,4	$\chi^2=4,27$ $p<0,05$
1.7.	Nikt, nie znam	6,3	4,2	8,4	
1.8.	Brak odpowiedzi	20,3	25,0	15,5	$\chi^2=5,22$ $p<0,05$
<b>2.</b>	<b>Przykłady z otoczenia</b>				
2.1.	Lekarze	28,3	30,0	26,5	
2.2.	Współpracownicy	16,2	15,0	17,4	
2.3.	Pielęgniarki, personel średni	15,7	12,7	18,7	
2.4.	Autorytety medyczne i osoby publiczne	7,5	7,3	7,7	
2.5.	Szef, ordynator, opiekun specjalizacji	4,6	3,9	5,2	
2.6.	Nikt, nie znam nikogo	6,8	7,7	5,8	
2.7.	Brak odpowiedzi	18,7	21,2	16,1	
<b>3.</b>	<b>Wsparcie dla respondenta</b>				
3.1.	Pielęgniarki, personel średni	20,8	21,5	20,0	
3.2.	Firmy farmaceutyczne	15,7	12,7	18,7	
3.3.	Współpracownicy	9,2	10,0	8,4	
3.4.	Szef, ordynator, opiekun specjalizacji	7,5	8,5	6,5	
3.5.	Środki masowego przekazu	7,1	7,7	6,5	
3.6.	Lekarze	6,4	6,2	6,5	
3.7.	Nikt, trudno powiedzieć	24,7	24,2	25,2	
3.8.	Brak odpowiedzi	11,3	11,5	11,0	

\* – tylko dla zależności istotnych statystycznie

W odpowiedzi na pytanie „Kto ze znanych Panu/Pani osób edukuje pacjentów?” respondenci podawali różne osoby z bliższego lub dalszego otoczenia, w tym ok. 16% udzieliło ogólnikowej odpowiedzi takiej jak: „współpracownicy”, „koledzy”, „koleżanki”, „osoby,

z którymi pracuje”, a 44% udzieliło odpowiedzi precyzyjnej – wskazując na lekarzy lub pracowników z tzw. personelu średniego. Niektórzy wskazali znane autorytety ze świata medycyny i osoby publiczne takie jak np: prezydentowa Jolanta Kwaśniewska, Jerzy Owsiak, Marek Kotański, ksiądz Arkadiusz Nowak, redaktor Krystyna Bochenek.

Co czwarty badany miał poczucie, że nikt go nie wspiera w procesie edukacji pacjenta, a co dziesiąty w ogóle nie udzielił odpowiedzi. Tak więc łącznie ok. 36% badanych wyowiadało się w sposób, który może świadczyć, że lekarze ci nie doznawali pomocy. Pozostali respondenci deklarowali, że wsparcie uzyskują od pielęgniarek, firm farmaceutycznych, współpracowników, swojego przełożonego czy środków masowego przekazu.

### Negatywne oddziaływania społeczne i środowiskowe

Do analizy percepcji negatywnych wpływów społecznych wykorzystano pytanie o kręgi utrudniające edukację pacjenta oraz czy badany ma poczucie, że ktoś mu w tym przeszkadza (tab. III). Wśród grup utrudniających wskazywano zwłaszcza chorych i ich środowisko oraz polityków, kasy chorych i system organizacji ochrony zdrowia, a także – media.

Tabela III. Negatywne oddziaływania społeczne, jakie odczuwają lekarze przy edukacji pacjenta (w %)

Table III. Negative social influences perceived by physicians in patient education (%)

L.p.	Wybrane aspekty oddziaływań społecznych	Średnia dla obu grup N=415	Odpowiedzi w grupie		
			„przed” N=260	„po” N=155	$\chi^2$ *
<b>1.</b>	<b>Grupy, które utrudniają edukację pacjenta</b>				
1.1.	Chorzy, ich rodziny i środowisko	16,1	12,7	19,4	
1.2.	Politycy, kasy chorych, system organizacji ochrony zdrowia	13,3	5,8	20,7	$\chi^2 = 21,4$ $p < 0,00005$
1.3.	Środki masowego przekazu	10,9	8,9	12,9	
1.4.	Koncerny tytoniowe, producenci alkoholu i słodczy	3,5	3,5	3,5	
1.5.	Nikt, nie znam	13,6	12,3	14,8	
1.6.	Brak odpowiedzi	32,4	41,5	23,2	$\chi^2 = 14,37$ $p < 0,0005$
<b>2.</b>	<b>Presja na respondenta</b>				
2.1.	Czas	19,4	16,9	21,9	
2.2.	Pacjenci	10,3	10,8	9,7	
2.3.	Organizacja pracy, system ochrony zdrowia	5,6	1,5	9,7	$\chi^2 = 14,72$ $p < 0,0005$
2.4.	Środki masowego przekazu	5,5	6,5	4,5	
2.5.	Nikt, trudno powiedzieć	24,0	27,3	20,7	
2.6.	Brak odpowiedzi	29,3	30,8	27,7	

\* – tylko dla zależności istotnych statystycznie

Około 10% respondentów podało, że w edukacji przeszkadzają sami pacjenci: „pacjenci, którzy wiedzą lepiej”, „pacjenci czekający za drzwiami”, „brak zrozumienia ze strony pacjenta”, „inni chorzy”. Stosunkowo duża grupa badanych pytanie to zinterpretowała jako „Co przeszkadza?”, przy czym najwięcej osób wskazało na brak czasu. Przeciętnie, co dwudziesty badany podał, że presję wywiera „zła organizacja pracy”, „nadmiar pacjentów”, „biurokracja” i „system organizacji ochrony zdrowia” albo środki masowego przekazu, reklamy lub nagonka w mediach na lekarzy.

### Trudności w edukowaniu pacjentów

W celu rozpoznania ograniczeń, pytano, co przeszkadza, a co ułatwia ten proces (tab. IV). Wśród czynników, które stanowiły przeszkodę, niemal połowa badanych wymieniła brak czasu, biurokrację, nadmiar papierkowej roboty oraz nadmiar pacjentów; co dziesiąty podał, że przeszkodą jest niewłaściwa reakcja pacjenta, co wyrażało się opiniami takimi jak: „brak współpracy z pacjentem”, „brak zaufania pacjenta”, „zły układ z pacjentem”, „brak widocznego porozumienia”, „brak zainteresowania pacjenta”, a także „niski poziom wykształcenia pacjentów”, „utarte nawyki pacjentów”. Nieliczni odpowiedzieli, że przeszkodą jest tylko „własne lenistwo”.

Tabela IV. Trudności w prowadzeniu edukacji pacjenta doświadczane przez lekarzy (w %)  
Table IV. Constrains in patient education experienced by physicians (%)

L.p.	Wybrane aspekty ograniczeń procesu edukacji pacjenta	Średnia dla obu grup N=415	Odpowiedzi w grupie		
			„przed” N=260	„po” N=155	$\chi^2$ *
<b>1.1.</b>	<b>Przeszkody w prowadzeniu edukacji pacjenta</b>				
1.1.	Brak czasu	45,1	40,4	49,7	
1.2.	Niewłaściwa reakcja pacjenta	9,5	9,2	9,7	
1.3.	Nic, trudno powiedzieć	6,1	8,9	3,2	$\chi^2 = 4,88$ $p < 0,05$
1.4.	Brak odpowiedzi	23,9	29,6	18,1	$\chi^2 = 6,86$ $p < 0,05$
<b>2.</b>	<b>Ułatwienia w prowadzeniu edukacji pacjenta</b>				
2.1.	Materiały edukacyjne	44,6	46,5	42,6	
2.2.	Posiadanie czasu, zmiana organizacji pracy	43,1	34,6	51,6	$\chi^2 = 11,6$ $p < 0,005$
2.3.	Szkolenia	4,5	5,0	3,9	
2.4.	Środki masowego przekazu	3,9	6,5	1,3	$\chi^2 = 6,12$ $p < 0,05$
2.5.	Nic, trudno powiedzieć	0,6	1,1	0,0	
2.6.	Brak odpowiedzi	6,2	9,2	3,2	$\chi^2 = 5,39$ $p < 0,05$

\* – tylko dla zależności istotnych statystycznie

Spośród czynników, które mogłyby ułatwić edukowanie pacjentów, na pierwszym miejscu znalazły się materiały edukacyjne, które można rozdawać pacjentom, następnie – potrzeba posiadania czasu, zmiana organizacji czasu pracy i zmniejszenie biurokracji. Tylko nieliczni badani wyrazili pogląd, że pomocą w edukowaniu pacjentów byłoby odpowiednie przeszkolenie lekarzy.

#### DYSKUSJA

Przedstawione wyniki wskazują, edukacja pacjenta odbywa się z dużą częstotliwością, a badani lekarze na ogół charakteryzują się raczej pozytywną postawą wobec niej. Niektórzy preferują tradycyjny styl pracy i obawiają się, że prowadzenie edukacji prowadzi do utraty kontroli nad pacjentem. Aczkolwiek znany jest fakt, że młodzi lekarze są lepiej ustosunkowani do prewencji i edukacji oraz chętniej podejmują się różnorodnych zadań (8, 9), ten optymistyczny obraz należałoby skonfrontować z opiniami pacjentów. Tym bardziej, że informowanie o chorobie, jej przyczynach oraz sposobie postępowania, a także umiejętności komunikacji lekarz-pacjent mają podstawowe znaczenie dla satysfakcji z lekarza i opieki medycznej (10, 11). Poza tym istnieje też wyraźne zapotrzebowanie społeczne na edukacyjny aspekt pracy lekarza (12). Wśród prezentowanych wyników trudno jest doszukać się znaczących pozytywnych oddziaływań środowiskowych i społecznych, takich aby mogły tworzyć odpowiedni klimat i skłaniać lekarzy do edukowania swoich pacjentów. Zwłaszcza, zwraca tu uwagę niewielka aktywność położonych na tym polu, zważywszy że mają oni do spełnienia ważną rolę w modelowaniu zachowań uczniów i podwładnych oraz tworzeniu utrwalonych wzorców postępowania (13). Typowo, wysokie miejsce wśród środowisk wspierających edukację zajmują pielęgniarki. Wysoko lokują się też firmy farmaceutyczne, co jest zrozumiałe, ale też powinno budzić niepokój z powodu nierzadko spotykanej tu komercjalizacji informacji o zdrowiu i promocji produktów.

Uzyskane wyniki wskazują, że nie obserwuje się znacząco silnych oddziaływań przeciwko takiej edukacji, a te spotykane, są najczęściej oddziaływaniami wewnątrzsystemowymi – pacjentów i struktur zarządzania. Zasadne byłoby zoperacjonalizowanie tych wpływów, np. ich formy i nasilenia. Wśród barier na czoło wysuwa się brak czasu, nadmiar pacjentów i czynności administracyjno-biurowych. Dodatkowo, przewija się tu, znana z innych badań, kwestia braku bodźca finansowego (14). Obserwuje się, że niewielu lekarzy czuje potrzebę szkolenia z dziedziny edukacji i technik komunikowania się z pacjentem. Jednocześnie bardzo wyraźnie rysuje się duże zainteresowanie materiałami informacyjnymi, przy czym niektórzy respondenci mogli tak opisywać materiały szkoleniowe dla lekarzy. Tym niemniej, wydaje się, że materiały informacyjne są traktowane jako substytut działań edukacyjnych lekarza, a przecież ich wykorzystanie powinno być poprzedzone szkoleniem na temat zasad posługiwania się takimi pomocami (15).

Zastosowany schemat badania efektów szkolenia, narzucony wymogami organizacyjnymi, wymaga większej ostrożności przy interpretowaniu wyników niż analiza dwukrotnego badania tych samych osób przed interwencją i po niej. Niemniej jednak, przy istniejącym dużym podobieństwie cech społeczno-demograficznych lekarzy z obu grup oraz zgodności merytorycznej i metodycznej wykładów, możliwe jest dokonanie pewnych porównań. I tak, uczestnictwo w szkoleniu miało związek z eksponowaniem podstawowego minusa edukacji, jakim jest czasochłonność tego procesu. Pozostawało w związku z pomniejszaniem wspierającej roli pielęgniarek i uwydatnianiem negatywnej roli gremiów polityczno-admi-



nistracyjnych i systemu ochrony zdrowia. Osoby, które przebyły szkolenie znacząco częściej twierdziły, że w prowadzeniu edukacji pacjenta pomocny byłby wolny czas, który można by poświęcić pacjentowi. Udział w szkoleniu związany był także z większą chęcią (łatwością) odpowiadania na niektóre z pytań ankiety oraz przewartościowaniem własnego udziału w edukacji. Wydaje się zatem, że szkolenie nie miało większego wpływu na postawy badanych, jednakże uświadomiło im własną rolę i spowodowało uwypuklenie różnorodnych przeszkód zewnętrznych.

#### WNIOSKI

Edukacja pacjenta w zakładach opieki zdrowotnej napotyka na wiele przeszkód – począwszy od nie dość korzystnego nastawienia poszczególnych lekarzy, poprzez słabe oddziaływania społeczne i środowiskowe sprzyjające temu procesowi, a kończąc na braku czasu i materiałów pomocniczych oraz złej organizacji pracy. Dla polepszenia edukacji pacjenta w zakładach opieki zdrowotnej konieczne są zatem zmiany organizacyjne w systemie ochrony zdrowia, współpraca ze stowarzyszeniami chorych oraz uwzględnianie problematyki budowania relacji lekarz-pacjent w szkoleniu i doskonaleniu zawodowym lekarzy.

*D Cianciara, M Miller*

#### PHYSICIANS' ATTITUDES TO PATIENT EDUCATION

#### SUMMARY

In the article patient education is recognized as a process of changing knowledge, attitudes and skills and influencing behaviour to improve health. In 2001 a questionnaire survey was carried out among 415 physicians to assess range of patient education, physicians' attitudes, social influences supporting and hindering this activity and barriers for performance. It was concluded that patient education was quite wide range activity among young physicians and attitudes were more or less positive. Despite of that social influences were not strongly supportive for patient education and there was a lot of barriers, especially lack of time, too many patients and administrative tasks.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Vahabi M, Ferris LE. Improving written patient education materials: a review of the evidence. *Health Education Journal* 1995;1:99–106.
2. Tones K, Tilford S. *Health Education; Effectiveness and efficacy*. Wyd. 2. London: Chapman & Hall; 1994:158–70.
3. Evason E, Whittington D. Patient satisfaction studies: problems and implications explored in a pilot study in Northern Ireland. *Health Education Journal* 1991;2:73–7.
4. 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.
5. Huges M. Patient attitude to health education in general practice. *Health Education Journal* 1988;4:130–2.
6. Adams CJ, Baeza JI, Calnan M. The new health promotion arrangements in general medical practice in England: Results from a national evaluation. *Health Education Journal* 2001;1:45–58.
7. Dixon-Woods M. Dissemination of printed information for patients: a qualitative study of general practices. *Health Education Journal* 1998;1:16–30.

8. Williams A, Bucks R, Whitfield M. General practitioners' attitudes to prevention. *Health Education Journal* 1989;1:30–2.
9. Martin S. More hours, more tired, more to do: results from the CMA's 2002 Physician Resource Questionnaire. *Canadian Medical Association Journal* 2002;5:521–2.
10. Marciniowicz L, Borzuchowska A. Czynniki warunkujące zadowolenie pacjentów z pracy lekarza rodzinnego. *Probl Med Rodz* 2001;5:18–25.
11. Pławecka L, Król Z, Stan M. Ocena i poprawa jakości obsługi pacjentów przez rejestrację w przychodniach rejonowych. *Probl Med Rodz* 1999;1:19–24.
12. Ostrowska A. Relacja pacjenta-lekarz: nowa jakość? *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 2001;21:109–21.
13. Wright SM, Carrese JA. Excellence in role modelling: insight and perspectives from the pros. *Canadian Medical Association Journal* 2002;6:638–43.
14. Coppel DH, Davis P. Health promotion in general practice: has the 1996 GP contract inspired or hindered effective health promotion by GPs in Nottingham? *Health Education Journal* 1998;2: 129–39.
15. Bishop PE, Barrow JH, Williams N, Hartley P. Reflection on a multidisciplinary approach to evaluation of patient literature materials. *Health Education Journal* 1997;56:404–13.

**Adres autorek:**

Dorota Cianciara  
Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny  
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa