

Katarzyna Lewtak¹, Anna Poznańska²

UWARUNKOWANIA PROWADZENIA EDUKACJI ZDROWOTNEJ PACJENTÓW PRZEZ LEKARZY PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

ISSUES IN CONDUCTING HEALTH EDUCATION OF PATIENTS BY PRIMARY CARE PHYSICIANS

¹Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

²Zakład – Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny

STRESZCZENIE

WSTĘP. Edukacja zdrowotna pacjenta polega na kształtowaniu wiedzy, postaw i umiejętności oraz oddziaływaniu na jego zachowanie w celu utrzymania lub poprawy zdrowia. Szczególna rola w tym procesie przypada lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

CEL PRACY. Ocena uwarunkowań oraz częstości podejmowania edukacji zdrowotnej pacjentów przez lekarzy POZ.

MATERIAŁ I METODY. Badaniem ankietowym objęto 800 lekarzy rodzinnych, z których 520 zwróciło wypełniony kwestionariusz (wskaźnik zwrotu – 65%). Zawierał on pytania dotyczące sytuacji społeczno-demograficznej i zawodowej lekarzy, ich stanu zdrowia, zachowań zdrowotnych oraz prowadzenia edukacji zdrowotnej pacjentów we własnej praktyce zawodowej. Do oceny siły związków między cechami i postawami lekarzy a podejmowaniem przez nich edukacji zdrowotnej pacjentów użyto metody wieloczynnikowej regresji logistycznej.

WYNIKI. Niemal 60% lekarzy deklaruje prowadzenie edukacji zdrowotnej pacjentów. Czynniki sprzyjającymi jej podejmowaniu przez lekarzy są: specjalizacja z medycyny rodzinnej (OR=1,68 [1,11-2,53]), wymiar czasu pracy poniżej 50 godzin w tygodniu (OR=1,67 [1,14-2,43]), zamieszkiwanie w mieście do 100 tys. mieszkańców (OR=1,56 [1,08-2,27]), pozostawanie w związku małżeńskim (OR=1,55 [1,03-2,33]) oraz stosowanie diety przez lekarza (OR=3,22 [1,78-5,85]). Lekarze pracujący w zawodzie krócej niż 10 lat prowadzą edukację zdrowotną istotnie rzadziej niż ich koledzy z dłuższym czasem pracy (OR=0,57 [0,36-0,90]).

WNIOSKI. Wielu lekarzy (40,1%), zwłaszcza młodych, mieszkających w dużych miastach nie podejmuje wcale edukacji zdrowotnej pacjentów. Istotną przeszkodę w podejmowaniu działań edukacyjnych stanowi przepracowanie lekarzy. Lekarze deklarujący edukację zdrowotną pacjentów wykorzystują wiedzę zdobytą podczas szkolenia specjalizacyjnego (medycyna rodzinna) lub doświadczenie zawodowe związane ze stażem pracy. W celu zintensyfikowania i optymalizacji działań lekarzy POZ w obszarze edukacji zdrowotnej pacjentów wskazane jest uwzględnienie tej problematyki w programach szkoleń przed – i podyplomowych oraz szkolenia specjalizacyjnego (medycyna rodzinna).

SŁOWA KLUCZOWE: *edukacja zdrowotna pacjenta, podstawowa opieka zdrowotna, lekarze*

ABSTRACT

INTRODUCTION. Patients' health education involves forming their knowledge, attitudes and skills as well as exercising impact on their behaviour in order to maintain or improve one's health. Here, a special role is to be played by primary care physicians.

AIM OF THE STUDY to estimate conditioning factors and frequency of undertaking health education of patients by primary care physicians.

MATERIALS AND METHODS: A survey study was executed with 800 family physicians, with 520 respondents actually returning the questionnaire (response rate – 65%). The instrument contained questions concerning socio-demographic and professional situation of physicians, their health state, health behaviours and undertaking health education to patients in their own professional practice. The assessment of the strength of relationships between characteristic features and attitudes of physicians and their undertaking health education to patients was conducted with multinomial logistic regression.

RESULTS. Almost 60% of the respondents declare undertaking health education of patients. Facilitating factors here are family medicine specialization (OR=1.68 [1.11-2.53]), workload of under 50 hours a week (OR=1.67 [1.14-2.43]), living in a town under 100,000 inhabitants (OR=1.56 [1.08-2.27]), staying married (OR=1.55 [1.03-2.33]) and being on a diet (OR=3.22 [1.78-5.85]). Those physicians who work in their profession less than 10 years undertake health education significantly less frequently than their colleagues with a longer work experience (OR=0.57 [0.36-0.90]).

CONCLUSIONS. Many physicians (40.1%), especially young inhabitants of cities, do not undertake health education of patients at all. A considerable obstacle in undertaking educational activities seems to be physicians' excessive workload. Those physicians who declare undertaking health education of patients use the knowledge acquired during specialization training (family medicine) or work experience connected with the length of work in the profession. Thus, in order to intensify and optimise primary care physicians' activities with respect to health education of patients it is essential to include this topic in the curricula of pre- and post-diploma courses as well as family medicine specialty training.

KEY WORDS: *patient health education, primary health care, physicians*

WSTĘP

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest częścią systemu ochrony zdrowia, zapewniającą zarówno zdrowym, jak i chorym kompleksowe i skoordynowane świadczenia zdrowotne w środowisku zamieszkania, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, ukierunkowane na wczesne rozpoznanie i leczenie oraz pielęgnację, a także na zachowanie zdrowia i zapobieganie chorobom. Stanowi ona główne i fundamentalne ogniwo systemu opieki zdrowotnej oraz miejsce podstawowego kontaktu jednostki i rodziny z systemem opieki zdrowotnej (1).

Działania ukierunkowane na rozpoznanie i właściwe kontrolowanie behawioralnych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych (m. in. palenia tytoniu, spożycia alkoholu, niskiej aktywności fizycznej, nieracjonalnego odżywiania) są zasadniczą częścią działań profilaktycznych prowadzonych przez lekarzy rodzinnych (2,3). Włączenie prewencji w zakres POZ uznawane jest za skuteczną metodę zapewniania wszechstronnej i kompleksowej opieki. Lekarze rodzinni dysponują w tej kwestii wyjątkowymi możliwościami – ponad 90% kontaktów pacjentów z systemem ochrony zdrowia ma miejsce w POZ (4,5). Przy ciągłości opieki lekarze rodzinni kierują działaniami profilaktycznymi, leczeniem lub rehabilitacją przez wiele lat. Znają swoich pacjentów i ich potrzeby, także te edukacyjne (6). Wysiłek lekarzy polegający na edukacji pacjentów w zakresie behawioralnych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych może mieć istotny wpływ na utrzymanie i poprawę stanu zdrowia populacji.

Edukacja zdrowotna obejmuje „całokształt działań zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczynić się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływania na zdrowie własne i społeczności, w której żyją” (7).

Edukacja pacjenta jest szczególnym rodzajem edukacji zdrowotnej wśród osób korzystających z opieki zdrowotnej. Dotyczy szczególnych uwarunkowań zdrowotnych pacjenta, uczy zachowań związanych z chorobą oraz sposobów utrzymania zdrowia (8). Edukacja zdrowotna pacjenta może przynieść wymierne korzyści zarówno w sferze klinicznej, jak i społecznej. Pomaga pacjentom w radzeniu sobie z problemami zdrowotnymi, wpływa dodatnio na samopoczucie i proces powrotu do zdrowia oraz satysfakcję z systemu opieki zdrowotnej (9).

Lekarze powszechnie traktowani są jako najbardziej kompetentne źródło informacji o zdrowiu i chorobie (6,10). Duże znaczenie ma osobisty przykład lekarza, jego styl życia oraz świadomość własnego wzorca jako motywu działań promujących zdrowie (10-12).

W licznych pracach badawczych wykazano istotny związek pomiędzy cechami społeczno-demograficznymi, charakterystyką sytuacji zawodowej, stanem zdrowia, zachowaniami zdrowotnymi lekarzy a prowadzeniem przez nich działalności edukacyjnej wśród pacjentów w zakresie aktywności fizycznej, unikania używek (tytoń, alkohol), zdrowego odżywiania, kontrolowania masy ciała (13-16). Są to głównie prace z Kanady, Stanów Zjednoczonych, Holandii oraz Szwajcarii. Polskie badania nad edukacją pacjenta skupiają

się przede wszystkim na działaniach podejmowanych w tym obszarze przez grupę zawodową pielęgniarek.

Można postawić tezę, iż zachowania zdrowotne lekarzy, także te w sferze pracy zawodowej, wpływają pośrednio na kształtowanie postaw pacjentów wobec własnego zdrowia i ich motywację do podejmowania zmian stylu życia ukierunkowanych na jego umacnianie. Sposób rozumienia oraz realizowania przez lekarzy POZ działań z obszaru edukacji zdrowotnej pacjentów oraz postrzeganie własnej w tym roli bez wątpienia ma istotny wpływ na jakość i skuteczność działań podejmowanych w tej dziedzinie, ich upowszechnienie oraz odbiór.

Celem pracy jest ocena częstotliwości podejmowania przez lekarzy edukacji pacjenta oraz określenie, które z badanych zmiennych (czynniki społeczno-demograficzne, sytuacja zawodowa, stan zdrowia oraz styl życia) wpływają na deklarację prowadzenia edukacji we własnej praktyce zawodowej.

MATERIAŁ I METODY

Badanie ankietowe przeprowadzono w 2009 r. Kwestionariusze ankiety przekazano 800 lekarzom rodzinnym, udzielającym świadczeń w ramach POZ, z terenu całego kraju.

W ankiecie zbierano informacje o cechach demograficznych lekarzy (płci, wieku, stanie cywilnym, miejscu zamieszkania), ich sytuacji zawodowej (stażu pracy w zawodzie lekarza, specjalizacji lekarskiej, poziomie zadowolenia z wykonywanej pracy i jej tygodniowym wymiarze), a także o stanie zdrowia i trybie życia (chorobach przewlekłych i problemach zdrowotnych trwających ponad 6 miesięcy, wzroście i masie ciała, paleniu tytoniu, konsumpcji alkoholu, aktywności fizycznej, odżywianiu).

Do analizy zakwalifikowano 520 wypełnionych ankiet. Wskaźnik zwrotu wyniósł 65%. Braki odpowiedzi na poszczególne pytania nie przekraczały 1,0% z wyjątkiem danych dotyczących wieku (1,2%), stażu pracy (2,5%), konsumpcji alkoholu (3,9%), BMI (4,6%), specjalizacji lekarskiej (9,0%).

Zebrane dane analizowano w następującym podziale:

- * wiek - badani do 39 lat lub starsi
- * stan cywilny - osoby zamężne/zonate lub stanu wolnego
- * miejsce zamieszkania - wieś, miasto do 100 tys. ludności lub miasto liczące powyżej 100 tys. mieszkańców
- * staż pracy - do 10 lat lub dłuższy
- * posiadanie lub brak specjalizacji z medycyny rodzinnej
- * tygodniowy wymiar czasu pracy - do 50 godzin lub powyżej 50 godzin

- * zadowolenie z pracy – niezadowoleni lub zadowoleni z pracy (odpowiednio odpowiedzi 1-4 lub 5-7 w siedmiostopniowej skali satysfakcji zawodowej autorstwa *Bovier and Perneger*) (17)
- * występowanie chorób przewlekłych i/lub problemów zdrowotnych trwających ponad 6 miesięcy lub ich brak
- * utrzymywanie lub nie prawidłowego BMI
- * używanie tytoniu – palący obecnie, palący w przeszłości, nigdy nie palący
- * konsumpcja alkoholu - ryzykowna (jednorazowo ponad 4 drinki zawierające 10g czystego alkoholu) lub konsumpcja alkoholu o niskim ryzyku (19)
- * aktywność fizyczna – ćwiczenia minimum 3 razy w tygodniu po 30 minut lub w mniejszym wymiarze
- * prawidłowe odżywianie lub nie (w samoocenie)
- * stosowanie jakiegokolwiek diety w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie
- * prowadzenie lub nie edukacji zdrowotnej pacjenta

Dla oceny siły związku między prowadzeniem edukacji zdrowotnej pacjentów a charakterystykami lekarzy wyznaczano odpowiednie ilorazy szans (OR) wraz z granicami 95%-owego przedziału ufności (95% CI), które podano w nawiasach kwadratowych.

Cech istotnie związanych z podejmowaniem edukacji użyto jako zmiennych opisujących w dalszej analizie prowadzonej metodą wieloczynnikowej regresji logistycznej.

We wszystkich analizach przyjęto poziom istotności $p=0,05$. Obliczenia wykonano przy użyciu pakietu SPSS 12.0 PL.

WYNIKI

Wyniki badania ankietowego wraz z charakterystyką badanej populacji podsumowano w tabeli I.

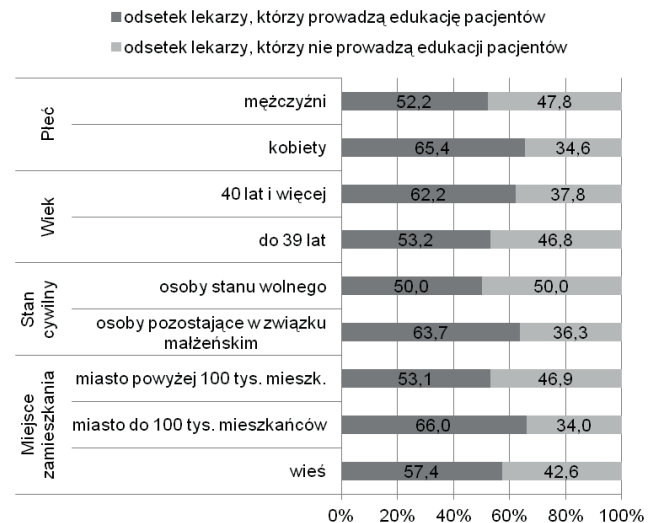
Blisko 60% lekarzy POZ deklaruje prowadzenie edukacji zdrowotnej pacjentów w zakresie behawioralnych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych. Rozkład częstości podejmowania przez lekarzy edukacji pacjentów w zależności od cech społeczno-demograficznych, sytuacji zawodowej, stanu zdrowia oraz prowadzonego trybu życia przedstawiono na wykresach 1-3.

Biorąc pod uwagę deklaracje dotyczące prowadzenia edukacji zdrowotnej pacjentów dokonano podziału lekarzy na podejmujących edukację oraz tych, którzy nie prowadzą tego typu działań w swojej praktyce zawodowej. Na podstawie uzyskanych w badaniu ankietowym danych wytypowano czynniki mogące determinować podejmowanie przez lekarzy edukacji pacjentów. Miarę siły związku pomiędzy nimi a deklaracją prowadzenia edukacji zdrowotnej pacjentów przedstawiono w tabeli II.

Tabela I. Respondenci – lekarze podstawowej opieki zdrowotnej wg cech społeczno-demograficznych, sytuacji zawodowej, stanu zdrowia, stylu życia oraz deklaracji prowadzenia edukacji zdrowotnej pacjentów

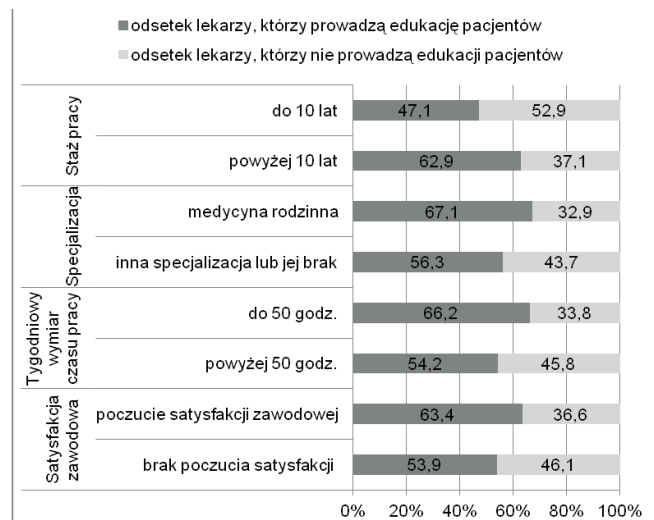
Table I. Characteristics of respondents – primary care physicians according to socio-demographic features, professional status, health state, lifestyle and declaration of performing health education to patients

Cecha		Częstość	Procent
Płeć	mężczyzna	228	43,8
	kobieta	292	56,2
Wiek	do 39 lat	141	27,1
	40 lat i więcej	373	71,7
	b. d.	6	1,2
Stan cywilny	żonaty/zamężna	369	71,0
	stan wolny	148	28,5
	b. d.	3	0,6
Miejsce zamieszkania	wieś	54	10,4
	miasto do 100 tys. mieszk.	241	46,3
	Miasto >100 tys. mieszk.	224	43,1
	b. d.	1	0,2
Staż pracy	do 10 lat	102	19,6
	powyżej 10 lat	405	77,9
	b. d.	13	2,5
Specjalizacja	medycyna rodzinna	161	31,0
	inna specjalizacja lub jej brak	312	60,0
	b. d.	47	9,0
Tygodniowy wymiar czasu pracy	do 50 godzin	234	45,0
	powyżej 50 godzin	285	54,8
	b. d.	1	0,2
	Satysfakcja zawodowa	314	60,4
Choroby przewlekłe i/lub problemy zdrowotne trwające minimum 6 mies.	nie	252	48,5
	tak	268	51,5
	b. d.	2	0,4
BMI	niedowaga	7	1,3
	waga w normie	240	46,2
	Nadwaga i otyłość	249	47,9
	b. d.	24	4,6
Stosowanie diety w ciągu ostatnich 12 mies.	tak	81	15,6
	nie	439	84,4
Aktywność fizyczna trwająca minimum 30 min.	minimum 3-6 razy w tygodniu	58	11,2
	rzadziej niż 3 razy w tygodniu	462	88,8
Palenie tytoniu	palący obecnie	118	22,7
	palący w przeszłości	114	21,9
	nigdy nie palący	287	55,2
	b.d.	1	0,2
Jednorazowa konsumpcja drinków zawierających 10 g czystego alkoholu	0-4 drinki	436	83,8
	5 drinków i więcej	64	12,3
	b. d.	20	3,9
Samooceena odżywiania	zdrowe odżywianie	385	74,0
	niezdrowe odżywianie	133	25,6
	b. d.	2	0,4
Prowadzenie edukacji pacjenta	tak	310	59,6
	nie	207	39,8
	b. d.	3	0,6
Liczba ogółem		520	100,0



Ryc. 1. Częstość podejmowania edukacji zdrowotnej pacjentów według cech społeczno-demograficznych lekarzy biorących udział w badaniu ankietowym

Fig. 1. Frequency of undertaking health education of patients according to socio-demographic features of surveyed physicians

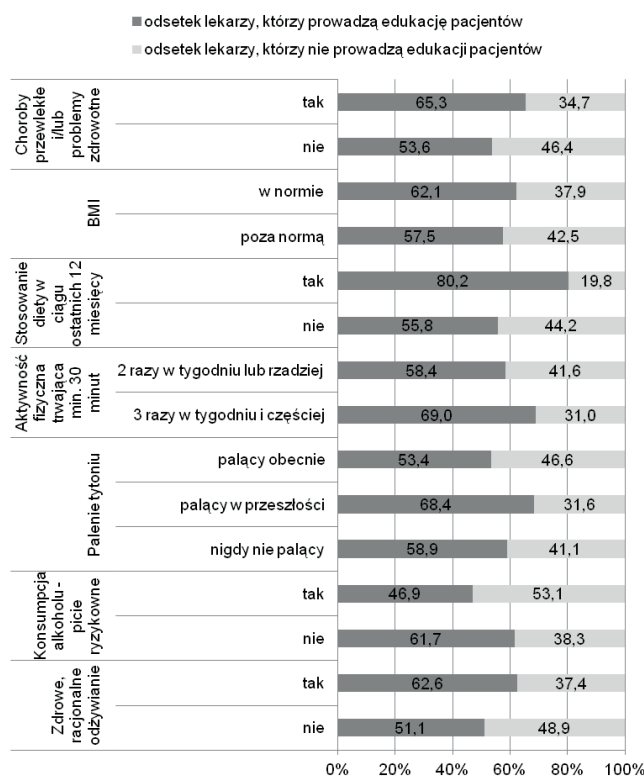


Ryc. 2. Częstość podejmowania edukacji zdrowotnej pacjentów według wybranych cech z charakterystyki zawodowej lekarzy biorących udział w badaniu ankietowym

Fig. 2. Frequency of undertaking health education of patients according to selected features from professional characteristics of surveyed physicians

Prowadzenie edukacji zdrowotnej wśród pacjentów powiązane jest w sposób istotny statystycznie z płcią, stanem cywilnym oraz miejscem zamieszkania lekarza. Płeć żeńska zwiększa szansę prowadzenia edukacji o 72%, pozostawanie w związku małżeńskim o 75%, zamieszkiwanie w mieście do 100 tys. mieszkańców o 64%. Lekarze z dużych miast podejmują taką działalność istotnie rzadziej niż pozostali.

Istotne okazały się również czynniki związane z sytuacją zawodową – tygodniowy wymiar czasu



Ryc.3. Częstość podejmowania edukacji zdrowotnej pacjentów według stanu zdrowia objętych badaniem lekarzy oraz ich deklarowanych zachowań zdrowotnych

Fig. 3. Frequency of undertaking health education of patients according to surveyed physicians' state of health and their declared health behaviours

pracy poniżej 50 godzin, specjalizacja z medycyny rodzinnej, poczucie satysfakcji zawodowej, z których każdy zwiększa szansę prowadzenia edukacji pacjentów odpowiednio o 66%, 58% oraz 48%. Z kolei staż pracy poniżej 10 lat dwukrotnie obniża szansę realizacji zadań z zakresu edukacji pacjentów.

Spośród zmiennych charakteryzujących stan zdrowia oraz zachowania zdrowotne kształtujące styl życia lekarzy rodzinnych porzucenie nałogu palenia tytoniu, podobnie jak deklaracja o zdrowym sposobie odżywiania oraz występowaniu chorób przewlekłych zwiększają o ponad 60% szansę na podejmowanie edukacji pacjentów. Lekarze stosujący dietę w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie ponad trzykrotnie częściej edukują pacjentów w zakresie behawioralnych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych.

Czynniki istotnie wpływające na prowadzenie edukacji pacjentów mogą być ze sobą wzajemnie powiązane. Dla wyeliminowania tych zależności zastosowano analizę metodą wieloczynnikowej regresji logistycznej. Zmienną zależną było prowadzenie edukacji pacjentów, a zmiennymi opisującymi – cechy wskazane jako istotne w analizie jednoczynnikowej (tab. II).

Tabela II. Charakterystyka objętych badaniem lekarzy a prowadzenie edukacji zdrowotnej pacjentów*

Table II. Characteristics of surveyed physicians in relation to undertaking health education of patients*

Cecha	Iloraz szans podejmowania edukacji pacjentów (OR)	Granice 95%-owego przedziału ufności dla OR	Istotność
Płeć żeńska	1,72	1,22 – 2,44	0,002
Wiek do 39 lat	0,69	0,47 – 1,02	0,064
Żonaty / zamężna	1,75	1,19 – 2,58	0,004
Wieś	0,90	0,51 – 1,60	0,727
Miasto do 100 tys. mieszkańców	1,64	1,15 – 2,35	0,006
Miasto powyżej 100 tys. mieszkańców	0,62	0,44 – 0,89	0,009
Staż pracy do 10 lat	0,53	0,34 – 0,81	0,004
Specjalista medycyny rodzinnej	1,58	1,07 – 2,34	0,021
Wymiar czasu pracy do 50 godzin w tygodniu	1,66	1,16 – 2,37	0,006
Poczucie satysfakcji zawodowej	1,48	1,04 – 2,12	0,031
Występowanie chorób przewlekłych i/ lub problemów zdrowotnych trwających minimum 6 mies.	1,63	1,15 – 2,32	0,007
Palący obecnie	0,79	0,48 – 1,09	0,118
Palący w przeszłości	1,63	1,05 – 2,53	0,031
Nigdy nie palący	0,93	0,66 – 1,33	0,706
Ryzykowne picie alkoholu	1,14	0,67 – 1,96	0,634
Zdrowe, racjonalne odżywianie	1,60	1,08 – 2,38	0,020
Stosujący dietę	3,22	1,80 – 5,74	<0,001
BMI w normie	1,21	0,85 – 1,72	0,288
Aktywność fizyczna trwająca przynajmniej 30 minut minimum 3 razy w tygodniu	1,58	0,88 – 2,84	0,126

*iloraz szans liczony w stosunku do osób bez analizowanej cechy

* odds ratio calculated in relation to subjects without the analysed feature

pogrubiono wyniki istotne statystycznie
statistically significant values indicated in bold

Istotne okazały się:

- stosowanie diety – OR=3,22 [1,78-5,85], p<0,001
- specjalizacja z medycyny rodzinnej – OR=1,68 [1,11-2,53], p=0,014
- tygodniowy wymiar czasu pracy poniżej 50 godzin – OR=1,67 [1,14-2,43], p=0,008
- zamieszkiwanie w mieście liczącym poniżej 100 tys. mieszkańców – OR=1,56 [1,08-2,27], p=0,019
- pozostawanie w związku małżeńskim – OR=1,55 [1,03-2,33], p=0,036
- staż pracy do 10 lat – OR=0,57 [0,36-0,90], p=0,017.

DYSKUSJA

Głównym przedmiotem zainteresowań w niniejszej pracy była ocena częstotliwości podejmowania edukacji zdrowotnej pacjentów przez lekarzy POZ oraz jej uwarunkowań.

W oparciu o dotychczasowe doniesienia z badań przyjęto, że czynniki społeczno-demograficzne, podobnie jak zmienne opisujące sytuację zawodową lekarzy, ich stan zdrowia oraz styl życia, odgrywają istotną rolę w podejmowaniu przez nich zadań z zakresu edukacji pacjentów.

Celem edukacji pacjenta jest pomaganie mu w podejmowaniu decyzji dotyczących własnego zdrowia oraz dostarczanie argumentów wskazujących na potrzebę rozwijania pozytywnych postaw wobec zdrowia oraz zachowań prozdrowotnych.

Prowadzenie działań edukacyjnych powierzone zostało profesjonalistom opiekującym się pacjentami, m. in. lekarzom rodzinnym. Ci ostatni ze względu na posiadaną wiedzę, autorytet oraz częsty kontakt z pacjentami odgrywają zasadniczą rolę w edukacji zdrowotnej. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego 69,7% dorosłych Polaków (w wieku 15 lat i więcej) odwiedziło w ostatnim roku swojego lekarza pierwszego kontaktu (19). Dane te podkreślają wyjątkowe możliwości lekarzy POZ w promowaniu zdrowia pacjentów pozostających pod ich opieką.

Gabinet lekarza pierwszego kontaktu jest miejscem, w którym świadczeniom medycznym (leczniczym, rehabilitacyjnym, profilaktycznym) towarzyszyć powinny różne formy edukacji. Odsetek lekarzy POZ deklarujących podejmowanie edukacji pacjentów wyniósł blisko 60%. Wyższy odsetek lekarzy zaangażowanych w edukację pacjentów (79%) został odnotowany przez *Mc Avoy* i in. wśród lekarzy brytyjskich (20). Badanie prowadzone w Stanach Zjednoczonych w latach 1992-2000 przez *Ma, Urizara* i in. wykazało, że pacjenci otrzymywali poradę dotyczącą behawioralnych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych jedynie podczas 15,7% swoich wizyt w POZ (21).

Uzyskane przez nas wyniki przekonują o znaczeniu posiadanej przez lekarzy wiedzy i umiejętności, a także pozytywnych postaw wobec działalności edukacyjnej, w kontekście specjalizacji lekarskiej z medycyny rodzinnej. Specjaliści medycyny rodzinnej istotnie częściej niż lekarze innych specjalności czy lekarze niespecjaliści zajmowali się poradnictwem w zakresie aktywności fizycznej, sposobu odżywiania, unikania używek z punktu widzenia wpływu na stan zdrowia pacjentów pozostających pod ich opieką.

W interpretację uzyskanego wyniku wpisują się badania przeprowadzone przez *Frank, Harvey, Segura, Oberg* wśród lekarzy amerykańskich. Pokazują one,

że specjalizacja z medycyny rodzinnej przekłada się na silniejsze zaangażowanie lekarza w prowadzenie działalności prewencyjnej w zakresie behawioralnych czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych (11,14,22).

Oprócz specjalizacji z medycyny rodzinnej również doświadczenie kliniczne, związane ze stażem pracy w zawodzie okazało się być czynnikiem determinującym podejmowanie działań edukacyjnych wśród pacjentów. Lekarze o dłuższym stażu pracy istotnie częściej edukowali pacjentów niż ich młodsi koledzy. Wyniki te są zbieżne z ustaleniami innych badaczy, które wskazują na pozytywny związek pomiędzy stażem pracy lekarza a prowadzeniem edukacji zdrowotnej pacjentów (11,13). Istnieją także badania, których wyniki nie potwierdzają tych zależności (5).

Spśród analizowanych zmiennych społeczno-demograficznych charakteryzujących badanych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej wyznacznikami prowadzenia edukacji zdrowotnej okazały się: stan cywilny lekarza oraz miejsce zamieszkania. Fakt zamieszkania w mieście liczącym do 100 tys. mieszkańców stanowił czynnik różnicujący badanych lekarzy pod względem deklaracji prowadzenia edukacji pacjentów. Rola miejsca zamieszkania w świetle dostępnych wyników badań nie wydaje się być jednoznacznie ustalona. Dostępne są doniesienia wskazujące, że to lekarze zamieszkujący na wsi są bardziej aktywni w swojej działalności edukacyjnej skierowanej do pacjentów (13), zaś wyniki innych wskazują na brak różnic związanych z miejscem zamieszkania (11).

Wymiar czasu pracy lekarzy w sposób szczególny rzutuje na prowadzenie edukacji pacjentów. Lekarze deklarujący pracę w wymiarze poniżej 50 godzin tygodniowo istotnie częściej podejmowali edukację pacjentów niż ich koledzy pracujący w większym wymiarze czasu pracy. Na brak czasu, jako główną przeszkodę w podejmowaniu edukacji pacjenta wskazują lekarze pracujący w różnych krajach – m. in. w Polsce, na Malcie czy w Szkocji (12,16,23).

Biorąc pod uwagę dotychczasowe światowe badania dotyczące związków zachowań zdrowotnych lekarzy z deklarowanymi postawami wobec edukacji pacjentów w zakresie unikania używek, aktywności fizycznej, racjonalnego odżywiania, kontroli masy ciała nie jest zaskakującym fakt, że lekarze, którzy prowadzą zdrowy styl życia częściej prowadzą edukację zdrowotną pacjentów.

Także podejmowanie przez lekarza prób zmiany prowadzonego trybu życia na zdrowszy stanowi czynnik predykcyjny prowadzenia edukacji pacjentów. Doświadczenie, związane ze zmianą własnych zachowań zdrowotnych, na przykładzie stosowania diety, jawi się jako silna determinanta podejmowania działań edukacyjnych wśród pacjentów. Fakt ten potwierdzają zarówno badania własne, jak i badania innych autorów (11,22,24).

PODSUMOWANIE

Ponad 40% lekarzy POZ nie podejmuje edukacji zdrowotnej pacjentów. Istotną przeszkodą w podejmowaniu edukacji zdrowotnej pacjentów okazuje się przepracowanie lekarzy. Zanotowano również związek edukowania pacjentów z cechami społeczno-demograficznymi respondentów.

WNIOSKI

Lekarze deklarujący działalność edukacyjną korzystają z wiedzy i umiejętności zdobytych podczas szkolenia specjalizacyjnego z zakresu medycyny rodzinnej oraz doświadczenia, związanego ze stażem pracy w zawodzie, dlatego należy uwzględnić w szerszym zakresie tę problematykę w programach szkolenia przed – i podyplomowego lekarzy.

Diagnoza stopnia aktywności lekarzy POZ w edukacji zdrowotnej oraz jej uwarunkowań powinna być brana pod uwagę przy projektowaniu i realizacji programów ukierunkowanych na poprawę zdrowia i budowanie dobrostanu, adresowanych zarówno do lekarzy, jak i pacjentów pozostających pod ich opieką.

PIŚMIENNICTWO

1. O nowy racjonalny system opieki zdrowotnej. Stanowisko Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. Kraków: ZiZ; 2004: 10
2. Eichler K, Zoller M, Tschudi P, i in. Barriers to apply cardiovascular prediction rules in primary care: a postal survey. *BMC family practice* 8, 1 (2007).
3. Haley N, Maheux B, Rivard M, Gervais A. Lifestyle health risk assessment. Do recently trained family physicians do it better? *Canadian Family Physician* 46, 1609-1616 (2000).
4. Lukas W. Rola lekarza rodzinnego w systemie opieki zdrowotnej. Doświadczenia polskie. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/25022011_zal_3_rola_lekarza.pdf
5. Anis NA, Lee RE, Ellerbeck EF, i in. Direct observation of physician counseling on dietary habits and exercise: patient, physician, and office correlates. *Preventive medicine* 38, 198-202 (2004).
6. Wojnarowska B. Edukacja zdrowotna dzieci, młodzieży i ich rodziców. W: Oblacińska A, Wojnarowska B. Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniami. Warszawa: IMiD; 2002:121
7. Charońska E. Zarys wybranych problemów edukacji zdrowotnej. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej; 1997: 24
8. Cianciara D. Zarys współczesnej promocji zdrowia. Warszawa: PZWL; 2010: 107
9. Szczerbińska K. Organizacja edukacji zdrowotnej pacjentów. W: Czupryna A, red. *Zdrowie Publiczne*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 2001: 249
10. Oberg EB, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *J R Coll Physicians Edinb*. 2009 39(4):290-1
11. Frank E, Segura C, Chen H, i in. (2010) Predictors of Canadian physicians' prevention counseling practices. *Can J Public Health* 101(5): 390–5
12. Saliba M, Sammut MR, Vickers KS, i in. Health behaviour counselling in primary care: general practitioner - reported rate and confidence. *Malta Med J*, 2011: 1; 22
13. Elhani S, Cleophas TJ, Atiqi R. Lifestyle interventions in the management of hypertension: a survey based on the opinion of 105 practitioners. *Neth Heart Journal*, 2009: 17; 9-12
14. Frank E, Harvey LK. Prevention advice rates of women and men physicians. *Arch Fam Med*. 1996;5215- 219
15. Cornuz J, Ghali WA, Di Carlantonio D, i in. Physicians' attitudes towards prevention: importance of intervention-specific barriers and physicians' health habits. *Family Practice* 2000;17(6):535-40.
16. Cianciara D, Miller M. Postawy lekarzy wobec edukacji pacjenta. *Przegl Epidemiol* 2003; 57:531-40
17. Bovier PA, Perneger TV. Predictors of work satisfaction among physicians. *European Journal of Public Health*. 2003;13:199–305
18. Duperly J, Lobelo F, Segura C, i in. The association between Colombian medical students' healthy personal habits and a positive attitude toward preventive counseling: a cross-sectional analyses. *BMC Public Health*. 2009, 9:218
19. Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS 2011) http://www.stat.gov.pl/gus/5840_658_PLK_HTML.html
20. McAvoy BR, Kaner EFS, Lock CA, i in. Our healthier nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *British Journal of General Practice* 1999, 49(440), 187-190.
21. Ma J, Urizar GG Jr, Alehegn T, i in.. Diet and physical activity counseling during ambulatory care visits in the United States. *Prev Med*. 2004;39:815-822
22. Frank E, Rothenberg, R, Lewis C, i in. Correlates of physicians' prevention - related practice. *Arch Fam Med* 2000; 9:359-367
23. Douglas, F., Torrance, N., van Teijlingen, E., i in. Primary care staff's views and experiences related to routinely advising patients about physical activity: A questionnaire survey. *BMC Public Health*, 2006, vol 6, no. 138, pp. 138
24. Frank E, Wright EH, Serdula MK, i in.: Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians. *Am J Clin Nutr* 2002;75:326-32

Badanie przeprowadzono w ramach grantu promotorskiego N N404 257240. Projekt został sfinansowany ze środków Narodowego Centrum Nauki.

Otrzymano: 28.08.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 5.09.2012 r.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Lewtak

Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego –

Państwowego Zakładu Higieny

Ul. Chocimska 24

00-791 Warszawa

Tel. (22) 54 21 363

klewtak@pzh.gov.pl