

Hanna Grabowska¹, Władysław Grabowski¹, Dariusz Świetlik², Krzysztof Narkiewicz³

¹Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Wydziałowe Studium Informatyki Medycznej i Biostatystyki, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Zakład Nadciśnienia Tętniczego, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Wpływ samooceny na zakres przygotowania pielęgniarek do prewencji nadciśnienia tętniczego

The influence of self-esteem on the scope of the preparation of nurses for the prevention of hypertension

Niniejsza praca powstała dzięki wsparciu GUMed (praca własna/badania własne W-517).

STRESZCZENIE

Wstęp. Nadciśnienie tętnicze, którego rozpowszechnienie w dorosłej populacji krajów rozwiniętych oscyluje w granicach 20–50%, stanowi jeden z najistotniejszych czynników ryzyka rozwoju zaburzeń sercowo-naczyniowych, będących głównym powodem zgonów w Europie oraz przyczyną pogorszenia jakości życia i niepełnosprawności. Obecnie postuluje się zwiększenie udziału pielęgniarek w efektywnym wykrywaniu, monitorowaniu, leczeniu i prewencji nadciśnienia tętniczego. Cel badań stanowiła analiza wpływu subiektywnej oceny stopnia przygotowania pielęgniarek do identyfikacji czynników ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego oraz jego prewencji na ich wiedzę z wyżej wymienionego zakresu.

Materiał i metody. Badaniem objęto 1108 osób (K – 1089, M – 19, w wieku 21–60, stażem pracy 0–37 lat). Badania przeprowadzono w latach 2007–2009 z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu STATISTICA. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p \leq 0,05$.

Wyniki. Połowa respondentów zadeklarowała „duży” stopień przygotowania do rozpoznawania u pacjentów czynników ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego, 35% osób określiło ten stopień jako „umiarkowany”. Blisko 40% ankietowanych zadeklarowało „duży” stopień wdrażania profilaktyki nadciśnienia, co trzecia osoba określiła ten stopień jako „umiarkowany”. Poprawnych wskazań częściej dokonywały osoby, które własne przygotowanie oraz wdrażanie prewencji oceniły jako „duże” i „wysokie”.

Wnioski. Stwierdzono znamienne wpływy subiektywnej oceny respondentów dotyczącej własnego przygotowania do rozpoznawania czynników ryzyka rozwoju oraz wdrażania prewencji nadciśnienia tętniczego na odsetek poprawnych odpowiedzi.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (2): 156–163

Słowa kluczowe: samoocena, nadciśnienie tętnicze, pielęgniarki, prewencja pierwotna

ABSTRACT

Introduction. Arterial hypertension, whose prevalence in the adult population of developed countries varies from 20–50%, is one of the most significant risk factors of cardiovascular disorders, being the principal cause of mortality in Europe and leading to a deterioration in the quality of life and to disability. Currently it is postulated to increase the participation of nurses in the effective detection, monitoring, treatment and prevention of hypertension.

Aim of the study. The aim of the study was the analysis of the impact of the subjective assessment of the degree of preparation of nurses to identify risk factors for the development of hypertension and its prevention on their knowledge of the aforementioned scope.

Adres do korespondencji: dr n. med., mgr piel. Hanna Grabowska, Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk, tel./faks: 58 349 19 80, e-mail: hanna.grabowska@gumed.edu.pl

Material and methods. The study included 1108 participants (W – 1089, M – 19, aged 21–60, 0–37 years of work experience). The study was conducted in 2007–2009 using the diagnostic survey method. The statistical analysis was performed by means of STATISTICA software. The statistical significance level was assumed at $p \leq 0.05$.

Results. Half of the respondents declared „high” level of preparation to identify risk factors for hypertension in patients, 35% of the people identified this level as „moderate”. Nearly 40% of the respondents declared „high” level of the implementation of the hypertension prevention, and every third person described this level as „moderate”. People who assessed their own preparation and implementation of the prevention as “high” gave correct answers more often.

Conclusions. There was a significant effect of the respondents' subjective assessment of their own preparation for the recognition of risk factors for the development of hypertension and the implementation of its prevention on the percentage of correct answers.

Nursing Topics 2013; 21 (2): 156–163

Key words: self-assessment, arterial hypertension, nurses, primary prevention

Wprowadzenie

Współczesna praktyka pielęgniarska w Polsce obejmuje coraz bardziej złożone i zróżnicowane zadania z zakresu między innymi promowania zdrowia oraz prewencji chorób i ich powikłań (w tym rozpoznawania czynników ryzyka wynikających ze stylu życia), prowadzenia edukacji zdrowotnej jednostki i grupy społecznej (m.in. motywowania odbiorców do podejmowania zachowań prozdrowotnych, uczenia sposobów samokontroli stanu zdrowia, kształtowania prawidłowych zachowań zdrowotnych), komunikacji interpersonalnej, a także inicjowania i wspierania działań społeczności lokalnej na rzecz zdrowia [1–4].

Powyzsze zadania pielęgniarki mogą i powinny realizować w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej (w miejscu zamieszkania, środowisku nauczania i wychowania), ochronie zdrowia pracujących oraz w ramach opieki specjalistycznej (ambulatoryjnej i szpitalnej) [5–8].

Nadciśnienie tętnicze, którego rozpowszechnienie w dorosłej populacji krajów rozwiniętych oscyluje w granicach 20–50%, stanowi jeden z najistotniejszych czynników ryzyka rozwoju zaburzeń sercowo-naczyniowych, będących głównym powodem zgonów w Europie oraz przyczyną pogorszenia jakości życia i niepełnosprawności [9].

W ostatnich latach w Polsce zaobserwowano wzrost rozpowszechnienia nadciśnienia tętniczego, szacowanego (na podstawie wyników badania NATPOL 2011) na 31% (ok. 9 mln) dorosłych osób [10], co wiąże się głównie ze zjawiskiem starzenia się społeczeństwa, wzrostem częstości występowania otyłości oraz rezygnacją z dotychczasowego, tradycyjnego stylu życia [9]. Nadciśnienie staje się również coraz większym problemem zdrowotnym u osób do 18. roku życia [11]. Podwyższone wartości ciśnienia (BP, blood pressure) zwiększają ryzyko rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego [12, 13].

Obecnie postuluje się zwiększenie udziału pielęgniarek i innych profesjonalistów zdrowia w efektywnym wykrywaniu, monitorowaniu i leczeniu nad-

ciśnienia tętniczego i zmniejszaniu ryzyka sercowo-naczyniowego, przy czym to właśnie pielęgniarkom często przypisuje się rolę lidera [14, 15].

Cel pracy

Cel pracy stanowiła analiza wpływu subiektywnej oceny stopnia przygotowania pielęgniarek do identyfikacji czynników ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego oraz jego prewencji na ich wiedzę z wyżej wymienionego zakresu.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w latach 2007–2009 i objęto nimi grupę 1108 pielęgniarek/pielęgniarzy, którą stanowiły w przeważającej części kobiety (98,29%), mieszkańcy miast (82,85%), osoby pozostające w związku małżeńskim (75,72%). Wiek badanych mieścił się w przedziale 21–60 lat ($x = 38,67$, $SD = 7,79$), przy czym największy odsetek dotyczył osób w wieku 36–40 lat (29,15%), a najmniejszy — osób w wieku 26–30 lat (4,33%). Ogólną charakterystykę respondentów przedstawiono w tabeli 1.

Najliczniejszą grupę (26,53%) reprezentowały osoby ze stażem pracy w zawodzie w przedziale 16–20 lat, natomiast 5,23% ankietowanych nie podjęło pracy zawodowej, a doświadczenie zawodowe nieprzekraczające roku posiadało 3,70% osób. Średnia stażu w zawodzie wyniosła 17,05 lat ($SD = 8,56$). W przybliżeniu co piąty badany reprezentował oddziały zabiegowe (18,86%), co czwarty — oddziały zachowawcze (24,73%), podstawową opiekę zdrowotną (POZ) — co trzeci (28,52%), a jednostki ukierunkowane na udzielanie pomocy w stanach zagrożenia życia reprezentowało 14,44% osób, placówki opieki długoterminowej — 5,32%, a 2,89% osób — pozostałe jednostki. Ponad trzy czwarte ankietowanych (78,07%) pełniło obowiązki pielęgniarki odcinkowej (w POZ — rodzinnej), funkcję pielęgniarki koordynującej — 5,42% osób, pielęgniarki specjalistki — 0,45%, pielęgniarki zabiegowej — 2,35%. Na stanowiskach kierowniczych

Tabela 1. Ogólna charakterystyka respondentów**Table 1.** General profile of respondents

Oceniana cecha	Wartość
Płeć: kobiety/mężczyźni	1089 (98,3%)/ 19 (1,7%)
Wiek	21–60 lat (x = 38,7; SD = 7,8)
Miejsce zamieszkania: miasto/wieś	918 (82,8%)/ 190 (17,2%)
Sytuacja rodzinna – związek małżeński: tak/nie	839 (75,7%)/ 269 (24,3%)
Staż pracy zawodzie	0–37 lat (x = 17,05; SD = 8,6)

było zatrudnionych 6,32% badanych, na pozostałych stanowiskach — 2,17% osób.

Średnio co trzeci respondent (31,86%) posiadał tytuł licencjata pielęgniarstwa, natomiast 3,43% — magistra pielęgniarstwa. Prawie połowa ankietowanych deklaruowała ukończenie kursu kwalifikacyjnego (46,21%), w tym 25,27% w dziedzinach, w których programach ramowych ujęto zagadnienia związane z nadciśnieniem tętniczym (m.in. pielęgniarstwa rodzinnego, zachowawczego, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania), natomiast w pozostałych dziedzinach — 20,94%. Zaledwie 5,32% uczestników badania zadeklarowało ukończenie szkolenia specjalizacyjnego, z czego 2,17% — w dziedzinach poruszających wyżej wymienione zagadnienia.

W badaniu zastosowano metodę szacowania (skalę samooceny kompetencji), sondażu diagnostycznego (technikę ankiety audytoryjnej) oraz testów osiągnięć (test wiadomości). Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz, składający się z instrukcji oraz trzech części, w tym tak zwanej metryczki (dane socjodemograficzne dotyczące pracy zawodowej oraz doskonalenia i rozwoju zawodowego respondentów). W części „B” zawarto między innymi stwierdzenia dotyczące subiektywnej oceny respondentów: stopnia przygotowania do identyfikacji ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego oraz stosowania w codziennej pracy działań z zakresu jego prewencji, w której wykorzystano 4-stopniową skalę numeryczną, odzwierciedlającą natężenie badanych kwestii — od stopnia niewielkiego do wysokiego.

Część „C” składała się z 40 pytań, w tym 36 pytań zaopatrzonych w kafeterie typu zamkniętego oraz 4 pytania dychotomiczne, obejmujące łącznie 6 grup zagadnień: klasyfikacji, epidemiologii i następstw nadciśnienia tętniczego; sposobów oceny masy ciała, w tym rozpoznawania otyłości oraz jej wpływu na wartość BP; zaleceń dietetycznych stosowanych w prewencji nadciśnienia; wpływu używek (alkoholu,

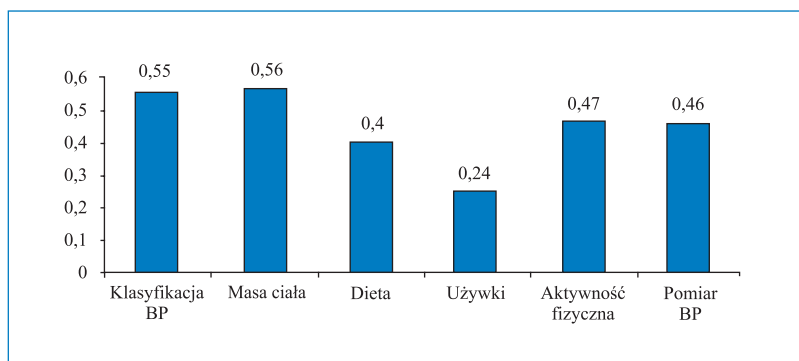
kawy, palenia tytoniu) na wartość ciśnienia i sposoby oceny ich stosowania przez pacjentów; zaleceń dotyczących aktywności fizycznej oraz jej wpływu na wartość ciśnienia, a także zasad pomiaru oraz czynników wpływających na wartość BP.

Do badania rzetelności testu wiedzy użyto współczynnika alfa Cronbacha, który osiągnął wartość 0,929551, co świadczy o właściwej rzetelności zawartych w teście pytań. Obliczono również wskaźnik łatwości zadań, który wyniósł 0,45 wskazując na zastosowanie w kwestionariuszu zadań „trudnych”.

Udział w badaniu był dobrowolny i miał charakter anonimowy. Badania przeprowadzono w instytucjach prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarzek na terenie Gdańska, Sopotu, Elbląga i Słupska, po wcześniejszym uzyskaniu zgody kierownictwa placówek, w obecności autorów badań. Na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę Niezależnej Komisji Bioetycznej do Spraw Badań Naukowych przy Akademii Medycznej w Gdańsku (NKEBN/177/ 2007).

W statystycznej analizie danych wykorzystano pakiet STATISTICA 8.0. oraz arkusz kalkulacyjny Excel. Dla zmiennych ilościowych sprawdzono hipotezę dotyczącą zgodności z rozkładem normalnym testem W Shapiro-Wilka. Do oceny różnic międzygrupowych dla zmiennych ilościowych zastosowano test t-Studenta, a dla zmiennych jakościowych test U Manna-Whitneya. Zmienne jakościowe przedstawiono w postaci procentowych wartości odpowiedzi prawidłowych i nieprawidłowych, stąd w analizie znalazła zastosowanie ANOVA nieparametryczna (test Kruskala-Wallisa). W ocenie zależności pomiędzy zmiennymi ilościowymi wykorzystano współczynnik korelacji Spearmana. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p \leq 0,05$.

Prezentowane w niniejszym artykule wyniki stanowią element szerszych badań oceniających przygotowanie pielęgniarzek do rozpoznawania czynników ryzyka rozwoju nadciśnienia i jego prewencji.



Rycina 1. Średnia prawidłowych wskazań w grupach pytań

Figure 1. Average correct indication in groups of questions

Tabela 2. Wpływ samooceny na wskazania respondentów

Table 2. Impact of self-esteem on the respondents' answers

	Wartość testu Kruskala-Wallisa	Wsp. korelacji Spearmana	p
Stopień przygotowania & wskazania respondentów	47,51	0,202	0,000
Stosowanie zaleceń w praktyce & wskazania respondentów	23,41	0,133	0,0001

Wyniki

W wyniku dokonanej analizy stwierdzono, że ogólnie zasób prezentowanej przez respondentów wiedzy nie był wysoki, bowiem średnia prawidłowych wskazań na wszystkie zawarte w kwestionariuszu pytania wyniosła 0,45.

Tylko odpowiedzi na pytania dotyczące sposobów oceny masy ciała, w tym rozpoznawania otyłości oraz jej wpływu na wartość BP (grupa II), a także klasyfikacji, epidemiologii i następstw nadciśnienia tętniczego (grupa I) przekroczyły próg 50% poprawnych odpowiedzi (średnia odpowiednio — 0,56 i 0,55). Wiedza z zakresu zalecanej aktywności fizycznej oraz jej wpływu na wartość BP (grupa V) uzyskała w badanej grupie średni poziom 0,47 prawidłowych wskazań. Podobnie kształtowała się średnia poprawnych odpowiedzi dotycząca zasad pomiaru ciśnienia tętniczego oraz czynników wpływających na wartość BP — 0,46 (grupa VI).

Zalecenia żywieniowe propagowane w profilaktyce nadciśnienia tętniczego (grupa III) osiągnęła średni poziom 0,40 poprawnych wskazań. Najslabiej znanymi zagadnieniami w badanej grupie pielęgniarek i pielęgniarzy okazały się: sposoby oceny oraz wpływ używek (alkoholu, kawy, palenia papierosów) na wartość BP — średnia 0,24 (grupa IV) (ryc. 1).

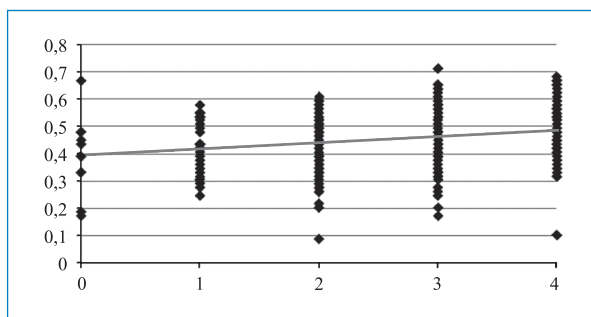
Uczestników badania poproszono o dokonanie samooceny odnoszącej się do stopnia przygotowania

i stosowania w codziennej praktyce działań z zakresu profilaktyki nadciśnienia tętniczego. Stwierdzono, że prawie połowa respondentów (538 osób, 48,56%) zadeklarowała „duży” stopień przygotowania do rozpoznawania u pacjentów czynników ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego, 389 osób (35,11%) określiło ten stopień jako „umiarkowany”, 134 ankietowanych (12,09%) — jako „wysoki”, a tylko 39 (3,52%) — jako „niewielki”. Ośmiu badanych (0,72%) nie dokonało samooceny w omawianym zakresie.

Niespełna 40% respondentów zadeklarowało „duży” stopień stosowania w codziennej pracy zawodowej zaleceń i wskazówek z zakresu profilaktyki nadciśnienia (438 osób), w przybliżeniu co trzecia osoba (355 badanych, 32,04%) określiła ten stopień jako „umiarkowany”, natomiast średnio co siódmy ankietowany — stopień „niewielki” i „wysoki” (odpowiednio 14,53% i 12,82% odpowiedzi). Dwanaście osób (1,08%) nie zadeklarowało żadnej opcji.

Okazało się, że dokonana przez badane pielęgniarki i pielęgniarzy samoocena odnosząca się do stopnia przygotowania i podejmowania działań zapobiegających rozwojowi nadciśnienia tętniczego wpłynęła w sposób istotny statystycznie na poprawność wskazań respondentów (tab. 2).

Wykazano istotne różnice prawidłowych odpowiedzi w zależności od subiektywnej oceny własnego przygotowania do identyfikacji czynników ryzyka



Rycina 2. Średnie prawidłowych wskazań a stopień samooceny respondentów w zakresie przygotowania do rozpoznawania czynników ryzyka rozwoju nadciśnienia. Stopień: 4 — „wysoki”, 3 — „duży”, 2 — „umiarkowany”, 1 — „niewielki”, 0 — brak wskazań

Figure 2. Average correct indication and the degree of self-respondents in preparation for recognition of risk factors for hypertension

rozwoju nadciśnienia. Różnice wystąpiły pomiędzy osobami, które zadeklarowały „niewielki” stopień przygotowania a tymi, które określiły ten stopień jako „wysoki” ($p < 0,001$) lub „duży” ($p < 0,001$). Znamienne różnice wystąpiły również pomiędzy ankietowanymi, którzy zadeklarowali „umiarkowany” stopień przygotowania do rozpoznawania ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego a tymi, którzy określili ten stopień jako „wysoki” ($p < 0,001$) lub „duży” ($p < 0,001$) (ryc. 2).

Poprawnych wskazań częściej dokonywały osoby, które własne przygotowanie oceniły jako „duże” i „wysokie”, co może wskazywać na umiejętność dokonywania krytycznej samooceny przez uczestników badania (tab. 3).

Istotne różnice wystąpiły również po uwzględnieniu deklarowanego przez respondentów stosowania

działań ukierunkowanych na prewencję nadciśnienia tętniczego w praktyce zawodowej ($p < 0,001$). Różnice pojawiły się pomiędzy osobami, które określiły wdrażanie profilaktyki w stopniu „niewielkim” a tymi, które określiły ten stopień jako „wysoki” ($p < 0,05$) oraz pomiędzy osobami, które zadeklarowały „umiarkowany” stopień stosowania prewencji nadciśnienia a tymi, które określiły ten stopień jako „duży” ($p < 0,05$) lub „wysoki” ($p < 0,001$) (ryc. 3).

Również i w tym przypadku częściej poprawnych wskazań dokonywali respondenci, którzy zadeklarowali wdrażanie prewencji w stopniu „dużym” i „wysokim”, chociaż różnice nie były już tak wyraźne (tab. 4).

Dyskusja

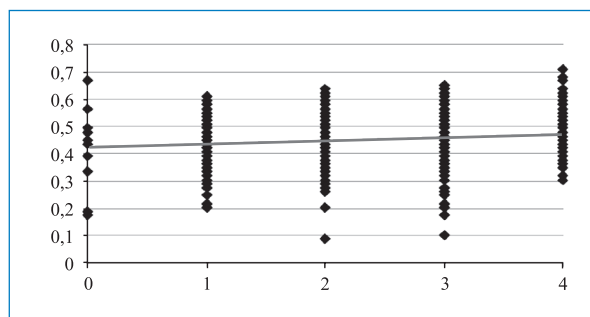
Pielęgniarki, z racji pełnionych funkcji zawodowych, powinny bardziej zaangażować się w edukację zdrowotną nie tylko chorych na nadciśnienie tętnicze, ale również osób narażonych na jego rozwój. Niestety, nie zawsze zakres posiadanych kompetencji umożliwia pielęgniarkom objęcie swoich podopiecznych w pełni profesjonalną opieką. Autorzy wielu publikacji podzielają pogląd, że zarówno obecni, jak i przyszli pracownicy systemu ochrony zdrowia często nie są właściwie przygotowani do propagowania zdrowego stylu życia [16–19].

Uczestnicy badań własnych określili poziom własnego przygotowania do prowadzenia działań prewencyjnych w stopniu znacznie mniejszym w porównaniu z uczestnikami badań Pabiś i wsp., którzy oceniali kompetencje pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej. Tylko co piąta badana przez Autorów pielęgniarka zadeklarowała dostateczne, a aż 80% — bardzo dobre przygotowanie do prowadzenia edukacji pacjentów. Natomiast w odniesieniu do wdrażania interwencji propagujących korzystny repertuar zachowań zdrowotnych

Tabela 3. Stopień samooceny respondentów a zakres przygotowania do rozpoznawania czynników ryzyka rozwoju nadciśnienia

Table 3. The degree of self-assessment and the scope of the preparation of the respondents to identify risk factors for hypertension

Stopień przygotowania	x	Ważnych	Minimum	Maksimum	SD	Mediana
Brak wskazań	0,39	8	0,17	0,67	0,16	0,41
„Niewielki”	0,41	39	0,25	0,58	0,08	0,39
„Umiarkowany”	0,44	389	0,09	0,61	0,08	0,45
„Duży”	0,46	538	0,17	0,71	0,08	0,46
„Wysoki”	0,48	134	0,10	0,68	0,08	0,48



Rycina 3. Średnie prawidłowych wskazań a stopień samooceny respondentów w zakresie wdrażania prewencji nadciśnienia. Stopień: 4 — „wysoki”, 3 — „duży”, 2 — „umiarkowany”, 1 — „niewielki”, 0 — brak wskazań

Figure 3. Average correct indication and the degree of self-reports the implementation of prevention of hypertension

w badaniach Pabiś większość respondentów zadeklarowała „częste” i „bardzo częste” stosowanie edukacji zdrowotnej (odpowiednio 46% i 37%), natomiast w badaniach własnych odsetek adekwatnych wskazań był niższy [20].

Jedną ze strategii poprawy efektywności oddziaływania personelu na pacjentów jest zwiększenie poziomu ich wiedzy, świadomości oraz wzbudzenie zainteresowania i przekonania o skuteczności podejmowanych działań. Wyniki badań Andruszkiewicz i wsp. potwierdziły, że poczucie własnej skuteczności stanowi ważny element wpływający na prawidłowe funkcjonowanie zawodowe pielęgniarek oraz że istnieje zależność między poczuciem własnej skuteczności a radzeniem sobie, zadowoleniem z pracy i z organizacją. Zdaniem autorów poczucie własnej skuteczności ma wpływ na decyzję i wybór podejmowanych czynności [21].

Uzyskane w toku niniejszych badań rezultaty korespondują z wynikami badań prowadzonych przez Słońską i wsp., którzy ocenili wiedzę, postrzeganie własnych kompetencji oraz udzielanie

porad z zakresu wybranych behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia w grupie 500 pielęgniarek POZ (zatrudnionych w Warszawie). Uzyskane przez autorów informacje potwierdziły deficyt wiedzy niezbędnej do udzielania porad dietetycznych wśród badanych pielęgniarek. Zalecane spożycie wybranych produktów poprawnie wskazało średnio 43,6% respondentek, na poziomie zbliżonym do uczestników badań własnych, w których odsetek prawidłowych odpowiedzi w grupie pytań odnoszących się do zaleceń dietetycznych wyniósł niespełna 40%. Również przygotowanie pielęgniarek POZ do oceny masy ciała i udzielania porad odnoszących się do aktywności fizycznej osiągnęło zbliżony poziom do wyników uzyskanych w toku badań własnych. Ponadto, ankietowane przez Słońską i wsp. pielęgniarki dokonały subiektywnej oceny posiadanych umiejętności w wyżej wymienionym zakresie. W wyniku dokonanej analizy stwierdzono, że wśród badanych osób były pielęgniarki, których wiedza nie pokrywała się z samooceną — w zakresie zaleceń dietetycznych blisko połowa respondentek przeceniała własne kompetencje, natomiast w odniesieniu do aktywności fizycznej — 26% osób. Jednocześnie autorzy zaobserwowali, że istotnie częściej udzielały porad te pielęgniarki, które uznały własne umiejętności za wystarczające [22]. Analogiczne obserwacje odnotowano w badaniach własnych.

Z kolei badane przez Majdę pielęgniarki POZ dokonały oceny własnych kompetencji w obszarze profilaktyki uzależnień, które oceniły jako niskie. Poziom ich wiedzy w tym zakresie był znikomy, a umiejętności stosowania narzędzi oceny spożycia alkoholu i palenia tytoniu oraz prowadzenia krótkiej interwencji bardzo niski. Poczucie własnej skuteczności badane pielęgniarki oceniły na poziomie przeciętnym. W efekcie wdrożonego przez autorkę szkolenia stwierdzono istotny wzrost wiedzy, umiejętności oraz odpowiedzialności, a także poczucia własnej skuteczności [23].

Tabela 4. Stopień samooceny respondentów a zakres wdrażania prewencji nadciśnienia

Table 4. The degree of self-reports and the extent of implementation of the prevention of hypertension

Stosowanie zaleceń	x	Ważnych	Minimum	Maksimum	SD	Mediana
Brak wskazań	0,42	12	0,17	0,67	0,14	0,45
„Niewielki”	0,45	161	0,20	0,61	0,08	0,45
„Umiarkowany”	0,44	355	0,09	0,64	0,08	0,45
„Duży”	0,46	438	0,10	0,65	0,08	0,46
„Wysoki”	0,48	142	0,30	0,71	0,08	0,48

Ogólnie stwierdza się, że personel ochrony zdrowia niezbyt często dokonuje oceny stylu spożywania alkoholu u swoich pacjentów, zwłaszcza z wykorzystaniem narzędzi kwestionariuszowych, co często jest uwarunkowane brakiem rzetelnego przygotowania, a także niedostatecznym zaufaniem do własnych kompetencji w tym zakresie. Najczęstszymi barierami w ich stosowaniu są: brak czasu, obawa przed pogorszeniem relacji z chorym, brak pewności, jak należy spytać o alkohol, założenie potencjalnie przeczącej odpowiedzi pacjenta oraz brak poczucia własnej skuteczności [24–26].

Wyniki uzyskane w badaniach własnych obrazują stosunkowo niski poziom przygotowania respondentów do oceny stosowania używek (sprzyjających rozwojowi nadciśnienia). Prawie połowa uczestników badań własnych — podobnie jak uczestnicy badania przeprowadzonego przez Majdę [23] — nie znała żadnego narzędzia oceniającego wielkość spożywanego alkoholu.

Z kolei badania w grupie pielęgniarek fińskich wykazały, że jego uczestniczki dość wysoko oceniły swoje umiejętności w zakresie pomocy udzielanej palącym pacjentom, ale nie do końca były przekonane o swojej skuteczności [28]. Podobny problem zdiagnozowano w grupie lekarzy rodzinnych w Polsce, którzy wskazują między innymi na brak czasu i wiary w sukces terapeutyczny, niedocenianie rangi problemu, przeświadczenie o wystarczającej wiedzy pacjentów i ich niechęci do współpracy [29]. Powyższe informacje nabierają szczególnego znaczenia, zważywszy na fakt istnienia związku między poczuciem własnej skuteczności a podejmowaniem poradnictwa wobec osób palących [23, 29].

Interesujące wyniki uzyskano w badaniach 760 pielęgniarek amerykańskich, które w znacznej większości (93%) zgadzają się ze stwierdzeniem, że nadwaga i otyłość wymagają podjęcia działań, ale aż 76% z nich przyznało, że ich nie podejmuje, nawet w momencie rozpoznania nadmiernej masy ciała u swoich pacjentów. Co ciekawe, 71% pielęgniarek uznało, że edukacja zdrowotna jest częścią ich profesjonalnej roli zawodowej, natomiast połowa uczestniczek badania nie czuła się kompetentna w zakresie udzielania porad otyłym pacjentom [30].

Deficyt interwencji pielęgniarskich ukierunkowanych na prewencję czynników ryzyka sercowo-naczyniowego obserwuje się — jak widać — nie tylko w rodzimym pielęgniarstwie. Problem jest złożony i odzwierciedla sytuację także w innych krajach. Być może propozycją rozwiązania problemu będzie zdiagnozowanie rzeczywistej skali problemu w grupie polskich pielęgniarek i pielęgniarzy, a następnie podjęcie inicjatyw modyfikacji i upowszechniania różnych form kształcenia przed- i podplomowego.

Wnioski

1. Prawie połowa uczestników badania zadeklarowała dobre przygotowanie do podejmowania działań z zakresu identyfikacji czynników ryzyka rozwoju nadciśnienia tętniczego oraz, choć w nieco mniejszym stopniu, stosowania jego profilaktyki w codziennej pracy zawodowej.
2. Stwierdzono znamienne wpływy samooceny respondentów na odsetek poprawnych wskazań, co może wskazywać na umiejętność oceny własnych kompetencji w aspekcie prewencji nadciśnienia.

Piśmiennictwo

1. Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care. International Council of Nurses, Geneva 2010.
2. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. Załącznik nr 4. Standardy kształcenia dla kierunku studiów: pielęgniarstwo. (Dz. U. z 2012 r. poz. 631).
3. Brzezińska M., Kózka M. Krajowy standard kwalifikacji zawodowych. Pielęgniarka (224101). Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej 2007.
4. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039).
5. Virani T., McConnell H., Lappan-Gracon S., i wsp. Nursing Management of Hypertension. Nursing Best Practice Guideline. RNAO, Ontario 2005.
6. Wood D.A., Kotseva K., Connolly S., i wsp. Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008; 371 (9629): 1999–2012.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. nr 197, poz. 1922 z póź. zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 214, poz. 1816).
9. Cifkova R. Epidemiology of hypertension. W: Mancia G., Grassi G., Kjeldsen S.E., (red.). *Manual of Hypertension of The European Society of Hypertension*. Informa Healthcare, 2008: 7–17.
10. Zdrojewski T. Częstość występowania i świadomość nadciśnienia tętniczego w Polsce i na świecie. *Postępy Nauk Medycznych* 2011; supl. 3: 4–10.
11. Bryl W. Prewencja czynników ryzyka u osób w młodym wieku. *Przegląd Kardiologiczny* 2008; 3 (1): 44–48.
12. Widecka K., Grodzicki T., Narkiewicz K., Tykarski A., Dziura J. Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym — 2011 rok. *Wytyczne Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego*. *Nadciśn. Tętn.* 2011; 15 (2): 55–82.
13. Europejskie wytyczne dotyczące zapobiegania chorobom serca i naczyń w praktyce klinicznej na 2012 rok. *Kardiolog*. Pol. 2012; 70 (supl. 1): S1–S100.

14. Berra K., Miller N.H., Jennings C. Nurse-based models for cardiovascular disease prevention: from research to clinical practice. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2011; 10 (supl. 2): S42–50.
15. Lanuza D.M., Davidson P.M., Dunbar S.B., Hughes S., De Geest S. Preparing nurses for leadership roles in cardiovascular disease prevention. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2011; 26 (supl. 4): S56–63.
16. Scholte op Reimera W.J.M., Moons Ph, De Geest S., i wsp. Cardiovascular risk estimation by professionally active cardiovascular nurses: Results from the Basel 2005 Nurses Cohort. *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2006; 5 (4): 258–263.
17. Bolanowski W., Waszkiewicz L., Fołtyn-Zaradna K. Samoocena przygotowania studentów kończących Akademię Medyczną we Wrocławiu do prowadzenia promocji zdrowia w przyszłej pracy zawodowej. *Prob. Hig. Epidemiol.* 2005; 86 (1): 41–44.
18. Jallinoja P., Absetz P., Kuronen R., i wsp. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses. *Scand. J. Prim. Health Care.* 2007; 25 (4): 244–249.
19. Ofili M.I. Nurses knowledge and attitude in the prevention and management of high blood pressure in primary health care centres in Delta state Nigeria. *Global Advanced Research Journals of Nursing and Midwifery* 2012; 1 (1): 4–10.
20. Pabiś M., Ślusarska B., Jarosz M.J., Zarzycka D., Dobrowolska B., Brzozowska A. Kompetencje pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej w polskim systemie opieki medycznej. *Piel.* XXI 2010; 3–4 (32–33): 75–85.
21. Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M., Felsmann M., Marzec A., Kielbratowska B., Kocięcka A. Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. *Prob. Pielęg.* 2011; 19 (2): 143–147.
22. Słońska Z., Borowiec A., Makowska M. Wiedza, postrzeganie własnych kompetencji oraz udzielanie porad z zakresu wybranych behawioralnych czynników ryzyka chorób układu krążenia wśród pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej. *Pol. Przegl. Kardiol.* 2007; 9 (1): 15–19.
23. Majda A. Ewaluacja programu szkolenia pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki uzależnień. Praca doktorska. CM UJ, Kraków 2005.
24. Griffiths R.D., Stone A., Tran D.T., Fernandez R.S., Ford K. Drink a little; take a few drugs: do nurses have knowledge to identify and manage in-patients at risk of drugs and alcohol? *Drug Alcohol. Rev.* 2007; 26: 545–552.
25. Owens L., Gilmore I.T., Pirmohamed M. General practice nurses' knowledge of alcohol use and misuse: a questionnaire survey. *Alcohol & Alcoholism* 2000; 35: 259–262.
26. Holmqvist M., Bendtsen P., Spak F., Rommelsjö A., Geirsson M., Nilsen P. Asking patients about their drinking: A national survey among primary health care physicians and nurses in Sweden. *Addict. Behav.* 2008; 233: 301–314.
27. Grabowska H., Grabowski W., Gaworska-Krzemińska A., Krajewska M. Przygotowanie absolwentów studiów licencjackich do minimalnej interwencji pielęgniarskiej w zakresie wybranych zachowań zdrowotnych. *Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska. Sect. D Med.* 2006; 60 (supl. 16): 6: 12–15.
28. Pelkonen M., Kankkunen P. Nurses' competence in advising and supporting clients to cease smoking: a survey among Finnish nurses. *J. Clin. Nurs.* 2001; 10 (4): 437–441.
29. Mierzecki A., Gąsiorowski J., Miączyńska M. Krótka interwencja antytytoniowa narzędziem dla lekarzy rodzinnych. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2002; 70, 3–4: 216–222.
30. Miller S.K., Alpert P.T., Cross Ch.L. Overweight and obesity in nurses, advanced practice nurses, and nurse educators. *J. Am. Acad. Nurse Pract.* 2008; 20 (5): 259–265.