

## Anna Andruszkiewicz<sup>1</sup>, Małgorzata Anna Basińska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Promocji Zdrowia *Collegium Medicum* Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

<sup>2</sup>Zakład Psychopatologii i Diagnostyki Klinicznej Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

# Skala oczekiwań od edukacji terapeutycznej osób chorych przewlekle

The scale of expectations from the therapeutic education of chronically ill patients

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** W ciągu ostatnich lat edukacja terapeutyczna pacjenta stała się istotnym elementem w leczeniu chorób przewlekłych, gdyż skuteczność tego procesu zależy między innymi od uwzględnienia potrzeb pacjenta, jego oczekiwań i dotychczasowych doświadczeń związanych z chorobą.

Celem publikacji była prezentacja skali do badania oczekiwań od edukacji terapeutycznej osób chorych. Ponadto sprawdzono, czy oczekiwania pacjentów ulegają zróżnicowaniu w zależności od płci, wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania.

**Materiał i metody.** Przebadano 503 osoby przewlekle chore leczone ambulatoryjnie, 301 kobiet i 202 mężczyzn. Średni wiek badanych wynosił 52,06 (SD = 14,30) lata. Większość badanych pacjentów pozostawała pod opieką poradni specjalistycznej (n = 294; 62,55%). Średni czas chorowania wynosił M = 9,12 lat (SD = 8,53). Zastosowano autorską Skalę Oczekiwań od Edukacji Terapeutycznej OE-15, Listę Oczekiwań Pacjenta PRF i metryczkę.

**Wyniki.** Wykonane analizy pozwalają stwierdzić, że skala do badania Oczekiwań od Edukacji Terapeutycznej OE-15 jest skalą rzetelną i trafną. Wiek i płeć różnicują oczekiwania od edukacji w grupie pacjentów przewlekle chorych.

**Wnioski.** Skala do badania oczekiwań może znaleźć zastosowanie w procesie edukacji terapeutycznej pacjentów. Pozwala na ocenę ich oczekiwań w zakresie: informacji o chorobie i jej leczeniu, wyjaśnienia wpływu choroby na sfery życia oraz informacji koniecznych pacjentowi do podjęcia działań profilaktyki trzeciorzędowej związanej z chorobą.

**Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 1–7**

**Słowa kluczowe:** edukacja terapeutyczna; chorzy przewlekle

### ABSTRACT

**Introduction.** In recent years, the therapeutic education of patients has become an important element in the treatment of chronic diseases. The effectiveness of this process depends, inter alia, on taking into consideration the patient's needs, their expectations, and their experiences associated with the disease. The aim of the publication is to present the scale in order to study the expectations from the therapeutic education of patients. In addition, it was examined to determine if the expectations of patients are likely to vary depending on gender, age, education and place of residence.

**Material and methods.** The study group consisted of 503 chronically ill outpatients, including 301 women and 202 men. The average age was 52.06 (SD = 14.30) years. The majority of the patients remained under the care of a specialized clinic (n = 294, 62.55%). The average duration of illness was M = 9.12 years (SD = 8.53). The author's Scale of Expectations from Therapeutic Education OE-15, a List of Patient's Expectations (PRF, Patient's Request Form), and Imprint were used.

**Results.** The analysis allows us to conclude that the presented scale to study the Expectations from Therapeutic Education, OE-15, is a reliable and valid one. Age and gender differentiate expectations from education in a group of patients with chronic diseases.

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Anna Andruszkiewicz, Katedra i Zakład Promocji Zdrowia *Collegium Medicum* Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, e-mail: anna.andruszkiewicz@cm.umk.pl

DOI: 10.5603/PP.2016.0001

**Conclusions.** The scale to study expectations can be used in the therapeutic education of patients. It allows an assessment of their expectations in terms of information about the disease, treatment, an explanation of the disease's impact on aspects of life, and information necessary to take action towards tertiary prevention of the disease.

**Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 1-7**

**Keywords:** therapeutic education; chronically ill patients

## Wstęp

Edukacja pacjenta jest ważnym elementem nowoczesnej opieki zdrowotnej. Bardzo często w literaturze przedmiotu można spotykać zamiennie stosowane pojęcia: edukacja zdrowotna, edukacja pacjenta czy obecnie edukacja terapeutyczna. Wydaje się zasadne na początku tego opracowania usystematyzować i doprecyzować powyższe pojęcia. Edukacja zdrowotna jest definiowana jako proces, w którym ludzie uczą się dbać o własne zdrowie oraz o zdrowie innych członków społeczności, w której żyją. Proces ten, składa się z kilku etapów, od uświadomienia sobie problemów ze zdrowiem do podjęcia decyzji i działań w celu zmiany zachowań zdrowotnych. Definicja ta eksponuje związki między zdrowiem człowieka a jego środowiskiem fizycznym i społecznym [1]. Edukacja terapeutyczna jest następująco opisywana przez Światową Organizację Zdrowia: „edukacja terapeutyczna powinna umożliwić pacjentom nabycie i utrzymanie zdolności, które pozwolą im kierować własnym życiem w sytuacji choroby. Jest to proces ciągły i zintegrowany z opieką medyczną. Edukacja terapeutyczna skoncentrowana jest na pacjencie i zawiera: rozwijanie świadomości, autoedukację, psychospołeczne wsparcie, uwzględniające stan chorobowy zalecenia stosowania leków lub innych zabiegów terapeutycznych, działania opiekuńcze, warunki w placówkach oraz innych miejscach, w których przebiega leczenie, a także informowanie dotyczące organizacji ochrony zdrowia, oraz zachowań związanych ze zdrowiem i chorobą. Edukacja terapeutyczna zakłada pomoc pacjentom i ich rodzinom w zrozumieniu choroby i terapii, rozwinięcie współpracy z pracownikami ochrony zdrowia, która umożliwi zdrowsze życie oraz utrzymanie lub podwyższenie jakości życia” [2]. W tym ujęciu edukacja jest procesem złożonym i wielowymiarowym. W 1999 roku na spotkaniu w Paryżu, które miało na celu prezentację i wypracowanie procedur dotyczących edukacji pacjentów, przedstawiciele środowisk medycznych, uzgodnili wspólną roboczą definicję. Przyjęto wówczas, że edukacja pacjenta to wszystkie działania edukacyjne skierowane do pacjentów, w tym edukacja terapeutyczna, edukacja zdrowotna i kliniczna [3, 4].

By nie mnożyć pojęć, uwzględniając powyższe definicje, wydaje się najbardziej zasadne i odpowiednie używanie w odniesieniu do edukacji osób przewlekle chorych pojęcia edukacja terapeutyczna. Po pierwsze

dlatego, że takie ujęcie odzwierciedla całe spektrum zagadnień, które należy uwzględnić w procesie edukacji, po drugie zwraca uwagę na specyfikę uczenia skierowanego do ludzi dotkniętych chorobą. Tak definiowana edukacja terapeutyczna wychodzi poza proste informowanie i wyjaśnianie, zakłada aktywne zaangażowanie pacjenta i jego środowiska w proces leczenia. Badania dotyczące oczekiwań pacjentów są prowadzone głównie w kontekście oceny i jakości otrzymywanych usług medycznych. Warto by spojrzeć na nie jako potrzeby obiektywne, życzenia lub pragnienia [5], gdyż ich znajomość pozwala na podejmowanie bardziej trafnych i skutecznych działań [6, 7].

Dzięki edukacji wzmacnia się również mocne strony pacjenta i jego własne zasoby w radzeniu sobie z chorobą, co może zapobiec niekorzystnym zachowaniom w procesie leczenia i podwyższyć jego dobrostan w dłuższej perspektywie czasowej. U podstaw takich oddziaływań leży założenie, że dzięki większej wiedzy na temat własnej choroby pacjent może sobie lepiej z nią radzić [8]. Edukacja prowadzona w trakcie hospitalizacji nie zawsze odpowiada tematycznie na istniejące wśród pacjentów zapotrzebowanie dotyczące wielu życiowo ważnych problemów. Warto zatem zweryfikować tematykę programów edukacyjnych, dostosowując ją do oczekiwań chorych [9].

## Cel pracy

Celem prezentowanej publikacji było przedstawienie polskiej skali do badania oczekiwań od edukacji terapeutycznej OE-15 oraz sprawdzenie czy oczekiwania pacjentów są różne w zależności od płci i wieku.

## Material i metody

Przebadano razem 503 osoby, w tym 301 (60%) kobiet i 202 (40%) mężczyzn. Średni wiek badanych wynosił 52,06 (odchylenie standardowe [SD, *standard deviation*] = 14,40), w przedziale 19–90 lat. Kobiety (M = 52,38; SD = 14,34) i mężczyźni (M = 51,59; SD = 14,51) byli w podobnym wieku ( $t = 0,599$ ;  $p = 0,549$ ).

Badane osoby miały najczęściej wykształcenie średnie (39,88%), najmniej z nich miało wykształcenie podstawowe (12,27%). Najwięcej badanych osób mieszkało na wsi (29,58%) i w mieście do 50 tysięcy mieszkańców (28,97%), a najmniej w dużym mieście (12,27%). Najwięcej badanych osób pracowało zawodowo (52,07%), a najmniej było bez pracy (7,24%). Większość badanych mieszkała z rodziną (85%).

Większość badanych pacjentów pozostawała pod opieką poradni specjalistycznej ( $n = 294$ ; 62,55%), a pozostali 175 osoby (37,23%) twierdziły, że nie są pod opieką takiej poradni, pozostali ( $n = 34$ ) nie udzielili odpowiedzi na to pytanie. Średnio chorowali 9,12 lat ( $SD = 8,53$ ) od 0, grupa, która była diagnozowana do 50 lat. Wszystkie osoby badane miały rozpoznaną przez lekarza chorobę przewlekłą. Najwięcej badanych osób cierpiało z powodu chorób układu krążenia ( $n = 116$ ; 23,06%), chorób endokrynologicznych i metabolicznych ( $n = 99$ ; 19,48%). Większość ( $n = 313$ ; 66,60%) podawała, że współwystępują u nich jeszcze inne schorzenia. Pozostali ( $n = 157$ ; 33,40%) stwierdzili, że chorują tylko na jedno schorzenie.

Większość badanych osób chorych ( $n = 310$ ; 70,94%) deklaruje, że na stałe przyjmuje różne leki. Pozostali przyjmowali leki okresowo ( $n = 61$ ; 13,96%) lub ich nie przyjmowali. Badani na skali od 1 do 10 oceniali swoje zdrowie, gdzie 1 oznaczało fatalny stan zdrowia, a 10 — zdrowie idealne, najczęściej, ocenili je jako dobre  $M = 6,43$  ( $SD = 1,88$ ).

Zastosowano trzy narzędzia: Skalę Oczekiwań od Edukacji OE-15, Listę Oczekiwań Pacjenta (PRF, *Patient Request Form*) oraz metryczkę, która pozwoliła zebrać dane demograficzne i informacje o stanie zdrowia badanych osób.

**Lista Oczekiwań Pacjenta** Salmona i Quine'a w adaptacji Juczyńskiego. Polska wersja zawiera 18 stwierdzeń dotyczących różnych powodów aktualnego zgłaszania się do lekarza ogólnego. Badany wskazuje w jakim stopniu treść stwierdzenia wyraża powody zgłaszania się do lekarza. Stwierdzenia zawarte w PRF wchodzi w skład trzech czynników: oczekiwania wyjaśnienia choroby, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i uzyskanie informacji na temat badań i leczenia. Dla każdego stwierdzenia należy wybrać jedną z trzech odpowiedzi dotyczących powodów wizyty: tak, nie jestem pewien lub nie. Za odpowiedź potwierdzającą — tak — badany otrzymuje 2 punkty, za brak pewności — 1 punkt, za odpowiedź negatywna 0 punktów. Im wyższy wynik w danej skali, tym większe oczekiwania w tym zakresie [10].

**Skala Oczekiwań od Edukacji Terapeutycznej — OE15** Andruszkiewicz i Basińskiej. Na podstawie doświadczeń klinicznych autorek i PRF Salmona i Quine'a stworzono własne narzędzie dla chorych przebywających w szpitalu i środowisku domowym do zbadania ich oczekiwań wobec działań edukacyjnych realizowanych przez pracowników systemu ochrony zdrowia. Pytania dotyczące oczekiwań w zakresie edukacji podzielono na trzy kategorie: pierwsza dotyczyła oczekiwań w zakresie informacji wynikających ze specyfiki schorzenia i jego leczenia, druga wyjaśnienia powiązań choroby z różnymi sferami życia, a trzecia

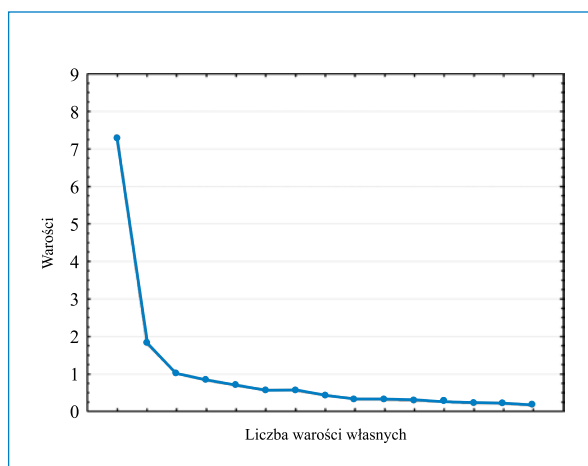
informacji na temat profilaktyki związanej z chorobą. Dodatkowo zapytano respondentów o to kto ich zdaniem powinien zajmować się edukacją i w jakiej formie, oraz w jaki sposób chcieliby, żeby edukacja była kontynuowana po ich wyjściu ze szpitala. Stworzono pulę 20 itemów i wykonano badanie pilotażowe. Rzetelność 20-itemowej skali obliczana za pomocą wskaźnika *alfa* Cronbacha wyniosła 0,903, a itemy były bardzo spójne (*alfa*, gdy usunięte od 0,89 do 0,91). Mimo że na tym etapie sumę wyników można było traktować jako rzetelny wskaźnik oczekiwań pacjenta od edukacji dotyczących choroby, to skala wymagała dalszych prac standaryzacyjnych. Korelacje każdego pytania z sumą oczekiwań były istotne na poziomie  $p < 0,0001$ , jednak niektóre itemy ujawniły słabszy związek. Dodatkowo analiza czynnikowa wskazała na słabszą rolę niektórych pytań. W efekcie usunięto pięć najsłabszych pytań i dalsze analizy wykonano, opierając się na 15 twierdzeniach. Udzielanym odpowiedziom przydzielono kody: nie = 0, raczej nie = 1, raczej tak = 2 i tak = 3. Średnia dla całej 15-itemowej skali w badanej grupie wynosiła  $M = 40,55$  ( $SD = 6,15$ ), przy rozpiętości od 2 do 45, co wskazuje na bardzo duże zróżnicowanie w zakresie oczekiwań od edukacji. Rzetelność dla całej 15-itemowej skali wyrażona współczynnikiem *alfa* Cronbacha wyniosła 0,900. Wszystkie itemy są podobne do siebie w zakresie spójności (*alfa*, gdy usunięte od 0,888 do 0,904). Rzetelność połówkowa skali wynosiła dla itemów nieparzystych 0,900, a dla itemów parzystych 0,921, co wskazuje na wysoką rzetelność skali. Dotychczas wykonane badania w grupie pacjentek chorych onkologicznie (*alfa* = 0,801), osób z nadciśnieniem tętniczym (*alfa* = 0,919) i innymi chorobami układu krążenia (*alfa* = 0,816) wskazują na dobre parametry rzetelności (niepublikowane dane). W celu sprawdzenia struktury skali zastosowano analizę czynnikową w wersji Varimax surowa, która potwierdziła zasadność wyodrębnienia trzech czynników (tab. 1, ryc. 1). Wartości własne dla kolejnych czynników przedstawiano na prostym wykresie liniowym — tak zwany wykres ospiska, który potwierdza optymalną liczbę czynników, które należy wyodrębnić.

Otrzymane wyniki wskazują, że wszystkie itemy korelują w dość wysokim stopniu z wynikiem ogólnym — od 0,57 do 0,79. Natomiast odpowiednie itemy korelują wysoko z wynikiem swojej skali. W skali I — 0,78–0,872, w skali II — 0,73–0,91, a w skali III — 0,73–0,82. Wyodrębnione skale są rzetelne (tab. 2).

Ponadto na grupie 358 chorych (choroby układu krążenia, układu pokarmowego i gruźlica), 200 kobiet i 158 mężczyzn w średnim wieku 52,27 lat ( $SD = 14,80$ ) wykonano badanie PRF i Skalę Oczekiwań od Edukacji Terapeutycznej OE-15. Uzyskane wyniki potwierdzają trafność tworzonej skali (tab. 3).

**Tabela 1.** Ładunki czynnikowe dla skali oczekiwania od edukacji**Table 1.** Factor weighting for the scale of expectations from education

Itemy	Czynnik 1	Czynnik 2	Czynnik 3
Chciałbym, aby omówić co oznaczają objawy, które mam	0,819		
Chcę informacji na temat leków, które przyjmuję	0,864		
Chcę zrozumieć, na czym polega stosowane leczenie	0,759		
Chcę znać skutki uboczne leczenia	0,656		
Chcę, aby wyjaśnić mi wyniki moich badań	0,611		
Chciałbym znać konsekwencje mojej choroby w przyszłości			0,628
Chciałbym znać zagrożenia jakie niesie moja choroba			0,590
Chciałbym wiedzieć, jak zapobiegać zagrożeniom jakie niesie moja choroba			0,624
Chciałbym wiedzieć jaki wpływ będzie miała choroba na moją pracę zawodową		0,885	
Chciałbym wiedzieć, czy choroba i jej leczenie będą miały wpływ na moje życie seksualne		0,899	
Chciałbym wiedzieć, czy choroba ma charakter dziedziczny i co mogę zrobić, aby nie zachorowały na nią moje dzieci		0,627	
Chciałbym znać objawy choroby, które powinny skłonić mnie do szybkiego kontaktu z lekarzem			0,746
Chciałbym wiedzieć jak się zachować, gdy objawy jakie miałem podczas przyjęcia do szpitala powtórzą się			0,692
Chciałbym wiedzieć, jak dbać o moje zdrowie			0,765
Chciałbym wiedzieć, czy grożą mi inne choroby			0,662
Wariancja wyjaśniana	3,649	2,386	4,061
Udział	0,243	0,159	0,271

**Rycina 1.** Wykres osypiska — wartości własne, dla kolejnych czynników wyodrębnionych w skali oczekiwania od edukacji w badanej grupie**Figure 1.** Scree — eigenvalues for successive factors extracted on the scale of expectations from education in the study group

Związki między wymiarami oczekiwań od edukacji i oczekiwań od lekarza w zakresie oczekiwań wyjaśnienia choroby oraz informacji na temat badań i leczenia są dodatnie.

### Organizacja badań

Na pierwszym etapie konstruowania skali wykonano badania pilotażowe, a kryterium włączenia do grupy były: diagnoza lekarska choroby przewlekłej, czas trwania nie krótszy niż 5 lat. Pacjenci w trakcie badania przebywali w domu i byli pod opieką lekarza rodzinnego lub lekarza specjalisty. Na kolejnym etapie badań poszerzono grupę pacjentów o osoby hospitalizowane, a kryterium włączenia do grupy było: hospitalizacja nie krótsza niż 3 dni, diagnoza lekarska choroby przewlekłej.

Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami określonymi w Deklaracji Helsińskiej. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

**Tabela 2.** Statystyki opisowe dla podskal i całości (n = 503)**Table 2.** Descriptive statistics for subscales and total (n = 503)

Oczekiwania od edukacji terapeutycznej	M	SD	Min.	Maks.	Alfa Cronbacha	Nr itemów	Zakres wyników
I. Informacji o chorobie i jej leczeniu	13,81	2,26	0,00	15,00	0,876	1,2,3,4,5,	0–15
II. Wyjaśnienia wpływu choroby na sfery życia	7,27	2,39	0,00	9,00	0,802	9,10,11	0–9
III. Informacji na temat profilaktyki związanej z chorobą	19,47	2,81	2,00	21,00	0,891	6,7,8, 12, 13, 14,15	0–21
Suma oczekiwań od edukacji	40,55	6,15	2,00	45,00	0,900	1–15	0–45

SD (*standard deviation*) — odchylenie standardowe**Tabela 3.** Wyniki korelacji r-Pearsona pomiędzy Skalą Oczekiwań od Edukacji Terapeutycznej OE-15 i Listą Oczekiwań Pacjenta (n = 360)**Table 3.** Results of Pearson's r correlation between Scale of Expectations from Therapeutic Education OE-15 and the List of Patients' Expectations (n = 360)

Skale	I	II	III	Suma oczekiwań od edukacji
Wyjaśnianie choroby — PRF	0,250 p < 0,001	0,196 p < 0,001	0,324 p < 0,001	0,300 p < 0,001
Wsparcie emocjonalne — PRF	0,014 p = 0,793	0,153 p = 0,004	0,079 p = 0,137	0,075 p = 0,158
Informacje na temat badań i leczenia — PRF	0,245 p < 0,001	0,200 p < 0,001	0,315 p < 0,001	0,295 p < 0,001
Suma oczekiwań pacjenta — PRF	0,182 p = 0,001	0,212 p < 0,001	0,263 p < 0,001	0,246 p < 0,001

I — oczekiwanie informacji na temat choroby i jej leczenia; II — oczekiwanie wyjaśnienia wpływu choroby na sfery życia; III — oczekiwanie informacji na temat profilaktyki związanej z chorobą

## Wyniki

### Oczekiwania od edukacji

Zdaniem badanych osób edukacja na temat choroby powinna być prowadzona przez zespół specjalistów. Badani najczęściej chcieliby by prowadził ją: zespół specjalistów (n = 294, 58,45%), lekarz (n = 107, 21,27%), pielęgniarka edukacyjna (n = 88, 17,50%), psycholog (n = 11, 2,19%) lub dietetyk (n = 3, 0,60%). Zdaniem większości badanych osób edukacja na temat choroby powinna być prowadzona: bardzo zróżnicowanymi metodami (n = 241, 48,01%) lub w formie indywidualnej pogadanki (n = 199, 39,64%), broszury (n = 38, 7,57%), pogadanki grupowej (n = 20, 3,98%) lub filmu (n = 4, 0,80%). Jedna osoba nie odpowiedziała na to pytanie (0,20%). Badane osoby różnią się istotnie statystycznie w nasileniu oczekiwań od edukacji ze względu na płeć (tab. 4). W zakresie

wyodrębnionych czynników zaobserwowano większe zainteresowanie badanych mężczyzn informacjami na temat wpływu choroby na sfery życia (zawodową, seksualną i związaną z dziedziczeniem choroby).

Stwierdzono negatywny istotny statystycznie związek między wiekiem badanych osób a ich oczekiwaniami od edukacji terapeutycznej (tab. 5). Osoby młodsze miały większe oczekiwania w zakresie wyjaśnienia wpływu choroby na sfery życia (II wymiar). Pozostałe dwa wymiary oczekiwań od edukacji terapeutycznej nie ujawniły związku z wiekiem badanych.

### Dyskusja

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu, edukacja zdrowotna, podporządkowana biomedycznemu paradygmatowi dominującemu w medycynie, skupiała się na chorobie, a w centrum zainteresowań była jednostka wyrwana

**Tabela 4.** Istotność różnic między średnimi w zakresie oczekiwań od edukacji u badanych mężczyzn i kobiet**Table 4.** Significance of differences between means in terms of the expectations from education between men and women in the study

Oczekiwania od edukacji terapeutycznej	Kobiety (n = 301)		Mężczyźni (n = 202)		t/z*	p
	M	SD	M	SD		
Informacji o chorobie i jej leczeniu	13,85	2,21	13,75	2,34	0,500	0,617
Wyjaśnienia wpływu choroby na sfery życia	7,08	2,46	7,55	2,26	-2,021*	0,043*
Informacji nt. profilaktyki związanej z chorobą	19,45	2,78	19,50	2,87	-0,208	0,836
Suma oczekiwań od edukacji	40,38	6,21	40,80	6,06	-0,756	0,450

t — wynik testu t-Studenta; z — wynik testu U Manna Whitneya

**Tabela 5.** Korelacje rho Spermmana między wiekiem a oczekiwaniami od edukacji badanych osób**Table 5.** Spearman's rho correlations between age and expectations from education of respondents

Pary zmiennych	N	R	p
Wiek & I informacje o chorobie i jej leczeniu	502	0,003	0,940
Wiek & II wyjaśnienie wpływu choroby na sfery życia	502	-0,460	< 0,0001
Wiek & III informacje nt. profilaktyki związanej z chorobą	502	-0,084	0,059
Wiek & Suma oczekiwań od edukacji	502	-0,284	< 0,0001

z szeroko pojętego kontekstu ludzkiego funkcjonowania [11]. Dziś człowiek i jego zdrowie traktowany jest holistycznie, a problemy zdrowotne są rozpatrywane w szerokim kontekście różnych aspektów jego życia. Obrazuje to między innymi model ekosystemu człowieka tak zwana Mandala Zdrowia — opracowana przez Departament Zdrowia Publicznego w Toronto. Podstawowym założeniem modelu jest uznanie faktu istnienia skomplikowanych powiązań pomiędzy człowiekiem i jego środowiskiem. Zasadniczą rolę odgrywa nowa koncepcja człowieka — daleka od dualistycznej wizji Kartezjusza — w której uwzględnia się myśli i uczucia pacjenta oraz ich związek ze stanem zdrowia. Prezentowana w niniejszej pracy Skala do Badania Oczekiwań od Edukacji Terapeutycznej OE-15 okazała się narzędziem rzetelnym i trafnym. Pozwala na uzyskanie wyniku ogólnego i wyników cząstkowych dotyczących oczekiwań od edukacji w zakresie informacji na temat choroby i jej leczeniu (I), wyjaśnienia wpływu choroby na sfery życia: zawodową, życie seksualne i dziedziczenie przez dzieci (II) oraz informacji na temat profilaktyki związanej z chorobą, tak zwanej profilaktyki trzeciorzędowej (III). Taka struktura skali pozwala zaliczyć ją do metod badających oczekiwania od edukacji terapeutycznej (a nie innych oczekiwań, które w trakcie

procesu terapeutycznego formułuje pacjent), ponadto wypełnia ona lukę, gdyż w Polsce poza PRF Salmona i Quine'a nie ma innych wystandaryzowanych metod. Skala wymaga jednak dalszych prac i sprawdzenia jej powiązań z cechami osobowościowymi pacjentów oraz cechami sytuacji leczenia i specyfiki przebiegu choroby. Drugim celem tych badań było sprawdzenie czy oczekiwania pacjentów ulegają zróżnicowaniu w zależności od płci i wieku. Wykonane analizy pokazują, że wszystkie wzięte pod uwagę charakterystyki demograficzne różnicują oczekiwania osób co do edukacji terapeutycznej. Mężczyźni i osoby młodsze mają istotnie wyższe oczekiwania od edukacji w zakresie uzyskania informacji na temat wpływu choroby na takie sfery życia, jak praca zawodowa, życie seksualne i dziedziczenie choroby przez dzieci. Otrzymane wyniki są odmienne od dotychczas uzyskanych, z których wynikało, że to kobiety mają większe oczekiwania od lekarza [12], szczególnie w zakresie wsparcia psychicznego [10, 13].

### Wnioski

Skala Oczekiwań od Edukacji Terapeutycznej OE-15 jest metodą rzetelną i trafną. Płeć i wiek badanych różnicują oczekiwania od edukacji w badanej grupie.

## Piśmiennictwo

1. Williams S.A. Quality and care, patient's perceptions. *J. Nurs. Care Qual.* 1998; 12: 18–25.
2. WHO Regional Office for Europe. Therapeutic patient education. Continuing programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases. Report of a WHO working group, Copenhagen 1998.
3. Deccache A., Aujoulat A. An European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Educ. Couns.* 2001; 44: 7–14.
4. Visser S., Deccache A., Bensing J. Patient education in Europe: united differences. *Patient Educ. and Couns.* 2001; 44: 1–5.
5. Williams S., Weinman J., Dale J., Newman S. Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Fam. Pract.* 1995; 12: 193–201.
6. Rao J.K., Weinberger M., Kroenke K. Visit-specific expectations and patient-centered outcomes. *Arch. Fam. Med.* 2000; 9: 1148–1155.
7. McKinley R.K., Roberts C. Patients satisfaction with out of hours primary medical care. *Quality in Health Care* 2001;10: 23–28.
8. Danish Centre for Health Technology Assessment. National Board of Health Patient Education — a Health Technology Assessment Copenhagen: National Board of Health, Monitoring & Health Technology Assessment. *Health Technology Assessment* 2009; 11.
9. Kubica A., Andruszkiewicz A., Grzešek G. i wsp. Edukacja zdrowotna jako metoda poprawy realizacji programu terapeutycznego. *Folia Cardiologica Excerpta* 2010; 5: 93–99.
10. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
11. Słońska Z. Współczesna wizja edukacji zdrowotnej a promocja zdrowia. W: Woynarowska B., Kapica M. (red.). *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania.* KOWEZ, Warszawa 2001; 69.
12. Zieniuk A.M. Oczekiwania pacjenta onkologicznego wobec personelu medycznego. *Psychoonkologia* 2009; 1–2: 17–27.
13. Glińska J., Malesza M., Lewandowska M., Miller R., Dziki Ł., Dziki A. Oczekiwania emocjonalne oraz kontrola emocji pacjentów z rakiem jelita grubego po wyłonieniu stomii jelitowej. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2013; 3: 84–91.