

Udział pielęgniarki/położnej w edukacji kobiet w okresie premenopauzalnym

Anna Jurczak¹, Agnieszka Skrzypczyk², Katarzyna Augustyniuk¹, Beata Brzostek³,
Małgorzata Szkup-Jabłońska¹, Bożena Mroczek⁴, Elżbieta Grochans¹

¹ Samodzielna Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie,

² Studenckie Koło Naukowe, Samodzielna Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

³ Specjalny Ośrodek Szkolno-Wychowawczy w Tanowie

⁴ Zakład Zdrowia Publicznego, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Jurczak A, Skrzypczyk A, Augustyniuk K, Brzostek B, Szkup-Jabłońska M, Mroczek B, Grochans E. Udział pielęgniarki/położnej w edukacji kobiet w okresie premenopauzalnym. Med Og Nauk Zdr. 2012; 18(4): 308-313.

Streszczenie

Wprowadzenie: Jedną z funkcji zawodowych współczesnej pielęgniarki/położnej jest promowanie zdrowia wśród kobiet w okresie premenopauzalnym – jako profesjonalistka udziela ona porad dotyczących zdrowia i pielęgnowania we wszystkich jego obszarach oraz w różnych sytuacjach zdrowotnych.

Cel pracy: Analiza udziału pielęgniarki/położnej w edukacji kobiet w okresie premenopauzalnym.

Materiał i metody: Badaniem objęto 200 pielęgniarek i położnych zatrudnionych w województwie zachodniopomorskim. Badanie przeprowadzono w 2009/2010 r., stosując metodę sondażu diagnostycznego i wykorzystując ankietę własnego autorstwa.

Wyniki: Tylko 39% respondentów wiedziało i było całkowicie pewnych tego, że wszelkie działania powiązane z edukacją zdrowotną należą do ich kompetencji zawodowych, zaś 45% miało co do tego pewne wątpliwości, choć mimo wszystko zdecydowało się uznać to za jeden ze swoich obowiązków. Uczestnicy badania, wymieniając źródła pozyskiwania informacji na temat stanu ogólnego i potrzeb zdrowotnych pacjentek, jako najczęściej stosowaną wymieniali bezpośrednią rozmowę z podopieczną. Najczęściej stosowany był model zorientowany na zdrowie – 57% ankietowanych. Przeprowadzono również ocenę skuteczności własnego doradztwa, gdzie 43% badanych przyznało, że nie było w stanie go ocenić, tylko 1% respondentów uznał swoje doradztwo za nieskuteczne w związku z negatywnymi doświadczeniami własnymi w tej dziedzinie.

Wnioski: Pielęgniarki/położne miały świadomość, że edukacja zdrowotna stanowi istotny element ich kompetencji zawodowych. Zdecydowana większość pielęgniarek i położnych nie była profesjonalnie przygotowana do wypełniania zadań związanych z promocją i edukacją zdrowotną. Pielęgniarki i położne, przygotowując tematy edukacji zdrowotnej, częściej opierały się na modelach ukierunkowanych na zdrowie i czynniki ryzyka niż na modelu zorientowanym na chorobę.

Słowa kluczowe

menopauza, edukacja zdrowotna, pielęgniarka, położna

WPROWADZENIE

W standardzie kształcenia pielęgniarek/położnych określa się wiele istotnych zadań powiązanych z edukacją zdrowotną, realizowanych w ramach pielęgniarskich kwalifikacji, przy czym w największym zakresie są one ukierunkowane na zmianę zachowań indywidualnych osób. Do najistotniejszych można zaliczyć przekazywanie podopiecznemu wiedzy oraz pomaganie mu w kształtowaniu umiejętności: poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych; podejmowania działań wzmacniających zdrowie w odniesieniu do siebie, bliskich i środowiska, z zachowywaniem postaw prozdrowotnych; tworzenia warunków do realizowania stylu życia sprzyjającego zdrowiu; zwiększenia kontroli nad zdrowiem własnym; włączania się w konstruowanie, realizację i ocenę skuteczności programów promocji zdrowia; a także wszechstronnej współpracy z osobami indywidualnymi, grupami

wsparcia czy instytucjami pracującymi na rzecz zdrowia społeczeństwa [1]. Pielęgniarka/położna, realizując edukację zdrowotną, koncentruje się głównie na kształtowaniu indywidualnych zachowań zdrowotnych. Odbiorcą jej usług są pojedyncze osoby, rodzina bądź inna grupa społeczna, czyli ludzie w różnym wieku i stanie zdrowia, a działania które prowadzi, odbywają się w instytucjach ochrony zdrowia, w instytucjach opiekuńczych, w miejscu zamieszkania i zakładach pracy. Wszystkie te różnice wpływają na zakres treści, wybór form i metod realizacji programu edukacji. Pielęgniarka/położna, opracowując zatem proces edukacji, realizuje go w oparciu o trzy modele, a ich wybór uwarunkowany jest wyznaczonymi celami i stanem zdrowia edukowanego [1].

W modelu edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na zdrowie pielęgniarka/położna podejmuje przede wszystkim wysiłki na rzecz wzrostu kompetencji edukowanego w sferze samodzielnego działania na rzecz zdrowia. W modelu edukacji zdrowotnej zorientowanym na czynniki ryzyka pielęgniarka/położna swoimi działaniami obejmuje tylko osoby potencjalnie zagrożone chorobą. Z kolei w modelu edukacji zdrowotnej zorientowanym na chorobę wykorzystuje

Adres do korespondencji: Anna Jurczak, Samodzielna Pracownia Propedeutyki Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny, Szczecin, ul. Żołnierska 48, 70-210 Szczecin
E-mail: jurczaka@op.pl

Nadesłano: 27 sierpnia 2012; zaakceptowano do druku: 17 grudnia 2012



najczęściej edukację uczestniczącą. Za sprawą prowadzonych przez siebie działań stara się zapobiegać określonym chorobom – omawia i uświadamia związek między różnymi czynnikami ryzyka a określoną jednostką chorobową, dzięki czemu możliwe jest zahamowanie rozwoju choroby i ograniczenie jej następstw [1]. Jedną z funkcji zawodowych współczesnej pielęgniarki/położnej jest promowanie zdrowia wśród kobiet w okresie premenopauzalnym – jako profesjonalistka udziela ona porad dotyczących zdrowia i pielęgnowania we wszystkich jego obszarach oraz w różnych sytuacjach zdrowotnych, towarzyszących menopauzie. Dzięki pełnionej funkcji społecznej, posiadanemu autorytetowi, doświadczeniu osobistemu i znajomości zagadnień związanych z tematem menopauzy pielęgniarka/położna jest w stanie dostarczyć kobiecie niezbędną wiedzę i spowodować zmianę niekorzystnych zachowań zdrowotnych na prozdrowotne [1]. Kolejnym ważnym zadaniem pielęgniarki/położnej jest zwiększenie świadomości kobiet w zakresie profilaktyki schorzeń narządów rodnych, a w szczególności raka szyjki macicy. Powinna ona zatem edukować, czyli dostarczać podstawowych i kompleksowych informacji na temat przyczyn schorzeń gruczołów piersiowych i układu moczowo-płciowego oraz możliwości ich profilaktyki. Powinna też informować o możliwościach korzystania z bezpłatnych badań diagnostycznych oraz przekonywać do wyrobienia nawyku regularnych badań ginekologicznych, higieny intymnej i higieny życia intymnego. Ważne jest też tworzenie odpowiednich warunków do zachowań prozdrowotnych przez „dostarczanie adekwatnych informacji, ze zwróceniem uwagi na zalety badań mających na celu profilaktykę schorzeń narządu rodowego; uczenie umiejętności praktycznych oraz radzenia sobie z negatywnymi emocjami i lękiem wynikającym z konieczności poddania się badaniu ginekologicznemu” [2], czy tworzenie warunków do zmiany stylu życia [2]. Menopauza jest jednym z etapów starzenia się kobiety, stanowi wyzwanie dla zdrowia publicznego. Starzejące się społeczeństwo w coraz większym odsetku składa się z kobiet w okresie około- i pomenopauzalnym [3]. Średnia długość życia kobiet mieszkających w krajach rozwiniętych wynosi około 75 lat. Około 50 roku życia u większości z nich następuje ustanie miesiączkowania. Wynika z tego, że 30% życia kobiet przypada na czas pomenopauzalny. Tzw. medycyna menopauzalna, stanowiąca obecnie niezwykle dynamicznie rozwijającą się gałąź medycyny, stawia sobie cel poprawy jakości życia kobiet w tym szczególnym dla nich czasie [4]. Niektóre z kobiet przechodzą menopauzę stosunkowo łagodnie, inne zaś mają z jej powodu bardzo poważne problemy zdrowotne i psychologiczne. W związku z powyższym niezwykle istotne wydają się wszelkiego rodzaju działania edukacyjne, jakie prowadzą pielęgniarki i położne dla kobiet w okresie premenopauzalnym. Dzięki nim kobiety uświadamiają sobie, że menopauza to tylko okres przejściowych, biologicznych przemian w organizmie, po których następuje uspokojenie i wyciszenie, jak również okres, który, dzięki odpowiednim działaniom, wcale nie musi być trudny do przetrwania. Świadomość elementów wpływających na jakość życia kobiet w okresie okołomenopauzalnym oraz pojawiająca się w niektórych obszarach funkcjonowania zależność są ważnymi aspektami, niezbędnymi do efektywnego planowania edukacji zdrowotnej i społecznej kampanii promującej zdrowie wśród kobiet w tym okresie [5].

Planując edukację zdrowotną kobiet w okresie okołomenopauzalnym, pielęgniarki powinny mieć świadomość silnego

wpływu niektórych czynników zewnętrznych na jakość życia tych kobiet [6].

Celem pracy była analiza udziału pielęgniarki/położnej w edukacji kobiet w okresie premenopauzalnym.

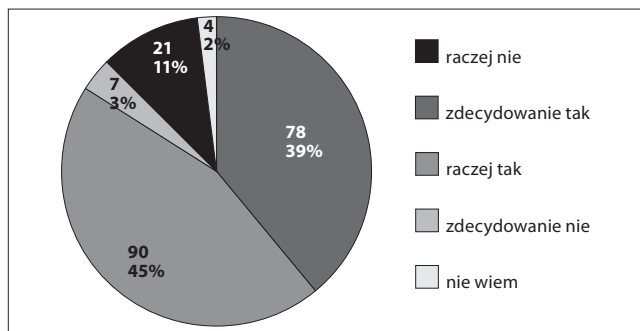
MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto pielęgniarki i położne zatrudnione w losowo wybranych placówkach opieki zdrowotnej na terenie Szczecina i Koszalina. Badanie przeprowadzono od grudnia 2009 roku do lutego 2010 roku wśród 113 respondentów ze Szczecina oraz 87 z Koszalina. W badanej grupie, składającej się z 200 uczestników, większość, tj. 96% (193), stanowiły kobiety, zaledwie 4% (7) stanowili mężczyźni. Najmłodsza osoba badana miała 23 lata, a najstarsza 67 lat. Najliczniejszą grupę (38%) stanowiły osoby w przedziale wiekowym 40-49 lat oraz w wieku 30-39 lat (29%). W przedziale 60-69 lat była tylko jedna osoba. Średni wiek respondentów wynosił ± 41 lat. Najliczniejsza (78%) wśród badanych była grupa personelu pielęgniarskiego, położne stanowiły 22%. Większość, tj. 32% pracowała w przychodniach przyszpitalnych oraz w oddziałach ginekologii i położnictwa (19%). Staż pracy większości badanego personelu oscylował w przedziale 20-29 lat u 38% oraz 10-19 lat u 30%. Zdecydowana większość (72%) ankietowanych uczestniczyła w kształceniu podyplomowym, pozostałych 28% nie uczestniczyło w żadnej z form dokończenia. W pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankietowania. Kwestionariusz ankiety własnego autorstwa zawierał 23 pytania zamknięte dotyczące: zakresu edukacji zdrowotnej, kompetencji zawodowych, treści, modeli oraz stosowanych metod dydaktycznych. W zależności od zaznaczonej w pytaniu opcji, respondent mógł wskazać jedną bądź kilka odpowiedzi. Niezbędne obliczenia i analizę użytych danych wykonano za pomocą programu Microsoft Excel, a w pracy wykorzystywano tylko liczby bezwzględne i wartości procentowe.

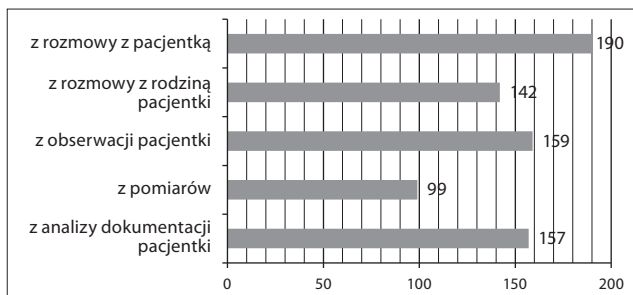
WYNIKI

Respondentów zbadano pod kątem zakresu posiadanej wiedzy na temat pełnionych przez nich obowiązków zawodowych w odniesieniu do tematu omawianej pracy. I tak zaledwie 78 respondentów (39%) wiedziało i było całkowicie pewnych tego, że wszelkie działania powiązane z edukacją zdrowotną należą do ich kompetencji zawodowych, zaś 90 respondentów (45%) miało co do tego pewne wątpliwości, choć mimo wszystko zdecydowało się uznać to za jeden ze swoich obowiązków. Aż 28 osób (14%) nie zaliczyło tego typu działań edukacyjnych do swoich obowiązków, a tylko 4 badane osoby (2%) przyznały się do braku jakiegokolwiek wiedzy na ten temat. Rozkład tych danych przedstawia Rycina 1.

Ocena znajomości zadań podejmowanych podczas prowadzenia edukacji zdrowotnej wykazała, że duża liczba ankietowanych (164 osoby) uznaje umiejętne komunikowanie się za najistotniejszy element. Znacznie mniej, bo zaledwie 98 osób, za istotne w prowadzeniu edukacji zdrowotnej uznaje zorganizowanie warunków niezbędnych w edukacji, które też należą do zadań edukatora, podobnie jak określenie celu edukacji, dobór skutecznych form, metod i środków dydaktycznych czy umiejętne komunikowanie się (Ryc. 2).

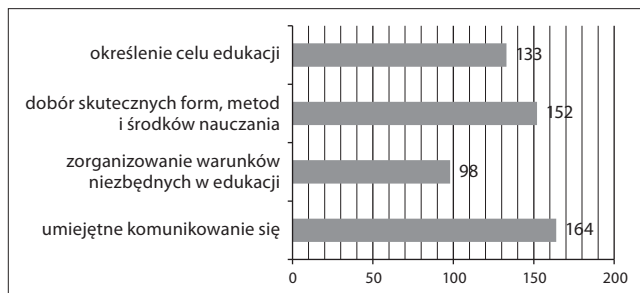


Rycina 1. Działania edukacyjne a pełnione kompetencje zawodowe według ankietowanych



* ankietowani zaznaczali dowolną liczbę odpowiedzi

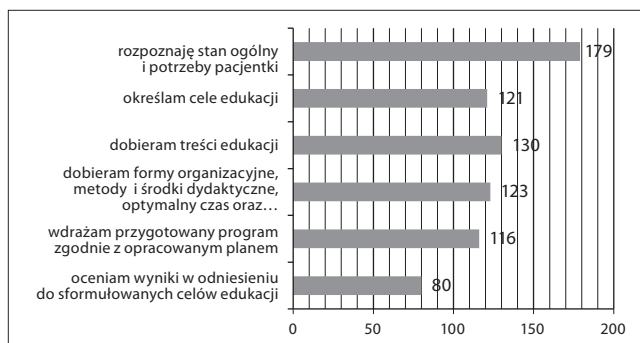
Rycina 4. Źródła pozyskiwania informacji na temat pacjentki według ankietowanych



* ankietowani zaznaczali dowolną liczbę odpowiedzi

Rycina 2. Zadania podejmowane podczas prowadzenia edukacji zdrowotnej według ankietowanych

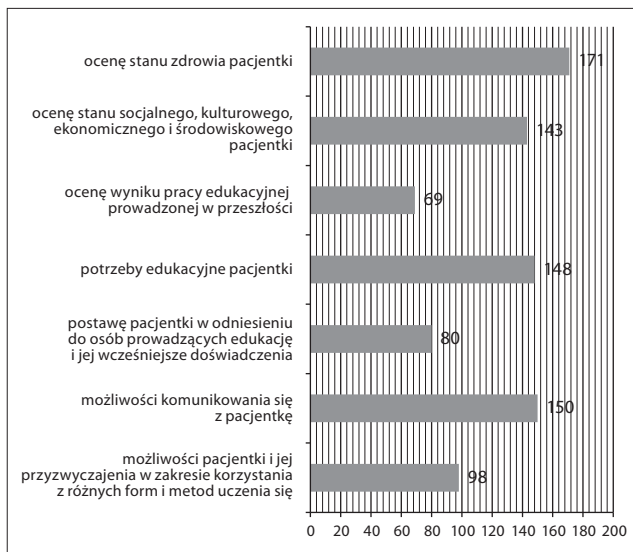
Dane przedstawiające poziom posiadanej przez uczestników badania wiedzy na temat etapów planowania i realizowania działalności edukacyjnej w zakresie zdrowia wskazują, że łącznie 179 pielęgniarek i położnych wiedziało, że ważnym elementem jest rozpoznanie stanu ogólnego i potrzeb pacjentki. Najmniej, bo zaledwie 80 z nich, planując własne działania edukacyjne, oceniali wyniki w odniesieniu do sformułowanych wcześniej celów edukacji (Ryc. 3). Uczestnicy badania, wymieniając źródła pozyskiwania informacji na temat stanu ogólnego i potrzeb zdrowotnych pacjentek, jako najczęściej stosowane wymieniali bezpośrednią rozmowę z podopieczną – takiej odpowiedzi udzieliło aż 190 ankietowanych. Nieco mniejsza liczba respondentów (159 osób) cenne informacje czerpało z obserwacji swojej pacjentki, zaś porównywalna ich liczba (157 osób) za ważne uznała dokładną analizę dokumentacji podopiecznej. Większość, tj. 142 osoby spośród przebadanej populacji prowadziły rozmowy oraz sugerowały się danymi uzyskanymi od rodziny pacjentki, a tylko 99 uczestników badania dokonywało różnego typu pomiarów, takich jak na przykład testy wiedzy i umiejętności (Ryc. 4).



* ankietowani zaznaczali dowolną liczbę odpowiedzi

Rycina 3. Etapy planowania i realizacji działalności edukacyjnej według ankietowanych

Respondentów zapytano również o elementy wpływające na przebieg procesu edukacji, co pokazało zakres ich wiedzy. Zdecydowana większość (171) uznała ocenę stanu zdrowia pacjentki za ważny aspekt przy planowaniu działań edukacyjnych, choć już znacznie mniejsza liczba badanych (143) zwraca uwagę oraz ocenia jej stan socjalny, kulturowy, ekonomiczny i środowiskowy, co w zasadzie w dużym stopniu wpływa przecież na stan ogólny podopiecznej. Z kolei zaledwie 69 przebadanych uważa, że ważna jest też ocena wyniku pracy edukacyjnej prowadzonej u pacjentki w przeszłości (Ryc. 5).



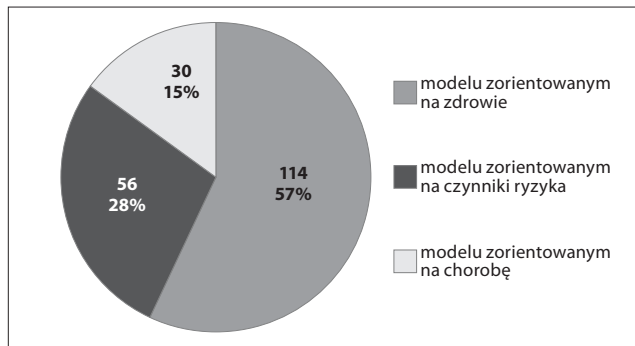
* ankietowani zaznaczali dowolną liczbę odpowiedzi

Rycina 5. Elementy wpływające na przebieg procesu edukacji według ankietowanych

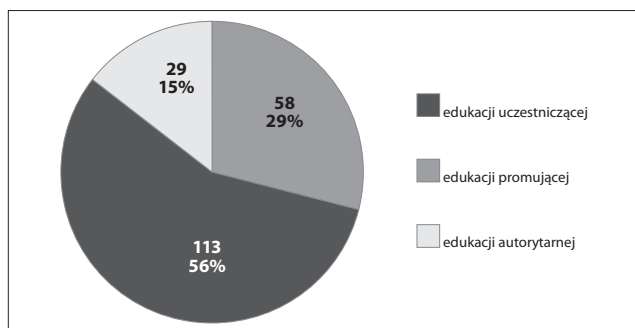
Ankietowane zapytano o najczęściej stosowane przez nie modele edukacji zdrowotnej. Z wykresu wynika, że najczęściej stosowany był model zorientowany na zdrowie – takiej odpowiedzi udzieliło 114 ankietowanych (57%). Najrzadziej natomiast używany był model zorientowany na chorobę – 30 ankietowanych (15%) – Ryc. 6.

Jednocześnie zdecydowana większość, tj. 56%, w prowadzonej przez siebie edukacji opiera się na edukacji uczestniczącej, zaś tylko 15% korzysta z edukacji autorytarnej (Ryc. 7). Strategie nauczania stosowane przez badaną populację podczas prowadzenia przez nią działań edukacyjnych przedstawia rycina 26. W przebadanej populacji personel najczęściej wykorzystywał strategię rozwiązywania problemów podczas prowadzenia swoich działań edukacyjnych.



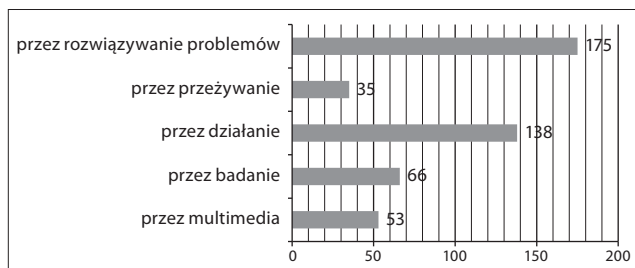


Rycina 6. Najczęściej stosowane modele edukacji zdrowotnej według ankietowanych



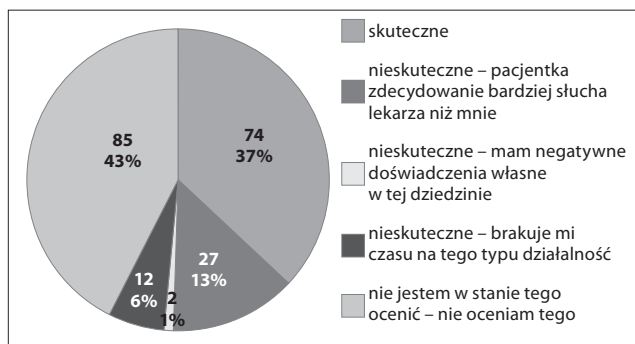
Rycina 7. Najczęściej stosowane modele relacji w procesie edukacji według ankietowanych

Dość liczna grupa (138) stosowała strategię działania. Nieliczna grupa (35 osób) posługiwała się podczas prowadzonej przez siebie edukacji strategią przeżywania (Ryc. 8). Ocena skuteczności własnego doradztwa wykazała, że aż 85 badanych (43%) przyznało, że nie było w stanie go ocenić lub po prostu go nie ocenia, zaś dość mała grupa, licząca 2 osoby (1%), uznała je za nieskuteczne w związku z negatywnymi doświadczeniami własnymi w tej dziedzinie (Ryc. 9).



* ankietowani zaznaczali dowolną liczbę odpowiedzi

Rycina 8. Stosowane strategie nauczania według ankietowanych



Rycina 9. Ocena własnego doradztwa zdrowotnego według ankietowanych

DYSKUSJA

Współczesna medycyna wciąż poszukuje najróżniejszych sposobów poprawy ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa, dlatego też coraz bardziej widoczne staje się przenoszenie zadań dotyczących walki o zdrowie, realizowanych do tej pory głównie przez instytucje ochrony zdrowia, na inne instytucje życia społecznego oraz indywidualne zachowania jednostek. Głównym tego powodem jest przekonanie, że zdrowie jednostek w przewyższającym stopniu zależy od prowadzonego przez nie stylu życia, a więc od stosowanych przez nie zachowań prozdrowotnych bądź antyzdrowotnych, jak również fakt, iż obserwowane jest globalne zjawisko starzenia się populacji światowej (w tym także liczby kobiet w okresie przedmenopauzalnym), z którym wiąże się wiele problemów zdrowotnych. Następstwem takiej sytuacji jest przesunięcie ról pielęgniarskich i położniczych w kierunku działań edukacyjnych, których podstawą jest promowanie zdrowia i zapobieganie chorobom oraz wychowanie zdrowotne. Wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej, co prawda od zawsze opierało się na udzielaniu różnych świadczeń zdrowotnych, także i tych z zakresu promocji zdrowia, wypełnianych przez samodzielne udzielanie świadczeń zapobiegawczych i edukację zdrowotną, ale zmiana roli zawodowej współczesnej pielęgniarki i położnej wpłynęła na rozszerzenie zadań oraz przechodzenie w ich wykonaniu od pełnego podporządkowania lekarzowi do samodzielności [7, 8]. Dyskusje prowadzone przez pielęgniarki z pacjentkami w okresie premenopauzalnym mogą zwiększyć wiedzę tych ostatnich na temat tego okresu, jako naturalnego etapu życia. Badanie przeprowadzone przez Berterö C. wykazały, że pielęgniarki i położne, które mają regularny kontakt z pacjentem mogą odgrywać istotną rolę zarówno w zakresie udzielania informacji na temat menopauzy, jak i jej leczenia [9].

Zgodnie z tym, co pisze Karski [10], edukacja zdrowotna jest przede wszystkim wspomaganiem tworzenia niezbędnych dla zmiany warunków, czyli podejmowaniem wysiłków na rzecz wzrostu kompetencji jednostek i grup społecznych w kategorii samodzielnego działania na rzecz zachowania zdrowia, na różnych poziomach organizacji życia społecznego. Jest ona zatem oddziaływaniem dwukierunkowym, które skupia się nie tylko na ludności (jednostkach i zbiorowości), ale i na grupach zawodowych, zaś potrzeba zwiększania ich potencjału w zakresie umiejętności podejmowania działań na rzecz zdrowia własnego i najbliższego otoczenia oraz potrzeba współpracy międzysektorowej i interdyscyplinarnej wymaga kompetentnych kadr. Oznacza to, że aby wszystkie pielęgniarki i położne prowadzące działalność w zakresie edukacji zdrowotnej wykazały się skutecznością, muszą posiadać niezbędną wiedzę na jej temat; tego samego zdania są Borzucka-Sitkiewicz i Syrek [11].

Wszelkie działania powiązane z edukacją zdrowotną należą do kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych – w momencie uzyskania tytułu zawodowego powinny one już je prowadzić, zaś po uzyskaniu specjalizacji w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej mogą rozszerzyć swoje świadczenia z realizowanych wobec indywidualnych podopiecznych na realizowane na rzecz środowiska i grupy decydentów [1]. Niestety, badania własne wykazały, że respondenci nie znają własnych kompetencji zawodowych zawartych w *Ustawie o zawodzie pielęgniarek i położnych* – 39% ankietowanych zgadza się ze stwierdzeniem, że działalność w zakresie edukacji zdrowotnej należy do ich obowiązków

zawodowych, zaś 45% też się z tym zgadza, choć ma pewne wątpliwości.

Autorzy publikacji dotyczących edukacji zdrowotnej są zdania, iż dokładne określenie celu bądź celów edukacji; dobranie skutecznych form organizacyjnych, metod i środków dydaktycznych; zorganizowanie optymalnych warunków niezbędnych w edukacji oraz umiejętne komunikowanie się z pacjentką, są podstawą do tego, aby prowadzić działania edukacyjne w sposób zorganizowany i gwarantujący dobre efekty końcowe [1, 11, 12, 13, 14]. Niezadowolający jest jednak fakt, że tylko prawie co piąta przebadana pielęgniarka i położna (16%) stosuje się do ogólnie przyjętych norm postępowania.

Andruszkiewicz i Banaszek [1], jak też Woynarowska [12], zgodnie uważają, że dobrze przygotowany plan edukacji zdrowotnej stwarza szansę na większą skuteczność działań i satysfakcję z ich wykonania dla osób ją prowadzących. W związku z tym proponują działać w sposób zorganizowany i płynnie przechodzić od etapu rozpoznania, przez planowanie i realizację, aż do oceny, pamiętając przy tym o czynnościach wykonywanych w poszczególnych etapach. Z drugiej strony autorzy ci zdają sobie sprawę z tego, że słabością praktyki edukacji zdrowotnej jest niechęć do systematycznego planowania oraz koncentracja na różnych formach działań akcyjnych i krótkotrwałych, co wynika z utrwalonego błędnego przekonania, że im więcej informacji się przekaze ludziom, tym więcej się nauczą, jak również, że lepiej jest zrobić coś niż nic. Potwierdzają to przeprowadzone badania – respondenci w największym stopniu bazowały na rozpoznaniu stanu ogólnego i potrzeb pacjentek, natomiast stosunkowo rzadko stosowały ocenę wyników w odniesieniu do sformułowanych celów edukacji.

W kwestii czynników wpływających na działalność edukacyjną Andruszkiewicz, Banaszek [1] oraz Woynarowska [12] uznają, że na prowadzoną edukację zdrowotną mogą oddziaływać: stan zdrowia oraz stan socjalny, kulturowy, ekonomiczny i środowiskowy pacjentki; wynik pracy edukacyjnej prowadzonej w przeszłości; potrzeby edukacyjne i postawa pacjentki w odniesieniu do edukatora zdrowia oraz jej wcześniejsze doświadczenia; możliwości komunikowania się z pacjentką oraz jej przyzwyczajenia w zakresie korzystania z różnych form i metod uczenia się, dlatego też tak ważną jest ich wcześniejsza ocena, jeszcze przed rozpoczęciem planowania działań edukacyjnych. Niestety badania własne ukazały, że zaledwie 24% badanych respondentów stosuje się do podawanych w piśmiennictwie norm postępowania.

Autorzy wielu publikacji na temat edukacji zdrowotnej zalecają, by informacje na temat stanu ogólnego i potrzeb zdrowotnych pacjentki pozyskiwać z przeprowadzonej z nią lub jej rodziną rozmowy, obserwacji, pomiarów (w tym testów wiedzy i umiejętności) oraz analizy dokumentacji pacjentki, a działalność edukacyjną prowadzić w instytucjach ochrony zdrowia, w miejscu zamieszkania pacjentek, w instytucjach opiekuńczych i w zakładach pracy [1, 12, 13]. Logiczne zatem jest, że im bardziej różnorodne źródła pozyskiwania informacji, tym bardziej dokładne dane, a im szersza działalność edukacyjna, tym większa skuteczność. Respondenci w największym stopniu bazowały na rozmowie z pacjentką, obserwacji i analizie dokumentacji.

Dostępne źródła dotyczące tematu edukacji zdrowotnej podają trzy rodzaje modeli edukacji zdrowotnej – ukierunkowany na zdrowie, ukierunkowany na czynniki ryzyka oraz ukierunkowany na chorobę, stosowane w zależności od stanu zdrowia pacjenta, a także trzy modele relacji z podopiecznym

– edukację promującą, edukację uczestniczącą oraz edukację autorytatywną [1, 11, 12, 14]. Nie określają one żadnego z nich jako najdogodniejszego, ale wyznaczają, że w modelu edukacji zdrowotnej zorientowanym na zdrowie najczęściej stosuje się edukację promującą bądź uczestniczącą, w modelu zorientowanym na czynniki ryzyka – edukację autorytatywną, a w modelu zorientowanym na chorobę – edukację uczestniczącą. Z przeprowadzonych badań wynika, że najczęściej stosowanym modelem jest model edukacji zdrowotnej ukierunkowany na zdrowie (57%) i model edukacji uczestniczącej (56%), zaś najrzadziej – model ukierunkowany na chorobę (15%) i edukacja autorytatywna (15%).

Bardzo korzystne w prowadzeniu działalności w zakresie edukacji zdrowotnej okazuje się stosowanie różnorodnych strategii nauczania (przez rozwiązywanie problemów, przez przeżywanie, przez działanie, przez badanie lub przez multimedia), które związane są z wykorzystywaniem określonych form aktywności edukowanego w procesie oddziaływań wychowawczych i uczenia się. Dobiera się do nich odpowiednie metody i środki dydaktyczne, a im bardziej są one zróżnicowane i dostosowane do możliwości i przyzwyczajzeń podopiecznego, tym łatwiej prowadzi się edukację i jest ona bardziej skuteczna [1, 12].

Krymska [15], prowadząc swoje badania wśród pielęgniarek pracujących w szpitalach i przychodniach na terenie Zabrze, wykazała, że 34% wszystkich ankietowanych uznało realizowane przez innych pracowników ochrony zdrowia doradztwo zdrowotne za skuteczne, natomiast aż 54% nie było w stanie tego ocenić. Nieco niżej oceniano własne doradztwo – 24% wszystkich pielęgniarek określiło je jako skuteczne, zaś duża grupa, bo 52%, nie interesowała się jego skutecznością. Respondenci oceniali omawianą skuteczność działalności edukacyjnej głównie na podstawie relacji pacjentek. Duża grupa, bo 24% wszystkich pozytywnych odpowiedzi, po prostu się tego domyślała, a żadna z ankietowanych pielęgniarek nie prowadziła monitoringu własnych porad. Badanie wykazało też, że 24% pielęgniarek oceniło swoje doradztwo za nieskuteczne – w 38% wszystkich ocen nieskuteczności doradztwa jako powód podano, że pacjent bardziej słucha lekarza niż pielęgniarki lub położnej, 26% wskazało na negatywne doświadczenia w tej dziedzinie, a 22% jako powód nieskuteczności podało brak czasu na tego typu działalność.

Nieco inaczej przedstawiają się te zależności w przeprowadzonych badaniach własnych. Własne doradztwo oceniło jako skuteczne 37% respondentów, a aż 43% albo nie była w stanie tego ocenić albo po prostu nawet nie próbowała.

Pielęgniarstwo i położnictwo są stosunkowo młodymi dziedzinami medycyny, dlatego też brak jest aktualnie publikacji dotyczących edukacji zdrowotnej prowadzonej wśród kobiet w okresie menopauzalnym. Z tego właśnie powodu trudno jest określić, na podstawie dostępnej literatury, stopień posiadanej wiedzy i różnorodność działalności edukacyjnej pielęgniarek i położnych.

WNIOSKI

1. Pielęgniarki i położne miały świadomość, że edukacja zdrowotna stanowi istotny element ich kompetencji zawodowych.
2. Zdecydowana większość pielęgniarek i położnych nie była profesjonalnie przygotowana do wypełniania zadań związanych z promocją i edukacją zdrowotną.



3. Pielęgniarki i położne, przygotowując tematy edukacji zdrowotnej, częściej opierały się na modelach ukierunkowanych na zdrowie i czynniki ryzyka niż na modelu zorientowanym na chorobę.

PIŚMIENNICTWO

1. Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz M. (red.): Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Wyd. 1. T. 1. Lublin: Wydaw. Czelej; 2008: s. 126-263.
2. Iwanowicz-Palus G, Makara-Studzińska M. (red.): Psychologia w położnictwie i ginekologii. Wyd. 1. Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL; 2009: s. 81-303.
3. Żołnierczuk-Kieliszek D, Kulik TB, Pacian A, Stefanowicz A. Wykształcenie i status zawodowy a jakość życia kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym. Med Og Nauk Zdr. 2010; 16(1): 14-24.
4. Żołnierczuk-Kieliszek D, Kulik TB, Pacian A, Janiszewska-Grzyb M. Problemy zdrowotne a jakość życia kobiet w wieku około- i pomenopauzalnym. Med Og Nauk Zdr. 2010; 16(2): 184-191.
5. Żołnierczuk-Kieliszek D, Kulik TB, Jarosz MJ, Stefanowicz A, Pacian A, Pacian J, Janiszewska M. Quality of life in peri- and post-menopausal Polish women living in Lublin Province--differences between urban and rural dwellers. Ann Agric Environ Med. 2012; 19(1): 129-33.
6. Żołnierczuk-Kieliszek D, Kulik TB, Pacian A. Predictors of quality of life in peri- and postmenopausal Polish women living in Lublin Voivodeship. Climacteric. 2011; 14(6): 669-76.
7. Krajewska-Kułak E, Lewko J, Łukaszuk C, Sierakowska M. (red.): Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego. Wyd. 1. T. 2. Białystok: Akademia Medyczna w Białymstoku; 2005: 138-326.
8. Lewiński A. (red.): Menopauza bez tajemnic. Wyd. 1. Warszawa: Wydaw. Lekarskie PZWL; 2006: 9-137.
9. Berterö C. What do women think about menopause? A qualitative study of women's expectations, apprehensions and knowledge about the climacteric period. Int Nurs Rev. 2003; 50(2): 109-18.
10. Karski JB. Praktyka i teoria Promocji zdrowia. Warszawa: Wydaw. CeDeWu; 2004: 131-141.
11. Borzucka-Sitkiewicz K, Syrek E. Edukacja zdrowotna. Wyd. 1. Warszawa: Wydaw. Akademickie i Profesjonalne; 2009: 106-131.
12. Woynarowska B. (red.): Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki. Wyd. 1. Warszawa: Wydaw. Naukowe PWN; 2007: 100-179.
13. Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz M. (red.): Promocja zdrowia dla studentów studiów licencjackich kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Wyd. 1. T. 2. Lublin: Wydaw. Czelej; 2008: 1-402.
14. Borzucka-Sitkiewicz K. Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna. Przewodnik dla edukatorów zdrowia. Wyd. 1. Kraków: Wydaw. Oficyna Wydawnicza Impuls; 2006: 53-94.
15. Krymska B. Poziom świadomości kadry pielęgniarskiej placówek POZ i szpitali klinicznych miasta Zabrze w zakresie promowania zdrowia i prowadzenia edukacji zdrowotnej. W: Krajewska-Kułak E, Lewko J, Łukaszuk C, Sierakowska M. (red.): Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego. Wyd. 1. T. 2. Białystok: Akademia Medyczna w Białymstoku; 2005: 199-210.

The role of nurses/midwives in health education for pre-menopausal women

Abstract

Introduction: The professional functions of modern nurses/midwives include health promotion for pre-menopausal women. As professionals, they advise on health and nursing problems in various health situations.

The aim of this study was to analyse the role of nurses/midwives in health education for pre-menopausal women.

Material and methods: This survey-based study was performed using a self-designed original questionnaire. It was conducted in 2009/2010 and involved 200 nurses and midwives employed in the West Pomeranian Province.

Results: Only 39% of respondents knew and were absolutely sure that health education lay within their professional competence, while 45% had some doubts about it, but decided to regard it as one of their duties. Respondents mentioned conversations with patients as one of the main sources of information on patients' general health and health needs. When talking to patients, respondents usually concentrated on health issues (57%). They also assessed the effectiveness of their 'advisory activity', where 43% were unable to evaluate it, and 1% regarded it as inefficient.

Conclusions: Nurses/midwives are aware that health education is an important element of their professional competence. The vast majority of nurses and midwives are not prepared to undertake actions associated with health education and promotion. When preparing health education-related topics, nurses and midwives concentrate on risk factors and health issues rather than diseases.

Key words

menopause, health education, nurse, midwife

