

Promocja zdrowia wykład 2 – 11.06.2026

Spis zagadnień

1. Prawa pacjenta – podstawy prawne i źródła
2. Szczegółowe prawa pacjenta wynikające z ustawy
3. Rzecznik praw pacjenta i świadczenia kompensacyjne
4. Poradnictwo pielęgniarki i położnej – definicje i rodzaje
5. Działania pedagogiczne i edukacja zdrowotna – planowanie i metody
6. Kampanie społeczne i reklama społeczna
7. Ocena stanu zdrowia populacji – mierniki negatywne
8. Mierniki pozytywne zdrowia populacji i wskaźniki złożone
9. Edukacja zdrowotna – definicje, modele i teorie
10. Zasady nauczania w edukacji zdrowotnej i metodyka

1. Prawa pacjenta – podstawy prawne i źródła

Hierarchia aktów prawnych regulujących prawa pacjenta

Prawa pacjenta w Polsce nie wynikają z jednego aktu prawnego, lecz są rozproszone w wielu dokumentach o różnej randze. Wykładowczyni podkreśliła, że studenci pielęgniarstwa muszą znać całe spektrum tych regulacji, ponieważ w codziennej praktyce zawodowej będą się na nie powoływać lub będą musieli je egzekwować wobec pacjentów i instytucji.

Najważniejsze źródła praw pacjenta to:

- **Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej** – artykuł 68 stanowi fundament, na którym opiera się cały system ochrony zdrowia
- **Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej** – reguluje organizację i funkcjonowanie placówek medycznych
- **Ustawa o zawodzie lekarza** – zawiera przepisy dotyczące relacji lekarz–pacjent
- **Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej** – określa zakres uprawnień i obowiązków pielęgniarek wobec pacjentów
- **Ustawa o diagnostyce laboratoryjnym** – wskazuje prawa pacjenta w kontekście diagnostyki
- **Ustawa prawo farmaceutyczne** – reguluje kwestie związane z lekami i ich stosowaniem
- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia o dokumentacji medycznej** – podkreśla prawa pacjenta w zakresie dostępu do dokumentów
- **Ustawa o ochronie danych osobowych** – chroni informacje dotyczące stanu zdrowia
- **Karta praw pacjenta z 1984 roku** – jeden z pierwszych dokumentów systematyzujących prawa pacjenta w Polsce
- **Deklaracja promocji praw pacjenta z 1994 roku** – dokument o charakterze programowym
- **Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta** – najważniejszy i najbardziej kompleksowy akt prawny w tej dziedzinie

Konstytucja RP – artykuł 68

Artykuł 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej jest fundamentem systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zawiera trzy kluczowe postanowienia, które bezpośrednio wiążą się z promocją zdrowia:

Pierwsze postanowienie głosi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Jest to prawo powszechne, niezależne od statusu materialnego, obywatelstwa czy innych czynników. Sformułowanie „każdy” oznacza, że prawo to przysługuje wszystkim osobom znajdującym się na terytorium Polski.

Drugie postanowienie zobowiązuje władze publiczne do zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Oznacza to, że system ochrony zdrowia musi być dostępny dla wszystkich, bez względu na zamożność. Władze publiczne mają obowiązek zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska – co bezpośrednio wpisuje się w działania z zakresu promocji zdrowia.

Trzecie postanowienie nakłada na władze publiczne obowiązek popierania rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży. Jest to wyraźne wskazanie, że aktywność fizyczna jest traktowana jako element polityki zdrowotnej państwa.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008 roku

Ta ustawa jest najważniejszym i najbardziej szczegółowym aktem prawnym regulującym prawa pacjenta w Polsce. Wykładowczynie omówiła ją jako punkt wyjścia do zrozumienia codziennych obowiązków personelu medycznego.

Ustawa podkreśla przede wszystkim, że pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. W sytuacji ograniczonych możliwości udzielania świadczeń pacjentowi przysługuje prawo do korzystania z rzetelnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń – czyli prawo do sprawiedliwej kolejki.

Istotne jest również to, że świadczeń zdrowotnych mogą udzielać wyłącznie osoby do tego uprawnione, a pomieszczenia, w których są one wykonywane, muszą spełniać odpowiednie wymogi higieniczno-sanitarne określone w odrębnym rozporządzeniu. Wykładowczynie zwróciła uwagę na odpowiedzialność kadr za weryfikację dyplomów pracowników – przywołała historię fizjoterapeutki pracującej przez ponad dwadzieścia lat na podstawie kupionego dyplomu w jednym z warszawskich szpitali. Taka sytuacja jest nie tylko nielegalna, ale przede wszystkim stanowi zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów.

2. Szczegółowe prawa pacjenta wynikające z ustawy

Prawo do informacji o stanie zdrowia

Pacjent ma prawo do pełnej i przystępnej informacji o swoim stanie zdrowia. Informacja ta musi być zrozumiała dla pacjenta – nie może być podana wyłącznie w języku medycznym, który jest niezrozumiały dla laika. Prawo to ma kilka ważnych aspektów:

Prawo do informacji oznacza, że lekarz ma obowiązek poinformować pacjenta o jego diagnozie, rokowaniach, dostępnych metodach leczenia i ich skutkach ubocznych. Informacja ta jest podstawą do wyrażenia świadomej zgody na leczenie.

Prawo do odmowy informacji – pacjent może zażyczyć sobie, aby lekarz nie informował go o stanie zdrowia lub o leczeniu. Wykładowczynie przytoczyła własne doświadczenia z pracy na oddziale internistycznym, gdzie kilkanaście razy spotkała się z sytuacją, gdy starsze osoby nie chciały znać swojej diagnozy i prosiły, aby informować wyłącznie rodzinę. Współcześnie takie sytuacje są rzadsze, ale nadal się zdarzają. W takim przypadku lekarz uzgadnia z chorym, kto z rodziny ma być informowany.

Informowanie osób trzecich – w przypadku chorego nieprzytomnego lekarz może udzielić niezbędnych informacji osobie, co do której jest przekonany, że działa ona w interesie chorego. Jest to przepis chroniący przede wszystkim personel medyczny – lekarz nie zawsze może wiedzieć, w jakiej relacji pozostają ze sobą pacjent i osoba, która przyszła po informacje.

Zakaz udzielania informacji telefonicznie – co do zasady informacji o stanie zdrowia nie wolno udzielać przez telefon. Wyjątki dotyczą sytuacji, gdy pacjent sam odbiera telefon od bliskiej osoby i potwierdza jej tożsamość. Wykładowczynie podkreśliła, że nie jest uzasadnione telefoniczne udzielanie informacji osobom mieszkającym w odległości 15–20 km od szpitala, które mogą osobiście przyjechać.

Prawo do wyrażenia zgody lub odmowy na świadczenia zdrowotne

Jest to jedno z fundamentalnych praw pacjenta. Pozyskanie odpowiedniej informacji jest warunkiem wstępnym do wyrażenia świadomej zgody. Pacjent może odmówić zgody na zabieg zarówno przed uzyskaniem informacji (co jest mniej uzasadnione), jak i po jej uzyskaniu. W tym drugim przypadku podpisuje oświadczenie, że pomimo świadomości zagrożeń nie wyraża zgody na proponowane świadczenie medyczne.

Prawo to obejmuje również:

- zgodę lub odmowę na hospitalizację
- zgodę lub odmowę na udział w eksperymencie medycznym
- zgodę lub odmowę na uczestniczenie przy udzielaniu świadczeń osób innych niż niezbędny personel medyczny (np. studentów)

W kontekście studentów wykładowczynie wyjaśniła, że większość pacjentów zgadza się na obecność studentów przy wykonywaniu procedur, jednak należy mieć świadomość, że część pacjentów odmówi. Jest to ich prawo i nie należy się tym stresować – każdy musi gdzieś wykonać swoje pierwsze wstrzyknięcie, ale nie może to być wbrew woli pacjenta.

Prawo do obecności osoby bliskiej

Pacjent ma prawo do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W praktyce wygląda to różnie w zależności od oddziału:

- **Oddziały pediatryczne** – rodzice mogą przebywać z dzieckiem przez całą dobę, co jest standardem w Polsce
- **Oddziały intensywnej terapii (OIT)** – ze względów epidemiologicznych i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta obowiązują restrykcyjne godziny odwiedzin
- **Pozostałe oddziały** – obowiązują określone godziny odwiedzin

Wykładowczynie zwróciła uwagę na problem zaangażowania rodziny w edukację pielęgnacyjną. Często rodzina, zamiast uczyć się pielęgnacji pacjenta przewlekle chorego, który trafi do domu, jedynie obserwuje personel medyczny. Jest to problem, który wymaga aktywnego podejścia ze strony pielęgniarzek.

Prawo do intymności i poszanowania godności

Pacjent ma prawo do intymności i poszanowania godności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Wykładowczynie podkreśliła, że jest to jedno z podstawowych praw, które jest szczegółowo omawiane na zajęciach z podstaw pielęgniarstwa. Może ono wyglądać inaczej w teorii niż w praktyce na oddziałach, jednak studenci zawsze muszą pamiętać o tym prawie i dążyć do jego przestrzegania.

Prawo do dokumentacji medycznej i ochrony danych

Pacjent ma prawo do:

- udostępnienia mu dokumentacji medycznej
- wskazania osoby, której dokumentacja może być udostępniona
- zapewnienia ochrony danych zawartych w dokumentacji

Wykładowczynie zwróciła uwagę, że czasy pisania rozpoznań po łacinie na kartach gorączkowych minęły. Współcześnie ochrona danych osobowych dotyczy przede wszystkim systemów komputerowych. Pielęgniarki i pielęgniarze mają obowiązek nie pozostawiać komputera bez nadzoru w trakcie pracy w systemie – należy albo wylogować się z programu, albo włączyć wygaszacz ekranu. Ataki hakerskie na systemy medyczne są realnym zagrożeniem.

Prawo do środków farmaceutycznych i materiałów medycznych

Szpital ma obowiązek zapewnić pacjentowi niezbędne środki farmaceutyczne i materiały medyczne. Kontrole przeprowadzane przez NFZ i inne organy sprawdzają realizację tego prawa. Wykładowczynie zwróciła uwagę na delikatną kwestię polecenia przez personel dodatkowych preparatów – jest to dopuszczalne, ale należy to robić ostrożnie, zawsze podkreślając, że pacjent jest zaopiekowany i ma wszystkie niezbędne środki, a informacja o dodatkowych preparatach jest jedynie dzieleniem się wiedzą. Nigdy nie może to wyglądać jak wymuszanie zakupu.

Prawo do depozytu rzeczy wartościowych

Każdy szpital musi zorganizować depozyt dla rzeczy wartościowych. Jednak wykładowczynie wyjaśniła, że w dużych szpitalach miejsce w depozycie jest ograniczone i przeznaczone przede wszystkim dla sytuacji nagłych – np. gdy pacjent trafia po wypadku samochodowym z wartościowymi przedmiotami. Nie jest to rozwiązanie dla każdego pacjenta planowo hospitalizowanego – ci powinni ograniczać do minimum wartościowe rzeczy zabierane do szpitala.

Prawo do wyżywienia i pomieszczenia odpowiedniego dla stanu zdrowia

Pacjent ma prawo do wyżywienia dostosowanego do jego diagnozy i stanu zdrowia. Wykładowczynie wyraziła pogląd, że pacjenci mają niekiedy zbyt wygórowane oczekiwania wobec diety szpitalnej. Dieta szpitalna ma być zbilansowana, dostosowana do diagnozy i estetycznie podana – nie zawsze będzie to kurczak z różną, który rzadko wpisuje się w dietę lekkostrawną.

Prawo do opieki duszpasterskiej

Szpital powinien zapewnić dostęp do duszpasterzy trzech najczęściej występujących w okolicy wyznań. Każdy oddział powinien mieć namiar na osobę pełniącą funkcję duszpasterza. Wykładowczynie zwróciła jednak uwagę na ważną kwestię: przed wezwaniem księdza do ostatniego namaszczenia należy upewnić się, że pacjent tego sobie życzy. Wzywanie księdza do nieprzytomnego pacjenta, który po wybudzeniu okazuje się ateistą, może być źródłem poważnych problemów. Dlatego warto sprawdzić preferencje religijne pacjenta lub skonsultować się z rodziną.

Prawo do kontaktu z osobami z zewnątrz

Pacjent ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego i korespondencyjnego z osobami z zewnątrz. W dobie telefonów komórkowych rzadko jest to problem, ale personel ma obowiązek udostępnić pacjentowi telefon stacjonarny, jeśli jego komórka uległa zniszczeniu lub zapomniał jej zabrać.

Prawo do wskazania osoby do powiadomienia

Pacjent ma prawo wskazać osobę lub instytucję, którą zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany powiadomić o pogorszeniu stanu zdrowia lub śmierci pacjenta. Wykładowczyni zwróciła uwagę, że nie zawsze musi to być rodzina – może to być instytucja, z którą pacjent jest związany (np. uczelnia), szczególnie w przypadku osób samotnych.

Prawo do wypisu na własne żądanie

Pacjent ma prawo wypisać się ze szpitala na własne żądanie. Jednak przed wypisem lekarz prowadzący ma obowiązek poinformować go o możliwych następstwach zaprzestania leczenia. Pacjent podpisuje wówczas stosowne oświadczenie. Wykładowczyni podkreśliła, że ucieczka ze szpitala bez dopełnienia tej procedury zmusza personel do powiadomienia policji, co jest sytuacją niepożądaną dla wszystkich stron.

Prawo do leczenia bólu

Każda placówka medyczna ma obowiązek monitorować ból pacjentów (przy użyciu odpowiednich skal) i go leczyć. Nie ma czegoś takiego jak „oszczędzanie środków przeciwbólowych” – leczenie bólu powinno odbywać się zgodnie z najnowszymi wytycznymi i standardami. Coraz więcej szpitali ubiega się o certyfikat „szpitala bez bólu”. Rodzaj stosowanego leczenia przeciwbólowego zależy od charakteru bólu: pooperacyjny, reaktywny, nowotworowy, urazowy.

Prawo do tajemnicy zawodowej

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem tego zawodu. Wykładowczyni zwróciła uwagę, że naruszenie tej tajemnicy może nastąpić w nieoczekiwanych sytuacjach – np. podczas rozmowy w środkach komunikacji miejskiej po dyżurze. Nawet anonimowe opowiadanie o pacjentach może być niebezpieczne, jeśli ktoś przysłuchujący się zna daną osobę.

Wyjątki od tajemnicy zawodowej:

- gdy przepisy odrębnych ustaw tak stanowią
- gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób (np. gdy nieprzytomny pacjent opiekuje się niepełnosprawnym dzieckiem pozostawionym samym w domu)
- gdy pacjent lub jego przedstawiciel wyrazi na to zgodę
- gdy zachodzi potrzeba przekazania informacji innym zawodom medycznym w ramach zespołu terapeutycznego

Prawo do zgłaszania działań niepożądanych leków

Pacjent ma prawo zgłaszać działania niepożądane produktów leczniczych. Co więcej, personel medyczny ma obowiązek zgłaszania takich działań. W każdym miejscu pracy powinna funkcjonować procedura zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych i każda pielęgniarka powinna ją znać.

Prawo do dawstwa narządów

Pacjent ma prawo do wyrażenia i cofnięcia w każdym czasie sprzeciwu na pobranie po jego śmierci komórek, tkanek i narządów. Wykładowczyni zachęciła do rozmów w rodzinach na temat dawstwa narządów, ponieważ w Polsce pomimo braku formalnego sprzeciwu rodzina jest pytana o zgodę na pobranie narządów. Warto wiedzieć, jakie stanowisko mają nasi bliscy w tej kwestii.

Pacjent ma też prawo do umieszczenia na liście osób oczekujących na przeszczepienie i do wyboru jako biorca na podstawie kryteriów medycznych. Wykładowczyni wspomniała o pacjentach oczekujących na przeszczep nerki, którzy często wpadają w depresję podczas długiego oczekiwania.

Prawo do informacji o prawach pacjenta i programach profilaktycznych

Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych ma obowiązek umieścić informację o prawach pacjenta w miejscu ogólnodostępnym. Dotyczy to również pacjentów niechodzących – regulamin oddziału i prawa pacjenta powinny być im przedstawione. Pacjent ma też prawo do informacji o profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych realizowanych przez dany podmiot – co bezpośrednio wiąże się z promocją zdrowia.

Prawo do komunikacji w zrozumiały sposób

Pacjent ma prawo do otrzymywania informacji w sposób dla niego zrozumiały, w tym z wykorzystaniem języka migowego lub innych środków komunikacji. Szpitale starają się zapewnić personel znający język migowy lub tłumaczy. W przypadku obcokrajowców powinny istnieć procedury wskazujące, jak postępować, gdy bariera językowa uniemożliwia komunikację.

Prawo do konsultacji i konsylium

Pacjent ma prawo wnioskować do lekarza o zasięgnięcie opinii specjalisty lub zorganizowanie konsylium lekarskiego. Przykład: pacjent leczony na internie z powodu cukrzycy, u którego rozwinęła się róża, może żądać konsultacji dermatologicznej. Pacjent ma też prawo wnioskować, aby pielęgniarka zasięgnęła opinii innej pielęgniarki.

Prawo do informacji o nowych metodach leczenia

Pacjent ma prawo do informacji o nowych, mniej inwazyjnych sposobach leczenia możliwych do zastosowania w innych szpitalach. Przykład: jeśli w danym szpitalu wycięcie pęcherzyka żółciowego wykonywane jest tylko metodą klasyczną, personel powinien wskazać, gdzie można wykonać ten zabieg metodą laparoskopową.

3. Rzecznik praw pacjenta i świadczenia kompensacyjne

Rzecznik praw pacjenta w szpitalu

W każdym szpitalu dyrekcja wyznacza rzecznika praw pacjenta. Jego głównym zadaniem jest przyjmowanie skarg i wniosków pacjentów oraz opracowywanie procedur rozwiązywania problemów. Wykładowczynie podkreśliła, że skargi powinny być rozwiązywane jak najwcześniej i na jak najniższym szczeblu:

1. **Pierwszy poziom** – rozwiązanie problemu bezpośrednio przez personel oddziału
2. **Drugi poziom** – zaangażowanie lekarza dyżurnego lub bezpośredniego przełożonego
3. **Trzeci poziom** – rzecznik praw pacjenta w szpitalu
4. **Czwarty poziom** – dyrekcja szpitala
5. **Piąty poziom** – ogólnopolski Rzecznik Praw Pacjenta

Wykładowczynie zwróciła uwagę, że kierowanie pacjentów do dyrekcji przez personel oddziału jest nieefektywne i źle widziane. Każdy oddział powinien dbać o rozwiązywanie problemów na swoim poziomie. Jako pozytywny przykład podała irlandzkie szpitale, gdzie funkcjonują wydzielone zespoły do rozmów z pacjentami roszczeniowymi – dzięki temu skargi rzadziej trafiają do sądu.

Ogólnopolski Rzecznik Praw Pacjenta

Ogólnopolski Rzecznik Praw Pacjenta jest centralnym organem administracji rządowej, powoływanym przez Prezesa Rady Ministrów. Do jego zadań należy:

- prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów
- ochrona praw pacjenta i danych osobowych
- opracowywanie projektów aktów prawnych dotyczących ochrony praw pacjenta
- współpraca z organizacjami pozarządowymi

Świadczenia kompensacyjne

Pacjent ma prawo do zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie artykułu 448 Kodeksu Cywilnego. Może pozwać szpital lub konkretnego medyka. Wykładowczynie podkreśliła, że od kilku lat istnieje stała pula finansowa przysługująca pacjentom, którzy doznali szkody w wyniku zdarzenia niepożądanego.

Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczenia kompensacyjnego
Zakażenie biologicznym czynnikiem chorobotwórczym	2 000 – 200 000 zł
Uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia	2 000 – 200 000 zł
Śmierć pacjenta (dla rodziny)	20 000 – 100 000 zł

Ważne: świadczenie kompensacyjne przysługuje wyłącznie w przypadku błędu medycznego lub zdarzenia niepożądanego, nie za każdą śmierć pacjenta w szpitalu. O przyznaniu świadczenia decyduje komisja działająca przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

4. Poradnictwo pielęgniarki i położnej – definicje i rodzaje

Zakres poradnictwa pielęgniarskiego

Pielęgniarka i położna udzielają porad dotyczących zdrowia i pielęgnowania we wszystkich obszarach zdrowia, w różnych okresach życia człowieka oraz w różnych sytuacjach zdrowotnych. Wykładowczynie podkreśliła, że warto w trakcie kariery zawodowej wybrać specjalizację i w jej ramach rozwijać kompetencje doradcze. Jednocześnie pielęgniarka nie musi znać odpowiedzi na wszystkie pytania – ważne jest, aby wiedziała, gdzie szukać rzetelnych informacji opartych na badaniach medycznych.

Definicja poradnictwa

Poradnictwo to dostarczanie informacji na temat zdrowia lub choroby zainteresowanemu pacjentowi. Obejmuje ono:

- **wyjaśnianie mechanizmów** – np. powstawania choroby lub uzależnienia
- **radzenie sobie ze stresem** – przekazywanie technik i strategii
- **dodawanie otuchy** – wsparcie emocjonalne
- **motywowanie** – ukazywanie korzyści wynikających ze zmiany ryzykownych zachowań zdrowotnych na prozdrowotne
- **uwrażliwianie** – zwracanie uwagi na negatywne skutki nieprawidłowych nawyków żywieniowych i innych zachowań antyzdrowotnych
- **wsparcie społeczne** – jako kompetencja zawodowa pielęgniarki

Najczęściej poradnictwo definiuje się jako pomaganie poszczególnym jednostkom w pokonywaniu przeszkód na drodze do ich osobistego rozwoju oraz optymalne pobudzanie indywidualnych źródeł rozwoju.

Poradnictwo formalne i nieformalne

Według profesor Harońskiej wyróżniamy dwa rodzaje poradnictwa:

Poradnictwo formalne – doradca wykorzystuje swoje doświadczenie życiowe i specjalistyczną wiedzę w relacji służbowej. Przykład: poradnictwo udzielane pacjentowi podczas hospitalizacji.

Poradnictwo nieformalne – udzielane poza relacją służbową. Przykład: rodzina i znajomi pytają pielęgniarkę o kwestie zdrowotne, wiedząc, że jest medykiem.

Rodzaje poradnictwa według funkcji

Poradnictwo rozwijające – stosowane głównie w promocji zdrowia. Adresowane do osób, które mają możliwość rozwijania swoich sił w poszukiwaniu korzystnych dla zdrowia rozwiązań, ale nie mają dostatecznej wiedzy, jak postąpić.

Poradnictwo wspomagające – służy pomocą, gdy można przewidzieć pojawienie się trudności, konfliktów lub kryzysów, zwłaszcza w ich początkowej fazie. Skupia się na podtrzymywaniu zdrowia i dobrego samopoczucia.

Poradnictwo chroniące – zabezpiecza podopiecznych przed negatywnymi skutkami doświadczeń życiowych.

Poradnictwo leczące – interweniuje przede wszystkim w czasie choroby, kryzysów rozwojowych lub procesów adaptacyjnych. Obejmuje wyjaśnianie i kierowanie do osób kompetentnych.

Różnica między doradztwem a poradnictwem

Jest to ważne rozróżnienie, które studenci powinni znać:

Cecha	Doradztwo	Poradnictwo
Inicjatywa	Doradca wychodzi z inicjatywą	Pacjent przychodzi po pomoc
Charakter	Informacyjno-instruktażowy	Pomocowy, wspierający
Świadomość problemu	Doradca ma świadomość problemu, pacjent niekoniecznie	Pacjent ma świadomość problemu i szuka pomocy

Cechy dobrej porady

Dobra porada powinna być:

- jasno i konkretnie sformułowana
- zrozumiała dla radzącego się
- akceptowana przez radzącego się
- realna i możliwa do zastosowania

- wynikająca z fachowości doradcy
- odnosząca się do problemów, z którymi pacjent przyszedł
- oparta na sprawdzonej wiedzy naukowej

Rodzaje poradnictwa według podejścia

Poradnictwo dyrektywne – doradca jest ekspertem, pacjent powinien podporządkować się i postępować zgodnie z otrzymaną instrukcją. Przynosi mniej korzyści pacjentowi, ale bywa konieczne w przypadku niektórych pacjentów, na których inne podejście nie działa.

Poradnictwo liberalne – celem jest pobudzenie sił drzemących w pacjencie. Doradca nie narzuca rozwiązań, lecz słucha, pobudza i ukazuje możliwości. Skuteczniejsze dla większości pacjentów.

Poradnictwo dialogowe – doradca prowadzi dialog, pokazuje inne aspekty działania, inspirowanie do nowych celów, pełni rolę konsultanta. Konsultant musi być zaakceptowany przez radzącego się.

Zasady prowadzenia poradnictwa

Kluczowe zasady skutecznego poradnictwa:

- **zrozumienie** – nie wykład, lecz dialog
- **dyskusja** – aktywne słuchanie i wymiana poglądów
- **stopniowe przekazywanie nowych informacji** – nie przeciążać pacjenta
- **rada, nie nakaz** – szanowanie autonomii pacjenta
- **realistyczne cele** – osiągalne dla konkretnego pacjenta

Celem poradnictwa według Borta jest sprawienie, aby pacjent sam znalazł własne, najlepsze dla niego rozwiązanie problemu. Pielęgniarka ma jedynie uświadamiać pacjenta w możliwościach rozwiązania, a on sam powinien wybrać to najwłaściwsze dla siebie.

Pytania pomocnicze w poradnictwie

Aby ułatwić podopiecznemu samodzielne rozwiązywanie problemu, warto zadać mu następujące pytania:

- Czy zna osoby, które mogłyby mu pomóc w rozwiązaniu problemu?
- Czy może podać przykład osób w podobnej sytuacji i co one zrobiłyby?
- Czy zna instytucje, które mogłyby korzystnie wpłynąć na podjęte działania?
- Czy istnieją środki, które mogłyby ułatwić osiągnięcie celu?
- Czy zna gotowe programy lub placówki, z których mógłby skorzystać?

Jeśli pacjent odpowiada negatywnie na te pytania, pielęgniarka powinna mieć przygotowane odpowiedzi i wskazać konkretne ośrodki lub zasoby.

5. Działania pedagogiczne i edukacja zdrowotna – planowanie i metody

Funkcja wychowawcza pielęgniarki

Pielęgniarka pełni wobec swoich pacjentów funkcję wychowawczą. Oznacza to, że:

- kształtuje u podopiecznych poczucie odpowiedzialności za własne zdrowie
- wpływa na ich przekonania, system wartości, emocje i uczucia
- przygotowuje podopiecznego do podejmowania i realizowania działań prozdrowotnych w odniesieniu do siebie i środowiska

Działania pedagogiczne w promocji zdrowia rozumiane są w dwóch aspektach:

1. **Przygotowanie pacjenta do współpracy w procesie pielęgnowania** – wyjaśnianie zaleceń, uczenie zachowań niezbędnych do osiągnięcia celów leczenia i pielęgnacji
2. **Przygotowanie pacjenta do samoopieki** – uświadomienie konieczności kontynuacji leczenia i pielęgnacji po wypisie ze szpitala

Etapy planowania edukacji zdrowotnej

Planując edukację zdrowotną lub program zdrowotny, należy odpowiedzieć na trzy podstawowe pytania:

1. Co chcemy osiągnąć?

- ustalamy potrzeby edukacyjne
- wybieramy priorytety
- określamy cele i zadania

2. Co zamierzamy zrobić?

- wybieramy najlepszy sposób osiągnięcia celu
- identyfikujemy dostępne zasoby
- ustalamy, kto i kiedy będzie realizował program

3. W jaki sposób sprawdzimy, czy osiągnęliśmy sukces?

- planujemy ewaluację procesu i wyniku

Hierarchia: cel – zadanie – metoda

Trójstopniowa hierarchia w planowaniu edukacji zdrowotnej:

- **Cel** (najwyższy poziom) – odpowiada na pytanie: co chcemy osiągnąć?
- **Zadania** – rozplanowanie odpowiedzi na pytanie: co zrobić, aby osiągnąć cel?
- **Metoda** (najniższy poziom) – sposób zrealizowania zadania

Rodzaje celów edukacyjnych

Cel poznawczy – czego uczący się dowiedzą, co poznają, co rozumieją. Przykład: przekazanie wiedzy o zasadach racjonalnego żywienia.

Cel afektywny – zmiana postawy, przekonań, wartości, opinii. Przykład: kształtowanie postaw i opinii wobec różnych diet.

Cel behawioralny – nauczanie konkretnych umiejętności i zachowań. Przykład: nauka sporządzania potraw w sposób eliminujący utratę witamin.

Dobór metod i technik edukacyjnych

Przy wyborze metod należy uwzględnić:

- wielkość grupy, do której kierujemy edukacją
- wiek uczestników i ich specyficzne cechy
- warunki, w jakich prowadzone są zajęcia (sala szkoleniowa, sala chorych)
- metody akceptowane przez uczestników
- doświadczenie i umiejętności prowadzącego

Cel edukacyjny	Odpowiednie metody i techniki
Przekazanie informacji i faktów	Pogadanka, prelekcja, dyskusja, plakaty, plansze, teksty
Kształtowanie umiejętności podejmowania decyzji	Studium przypadku, ćwiczenia w rzeczywistych sytuacjach, odgrywanie ról
Kształtowanie umiejętności komunikowania się	Odgrywanie ról, obserwacja i analiza zachowań
Kształtowanie postaw wobec ludzi	Dyskusja, praca w grupach, odgrywanie ról w specyficznych sytuacjach

Aktywizujące metody nauczania

Dyskusja

Wymiana poglądów, argumentowanie, przekonywanie, formułowanie spójnych wypowiedzi, aktywne słuchanie, wnioskowanie. Osoba prowadząca dyskusję powinna wykazywać się tymi umiejętnościami.

Techniki dyskusji:

- **Debata za i przeciw** – uczestnicy przedstawiają argumenty za daną tezę lub przeciw niej, rozważając sytuację z dwóch stron. Pomaga w podejmowaniu decyzji.
- **Metaplan** – graficzny zapis dyskusji na określony temat. Szukamy odpowiedzi na trzy pytania: jak jest? jak powinno być? dlaczego nie jest tak, jak powinno być? Umożliwia formułowanie wniosków i rozwiązywanie konfliktów.
- **Debata panelowa** – uczestnicy występują w jednej z trzech ról: eksperta, moderatora lub uczestnika. Pozwala przedyskutować temat, wysłuchać opinii innych i wyrobić własne zdanie.
- **Sześć myślowych kapeluszy** – porządkuje sposób myślenia o problemie. Uczestnicy dzielą się na grupy i rozważają problem, „wkładając” kapelusze różnego koloru:

Kolor kapelusza	Znaczenie
Biały	Zbieranie faktów, liczb i danych
Czerwony	Emocje i uczucia związane z tematem
Żółty	Zalety, zyski – podejście optymistyczne
Czarny	Wady i słabe strony – podejście pesymistyczne
Zielony	Rozwiązania alternatywne, możliwości
Niebieski	Porządkowanie myślenia, spojrzenie z dystansu

Metoda wchodzenia w rolę

Łączy techniki umożliwiające uczestnikom doświadczenie sytuacji podobnych do rzeczywistych. Istotą jest inscenizowanie zdarzeń i znajdowanie się w położeniu innej osoby.

Techniki:

- **Odgrywanie ról** – można odgrywać rolę z własnego życia lub postaci rzeczywistych i wymyślonych
- **Symulacja** – zastępuje rzeczywistość przez modelowanie jej w celach dydaktycznych
- **Drama** – improwizowanie w wyobrażonej sytuacji problemowej, angażuje intelekt, emocje, zmysły i wyobraźnię

Burza mózgów

Pomaga w twórczym myśleniu i poszukiwaniu nowych, oryginalnych rozwiązań. Rozwija sprawność umysłową i pobudza wyobraźnię. Przebieg:

1. Uczestnicy zgłaszają problem do rozwiązania
2. Wszystkie pomysły są zapisywane na tablicy bez oceniania
3. Dokonuje się analizy i selekcji rozwiązań
4. Uczestnicy samodzielnie wybierają rozwiązanie i opracowują jego zastosowanie w praktyce

Drzewo decyzyjne

Graficzny zapis analizy problemu – wizualna prezentacja procesu rozwiązania:

- **Pień drzewa** – sytuacja wymagająca podjęcia decyzji
- **Gałęzie** – co najmniej dwie możliwości rozwiązania problemu (każda z pozytywnymi i negatywnymi aspektami)
- **Korona drzewa** – cele i wartości, do których chcemy dotrzeć

Studium przypadku

Analiza i interpretacja określonych zdarzeń. W medycynie znane jako analiza historii choroby. Pobudza do refleksji i umożliwia uczenie się na błędach i sukcesach innych. Pytania kluczowe: co się stało? jakie to miało skutki? dlaczego ktoś postąpił w taki sposób? jak mógł zareagować inaczej? co należy zrobić, żeby było lepiej?

Uczenie się w małych zespołach

Uczy respektowania zasad, umożliwia doświadczenie współzależności i współodpowiedzialności, doskonali komunikację interpersonalną. Techniki: puzzle, kula śnieżna.

Metoda instruktażu

W szpitalu pielęgniarki często uczą pacjentów metodą instruktażu. Jest to metoda kompleksowa, łącząca różne proste metody: opis, wyjaśnienie, opowiadanie, pogadankę, pokaz końcowy.

Rodzaje instruktażu:

- indywidualny (dla jednego słuchacza) lub grupowy
- ogólny lub szczegółowy (stanowiskowy)

Wymagania wobec nauczającego:

- precyzyjne wyrażanie myśli
- posługiwanie się poprawną terminologią zawodową
- uzyskiwanie od uczącego się zwrotnej informacji o zrozumieniu treści

Etapy planowania nauczania bezpośredniego:

1. Analiza wykonywania umiejętności – ustalenie, co robi człowiek posługujący się daną umiejętnością
2. Podział umiejętności na składowe
3. Nadanie umiejętnościom składowym logicznej kolejności (hierarchia)

4. Opracowanie procedury nauczania każdej umiejętności składowej (czynności przygotowawcze, właściwe i końcowe)

Zasady skutecznego sprzężenia zwrotnego

- dostarczać informację zwrotną jak najszybciej
- informacja zwrotna ma być konkretna
- zwracać uwagę na czynności, nie na intencje
- kłaść nacisk na pochwały
- dowartościowywać uczących się – jeśli ktoś da błędną odpowiedź, zadać pytanie, które pasowałoby do tej błędnej odpowiedzi
- naprowadzać, podpowiadać, wskazywać
- utrzymywać uczących się w poczuciu odpowiedzialności
- łączyć pozytywne sprzężenie zwrotne z negatywnym
- przy ujemnym sprzężeniu zwrotnym pokazywać prawidłowo wykonaną czynność
- kierować uwagę na proces wykonywania, nie na rezultat
- uczyć pacjentów samodzielnej oceny własnych osiągnięć

Edukacja pacjenta jako zorganizowany proces

Cykl działania zorganizowanego w edukacji pacjenta obejmuje cztery etapy:

1. Rozpoznanie – ocena:

- gotowości pacjenta do uczenia się (jeśli pacjent nie jest gotowy, najpierw należy go zmotywować)
- zakresu i poziomu posiadanej wiedzy i umiejętności
- oczekiwanego przez pacjenta zakresu wiedzy i pomocy
- wyników edukacji prowadzonej w przeszłości

2. Planowanie – ustalenie:

- celów głównych i szczegółowych (operacyjnych)
- treści kształcenia
- form organizacyjnych, metod i środków dydaktycznych
- czasu potrzebnego do osiągnięcia celu
- osób, które pomogą osiągnąć cel
- koordynacja działań pedagogicznych wszystkich osób odpowiedzialnych za edukację pacjenta

3. Realizacja – wdrożenie zaplanowanych działań

4. Ocena i weryfikacja – ocena zmian w zachowaniu pacjenta będących wynikiem edukacji, stopnia osiągnięcia celów szczegółowych i ogólnego. Weryfikacja dostarcza wskazówek co do konieczności wprowadzenia zmian i modyfikacji – proces rozpoczyna się od początku.

Konspekt edukacji zdrowotnej

Wykładowczyni zachęca do pisania konspektów z edukacji zdrowotnej, szczególnie gdy szkolenie prowadzone jest bez prezentacji (np. w formie instruktażu). Konspekt stanowi dokumentację szkolenia dla przełożonych i kontrolerów.

Elementy konspektu (na przykładzie szkolenia „Jak żyć zdrowo – zapobieganie chorobom cywilizacyjnym”):

- **Cel ogólny** – np. uświadomienie uczestnikom znaczenia zdrowego stylu życia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych
- **Czas** – np. 45 minut
- **Cele szczegółowe** – np.:
 - uczestnicy będą potrafili wymienić główne czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych
 - uczestnicy zdobędą wiedzę na temat zdrowego stylu życia (dieta, aktywność fizyczna, zdrowie psychiczne)
 - uczestnicy będą potrafili zaplanować i wdrożyć zmiany w swoim stylu życia
- **Metody i formy pracy** – np. wykład, dyskusja, ćwiczenia praktyczne, praca w grupach
- **Pomoce dydaktyczne** – np. prezentacja multimedialna, broszury, ulotki, przykładowe jadłospisy, lista ćwiczeń fizycznych
- **Przebieg z podziałem czasu:**
 - 10 min – wprowadzenie do tematyki
 - 10 min – dyskusja

- 10 min – ćwiczenia praktyczne
- 10 min – praca w grupach
- 5 min – podsumowanie i omówienie wyników

Etapy planowania edukacji zdrowotnej według CIMED

1. Diagnoza potrzeb
2. Ustalenie celów i zadań
3. Dobór metod i technik
4. Identyfikacja zasobów (ludzkich, materialnych, czasowych)
5. Planowanie ewaluacji
6. Opracowanie planu realizacji programu
7. Realizacja programu
8. Ewaluacja procesu

6. Kampanie społeczne i reklama społeczna

Definicja kampanii społecznej

Mianem **kampanii społecznej** określa się szereg działań skierowanych na zmianę postaw lub zachowań określonej grupy ludzi przy użyciu masowych kanałów komunikacji (media klasyczne, działania niekonwencjonalne). W realizację kampanii zaangażowanych jest wiele podmiotów: biznes, media, organizacje społeczne, instytucje państwowe – oferujące pomoc finansową, rzeczową lub usługi.

Reklama społeczna

Reklama społeczna to zespół środków, za pomocą których instytucja społeczna komunikuje się ze społeczeństwem i przekazuje informacje o swoich celach, priorytetach, działaniach i usługach. U podstaw tworzenia kampanii społecznej leży przekonanie, że media idealnie służą do informowania, zmiany systemu wartości i nakłaniania do pożądanego działania.

Reklama społeczna realizowana jest na dwa sposoby:

1. **Namawianie do prospołecznych zachowań** – np. pomaganie potrzebującym, niepełnosprawnym, ofiarom katastrof, osobom chorym, bezdomnym; zachęcanie do prozdrowotnych zachowań
2. **Namawianie do zaniechania zachowań niepożądanych** – np. zaprzestania palenia papierosów, nieostrożnej jazdy samochodem, przemocy w rodzinie

Cechy kampanii społecznej

- bazuje na negatywnych emocjach: strachu, przerażeniu, kontrowersji (w celu zaniechania antyzdrowotnych zachowań)
- opiera się na zasadzie poruszania odbiorców (w celu zachęcania do prospołecznych zachowań)
- celem jest zmiana stosunku odbiorcy do prezentowanego problemu
- może dotyczyć zagadnień poważnych, fundamentalnych
- musi opierać się na zbadanych, przestudiowanych założeniach
- tworzy ją ktoś, kto zna się na poruszonym problemie
- powinna wyrażać szacunek dla prezentowanych wartości
- zmierzenie efektywności jest znacznie trudniejsze niż w przypadku reklamy komercyjnej

Porównanie reklamy komercyjnej i społecznej

Cecha	Reklama komercyjna	Reklama społeczna
Złożoność postawy	Na ogół niewielka	Na ogół duża
Pożądaną zmianę postawy	Zazwyczaj płytki (zmiana marki produktu)	Często głęboki (zmiana zachowań na rzecz innych)
Charakter przekazu	Przyjemny, gratyfikujący	Może być nieprzyjemny, awersyjny, szokujący
Perspektywa korzyści	Bliska (natychmiastowa)	Odroczona lub trudna do wyobrażenia
Intencje przypisywane nadawcy	Chęć zysku, próba oszukania	Chęć pomocy innym, wysoka wiarygodność
Budżet	Duży	Mały, często brak środków na badania i profesjonalną reklamę

Rodzaje kampanii społecznych

Kampanie interwencyjne – np. „Palenie to morderstwo” – jedna z pierwszych kampanii interwencyjnych w Polsce.

Kampanie zwalczające patologie – np. „Stop cyberprzemocy”, „Dzieciństwo pod ochroną”.

Kampanie profilaktyczne – np. kampanie Krajowego Centrum HIV/AIDS. Wykładowczynie omówiła kilka przykładów:

- Pierwsze kampanie HIV/AIDS (lata 80.–90.) – plakaty z osobami w garniturach/żakietach z podpisem „Jestem nosicielem wirusa HIV, jestem taki sam jak ty” – celem było przełamanie strachu i lęku przed nosicielami wirusa
- „Mój walenty jest the best, idzie ze mną zrobić test” – skierowana do młodych, zachęcająca do testowania partnerów seksualnych przed rozpoczęciem współżycia
- „Jeden test, dwa życia” – skierowana do kobiet ciężarnych, wskazująca, że wykonanie testu w kierunku HIV pozwala uratować dwa życia (matki i dziecka). Wykładowczynie wyjaśniła, że jeśli wiemy, że kobieta ciężarna jest nosicielką wirusa HIV, możemy prawie w 100% zapobiec przeniesieniu wirusa na dziecko podczas porodu.
- Kampanie z hasłami „Wyjazd służbowy, dieta 45 euro, HIV gratis” / „Przystanek w podróży 50 zł, HIV gratis” / „Wakacje marzeń 2000 zł, HIV gratis” – szokujące kampanie uświadamiające drogi przenoszenia wirusa HIV

Kampanie integracyjne – np. „Mam dziecko, mniej mi płacą” – kampania powstała po badaniach wykazujących, że pracodawcy oferują niższe wynagrodzenie osobom z dziećmi.

Najczęściej poruszane problemy w kampaniach społecznych

- tolerancja
- edukacja i kultura
- zdrowie
- bezpieczeństwo
- przemoc
- patriotyzm
- środowisko naturalne
- działania charytatywne

Kontrowersje wokół kampanii społecznych

Kontrowersje wiążą się głównie z motywami podejmowania kampanii. Jeśli inicjatorem kampanii profilaktycznej jest firma z branży medycznej oferująca leki, rodzi się wątpliwość, czy robi to z pobudek społecznych, czy jest to forma promocji własnych produktów. Wykładowczynie ostrzegła przyszłych specjalistów, że będą zapraszani na konferencje organizowane przez firmy z ich branży i muszą przemyśleć, czy i na jakich warunkach będą w nich uczestniczyć, aby nie narazić się na zarzut działania na rzecz konkretnej firmy.

Najmniej kontrowersji wzbudzają kampanie Ministerstwa Zdrowia, ponieważ nie ma w nich udziału firm produkujących leki lub sprzęt medyczny.

7. Ocena stanu zdrowia populacji – mierniki negatywne

Trudności w ustaleniu granicy między zdrowiem a chorobą

Wykładowczynie zwróciła uwagę, że zawsze będą występowały trudności w ustaleniu dokładnej granicy między zdrowiem a chorobą. Wynikają one z:

- **kryteriów subiektywnych** – indywidualne odczucia pacjenta
- **kryteriów obiektywnych** – wyniki badań, pomiary
- **kryteriów społecznych** – różne w różnych krajach, kulturach i epokach historycznych

Różne role społeczne jednostki mogą sprawiać, że czuje się zdrowa pomimo choroby i odwrotnie. Choroba przewlekła może być pretekstem do wycofywania się z pewnych ról społecznych (ucieczka w chorobę).

Diagnoza kliniczna a diagnoza epidemiologiczna

Cecha	Diagnoza kliniczna	Diagnoza epidemiologiczna
Cel	Postawienie diagnozy klinicznej	Ocena stanu zdrowia populacji, określenie trendów
Obiekt	Jeden człowiek	Populacja w określonym miejscu i czasie
Narzędzie	Wywiad niestandardyzowany	Wywiad standaryzowany, ujednolicony
Ilość testów	Różna, wieloetapowa	Ograniczona, jednoetapowa
Kto przeprowadza	Lekarz	Wyszkolony ankieter (etap zbierania danych), epidemiolog (etap wniosków)
Dotyczy	Osób chorych lub podejrzanych o chorobę	Zdrowych lub uważających się za zdrowych
Uciążliwość	Może być uciążliwa	Nie powinna być uciążliwa (ankieta)

Mierniki zdrowia – podział ogólny

Mierniki obiektywne – mierzalne, wyrażane w jednostkach:

- wskaźniki medyczne (np. pomiar ciśnienia tętniczego, stężenie cholesterolu)
- wskaźniki antropologiczne

Mierniki subiektywne – opinie na temat zdrowia i samopoczucia z perspektywy zainteresowanych. Mogą być stosowane dla dużych grup populacji (badania ankietowe).

Podział mierników zdrowia populacji

Mierniki negatywne (najważniejsze do zapamiętania):

- **umieralność**
- **zapadalność (zachorowalność)**
- **chorobowość**
- **śmiertelność**
- absencja chorobowa
- niepełnosprawność

Mierniki pozytywne:

- jakość życia
- przyrost naturalny
- średnia długość życia
- przeciętne dalsze trwanie życia
- płodność kobiet
- odsetek mężczyzn zdolnych do służby wojskowej
- liczba osób stuletnich w populacji
- cechy rozwoju fizycznego i umysłowego

Umieralność

Umieralność to liczba zgonów zaistniałych w badanej populacji w danym czasie, wyrażona współczynnikiem podającym liczbę zgonów na jednostkę ludności (1000, 10 000, 100 000 lub 1 000 000) w określonym czasie.

Rodzaje współczynników umieralności:

- **umieralność ogólna** – wszystkie zgony w populacji
- **swoiste współczynniki umieralności** – dotyczące wieku, płci lub przyczyny zgonu
- **wskaźniki umieralności proporcjonalnej** – procent zgonów z powodu określonej przyczyny w stosunku do ogółu zgonów

- **tablice wymieralności** – prawdopodobieństwo zgonu obliczone dla poszczególnych lat życia

Umieralność niemowląt

Jest szczególnie ważnym miernikiem, gdyż wskazuje na poziom kultury zdrowotnej i standard życia społeczno-ekonomicznego.

Rodzaj	Definicja
Umieralność wczesna	Liczba zgonów niemowląt w wieku 6–27 dni w populacji żywourodzonych w danym roku
Umieralność późna	Liczba zgonów niemowląt w wieku 28 dni – 11 miesięcy w populacji żywourodzonych w danym roku
Umieralność okołoporodowa	Liczba urodzeń martwych i zgonów niemowląt w wieku 0–6 dni spośród wszystkich porodów w danym roku
Współczynnik martwourodzonych	Liczba urodzeń martwych spośród wszystkich porodów w danym roku

Umieralność niemowląt mówi o poziomie oddziałów neonatologicznych i opieki okołoporodowej. Udowodniono, że w krajach cywilizacyjnie rozwiniętych, gdzie dzieci nie są niedożywione i dostępność do żywności jest prawidłowa, umieralność niemowląt jest niższa niż w krajach rozwijających się.

Standaryzacja współczynników umieralności

Wadą ogólnego współczynnika zgonów jako miernika stanu zdrowia jest jego zależność od struktury wiekowej populacji – w populacji osób starszych współczynnik będzie wyższy. Aby umożliwić porównywanie umieralności w różnych populacjach, stosuje się **współczynniki standaryzowane według wieku**.

- **Standaryzacja bezpośrednia** – przyjmuje się, że struktura wieku mieszkańców porównywanych obszarów jest identyczna jak w przyjętej populacji standardowej
- **Standaryzacja pośrednia** – opiera się na obliczaniu oczekiwanej liczby zgonów w rozpatrywanej populacji przy przyjęciu cząstkowych współczynników zgonów z populacji standardowej, a struktury wieku z populacji analizowanej

Śmiertelność

Śmiertelność to odsetek zgonów na ściśle określonej chorobę spośród ogólnej liczby chorych na tę chorobę. Jest miarą ciężkości choroby i skuteczności diagnostyki oraz terapii.

Przykłady:

- śmiertelność z powodu próchnicy: praktycznie 0% (doskonałe metody diagnostyki i leczenia)
- śmiertelność z powodu zapalenia otrzewnej: 10%
- śmiertelność z powodu raka trzustki: 95% (brak skutecznych metod terapeutycznych)

Zgony do uniknięcia

Zgony do uniknięcia to przedwczesne zgony, które nie miałyby miejsca, gdyby dzięki promocji zdrowia, edukacji zdrowotnej oraz wysiłkowi personelu medycznego można było zapobiec wystąpieniu choroby, wcześniej ją rozpoznać, skutecznie leczyć i rehabilitować. Promocja zdrowia, profilaktyka i edukacja zdrowotna mają za zadanie obniżenie tego miernika.

Zachorowalność (zapadalność)

Zachorowalność (zapadalność) to liczba nowych zachorowań (nowych przypadków chorób), które wystąpiły w danym okresie w stosunku do średniej liczby ludności narażonej na ryzyko zachorowania. Jest to miernik dynamiczny – dotyczy wyłącznie nowych zachorowań.

Obliczana jest jako: liczba nowych przypadków choroby w danej populacji w danym okresie (licznik) podzielona przez liczbę członków tej populacji (mianownik).

Chorobowość

Chorobowość to całkowita liczba osób lub przypadków choroby, które chorowały w danym okresie w stosunku do średniej liczby ludności narażonej na ryzyko. Obejmuje zarówno osoby chorujące już wcześniej, jak i nowo stwierdzone przypadki (zapadalność). Chorobowość jest szerszym miernikiem niż zapadalność i zależy od zapadalności oraz czasu trwania choroby.

Absencja chorobowa

Absencja chorobowa to czasowa niezdolność do pracy zawodowej usprawiedliwiona orzeczeniem lekarskim. Odsetek osób chorujących to procent udziału osób nieobecnych w pracy w stosunku do ogółu zatrudnionych w danym roku. Jest ważnym miernikiem dla pracodawców i kontrolerów – wysoka absencja może wskazywać na czynniki ryzyka w zakładzie pracy lub na ucieczkę chorobową spowodowaną złą atmosferą.

8. Mierniki pozytywne zdrowia populacji i wskaźniki złożone

Przyrost naturalny

Przyrost naturalny to różnica między liczbą urodzeń żywych a liczbą zgonów w danym okresie. Jest podstawowym pozytywnym miernikiem zdrowia populacji.

Mierniki sprawności fizycznej

Sprawność fizyczna społeczeństwa może być mierzona przy pomocy:

- **siły** – rzut piłką lekarską
- **szybkości** – bieg na 60 metrów na czas
- **mocy** – wyskok dosiężny z miejsca
- **wytrzymałości** – liczba wykonanych pompek

Wykładowczyni wspomniała, że niedawno przeprowadzono badania sprawności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce – wyniki wykazały pogorszenie w porównaniu z poprzednim dziesięcioleciem.

Poziom wydolności fizycznej szacuje się na podstawie wyników próby wysiłkowej na ergometrze rowerowym lub bieżni ruchomej. Miernikiem jest **pułap tlenowy** – maksymalna zdolność pochłaniania tlenu przez człowieka w jednostce czasu.

Mierniki rozwoju

- **mierniki rozmiarów ciała** – przede wszystkim mierniki antropometryczne
- **mierniki proporcji tkankowych** – relacje między zawartością tkanki tłuszczowej a rozwojem tkanki mięśniowej
- **mierniki wieku biologicznego** – wiek zębowy, kostny i wtórne cechy płciowe

Wskaźnik oczekiwanej długości życia (life expectancy)

Oczekiwana długość życia to przeciętna liczba lat życia mierzona na podstawie statystyk dotyczących umieralności w danym roku dla danej populacji. Wyraża średnią liczbę lat, jaką ma do przeżycia osoba w wieku X lat ukończonych, przy założeniu utrzymania się aktualnych warunków umieralności.

Dane historyczne:

- Imperium Rzymskie: przeciętna długość życia ~28 lat
- Rdzenna ludność Ameryk przed Kolumbem: 25–30 lat
- XXI wiek, kobiety w Japonii: 84 lata

Wydłużenie średniej długości życia jest związane z:

- poprawą warunków życia
- poprawą sposobu odżywiania
- rozwojem medycyny
- upowszechnieniem kanalizacji i podwyższonym poziomem higieny
- wynalezieniem szczepionek

Wpływ chorób zakaźnych na średnią długość życia – przykład arystokracji w średniowiecznej Brytanii:

Okres	Średnia długość życia
1200–1300	64 lata
1300–1400	Spadek (epidemia dżumy)
1400–1500	69 lat
1500–1550	71 lat

Ograniczenie wskaźnika: opiera się wyłącznie na umieralności, nie uwzględnia jakości życia.

Zjawisko nadumieralności mężczyzn

Między oczekiwaną długością życia kobiet i mężczyzn występuje różnica z korzyścią dla kobiet. Na nadumieralność mężczyzn wpływają:

- choroby układu krążenia
- nowotwory
- przyczyny gwałtowne (wypadki, zatrucia, urazy)
- palenie tytoniu
- alkoholizm

Sumaryczne miary stanu zdrowia – dwie grupy

Pierwsza grupa – mierniki określające oczekiwaną liczbę lat życia przeżytych zarówno w pełnym zdrowiu, jak i z niepełnosprawnością:

- oczekiwana długość życia bez niepełnosprawności
- oczekiwana długość trwania życia korygowana jakością
- oczekiwana długość trwania życia w aktywności
- oczekiwana długość trwania życia bez chorób przewlekłych
- oczekiwana długość trwania życia skorygowana ze względu na niepełnosprawność

Druga grupa – mierniki pozwalające na określenie przeciętnej liczby utraconych lat życia w zdrowiu w związku z niepełnosprawnością lub chorobą przewlekłą:

- utracone lata życia skorygowane niepełnosprawnością (DALY)
- utracone lata życia w zdrowiu
- utracone lata życia skorygowane jakością

Wskaźnik rozwoju ludzkości (Human Development Index – HDI)

Umożliwia pomiar osiągnięć poszczególnych krajów w zakresie rozwoju dobrobytu ludności. Zbudowany jest z trzech składowych (każda stanowi 1/3 wartości ogólnego wskaźnika):

1. **Długość i zdrowe życie** – przewidywana długość życia w momencie urodzenia
2. **Wykształcenie** – umiejętność czytania i pisanie (2/3 składowej) + wskaźnik skolaryzacji (1/3 składowej). W Polsce: 99,7% umiejętności czytania i pisanie, wskaźnik skolaryzacji 88%, składowa edukacyjna = 0,95
3. **Dochód na osobę w rodzinie** – uznany za jeden z 3 najważniejszych czynników warunkujących zdrowie. Granica skrajnego ubóstwa: 100 USD/osobę/rok; maksimum: 40 000 USD. Dochód przedstawia się na skali logarytmicznej.

Wartość maksymalna HDI wynosi 1. W 2020 roku Polska znajdowała się na liście 51 krajów bardzo wysoko rozwiniętych (35. miejsce), wskaźnik wynosił 0,855, spodziewana długość życia 77,6 roku, dochód narodowy na osobę ponad 24 000 USD.

Wskaźnik lat zdrowego życia (Healthy Life Years – HLY)

Opracowany w wyniku obserwacji, że nie wszystkie lata określone przez oczekiwaną długość życia są przeżywane w pełnym zdrowiu. Populacja o stosunkowo wysokiej oczekiwanej długości życia nie musi być zdrowsza.

Wskaźnik obrazuje sytuację zdrowotną i obliczany jest na podstawie trwania życia oraz indywidualnych i subiektywnych spostrzeżeń niepełnosprawności. Obliczany przez Eurostat, wykorzystywany w Polsce jako wskaźnik ewaluacji realizacji Narodowego Programu Zdrowia.

Interpretacja: jeśli wysokość HLY rośnie szybciej niż wysokość oczekiwanej długości życia, oznacza to, że ludzie nie tylko żyją dłużej, ale żyją w pełnym zdrowiu – lepsza jakość życia z medycznego punktu widzenia.

Obliczany za pomocą metody Salibana, opartej na dwóch miarach: częstości występowania niepełnosprawności oraz umieralności.

Dane dla Polski (tendencja wzrostowa):

Rok	Przeciętne trwanie życia mężczyzn	Przeciętne trwanie życia kobiet
2009	71,5 roku	82,1 roku
2019	74,1 roku	81,7 roku

Oczekiwane trwanie życia w zdrowiu według województw (2019):

- Mężczyźni: najdłuższe – województwo wielkopolskie (61,4 roku), najkrótsze – województwo łódzkie (~58,7 roku)

- Kobiety: najdłuższe – województwo wielkopolskie (64,5 roku), najkrótsze – województwo śląskie (62,4 roku)

Wskaźnik DALY (Disability-Adjusted Life Years)

Wskaźnik służący do pomiaru obciążenia chorobami w danej populacji. Łączy w jednym wskaźniku długość życia i obniżenie jakości życia związane z niepełnosprawnością i inwalidztwem.

Twórcy: Christopher Murray (Uniwersytet Harvarda) i Alan Lopez (WHO).

Obliczanie: utratę DALY spowodowaną niepełnosprawnością oblicza się, mnożąc długość życia chorych przez współczynniki odpowiadające wadze ich niepełnosprawności.

Skala wag niepełnosprawności:

- 1 = pełne zdrowie
- 0 = zgon

Przykład: rok życia przeżyty przez osobę niewidomą ma wagę niepełnosprawności 0,624, co oznacza, że osoba niewidoma utraciła 0,376 roku życia.

Jeden DALY = utrata jednego roku życia w zdrowiu (spowodowana przedwczesną umieralnością lub niepełnosprawnością).

W konstrukcji wskaźnika posłużono się oczekiwaną długością życia w zależności od wieku (nie arbitralnie wybraną granicą), co zapobiega dyskryminacji osób starszych. Standard oparto na Japonii (najdłuższa przewidywana długość życia). Wskaźnik jest zróżnicowany dla mężczyzn i kobiet ze względu na różnice behawioralne i genetyczne.

Ograniczenia wskaźnika DALY:

- skomplikowana metodologia
- wymaga wielu pełnych danych o sytuacji zdrowotnej (trudnych do uzyskania w krajach rozwijających się)
- pominięcie niektórych wskaźników jako źródło błędów

Wskaźnik QALY (Quality-Adjusted Life Years)

Najstarszy ze stosowanych wskaźników. Łączy w jednej wartości umieralność i jakość życia. Stosowany przy porównywaniu programów zdrowotnych o rozbieżnych wynikach naturalnych (np. program szczepień przeciw grypie vs. program leczenia choroby wieńcowej).

Skala: rok w pełni zdrowia = 1 QALY; zgon = 0.

Sposób szacowania jakości życia pacjentów różni się od DALY – opiera się na preferencjach pacjentów, populacji ogólnej lub lekarzy. Polskie wytyczne prowadzenia badań farmakoekonomicznych zalecają ocenę z perspektywy populacji ogólnej.

Wyniki badania różnią się w zależności od grupy badanych (pacjenci, lekarze, populacja ogólna), wieku, czasu trwania choroby i mechanizmów adaptacyjnych.

Wskaźnik potencjalnej liczby utraconych lat życia (PYLL – Potential Years of Life Lost)

Oznacza liczbę lat utraconych w momencie przedwczesnej śmierci przed osiągnięciem wieku 75 lat. Osobie, która umarła w wieku 25 lat, przypisuje się wartość PYLL = 50 lat. Wskaźnik liczony dla grup wiekowych, płci i przyczyn zgonu na podstawie ICD-10.

9. Edukacja zdrowotna – definicje, modele i teorie

Definicja edukacji zdrowotnej

Edukacja zdrowotna to proces, w którym ludzie uczą się dbać o zdrowie własne i społeczności, w której żyją. Jest to proces oparty na naukowych zasadach, stwarzający sposobność planowanego uczenia się, zmierzający do umożliwienia jednostkom podejmowania świadomych decyzji dotyczących zdrowia i postępowania zgodnie z nimi.

Według profesor Harońskiej edukacja zdrowotna to całokształt działań zmierzających do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy styl życia i przyczyniać się do umacniania zdrowia oraz rozwijać kompetencje skutecznego wpływu.

Jest to całościowy proces uczenia się ludzi, jak żyć, aby:

- zachować i doskonalić zdrowie własne i innych

- w przypadku wystąpienia choroby lub niepełnosprawności – aktywnie uczestniczyć w jej leczeniu, radzić sobie i zmniejszać jej negatywne skutki

Edukacja zdrowotna dotyczy zarówno zdrowia, jak i choroby.

Kluczowe pojęcia związane z edukacją zdrowotną

- **Wiedza** – treści i wiadomości przyswojone i utrwalone w umyśle człowieka
- **Nawyk** – zautomatyzowanie jakiejś czynności
- **Przekonania** – względnie stały składnik świadomości człowieka, wynikający z przeświadczenia, że pewien stan jest taki, a nie inny
- **Postawy** – element osobowości, stosunkowo trwałe predyspozycje do reagowania lub zachowania się w określony sposób
- **Umiejętności** – sprawność, znanstwo wykonania czegoś (higiena i pielęgnacja, samokontrola, samobadanie, umiejętności psychospołeczne i interpersonalne)
- **Zachowania** – pojęcie nieodłącznie związane z edukacją zdrowotną; kształtowanie zachowań zdrowotnych jest nadrzędnym celem edukacji zdrowotnej

Hierarchia pojęć: wychowanie zdrowotne – edukacja zdrowotna – promocja zdrowia

- **Wychowanie zdrowotne** – nauczanie ludzi, jak modyfikować swoje zachowania w celu wzmocnienia zdrowia
- **Edukacja zdrowotna** = wychowanie zdrowotne + zmienianie warunków środowiskowych
- **Promocja zdrowia** = edukacja zdrowotna + wychowanie zdrowotne + wsparcie środowiskowe, społeczne, polityczne, ekonomiczne i prawne

Promocja zdrowia jest pojęciem najszerszym, funkcjonującym we wszystkich dziedzinach życia.

Szczeble wychowania zdrowotnego według Demela

1. **Heteroedukacja** – małe dziecko jest uczone przez innych (mycia się, mycia rąk, mycia owoców)
2. **Autoedukacja** – w okresie pokwitania pojawia się zainteresowanie własnym ciałem, wyglądem i sprawnością; samodzielne zdobywanie wiedzy o własnym organizmie
3. **Heteroedukacja odwrócona** – w okresie dojrzewania wychowywany zaczyna sam wychowywać innych

Postawy wobec zdrowia według profesora Miki

Postawa wobec zdrowia to względnie trwała struktura procesów poznawczych, emocjonalnych i tendencji zachowań odnoszących się do zdrowia. Ma trzy komponenty:

- **poznawczy** – przekonania, myśli, wiedza o zdrowiu
- **emocjonalny** – reakcje i uczucia związane z aspektami zdrowia
- **behawioralny** – zachowania związane ze zdrowiem

Cele edukacji zdrowotnej

- poszerzenie możliwości poznawczych, zdobycie nowej wiedzy
- zrozumienie spraw związanych ze zdrowiem
- kształtowanie właściwych przekonań i postaw wobec zdrowia
- wzbudzanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych
- wytwarzanie umiejętności związanych ze zdrowiem fizycznym i umiejętności życiowych
- zmiana zachowań zdrowotnych

Ważna zasada: samo przekazanie wiedzy nie może być głównym celem edukacji zdrowotnej. Wiedza bez działania jest pusta, działanie bez wiedzy jest ślepe – wiedza i działanie muszą iść w parze.

Obszary edukacji zdrowotnej

1. **Działania naprawcze** – edukacja zdrowotna jako podstawowy element całościowego postępowania terapeutycznego, towarzyszący wszystkim etapom diagnozowania i leczenia
2. **Profilaktyka** – edukacja towarzysząca działaniom zapobiegającym chorobom i ryzykownym zachowaniom zdrowotnym i społecznym
3. **Promocja zdrowia** – kluczowy element umożliwiający ludziom dokonywanie zmian w swoim życiu i rozwijanie kompetencji

Modele edukacji zdrowotnej według Tany Hill

Model	Cel	Podejście
Zorientowany na chorobę	Zapobieganie określonym chorobom	Biomedyczne
Zorientowany na czynniki ryzyka	Eliminacja czynników ryzyka	Biomedyczne
Zorientowany na zdrowie	Wzmacnianie potencjału zdrowia	Holistyczne

Modele edukacji zdrowotnej według Sineta

Model	Cel
Podejście medyczne	Zapobieganie chorobom i niepełnosprawności
Podejście behawioralne	Kształtowanie zachowań zmniejszających ryzyko chorób
Model edukacyjny	Przekazywanie wiedzy, pomoc w zrozumieniu spraw zdrowotnych jako podstawy do decyzji
Model zorientowany na jednostkę	Praca z poszczególnymi osobami, uwzględnianie indywidualnych potrzeb
Model środowiskowy	Zmiana środowiska fizycznego i społecznego umożliwiająca prozdrowotny styl życia

Koncepcje edukacji zdrowotnej

Środowiskowa i demokratyczna edukacja zdrowotna – rozwijana przez duńskich pedagogów w kontekście szkoły promującej zdrowie. Podstawą jest demokratyczny paradygmat edukacji zdrowotnej – rozwijanie kompetencji do działania jako przeciwieństwo tradycyjnego paradygmatu moralistycznego.

Edukacja zdrowotna ukierunkowana na rozwijanie umiejętności życiowych – preferowana przez WHO, dotyczy głównie dzieci i młodzieży. Oznacza interaktywny, uczestniczący proces nauczania i uczenia się. Szkoły promujące zdrowie tę koncepcję wykorzystują.

Edukacja zdrowotna ukierunkowana na zwiększanie alfabetyzacji zdrowotnej (Health Literacy) – zdolność do rozwijania potencjału człowieka w zakresie uczenia się, rozbudzanie świadomości i umiejętności konstruktywnego uczestnictwa w życiu społeczeństwa.

Poziomy alfabetyzacji zdrowotnej

1. **Funkcjonalna alfabetyzacja zdrowotna** – zwiększenie wiedzy o zagrożeniach dla zdrowia; efekt tradycyjnej edukacji zdrowotnej; korzyści dla jednostki i pośrednio dla społeczeństwa

1. **Aktywna alfabetyzacja zdrowotna** – zwiększenie zdolności ludzi do działania dzięki większej motywacji, poczuciu pewności, uzyskaniu umiejętności osobistych i społecznych oraz doradztwa

1. **Krytyczna alfabetyzacja zdrowotna** – zwiększenie indywidualnej odporności na niekorzystne czynniki społeczne i ekonomiczne oraz zdolności do podejmowania skutecznych działań w celu modyfikowania tych czynników; ukierunkowana na upodmiotowienie jednostek i społeczności; dominują społeczne korzyści

Teorie zachowań zdrowotnych stosowane w edukacji

Teoria umiejscowienia kontroli (Rotter)

Na zachowania ludzi wpływa to, jak postrzegają czynniki zewnętrzne i wewnętrzne.

Wewnętrzne umiejscowienie kontroli:

- wyniki działania zależą od nich samych
- panują nad sytuacją, są aktywni
- traktują świat jako przewidywalny
- wierzą we własne siły, dążą do sukcesu
- są odporni na wpływy społeczne

Zewnętrzne umiejscowienie kontroli:

- wyniki działania zależą od czynników zewnętrznych
- nie postrzegają siebie jako panujących nad sytuacją
- świat jest nieprzewidywalny
- szybciej się poddają i rezygnują
- są podatni na wpływy społeczne

Zastosowanie w edukacji zdrowotnej:

- osoby z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli: pomagać w dokonywaniu bilansu zysków i strat, wspierać w poczuciu, że mogą sami kontrolować swoje zachowanie
- osoby z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli: podkreślać, że pożądane zachowanie jest normą społeczną i będzie miało wpływ na ich stan zdrowia; zmieniają zachowania, gdy znaczące dla nich osoby zachęcają lub żądają zmiany

Teoria uzasadnionego działania (Fishbein i Ajzen)

Człowiek działa zwykle w sposób racjonalny, a jego działania poprzedzają procesy poznawcze, w wyniku których podejmuje świadomy zamiar (intencję) zrobienia czegoś. Intencja podjęcia danego zachowania zależy od:

- postawy wobec tego zachowania (czy jednostka postrzega je jako dobre, korzystne)
- subiektywnych przekonań normatywnych (jak znaczące dla tej osoby osoby akceptują to zachowanie)

Zastosowanie: oddziaływać na przekonania ludzi, że pożądane zachowania są dla nich korzystne i dadzą pozytywny efekt; kształtować normatywne przekonania, aby spostrzegali, że ważne dla nich osoby pragną, aby zachowywali się w pożądany sposób.

Teoria społecznego uczenia się (Bandura)

Dzieci uczą się zachowań nie tylko przez instruktaż, ale także przez obserwację innych osób (rodziców, rówieśników, idoli, aktorów). Osoby te pełnią rolę modelu do naśladowania, a proces uczenia się obserwatora nazywamy **modelowaniem**. Przejmowanie zachowań zależy od atrakcyjności modelu.

Zastosowanie: oddziaływać na rodziców i zachęcać ich do modyfikacji własnych zachowań; prowadzić programy edukacji rówieśniczej przez liderów młodzieżowych; angażować media.

Teoria zachowań problemowych (Jessor)

Zachowania młodzieży, w tym ryzykowne, są efektem złożonych interakcji między ludźmi a ich środowiskiem. Wyróżniono trzy grupy wzajemnie powiązanych zmiennych psychospołecznych:

1. osobowość jednostki, jej wartości, system przekonań
2. postrzeganie przez jednostkę swojego środowiska (percepcja postaw rodziców, rówieśników)
3. uznawanie w danym środowisku pewnych zachowań za społecznie akceptowalne lub nieakceptowalne

Zastosowanie: rozwijanie u młodzieży umiejętności krytycznego myślenia, zdolności do oceny siebie i wartości środowiska społecznego, skutecznego komunikowania się i negocjowania; jednoczesne oddziaływanie na wszystkie trzy grupy zmiennych.

Teoria wielorakich inteligencji (Gardner)

Człowiek ma wiele odrębnych inteligencji, definiowanych jako zdolność do rozwiązywania problemów lub wytwarzania produktów ważnych w danym społeczeństwie lub określonych warunkach kulturowych. Sposób uczenia się zależy od rodzaju inteligencji, która u danej osoby dominuje. Edukację zdrowotną należy dostosować do dominującego rodzaju inteligencji pacjenta.

10. Zasady nauczania w edukacji zdrowotnej i metodyka

Podstawowe pojęcia dydaktyczne

Dydaktyka – nauka o nauczaniu i uczeniu się; system twierdzeń, hipotez i prawidłowości rządzących procesem nauczania i uczenia się; metody, formy i środki pomocne w wywoływaniu u uczniów zamierzonych, względnie trwałych zmian.

Nauczanie – organizowanie uczenia się i kierowanie uczeniem się.

Uczenie się – proces nabywania przez uczący się podmiot określonych wiadomości, umiejętności i nawyków.

Zmiana ról nauczyciela i ucznia w edukacji zdrowotnej

Współcześnie doszło do zamiany ról nauczyciela i ucznia. Nauczyciel w edukacji zdrowotnej powinien być:

- przewodnikiem, doradcą, liderem
- nie ekspertem narzucającym własne zdanie
- osobą, która wie, gdzie sprawdzić, gdy czegoś nie wie
- kimś, kto ma odwagę powiedzieć „nie wiem, ale sprawdzę i odpowiem” lub „nie wiem, sprawdzimy razem”

Nauczyciel organizuje uczenie się, stawia zadania i pytania, motywuje do pracy, kontroluje czas jej trwania. Powinien posiadać i doskonalić:

- umiejętności komunikowania się z pacjentami
- umiejętność tworzenia atmosfery bezpieczeństwa i zaufania
- umiejętność zachowania równowagi między ustalonym programem a potrzebami pacjentów

Uczeń (pacjent) w edukacji zdrowotnej:

- nie powinien być postrzegany jako „biała karta” – posiadana przez niego wiedza i doświadczenie stanowią podstawę do uczenia się
- jego potrzeby w zakresie edukacji zdrowotnej powinny być rozpatrywane i uwzględniane
- powinien być zachęcany do samodzielności i akceptowania własnej odpowiedzialności za uczenie się
- powinien umieć odnosić zdobywaną wiedzę do własnej sytuacji i transferować ją do codziennego życia

Zasady nauczania w edukacji zdrowotnej

1. Zasada świadomej aktywności – aktywność to stosunek do przedmiotów i zjawisk, który polega na tym, że przestają one być obojętne, a stają się podległe naszym działaniom. Nauczyciel ma aktywizować pacjenta – bez aktywnego pacjenta nauczanie nie będzie skuteczne.

2. Zasada pogłębłości – zapobieganie werbalizmowi (wyłącznie słownemu przekazywaniu wiedzy). Słowa należy zastępować poznaniem bezpośrednim lub pośrednim (pokaz, demonstracja, materiały wizualne).

3. Zasada przystępności i stopniowania trudności – przystosowanie całego procesu nauczania do indywidualnych umiejętności i możliwości pacjenta.

4. Zasada systematyczności – stałe wracanie do treści już poznanych, właściwy podział materiału na partie i właściwe rozłożenie w czasie procesu nauczania.

5. Zasada wiązania teorii z praktyką – organizacja procesu dydaktycznego umożliwiająca wszechstronne łączenie wiedzy z praktyką. Metoda problemowa jest dobrym sposobem realizacji tej zasady – pozwala zrozumieć, zapamiętać, sprawdzić i pokazuje użyteczność wiedzy.

6. Zasada trwałości wiedzy i umiejętności – wprowadzanie nowego materiału, jego utrwalanie, stosowanie praktyki i powtarzanie.

7. Zasada indywidualizacji i zespołowości – każdy pacjent jest niepowtarzalną indywidualnością, ale w zespole łatwiej. Należy podchodzić do każdego pacjenta indywidualnie, ale też organizować spotkania grupowe. Przykład: pacjenci z wyłonią stomią mogą spotykać się raz w miesiącu w szpitalu – w grupie czują się bezpieczniej, wiedząc, że nie są sami ze swoim problemem.

Identyfikacja zasobów w edukacji zdrowotnej

Przy planowaniu edukacji zdrowotnej należy zidentyfikować dostępne zasoby:

- **Zasoby ludzkie** – osoby prowadzące zajęcia, ich doświadczenie, umiejętności, entuzjazm
- **Zasoby materialne** – środki dydaktyczne dostępne na danym oddziale (prezentacje, plansze, modele, sprzęt)
- **Czas** – przeznaczony na realizację programu

Jeśli chcielibyśmy wykorzystać techniki lub środki, których nie ma lub nie są dostępne, musimy dostosować się do posiadanych zasobów.

Metodyka nauczania zdrowia – podsumowanie kluczowych zasad

Skuteczna edukacja zdrowotna wymaga:

1. **Diagnozy potrzeb** – przed rozpoczęciem edukacji należy ocenić gotowość pacjenta do uczenia się, jego aktualny poziom wiedzy i oczekiwania
1. **Planowania** – ustalenie celów (ogólnych i szczegółowych), dobór metod, środków i form organizacyjnych, zaplanowanie czasu i zasobów
1. **Realizacji** – wdrożenie zaplanowanych działań z uwzględnieniem zasad nauczania
1. **Ewaluacji** – ocena stopnia osiągnięcia celów i wprowadzenie ewentualnych modyfikacji

Trzy kluczowe pytania, które należy sobie stawiać:

- Co chcemy osiągnąć?
- Co zamierzamy zrobić?
- W jaki sposób sprawdzimy, czy osiągnęliśmy sukces?

Wykładowczyni podkreśliła, że zasada indywidualizacji i zespołowości ma szczególne znaczenie w praktyce pielęgniarstwa. Organizowanie spotkań grupowych dla pacjentów z podobnymi problemami (np. stomicy, diabetycy, pacjenci po zawale) przynosi wymierne korzyści – pacjenci czują się mniej osamotnieni, wymieniają doświadczenia i wzajemnie się motywują. Jest to forma edukacji zdrowotnej, która łączy aspekt poznawczy z aspektem emocjonalnym i społecznym, co czyni ją szczególnie skuteczną.

— KONIEC —