

## EWALUACJA MODELU SZKOLENIA LEKARZY RODZINNYCH W ZAKRESIE PROFILAKTYKI I LECZENIA ALKOHOLOWYCH SZKÓD ZDROWOTNYCH

**Krzysztof Ostaszewski<sup>1</sup>, Michael Fleming<sup>2</sup>, Margaret Murray<sup>3</sup>,  
Grażyna Modrzejewska<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

<sup>2</sup> University of Wisconsin Medical School, Madison, Wisconsin (USA)

<sup>3</sup> National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)  
Bethesda, Maryland (USA)

<sup>4</sup> Śląska Akademia Medyczna w Katowicach

### **EVALUATION OF TRAINING COURSES FOR FAMILY PHYSICIANS IN PREVENTION AND TREATMENT OF ALCOHOL-RELATED PROBLEMS**

**ABSTRACT** – The goal of the study was to evaluate training courses in prevention and treatment of alcohol problems carried out as a result of the joint Polish-American project aimed at development of a medical education system in Poland. The education model was based on the American project SAEPF (Substance Abuse Education for Family Physicians) which consisted of 18 teaching methods that focused on clinical and prevention areas important for primary care physicians. There were three courses with the total group of 101 participants. The participants were taught by American and Polish facilitators using interactive teaching methods. The sample consisted mostly of family physicians and residents in family medicine (50,5%), other physicians (37,5%), medical schools' faculty (9%) and nurses (3%). The effectiveness of the training courses was evaluated using a pretest-posttest design with no control group. The pretest consisted of a self-report questionnaire completed before the course. The posttest consisted of a structured interview six or nine months after the course. Evaluation was based on the data from 93 participants (92% of the sample) who completed both pre- and posttest. The findings suggest significant increases in teaching activities conducted by the participants and positive changes in their clinical practice in prevention and treatment of alcohol problems. 75% of the participants implemented all or part of their individual teaching plan, in most cases for residents in family medicine. 70% of the courses participants reported changes in their clinical practice. Those who reported changes performed more precise diagnosis of alcohol problems (used screening tests and diagnostic history); used brief intervention methods to motivate for treatment patients who abused alcohol, and modified their personal attitudes towards patients with alcohol problems. The brief intervention and screening/assessment modules were indicated by the participants as most helpful both in clinical practice and in teaching activities. The results of this study suggest that the teaching program was successfully implemented and is recommended for routine use in the Polish system of teaching family physicians.

**Key words:** evaluation, training courses, family physicians, prevention, alcohol-related problems.

---

Badania zostały sfinansowane głównie ze środków Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

## WPROWADZENIE

Uzależnienie od alkoholu i inne problemy alkoholowe stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego polskiego społeczeństwa. Szacuje się, że liczba osób uzależnionych od alkoholu w Polsce sięga 600-700 tysięcy (14, 16), a liczba pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, u których występują ewidentne szkody zdrowotne związane z nieumiarkowanym piciem alkoholu (szkody somatyczne i psychiczne) wynosi około 2 miliony (16). Do tych danych należy dodać około 3 miliony osób (dzieci i dorosłych) będących członkami rodzin osób uzależnionych. Do najczęstszych problemów występujących w rodzinach z problemem alkoholowym należą: współuzależnienie, zaburzenia emocjonalne, schorzenia psychosomatyczne, a także demoralizacja, wykorzystywanie seksualne dzieci, zaniedbania wychowawcze, niedożywienie itd.

Mniej więcej do połowy lat 90. lekarze w Polsce nie byli przygotowywani w odpowiedni sposób do rozpoznawania problemów alkoholowych u pacjentów zgłaszających się do placówek podstawowej opieki zdrowotnej oraz do podejmowania stosownych interwencji. Stan nauczania o przeciwdziałaniu problemom alkoholowym w polskich akademiach medycznych był niewystarczający oraz niedostosowany do potrzeb lekarzy pierwszego kontaktu. Wyniki sondażu przeprowadzonego w akademiach medycznych na przełomie 1995 i 1996 roku wykazały, że na nauczanie o szkodach zdrowotnych spowodowanych alkoholem przeznaczona jest średnio zaledwie 10 godzin, głównie w ramach zajęć z psychiatrii. Stwierdzono także, że nauczanie studentów medycyny koncentruje się na zagadnieniach spotykanych głównie w specjalistycznym leczeniu psychiatrycznym i odwykowym (np. rzadkie przypadki powikłań uzależnienia od alkoholu) i tylko w niewielkim stopniu dotyczyło przygotowania przyszłych lekarzy do rozpoznawania i leczenia osób pijących w sposób ryzykowny lub szkodliwy (6).

Niewątpliwie, rola lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w profilaktyce i leczeniu problemów alkoholowych była jeszcze do niedawna niedoceniana w Polsce. Na podstawie badań amerykańskich ocenia się, że w populacji ludzi dorosłych około 15-20% pacjentów oraz 5-10% pacjentek leczących się w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej nadużywa alkoholu (11). Habrat (4) podkreśla, że liczba pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej pijących w sposób szkodliwy dla zdrowia może być w Polsce wyższa niż w USA ze względu na niekorzystny model picia (picie dużych ilości wysokoprocentowych alkoholi) i wyższy poziom spożycia alkoholu. Należy także brać pod uwagę fakt, że tylko około 10-15% populacji uzależnionych w Polsce korzysta z pomocy placówek leczenia odwykowego (19). Pozostali uzależnieni poszukują pomocy u lekarzy różnych specjalności (przede wszystkim u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej). Jeśli do tego dodać pacjentów pijących w sposób szkodliwy i ryzykowny to „zaburzenia spowodowane piciem alkoholu należą do najczęstszych chorób, z jakimi spotykają się lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i lekarze rodzinni” (19).

Doświadczenia amerykańskie i krajów Europy Zachodniej wskazują, że odpowiednio przygotowani lekarze pierwszego kontaktu mogą efektywnie zapobiegać części problemów u pacjentów nadużywających alkoholu. Prowadzone w wielu krajach

badania nad skutecznością metod wczesnej (krótkiej) interwencji wobec pacjentów nadużywających alkoholu wskazują, że może ona przyczynić do znaczącego obniżenia spożycia alkoholu u tych pacjentów (1, 8, 11). Lekarze rodzinni mogą odgrywać coraz większą rolę w sprawowaniu opieki nad pacjentami z problemami alkoholowymi między innymi poprzez: (a) stosowanie skutecznych procedur skriningowych mających na celu wykrywanie osób pijących w sposób ryzykowny, szkodliwy i osób uzależnionych; (b) podejmowanie wczesnej interwencji u pacjentów pijących szkodliwie; (c) motywowanie i kierowanie do leczenia specjalistycznego osób uzależnionych; (d) rozpoznawanie i leczenie zaburzeń u członków rodziny, których dotyczy następstwa picia; (e) stosowanie odpowiednich leków w leczeniu objawów abstynencyjnych i leczeniu podtrzymującym (2, 4, 5, 18, 19).

### Opis projektu

**Historia i cele projektu.** Dostrzegając potrzebę zwiększenia roli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w przeciwdziałaniu problemom alkoholowym w Polsce Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych rozpoczęła w połowie lat 90. w środowiskach medycznych serię działań szkoleniowych nastawionych na rozwój tzw. profilaktyki medycznej (17). Jednym z nich były działania szkoleniowe, których ewaluacja jest przedmiotem niniejszego artykułu. W 1995 roku rozpoczęto realizację polsko-amerykańskiego programu pod nazwą „*Profilaktyka szkód zdrowotnych związanych z nadużywaniem alkoholu przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej*”. Jego perspektywicznym celem był rozwój i wdrożenie w Polsce nowoczesnych metod szkolenia lekarzy rodzinnych w zakresie wczesnej profilaktyki i leczenia alkoholowych szkód zdrowotnych. Cel ten miał być realizowany poprzez: (a) adaptację wypróbowanego w USA modelu kształcenia lekarzy rodzinnych i opracowanie polskiej wersji standardowych materiałów pomocniczych do prowadzenia takich szkoleń; (b) wyposażenie grupy osób zaangażowanych w kształcenie lekarzy rodzinnych w odpowiednią wiedzę, umiejętności i narzędzia niezbędne do prowadzenia szkoleń. Pomyślna realizacja projektu miała przyczynić się do zwiększenia kompetencji lekarzy pierwszego kontaktu w rozpoznawaniu ryzykownego picia alkoholu, picia szkodliwego i uzależnienia, a także w stosowaniu metod krótkiej interwencji wobec pacjentów nadużywających alkoholu<sup>1</sup>.

Ze strony polskiej w realizację projektu zaangażowana była Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, natomiast ze strony amerykańskiej Narodowy Instytut Badań nad Nadużywaniem Alkoholu i Alkoholizmem (NIAAA) oraz zespół specjalistów kierowany przez prof. M. Fleminga z Uniwersytetu Wisconsin.

---

<sup>1</sup> Krótka interwencja jest rodzajem kilku lub kilkunastominutowej, ustrukturalizowanej porady lekarskiej, której celem jest zmniejszenie picia alkoholu u nieuzależnionych pacjentów pijących alkohol. Obejmuje ona ocenę kliniczną i przekazanie pacjentowi informacji o związku pomiędzy jego dolegliwościami a piciem alkoholu, ustalenie celów, technik modyfikacji zachowań, zawarcie umowy oraz przekazanie pacjentowi materiałów edukacyjnych.

**Trendy w rozwoju metod szkoleniowych w USA.** Pierwsze publikowane programy szkolenia lekarzy dotyczące problematyki uzależnień ukazały się w USA na początku lat 70. (3). Ich stopniowe upowszechnienie w uczelniach medycznych przyczyniło się do znaczącego zwiększenia liczby godzin przeznaczonych na nauczanie o uzależnieniach (9). W minionym trzydziestoleciu nastąpiły znaczne zmiany w podejściu do szkolenia lekarzy w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień. Wiązało się to przede wszystkim ze zmianą podejścia do problemów alkoholowych i innych uzależnień. W postępowaniu z pacjentami, którzy nadużywają alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, stopniowo odchodzono od modelu akcentującego ściśle biomedyczny charakter choroby (uzależnienia) na rzecz podejścia, w którym uwzględniano warunki społeczne (np. wsparcie rodziny lub dostęp do grup trzeźwościowych) oraz psychologiczne aspekty uzależnienia lub nadużywania substancji psychoaktywnych. W związku z tym punkt ciężkości prowadzonych szkoleń przesunął się z nauczania zagadnień teoretycznych na rzecz rozwoju kompetencji lekarzy, na które składa się wiedza, umiejętności i postawy niezbędne dla zajmowania się tego typu pacjentami. Istotną rolę odegrały tu postanowienia przyjęte w 1985 roku na konferencji AMER-SY (Association for Medical Education and Research in Substance Abuse) dotyczące minimalnego poziomu kompetencji wymaganych od lekarzy w zakresie postępowania z osobami nadużywającymi alkoholu lub innych substancji. Podnoszenie na wyższy poziom kompetencji wymagało zmian w podejściu do samego procesu kształcenia. Tradycyjne szkolenie polegające na przekazywaniu informacji w formie wykładów zostało poszerzone o uczenie umiejętności praktycznych i sposobów postępowania. W tym celu do szkoleń medycznych zaadaptowano model kształcenia aktywnie angażującego „ucznia”. Model ten korzystał z takich form jak: odgrywanie ról, dyskusje w małych grupach, techniki stosowania informacji zwrotnej, analizę przypadków. Przykładami nowych trendów w kształceniu medycznym są dwa popularne w USA programy szkolenia w zakresie uzależnień upowszechniane w amerykańskich uczelniach i środowiskach medycznych: ADEPT Alcohol and Drug Education for Physician Training (3) oraz SAEFP Substance Abuse Education for Family Physician (10, 15).

**Program szkolenia zastosowany w Polsce.** Do adaptacji w Polsce wybrano program szkolenia lekarzy rodzinnych SAEFP, który w USA został poddany procedurom ewaluacyjnym i uzyskał pozytywne oceny (7, 10). Głównym celem tego programu jest rozwijanie podstawowych kompetencji lekarzy rodzinnych w zakresie profilaktyki i leczenia problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Do nich należą między innymi umiejętności związane z wczesnym diagnozowaniem problemów alkoholowych u pacjentów zgłaszających się do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (umiejętne stosowanie wywiadu alkoholowego, posługiwanie się kwestionariuszowymi testami przesiewowymi CAGE i AUDIT, badaniami biochemicznymi, kliniczną oceną somatycznych objawów nadużywania alkoholu itd), a także posługiwanie się metodami wczesnej interwencji i/lub umiejętne motywowanie pacjentów do podjęcia leczenia specjalistycznego. Oryginalną cechą programu SAEFP jest dbanie o rozwój kadry szkoleniowej. W związku z tym, program SAEFP nastawia

wiony jest także na naukę podstawowych umiejętności kształcenia innych. Uczestnicy wyposażani są w zestaw narzędzi pomocnych w prowadzeniu ustrukturalizowanego szkolenia (cele szkolenia, podręcznik zawierający podstawowe wiadomości z dziedzin będących przedmiotem szkolenia i przeźrocza do wykładów, szczegółowe informacje źródłowe). Ponadto w czasie szkolenia uczestnicy tworzą indywidualny plan kaskadowych zajęć edukacyjnych. Dzięki temu program służy również tworzeniu się kadry instruktorów szkolących lekarzy rodzinnych. Informacje przekazywane podczas szkolenia oparte są o najnowsze wyniki badań naukowych dotyczące problematyki szkód zdrowotnych związanych z nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Program zaadaptowany w Polsce składał się z kilkunastu modułów edukacyjnych, które obejmowały następujące zagadnienia: 1/ epidemiologię i leczenie problemów alkoholowych, 2/ umiejętności porozumiewania się lekarz-pacjent, 3/ podstawowe wiadomości na temat sposobu prowadzenia badań klinicznych, 4/ umiejętności prowadzenia wywiadu z pacjentem i metody badań przesiewowych, 5/ techniki krótkiej interwencji w warunkach ambulatoryjnych, 6/ następstwa zdrowotne picia alkoholu, 7/ nadużywanie alkoholu wśród lekarzy i znaczenie ruchu Anonimowych Alkoholików, 8/ farmakoterapię, 9/ detoksykację, 10/ profilaktykę problemów alkoholowych, 11/ poprawę umiejętności nauczania studentów/rezydentów, 12/ opiekę nad wybranymi populacjami pacjentów, 13/ leczenie lęku i bólu u pacjentów z problemem alkoholowym, 14/ techniki postępowania wobec pacjentów palących papierosy, 15/ problemy alkoholowe w Polsce i polski system leczenia odwykowego, 16/ problemy alkoholowe w rodzinie i współuzależnienie, 17/ rozpoznawanie i leczenie zaburzeń związanych z używaniem innych substancji psychoaktywnych oraz 18/ krytyczną interpretację naukowego piśmiennictwa medycznego.

W latach 1995-97 przeprowadzono w Polsce trzy szkolenia: w Oborach w roku 1995, w Szczyrku w roku 1996 i w Iznocie w roku 1997. W ramach prac adaptacyjnych dokonano przekładu podręcznika pt. „Profilaktyka szkód zdrowotnych związanych z nadużywaniem alkoholu przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej” pod red. M. Fleminga, slajdów dydaktycznych do prowadzenia wykładów oraz innych materiałów pomocniczych. Szkolenia były prowadzone wspólnie przez amerykańskich i polskich specjalistów. Treść wykładów prowadzonych w języku angielskim była symultanicznie tłumaczona na język polski. Realizacja programu kursu wymagała około 40 godzin intensywnych zajęć szkoleniowych. Większa część szkolenia oparta była na ustrukturalizowanych formach wykładowych uzupełnionych slajdami. Część zajęć, których celem była nauka umiejętności, prowadzona była w małych grupach z wykorzystaniem form warsztatowych. Dotyczyło to takich modułów edukacyjnych, jak: zbieranie wywiadu alkoholowego i metody badań przesiewowych, metoda krótkiej interwencji, umiejętność udzielania (rezydentowi) informacji zwrotnej oraz umiejętność porozumiewania się lekarz-pacjent. W czasie zajęć warsztatowych stosowano metody aktywnego nauczania, takie jak: ćwiczenie praktycznych umiejętności w małych grupach, odgrywanie scenek, korzystanie z opisów przypadków, udzielanie informacji zwrotnych.

## METODA

Celem badań była ocena skuteczności trzech szkoleń przeprowadzonych w Polsce w ramach polsko-amerykańskiego projektu. Badania te były wzorowane na procedurach ewaluacyjnych, które zastosowano do oceny programu SAEFP w USA (7, 10). Do oceny efektów szkoleń zastosowano schemat pretest-posttest bez grupy porównawczej. Do dwukrotnych badań wykorzystano ankietę (bezpośrednio przed szkoleniem) i kwestionariusz wywiadu (6-9 miesięcy po szkoleniu), które zostały opracowane na podstawie narzędzi stosowanych wcześniej do ewaluacji projektu SAEFP (7, 10). W przypadku uczestników dwóch pierwszych szkoleń dane odroczone zbierano głównie za pomocą ustrukturalizowanych wywiadów telefonicznych, natomiast w przypadku trzeciego szkolenia te dane uzyskano za pomocą ankiety pocztowej i uzupełniających wywiadów telefonicznych.

Głównymi wskaźnikami skuteczności szkoleń były zmiany w działalności edukacyjnej i działalności klinicznej prowadzonej przez uczestników szkoleń w zakresie wczesnego rozpoznawania, profilaktyki i leczenia szkód zdrowotnych spowodowanych pićem alkoholu. Do oceny działalności szkoleniowej uczestników służyło pytanie: „Czy w następujących sytuacjach, w ciągu ostatniego roku akademickiego szkolili/a Pan/Pani inne osoby w zakresie problematyki nadużywania alkoholu lub innych substancji uzależniających?”, które zawierało listę ośmiu typowych sytuacji szkoleniowych (np. zajęcia szkoleniowe dla lekarzy stażystów/rezydentów, obchody lekarskie w szpitalu, zajęcia dydaktyczne dla studentów medycyny, indywidualne konsultacje z kolegami lekarzami). Zmiany w praktyce klinicznej oceniane były na podstawie danych retrospektywnych pochodzących z dwóch powiązanych ze sobą pytań: „Czy w wyniku szkolenia w ... zmienił/a Pan/Pani coś w swojej pracy klinicznej z pacjentami?” z kategoriami odpowiedzi: „tak”, „nie”, „trudno powiedzieć” oraz „Jeśli tak, proszę o określenie, na czym polegają zmiany? (pytanie otwarte).” Ponadto dodatkowymi wskaźnikami skuteczności szkoleń były zmiany w samoocenie kompetencji uczestników w zakresie problematyki uzależnień i odroczone ocena przydatności kursu. Oceny swoich kompetencji uczestnicy dokonywali na podstawie listy 18 obszarów z zakresu problematyki uzależnień (wiedza z zakresu epidemiologii, współczesnych teorii genetycznych, sposoby postępowania z pacjentami w określonych sytuacjach klinicznych, umiejętności diagnozowania i leczenia szkód zdrowotnych) stosując 10-punktową skalą szacunkową od „1” niezbyt kompetentny do „10” bardzo kompetentny. Przydatność kursu była oceniana oddzielnie dla pracy klinicznej i oddzielnie dla działalności szkoleniowej na skali 5-punktowej od „1” w ogóle nie przydatny do „5” bardzo przydatny.

Do analizy różnic pretest-posttest w zakresie zmiennych mierzonych na skalach szacunkowych zastosowano test *t* dla grup zależnych, natomiast w zakresie zmiennych dychotomicznych wykorzystano test McNemary. Pytanie otwarte dotyczące zmian w praktyce klinicznej analizowano metodą sędziów kompetentnych. Dla oceny różnic pre-post w analizach statystycznych przyjęto poziom istotności  $p < 0,01$ , ze względu na brak grupy porównawczej i ogólnie niski stopień kontroli zmiennych ubocznych.

**Osoby badane.** W trzech kursach łącznie uczestniczyło 101 osób. W ewaluacji wyników uwzględniono 93 osoby, od których uzyskano dane z dwóch pomiarów, przed rozpoczęciem szkolenia oraz w 6-9 miesięcy po jego zakończeniu. Stanowiło to 92% całej próby, Tabela 1. W grupie osób uwzględnionych w analizach skuteczności szkoleń było 60% kobiet, średnia wieku wynosiła 36 lat (w przedziale od 25 do 61 lat). Najliczniejszą grupę (50,5%) stanowili lekarze rodzinni z ukończoną specjalizacją lub przed jej ukończeniem (rezydenci medycyny rodzinnej), drugą co do wielkości grupę (37,5%) stanowili lekarze specjaliści różnych innych specjalności (interniści, psychiatry), trzecią grupę (9%) stanowiły osoby niebędące lekarzami, najczęściej prowadzące zajęcia dydaktyczne w akademiach medycznych (psycholodzy, socjolodzy). Ponadto wśród uczestników były trzy pielęgniarki. Spośród osób, które wykonywały zawód lekarza lub pielęgniarki, ponad 50% pracowało lub odbywało staże specjalizacyjne w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (przychodniach lub szpitalach rejonowych), znaczna część (około 30%) pracowała w klinikach lub przychodniach akademii medycznych, niewielka część osób prowadziła swoją praktykę kliniczną w innych miejscach. Zdecydowana większość uczestników (84%) określiła siebie jako osoby nie będące specjalistami w dziedzinie uzależnień. Osoby zajmujące się zawodowo profilaktyką i leczeniem uzależnień (16% próby) przede wszystkim uczestniczyły w pierwszym szkoleniu w Oborach. Dane ankietowe z pretestu wskazywały, że na leczenie pacjentów z problemem uzależnień uczestnicy szkoleń przeznaczali średnio około 13% swojego czasu pracy, przy czym wskaźnik ten dla grupy samych lekarzy pierwszego kontaktu był znacznie niższy i wynosił 4%, podczas gdy „specjaliści” w zakresie uzależnień przeznaczali średnio 60% swojego czasu pracy na leczenie tego typu pacjentów.

W szkoleniach uczestniczyli przedstawiciele 10 z 13. akademii medycznych istniejących w Polsce. Osoby te reprezentowały głównie nowo powstałe kolegia medycyny rodzinnej. Przy czym liczba przedstawicieli poszczególnych akademii uczestniczących w szkoleniach była zróżnicowana i wahała się w przedziale od 1 do 5 osób.

**Osoby „wykruszające się”.** Z całej próby „wykruszyło się” 8 osób (8%). Były to osoby z pierwszego i trzeciego szkolenia. W tej grupie znalazły się 3 kobiety i 5 mężczyzn, 4 lekarzy rodzinnych, 3 lekarzy innych specjalności i jedna osoba zaangażowana w kształcenie kadr medycznych.

**TABELA 1**

**Liczba uczestników poszczególnych kursów, którzy wzięli udział w dwukrotnym badaniu oraz liczba osób „wykruszających się”.**

	Obory 1995	Szczyrk 1996	Iznota 1997	Trzy kursy razem
Liczba uczestników w pre- i postteście	26 (26%)	34 (33,5%)	33 (32,5%)	93 (92%)
Liczba osób „wykruszających się” z próby	4 (4%)	0 (0%)	4 (4%)	8 (8%)
Liczba uczestników ogółem	30 (30%)	34 (33,5%)	37 (36,5%)	101 (100%)

## Ewaluacja procesu

Postępowanie ewaluacyjne dzieli się zwykle na trzy poziomy: ewaluację procesu, wyników i wpływu (13). Ewaluacja szkoleń prowadzonych w ramach tego projektu uwzględniała ocenę przebiegu realizacji szkoleń, czyli ewaluację procesu, ale przede wszystkim koncentrowała się na ocenie skuteczności szkoleń, czyli ewaluacji wyników.

Ewaluacja procesu realizacji szkoleń spełniała zasadniczo dwie funkcje: służyła kontroli standardów realizacji poszczególnych szkoleń oraz stanowiła podstawę do wprowadzania ewentualnych zmian lub modyfikacji w sposobie prowadzenia szkoleń, zawartości merytorycznej, organizacji szkoleń itp. Do oceny przebiegu realizacji szkoleń wykorzystano przynajmniej trzy źródła informacji:

1) dane z anonimowych ankiet stosowanych w trakcie i na zakończenie szkoleń, które dotyczyły: (a) oceny poszczególnych części szkolenia (modułów), ich zawartości merytorycznej, organizacji i sposobu prowadzenia, (b) poziomu satysfakcji z udziału w szkoleniu, (c) jakości tłumaczenia zajęć szkoleniowych (wykładów, warsztatów) oraz slajdów, (d) wartości materiałów pomocniczych oraz (e) przydatności kursu dla realizacji zadań zawodowych,

2) dane ankietowe uzyskiwane od każdego uczestnika przed rozpoczęciem szkolenia i w kilka miesięcy po jego zakończeniu (do ewaluacji procesu posłużyły wyjściowe dane dotyczące samooceny poziomu zainteresowań uczestników),

3) obserwacje realizatorów szkoleń i osób prowadzących ewaluację.

## Kontrola standardów realizacji szkoleń

Ocena realizacji poszczególnych szkoleń umożliwiła nam przybliżone oszacowanie tego, w jakim stopniu uczestnicy trzech szkoleń zostali poddani podobnym oddziaływaniom.

**Organizacja szkoleń.** Wszystkie trzy szkolenia trwały pięć dni i były zorganizowane w podobny sposób. Były to szkolenia wyjazdowe. Grupy szkoleniowe liczyły od 30 do 37 osób. Każde ze szkoleń było obsługiwane przez tę samą grupę profesjonalnych tłumaczy, którzy prowadzili symultaniczne tłumaczenie wykładów, warsztatów i innych zajęć. Uczestnicy wszystkich szkoleń wysoko oceniali poziom tłumaczenia zajęć, średnia ocen na 5-punktowej skali w każdym ze szkoleń utrzymywała się powyżej 4,5. Na każdym szkoleniu organizowane były specjalne zajęcia, które miały na celu integrację uczestników. Na podstawie odpowiedzi uczestników szkoleń na pytanie otwarte „wymień trzy rzeczy, które podobały ci się na szkoleniu” można przypuszczać, że uczestnicy wysoko oceniali organizację każdego szkolenia.

**Merytoryczny program zajęć.** Treść i tematyka zajęć szkoleniowych, poza jednym wyjątkiem, była bardzo zbliżona w czasie trzech szkoleń. Uczestnicy pierwszego szkolenia uczestniczyli w zajęciach, które były podzielone na 16 modułów edukacyjnych, podczas gdy w dwóch następnych szkoleniach program zajęć poszerzono o dwa moduły edukacyjne: „rozpoznawanie i leczenie zaburzeń związanych z używaniem innych substancji psychoaktywnych” i „postępowanie z pacjentami palącymi



papierosy”. W czasie dwóch pierwszych szkoleń uczestnicy oceniali na 5-punktowej skali poszczególne sesje tematyczne (moduły) ze względu na ich zawartość merytoryczną, formę przekazu i organizację zajęć. Średnie tych ocen wahały się w przedziale od 4,0 do 4,9 dla poszczególnych modułów, co wskazywało na utrzymywanie się w czasie tych szkoleń zbliżonego poziomu prowadzenia zajęć. W czasie trzeciego szkolenia zrezygnowano z prowadzenia tak szczegółowej ewaluacji ze względu na jej uciążliwość dla uczestników i niewielką przydatność dla celów badawczych.

Oceniano także jakość tłumaczenia na język polski slajdów dydaktycznych stosowanych standardowo w zajęciach szkoleniowych. Średnie ocen uzyskane w pierwszych dwóch szkoleniach (ok. 3,8 na 5-punktowej skali) wskazywały na potrzebę poprawienia tłumaczenia slajdów. Slajdy zostały poprawione, co znalazło odbicie w nieco lepszych ocenach uzyskanych na trzecim szkoleniu (średnia ocen tłumaczenia slajdów uległa poprawie i wynosiła 4,2).

**Kadra instruktorów.** Zgodnie z założeniami całego projektu kadra instruktorów zmieniała się w kolejnych szkoleniach. Pierwsze szkolenie prowadziło sześciu instruktorów z USA i czterech z Polski. Większość podstawowych zajęć pierwszego szkolenia była prowadzona przez kadre instruktorów z USA. W następnych szkoleniach „proporcje” uległy odwróceniu. Polscy wykładowcy stopniowo przejmowali prowadzenie większej liczby zajęć. W rezultacie w czasie trzeciego szkolenia większość zajęć była prowadzona przez polskich instruktorów. Uczestnicy trzech szkoleń podobnie oceniali profesjonalizm i przygotowanie wykładowców. Świadczą o tym zbliżone liczby pozytywnych wypowiedzi uczestników poszczególnych szkoleń na temat wykładowców, które odnotowano w odpowiedzi na otwarte pytanie o trzy rzeczy, które najbardziej podobały się na szkoleniu.

**Skład uczestników oraz poziom ich zainteresowania w zakresie problematyki uzależnień.** W każdej grupie szkoleniowej znalazły się cztery grupy zawodowe: lekarze rodzeni, rezydenci medycyny rodzinnej, lekarze innych specjalności i wykładowcy z akademii medycznych. Proporcje poszczególnych grup zawodowych różniły się w zależności od szkolenia. W pierwszym i trzecim szkoleniu przeważali lekarze specjaliści z innych dziedzin niż medycyna rodzinna, natomiast w drugim szkoleniu największą grupę stanowili lekarze rodzeni i rezydenci medycyny rodzinnej. Ponadto w pierwszym szkoleniu uczestniczyła duża grupa osób zajmujących się zawodowo profilaktyką lub leczeniem uzależnień (ok. 40% wszystkich uczestników), co nie miało miejsca w pozostałych dwóch szkoleniach.

Uczestnicy trzech kursów nie różnili się istotnie pod względem stopnia zainteresowania problematyką uzależnień – (mierzonego przed każdym szkoleniem w 18 wyróżnionych obszarach za pomocą 10-punktowej skali, gdzie „1” oznaczało niezainteresowany a „10” bardzo zainteresowany). Średnia ocen uczestników poszczególnych kursów była dość wysoka, dla pierwszego kursu 7,9, dla drugiego 8,3 i dla trzeciego 7,7.

**Samokształcenie i udział w innych szkoleniach z zakresu profilaktyki i leczenia alkoholowych szkód zdrowotnych.** W czasie zbierania danych w 6-9 miesięcy od ukończenia kursu pytano, czy od ukończenia kursu uczestnicy brali udział w in-

nych formach szkolenia lub samokształcenia w zakresie problematyki uzależnień. Zdecydowana większość (80%) brała udział w jakiejś, zazwyczaj krótkiej, formie doksztalcania się w tej dziedzinie. Najczęściej był to rodzaj samokształcenia polegający na czytaniu lektur lub materiałów edukacyjnych (40% spośród tych, którzy się doksztalcali) oraz prezentacje przypadków klinicznych w celach szkoleniowych (39%). Ponadto około 30% odwiedziło oddział odwykowy lub inny ośrodek leczenia uzależnień. Niewątpliwie, część działań samokształceniowych była powiązana z realizacją planu zajęć edukacyjnych, który uczestnicy opracowali w czasie szkolenia i realizowali po jego zakończeniu, czyli była w pewnym sensie kontynuacją szkolenia. Jednak spora część tych działań (np. prezentacje przypadków klinicznych) nie była raczej powiązana z ocenianymi szkoleniami.

### **Zmiany i modyfikacje wprowadzane na skutek informacji zbieranych podczas szkoleń**

W wyniku informacji zebranych głównie w trakcie pierwszego szkolenia wprowadzono następujące poprawki i modyfikacje:

- opracowano metodycznie cztery nowe, w stosunku do oryginału amerykańskiego, moduły edukacyjne („problemy alkoholowe w Polsce i polski system leczenia odwykowego”, „rodzina i współuzależnienie”, „rozpoznawanie i leczenie zaburzeń związanych z używaniem innych substancji psychoaktywnych” i „postępowanie z pacjentami palącymi papierosy”);

- poprawiono jakość tłumaczenia slajdów dydaktycznych stosowanych jako standardowe materiały pomocnicze do prowadzenia szkoleń;

- wprowadzono do podręcznika i materiałów pomocniczych większą liczbę odniesień do sytuacji w Polsce (dane epidemiologiczne, stan profilaktyki i leczenia w Polsce, stosowane leki i procedury postępowania itp.);

- zmodyfikowano rekrutację uczestników: zrezygnowano z zapraszania na kolejne szkolenia osób zawodowo zajmujących się profilaktyką i leczeniem uzależnień, jako że szkolenie było nastawione na lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i na osoby zajmujące się szkoleniem lekarzy rodzinnych.

### **Ewaluacja wyników**

Ocena efektów szkoleń koncentrowała się wokół dwóch głównych zagadnień związanych bezpośrednio z celami szkolenia: wpływu zajęć szkoleniowych na działalność edukacyjną i praktykę kliniczną uczestników w zakresie profilaktyki i leczenia szkód zdrowotnych związanych z piciem alkoholu. Ponadto oceniano wpływ zajęć szkoleniowych na samoocenę kompetencji w zakresie 18 zagadnień dotyczących profilaktyki i leczenia szkód zdrowotnych oraz brano pod uwagę odroczoną w czasie ocenę przydatności szkolenia dla działalności klinicznej i szkoleniowej.

**Zmiany w działalności edukacyjnej uczestników.** Uczestnicy trzech kursów znacząco zwiększyli swoją działalność szkoleniową w zakresie problematyki naduży-

wania alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Porównanie działalności szkoleniowej prowadzonej przez uczestników kursów w ciągu ostatniego roku przed szkoleniem i w ciągu 6-9 miesięcy po szkoleniu wskazuje, że znacząco zwiększyła się liczba uczestników, którzy prowadzili działalność szkoleniową z tej dziedziny w następujących sytuacjach: (a) w czasie seminariów lub innych zajęć szkoleniowych dla lekarzy stażystów i rezydentów medycyny rodzinnej, (b) w czasie indywidualnych konsultacji z innym lekarzem specjalistą; (c) w czasie indywidualnych konsultacji z lekarzem stażystą lub rezydentem medycyny rodzinnej; (d) w innych sytuacjach – najczęściej dotyczyło to szkolenia średniego personelu medycznego, następnie szkolenia różnych grup zawodowych – instruktorów terapii odwykowej, księży, kuratorów sądowych, pracowników socjalnych i innych osób – zainteresowanych problematyką uzależnień, część osób prowadziła szkolenia w trakcie rutynowych zebrań własnych zespołów, Tabela 2.

TABELA 2

**Porównanie działalności szkoleniowej dotyczącej uzależnień prowadzonej przez uczestników trzech kursów w ciągu ostatniego roku przed szkoleniem i w ciągu 6-9 miesięcy po szkoleniu.**

Sytuacje szkoleniowe	Pretest, odsetki uczestników, którzy szkolili innych, N= 91	Posttest, odsetki uczestników, którzy szkolili innych, N= 91	Liczba osób, które pierwszy raz po kursie szkolili innych w tej sytuacji	Poziom istotności (test McNemary)
Seminaria dla lekarzy stażystów i rezydentów	12,1%	49,5%	37	0,001
Zajęcia dydaktyczne dla studentów medycyny	12,1%	18,7%	9	n.i.
W czasie obchodów lekarskich w szpitalu	7,7%	18,7%	13	0,021
W ramach nadzoru ostrego dyżuru	5,5%	14,3%	9	0,021
Indywidualne konsultacje z lekarzem stażystą lub rezydentem	13,2%	42,9%	28	0,001
Indywidualne konsultacje ze studentem medycyny	11,0%	9,9%	6	n.i.
Indywidualne konsultacje z innym lekarzem specjalistą	4,4%	28,6%	22	0,001
W innych sytuacjach: szkolenia pielęgniarek, innych grup zawodowych, zebrania własnego zespołu	20,9%	59,3%	38	0,001

**Zastosowanie w praktyce planu szkolenia innych osób w zakresie problematyki uzależnień.** Każdy z uczestników na zakończenie kursu opracował indywidualny plan szkolenia kaskadowego. Siedemdziesiąt pięć procent uczestników trzech kursów zastosowało ten plan w praktyce (w całości lub częściowo) w 6 do 9 miesięcy od zakończenia szkolenia. Najliczniejsza grupa uczestników, którzy wykonali plan zajęć dydaktycznych (91%), pochodziła z drugiego szkolenia (Szczyrk '96), a najmniej liczna (53%) z trzeciego kursu (Iznota '97), Tabela 3.

TABELA 3

Liczba uczestników, którzy po kursie zastosowali (w całości lub częściowo) plan szkolenia kaskadowego opracowany w ramach kursu.

	Kurs Obory '95 N= 26; 6 miesięcy odroczenia	Kurs Szczyrk '96 N= 34; 9 miesięcy odroczenia	Kurs Iznota '97 N= 33; 9 miesięcy odroczenia	Trzy kursy razem N = 93
Zastosowali plan szkolenia (w całości lub częściowo)	21 (81%)	31 (91%)	18 (54,5%)	70 (75%)
Nie zastosowali planu	5 (19%)	3 (9%)	15 (45,5%)	23 (25%)

Ponad połowa uczestników, którzy zastosowali plan w praktyce (N=70), szkoliła innych w zakresie metod stosowania badań przesiewowych dotyczących alkoholu (74% tych, którzy zastosowali plan) oraz w zakresie metody krótkiej interwencji (68%). Około jedna trzecia uczestników przekazywała wiedzę na temat epidemiologii problemów alkoholowych (32%) i szkód zdrowotnych spowodowanych pićm alkoholu (26%). Niektóre z pozostałych modułów edukacyjnych, takie jak: profilaktyka problemów alkoholowych, relacja lekarz-pacjent, farmakoterapia były wykorzystywane w mniejszym stopniu (przez około 10% uczestników). Głównymi odbiorcami tych szkoleń byli rezydenci medycyny rodzinnej (50%), lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, w tym także lekarze zdobywający specjalizację z medycyny rodzinnej w ramach tzw. krótkiej ścieżki (28%), lekarze innych specjalności (28%), pielęgniarki (30%) i studenci medycyny (16%). Ponad połowa uczestników w realizacji planów szkoleniowych wykorzystywała kombinację metod edukacyjnych składającą się z krótkich form wykładowych i aktywnych metod nauczania (odgrywanie ról, praca w małych grupach itp.). Około jedna trzecia uczestników opierała swoje szkolenia tylko na formach wykładowych, natomiast niewielka grupa wykorzystywała tylko formy warsztatowe (około 10%)<sup>2</sup>.

**Zmiany w działalności klinicznej uczestników w zakresie profilaktyki i leczenia problemów alkoholowych.** Informacje uzyskane od 70% uczestników trzech kursów – po 6-9 miesiącach od zakończenia szkoleń – wskazują, że udział w kursie szkoleniowym wpłynął na ich praktykę kliniczną w zakresie wczesnego rozpoznawania, profilaktyki i leczenia alkoholowych szkód zdrowotnych. Niespełna 20% absolwentów nie miało pewności, czy kurs wpłynął na ich praktykę kliniczną lub informowało o braku jakichkolwiek zmian. Pytanie to nie dotyczyło 11% uczestników (głównie nauczycieli akademickich), którzy nie zajmowali się leczeniem pacjentów, Tabela 4. Dane poszczególnych szkoleń zestawione w Tabeli 4. wskazują, że w przypadku dwóch pierwszych szkoleń uzyskano wyniki świadczące o tym, że około trzy czwarte uczestników odnotowało zmiany w swojej praktyce klinicznej, natomiast w przypadku trzeciego szkolenia dotyczyło to nieco ponad połowy uczestników.

Wyniki ewaluacji pozwalały na określenie, na czym polegały zmiany w praktyce klinicznej uczestników szkoleń. Odpowiedzi absolwentów kursów, którzy informo-

<sup>2</sup> Odsetki odpowiedzi w pytaniach dotyczących tematów i odbiorców szkoleń przekraczają 100% ze względu na to, że uczestnicy niejednokrotnie szkolili kilka grup odbiorców w zakresie kilku tematów.

TABELA 4

Liczba uczestników szkoleń, którzy w 6-9 miesięcy od zakończenia kursu informowali o zmianach w swojej praktyce klinicznej.

	Kurs Obory '95 N= 26; 6 miesięcy odroczenia	Kurs Szczyrk '96 N= 34; 9 miesięcy odroczenia	Kurs Iznota '97 N= 33; 9 miesięcy odroczenia	Trzy kursy razem N = 93
Zmiany w praktyce klinicznej	20 (77%)	26 (76%)	19 (58%)	65 (70%)
Brak lub brak pewności zmian w praktyce klinicznej	4 (15%)	5 (15%)	8 (24%)	17 (18%)
Nie dotyczy (osoby nie zajmujące się leczeniem)	2 (8%)	3 (9%)	6 (18%)	11 (12%)

wali o zmianach w swojej praktyce klinicznej (N=65), świadczą o tym, że zmiany te dotyczyły trzech obszarów wczesnej profilaktyki i leczenia alkoholowych szkód zdrowotnych: bardziej precyzyjnej diagnozy problemów alkoholowych z wykorzystaniem diagnostycznego wywiadu alkoholowego i testów przesiewowych (66% tych, którzy informowali o zmianach), stosowania w warunkach ambulatoryjnych metody krótkiej interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie (40%) oraz modyfikacji własnej postawy wobec pacjentów z problemem alkoholowym, na przykład, zmniejszenie napięcia w kontaktach z osobami uzależnionymi od alkoholu, lepszego rozumienia potrzeb tych pacjentów (27%)<sup>3</sup>.

**Zmiany w samoocenie kompetencji uczestników szkoleń w zakresie problematyki uzależnień.** Zmiany w samoocenie kompetencji uczestników szkoleń były oceniane na podstawie dwukrotnych pomiarów – przed i po szkoleniu – w zakresie 18 zagadnień dotyczących problematyki uzależnień. Analizy te prowadzono oddzielnie dla dwóch grup uczestników: osób specjalizujących się zawodowo w zakresie uzależnień (n=15) i osób nie będących specjalistami w zakresie uzależnień (n=78). Zgodnie z przewidywaniami „specjaliści” wyżej niż „niespecjaliści” oceniali swój poziom kompetencji we wszystkich 18 wyróżnionych obszarach, Tabela 5. Wyniki grupy specjalistów wskazywały na znaczące zmiany tylko w dwóch spośród osiemnastu obszarów: w zakresie umiejętności prowadzenia diagnostycznego wywiadu na temat picia alkoholu i używania innych substancji oraz w zakresie prowadzenia krótkiej interwencji wobec pacjentów nadużywających alkoholu. W zakresie dwóch innych umiejętności: motywowania pacjentów do leczenia i prowadzenia leczenia podtrzymującego, korzystne różnice między pre- i posttestem były zbliżone do progu istotności statystycznej. Porównanie samooceny kompetencji – przed i po szkoleniu – w grupie osób nie będących specjalistami wskazuje na znaczące zmiany we wszystkich 18 wyróżnionych obszarach wiedzy i umiejętności dotyczących problematyki uzależnień.

**Odroczona ocena przydatności kursu dla działalności klinicznej i szkoleniowej.** Odroczona (o 6 do 9 miesięcy) ocena przydatności kursu wskazuje, że uczestnicy trzech

<sup>3</sup> Odsetki odpowiedzi na otwarte pytanie o zmiany w praktyce klinicznej przekraczają 100%, ze względu na to, że niektórzy uczestnicy udzielali odpowiedzi, które opisywały kilka zmian.

TABELA 5

Porównanie samooceny kompetencji uczestników – przed i po szkoleniu – w zakresie 18 zagadnień dotyczących problematyki uzależnień. Uczestnicy oceniali poziom swoich kompetencji na 10-punktowej skali, gdzie „1” oznaczało najniższą ocenę a „10” najwyższą. Różnice analizowano za pomocą testu t dla grup zależnych.

Zagadnienia dotyczące problematyki uzależnień	Uczestnicy zawodowo zajmujący się profilaktyką lub leczeniem uzależnień, N=15		Poziom istotności	Uczestnicy nie będący specjalistami w zakresie profilaktyki uzależnień, N= 78		Poziom istotności
	Pretest średnia (odch. stand.)	Posttest średnia (odch. stand.)		Pretest średnia (odch. stand.)	Posttest średnia (odch. stand.)	
Definicje i kryteria diagnost. dotyczące picia alkoholu i używania innych substancji psychoaktywnych	7,80 (1,97)	7,53 (2,87)	n.i.	3,72 (1,86)	6,39 (1,75)	0,001
Epidemiologia i przebieg szkód zdrowotnych związanych z picieniem alkoholu lub używaniem innych substancji psychoakt.	7,06 (1,71)	7,27 (2,76)	n.i.	4,26 (2,07)	6,64 (2,02)	0,001
Współczesne teorie genetyczne dot. skłonności do nadużywania alkoholu i innych substancji	5,86 (1,40)	6,00 (2,90)	n.i.	2,66 (1,84)	4,99 (2,30)	0,001
Związek pomiędzy używaniem alkoholu lub innych substancji a nieprawidłowościami w funkcjonowaniu rodziny	6,40 (2,16)	6,80 (1,82)	n.i.	4,74 (2,34)	7,29 (1,71)	0,001
Profilaktyka problemów alkoholowych i innych uzależnień	6,86 (1,30)	6,93 (1,91)	n.i.	3,48 (1,81)	6,69 (1,80)	0,001
Farmakologia powszechnie nadużywanych substancji psych.	6,53 (2,41)	7,06 (3,10)	n.i.	3,55 (2,01)	5,49 (2,22)	0,001
Mechanizmy patofizjologiczne intoksykacji, uzależnienia, tolerancji oraz zesp. abstynen.	7,00 (2,10)	7,27 (2,63)	n.i.	3,21 (1,88)	5,63 (2,13)	0,001
Stany zatrucia i przewlekłego picia alkoholu lub używania innych substancji psychoaktyw.	7,40 (1,59)	6,86 (2,67)	n.i.	3,47 (1,97)	5,42 (2,19)	0,001
Wiedza o prawnych aspektach badania ilości alkoholu we krwi i wydychanym powietrzu	5,07 (2,79)	6,60 (2,58)	n.i.	3,47 (2,28)	5,19 (2,57)	0,001
Znajomość przepisów dot. stosowania w medycynie substancji narkotycznych	5,71 (2,67)	5,93 (2,43)	n.i.	2,75 (1,92)	5,34 (2,70)	0,001
Badania przesiewowe dot. wczesnych i późnych objawów nadużywania alkoholu	5,20 (2,53)	6,60 (2,10)	n.i.	2,54 (1,63)	6,53 (2,21)	0,001
Prrowadzenia wywiadu na temat picia alkoholu i używania innych substancji	7,93 (1,58)	8,73 (0,96)	0,013	3,70 (2,10)	7,36 (1,76)	0,001
Rozpoznawanie somatycznych objawów nadużywania alkoholu lub innych substancji	8,06 (1,83)	8,53 (0,74)	n.i.	4,20 (2,00)	7,10 (2,04)	0,001
Prrowadzenie krótkiej interwencji w warunkach ambulatoryjnych	5,64 (2,76)	7,92 (1,49)	0,005	2,97 (2,07)	7,27 (2,31)	0,001
Motywowanie pacjentów nadużywających lub uzależnionych do leczenia	6,46 (2,38)	7,66 (1,23)	0,060	3,34 (1,81)	6,71 (1,90)	0,001
Prrowadzenie leczenia podtrzymującego po zakończeniu terapii odwykowej	6,26 (2,25)	7,46 (1,35)	0,033	2,34 (1,55)	5,22 (2,36)	0,001
Leczenie przedawkowania substancji psychoaktywnych	5,80 (2,57)	6,27 (2,63)	n.i.	2,81 (1,88)	4,51 (2,25)	0,001
Leczenie zespołów abstynencyjnych	7,33 (2,35)	7,53 (2,29)	n.i.	2,89 (1,90)	4,86 (2,40)	0,001

kursów (traktowani jako jedna grupa) w podobny sposób oceniali przydatność kursu dla działalności szkoleniowej, klinicznej oraz przydatność podręcznika. Średnia ocen na tych trzech wymiarach w 5-punktowej skali oscylowała wokół liczby 4, Tabela 6. Oceny przydatności kursu i podręcznika różniły się w zależności od kursu. Generalne średnie ocen przydatności wyrażane przez uczestników trzeciego kursu były znacząco mniejsze od ocen przydatności wyrażanych przez uczestników pozostałych dwóch kursów ( $p < 0,01$ ).

TABELA 6

Odroczona ocena przydatności kursu oraz podręcznika dla działalności klinicznej i szkoleniowej w zakresie profilaktyki i leczenia alkoholowych szkód zdrowotnych. Średnie ocen na 5-punktowej skali od „1” - w ogóle nieprzydatny do „5” - bardzo przydatny.

	Kurs Obory '95 N=26; 6 miesięcy odroczenia	Kurs Szczyrk '96 N=34; 9 miesięcy odroczenia	Kurs Iznota '97 N=33; 9 miesięcy odroczenia	Trzy kursy razem N=93
Przydatność ze względu na rozwój umiejętności szkoleniowych	4,56 (n=24)	4,06 (n=34)	3,59 (n=32)	4,03 (n=91)
Przydatność ze względu na rozwój umiejętności klinicznych	4,13 (n=24)	4,33 (n=30)	3,63 (n=27)	4,04 (n=81)
Przydatność podręcznika	4,42 (n=26)	4,14 (n=34)	3,45 (n=33)	3,98 (n=93)

Odroczona ocena przydatności poszczególnych sesji edukacyjnych (modułów) wyraźnie wskazuje, że uczestnicy trzech szkoleń za najbardziej przydatne uważali dwa moduły: badania przesiewowe dotyczące picia alkoholu oraz metodę krótkiej interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie lub szkodliwie. Około 60% uczestników wymieniło te dwa moduły jako najbardziej przydatne. Około jedna trzecia uczestników jako przydatne wymieniła moduły dotyczące umiejętności porozumiewania się lekarz-pacjent, profilaktyki problemów alkoholowych. Pozostałe moduły były wymieniane sporadycznie.

## PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Wyniki ewaluacji procesu pozwalają na przyjęcie założenia, że – mimo odnotowanych różnic – uczestnicy poszczególnych kursów uczestniczyli w tym samym programie szkoleniowym. Standardy organizacji trzech kursów i ich zawartość merytoryczna były bardzo zbliżone. Odnotowano u uczestników trzech szkoleń podobny, wysoki poziom zainteresowań problematyką uzależnień. Ewaluacja wyników wskazuje, że :

1) znacząco zwiększyło się zaangażowanie uczestników szkoleń w prowadzenie edukacji na rzecz rezydentów medycyny rodzinnej, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i innych lekarzy w zakresie profilaktyki i leczenia szkód zdrowotnych spowodowanych picciem alkoholu. Na wzrost aktywności szkoleniowej uczestników wpłynęło niewątpliwie zastosowanie przez większość z nich planu szkolenia kaskadowego opracowanego w ramach kursu;

2) większość lekarzy-uczestników – w 6-9 miesięcy od zakończenia kursów – zaobserwowała w swojej działalności klinicznej zmiany, które przypisywali udziałowi w szkoleniu; dotyczyło to przede wszystkim prowadzenia u pacjentów bardziej precyzyjnego diagnozowania problemów alkoholowych, stosowania metody krótkiej interwencji i zmiany postaw wobec pacjentów nadużywających alkoholu;

3) uczestnicy dwóch spośród trzech kursów wysoko ocenili przydatność szkolenia i podręcznika w zakresie zadań zawodowych (średnia ocen powyżej 4 na 5-punktowej skali). Najbardziej przydatne w szkoleniu innych i działalności klinicznej w zakresie profilaktyki i leczenia problemów alkoholowych okazały się zajęcia z zakresu metody krótkiej interwencji i badań przesiewowych;

4) u uczestników szkoleń nie będących specjalistami w zakresie uzależnień odnotowano znaczący wzrost samooceny kompetencji we wszystkich 18 badanych obszarach dotyczących problematyki uzależnień. Jednocześnie w grupie „specjalistów” w dziedzinie uzależnień, którzy uczestniczyli w szkoleniu, odnotowano znaczące zmiany w spostrzeganiu swoich kompetencji w zakresie dwóch związanych ze sobą umiejętności: umiejętności prowadzenia diagnostycznego wywiadu alkoholowego i prowadzenia krótkiej interwencji w warunkach ambulatoryjnych;

5) skuteczność dwóch pierwszych kursów była wyższa niż trzeciego kursu, co znalazło swoje odbicie w ocenach przydatności kursu oraz mniejszych odsetkach osób z trzeciego kursu, którzy zrealizowali swój plan kaskadowych zajęć edukacyjnych oraz którzy spostrzegali zmiany w działalności klinicznej będące wynikiem szkolenia.

Przeprowadzona ewaluacja wskazała na szereg pozytywnych wyników szkoleń. Podobnie jak w amerykańskich badaniach ewaluacyjnych nad projektem SAEFP (7,10) główne efekty szkoleń polegały na zwiększeniu aktywności edukacyjnej i zmianach w działalności klinicznej uczestników. Polskie badania ewaluacyjne wskazują na duże zapotrzebowanie środowiska lekarzy pierwszego kontaktu na zwiększanie kompetencji w zakresie metod wczesnego diagnozowania problemów alkoholowych (badania przesiewowe) oraz w zakresie skutecznych metod interwencji możliwych do zastosowania w warunkach ambulatoryjnych (metoda krótkiej interwencji). Przy interpretacji wyników należy jednak zwrócić uwagę na ograniczenia związane z zastosowanymi narzędziami i schematem badawczym. Do ewaluacji szkoleń zastosowano schemat pretest-posttest bez grupy porównawczej. Nie jest to najmocniejszy test skuteczności programu, ponieważ nie uwzględnia on wpływu różnych innych zmiennych niezwiązanych z realizacją programu, które mogły wpłynąć na obserwowane zmiany. Innymi słowy, zastosowany schemat ewaluacji nie pozwala na jednoznaczne wnioskowanie o przyczynach obserwowanych zmian. W konsekwencji możemy tylko z dużym prawdopodobieństwem domniemywać, że pozytywne zmiany są wynikiem udziału w szkoleniu, ale nie można mieć co do tego całkowitej pewności (12). Drugie ograniczenie wiąże się z zastosowanymi wskaźnikami skuteczności szkoleń (zmiany w samoocenie kompetencji i zmiany w praktyce klinicznej). Pomiar tych wskaźników był oparty na danych pochodzących z relacji (samoopisu) uczestników, co prawie zawsze łączy się z ryzykiem „zakłócenia” wyników przez zmienną aproba-



ty społecznej. Inne metody rejestrowania zmian w zachowaniach uczestników szkoleń (np. bezpośrednia obserwacja czy nawet analiza dokumentacji lekarskiej) były niemożliwe do zastosowania w praktyce, między innymi ze względu na tajemnicę lekarską. Udział w szkoleniu grupy „specjalistów” i nie-specjalistów w dziedzinie uzależnień pozwolił na przeprowadzenie w ograniczonym zakresie kontroli trafności narzędzia oceniającego wpływ szkolenia na spostrzegany poziom kompetencji uczestników. Zróżnicowanie wyników tych dwóch grup pozwala sądzić, że jest to narzędzie trafne. Trudno jednak ocenić, w jakim stopniu obciążone jest zmienną aprobaty społecznej.

Niniejsze badania nie dotyczyły wpływu projektu na rozwój w Polsce systemu szkolenia lekarzy rodzinnych w zakresie wczesnego rozpoznawania, profilaktyki i leczenia szkód zdrowotnych związanych z piciem alkoholu. Jest to interesujące zagadnienie, ale wykraczające poza zakres podjętych prac ewaluacyjnych. Niemniej jednak można stwierdzić, że zarówno podjęte działania praktyczne, jak i badania nad ich skutecznością przyczyniły się do szerszego uwzględnienia tej problematyki w działaniach podejmowanych z myślą o rozwiązywaniu problemów alkoholowych w Polsce. Świadczą o tym, między innymi, inicjatywy szkoleniowe i wydawnicze Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych ukierunkowane w ostatnich latach na środowiska lekarzy, pielęgniarek i studentów medycyny (16).

Wniosek końcowy. Podjęte badania – mimo ograniczeń zastosowanej metody ewaluacji – przybliżyły nas do obiektywnej oceny skuteczności podjętych działań szkoleniowych. Wyniki badań ewaluacyjnych pozwalają na rekomendowanie zastosowanego modelu szkolenia do szerokiego stosowania w podyplomowym kształceniu lekarzy rodzinnych i innych lekarzy pierwszego kontaktu. Jednocześnie z badań wynika, że ten program szkolenia jest najbardziej przydatny w przygotowywaniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do wczesnego rozpoznawania problemów alkoholowych (umiejętność prowadzenia diagnostycznego wywiadu alkoholowego, stosowanie badań przesiewowych) oraz w upowszechnianiu metod przydatnych do ograniczania szkód zdrowotnych u osób nadmiernie pijących alkohol (metoda krótkiej interwencji).

## STRESZCZENIE

Celem badań była ocena skuteczności szkoleń lekarzy rodzinnych w zakresie wczesnego rozpoznawania, profilaktyki i leczenia szkód zdrowotnych związanych z piciem alkoholu. Program szkolenia był wzorowany na amerykańskim programie SAFEFP (Substance Abuse Education for Family Physician) i składał się z 18 modułów edukacyjnych, które obejmowały między innymi: epidemiologię i diagnostykę problemów alkoholowych, metody badań przesiewowych, metodę krótkiej interwencji, umiejętności prowadzenia wywiadu z pacjentem, farmakoterapię i profilaktykę. W latach 1995-97 przeprowadzono w Polsce trzy szkolenia, w których łącznie wzięło udział 101 osób. Szkolenia prowadzone były przez polskich i amerykańskich specjalistów z zastosowaniem aktywnych metod nauczania. W badaniach ewaluacyjnych

zastosowano schemat pretest-posttest bez grupy porównawczej. Do badań wykorzystano ankietę (pretest) i kwestionariusz wywiadu (posttest, 6-9 miesięcy po szkoleniu). Wskaźnikami skuteczności szkoleń były zmiany w działalności edukacyjnej i klinicznej prowadzonej przez uczestników szkoleń w zakresie wczesnego rozpoznawania, profilaktyki i leczenia alkoholowych szkód zdrowotnych, a także zmiany w samoocenie kompetencji uczestników w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień. W ewaluacji uwzględniono 93 osoby (92% całej próby), od których uzyskano dane z dwóch pomiarów. Najliczniejszą grupę stanowili lekarze rodzinni/ rezydenci medycyny rodzinnej (50,5% uczestników), następnie lekarze specjaliści innych specjalności (ok. 37,5%), wykładowcy z akademii medycznych (9%) oraz pielęgniarki (3%). Wyniki ewaluacji wskazują na znaczące zmiany w poziomie aktywności edukacyjnej uczestników szkoleń oraz w ich praktyce klinicznej. Znacząco zwiększyło się zaangażowanie uczestników szkoleń w prowadzenie zajęć edukacyjnych dla rezydentów medycyny rodzinnej i innych grup zawodowych w zakresie profilaktyki i leczenia uzależnień. Na wzrost aktywności szkoleniowej uczestników wpłynęło zastosowanie przez 75% uczestników kursów planu szkolenia kaskadowego. Siedemdziesiąt procent uczestników poinformowało o zmianach w ich praktyce klinicznej. Dotyczyło to przede wszystkim prowadzenia u swoich pacjentów bardziej precyzyjnej diagnozy problemów alkoholowych, stosowania metody krótkiej interwencji i zmiany postaw wobec pacjentów z problemem alkoholowym. Najbardziej przydatne w edukacji i działalności klinicznej okazały się zajęcia szkoleniowe z zakresu metody krótkiej interwencji i badań przesiewowych. Wyniki badań wskazują, że szkolenia okazały się efektywne i pozwalają na rekomendowanie modelu szkolenia do stosowania w kształceniu lekarzy rodzinnych w Polsce.

**Słowa kluczowe:** ewaluacja, szkolenia, lekarze rodzinni, profilaktyka problemów alkoholowych.

## PIŚMIENNICTWO

1. Alkohol a Zdrowie Nr 12. *VIII Raport Specjalny dla Kongresu USA*. Warszawa 1995, PAR-PA. Cześć IV – Zapobieganie i wczesne interwencje, 370-376.
2. Barry K., Fleming M. (1994): *The family physician*. Alcohol Health & Research World. 18, 2; 105-109.
3. Dube C., Lewis D. (1994): *Medical education in alcohol and other drugs: curriculum development for primary care*. Alcohol Health & Research World. 18, 2; 146-153.
4. Habrat B. (1996): *Szkody zdrowotne spowodowane alkoholem*. Springer PWN. Warszawa 1996, s. 12.
5. Habrat B. (2000): *Osoby z problemami alkoholowymi – rozpoznawanie i postępowanie*. Przewodnik Lekarza 3 (17); 86-91.
6. Habrat B., Ostaszewski K. (1998) *Próba oceny stanu nauczania w polskich Akademiach Medycznych o szkodach zdrowotnych spowodowanych alkoholem*. Alkoholizm i Narkomania 4(33): 479-491.

7. Fleming M., Clark K., Davis A., Brown R., Finch J., Henry R., Sherwood R., Politzer M. (1992): *A national model of faculty development in addiction medicine*. Academic Medicine, 67, 10; 691-693.
8. Fleming M., Barry K., Manwell L., Johnson K., London R. (1997): *Brief physician advice for problem alcohol drinkers*. Journal of the American Medical Association, 277; 1039-1045.
9. Fleming M., Barry K., Davis A., Kropp S., Khan R., Rivo M., (1994): *Medical education about substance abuse: changes in curriculum and faculty between 1976 and 1992*. Academic Medicine, 69, 5; 362-369.
10. Fleming M., Barry K., Davis A., Khan R., Rivo M., (1994): *Faculty development in addiction medicine: project SAEFP, a one-year follow-up study*. Family Medicine 26; 221-225.
11. Fleming M. (red.) (1995): *Podręcznik do programu „Profilaktyka szkód zdrowotnych związanych z nadużywaniem alkoholu przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej”*. Wersja robocza. NIAAA, PARPA i IPiN, Warszawa.
12. Hawkins J.D., Nederhood B.: *Podręcznik ewaluacji programów profilaktycznych*. Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Pracownia Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Psychologicznego. Warszawa – Olsztyn, 1994, 42-43.
13. Moberg P. (1984): *Evaluation of prevention programs. A basic guide for practitioners*. Board of Regents of the University of Wisconsin, Madison, s. 4.
14. Moskalewicz J., Świątkiewicz G. (1995): *Drug demand reduction in Poland. Inventory of data prepared for PHARE programme „Fight against drugs”*. ABS Intersalus. Warszawa, s. 13-24.
15. Murray M., Fleming M. (1996): *Prevention and treatment of alcohol-related problems: an international medical education model*. Academic Medicine, 71, 11; 1204-1210.