

Pracownia Socjologii Medycyny - AM w Lublinie  
Medical Sociology Unit – MA in Lublin

RENATA BOGUSZ, ANITA MAJCHROWSKA

***The role of nurses in the health education of families in the opinion of students of the Secuti of Nursing and Health Sciences.***

---

**Rola pielęgniarki w edukacji zdrowotnej rodziny w opinii studentek  
Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu**

**WSTĘP**

Współczesny, socjo-ekologiczny model zdrowia wskazujący na wzajemną zależność społecznych, psychologicznych i fizycznych sfer funkcjonowania człowieka staje się nowym paradygmatem w naukach o zdrowiu.<sup>1</sup>

Przyjęcie założeń teoretycznych traktujących zdrowie jako zjawisko wielowymiarowe, będące efektem różnorodnych związków zachodzących pomiędzy wymiarami rzeczywistości, w których funkcjonuje człowiek spowodowało daleko idące konsekwencje, do których zaliczyć można m. in.:

1. konieczność holistycznego traktowania osoby ludzkiej i jej zdrowia oraz rozpatrywania problemów zdrowotnych w szerokim kontekście codziennego funkcjonowania (Słońska, 2001:71)
2. zwiększenie znaczenia nieprofesjonalnych systemów opieki (rodzina, środowisko lokalne, leczenie niemedyczne)
3. zmianę priorytetów w ochronie zdrowia – zaakcentowanie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej
4. redefiniowanie promocji zdrowia jako, procesu umożliwiającego ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz polepszenie i wzbogacenie ich zdrowia (Kulik, 2000:18)

Punktem wyjścia dla systematycznych i racjonalnych działań umacniania zdrowia jest zdobycie umiejętności uświadamiania sobie własnych problemów zdrowotnych, rozbudzenie potrzeby ich rozwiązania oraz przekonanie o własnej skuteczności w tym zakresie. Pomocna w spełnieniu tych warunków jest edukacja zdrowotna ukierunkowana na rodzinę jako jeden z najważniejszych systemów wspierających i kształtujących zdrowie. Wraz z ideą promocji zdrowia rośnie znaczenie edukacji zdrowotnej, traktowanej bądź jako główna metoda promocji zdrowia, bądź jako jeden z równorzędnych elementów promocji zdrowia - na równi np. z marketingiem społecznym czy też polityką w zakresie zdrowia – podejście

---

<sup>1</sup> Szczegółowy opis koncepcji społeczno-ekologicznego modelu zdrowia można znaleźć w opracowaniu Z. Słońskiej: Promocja zdrowia- zarys problematyki, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, nr 1-2, s. 37-52

europejskie (Charzyńska-Gula, 2002: 9). Proces edukacyjny nie może być bowiem oderwany od warunków społecznych i ekonomicznych, w których człowiek żyje (Krawański 2004).

Z. Słońska wyznacza dla nowoczesnej edukacji zdrowotnej nowe zadania - odchodząc od modelu edukacji nakierowanej na chorobę - powinna ona tworzyć warunki dla zmiany, służyć podnoszeniu kompetencji jednostek i grup w zakresie samodzielnego działania na rzecz zdrowia (Słońska, 1999: 16). Zdobycie tych kompetencji zależy od:

1. wiedzy – bardzo ważnego, lecz niewystarczającego elementu edukacji zdrowotnej
2. postaw - stosunku do zdrowia i choroby, będącego funkcją uznania (lub nie) zdrowia za wartość
3. umiejętności - dla kształtowania postaw sprzyjających zdrowiu oraz podejmowania właściwych wyborów (Charońska, Janus, 2000: 23).

Wprawdzie przeobrażenia w pojmowaniu zdrowia i choroby oraz akcentowanie znaczenia indywidualnych zachowań w procesie kształtowania zdrowia, uczyniły jednostkę współodpowiedzialną za jego stan, to jednak w osiągnięciu poszczególnych poziomów kompetencji potrzebuje ona wsparcia ze strony profesjonalistów. Współczesne tendencje w podejściu do promocji zdrowia podkreślają ogromne znaczenie interdyscyplinarnej współpracy specjalistów z różnych dziedzin w realizacji tego procesu. Nie sposób nie zaakcentować ogromnej w nim roli pielęgniarki, łączącej kompetencje biomedyczne i behawioralne.

Pielęgniarka bowiem, pracując z człowiekiem oraz jego rodziną ma szansę doprowadzenia do sytuacji, w której rodzina ta stanie się środowiskiem wspierającym zdrowie wszystkich swoich członków (Charzyńska-Gula, 2002: 7). Jest to jednak nowa rola: nie realizatora działań, ale doradcy i konsultanta – na bieżąco wspierającego podopiecznych w działaniu i kompensującego braki, w dziedzinie wiedzy i umiejętności dbałości o zdrowie (Majchrowska, 2003: 304). Rosnący udział pielęgniarki w edukacji i doradztwie zdrowotnym jest jedną z cech charakteryzujących jej nowoczesną rolę zawodową.

## **CEL BADAŃ**

Celem przeprowadzonych badań było określenie zakresu realizacji roli pielęgniarki w edukacji zdrowotnej rodziny w opinii ankietowanych studentek pielęgniarstwa.

## **MATERIAŁ I METODA**

Podstawą do napisania pracy był materiał empiryczny zebrany w pierwszym semestrze roku akademickiego 2003/2004 na Wydziale Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Lublinie. W badaniach zastosowano kwestionariusz ankiety audytoryjnej, realizowany w trakcie obowiązkowych zajęć ćwiczeniowych.

Próbę badawczą stanowili wszyscy studenci pierwszego roku zaocznych studiów pielęgniarstwa w liczbie 101 osób. Były to wyłącznie kobiety, wśród których dominowały osoby w kategorii wiekowej 26-30 lat [28,0%; 31-35 lat – 21,8%; 36-40 lat – 18,8%; powyżej 40 lat – 8,2%], pracujące przede wszystkim jako pielęgniarki [98,0%; położne – 2,0%] częściej w dużym [61,4%] niż małym mieście [33,7%] lub na wsi [4,9%]. W trakcie badań respondentki w 100% potwierdzały realizację pracy zawodowej, chociaż adekwatnie do zróżnicowania pod względem wieku, grupa charakteryzowała się dużą różnorodnością w odniesieniu do stażu pracy. Nieco częściej, niż co czwarta ankietowana pracowała w zawodzie do 5 lat [26,7%], co trzecia od sześciu do dziesięciu lat [29,7%], a pozostałe znacznie dłużej [11-15 lat – 19,8%; 16-20 lat – 20,7%; powyżej 20 lat – 2,9%]. Dla zdecydowanej większości miejsc pracy stanowiła placówka zamknięta, typu szpital lub DPS [85,2%], sporadycznie wska-

zywano na pracę w praktyce lekarza rodzinnego [6,9%], przychodni specjalistycznej [5,9%] lub w charakterze pielęgniarki środowiskowo/rodzinnej [2,0%].

## WYNIKI BADAŃ I DYSKUSJA

Aby określić, jaka jest zdaniem badanych, rola pielęgniarki, jako osoby realizującej edukację zdrowotną, zapytano ich, kto ma największy, a w kolejnym pytaniu - kto ma najkorzystniejszy wpływ na kształtowanie codziennych zachowań w sferze zdrowia.

Największy wpływ w tym zakresie studenci pielęgniarstwa najczęściej przypisywali rodzinie [81,2%], a następnie mediom [8,9%] i środowisku lokalnemu [7,9%]. Wyjątkowo wskazywano na środowiska medyczne [lekarze –1,0%; pielęgniarki –1,0%].

Najbardziej korzystny wpływ w omawianej kwestii ma zdaniem respondentów także rodzina [63,4%], jednakże częściej niż w poprzednim pytaniu wybierano inne kategorie odpowiedzi: media [16,8%], pielęgniarki [10,9%], lekarze [7,9%] i szkoła [1,0%].

Określając grupę pielęgniarek, która jest najlepiej przygotowana do prowadzenia edukacji zdrowotnej zorientowanej na członków rodziny, badani – mając możliwość wyboru do trzech kategorii odpowiedzi – najczęściej wskazywali na: pielęgniarki środowiskowo/rodzinne [81,2%], pracujące w praktyce lekarza rodzinnego [40,6%] oraz prowadzące samodzielną praktykę pielęgniarstwa [34,6%], znacznie rzadziej w kontekście takich działań postrzegano pielęgniarki pracujące w szpitalach i innych instytucjach zamkniętych [22,8%], szkolne [17,8%], pracujące w przychodniach specjalistycznych [10,8%] oraz przemysłowe [2,0%].

Największe znaczenie, zdaniem ankietowanych w pracy pielęgniarki realizującej edukację zdrowotną kierowaną do członków rodziny ma /wg częstości wielokrotnych wyborów/: dostarczenie informacji o tym jak dbać o zdrowie [83,2%] oraz motywowanie, doradzanie [56,4%], rzadziej dostarczanie informacji o czynnikach ryzyka [48,5%], nauczanie niezbędnych umiejętności [34,6%], kontakt z ludźmi, grupami i instytucjami, które mogą pomóc [27,7%] lub stwarzanie odpowiednich warunków [7,9%]. A tym, co /także w sytuacji możliwości wielokrotnego wyboru/ może być szczególnie przydatne w pielęgniarstwie edukacji zdrowotnej, jest komunikatywność [90,1%] i wiedza pielęgniarstwa [82,2%]. Mniejsze znaczenie przypisywano umiejętności przekonywania [46,5%], jeszcze rzadziej jako istotne w tym kontekście postrzegano: wykształcenie [16,8%], znajomość strategii edukacyjnych [15,8%] oraz dostępność lokalnych zasobów wsparcia [14,8%].

Działania pielęgniarki w zakresie edukacji zdrowotnej rodziny powinny być zdaniem większości studentek, kierowane do wszystkich, bez względu na stan zdrowia [71,3%]. Mniejsza liczebnie grupa badanych, wśród szczególnych odbiorców tego typu oddziaływań postrzegala ludzi zdrowych, ale zagrożonych chorobą [14,8%], ludzi zdrowych [11,9%], chorych [1,0%] lub będących w okresie rehabilitacji [1,0%]. Określając natomiast sytuacje, w których członkowie rodziny najlepiej stosują się do pielęgniarstwie zaleceń edukacyjnych, najczęściej wskazywano na chorobę [57,4%] oraz potwierdzone zagrożenie chorobą [34,6%]. Wybory dotyczące sytuacji zdrowia pojawiały się wyjątkowo rzadko [3,0%; trudno powiedzieć – 4,5%].

Lepsze efekty w edukacji zdrowotnej rodziny, przynosi zdaniem badanych, pokazywanie korzyści wynikających z zachowań prozdrowotnych [37,6%] niż częstość kontaktów z podopiecznymi [19,8%], wskazywanie na negatywne skutki zachowań antyzdrowotnych [16,8%], przykład pielęgniarki [13,8%] a nawet dobrze przygotowane materiały informacyjne [11,9%].

Wśród elementów stylu życia, przeciętnej polskiej rodziny, interwencji pielęgniarstwie w zakresie działań edukacyjnych, wg ankietowanych wymagają przede wszystkim: sposób

odżywiania się [65,3%] oraz sposób radzenia sobie ze stresem [61,4%]. Na kolejnych pozycjach wg częstości wielokrotnych wyborów uplasowały się: aktywność fizyczna [49,5%], poziom zachowań higienicznych członków rodziny [30,7%]. Znacznie rzadziej wskazywano na picie alkoholu [19,8%] problem uzależnienia od narkotyków [16,9%], palenie tytoniu [13,8%], kompetencje rodziny w zakresie samoopieki i samopielęgnacji [12,9%], korzystanie z usług oferowanych przez system ochrony zdrowia [5,9%], problemy lekowe [5,9%], wypadkowość jako konsekwencję codziennych zachowań [4,9%], samoleczenie [3,0%] oraz problemy życia seksualnego [2,0%].

Realizując edukację zdrowotną wśród członków rodziny, pielęgniarka powinna być wspierana –jak stwierdzali respondenci, wybierając maksymalnie dwie odpowiedzi –przede wszystkim przez lekarza rodzinnego [70,3%], oraz grupy wsparcia działające w środowisku lokalnym [66,3%]. Znacznie rzadziej jako partnerzy w tego typu działaniach postrzegani byli pracownicy socjalni [25,7%], lekarze specjaliści [5,9%] oraz lokalni liderzy [1,0%].

Zdaniem badanych, pielęgniarki nie są środowiskiem postrzeganym w kontekście możliwości największego wpływu na kształtowanie codziennych zachowań w sferze zdrowia. Korzystniej jednak oceniono ich działalność w tym zakresie w porównaniu z lekarzami. Za najlepiej przygotowane, do prowadzenia edukacji zdrowotnej zorientowanej na członków rodziny –adakwatnie do przyjętych założeń –uznano pielęgniarki środowiskowo/rodzinne. Największe znaczenie w tego typu pracy pielęgniarskiej, ma według ankietowanych dostarczenie informacji o tym, jak dbać o zdrowie oraz motywowanie. Co więcej, ukazywanie korzyści wynikających z zachowań prozdrowotnych, uznano za działalność bardziej efektywną w porównaniu z częstością kontaktów z podopiecznym czy dobrze przygotowanymi materiałami edukacyjnymi. Niestety, wśród sytuacji, w których członkowie rodziny najpełniej stosują się do pielęgniarskich zaleceń edukacyjnych, najczęściej wskazywano na chorobę. Określając atrybuty szczególnie przydatne w realizacji edukacji zdrowotnej, badani częściej wymieniali komunikatywność i wiedzę pielęgniarską niż znajomość strategii edukacyjnych. A wśród podmiotów wspierających pielęgniarkę w tego typu działaniach preferowano lekarza rodzinnego.

## WNIOSKI

1. Pielęgniarska edukacja zdrowotna zorientowana na członków rodziny, powinna być ściśle zintegrowana z działaniami z zakresu promocji zdrowia.
2. Dostarczanie informacji o tym, jak dbać o zdrowie, wraz z motywowaniem i ukazywaniem korzyści wynikających z zachowań prozdrowotnych, należy postrzegać jako szansę, na efektywność pielęgniarskiej edukacji zdrowotnej w sytuacji zdrowia lub zagrożenia chorobą.
3. Pielęgniarska edukacja zdrowotna nakierowana na członków rodziny, musi być wspierana siłami profesjonalnych oraz lokalnych środowisk.

## PIŚMIENNICTWO:

1. Charońska E., Janus B.: Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, *Pielęgniarstwo* 2000, nr 3 (44), 1999, s. 22-26.
2. Charzyńska-Gula M.: Edukacja zdrowotna rodziny. Poradnik dla pielęgniarki rodzinnej, Stowarzyszenie na Rzecz Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Lublin 2002.

3. Charzyńska-Gula M.: Promocja zdrowia, profilaktyka i edukacja zdrowotna – nowe realia i nowe zadania, w: Charzyńska-Gula M. (red) Pielęgniarstwo – nowe szanse i nowe zagrożenia, Mat. z konf. Naukowej, Nowy Sącz 2002.
4. Kulik T.B.: Koncepcje zdrowia w medycynie, w: Kulik T., Wrońska I. (red) Zdrowie w medycynie i naukach społecznych, Stalowa Wola 2000.
5. Krawański A.: Interakcje socjologii i pedagogiki zdrowia, w: Piątkowski W. (red) Zdrowie-choroba-społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny, Wyd. UMCS, Lublin 2004.
6. Majchrowska A.: Zachowania zdrowotne – aspekty socjologiczne, w: Majchrowska A. (red) Wybrane elementy socjologii, Wyd. Czelej, Lublin 2003
7. Słońska Z.: Rola promocji zdrowia w rozwoju edukacji zdrowotnej, „Promocja zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, Nr 17, 1999, s. 7-21.
8. Słońska Z.: Współczesna wizja edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia, w: Woynarowska B., Kapica M. (red) Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej, Warszawa 2001.

### **STRESZCZENIE**

Zadaniem edukacji zdrowotnej jest podnoszenie kompetencji jednostek i grup w zakresie samodzielnego działania na rzecz zdrowia. Niezwykle ważne jest włączenie do tego procesu rodziny, jest ona bowiem jednym z najważniejszych systemów kształtujących i wspierających zdrowie. W edukacji zdrowotnej znaczącą rolę odgrywa pielęgniarka, która pracując z człowiekiem lub jego rodziną ma szansę na bieżąco wspierać podopiecznych w działaniu i kompensować ich braki w dziedzinie wiedzy i umiejętności dbałości o zdrowie.

Celem pracy jest określenie zakresu realizacji roli pielęgniarki w edukacji zdrowotnej rodziny w opinii studentek pielęgniarstwa. Podstawę rozważań stanowią wyniki badań ankietowych przeprowadzonych w grudniu 2003 roku wśród 101 studentek I roku Pielęgniarstwa Oddziału Zaocznego AM w Lublinie. Badania wśród pielęgniarek przeprowadzono metodą ankietową.

Otrzymane informacje pozwalają między innymi stwierdzić, że zdaniem respondentów najlepiej przygotowane do prowadzenia edukacji zdrowotnej skierowanej na członków rodziny są pielęgniarki środowiskowo/rodzinne [81,2%] oraz pracujące w praktyce lekarza rodzinnego [40,6%]. Tego typu działania, powinny być kierowane do wszystkich, bez względu na stan zdrowia [71,3%] a najlepsze efekty mogą być osiągnięte poprzez pokazywanie korzyści wynikających z zachowań prozdrowotnych [37,6%]. Określając sytuacje, w których członkowie rodziny najlepiej stosują się do pielęgniarskich zaleceń edukacyjnych, ankietowani przede wszystkim wskazywali na chorobę [57,4%]. Wśród elementów stylu życia przeciętnej polskiej rodziny, interwencji pielęgniarskiej w zakresie działań edukacyjnych, wymagają przede wszystkim: sposób odżywiania się [65,3%] oraz sposób radzenia sobie ze stresem [61,4%]. Wnioski akcentują między innymi, konieczność realizacji tego typu pielęgniarskiej edukacji zdrowotnej, która przynosiłaby efekty nie tylko w sytuacji choroby, ale przede wszystkim w sytuacji zdrowia.

## SUMMARY

The objective of health education is to rise competence level of individuals and groups in the range of their own activities toward health. The role of a family is extremely important because it is most significant system shaping and supporting health. Nurse, who works with a human being and his family has a chance to support them in this kind of activities and be a source of knowledge and abilities.

The aim of this article is to define the role of the nurse in family's health education for the students of nursery. It is based on the researches conducted in December 2003 among 101 first year students of nursery extramural in Medical Academy in Lublin. The method was questionnaire researches.

The received information among the others let us state that in the respondents' opinion the best prepared people for the health education targeted at the family members are the community/family nurses [81,2%] and the ones working with the general practitioner [40,6%]. Such actions should be aimed at all people, regardless of their states of health [71,3%], but the best effects may be achieved by showing the benefits resulting from the pro-healthy behaviors [37,6%]. Defining the situations, in which the family members fully obey the nurse's recommendations, the surveyed first of all pointed to illnesses [57,4%]. Among the factors of an average Polish family's lifestyle that demand the nurse's interventional educational actions are above all: the way of nourishment [65,3%] as well as the way of coping with stress [61,4%]. The conclusions put a stress among the others on the necessity of health education carried out by nurses that would be effective not only in the situation of illnesses, but first of all in the situation of health.