

Edukacja zdrowotna w chorobach układu krążenia — możliwości i zagrożenia

Aldona Kubica¹, Władysław Sinkiewicz², Paweł Szymański³ i Maria Bogdan³

¹Katedra i Zakład Promocji Zdrowia *Collegium Medicum* w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Zakład Klinicznych Podstaw Fizjoterapii *Collegium Medicum* w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych *Collegium Medicum* w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Choroby układu sercowo-naczyniowego jako najczęstsza przyczyna zgonów, hospitalizacji i trwałej niezdolności do pracy są w Polsce poważnym wyzwaniem dla edukacji zdrowotnej. Niestety, w badaniach wykazano, że wiedza w zakresie objawów i prewencji miażdżycy tętnic jest bardzo niezadowolająca. Przyczyną takiej sytuacji jest brak czasu i niedostateczne przygotowanie metodologiczne personelu medycznego do prowadzenia edukacji. Celem nowoczesnej edukacji zdrowotnej jest dostarczanie informacji i wiedzy na temat zdrowia, wzmacnianie działań prozdrowotnych, przekonywanie oraz zapewnianie wpływu na tworzenie polityki społecznej. Łączenie różnych metod edukacyjnych tworzących spójny system, doskonalenie narzędzi edukacyjnych oraz wzmocnienie motywacji pacjentów pozwoli osiągnąć lepsze wyniki. Podsumowując, należy stwierdzić, że skuteczna edukacja zdrowotna jest możliwa; wymaga jednak zaangażowania od osób, których zadaniem jest jej prowadzenie, a ponadto zrozumienia znaczenia działań edukacyjnych i poznania podstaw metodyki. (Folia Cardiologica Excerpta 2006; 1: 177–181)

Słowa kluczowe: choroby układu sercowo-naczyniowego, edukacja zdrowotna

Choroby układu sercowo-naczyniowego są najczęstszą przyczyną zgonów, hospitalizacji i trwałej niezdolności do pracy w Polsce. Ze względu na olbrzymią, wręcz epidemiczną skalę tego problemu, a także na jego konsekwencje społeczne i ekonomiczne choroby wiążące się z miażdżycą tętnic stanowią największe wyzwanie dla szeroko pojętej promocji zdrowia. Jednym z podstawowych elementów tych działań jest edukacja zdrowotna. Posiadanie pewnego podstawowego zasobu wiedzy dotyczącej zarówno objawów choroby, jak i możliwości po-

wszechnego jej zapobiegania warunkują skuteczność profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Udokumentowana naukowo duża efektywność działań mających na celu eliminację lub korzystną modyfikację niektórych czynników ryzyka rozwoju miażdżycy może jednak pozostać tylko potencjalną drogą zmniejszenia zapadalności na choroby układu krążenia, bez współpracy osób i instytucji zajmujących się ochroną zdrowia ze społeczeństwem. Z kolei ta współpraca jest uwarunkowana posiadaniem pewnego niezbędnego zasobu wiedzy medycznej przez społeczeństwo. Skuteczna edukacja zdrowotna jest zatem niezbędna do osiągnięcia sukcesu [1], jednak aby przestała być ona hasłem, a stała się faktem, jej znaczenie muszą zrozumieć organizatorzy i pracownicy sektora ochrony zdrowia.

W dokumencie Światowej Organizacji Zdrowia określającym jej cele, opublikowanym w 1993 r.

Adres do korespondencji: Mgr Aldona Kubica
Katedra i Zakład Promocji Zdrowia
ul. Techników 3, 85–801 Bydgoszcz
e-mail: kizpromzdr@cm.umk.pl

Nadesłano: 08.05.2006 r. Przyjęto do druku: 31.07.2006 r.

(„Zdrowie dla wszystkich”), stwierdzono, że we wszystkich państwach członkowskich powinna istnieć łatwo dostępna i skuteczna edukacja zdrowotna w celu poprawy publicznych i zawodowych kompetencji w promowaniu zdrowia i zwiększania świadomości zdrowotnej w innych sektorach [2]. W tym samym dokumencie zakres edukacji zdrowotnej zdefiniowano szerzej niż dotychczas. Samo udostępnianie istniejącej wiedzy na temat zdrowia, choć jest konieczne, należy uzupełnić następującymi elementami:

- podkreśleniem umiejętności samooceny, indywidualnych zdolności oraz wsparcia społecznego w rozwoju zdrowego stylu życia;
- praktycznym i teoretycznym szkoleniem pracowników służby zdrowia w zakresie promocji zdrowia;
- szkoleniem innych grup zawodowych w celu podniesienia możliwości promowania zdrowia;
- zapewnieniem skutecznej infrastruktury i wystarczających środków we wdrożeniu i koordynacji programów promocji zdrowia [2].

Nowoczesna edukacja zdrowotna ma dostarczać informacji i wiedzy na temat zdrowia, wzmacniać działania na jego rzecz, przekonywać oraz wpływać na tworzenie zdrowotnej polityki społecznej [3, 4].

Niestety, realizacja tych zdefiniowanych kilkanaście lat temu zadań w Polsce nadal jest niewystarczająca. W badaniach przeprowadzanych m.in. w ośrodku, w którym pracują autorzy niniejszego opracowania, wykazano, że wiedza w zakresie objawów i prewencji miażdżycy tętnic, nawet wśród osób z rozpoznaną już chorobą niedokrwienną serca, jest bardzo niezadowolająca [3, 5, 6]. Ponadto chorzy często mają fałszywe przekonania dotyczące problematyki zdrowotnej, co w konsekwencji może prowadzić do podejmowania w dobrej wierze działań, które nie przynoszą pozytywnych efektów, a niekiedy wręcz szkodzą. W cytowanych już badaniach [5, 6] wykazano, że wcześniejsze hospitalizacje wyraźnie korzystnie wpływały na wiedzę dotyczącą objawów choroby niedokrwiennej serca. Niestety, nie odnotowano podobnego efektu w zakresie wiedzy dotyczącej profilaktyki, co jednoznacznie dowodzi braku skutecznej edukacji zdrowotnej podczas wcześniejszych hospitalizacji. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że wpłynęło to negatywnie na efektywność profilaktyki wtórnej w tej grupie chorych. Równie niepokojący jest fakt, że wcześniejsze leczenie ambulatoryjne pacjentów z nadciśnieniem tętniczym lub cukrzycą także pozostawało bez wyraźnego wpływu na zasób ich wiedzy w zakresie objawów i profilaktyki choroby niedokrwiennej serca. Te wyniki mogą potwierdzać zupełny brak skuteczności oddziaływania

lekarzy i pielęgniarek zarówno w szpitalu, jak i w przychodni w zakresie edukacji zdrowotnej [5, 6].

Jakie są przyczyny tego bardzo niepokojącego zjawiska? Wydaje się, że przede wszystkim brakuje możliwości poświęcenia każdemu pacjentowi dostatecznej ilości czasu, co przyczynia się do małej efektywności działań w tym zakresie. Być może pewną rolę odgrywa także nieodpowiednie przygotowanie metodologiczne personelu medycznego do prowadzenia edukacji.

Przytoczone fakty dowodzą nieskuteczności systemu promocji zdrowia, a w szczególności edukacji zdrowotnej. Zapotrzebowanie na wiedzę dotyczącą problematyki zdrowotnej w społeczeństwie stale rośnie [7]. Skutkiem braku łatwo dostępnego, wiarygodnego, a przy tym atrakcyjnego źródła wiedzy jest upowszechnianie przekonań i sądów mających niewiele wspólnego z prawdą.

Wiedzę medyczną najczęściej zdobywa się poprzez własne obserwacje. Doświadczenia zgromadzone w trakcie przebycia jakiejś choroby wzbogacają nie tylko wiedzę na jej temat, ale mogą rzutować na ogólne opinie i postawy zdrowotne [7].

Źródłem wiedzy o zdrowiu i chorobie są również informacje, opinie lub postawy przejęte od innych osób, które ze względu na poziom wiarygodności można podzielić na 3 grupy. Pierwsza grupa, o największej wiarygodności, posiada rzetelną wiedzę medyczną (personel medyczny). Druga grupa to osoby o mniejszej wiarygodności, które mają pewien zasób wiedzy z racji przebycia choroby; często potrafią wyolbrzymić schorzenie i straszyć, zwłaszcza innych chorych. Trzecia grupa, o najmniejszej wiarygodności, to osoby pozornie posiadające wiedzę medyczną, które często propagują obiegowe opinie nieoparte danymi ani własnym doświadczeniem, co może być potencjalną przyczyną największych szkód w świadomości społecznej [3]. Należy zatem aktywnie dostarczać rzetelną wiedzę w przystępnej formie wieloma sposobami z jednoczesnym użyciem kilku różnych metod, aby odpowiedzieć na potrzeby społeczne i zminimalizować możliwości szerzenia się nieprawdziwych poglądów. Mówiąc o zagrożeniach wiążących się z dezinformacją społeczeństwa, należy wspomnieć także o narastającym problemie świadomego dostarczania informacji nieprawdziwych lub niesprawdzonych w celu osiągnięcia korzyści wynikających z popularyzowania metod diagnostyki, leczenia lub profilaktyki, których skuteczności nie potwierdzono wiarygodnymi badaniami. Ten problem jest szczególnie niebezpieczny, ponieważ osoby propagujące określone metody mogą powszechnie być uznawane za profesjonalistów, a zatem — za godne zaufania. Dla lekarzy jest to

także zagadnienie w wymiarze środowiskowym, ponieważ w tego typu działania, które nie są zgodne z etyką lekarską, angażują się, niestety, także pojedynczy przedstawiciele tego zawodu.

Ogromną rolę w procesie edukacji zdrowotnej mogą odegrać także środki masowego przekazu, a przede wszystkim telewizja jako medium o najszerszym zakresie oddziaływania. Prasa i radio, wykorzystując swoją specyfikę, docierają z wiedzą medyczną do społeczeństwa w nieco inny sposób. Wszystkie media prezentują ogromny potencjał edukacyjny, w którym ze względu na siłę oddziaływania przekazywane treści należy formułować szczególnie precyzyjnie, tak by nie tylko były prawidłowe merytorycznie, ale także zrozumiałe dla ogółu odbiorców. Praktyka wskazuje, że w Polsce często nie udaje się osiągnąć tego celu. Ponadto brak koordynacji działań w zakresie promocji zdrowia w środkach masowego przekazu sprawia, że pewne elementy (audycje, artykuły), mimo że są zauważalne, nie spełniają oczekiwań społecznych ze względu na brak konsekwencji i spójności. Wydaje się, że w tym zakresie zdecydowanie więcej można oczekiwać przede wszystkim od telewizji publicznej, która realizując swoją misję, powinna uwzględniać także potrzeby zdrowotne Polaków. To zadanie powinni jednak jasno wytyczyć przed nadawcami twórcy polityki zdrowotnej państwa [1].

Wracając do zadań personelu medycznego, warto uświadomić sobie możliwości i ograniczenia tej grupy zawodowej w zakresie edukacji zdrowotnej. Zasadniczym zawężeniem jest możliwość oddziaływania na osoby już chore, natomiast wpływ na zdrowe osoby jest bardzo ograniczony. Kontakt z chorym i jego rodziną w takich okolicznościach stwarza wyjątkową okazję do bardzo skutecznych działań w zakresie promocji zdrowia, w tym przede wszystkim edukacji zdrowotnej. Wyjątkowość tej okazji polega na tym, że wystąpienie choroby, najczęściej połączone z poczuciem zagrożenia, zwykle jest silnym czynnikiem motywującym pacjenta i jego rodzinę do podejmowania konkretnych działań na rzecz poprawy własnego zdrowia [8]. Zadaniem personelu medycznego, a w szczególności lekarzy i pielęgniarek, powinno być właściwe wykorzystanie tej sytuacji. Niezwykle ważne jest nawiązanie partnerskiego i pogłębionego kontaktu z pacjentem. Stroną, do której należy inicjatywa, musi być lekarz lub pielęgniarka, ponieważ, jak wykazano w badaniach, pacjenci w tych kontaktach zazwyczaj są bierni [9]. Zrozumienie przez chorego sensu działań diagnostycznych i leczniczych sprzyja ich akceptacji oraz zasadniczo poprawia efektywność terapii. Następnym niezwykle ważnym celem jest zachęta

do podjęcia działań profilaktycznych obejmujących zarówno zmiany stylu życia (zaprzestanie palenia tytoniu, zmiana nawyków żywieniowych, zwiększenie aktywności fizycznej), jak i podjęcie systematycznego, zgodnego z obowiązującymi standardami leczenia farmakologicznego [3]. Jedynie świadoma, partnerska współpraca obu stron może doprowadzić do zasadniczej zmiany postawy pacjenta, a często także osób z jego najbliższego otoczenia, z biernej (nadzieja, że choroba się nie pojawi) na czynną (świadome działania w celu kontroli stanu zdrowia i zapobiegania ewentualnym chorobom) [3, 5, 10, 11].

Jedną z najbardziej popularnych metod przekazywania pacjentom niezbędnej wiedzy jest korzystanie z broszur edukacyjnych. Jest to bardzo wygodna metoda dla personelu medycznego, ponieważ wymaga relatywnie małego wysiłku i — co niezwykle ważne — nie jest czasochłonna. Ma ona także inny walor — pacjent może w dowolnej chwili wracać do lektury. Zasadniczą wadą broszur oprócz relatywnie małej atrakcyjności jest wymóg aktywnej postawy pacjenta, który musi wyrażać chęć przyswojenia zamieszczonych w nich informacji. A zatem motywacja w tej metodzie edukacji odgrywa szczególnie ważną rolę [1, 6].

Broszury nie mogą być oczywiście jedynym narzędziem oddziaływania. Wydaje się, że łączenie różnych metod edukacyjnych tworzących spójną całość, doskonalenie narzędzi szkoleniowych oraz wzmocnienie motywacji pacjentów pozwoli na osiągnięcie lepszych wyników. Dobór narzędzi edukacyjnych (broszury, filmy, rozmowy) powinien uwzględniać indywidualne style uczenia się odbiorców; im szersza jest oferta, tym większe prawdopodobieństwo skutecznego oddziaływania [12]. Ponadto istnieje konieczność indywidualizacji treści edukacyjnych, co wynika ze złożoności czynników determinujących odbiór i reakcję na standardową edukację zdrowotną. Oprócz uwarunkowań kulturowych niezbędne jest dostrzeżenie znaczenia zależności społeczno-ekonomicznych, m.in. wykształcenia, zawodu, pracy, poziomu dochodów, statusu rodzinnego, warunków życia [6, 10].

Trzeba pamiętać, że motywacja pacjentów jest podstawowym warunkiem skutecznej nauki. Jednak na efektywność edukacji zdrowotnej wpływają także inne, liczne czynniki wiążące się przede wszystkim ze stopniem zaspokojenia indywidualnych potrzeb [12]. Ludzie uczą się najlepiej, gdy:

- czują się bezpieczni i mogą bezpiecznie wypróbować zdobyte informacje; ich potrzeby są spełnione w sposób, który postrzegają jako właściwy;
- wiedzą, co mają robić, zwłaszcza gdy byli zaangażowani w wytyczanie swoich własnych celów;

- aktywnie uczestniczą i są zaangażowani w przyswajanie wiedzy;
- wiedzą, jakie robią postępy;
- wiedzą i odczuwają, że są szanowani i akceptowani jako jednostki z pełnymi prawami decydowania o sobie [13].

W edukacji zdrowotnej ważne jest, aby odbiorcom przekazywać wiedzę na temat procesu podejmowania decyzji zdrowotnych wraz z ich konsekwencjami, jednak nie należy narzucać im decyzji, które powinni podjąć. W ten sposób odbiorca staje się partnerem w procesie nauczania [12].

Istnieją 3 typy uczenia się: poznawcze, emocjonalne i psychomotoryczne.

Uczenie poznawcze to proces myślenia, poznania i wykorzystania uzyskanej informacji. Bloom [14] zaproponował uporządkowanie poszczególnych poziomów nauczania od najniższego do najwyższego, które może ułatwiać zaplanowanie działań edukacyjnych. Najniższy, podstawowy poziom to wiedza, czyli znajomość pojęć, faktów, teorii itp. Następny poziom to rozumienie — uświadomienie znaczenia posiadanej wiedzy. Zastosowanie, czyli umiejętność wykorzystania w praktyce wiedzy, to kolejny poziom. Następny jest synteza — umiejętność formowania nowych koncepcji na podstawie posiadanej wiedzy. Najbardziej zaawansowanym poziomem uczenia poznawczego jest ocena, czyli ocenianie i porównywanie myśli i koncepcji [12, 14].

Uczenie emocjonalne obejmuje wartości, poglądy i emocje. Zachowania wiążące się ze zdrowiem, w tym np. różne nawyki i schematy żywieniowe, w dużej mierze zależą od poglądów. Pogląd jest predyspozycją do myślenia, odczuwania i działania w określony sposób wobec jakiegoś aspektu otoczenia. Poglądy mogą zmieniać się wskutek zdobywania i zrozumienia pewnych problemów. Ewentualna zmiana poglądów zwykle jest niełatwa i zależy od tego, czy odbiorcy działań edukacyjnych zinterpretują otrzymane informacje jako przydatne i korzystne dla siebie. Duży wpływ na skłonność do zmiany bądź utrwalanie się posiadanych poglądów ma kontakt emocjonalny między osobą prowadzącą edukację a odbiorcą. Uwzględnianie potrzeb emocjonalnych odbiorców, empatia i szczerść pomagają stworzyć atmosferę zaufania i partnerstwa, która sprzyja dokonywaniu właściwych wyborów zdrowotnych. Osoby prowadzące edukację muszą pamiętać, że poglądów nie da się narzucić odbiorcom, ale można im pomóc je zmienić [12].

Uczenie psychomotoryczne polega na kształtowaniu i rozwijaniu konkretnych umiejętności poprzez praktykę, np. naukę prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego bądź wstrzyknięć insuliny u chorych na cukrzycę [12].

Każde działanie edukacyjne, zwłaszcza jeśli ma być prowadzone na szerszą skalę (jak edukacja zdrowotna), wymaga odpowiedniego przygotowania. Pierwszym etapem jest ocena potrzeb. Następnym — przygotowanie planu obejmujące zdefiniowanie celów ogólnych oraz szczegółowych zadań. Cele ogólne oprócz określenia powodów podejmowanych działań („Dlaczego”?) muszą zdefiniować adresata tych działań („Kto?”). Natomiast zadania szczegółowe powinny precyzować treści („Co?”), które mają być przekazane, metody edukacyjne („Jak?”) oraz otoczenie procesu nauczania („Gdzie?”). Trzecim etapem jest wdrażanie zaplanowanych działań, a ostatnim — ich weryfikacja. Należy oceniać każdą interwencję edukacyjną, aby określić jej wpływ na uczestników. Na podstawie wyników oceny efektów można podejmować decyzje o ewentualnych zmianach celów i zadań, o kontynuowaniu lub zaniechaniu realizacji konkretnego projektu. Weryfikacja jest zatem procesem, którego celem jest doskonalenie podejmowanych działań edukacyjnych [1, 12, 15, 16].

Podsumowując, należy stwierdzić, że skuteczna edukacja zdrowotna jest z pewnością możliwa, wymaga jednak zaangażowania od osób, których zadaniem jest jej prowadzenie, a ponadto zrozumienia znaczenia działań edukacyjnych i poznania podstaw metodyki.

Piśmiennictwo

1. Kubica A., Grzešek G., Lackowski J. Choroby układu sercowo-naczyniowego — wyzwanie dla promocji zdrowia. *Forum Kardiologów* 2005; 10: 83–86.
2. *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku.* Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków 2001.
3. Kubica A., Bogdan M., Grzešek G., Krakowska A., Sukiennik A. Radzenie sobie ze stresem we wczesnym okresie po zawale serca. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005; 2: 95–98.
4. Karski J.B. Znaczenie rozwoju pojęcia zdrowia dla tworzenia nowych pojęć i wartości. W: Karski J.B. *Praktyka i teoria promocji zdrowia.* CeDeWu, Warszawa 2003; 9–17.
5. Kubica A., Pufal J., Moczulska B. i wsp. Ocena wiedzy dotyczącej profilaktyki i objawów choroby niedokrwiennej serca u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 135–141.
6. Kubica A., Pufal J., Moczulska B. i wsp. Skuteczność edukacji zdrowotnej u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005; 2: 61–68.

7. Tobiasz-Adamczyk B. Poziom wiedzy medycznej ludności jako element zachowań w zdrowiu i chorobie. W: Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998; 38–43.
8. Kubica A., Bogdan M., Budnik-Szymoniuk M. Zaburzenia lękowe u chorych po zawale serca. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 103–106.
9. Makoul G., Arntson P., Schofield T. Health promotion in primary care: physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science and Medicine* 1995; 41: 1241–1254.
10. Słońska Z. Systemowe uwarunkowania skutecznego zapobiegania chorobie niedokrwiennej serca — wyzwanie dla promocji zdrowia. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red.. *Choroba niedokrwienności serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004; 209–236.
11. Słońska Z. Promocja zdrowia — zarys problematyki. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna*. 1994; 1–2: 37–52.
12. Forster D. Edukacja dla zdrowia. W: Pike S., Forster D. red. *Promocja zdrowia dla wszystkich*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 1998; 137–155.
13. Daines J., Daines C., Graham B. *Adult learning. Adult teaching*. University of Nottingham, Nottingham 1992.
14. Bloom B. *Taxonomy of educational objectives*. Longman-Green, New York 1969.
15. Whitman N.J., Graham B., Gleit C.J., Boyd M.D. *Teaching in nursing practice. A professional model*. Appelton and Lange, Norwalk CT 1992.
16. Kropińska I. Problematyka przekonań zdrowotnych jako obszar teoretyczno-badawczy pedagogiki społecznej. W: *Przekonania zdrowotne w poszukiwaniu perspektywy pedagogicznej*. Wydawnictwo Uczelniane WSP w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2003; 249–262.