

## MOTYWACJA PROFESJONALISTÓW JAKO CZYNNIK WPŁYWAJĄCY NA POSTAWĘ MOTYWACYJNĄ PACJENTÓW DO ZMIANY ZACHOWANIA

Ewa Wilczek-Rużyczka, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa UJ CM, Kraków  
Katarzyna Czabanowska, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, Kraków  
Maciej Górkiewicz, Instytut Zdrowia Publicznego UJ CM, Kraków

W ramach programu badawczego *Szkolenie Umiejętności Motywacyjnych w Opiece Zdrowotnej i Pomocy Społecznej* (Leonardo da Vinci, nr 2002 UK/06/B/F/PP-162\_507) przeprowadzono ankietę-kwestionariusz (zawierającą 20 pozycji) na grupie 245 specjalistów z zakresu ochrony zdrowia, w wieku 22–77 lat, należących do 7 różnych profesji medycznych. Siła samomotywacji do pracy była mierzona w pozycjach 1–3 w kwestionariuszu, postrzegana rola pacjenta w punkcie 9, natomiast stosunek do motywowania pacjentów w punktach 4–8 i 10–11. Pozostałe pytania, jakie zostały zadane badanym, odnosiły się do kompetencji i umiejętności potrzebnych do motywowania pacjenta do zmiany zachowania oraz możliwości rozwoju tych kompetencji i umiejętności.

Motywacja do pracy i stosunek do motywowania pacjentów były ściśle skorelowane ( $R = 0,37$ ;  $p < 0,0001$ ), ale dołączenie postrzeganej roli pacjenta zwiększyło tę zależność ( $\Delta AIC = -8,1$ ). Postrzegana rola pacjenta zwiększa się z wiekiem ( $R = 0,17$ ;  $p = 0,01$ ) i doświadczeniem zawodowym (ANOVA:  $p = 0,002$ ). Wyniki badania ukazują ważność postrzeganej roli pacjenta i motywacji do pracy wśród specjalistów w zakresie medycyny.

### Wstęp

Nawet najlepsze ćwiczenia prewencyjne dla ludzi zdrowych lub rekonwalescentów po hospitalizacji okazują się nieefektywne bez odpowiedniego nastawienia pacjenta<sup>1</sup>. Analizy porównawcze różnych programów motywacyjnych są trudne, ze względu na brak praktycznych i niezawodnych narzędzi pomiaru<sup>2,3</sup>. Jedną z nich – analizę ścieżkową – jest techniką wykorzystującą wiele zmiennych, badającą modele liniowe przy użyciu liniowego systemu równań<sup>4,5</sup>.

### Materiały i metoda

Wśród 261 osób przewidzianych do badania wykluczono 16 osób – 9 mężczyzn ze względu na płeć i 7 kobiet z uwagi na brak zainteresowania motywowaniem pacjentów. Tak więc badaniami objęto 245 kobiet, w wieku od 22 do 77 lat (średnia  $37,4 \pm SD = 9,3$ ; skośność rozkładu 0,7 i kurioza rozkładu 1,2), stanowiących 7 różnych grup zawodowych: pracownicy socjalni ( $N = 19$ ; 7,8% z 245); lekarze ( $N = 30$ ; 12,2% z 245); studentki pielęgniarstwa ( $N = 44$ ; 18,0% z 245); zaoczne studentki pielęgniarstwa ( $N = 20$ ; 8,2% z 245); pielęgniarki

<sup>1</sup> L.S. Duran, *Motivating health: strategies for the nurse practitioner*, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2003; 15(5): 200–205.

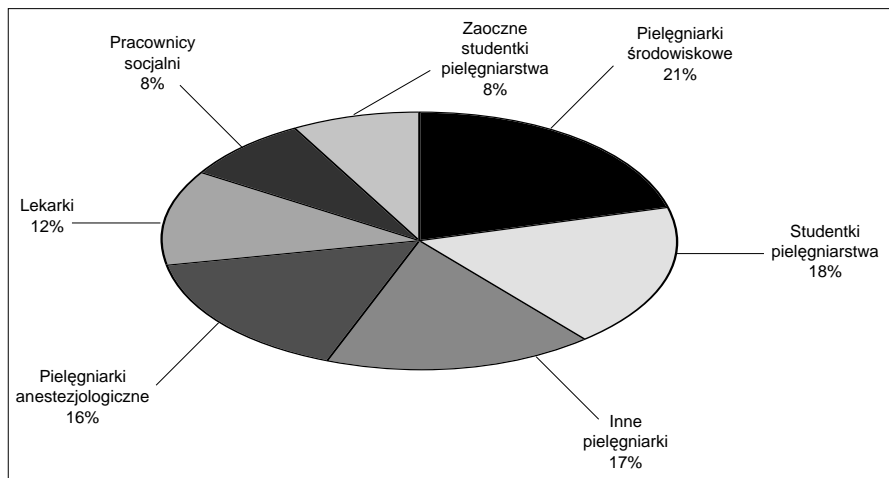
<sup>2</sup> D.J. Plonczynski, *Measurement of motivation for exercise*, Health Educ. Res. 2002; 15(6): 695–705.

<sup>3</sup> A. Dale, *Quality Issues with Survey Research*, International Journal of Social Research Methodology 2006; 9 (2): 143–158.

<sup>4</sup> StatSoft, Inc. *Electronic Statistics Textbook*. Tulsa, OK: StatSoft, 2007, WEB: <http://www.statsoft.com/textbook/stathome.html>

<sup>5</sup> F.K. Stage, H.C. Carter, A. Nora, *Path Analysis: An Introduction and Analysis of a Decade of Research*, Journal of Educational Research 2004; 98(1): 5–12.

środowiskowe (N = 52; 21,2% z 245); pielęgniarki anestezjologiczne (N = 39; 15,9% z 245); inne pielęgniarki (N = 41; 16,7% z 245). Rozkład ten obrazuje wykres 1.



Źródło: opracowanie własne

Wykres 1. Grupy zawodowe obecne w badaniu (n = 245) w ujęciu procentowym

W badaniu, będącym częścią programu badawczego *Szkolenie Umiejętności Motywacyjnych w Opiece Zdrowotnej i Pomocy Społecznej* (Leonardo da Vinci, nr 2002 UK/06/B/F/PP-162\_507)<sup>6</sup>, użyto własnego dwudziestopunktowego kwestionariusza z pierwszymi 11 punktami mającymi za zadanie zmierzyć następujące właściwości specjalistów w Polsce: **siła samomotywacji, postrzegana rola pacjenta w procesie motywacyjnym, stosunek do motywowania pacjentów wśród specjalistów**. Pytania szczegółowe do wyżej wymienionych kategorii badanych aspektów zawiera tabela 1.

Tabela 1. Kategorie badanych aspektów

Kategorie badanych aspektów	Pytania szczegółowe w poszczególnych kategoriach
Siła samomotywacji do pracy (punkty 1–3)	1: Ogólnie czuję, że jestem wystarczająco zmotywowany do pracy
	2: Motywacja zależy głównie od osobowości, a rzadziej od czynników zewnętrznych
	3: Satysfakcja w pracy zależy głównie od osobistej motywacji
Postrzegana rola pacjenta w procesie motywacyjnym (punkt 9)	9: W motywowaniu do zmiany stylu życia odpowiedzialny jest pacjent, a nie profesjonalista

<sup>6</sup> Program Leonardo da Vinci. © European Communities, 1995–2008, w sieci: [http://ec.europa.eu/education/programmes/llp/leonardo/index\\_en.html](http://ec.europa.eu/education/programmes/llp/leonardo/index_en.html)

Stosunek do motywowania pacjentów wśród specjalistów (punkty 4–8 i 10–11)	4: Motywacja pacjentów do osiągnięcia zmiany stylu życia zależy głównie od odpowiedniego profesjonalnego motywowania
	5: Potrafię zidentyfikować główne aspekty, które mogą skłonić pacjenta do zmiany
	6: Pozytywna postawa profesjonalisty może mieć większe znaczenie niż opór pacjenta do zmiany w jego zachowaniu
	7: Bycie empatycznym podczas rozmowy z pacjentami ma kluczowe znaczenia dla ich motywowania
	8: Istnieje realna potrzeba uczenia, jak motywować pacjentów do zmiany zachowania
	10: Profesjonaliści nie powinni bardziej motywować pacjentów, niż oni na to pozwalają
	11: Pacjenci korzystający z opieki zdrowotnej powinni być motywowani

Źródło: opracowanie własne

Wszystkie 1–11 punktów kwestionariusza było opartych na 5-poziomowej skali Likert:

punkty = 1 lub 2	punkty = 3 lub 4	punkty = 5 lub 6	punkty = 7 lub 8	punkty = 9 lub 10
zupełna niezgoda	niezgoda	obojętność	zgoda	zupełna zgoda

Procedury dla opisowych statystyk, zależności liniowe oraz analiza regresji, rzetelność punktów kwestionariusza (Cronbach alpha) i równania strukturalne (*path modelling*) zostały wykonane z użyciem *Statistica package*<sup>7</sup>.

### Miejsce zamieszkania osób badanych

Większość, bo 161 uczestników, oświadczyła, że ich miejscem zamieszkania jest miasto (70,6% ze wszystkich N = 228 odpowiedzi). Poza tym tabela 2 pokazuje miejsce zamieszkania (miasto a wieś) w poszczególnych grupach uczestników. Łatwo zauważyć, że interwał pewności 95% CI dla procentu mieszkańców miast dla każdej z grup sprowadza się do średniej 70,6%.

Tabela 2. Miejsce zamieszkania dla poszczególnych grup zawodowych – miasto a wieś

Grupa zawodowa	Miasto	Wieś	Suma	% miasto	95%CI
Lekarki	21	9	30	70,0%	50,6%–85,3%
Pielęgniarki anestezyjologiczne	29	9	38	76,3%	59,8%–88,6%
Inne pielęgniarki	25	16	41	61,0%	44,5%–75,8%
Pielęgniarki środowiskowe	38	12	50	76,0%	61,8%–86,9%
Pracownicy socjalni	8	0	8	100,0%	68,8%–100,0%

<sup>7</sup> StatSoft, Inc., *Electronic Statistics Textbook*, StatSoft, Tulsa, OK, 2007. WEB: <http://www.statsoft.com/text-book/stathome.html>

Grupa zawodowa	Miasto	Wieś	Suma	% miasto	95%CI
Studentki pielęgniarstwa	26	17	43	60,5%	44,4%–75,0%
Zaoczne studentki pielęgniarstwa	14	4	18	77,8%	52,4%–93,6%
<b>Suma</b>	161	67	228	70,6%	64,2%–76,4%

Źródło: opracowanie własne

### Wiek uczestników badań

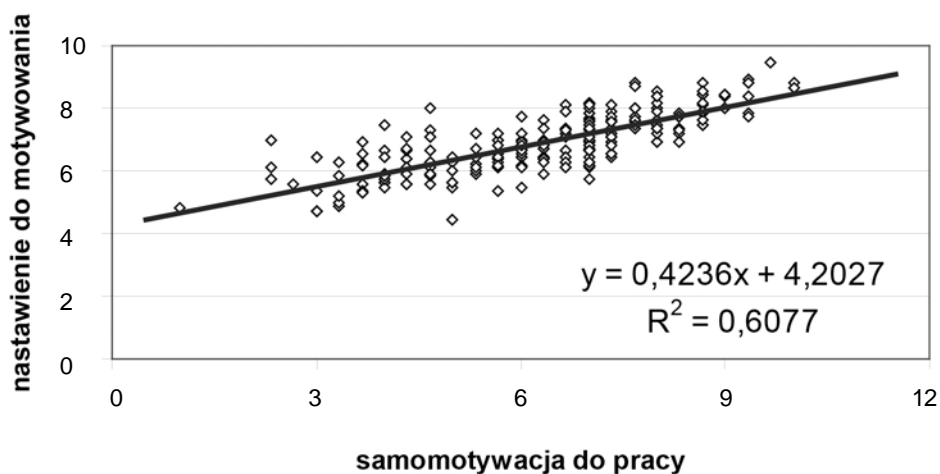
Aż 219 uczestników badań (89,4% z 245) ujawniło swój wiek. Rozmieszczenie deklarowanego wieku nie różniło się zasadniczo od normalnego rozmieszczenia (tabela 3).

Tabela 3. Wiek uczestników badania

N	Brakujące odpowiedzi	% brakujących odpowiedzi	Min.	Maks.	Mediana	Średnia	SD	Skośność rozkładu	Kurioza rozkładu
219	245–219 = 26	26/245 = 10,6%	22	77	36	37,4	9,3	0,72	1,2

Źródło: opracowanie własne

## Wyniki

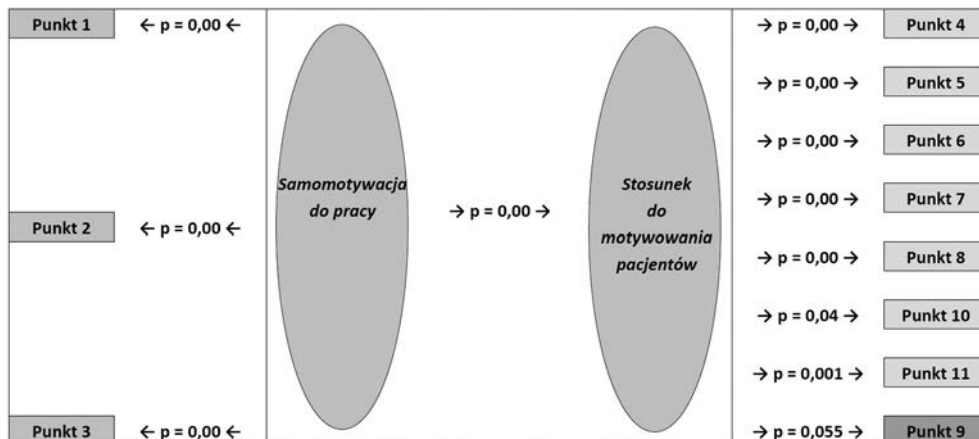


Źródło: opracowanie własne

Wykres 2. Nastawienie do motywowania pacjentów (samomotywacja do pracy)

Tabela 4. Model ścieżkowy dla połączeń między ukrytymi i jawnymi zmiennymi skal motywacyjnych

$$\Pr(\text{correct} \mid \text{lower AIC}) = 1 / (1 + \exp(-|\text{deltaAIC}| / 2)). \quad (2).$$



Źródło: opracowanie własne

## Dyskusja

Model formalny (tabela 4), opracowany w naszym badaniu, połączył łatwe w pomiarze zmienne jawne (punkty badania) z przewidywanymi w tym modelu dwoma zmiennymi ukrytymi, nazwanymi *Samomotywacją do pracy* i *Stosunkiem do motywowania pacjenta*. Kwestionariusz został sprawdzony w ramach teorii odpowiedzi w punktach i formalny model ścieżkowy także sprawdzono w ramach metodologii biostatystycznej. W piśmiennictwie zaproponowano kilka modeli formalnych, opracowanych do opisu motywacji pacjenta do zmiany swojego zachowania związanego ze zdrowiem. Protektywna Teoria Motywacji Rogersa<sup>8,9</sup> zmodyfikowana przez Frileuxa<sup>10</sup>, hipotetyzowała, że siła ludzkiej motywacji do zamiany i/lub wzmocnienia zachowania związanego ze zdrowiem zależy od następujących 4 czynników, które wzrastają wraz z prawdopodobieństwem (–) rozwoju choroby: (1) ciężkość objawów choroby, (2) kontrolowalność, czyli osobiste poczucie własnej skuteczności, ale (3) obniża się wraz z horyzontem czasu, (4) w którym choroba się pojawi. Rogers<sup>11,12</sup> hipotetyzował początkowo mnożną zależność, krótko wyrażaną przez formułę (I). Frileux

<sup>8</sup> R.W. Rogers, *A protection motivation theory of fear appeals and attitude change*, Journal of Psychology 1975; 91: 93–114.

<sup>9</sup> R.W. Rogers, *Attitude change and information integration in fear appeals*, Psychological Reports 1985; 56: 179–182.

<sup>10</sup> S. Frileux, M.T.M. Sastre, E. Mullet, P.C. Sorum, *The impact of the preventive medical message on intention to change behavior*, Patient Education and Counselling 2004; 52: 79–88.

<sup>11</sup> R.W. Rogers, *A protection motivation theory of fear appeals and attitude change*, Journal of Psychology 1975; 91: 93–114.

<sup>12</sup> R.W. Rogers, *Attitude change and information integration in fear appeals*, Psychological Reports 1985; 56: 179–182.

i współpracownicy<sup>13</sup> wykazali, że co najmniej w wyjątkowych warunkach związek dodany zachodził, co prowadziło do formuły (II). Birren i Schale<sup>14</sup> dostosowali ustawienia medycznej rehabilitacji do ogólnego modelu Atkinsona<sup>15</sup> przy użyciu formuły (III). W formule III prawdopodobieństwo (+) jest subiektywnym poczuciem pacjenta co do szansy pozytywnego wyniku podejmowanego wysiłku; zasadność jest indywidualnie postrzeganą użytecznością osiągniętych celów w rehabilitacji. Koszty są postrzegane przez pacjenta kosztami procedur rehabilitacji. Koszty mogą być nie tylko finansowe i/lub materialne, fizyczne, lecz także psychologiczne.

**Formuła I**

Protektyna motywacja = prawdopodobieństwo (-) \* ciężkość \* kontrolowalność/horyzont czasu

**Formuła II**

Protektyna motywacja = prawdopodobieństwo (-) + ciężkość + kontrolowalność - horyzont czasu

**Formuła III**

Motywacja do zdrowienia = prawdopodobieństwo (+) \* zasadność/koszty

Należy zwrócić uwagę, że w przeciwieństwie do naszego modelu (tabela 8) takie formuły, jak zaprezentowane powyżej (I, II i III), odnoszą się do niezdefiniowanych operacyjnie zmiennych, bardzo trudnych do pomiaru. Ponadto przewidują raczej powody do motywowania niż mierzą wartość faktycznej motywacji.

Przegląd 22 badań, mierzących motywację do ćwiczeń, dokonany przez Plonczynskiego<sup>16</sup> pokazuje, że mamy do czynienia z brakiem w piśmiennictwie w zakresie ugruntowania psychometrycznych właściwości niezawodności i zasadności. Jedynie pięć z 22 badań zdaje sprawę z niezawodności i zasadności pomiarów z użyciem narzędzia.

Niemniej jednak kwestionariusz ankiety ma oczywiste ograniczenia: dane zostały pozyskane przez samooceniające dane, ale nie badały rzeczywistych zachowań i decyzji badanych. Ponadto badanie pilotażowe ma również swoje ograniczenia, takie jak mała reprezentacja poszczególnych grup zawodowych w próbie, od jedynie N = 19 pracowników socjalnych do N = 52 pielęgniarek środowiskowych. Próba rozmiaru N = 245 była wystarczająco duża, by osiągnąć znaczące szacunki (tabela 3), ale jest znacząco mniejsza niż powszechnie stosowane w badaniach próby o wielkości co najmniej 1000 osób.

## Wnioski

1. Wyniki badania potwierdzają hipotezę, że samomotywacja do pracy wzmacnia stosunek do motywowania pacjentów.
2. Badanie pokazało, że nowy kwestionariusz, opracowany w ramach programu badawczego *Szkolenie Umiejętności Motywacyjnych w Opiece Zdrowotnej i Pomocy Społecz-*

<sup>13</sup> S. Frileux, M.T.M. Sastre, E. Mullet, P.C. Sorum, *The impact of the preventive medical message on intention to change behavior*, Patient Education and Counselling 2004; 52: 79–88.

<sup>14</sup> J.E. Birren, K.W. Schale, *Handbook of the psychology of Aging*, Van Nostrand Reinhold Co., New York 1985.

<sup>15</sup> J.W. Atkinson, *An Introduction to Motivation*, Van Nostrand Reinhold Co., Toronto 1964.

<sup>16</sup> D.J. Plonczynski, *Measurement of motivation for exercise*, Health Education Research 2000; 15(6): 695–705.

nej, jest praktycznym i rzetelnym narzędziem, pozwalającym przewidzieć zawodowy stosunek do motywowania pacjenta.

### **Bibliografia:**

- Atkinson J.W., *An Introduction to Motivation*, Van Nostrand Reinhold Co., Toronto 1964.
- Birren J.E., Schale K.W., *Handbook of the psychology of Aging*, Van Nostrand Reinhold Co., New York 1985.
- Dale A., *Quality Issues with Survey Research*, International Journal of Social Research Methodology 2006; 9(2): 143–158
- Duran S., *Motivating health: strategies for the nurse practitioner*, Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 2003; 15(5): 200–205.
- Frileux S., Sastre M.T.M., Mullet E., Sorum P.C., *The impact of the preventive medical message on intention to change behavior*, Patient Education and Counseling 2004; 52: 79–88.
- Plonczynski D.J., *Measurement of motivation for exercise*, Health Education Research 2000; 15(6): 695–705.
- Program Leonardo da Vinci. © European Communities, 1995–2008, W sieci: [http://ec.europa.eu/education/programmes/llp/leonardo/index\\_en.html](http://ec.europa.eu/education/programmes/llp/leonardo/index_en.html)
- Rogers H.J., Swaminathan H., Hambleton R.K., *Fundamentals of Item Response Theory: Measurement Methods for the Social Science*, Sage Publications Inc, London 1991.
- Rogers R.W., *A protection motivation theory of fear appeals and attitude change*, Journal of Psychology 1975; 91: 93–114.
- Rogers R.W., *Attitude change and information integration in fear appeals*, Psychological Reports 1985; 56: 179–82.
- Schmidt F.L., Le H., Ilies R., *Beyond alpha: An empirical examination of the effects of different sources of measurement error on reliability estimates for measures of individual-differences constructs*, Psychological Methods 2003; 8(2): 206–224.
- Stage F.K., Carter H.C., Nora A., *Path Analysis: An Introduction and Analysis of a Decade of Research*, Journal of Educational Research 2004; 98(1): 5–12.
- StatSoft, Inc., *Electronic Statistics Textbook*, StatSoft, Tulsa, OK 2007, w sieci: <http://www.statsoft.com/textbook/stathome.html>