

Samoocena pacjentów jako czynnik modyfikujący skuteczność edukacji zdrowotnej

Aldona Kubica¹, Maria Bogdan², Ewa Olejarczyk², Aleksandra Jurek², Przemysław Magielski³, Ryszard Dobosiewicz², Marek Koziński², Rajmund Wilczek³, Wacław Kochman², Zofia Grąbczewska², Iwona Świątkiewicz², Adam Sukiennik², Elżbieta Grzešek², Grzegorz Grzešek², Władysław Sinkiewicz⁴ i Aleksander Araszkiwicz⁵

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

²Katedra i Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICUS w Bydgoszczy

⁴Katedra i Zakład Klinicznych Podstaw Fizjoterapii *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁵Katedra i Klinika Psychiatrii *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: *Celem niniejszej pracy jest analiza wpływu samooceny pacjentów w zakresie wiedzy o chorobie wieńcowej na skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca.*

Metody: *Badaną grupę stanowiło 146 kolejnych chorych leczonych metodą pierwotnej interwencji wieńcowej z powodu ostrego zawału serca. W całej badanej grupie w trakcie hospitalizacji prowadzono edukację zdrowotną na podstawie specjalnie przygotowanych broszur. Pacjentów podzielono na grupy w zależności od deklarowanego poziomu wiedzy na temat objawów i profilaktyki choroby niedokrwiennej serca (wiedza wystarczająca, wiedza niewystarczająca, brak wiedzy). Wiedzę pacjentów oceniano na podstawie badania ankietowego na początku i pod koniec hospitalizacji.*

Wyniki: *W trakcie hospitalizacji w całej badanej populacji odnotowano niewielki, ale istotny przyrost wiedzy mierzony liczbą poprawnych odpowiedzi ($0,85 \pm 3,95$; tj. 8,7%; $p = 0,01$).*

Ocena wiedzy o objawach choroby wieńcowej wykazała znamienne statystycznie przyrost tylko w grupie deklarującej wiedzę niewystarczającą ($p = 0,02$), chociaż w grupie deklarującej wyjściowo brak wiedzy przyrost liczby poprawnych odpowiedzi w wartościach bezwzględnych był prawie 3-krotnie wyższy. Brak znamienności w tej grupie zapewne był spowodowany jej małą liczebnością ($n = 9$). Analiza skuteczności edukacji zdrowotnej w zależności od samooceny chorych w zakresie wiedzy dotyczącej profilaktyki choroby niedokrwiennej serca wykazała przyrost liczby prawidłowych odpowiedzi we wszystkich 3 grupach pacjentów, jednak w grupie deklarującej wystarczającą wiedzę nie był on znamienny.

Wnioski: *Podsumowując, należy podkreślić, że efektywne prowadzenie edukacji zdrowotnej u chorych po zawałe serca jest niezwykle trudne. Skuteczność edukacji zdrowotnej zależy od wielu czynników, wśród których umiejętność samooceny, ściśle związana z motywacją, odgrywa istotną rolę. (Folia Cardiologica Excerpta 2008; 3: 571–577)*

Słowa kluczowe: *zawał serca, edukacja zdrowotna*

Wstęp

Nowoczesna edukacja zdrowotna, oprócz udostępniania istniejącej wiedzy na temat zdrowia, powinna być uzupełniona także innymi elementami, wśród których znaczącą rolę odgrywają podkreślanie umiejętności samooceny, indywidualnych zdolności oraz wsparcia społecznego w rozwoju zdrowego stylu życia [1–3].

Celem niniejszej pracy jest analiza wpływu samooceny pacjentów w zakresie wiedzy o chorobie wieńcowej na skuteczność edukacji zdrowotnej u osób z ostrym zawałem serca.

Metody

Badania przeprowadzono na podstawie zgody Komisji Etycznej CM UMK nr KB/396/2006 z dnia 22 czerwca 2006 roku.

Badaną grupę stanowiło 146 kolejnych pacjentów (po uwzględnieniu zamieszczonych poniżej kryteriów wyłączenia) leczonych metodą angioplastyki wieńcowej z powodu ostrego zawału serca w Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu. Średni wiek chorych wynosił $57,1 \pm 7,2$ roku. W badanej grupie było 46 kobiet (średni wiek $58,7 \pm 6,4$ roku) i 100 mężczyzn (średni wiek $56,4 \pm 7,4$ roku).

Kryteria wyłączenia chorych z badania obejmowały:

- brak świadomej pisemnej zgody pacjenta;
- wiek powyżej 70 lat;
- stwierdzone wcześniej zaburzenia psychiczne;
- inne uwarunkowania zdrowotne uniemożliwiające świadome i samodzielne wypełnianie ankiet.

W 2. dobie hospitalizacji każdy pacjent wypełniał kwestionariusz oceniający wiedzę w zakresie profilaktyki, przyczyn i objawów choroby wieńcowej. W części wstępnej kwestionariusza znajdowały się pytania dotyczące samooceny pacjenta w zakresie poziomu wiedzy na temat objawów i profilaktyki choroby niedokrwiennej serca. Na podstawie odpowiedzi udzielonych na te pytania badanych podzielono na grupy:

- WW — osoby deklarujące wystarczający ich zdaniem poziom wiedzy;
- WN — osoby deklarujące pewien zasób wiedzy, który ich zdaniem nie jest wystarczający;
- BW — osoby deklarujące brak wiedzy.

Następnie każdy pacjent otrzymywał broszurę edukacyjną pt. „Choroba wieńcowa”, która zawierała informacje niezbędne do udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w kwestionariuszu

oceniającym wiedzę. Jednocześnie badanych informowano, że w celu zahamowania postępu schorzenia i uniknięcia ponownego zawału konieczne jest poznanie najważniejszych objawów choroby i zasad profilaktyki. W ostatniej dobie hospitalizacji badani ponownie wypełniali kwestionariusz oceniający wiedzę.

Do każdego pytania były przyporządkowane 4 możliwe odpowiedzi, z których tylko 1 była prawdziwa. Jednak pacjent nie wybierał 1 z nich, a określał swój stosunek do każdej z możliwych opcji osobno, odpowiadając: „tak”, „nie” lub „nie wiem”. W ten sposób badany potencjalnie mógł potwierdzić prawdziwość 2 lub więcej wykluczających się wzajemnie stwierdzeń. Taka konstrukcja ankiety pozwalała na bardziej wiarygodną ocenę wiedzy (zmniejszenie przypadkowości), a jednocześnie uwidaczniała zdolność pacjenta do logicznej oceny proponowanych mu odpowiedzi.

Przyjęto następującą klasyfikację odpowiedzi:

- prawdziwa logiczna (odpowiedź prawdziwa: „tak”; pozostałe: „nie”);
- prawdziwa nielogiczna (odpowiedź prawdziwa: „tak”; pozostałe: co najmniej 1 „tak”)
- nieprawdziwa logiczna (odpowiedź prawdziwa: „nie”; pozostałe: tylko 1 — „tak”);
- nieprawdziwa nielogiczna (odpowiedź prawdziwa: „nie”; pozostałe: co najmniej 2 — „tak”);
- brak odpowiedzi — „nie wiem”.

Efektywność opisaną powyżej interwencji edukacyjnej na podstawie broszury mierzono przyrostem liczby poprawnych odpowiedzi w kwestionariuszu wypełnianym w ostatniej dobie hospitalizacji, w porównaniu z kwestionariuszem uzupełnianym na początku.

Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem pakietu Statistica. Dane o charakterze ilościowym scharakteryzowano za pomocą określenia liczebności podgrup, odsetka, wartości średniej dla grupy wraz z odchyleniem standardowym, mediany, wartości maksymalnych i minimalnych. Dane o charakterze nominalnym opisano za pomocą liczebności oraz odsetka. Wykonano testy normalności rozkładu w obrębie podgrup: Kołmogorowa-Smirnowa z poprawką Lillieforsa oraz Shapiro-Wilka. W celu wykrycia istotności różnic między podgrupami zastosowano odpowiednio dla grup niezależnych test ANOVA Kruskala-Wallisa i test mediany lub test U Manna-Whitneya, dla prób zależnych — test kolejności par Wilcoxon lub odpowiednio testy T. Oceniono także różnicę między dwoma wskaźnikami struktury w obrębie wybranych podgrup.

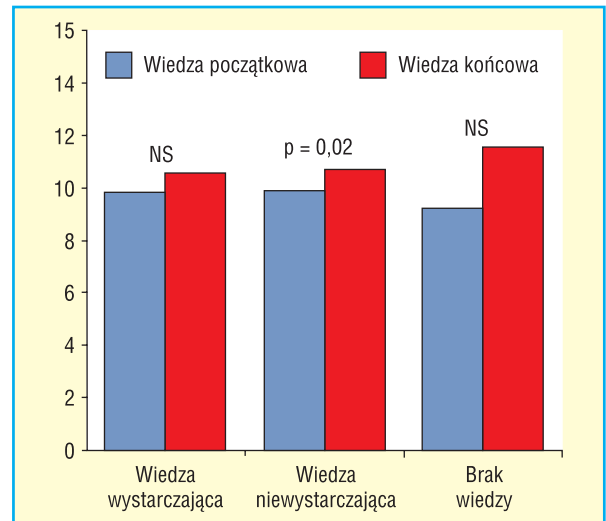
Wyniki

Porównanie ankiety oceniającej wiedzę pacjentów na początku hospitalizacji (OW1) z ankietą przeprowadzoną przed wypisaniem ze szpitala wykazało w całej badanej populacji poprawę wiedzy pacjentów mierzoną przyrostem liczby poprawnych odpowiedzi. Przyrost ten, choć nie był zbyt wielki ($0,85 \pm 3,95$; tj. 8,7%), ale jednak istotny statystycznie ($p = 0,01$).

Wzrostowi liczby prawidłowych odpowiedzi towarzyszył znamieny ($p = 0,001$) spadek liczby odpowiedzi „nie wiem” ($-2,85 \pm 14,36$; tj. 22,2%).

Zgodnie z oczekiwaniami porównanie tych ankiet pod kątem oceny logiczności odpowiedzi mierzony liczbą udzielonych odpowiedzi nielogicznych nie wykazało istotnych zmian w trakcie hospitalizacji.

Zdecydowanie największa część chorych zadeklarowała, że ich wiedza w zakresie objawów choroby niedokrwiennej serca jest niewystarczająca. Taki rozkład liczebności porównywanych grup wyraźnie wpłynął na wyniki analizy statystycznej badanej zmiennej. Przyrost liczby odpowiedzi prawidłowych ($\Delta OW2-1$) obserwowano we wszystkich 3 grupach pacjentów. Przyrost był znamieny statystycznie tylko w grupie deklarującej niewystarczającą wiedzę, chociaż w grupie zgłaszającej wyjściowo brak wiedzy przyrost liczby poprawnych odpowiedzi w wartościach bezwzględnych był prawie 3-krotnie wyższy. Brak znamienności w tej grupie zapewne był spowodowany jej małą liczebnością ($n = 9$). Różnice między porównywanymi grupami w zakresie liczby prawidłowych odpowiedzi zarówno w pierwszej (OW1), jak i drugiej ankiecie (OW2), a także w zakresie przyrostu takich odpowiedzi ($\Delta OW2-1$) nie były znamienne (ryc. 1, tab. 1).



Rycina 1. Skuteczność edukacji zdrowotnej w zależności od samooceny chorych w zakresie wiedzy dotyczącej objawów choroby niedokrwiennej serca

Analogiczne porównanie przeprowadzone pomiędzy grupami dla liczby udzielonych odpowiedzi „nie wiem” także nie wykazało istotnych różnic, chociaż w pierwszej ankiecie (OW1), gdzie osoby deklarujące brak wiedzy ponad 2-krotnie częściej udzieliły takiej odpowiedzi, w porównaniu z osobami deklarującymi wystarczającą wiedzę, różnica ($p = 0,09$) była bliska spełnienia kryterium znamienności statystycznej przyjętego w tej pracy. Istotny spadek liczby odpowiedzi „nie wiem” odnotowano jedynie w grupie deklarującej niewystarczającą wiedzę, chociaż w nielicznej grupie zgłaszającej brak wiedzy ten spadek był ponad 4-krotnie większy (tab. 1).

Tabela 1. Skuteczność edukacji zdrowotnej w zależności od samooceny chorych w zakresie wiedzy dotyczącej objawów choroby niedokrwiennej serca

Odpowiedź	Zmienna	n	OW1	OW2	$\Delta OW2-1$	p
Prawidłowa	WW	11	$9,82 \pm 3,4$	$10,55 \pm 2,89$	$0,73 \pm 3,77$	NS
	WN	125	$9,87 \pm 2,7$	$10,69 \pm 3,37$	$0,82 \pm 3,86$	0,02
	BW	9	$9,22 \pm 2,1$	$11,56 \pm 4,45$	$2,33 \pm 4,9$	NS
„Nie wiem”	WW	11	$8,55 \pm 10,38$	$7,73 \pm 9,83$	$-0,82 \pm 12,22$	NS
	WN	125	$12,77 \pm 9,76$	$10,74 \pm 12,81$	$-2,03 \pm 14,43$	0,01
	BW	9	$17,11 \pm 10,98$	$8,11 \pm 10,09$	$-9,0 \pm 12,78$	NS
Nielogiczna	WW	11	$5,9 \pm 3,75$	$6,73 \pm 3,29$	$0,82 \pm 5,13$	NS
	WN	125	$4,3 \pm 3,04$	$4,17 \pm 3,48$	$-0,13 \pm 3,99$	NS
	BW	9	$3,9 \pm 3,37$	$3,44 \pm 2,7$	$-0,44 \pm 4,22$	NS

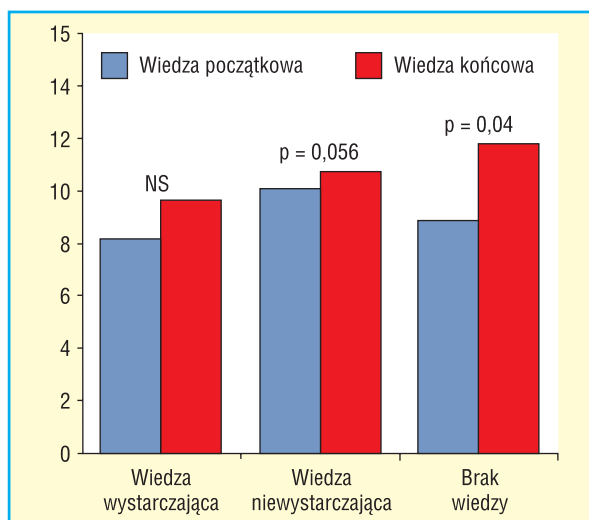
WW — wiedza wystarczająca; WN — wiedza niewystarczająca; BW — brak wiedzy; NS — nieistotne statystycznie

Nie odnotowano istotnej zmiany liczby odpowiedzi nielogicznych „nie” w żadnej z ocenianych grup. Jednak w drugiej ankiecie (OW2) różnica między grupami była istotna ($p = 0,046$) — najwięcej takich odpowiedzi udzieliły osoby deklarujące wiedzę wystarczającą, a najmniej — badani, którzy deklarowali brak wiedzy w zakresie objawów choroby niedokrwiennej serca (tab. 1).

Analiza skuteczności edukacji zdrowotnej w zależności od samooceny chorych w zakresie wiedzy dotyczącej profilaktyki choroby niedokrwiennej serca jest także obciążona ograniczeniem wynikającym z dysproporcji liczebności porównywanych grup. Przyrost liczby prawidłowych odpowiedzi ($\Delta OW2-1$) stwierdzono we wszystkich 3 grupach pacjentów, jednak w grupie deklarującej wystarczającą wiedzę nie był on znamienny. W pierwszej ankiecie (OW1) liczba prawidłowych odpowiedzi różnicowała badane grupy — średnio najwięcej poprawnych odpowiedzi udzielały osoby deklarujące niewystarczającą wiedzę, natomiast w 2 pozostałych grupach liczba takich odpowiedzi była podobna, znamiennej mniejsza ($p = 0,049$) (ryc. 2, tab. 2).

Porównanie przeprowadzone między grupami dla liczby udzielonych odpowiedzi „nie wiem” nie wykazało istotnych różnic. Obserwowane we wszystkich grupach spadki liczby takich odpowiedzi ($\Delta OW2-1$) nie były znamienne (tab. 2).

Liczba odpowiedzi nielogicznych nie zmieniła się istotnie w żadnej z grup. Warto jednak zwrócić uwagę na różnice między grupami odnotowane w ankiecie (OW1; $p = 0,052$) oraz w drugiej ankiecie (OW2; $p = 0,03$). W pierwszym przypadku średnio najwięcej odpowiedzi nielogicznych udzielali chorzy deklarujący niewystarczającą wiedzę, a w drugim — badani, którzy zgłaszali brak wiedzy (tab. 2).



Rycina 2. Skuteczność edukacji zdrowotnej w zależności od samooceny chorych w zakresie wiedzy dotyczącej profilaktyki choroby niedokrwiennej serca

Dyskusja

Schorzenia układu sercowo-naczyniowego, w tym choroba niedokrwienności serca, nadal stanowią najważniejszą przyczynę umieralności w krajach uprzemysłowionych [4]. Kluczową rolę w zmniejszeniu negatywnych następstw zdrowotnych i społecznych choroby niedokrwiennej serca odgrywają konsekwentne i szeroko zakrojone działania profilaktyczne [5, 6].

Właściwie prowadzona edukacja zdrowotna stanowi jeden z ważnych elementów działań profilaktycznych. Prewencja choroby niedokrwiennej serca opiera się bowiem na znajomości czynników ryzyka zachorowania, a skuteczne leczenie wymaga

Tabela 2. Skuteczność edukacji zdrowotnej w zależności od samooceny chorych w zakresie wiedzy dotyczącej profilaktyki choroby niedokrwiennej serca

Odpowiedź	Zmienna	n	OW1	OW2	$\Delta OW2-1$	p
Prawidłowa	WW	11	8,18 ± 3,12	9,64 ± 3,11	1,45 ± 3,21	NS
	WN	123	10,06 ± 2,68	10,73 ± 3,39	0,67 ± 3,93	0,06
	BW	11	8,19 ± 2,02	11,82 ± 3,79	2,91 ± 4,09	0,04
„Nie wiem”	WW	11	10,82 ± 10,75	9,55 ± 9,14	-1,27 ± 13,24	NS
	WN	123	12,69 ± 10,04	10,26 ± 12,11	-2,43 ± 14,13	NS
	BW	11	14,91 ± 8,17	12,09 ± 18,71	-2,82 ± 17,05	NS
Nielogiczna	WW	11	6,91 ± 3,73	7,0 ± 3,46	0,09 ± 5,28	NS
	WN	123	4,15 ± 2,99	4,16 ± 3,45	0,01 ± 4,09	NS
	BW	11	4,55 ± 3,17	3,36 ± 2,91	-1,18 ± 2,32	NS

WW — wiedza wystarczająca; WN — wiedza niewystarczająca; BW — brak wiedzy; NS — nieistotne statystycznie

wiedzy na temat jej objawów [7]. Bez wątpienia konieczne jest także lepsze zrozumienie samej istoty choroby wieńcowej, które pozwala na skuteczniejsze oddziaływanie w zakresie modyfikacji czynników ryzyka tego schorzenia [7, 8].

Spośród narzędzi edukacyjnych jednym z częściej stosowanych jest broszura. Z punktu widzenia personelu medycznego jest to narzędzie bardzo wygodne, ponieważ jego stosowanie wymaga relatywnie małego wysiłku i nie jest czasochłonne. Ponadto pacjent może w dowolnym, wygodnym dla siebie momencie wracać do lektury. Zasadniczą wadą broszur jest wymóg aktywnej postawy pacjenta, który musi chcieć przyswoić zamieszczone w nich informacje. Motywacja chorego ma tu kluczowe znaczenie [7, 9].

W badaniu, które przeprowadzili autorzy niniejszej pracy, przyrost wiedzy w całej badanej populacji, mimo że był statystycznie znamieny, nie był imponujący. Zapewne zasób informacji zarówno na temat objawów, jak i profilaktyki choroby niedokrwiennej serca, który prezentowali chorzy pod koniec hospitalizacji, należy uznać za dalece niewystarczający. Wyniki innych opublikowanych badań oceniających skuteczność edukacji zdrowotnej prowadzonej w trakcie hospitalizacji są zróżnicowane, jednak zazwyczaj niezbyt optymistyczne [10, 11].

W niniejszym badaniu jako kryterium podziału pacjentów przyjęto ich samoocenę zarówno w zakresie wiedzy na temat objawów, jak i profilaktyki choroby niedokrwiennej serca. Zdaniem autorów jest to bardzo ważne kryterium, ponieważ jest ono pośrednio miernikiem uświadamiania potrzeby zwiększania wiedzy w tym zakresie. Osoby, które uważają, że ich wiedza jest wystarczająca, mogą bowiem nie wykazywać dostatecznej motywacji do jej pogłębiania; przeciwnie — pacjenci, którzy odczuwają niedobór informacji w tym zakresie, mogą być potencjalnie bardziej podatni na informacje, a zwłaszcza na te formy edukacji zdrowotnej, które wymagają czynnego zaangażowania z ich strony [7]. Taką formą jest bez wątpienia broszura edukacyjna.

Przyrost liczby prawidłowych odpowiedzi odnotowano we wszystkich 3 grupach pacjentów, chociaż był on znamieny tylko w grupie deklarującej niewystarczającą wiedzę. Warto jednak zwrócić uwagę, że w grupie zgłaszającej wyjściowo brak wiedzy przyrost liczby poprawnych odpowiedzi był prawie 3-krotnie wyższy. Nie był on istotny statystycznie, co wydaje się wynikać wyłącznie z małej liczebności tej grupy ($n = 9$). Przyrostowi liczby prawidłowych odpowiedzi towarzyszył analogiczny, chociaż proporcjonalnie większy spadek liczby odpowiedzi „nie wiem” — największy w grupie dekla-

rującej brak wiedzy, a najmniejszy w grupie zgłaszającej wystarczającą wiedzę. Zastanawiający jest fakt, że tak wyrażające się zmniejszenie niepewności przy udzielaniu odpowiedzi nie przekładało się w całości na przyrost liczby prawidłowych odpowiedzi. Pacjenci odpowiadali znacznie pewniej, ale tylko trochę lepiej. Ta niezwykle ważna informacja każe poszukiwać w kwestionariuszu tych pytań, w których odpowiedź „nie wiem” w badaniu na początku hospitalizacji zamieniała się najczęściej na odpowiedź nieprawidłową pod koniec pobytu w szpitalu. W ten sposób będzie można zdefiniować te części broszury edukacyjnej, których zrozumienie sprawia pacjentom największe trudności. Będzie to przesłanka do podjęcia próby udoskonalenia narzędzia edukacyjnego opracowanego przez autorów.

Analiza skuteczności edukacji zdrowotnej w zależności od samooceny pacjentów w zakresie wiedzy dotyczącej profilaktyki choroby niedokrwiennej serca wiązała się także z ograniczeniem wynikającym z dysproporcji liczebności porównywanych grup. Zasadniczo uzyskane rezultaty i ich wymowa były podobne do wyników analizy wpływu samooceny chorych w zakresie wiedzy dotyczącej objawów choroby niedokrwiennej serca, z tą jednak różnicą, że przyrost liczby poprawnych odpowiedzi znacznie lepiej korelował ze spadkiem liczby odpowiedzi „nie wiem”. Ponadto warto także zwrócić uwagę na fakt, że w pierwszej ankiecie (w momencie, gdy badane osoby dokonywały samooceny) średnio najwięcej poprawnych odpowiedzi udzielały osoby deklarujące wiedzę niewystarczającą, natomiast w dwóch pozostałych grupach (wśród deklarujących wystarczającą zasób wiedzy i zgłaszających brak wiedzy) — liczba takich odpowiedzi była podobna, znamiennej mniejsza. Niemniej jednak interpretując wyniki, należy zachować ostrożność ze względu na wspomniany rozkład liczebności porównywanych grup.

Oceniając wyniki obu przeprowadzonych w tym badaniu analiz, można dostrzec pewne prawidłowości zasługujące zdaniem autorów na podkreślenie.

Osoby deklarujące, że mają ich zdaniem wystarczającą wiedzę w którymkolwiek z 2 wybranych tematów, w rzeczywistości nie cechowały się większym zasobem posiadanych informacji na temat choroby niedokrwiennej serca na początku hospitalizacji. W ostatniej dobie pobytu w szpitalu poziom wiedzy tych pacjentów był najniższy, a jednocześnie odsetek odpowiedzi nielogicznych udzielanych przez te osoby — najwyższy.

Przeciwnie — chorzy deklarujący brak wiedzy na początku hospitalizacji rzeczywiście cechowali

się relatywnie niskim poziomem wiedzy, jednak odnotowane u nich w obu analizach przyrosty liczby poprawnych odpowiedzi były największe. W efekcie, w ostatniej dobie hospitalizacji osoby te cechowały się średnio największym zasobem wiedzy o chorobie, z powodu której znaleźli się w szpitalu. Jednocześnie cechował ich najniższy odsetek odpowiedzi nielogicznych.

Trzeba zaznaczyć, że nie wszystkie spośród przytoczonych tu różnic osiągały poziom istotności statystycznej; tworzą one jednak spójny obraz 2 skrajnie różnych postaw: pierwszej — bezkrytycznej, o niskiej motywacji do zdobywania wiedzy na temat kluczowego znaczenia dla dalszego życia; i drugiej — zdolnej do realnej samooceny oraz zmotywowanej do działań prozdrowotnych.

Wyniki uzyskane w niniejszym badaniu, choć zgodne z oczekiwaniami i logicznie spójne, wydają się jednak częściowo przeczyć wcześniejszym obserwacjom autorów [6, 9], w których wykazano, że osoby zadowolone ze swojego zakresu informacji cechowały się rzeczywiście nieco większym wyjściowym poziomem wiedzy (choć różnice w stosunku do pozostałych osób nie były duże), a jednocześnie wykazały zwiększoną aktywność wyrażającą się zdecydowanie większym bezwzględnym przyrostem zasobu posiadanych informacji o chorobie niedokrwiennej serca [6, 9].

Na początku dyskusji stwierdzono, że przyrost wiedzy uzyskany dzięki broszurom nie był imponujący, jednak zdobyte w ten sposób doświadczenia będą mogły być wykorzystane do doskonalenia procesu edukacji zdrowotnej u chorych po zawale serca. Być może łączenie różnych metod edukacyjnych tworzących spójną całość, przy jednoczesnym doskonaleniu narzędzi edukacyjnych oraz wzmocnieniu motywacji pacjentów, pozwoli osiągnąć lepsze wyniki. Niezależnie od tego, jaki sposób edukacji jest albo będzie stosowany w różnych ośrodkach, doświadczenia autorów niniejszej pracy wskazują na konieczność okresowego bądź stałego weryfikowania skuteczności stosowanych metod oraz ewentualnego ich zróżnicowania poprzez dostosowanie do możliwości percepcyjnych pacjenta [12].

Edukacja zdrowotna prowadzona u chorych przyjętych na oddział intensywnej opieki kardiologicznej z powodu ostrego zawału serca jest nie tylko początkiem prewencji wtórnej, ale także zmniejsza poziom lęku zarówno u samych pacjentów, jak i u członków ich rodzin, co ma niebagatelne znaczenie w procesie leczenia oraz zdrowienia [13]. Proces ten ma nie tylko wymiar somatyczny, ale także psychologiczny i socjalny. Składa się on z 3 stadiów — przeżycia, odrodzenia i uzyskania równowagi.

Wszechstronna rehabilitacja kardiologiczna musi się opierać na zrozumieniu całości procesu zdrowienia, w przebiegu którego powinna być budowana indywidualna motywacja do podjęcia, a później skutecznego realizowania prewencji wtórnej [14]. W procesie edukacyjnym pacjentów warto zadbać o to, aby nie tylko wiedzieli oni, co powinni robić, a czego unikać, ale także by mogli uzasadnić celowość takiego postępowania. Znajomość podstaw patofizjologii choroby wieńcowej pomaga bowiem budować motywację do korzystnych zmian stylu życia, a także zmniejszać poziom lęku i utrwalac racjonalne zachowania w sytuacjach zagrożenia, zwłaszcza w przypadku ponownego zawału serca [15].

Wnioski

Podsumowując powyższe rozważania, należy stwierdzić, że skuteczne prowadzenie edukacji zdrowotnej u chorych po zawale serca jest niezwykle trudne. Zastosowanie jednolitego narzędzia edukacyjnego (np. broszury) dla wszystkich pacjentów ułatwia prowadzenie edukacji, ale niewątpliwie ogranicza jej efektywność. Skuteczność edukacji zdrowotnej zależy od wielu modyfikowalnych i niemodyfikowalnych czynników, wśród których umiejętność samooceny, ściśle związana z motywacją, odgrywa istotną rolę.

Piśmiennictwo

1. 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.
2. Światowa Organizacja Zdrowia, Biuro Regionu Europejskiego: *Zdrowie 21 — Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia, Warszawa 1999.
3. Karski J.B. Znaczenie rozwoju pojęcia zdrowia dla tworzenia nowych pojęć i wartości. W: Karski J.B. red. *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2003: 9–17.
4. Opolski G., Filipiak K.J., Poloński L. *Farmakoterapia ostrych zespołów wieńcowych*. W: Opolski G., Filipiak K.J., Poloński L. red. *Ostre zespoły wieńcowe*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002: 139–233.
5. Kubica A., Grzešek G., Grąbczewska Z. Choroby układu sercowo-naczyniowego — wyzwanie dla promocji zdrowia. *Cardiovascular Forum* 2006; 11: 44–47.
6. 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.
7. Kubica A., Sinkiewicz W., Szymański P., Bogdan M. Edukacja zdrowotna w chorobach układu krążenia — możliwości i zagrożenia. *Folia Cardiologica Excerpta* 2006; 1: 177–181.
8. Moore S.M., Prior K.N., Bond M.J. The contributions of psychological disposition and risk factor status to health following treatment for coronary artery disease. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2007; 6: 137–145.

9. Kubica A., Pufal J., Moczulska B. i wsp. Skuteczność edukacji zdrowotnej u osób hospitalizowanych w klinice kardiologii. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005; 5: 61–68.
10. Kirk-Gardner R., Steven D. Hearts for live: A community program on heart health promotion. *Can. J. Cardiovasc. Nurs.* 2003; 13: 5–10.
11. Baberg H.T., Jager D., Kahrman G. i wsp. Health promotion and cardiovascular risk factors. The level of knowledge among 510 inpatients of an acute coronary care unit. *Med. Klin. (Munich)* 2000; 95: 75–80.
12. Karner A., Tingstrom P., Abrandt-Dahlgren M., Bergdahl B. Incentives for lifestyle changes in patients with coronary heart disease. *J. Adv. Nurs.* 2005; 51: 261–275.
13. Tel H., Tel H. The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. *Heart Lung.* 2006; 35: 101–107.
14. Fleury J., Kimbrell L.C., Kruszewski M.A. Life after a cardiac event: women's experience in healing. *Heart Lung.* 1995; 24: 474–482.
15. Wiles R., Kinmonth A. Patients' understandings of heart attack: Implications for prevention of recurrence. *Patient. Educ. Couns.* 2001; 44: 161–169.