

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Model edukacji pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu

The model of education of primary health care nurses in the prevention of alcohol dependence

ANNA MAJDA^{A,F}, IWONA BODYS-CUPAK^{E,F}

Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Ochrony Zdrowia, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
Dyrektor Instytutu: prof. dr hab. med. Antoni Czupryna
p.o. Kierownik Pracowni Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa IPIP WOZ CM UJ: mgr Maria Ogarek

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

PL ISSN 1734-3402

Streszczenie **Wstęp.** Pielęgniarkom POZ w ramach działań profilaktycznych brakuje wiedzy i umiejętności do pracy z pacjentami pijącymi alkohol w sposób ryzykowny lub szkodliwy, niespełniającymi jeszcze kryteriów uzależnienia od alkoholu (wg ICD-10).

Cel pracy. Celem pracy była ewaluacja autorskiego programu szkolenia w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu, oparta na schemacie *quasi*-eksperymentalnym typu „pretest-posttest wczesny” i „posttest odroczony”, obejmująca ocenę procesu, wyniku i wpływu.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono w latach 2002–2004. W ramach pretestu wzięło udział 256 pielęgniarek, w ramach posttestu odroczonego 205 pielęgniarek. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz ankiety audytoryjnej i pocztowej, test wiadomości oraz skalę ewaluacji procesu szkolenia.

Wyniki. Wyniki wskazują na: istotne zmiany dotyczące wiedzy pielęgniarek w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu ($p = 0,000$) oraz prowadzenia krótkiej interwencji antyalkoholowej ($p = 0,005$), istotnie wyższe oceny za przydatność programu w działalności praktycznej pielęgniarek ($p = 0,000$).

Wnioski. Uzyskane wyniki pozwalają na rekomendowanie autorskiego programu szkolenia jako modelowego w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek POZ.

Słowa kluczowe: szkolenie, pielęgniarstwo, podstawowa opieka zdrowotna, picie alkoholu.

Summary **Background.** Nurses of primary health care within the prevention activity lack the knowledge and skills for the work with risk or harmful drinkers, who do not meet the criteria of alcohol dependence (by ICD-10).

Objectives. The aim of the study was to evaluate the authorship programme of education on alcohol dependence prevention. The *quasi*-experimental “early pretest-posttest” and “delayed posttest” design was used for the evaluation of the process, results and influence.

Material and methods. The research was conducted in 2002–2004. 256 nurses took part in pretest, 205 in delayed posttest. The following instruments were used: a questionnaire of auditorial and mail inquiry, test of knowledge and the evaluation scale of the training process.

Results. The results point to: crucial changes in the knowledge of nurses on alcohol prevention ($p = 0.000$) and in the implementation of brief intervention ($p = 0.005$), higher average of the score for the usefulness of the programme in the preventive activities of nurses ($p = 0.000$).

Conclusions. The results of the evaluation allow for recommendation of the authorship training programme in alcohol dependence prevention as a model in postgraduate education of primary health care nurses.

Key words: education, nursing, primary health care, drinking alcohol.

Wstęp

Zapobieganie chorobom wynikającym z nieprawidłowego stylu życia stanowi obszar, w którym szczególną rolę odgrywają pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), w tym pielęgniarki. Profilaktyka drugiej fazy powinna

obejmować wczesne wykrywanie osób pijących ryzykownie, szkodliwie (zgodnie z nazewnictwem Światowej Organizacji Zdrowia – ŚOZ i Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów – ICD-10) oraz prowadzenie minimalnej (krótkiej) interwencji, a tym samym zapobiegać wystąpieniu uzależnienia od alkoholu

i stwarzać większe szanse na ograniczenie jego picia. Tym bardziej że osób pijących w sposób szkodliwy jest 2–3-krotnie więcej niż uzależnionych i wbrew pozorom kosztują społeczeństwo więcej niż uzależnieni [1, 2]. Program ŚOZ „Zdrowie 21” [3] zwraca uwagę na potrzebę wdrażania i ewaluacji, w ramach kształcenia podyplomowego dla lekarzy i pielęgniarek POZ, programów szkoleniowych uwzględniających przygotowanie m.in. w zakresie doradztwa antyalkoholowego, gdyż pracownicy POZ wykazują niedostateczne kwalifikacje w dziedzinie promocji zdrowia i profilaktyki. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek w ostatnich latach rozwija się w Polsce dość dynamicznie, ale wydaje się, że nadal brakuje wzorcowych programów szkoleniowych w dziedzinie profilaktyki uzależnień od alkoholu. W USA takie modelowe programy zostały już opracowane, jak np. Nursing Education in Alcohol and Drug Abuse – NEADA, Substance Abuse Education in Nursing – SAEN [2].

Materiał i metody

Celem pracy była ewaluacja autorskiego programu szkoleniowego dla pielęgniarek POZ w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu pt. „Wczesna diagnoza i krótka interwencja pielęgniarska u pacjentów nadużywających alkoholu” (WDKIP), który był wzorowany na amerykańskich programach: SAEFP – Substance Abuse Education for Family Physician [4] i SAEN [5]. Program oparty został na wytycznych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) w sprawie stosowania procedur przesiewowych – testu AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) [2, 6] oraz zasadach prowadzenia krótkiej interwencji przez pielęgniarki [2, 7–9]. Do jego ewaluacji wybrano schemat *quasi*-eksperymentalny (brak losowego doboru grup, tylko dobór celowy) typu: „pretest-posttest wczesny” i „posttest odroczonego” [10]. Postępowanie ewaluacyjne objęło ewaluację: procesu (metody, organizacja, materiały szkoleniowe), wyniku i wpływu (wiedza, umiejętności w zakresie drugiej fazy profilaktyki uzależnień od alkoholu) [11]. W programie autorskim wykorzystano transteoretyczny model edukacji zdrowotnej w poradnictwie antyalkoholowym [12] i poznawczo-behawioralne podejście do profilaktyki uzależnień od alkoholu [2, 13]. W badaniach wykorzystano następujące narzędzia badawcze własnej konstrukcji: kwestionariusz ankiety audytoryjnej i pocztowej, test wiadomości, skalę ewaluacji procesu szkolenia opartą na skali numerycznej. Badania przeprowadzono wśród pielęgniarek POZ z terenu Małopolski (grupa A z autorskim programem szkolenia), Górno-

śląska (grupa B porównawcza bez autorskiego programu szkolenia), biorących udział w podyplomowym kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, których obowiązywał ten sam program ramowy zatwierdzony przez Centrum Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, a w nim moduł promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, uwzględniający poradnictwo pielęgniarskie w zakresie potęgowania zdrowia i zapobiegania chorobom, dotyczące m.in. nadmiernego używania alkoholu. Badania wykonano w latach 2002–2003 (pretest, posttest wczesny) oraz 2002–2003 i styczeń 2004 r. (posttest odroczonego). W analizach statystycznych wykorzystano dane zebrane w ramach: pretestu (przed szkoleniem) od 256 pielęgniarek POZ (125 pielęgniarek z grupy A i 131 pielęgniarek z grupy B), posttestu wczesnego (w dniu zakończenia szkolenia i 3 miesiące po szkoleniu) od 251 pielęgniarek POZ (125 pielęgniarek z grupy A i 126 pielęgniarek z grupy B), posttestu odroczonego (7 miesięcy po szkoleniu) od 205 pielęgniarek POZ (109 pielęgniarek z grupy A i 96 pielęgniarek z grupy B). Nie stwierdzono przy użyciu testu *t*-Studenta oraz testu χ^2 istotnych różnic między grupami w zakresie większości zmiennych socjodemograficznych oraz zmiennych branych pod uwagę przy ocenie efektywności programu szkolenia. Uznano, że grupy przed szkoleniem były porównywalne, co upoważnia do wyciągania na podstawie zgromadzonych danych istotnych statystycznie wniosków.

Wyniki

W celu zweryfikowania, w jakim stopniu samoocena pielęgniarek ma umocowanie w faktycznej wiedzy z zakresu profilaktyki uzależnień od alkoholu analizowano odpowiedzi na 15 pytań zawartych w teście wiadomości przed rozpoczęciem szkolenia i 3 miesiące po jego zakończeniu, a jednocześnie w ostatnim dniu kursu kwalifikacyjnego. Za każdą poprawną odpowiedź można było uzyskać 1 punkt, za złą 0 punktów, maksymalnie 15 punktów. Przy użyciu testu *t*-Studenta stwierdzono istotny statystycznie wzrost wiedzy zarówno w grupie A i B. W grupie A zaobserwowano wzrost ponad trzykrotny średniej liczby poprawnych odpowiedzi z 3,008 do 10,8 (df = 248, $t = 9,819$, $p = 0,0000$), w grupie B był to niepełny dwukrotny wzrost z 2,779 do 5,071 (df = 255, $t = 26,276$, $p = 0,0000$). Dokonując dalszej analizy dotyczącej różnic między grupą A i B z użyciem testu *t*-Studenta, stwierdzono istotny statystycznie wzrost poprawnych odpowiedzi w grupie A w postteście (df = 249, $t = -21,298$, $p = 0,000$). Wyniki te przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Różnice między grupą A i B po szkoleniu w zakresie wiedzy pielęgniarek dotyczącej profilaktyki uzależnień od alkoholu

Zakres	N	\bar{x}	σ	df	t	p
Grupa A	125	10,8	2,376	249	-21,298	0,000*
Grupa B	126	5,071	1,855			

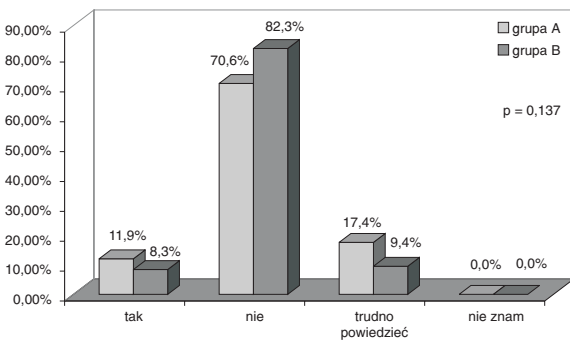
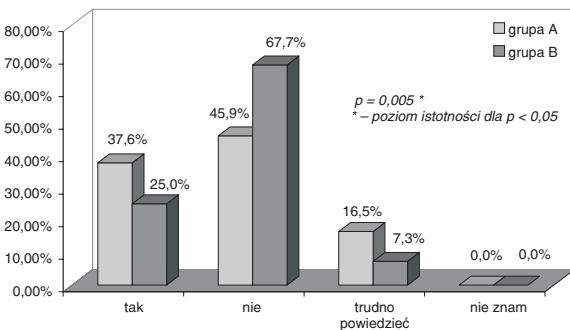
A, B – oznaczenie badanej grupy, N – liczba badanych uczestniczących w teście wiadomości, \bar{x} – średnia arytmetyczna, σ – odchylenie standardowe, df – liczba stopni swobody, t – wartość testu t-Studenta, p – poziom istotności, * – poziom istotności dla $p < 0,05$.

Celem poznania umiejętności pielęgniarek w zakresie drugiej fazy profilaktyki uzależnień od alkoholu wykorzystano przed szkoleniem kwestionariusz ankiety audytoryjnej, a 7 miesięcy po szkoleniu kwestionariusz ankiety pocztowej. Pomimo że po szkoleniu nastąpił znaczący wzrost w zakresie znajomości i stosowania przez pielęgniarki testu AUDIT zarówno w grupie A (df = 3, $\chi^2 = 11,84$, p = 0,000), jak i w grupie B (df = 3, $\chi^2 = 11,84$, p = 0,000), to analizując za pomocą testu χ^2 różnice między grupami, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w jego stosowaniu po szkoleniu (df = 2, $\chi^2 = 3,97$, p = 0,137). Pomimo szkolenia w obu grupach stosowanie testu AUDIT przez pielęgniarki było niskie. W grupie A wzrosło z 8 osób (6,4%) do 13 osób (11,93%), w grupie B z 3 osób (2,3%) do 8 osób (8,3%). Przed szkoleniem duży odsetek badanych

nie znał testu AUDIT, w grupie A 79 osób (63%), w grupie B 85 osób (64,9%). Po szkoleniu nie było pielęgniarek, które nie znałyby testu AUDIT. Wyniki te przedstawia rycina 1.

W obu grupach nastąpił znaczący wzrost w zakresie znajomości i stosowania przez pielęgniarki krótkiej interwencji antyalkoholowej, odpowiednio w grupie A (df = 3, $\chi^2 = 54,21$, p = 0,000), w grupie B (df = 3, $\chi^2 = 31,60$, p = 0,000). Analizując różnice między grupami A i B w poststępie za pomocą testu χ^2 pielęgniarki z grupy A istotnie częściej stosowały krótką interwencję antyalkoholową (df = 2, $\chi^2 = 10,46$, p = 0,005). Wyniki te przedstawia rycina 2.

Analiza różnic między grupami A i B w poststępie za pomocą testu χ^2 wykazała istotną różnicę w grupie A, w wykorzystaniu przez pielęgniarki w ramach strategii pomocnych w ograniczeniu, zaprzestaniu lub eliminowaniu picia napojów alkoholowych metod poznawczo-behawioralnych z różnymi technikami i środkami, jak: ustalanie wspólnie z pacjentem korzyści z ograniczenia lub wyeliminowania picia alkoholu – 35,8% ($\chi^2 = 6,09$, p = 0,047), wyjaśnianie pojęcia porcja standardowa – 24,7% ($\chi^2 = 13,20$, p = 0,001), wyjaśnianie pojęć: rozsądny limit picia, picie ryzykowne, picie szkodliwe – 29,4% ($\chi^2 = 6,41$, p = 0,041), proponowanie wykonywania badań pośrednio świadczących o poziomie spożycia alkoholu i szkód zdrowotnych – 28,4% ($\chi^2 = 6,17$, p = 0,046), uczenie zachowań asertywnych – 17,4% ($\chi^2 = 7,18$, p = 0,027), włączenie do współpracy lekarzy – 19,3% ($\chi^2 = 6,05$, p = 0,049). Zatem istotne zmiany zaszły w wykorzystaniu przez pielęgniarki w grupie A takich technik poznawczo-behawioralnych, jak: technika „bilansu strat i zysków”, „feedbacku”, „kontroli bodźców”, „rozpoznawania szkodliwych myśli i przeciwstawiania się im”. Nie doszło do istotnych różnic w wykorzystaniu po szkoleniu przez pielęgniarki w grupie A w stosunku do grupy B ważnych w zmianie negatywnych zachowań zdrowotnych technik, jak: „zawieranie umowy”, zachęcanie do „self-monitoringu” w postaci prowadzenia dzienników picia, „planowanie nagrody – pozytywne wzmocnienie”, „ćwiczenie nowych umiejętności”, „uczenie kontrolowanej ak-

**Ryc. 1.** Różnice w stosowaniu testu AUDIT między grupami A i B w poststępie**Ryc. 2.** Różnice w stosowaniu krótkiej interwencji antyalkoholowej między grupami A i B w poststępie

tywności”, planowanie wizyt kontrolnych i wspieranie w utrzymaniu abstynencji.

Pielęgniarki z grupy A w dniu zakończenia szkolenia oceniały poziom satysfakcji ze szkolenia, jego wartość merytoryczną, organizację, sposób prowadzenia, wartość materiałów pomocniczych na 5-punktowej skali, gdzie 1 oznaczało najniższą ocenę, zaś 5 najwyższą. 96% badanych było usatysfakcjonowanych udziałem w szkoleniu (odpowiedzi 4 i 5). Podobnie wysokie oceny (odpowiedzi 4 i 5) uzyskało szkolenie w pozostałych aspektach, takich jak: wartość merytoryczna 99,2% ($\bar{x} = 4,71$), organizacja szkolenia uwzględniająca czas przeznaczony na jego realizację 84,8% ($\bar{x} = 4,34$) i liczbę jego uczestników 88,8% ($\bar{x} = 4,31$), sposób prowadzenia szkolenia uwzględniający stosowane metody nauczania 97,0% ($\bar{x} = 4,75$) i formy nauczania 96,8% ($\bar{x} = 4,71$), wartość materiałów pomocniczych 99,2% ($\bar{x} = 4,75$). Ogólna ocena szkolenia była także wysoka ($\bar{x} = 4,73$). Po 7 miesiącach od zakończenia szkolenia zarówno pielęgniarki w grupie A, jak i B dokonały oceny przydatności szkolenia w działalności edukacyjnej pacjentów i szkoleniowej innych pracowników na 5-punktowej skali, gdzie 1 oznaczało najniższą ocenę, zaś 5 najwyższą. W grupie A średnia arytmetyczna przydatności edukacyjnej wynosiła 4,01, a szkoleniowej 3,71. W grupie B średnia arytmetyczna przydatności edukacyjnej wyniosła 3,40, a szkoleniowej 3,21. Przydatność szkolenia po 7 miesiącach od jego zakończenia w grupie A została oceniona wyżej niż w grupie B, a różnica ta była istotna statystycznie zarówno dla przydatności edukacyjnej ($df = 4$, $\chi^2 = 37,3790$, $p < 0,005$), jak i szkoleniowej ($df = 4$, $\chi^2 = 21,5496$, $p < 0,005$).

Dyskusja

Doświadczenia amerykańskie i krajów Europy Zachodniej wskazują, że odpowiednio przygotowany personel POZ może efektywnie zapobiegać uzależnieniu od alkoholu wśród swoich pacjentów. Pielęgniarki nie są przygotowane i nie czują się kompetentne w pracy z pacjentami mającymi problemy alkoholowe, na co zwraca m.in. uwagę program „Zdrowie 21” [3]. Z tego powodu optymistyczny wydaje się zaobserwowany przez autorki fakt, że po szkoleniu wzrosła liczba pielęgniarek POZ stosujących krótką interwencję antyalkoholową.

Ocena efektów szkolenia pielęgniarek w dziedzinie profilaktyki uzależnień od alkoholu nie ma w Polsce, jak dotąd, żadnej tradycji. Wobec czego trudno odwołać się do istniejących wyników czy podobnych w tej tematyce opracowań. Poziom zmian w zakresie wiedzy pielęgniarek, zwłaszcza w grupie A, jest zbieżny z wynikami uzyskanymi w amerykańskich badaniach ewaluacyjnych wśród

lekarzy nad projektem SAEFP, dotyczącym profilaktyki alkoholowych szkód zdrowotnych, gdzie obserwowano czterokrotny wzrost ich wiedzy i użyciu testu CAGE w ciągu roku, jaki upłynął od zakończenia kursu (z 6,1 do 24,2%; Cochran Q = 32,02, $df = 2$, $p < 0,01$) [4]. Wzrost ten jest porównywalny z ponad trzykrotnym wzrostem wiedzy badanych pielęgniarek w grupie A w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu (z 3,008 do 10,8, $t = 9,819$, $df = 248$, $p < 0,005$).

Uzyskane wyniki wśród pielęgniarek, jeśli chodzi o stosowanie testu AUDIT i krótkiej interwencji antyalkoholowej, nie korespondują z wynikami uzyskanymi podczas ewaluacji szkolenia lekarzy rodzinnych w zakresie profilaktyki i leczenia alkoholowych szkód zdrowotnych pod kierunkiem K. Ostaszewskiego i wsp. [11]. W stosunku do lekarzy pielęgniarki znacznie rzadziej stosowały testy przesiewowe, tj. test AUDIT w grupie A prawie 6-krotnie, w grupie B prawie 8-krotnie rzadziej. Jeśli chodzi o krótką interwencję antyalkoholową, to w grupie A jej prowadzenie przez pielęgniarki było porównywalne, w grupie B prawie o połowę niższe w stosunku do lekarzy. Również badania P. Bendsten, I. Akerlind [14] ze Szwecji wskazują na większe zaangażowanie się we wczesną diagnozę i interwencję antyalkoholową lekarzy ogólnych w stosunku do pielęgniarek po odbytym szkoleniu. Natomiast wyniki badań programu szkoleniowego przeprowadzonego wśród lekarzy ogólnych i pielęgniarek rejonowych w Sztokholmie na temat metod zapobiegania alkoholizmowi w POZ pokazują, że jego wpływ w obu grupach był ograniczony, szczególnie niskie było wykorzystanie testów do badań przesiewowych [15].

Odroczone wyniki przydatności szkolenia dla pielęgniarek w grupie A są porównywalne z wynikami uzyskanymi po ukończeniu kursu dla lekarzy rodzinnych w zakresie profilaktyki i leczenia alkoholowych szkód zdrowotnych [11].

Ogólny obraz uzyskanych wyników ewaluacji, mimo iż nieco niższy niż w programie dla lekarzy rodzinnych, świadczy na korzyść autorskiego programu szkoleniowego w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu dla pielęgniarek POZ i przemawia za jego upowszechnieniem na szerszą skalę w podyplomowym kształceniu pielęgniarek, zwłaszcza że są to wyniki uzyskane w schemacie badawczym z grupą porównawczą, w odroczo-nym czasie. Podjęte badania ewaluacyjne pomimo ograniczeń zastosowanej metody ewaluacji, np. ryzyka „zakłócenia” wyników przez zmienną aprobaty społecznej, przybliżają do obiektywnej oceny podjętych działań szkoleniowych w myśl założeń programu „Zdrowie 21”.

Wnioski

Analiza wyników badań wykazała, że:

1. Wiedza pielęgniarek w grupie A w stosunku do grupy B w zakresie problematyki profilaktyki alkoholowej po szkoleniu wzrosła istotnie statystycznie.
2. Większość umiejętności pielęgniarek w grupie A w stosunku do grupy B w zakresie drugiej fazy profilaktyki uzależnień od alkoholu po szkoleniu wzrosła istotnie statystycznie.
3. Przydatność szkolenia w grupie A została oceniona wyżej niż w grupie B, a różnica była istotna statystycznie.
4. Autorski program szkolenia dla pielęgniarek POZ w zakresie profilaktyki uzależnień od alkoholu może być uznany za modelowy w kształceniu podyplomowym.

Piśmiennictwo

1. Habrat B. *Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem*. Warszawa: Springer PWN; 1996: 1–143.
2. Ślósarska M, red. *Alkohol a zdrowie. Pacjenci z problemami alkoholowymi w podstawowej opiece zdrowotnej*. Warszawa: PARPA; 1997: 1–190.
3. *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa, Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”; 2001: 1–246.
4. Fleming M, Barry K, Davis A, et al. Faculty development in addiction medicine: project SAEFP, a one-year follow-up study. *Fam Med* 1994; 26: 221–225.
5. Naegle MA, editor. *Substance Abuse Education in Nursing*. Vols. I, II, III. New York: National League for Nursing Press; 1991–1993.
6. Babor TF, Ramon de la Fuente J, Saunders J, Grant M. *Test Rozpoznawania Zaburzeń Związanych z Piciem Alkoholu AUDIT. Przewodnik dla podstawowej opieki zdrowotnej. Publikacja Światowej Organizacji Zdrowia*. Warszawa: Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych; 1997: 1–34.
7. Israel Y, Hollander O, Sanchez-Craig M, et al. Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcohol Clin Exp Res* 1996; 20: 1443–1450.
8. Scott HK. Screening for hazardous drinking in a population of well women. *Br J Nurs* 2000; 2: 107–114.
9. Lock CA, Kaner E, Lamont S, Bond S. A qualitative study of nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *J Adv Nurs* 2002; 39(4): 333–342.
10. Grzelak J, Wolniewicz-Grzelak B. Ocena efektywności programów profilaktycznych. Perspektywa metodologiczna. *Alkoholizm i Narkomania* 1993; 13: 70–112.
11. Ostaszewski K, Fleming M, Murray M, Modrzejewska G. Ewaluacja modelu szkolenia lekarzy rodzinnych w zakresie profilaktyki i leczenia alkoholowych szkód zdrowotnych. *Alkoholizm i Narkomania* 2000; 2(13): 269–287.
12. Hughes M. Use of the stages of change/transtheoretical model in promoting continence. *J Community Nurs* 2002; 5: 30–33.
13. Sheridan ChL, Radmacher SA. *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: 1998: 1–259.
14. Bendsten P, Akerlind I. Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol Alcohol* 1999; 34(5): 795–800.
15. Andreasson S, Hjalmarsson K, Rehnman C. Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: a feasibility study. *Alcohol Alcohol* 2000; 35(5): 525–530.

Adres do korespondencji:

Anna Majda
Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydział Ochrony Zdrowia
Collegium Medicum UJ
ul. Michałowskiego 12
31-126 Kraków
Tel.: 0503 575-573
Fax: (012) 420-82-10
E-mail: majdanna@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.03.2006 r.

Po recenzji: 18.03.2006 r.

Zaakceptowano do druku: 20.03.2006 r.