

MARIA MILLER<sup>1</sup>, PIOTR SUPRANOWICZ<sup>1</sup>, MICHAŁ TARGOWSKI<sup>2</sup>,  
ELŻBIETA PIECHOWIAK-MODRZEJEWSKA<sup>2</sup>

## OCENA JAKOŚCI I DOSTĘPNOŚCI MATERIAŁÓW EDUKACYJNYCH O ZDROWIU. II. OPINIE PACJENTÓW

### EVALUATION OF QUALITY AND ACCESSIBILITY OF HEALTH EDUCATION MATERIALS. II. PATIENTS' OPINIONS

<sup>1</sup> Zakład Promocji Zdrowia  
Państwowy Zakład Higieny  
00-791 Warszawa, ul. Chocimska 24  
Kierownik: prof. dr hab. med. *M. Miller*

<sup>2</sup> Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego  
02-532 Warszawa, ul. Rakowiecka 36  
Dyrektor: lek. med. *M. Targowski*

*W artykule przedstawiono wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów warszawskich placówek służby zdrowia. Badano opinie pacjentów o źródłach informacji o zdrowiu i postrzeganej ich użyteczności (przydatność do poszerzenia wiedzy o zdrowiu, wykorzystanie w życiu codziennym i ich wiarygodność).*

#### WSTĘP

W latach siedemdziesiątych ubiegłego wieku krytykę wzbudzać zaczął model usług medycznych opartych na imperatywie technologicznym i uczynieniu pacjenta stroną bierną w relacji pacjent – lekarz [4]. Pierwszym formalnym aktem regulującym narodową politykę zdrowia publicznego w skali ogólnonarodowej, w którym uczynienie obywateli odpowiedzialnymi za własne zdrowie i aktywnymi uczestnikami działań na rzecz jego zachowania i umacniania określone zostało jako cel najważniejszy, był kanadyjski program zdrowia publicznego opracowany w latach osiemdziesiątych [2, 3]. W skali międzynarodowej potrzeba powierzenia obywatelom kontroli nad własnym zdrowiem znalazła swój wyraz w Karcie Ottawskiej, która nieprzypadkowo uchwalona została na terenie Kanady [7]. Obecnie trwają prace nad kodyfikacją praw obywateli do szeroko rozumianej informacji o zdrowiu, która przydatna byłaby w uczynieniu ich współtwórcami działań skierowanych na poprawę ich własnego zdrowia i zdrowia środowiska, w którym żyją [5].

W 2003 roku podjęte zostały wspólnie przez Zakład Promocji Zdrowia Państwowego Zakładu Higieny oraz Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego badania oceny jakości materiałów edukacyjnych o zdrowiu. Jednym z celów tych badań było zebranie opinii pacjentów o źródłach informacji o zdrowiu, ich użyteczności w poszerzeniu wiedzy o zdrowiu, przydatności w życiu codziennym i postrzeganej wiarygodności.

## MATERIAŁ I METODY

W 2003 roku przeprowadzono anonimowe badania ankietowe wśród pacjentów wybranych warszawskich placówek służby zdrowia, będących w trakcie leczenia szpitalnego lub oczekujących na wizyty u lekarza w przychodniach rejonowych lub specjalistycznych. Dla tej grupy respondentów przygotowana została ankieta zawierająca pytania o płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie i zatrudnienie. Druga część ankiety przeznaczona była do zebrania opinii pacjentów o źródłach informacji o zdrowiu, ich przydatności do poszerzenia wiedzy o zdrowiu, użyteczności w życiu codziennym i postrzeganej wiarygodności.

Dane zebrano od 110 pacjentów (kobiety – 72,6%, mężczyźni 27,4%) w wieku od 15 do 81 lat (średni wiek – 37,7 lat, SD –  $\pm$  17,8 lat). Prowadząc analizy zróżnicowania ze względu na wiek, respondentów podzielono na trzy grupy: pacjenci do 35 lat ( $n=67$ , 61,5%), 36–64 lata ( $n=29$ , 26,6%), 65 lat i więcej ( $n=13$ , 11,9%). Połowę pacjentów stanowiły osoby zamężne/zonate (53,2%), co trzeci respondent był kawalerem lub panną (35,8%). Nieznaczny odsetek stanowili wdowcy lub wdowy (7,3%) lub osoby rozwiedzione (3,7%). Większość respondentów mieszkała w mieście (85,3%), a 14,7% – na wsi. Jeśli chodzi o wykształcenie, to 43,1% respondentów posiadało wykształcenie wyższe, 8,3% – niepełne wyższe, 42,2% średnie – 3,6% – niepełne średnie i 2,8% – podstawowe lub niepełne podstawowe. Prawie połowa badanych (46,8%) zatrudniona była na podstawie stałej lub czasowej umowy o pracę, co piąty respondent był rencistą lub emerytem (22,0%) i również co piąty respondent uczył się lub studiował (21,1%). Niewielkie grupy stanowili bezrobotni (1,8%), osoby pracujące na własny rachunek (3,7%) oraz nie pracujące i nie szukające pracy (3,7%).

Do założenia bazy danych i analizy statystycznej użyto programu EPI INFO. Do określenia istotności różnic między badanymi grupami zastosowano test  $\chi^2$ . Istotność różnic przyjęto na poziomie  $p<0,05$ .

## WYNIKI

Respondenci, poproszeni o wymienienie źródeł informacji o zdrowiu, z którymi stykali się najczęściej, na pierwszym miejscu wymienili telewizję (54,5%), a w dalszej kolejności członków rodziny (50,9%), lekarza rejonowego lub pielęgniarkę w czasie wizyt (48,2%), prasę (46,4%), znajomych (43,6%), materiały informacyjne eksponowane w przychodniach rejonowych (33,6%), w aptekach (również 33,6%) i przychodniach specjalistycznych (30,9%) oraz przekazywanych przez radio (24,1%). Niewielki odsetek respondentów (5,5%) podał, iż materiały edukacyjne dostarczane były do domu. Analizując zróżnicowanie ze względu na płeć, wiek, miejsce zamieszkania i wykształcenie w zakresie źródeł informacji, z którymi respondenci najczęściej stykali się, istotne statystycznie różnice stwierdzono jedynie w obrębie płci i wieku. Znamienne większy odsetek mężczyzn niż kobiet stykał się z informacjami przekazywanymi przez lekarza rejonowego lub pielęgniarkę w czasie wizyt (mężczyźni – 66,7%, kobiety – 41,3%), natomiast do znamienne większego odsetka kobiet informacje o zdrowiu docierały za pośrednictwem prasy (kobiety – 53,8%, mężczyźni 26,7%). Osoby w najmłodszej grupie wieku najczęściej stykały się z informacjami o zdrowiu przekazywanymi przez rodzinę (najmłodszy – 61,2%, grupa w średnim wieku – 37,9%, najstarsi – 28,2%), znajomych (najmłodszy – 55,2%, grupa w średnim wieku – 27,2%, najstarsi – 21,4%) i w poradniach specjalistycznych (najmłodszy – 44,8%, grupa w średnim wieku – 17,2%, najstarsi – 14,3%). Statystycznie większy odsetek pacjentów z grupy najstarszej stykał się najczęściej z informacjami o zdrowiu w czasie wizyt u lekarza rejonowego lub pielęgniarki (najstarsi – 85,7%, grupa w średnim wieku – 62,1%, najmłodszy – 34,3%).

W tabelach I, II i III przedstawiono ocenę przez pacjentów przydatności informacji o zdrowiu przekazywanych przez różne źródła dla poszerzenia wiedzy, wykorzystania

w życiu codziennym i wiarygodności. W przypadku przydatności informacji o zdrowiu dla poszerzenia wiedzy, co trzeci respondent oceniał informacje uzyskane w czasie wizyt u lekarza rejonowego lub pielęgniarki jako przydatne w dużym stopniu, a co czwarty ocenił w ten sposób informacje uzyskane od rodziny. Natomiast największe odsetki respondentów (od 20% do 30%) oceniły informacje jako mało przydatne dla poszerzenia wiedzy o zdrowiu w przypadku aptek, telewizji, znajomych, przychodni rejonowych i radia.

Tabela I. Ocena przez pacjentów przydatności informacji o zdrowiu dla poszerzenia wiedzy  
Patients' assessment of health information usefulness for knowledge enlargement

Źródła	Stopień			Nie zetknięli się %
	duży %	umiarkowany %	mały %	
1. członkowie rodziny	25,5	34,5	11,8	28,2
2. znajomi	9,3	33,3	25,9	31,5
3. lekarz rejonowy lub pielęgniarka	29,0	21,5	16,8	32,7
4. przychodnia rejonowa	7,5	23,4	25,4	43,9
5. poradnia specjalistyczna	12,7	18,2	18,2	50,9
6. apteka	4,6	22,2	29,6	43,5
7. telewizja	12,7	30,0	29,1	28,2
8. radio	3,7	16,5	23,9	56,0
9. prasa	15,9	30,8	17,6	35,5
10. materiały dostarczane do domu	1,8	1,8	7,3	89,0

Ponad 20% respondentów wykorzystywała w życiu codziennym w dużym stopniu informacje o zdrowiu uzyskane od lekarza rejonowego lub pielęgniarki oraz od członków rodziny. Co trzeci respondent w małym stopniu kierował się w życiu codziennym informacjami o zdrowiu uzyskanymi w aptekach lub za pośrednictwem telewizji i radia.

Tabela II. Ocena przez pacjentów przydatności informacji o zdrowiu dla wykorzystania w życiu codziennym  
Patients' assessment of health informations usefulness for use in everyday life

Źródła	Stopień			Nie zetknięli się %
	duży %	umiarkowany %	mały %	
1. członkowie rodziny	22,0	40,0	12,8	24,8
2. znajomi	5,6	38,3	24,3	31,6
3. lekarz rejonowy lub pielęgniarka	25,7	33,0	15,6	25,7
4. przychodnia rejonowa	9,2	23,9	27,5	39,4
5. poradnia specjalistyczna	13,8	22,0	20,2	44,0
6. apteka	3,7	22,2	34,3	39,8
7. telewizja	9,4	27,4	34,0	29,2
8. radio	0,9	18,7	30,8	49,5
9. prasa	11,1	28,7	21,3	38,9
10. materiały dostarczane do domu	0,9	3,7	13,8	61,7

Prawie połowa pacjentów oceniała wysoko wiarygodność informacji o zdrowiu uzyskiwanych w czasie wizyt u lekarza rejonowego i pielęgniarki. Wysoko oceniana była również wiarygodność informacji o zdrowiu uzyskiwanych w poradniach specjalistycznych i przychodniach rejonowych, a także od członków rodziny (co trzeci badany). Od 20% do 25% badanych była zdania, iż informacje o zdrowiu przekazywane przez telewizję są w małym stopniu wiarygodne.

Tabela III. Postrzegana przez pacjentów wiarygodność informacji o zdrowiu  
The truth of health information perceived by patients

Źródła	Stopień			Nie zetknęli się %
	duży %	umiarkowany %	mały %	
1. członkowie rodziny	29,4	30,3	15,6	24,8
2. znajomi	14,7	35,8	20,2	29,4
3. lekarz rejonowy lub pielęgniarka	46,7	25,2	3,7	28,2
4. przychodnia rejonowa	34,6	26,2	9,9	29,4
5. poradnia specjalistyczna	36,7	21,1	5,5	36,7
6. apteka	15,7	22,2	21,3	40,7
7. telewizja	9,2	39,4	25,7	25,7
8. radio	4,7	26,2	23,4	45,8
9. prasa	13,1	36,4	17,8	32,7
10. materiały dostarczane do domu	2,8	7,3	12,8	77,1

### OMÓWIENIE WYNIKÓW

Informacje o zdrowiu przekazywane przez środki masowego przekazu należy traktować z dużą ostrożnością. Wynika to z dwóch powodów. Po pierwsze, dużą część tych informacji stanowią reklamy różnych środków farmaceutycznych, finansowane przez komercyjne firmy farmaceutyczne. Oddziaływanie takie, stanowiące pewien rodzaj nacisku konsumpcyjnego, powoduje, iż wielu odbiorców tych informacji przyjmuje w celach profilaktycznych lub leczniczych środki farmakologiczne, gdy nie są one im potrzebne, lub wręcz szkodzą im. Zjawisko to bywa określane jako „zdrowizm” (ang.: *healthism*). W krajach rozwiniętych, szczególnie w USA, przybiera ono tak duży zasięg, że traktowane jest jako zagrożenie społeczne. Po drugie, kampanie w środkach masowego przekazu realizowane w ramach rządowych programów zapobiegania chorobom wykazują często małą skuteczność (niepotrzebne koszty) [6], a co więcej, ubocznym efektem tych kampanii może być wywołanie psychozy społecznej (kancerofobia, AIDS-fobia), prowadzącej nawet do tragicznych skutków [1].

Nasze badania wykazały, iż wprawdzie telewizja stanowi to źródło, z którego informacje o zdrowiu docierały do pacjentów najczęściej, a w przypadku prasy i – w mniejszym stopniu – radia również często, to jednak pacjenci wykazali dużo rozsądku w ocenie przydatności tych informacji do poszerzenia wiedzy o zdrowiu, wykorzystania ich w życiu codziennym i ich wiarygodności. W przypadku telewizji przydatność informacji o zdrowiu w poszerzeniu ich wiedzy o zdrowiu dwukrotnie więcej pacjentów oceniło negatywnie (mała przydatność) w porównaniu z pacjentami, którzy ocenili je pozytywnie (duża przydatność), wiarygodność tych informacji – trzykrotnie więcej, a wykorzystanie w życiu codziennym – czterokrotnie więcej. Pacjenci jeszcze bardziej krytycznie ocenili informacje o zdro-

wiu przekazywane przez radio, negatywna ocena ich wiarygodności była sześciokrotnie większa, przydatności w poszerzeniu wiedzy o zdrowiu – siedmiokrotnie większa, a możliwości wykorzystania w życiu codziennym – aż trzydziestokrotnie większa. Mniej krytycznie odnieśli się pacjenci do informacji o zdrowiu przekazywanych w prasie, ale i w tym przypadku przeważały oceny negatywne, zwłaszcza jeśli chodzi o wykorzystanie tych informacji w życiu codziennym.

Bardzo pozytywnym zjawiskiem, którego istnienie wykazały nasze badania, jest fakt, iż dla pacjentów dużą wartość mają informacje o zdrowiu przekazywane przez lekarza lub pielęgniarkę w czasie porad. W tym przypadku proporcje między ocenami pozytywnymi i negatywnymi były odwrotne niż w przypadku informacji przekazywanych przez środki masowego przekazu. Prawie dwukrotnie więcej pacjentów pozytywnie oceniło przydatność tych informacji. Badania nasze wykazały również istnienie negatywnego zjawiska. Na pytanie, z jakich źródeł najczęściej docierają do pacjentów informacje o zdrowiu, tylko połowa pacjentów wymieniła lekarza rejonowego lub pielęgniarkę w czasie wizyty, natomiast na pytanie o przydatność tych informacji w poszerzeniu wiedzy o zdrowiu, wykorzystanie w życiu codziennym i ich wiarygodność, aż co 3–4 pacjent stwierdził, że nie zetknął się z informacjami o zdrowiu z tego źródła.

Innym negatywnym zjawiskiem, jakie wykazały nasze badania, występującym w placówkach służby zdrowia, była negatywna ocena materiałów edukacyjnych eksponowanych w tych placówkach. Po pierwsze, od 30% do 50% pacjentów udzielających odpowiedzi na pytanie o przydatność informacji o zdrowiu, wykorzystanie w życiu codziennym i ich wiarygodność stwierdziło, że zarówno w przychodniach rejonowych, jak i w poradniach specjalistycznych, nie zetknęło się z takimi informacjami. Fakt ten można wytłumaczyć niedostatkiem w zaopatrzeniu tych placówek w materiały edukacyjne. Po drugie, pozytywną ocenę dotyczącą przydatności tych informacji w poszerzeniu wiedzy o zdrowiu i wykorzystanie w życiu codziennym wyraziło znacznie mniej pacjentów w porównaniu do pacjentów pozytywnie oceniających informacje o zdrowiu uzyskane od lekarza lub pielęgniarki. Ponadto w obu tych przypadkach oceny negatywne przeważały nad ocenami pozytywnymi. Wydaje się, iż prawdopodobnym wytłumaczeniem tego zjawiska jest to, iż ulotki i plakaty o zdrowiu przekazywane są najczęściej przez firmy farmaceutyczne i eksponowane są w tych placówkach z powodu braku innych materiałów edukacyjnych o zdrowiu. Przyjęcie takiej interpretacji wyjaśniałoby bardzo pozytywną ocenę wiarygodności tych informacji zarówno w przypadku przychodni rejonowych, jak i poradni specjalistycznych (dużo wyższy odsetek ocen pozytywnych niż negatywnych).

Jeśli chodzi o środowisko społeczne pacjentów to nasze badania wykazały, iż rodzina pacjentów jest tym źródłem informacji o zdrowiu, które jest pozytywnie oceniane. Odsetek ocen pozytywnych w porównaniu z odsetkiem ocen negatywnych był dwukrotnie wyższy zarówno w przypadku przydatności tych informacji w poszerzeniu wiedzy o zdrowiu, ich wykorzystania w życiu codziennym, jak i wiarygodności tych informacji. Informacje uzyskane od znajomych oceniane były negatywnie.

#### WNIOSKI

1. W związku z przemianami ekonomicznymi zachodzącymi w Polsce następuje walka o polski rynek zbytu między firmami farmaceutycznymi i innymi firmami komercyjnymi wytwarzającymi produkty związane ze zdrowiem, co może prowadzić do negatywnych skutków w skali społecznej. Dlatego też obecny stan świadomości pacjentów ocenić nale-

ży jako bardzo pozytywny. Nie kwestionują oni wiarygodności reklam leków i innych produktów związanych ze zdrowiem (produkty te powstały w wyniku badań naukowych), ale krytycznie odnoszą się do ich wykorzystania w życiu codziennym.

2. Pozytywnie ocenić należy duże zaufanie pacjentów do informacji o zdrowiu uzyskanych od lekarzy i pielęgniarek w trakcie wizyt. Informacje te w większym stopniu docierają do starszych pacjentów, dlatego też należałoby w czasie szkolenia lekarzy, zwłaszcza lekarzy rodzinnych, uwrażliwić ich na potrzebę pozyskiwania zaufania młodszej grupy pacjentów poprzez udzielanie im w większym stopniu informacji o zdrowiu.

3. Niepokój budzi niska ocena informacji o zdrowiu czerpanych z materiałów edukacyjnych eksponowanych w placówkach służby zdrowia oraz duży odsetek osób, które z takimi materiałami nie zetknęły się w tych placówkach. Konieczne jest zapewnienie środków na przygotowanie w wystarczających ilościach materiałów edukacyjnych o zdrowiu zróżnicowanych ze względu na poziom wiedzy i dostosowanych do możliwości wykorzystania przez pacjentów w życiu codziennym zawartych w nich informacji.

M. Miller, P. Supranowicz, M. Targowski, E. Piechowiak-Modrzejewska

#### EVALUATION OF QUALITY AND ACCESSIBILITY OF HEALTH EDUCATION MATERIALS. II. PATIENTS' OPINIONS

##### Summary

The study on quality and accessibility of educational materials for patients was taken up in Health Promotion Department of the National Institute of Hygiene and the Mazovian Centre of Public Health in 2003. The questionnaire contained demographic information (gender, age, civil state, residence, employment and level of education), and questions about patients' opinions concerning the sources of health information (usefulness for knowledge enlargement, use in everyday life and perceived truth). The data were obtained from 110 patients living in Warsaw, who waited for visit in dispensaries or had treated in hospitals. The patients pointed television (54,5% of respondents), members of family (50,9%), physician or nurse in the course of consultations (48,2%), journals (46,4%) and friends (43,6%) as the sources, which most frequently provided health information. Women significantly more frequently than men acquired health information from journals (respectively: 53,8% and 26,7%), while men more frequently than women received health information from physicians or nurses in course of visits (respectively: 66,7% and 41,3%). As regards to age, the younger patients significantly more frequently acquired health information from family (younger group – 61,2%, medium group – 37,9%, elder group – 28,2%), friends (respectively: 55,2%, 27,2%, 21,4%) and from educational materials exposed in specific dispensaries (respectively: 44,8%, 17,2%, 14,3%). The elder patients more frequently received health information from physicians or nurses in course of consultations (elder group – 85,7%, medium group – 62,1%, younger group – 34,3%). In comparison with other sources, the highest percentage of respondents assessed health information received from physician or nurse as very useful for enlargement their knowledge, use in their everyday life and very true, however, this percentage is low (respectively: 29,0%, 25,7% and 46,7%). Our findings confirm the need to elaborate health education materials more adequate to patients' expectations.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Aro A.R., Henriksson M., Leinikki P., Lonnqvist J.: Fear of AIDS and suicide in Finland: a review. *AIDS Care* 1995, 7, suppl. 2, 5187–5197.
2. Epp J.: Achieving health for all: a framework for health promotion. *Can. J. Publ. Health* 1986, 77, 393–407.

3. *Epp J.*: National strategies for health promotion. *Can. J. Publ. Health* 1986, 77, 243–247.
4. *Illich I.*: Medical Nemesis. *Lancet* 1974, 1, 918–921.
5. *Iwanowicz-Palus G.J.*: Prawa pacjenta w świetle porozumień międzynarodowych. *Zdrow. Publ.* 2001, 111, 339–344.
6. *McCormick J., Skrabanek P.*: Coronary heart disease is not preventable by population interventions. *Lancet* 1988, 2, 839–841.
7. Ottawa Charter for Health Promotion. *Can. J. Publ. Health* 1986, 77, 425–427.

Otrzymano: 2003.11.03