



**Krótką interwencją dotyczącą problemów  
związanych z używaniem alkoholu  
Szkolenie pracowników podstawowej opieki  
zdrowotnej – podręcznik WHO**





**Krótką interwencją dotyczącą problemów  
związanych z używaniem alkoholu  
Szkolenie pracowników  
podstawowej opieki zdrowotnej  
Podręcznik WHO**

# Streszczenie

Spożycie alkoholu jest przyczyną znacznej liczby chorób i przypadków śmiertelnych w podległym WHO regionie europejskim, a systemy podstawowej opieki zdrowotnej odgrywają ważną rolę w ograniczaniu skutków szkodliwego spożywania alkoholu. Badania przesiewowe pod kątem problemów związanych z używaniem alkoholu i krótkie interwencje w przypadku tego typu problemów stanowią podejście oparte na materiale faktograficznym, skierowanym do licznych pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, którzy mogą skorzystać z ograniczenia spożycia alkoholu. Niniejszy podręcznik zawiera informacje pozwalające zaplanować szkolenie dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, którego celem jest zdobycie umiejętności prowadzenia z pacjentami badań przesiewowych, służących wychwyceniu problemów związanych z używaniem alkoholu oraz krótkich interwencji w przypadku zaistnienia problemów związanych z używaniem alkoholu. Niniejszy podręcznik stanowi podstawę teoretyczną oraz faktograficzną badań przesiewowych i krótkiej interwencji, a także udziela praktycznych rad dotyczących stworzenia programu wdrożeniowego i zawiera szczegółowy materiał szkoleniowy, służący zdobyciu wiedzy i umiejętności przez uczestników zorganizowanych sesji szkoleniowych.

## Słowa kluczowe

Używanie alkoholu – zapobieganie i kontrola

Uzależnienie od alkoholu – rehabilitacja

Podręczniki jako temat

Wnioski o udostępnienie publikacji Europejskiego Biura Regionalnego WHO należy kierować na adres:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City

Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Wniosek o udostępnienie dokumentacji, informacji zdrowotnej albo zgody na cytowanie można złożyć także na stronie internetowej Biura Regionalnego:

(<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© World Health Organization 2017

Wszelkie prawa zastrzeżone. Europejskie Biuro Regionalne Światowej Organizacji Zdrowia chętnie przyjmuje wnioski o zgodę na całkowitą lub częściową reprodukcję lub tłumaczenie swoich publikacji.

Określenia użyte w prezentowanym w niniejszej publikacji materiale nie sugerują jakiegokolwiek opinii ze strony Światowej Organizacji Zdrowia, dotyczącej prawnego stanu jakiegokolwiek kraju, terytorium, miasta, strefy, ich władz ani dotyczącej rozgraniczania ich granic lub zasięgu terytorialnego. Kropkowane linie na mapach reprezentują przybliżone granice, co do których może nie istnieć pełna zgoda.

Wymienianie nazw konkretnych firm lub produktów nie oznacza, że są one rekomendowane lub polecane przez Światową Organizację Zdrowia bardziej niż inne podobnej natury, których nie wymieniono. Z wyjątkiem błędów i opustek nazwy produktów zastrzeżonych są wyróżniane za pomocą pisowni z dużej litery.

Światowa Organizacja Zdrowia podjęła wszelkie zdroworozsądkowe działania, służące weryfikacji informacji, zawartych w niniejszej publikacji, jednakże publikowany materiał jest rozpowszechniany bez jakiegokolwiek gwarancji, zarówno wyrażonej, jak i dorozumianej. Za interpretację i wykorzystanie materiału odpowiada czytelnik. Światowa Organizacja Zdrowia nie będzie odpowiadać za jakiegokolwiek szkody, wynikłe z użycia niniejszego materiału. Poglądy wyrażone przez autorów, redaktorów i zespoły ekspertów niekoniecznie reprezentują decyzje lub formalną politykę Światowej Organizacji Zdrowia.

# Spis treści

Podziękowania .....	V
Słowo wstępne .....	VII
Wskazówki dotyczące stosowania niniejszego podręcznika .....	VIII
<b>WSTĘP DLA TRENERÓW .....</b>	<b>1</b>
<b>Czym jest krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu?.....</b>	<b>2</b>
Koncepcja kluczowa 1. Etapy zmiany zachowania .....	3
Koncepcja kluczowa 2. Dialog motywujący .....	5
Typy krótkiej interwencji .....	6
<b>Dowody skuteczności oraz efektywności krótkich interwencji .....</b>	<b>7</b>
<b>Jakie działania są skuteczne przy wdrażaniu krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu do rutynowej praktyki? .....</b>	<b>8</b>
<b>Zmniejszanie rozbieżności między faktami a praktyką .....</b>	<b>10</b>
<b>Planowanie wdrożenia krótkiej interwencji dotyczącej problemów związanych z używaniem alkoholu .....</b>	<b>13</b>
„Liderzy” .....	13
Służby .....	13
Planowanie na poziomie systemowym .....	14
<b>Planowanie szkolenia dla trenerów .....</b>	<b>15</b>
Odpowiedzialność za prowadzenie programu szkolenia trenerów .....	15
Kogo rekrutować do programu szkoleń dla trenerów i późniejszego prowadzenia szkoleń dla lekarzy pierwszego kontaktu .....	15
Sugerowany program szkolenia trenerów .....	17
<b>Planowanie sesji szkoleniowych dla lekarzy pierwszego kontaktu.....</b>	<b>19</b>
Cel ogólny i cele szczegółowe szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu .....	21
Sugerowany program szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu .....	22
<b>MATERIAŁY SZKOLENIOWE .....</b>	<b>23</b>
<b>Część 1. Wstęp, informacja o szkoleniu i umowa grupowa .....</b>	<b>25</b>
Ulotka 1.1. Cel ogólny i cele szczegółowe szkolenia .....	27
Ulotka 1.2. Sugestie dotyczące umowy grupowej .....	28
<b>Część 2. Postawy wobec alkoholu .....</b>	<b>29</b>
Ulotka 2.1. Postawy wobec alkoholu – karta robocza .....	31
Ulotka 2.2. Postawy wobec alkoholu – uwagi .....	32
<b>Część 3. Wpływ alkoholu, spożycie i szkody .....</b>	<b>39</b>
Ulotka 3.1. Działanie alkoholu .....	41
Ulotka 3.2. Porcje standardowe i poziomy spożycia alkoholu – test .....	45
Ulotka 3.3. Porcje standardowe i poziomy spożycia alkoholu – odpowiedzi na test .....	47

<b>Część 4. Krótkie interwencje dotyczące problemów związanych z używaniem alkoholu: cele, wymagane umiejętności i zmiana praktyki</b> .....	<b>50</b>
Ulotka 4.1. Czym jest krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu? .....	54
Ulotka 4.2. Radzenie sobie z wyzwaniami .....	58
<b>Część 5. Rozpoczęcie rozmowy o alkoholu</b> .....	<b>61</b>
Ulotka 5.1. Rozpoczęcie rozmowy .....	63
<b>Część 6. Przesiew i informacje zwrotne z użyciem testu AUDIT</b> .....	<b>65</b>
Ulotka 6.1. AUDIT-C/AUDIT .....	68
Ulotka 6.2. AUDIT-C/AUDIT moduł dla badającego lekarza pierwszego kontaktu.....	71
Ulotka 6.3. Studia przypadków – informacje o pacjentach .....	74
Ulotka 6.4. Studia przypadków – odpowiedzi .....	75
Ulotka 6.5. Reakcja na uzależnienie .....	76
<b>Część 7. Krótka interwencja – kluczowe umiejętności</b> .....	<b>78</b>
Ulotka 7.1 A. Wydobywanie języka zmiany za pomocą pytań otwartych – podstawy .....	81
Ulotka 7.1 B. Wydobywanie języka zmiany za pomocą odzwierciedleń – stopień zaawansowany.....	84
Ulotka 7.2 A. Planowanie zmian – podstawy .....	87
Ulotka 7.2 B. Planowanie zmian – stopień zaawansowany, stosowanie „linijek”.....	90
<b>Część 8. Krótkie interwencje – sesja praktyczna</b> .....	<b>91</b>
Ulotka 8.1. Instrukcja dotycząca sesji praktycznej .....	94
Ulotka 8.2. Sesja praktyczna – arkusz obserwacji .....	96
Ulotka 8.3. Studium przypadku – informacje zwrotne – notatki .....	97
<b>MATERIAŁY POSZKOLENIOWE</b> .....	<b>108</b>
<b>Ewaluacja i monitoring</b> .....	<b>109</b>
Planowanie ewaluacji i bieżącego monitoringu .....	109
Zachęcanie do refleksyjnej praktyki .....	110
Klinika krótkiej interwencji .....	110
<b>Przykładowy kwestionariusz do użytku przed szkoleniem</b> .....	<b>111</b>
<b>Przykładowy kwestionariusz do wypełnienia po szkoleniu</b> .....	<b>114</b>
<b>Piśmiennictwo</b> .....	<b>116</b>

# Podziękowania

Autorem niniejszego podręcznika i towarzyszących mu plansz jest Dr Niamh Fitzgerald, Institute for Social Marketing/United Kingdom Centre for Tobacco and Alcohol Studies, Faculty of Health Sciences and Sport, University of Stirling, Scotland, United Kingdom.

Na szczególne podziękowania zasługują członkowie zespołu ekspertów niniejszego projektu: Dr Sven Andreasson, Stockholm Centre for Addiction and Centre for Psychiatric Research, Sztokholm, Szwecja; Krzysztof Brzózka, Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa, Polska; Dr Ranjita Dhiatal, National Addictions Centre, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, Zjednoczone Królestwo; Dr Claudia Gandin, WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, National Observatory on Alcohol – National Centre on Addiction and Doping, Istituto Superiore di Sanità, Rzym, Włochy; Dr Antoni Gual, Addictions Unit, Hospital Clinic, Barcelona, Hiszpania; profesor Nick Heather, Faculty of Health and Life Sciences, Northumbria University, Newcastle upon Tyne, Zjednoczone Królestwo; Mark Holmes, Nottinghamshire Health care National Health Service Trust, Nottingham, Zjednoczone Królestwo; James Morris, Alcohol Academy, Londyn, Zjednoczone Królestwo; Dr Amy O'Donnell, Institute of Health and Society, Newcastle University, Newcastle upon Tyne, Zjednoczone Królestwo; Dr Vladimir Poznyak, Department of Mental Health and Substance Abuse, WHO headquarters; Mr Dag Rekke, Department of Mental Health and Substance Abuse, siedziba główna WHO; Dr Peter Rice, Honorary Consultant Psychiatrist, National Health Service Tayside and Honorary Senior Lecturer, Medical Education Institute, University of Dundee, Scotland, Zjednoczone Królestwo; profesor Emanuele Scafato, WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, National Observatory on Alcohol – National Centre on Addiction and Doping, Istituto Superiore di Sanità, Rzym, Włochy; profesor Betsy Thom, The Drug and Alcohol Research Centre, Middlesex University, Hendon, Zjednoczone Królestwo oraz Dr Konstantin Vyshinski, Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Ministry of Health, Moskwa, Federacja Rosyjska.

Za asystę podczas spotkania ekspertów Regionalne Biuro WHO chce podziękować pani Lisie Akyol oraz pani Imke Siefert, Interns, WHO Regional Office for Europe.

Redakcję techniczną wykonały Dr Lisa Schölin, konsultantka; pani Julie Brummer, konsultantka; Dr Lars Møller, Programme Manager oraz Dr Gauden Galea, dyrektor, Division of Noncommunicable Diseases and Promoting Health through the Life-course, WHO Regional Office for Europe.

Regionalne Biuro WHO chce podziękować Safe Sociable London za udostępnienie notatek dotyczących Testu rozpoznawania zaburzeń związanych z piciem alkoholu (AUDIT) oraz najpowszechniejszych krótkich interwencji; Colinowi Angusowi, Sheffield Alcohol Research Group, Health Economics and Decision Science, University of Sheffield, Sheffield, Zjednoczone Królestwo, za współpracę przy stworzeniu kalkulatora ryzyka w Ulotce 3.2; Dr Zarnie Khadjesari, King's Improvement Science Senior Postdoctoral Fellow, Centre for Implementation Science, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London; Dr Paulowi Tonerowi, Department of Health Sciences, University of York, za pomoc w opisie procesu przesiewowego, wykorzystanego w Elemencie 6 oraz

Dr Fredericowi Rosário, Family Physician, Tomaz Ribeiro Primary Health Care Center and Manager of the Alcohol-Related Problems Project of the ACeS Dão Lafões, Portugal, za komentarze dotyczące całego podręcznika.

Dziękujemy także International Network on Brief Interventions for Alcohol and Other Drugs za ekspercki konsensus w zakresie treści krótkich interwencji w przypadku problemów z piciem alkoholu oraz International Confederation of Alcohol, Tobacco and Other Drug Research Associations za ekspercki wkład dotyczący bieżącego szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu.

Prawa autorskie do niniejszego podręcznika dzielą między sobą WHO oraz Dr Niamh Fitzgerald. WHO zgadza się z tym, że opracowanie zawiera istniejące wcześniej metodologie, narzędzia, modele, procedury, wiedzę z zakresu zasad handlowych, koncepcje analityczne. Podejścia, odkrycia, idee i formaty, stworzone przez doktora Fitzgeralda. Dr Fitzgerald udziela WHO wieczystej, ogólnoświatowej, nieodwołalnej, zwolnionej z tantiem i niewyłącznej licencji na użytkowanie, wykonanie, powielanie, eksponowanie, sprawowanie, rozpowszechnianie i sporządzanie dzieł pochodnych do zestawu narzędzi, w związku z wykorzystaniem dzieła do potrzeb WHO.

Niniejsza publikacja została stworzona z pomocą finansową Unii Europejskiej. Wyrażone w niej poglądy nie mogą być w żaden sposób uważane za odzwierciedlenie oficjalnej opinii Unii Europejskiej.

# Słowo wstępne

*Jeszcze nigdy potrzeba promowania interwencji opartych na materiale faktograficznym, takich jak badania przesiewowe i krótkie interwencje nie była większa niż dziś – region europejski ma najwyższe spożycie alkoholu spośród wszystkich regionów WHO, a związana ze spożyciem alkoholu śmiertelność – wzrosła w ciągu ostatnich dwóch dziesięcioleci. Nadszedł czas, aby zapewnić wszystkim państwom członkowskim narzędzia, które pozwolą zająć się problemami związanymi ze spożyciem alkoholu w ramach systemów podstawowej opieki zdrowotnej.*

*Europejski plan działania, mający na celu zmniejszenie szkodliwego spożycia alkoholu w latach 2012-2020 podkreśla rolę systemów podstawowej opieki zdrowotnej w zmniejszaniu szkód spowodowanych przez spożycie alkoholu za pomocą dostarczenia instrumentów do prowadzenia badań przesiewowych służących rozpoznaniu problemów wynikających z używania alkoholu oraz krótkich interwencji w przypadku tego typu problemów. Te badania przesiewowe i krótkie interwencje skupiają się na identyfikacji osób spożywających alkohol na poziomie mogącym wywrzeć negatywny wpływ na ich zdrowie oraz prowadzeniu interwencji, mających zmotywować je do zmniejszenia spożycia alkoholu lub powstrzymania się od jego spożycia, oraz je w tym wspomóc. Interwencje takie mają różną długość i treść, mogą je prowadzić różne osoby, do tego w różnym stylu. Nie stanowią one substytutu leczenia odwykowego, lecz mają je uzupełniać. Rządy mogą wesprzeć pozytywne efekty programów badań przesiewowych i krótkich interwencji poprzez zapewnienie, że przeszkolenia w odpowiednim zakresie pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, przekazaniu im koniecznych do działania środków i udzielenia wsparcia strukturalnego.*

*Niniejszy podręcznik został stworzony do użytku w państwach członkowskich UE, w celu poszerzenia zakresu i poprawy jakości przeszkolenia profesjonalistów, zajmujących się ochroną zdrowia – w zakresie problematyki alkoholowej oraz prowadzenia badań przesiewowych i krótkich interwencji. Wraz z innymi działaniami wspierającymi na poziomie systemu ochrony zdrowia, szkolenie tego typu może zmniejszyć rozbieżność między liczbą osób, która skorzystałaby ze zmniejszenia spożycia alkoholu a liczbą tych, które już uzyskują wsparcie lub korzystają z porad, jak to osiągnąć.*

*Przedstawiony w materiałach szkoleniowych model prowadzenia badań przesiewowych i krótkich interwencji opiera się na konsensusie międzynarodowego zespołu ekspertów, który powstał w wyniku dyskusji w International Network for Brief Interventions on Alcohol and Other Drugs (INEBRIA). Niniejszy podręcznik szkoleniowy opisuje sposób przygotowania i organizacji szkolenia dotyczącego prowadzenia badań przesiewowych i krótkich interwencji w przypadku problemów związanych z używaniem alkoholu dla profesjonalnych pracowników ochrony zdrowia w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej. Podręcznik opisuje szczegółowo takie elementy szkolenia jak zajęcia interaktywne oraz psychodramy (scenki), służące uzyskaniu umiejętności omawiania z pacjentami zagadnień związanych ze spożyciem alkoholu. Podręcznik zawiera także zbiór faktów, które dotyczą wpływu alkoholu na życie jednostki, system opieki zdrowotnej oraz społeczeństwo jako całość. Na poziomie systemowym materiały zawierają także rozważania dotyczące organizowania szkoleń dla osób szkolących.*

Gauden Galea

Dyrektor Działu Chorób Niezakaźnych i Promocji Zdrowia w całym Cyklu Życia Europejskiego Biura Regionalnego WHO



# Wskazówki dotyczące stosowania niniejszego podręcznika

Niniejszy podręcznik składa się z trzech głównych części: wstępu dla trenerów, materiałów szkoleniowych oraz materiałów poszkoleniowych.

Wstęp dla trenerów obejmuje informacje wstępne, dotyczące istoty krótkiej interwencji w przypadku problemów związanych z używaniem alkoholu, dowody efektywności i skuteczności metody oraz fakty dotyczące jej wdrażania, a także informacje o tym, w jaki sposób rutynowe stosowanie tego typu interwencji może zostać wykorzystane do tworzenia faktycznego obrazu stanu bieżącego. Znajdują się tu także informacje, które mogą być pomocne przy planowaniu wdrażania krótkiej interwencji w przypadku problemów związanych z używaniem alkoholu i sugerowany zakres szkolenia trenerów oraz lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie stosowania tego typu interwencji.

Materiały szkoleniowe są podzielone na osiem części (Tabela 1).

**Tabela 1. Części szkolenia.**

Część	Forma	Czas	Nr strony	
1	Wstęp, informacja o szkoleniu i umowa grupowa	Dyskusja	20 minut	24
2	Postawy wobec alkoholu	Dyskusja w małych grupach	40 minut	28
3	Wpływ alkoholu, spożycie i szkody	Prezentacja i quiz grupowy	40 minut	36
4	Krótką interwencja w przypadku problemów związanych z używaniem alkoholu: cele, umiejętności i zmiany praktyki	Dyskusja i praca w małych grupach	40 minut	46
5	Rozpoczęcie rozmowy o alkoholu	Dyskusja i praca indywidualna	25 minut	54
6	Przesiew i informacje zwrotne z wykorzystaniem Testu rozpoznawania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (AUDIT)	Prezentacja i praca w parach	60 minut	58
7	Umiejętność prowadzenia krótkiej interwencji: wywołanie i planowanie	Prezentacja i praca w parach	45 minut	69
8	Sesja praktyczna krótkiej interwencji	Praca w grupach trzyosobowych	75 minut	78

Dział końcowy – materiały poszkoleniowe – zawiera kwestionariusze do stosowania przed szkoleniem i po nim, służące do oceny oraz arkusz, który może być pomocy lekarzom pierwszego kontaktu w analizie nasuwających się refleksji po szkoleniu, wspierający naukę własną w praktyce.



**Wprowadzenie  
dla trenerów**

# Czym jest krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu?

*„Krótkie interwencje to działania, których celem jest identyfikacja realnego albo potencjalnego problemu związanego z używaniem alkoholu i zmotywowanie jednostki do podjęcia w związku z tym aktywności” (1).*

Krótkie interwencje dotyczące problemów związanych z używaniem alkoholu to różnego rodzaju interwencje (1-4) obejmujące: „krótkie rozmowy, których celem jest zmotywowanie jednostek w niekonfrontacyjny sposób do przemyślenia i/albo zaplanowania zmian swojego zachowania w zakresie spożywania alkoholu, w celu zmniejszenia spożycia i/albo ryzyka szkód wywoływanych przez jego spożycie” (5). Historycznie interwencje takie obejmowały stosowanie kwestionariusza przesiewowego, służącego do oceny poziomu spożycia alkoholu przez osobę i grożących jej, związanych ze spożyciem alkoholu, problemów oraz przekazywanie zindywidualizowanych informacji zwrotnych osobom, które rozpoznano jako potrzebujące wsparcia (1).

Istnieją dowody potwierdzające wartość stosowania w podstawowej opiece zdrowotnej szeroko zakrojonych badań przesiewowych, dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu, służące identyfikacji osób, które mogłyby skorzystać z możliwie najwcześniejszej interwencji. W niektórych programach o szerokim zasięgu (prowadzonych np. w Szkocji), polegających na dotarciu za pomocą działań w ramach podstawowej opieki zdrowotnej do jak największej grupy docelowej, udostępniono lekarzom pierwszego kontaktu długą listę potencjalnych stanów i zjawisk, dla których zalecane jest badanie przesiewowe (6). Choć podejście takie omijało część pacjentów, uznano, że zwiększa ono u lekarzy pierwszego kontaktu poczucie swobody przy podnoszeniu tematu spożycia alkoholu i pomaga im działać w sposób skoncentrowany na pacjencie.

Krótkie interwencje dotyczące problemów związanych z używaniem alkoholu obejmują także interwencje dokonywane drogą elektroniczną – np. za pomocą aplikacji do telefonów komórkowych i stron internetowych. Bywają takie, z których pacjenci korzystają w sposób całkowicie niezależny, oraz takie, z których można skorzystać na zalecenie specjalisty, np. w sposób ukierunkowany przez pracownika podstawowej opieki zdrowotnej lub wraz z poradą z jego strony. Istnieją dowody zgromadzone z wielu systematycznych badań przesiewowych, że interwencje za pośrednictwem medium elektronicznego też skutecznie zmniejszają spożycie alkoholu – o niewielką, lecz statystycznie znaczącą ilość. Stworzenie i wdrożenie dostarczanych cyfrowo badań przesiewowych i krótkich interwencji może być tańsze, w przeliczeniu kosztów na jednego pacjenta, a także mieć potencjał dotarcia do szerszej populacji, mogą one jednak nie być używane przez osoby o mniejszej motywacji do zmiany. Niniejsze szkolenie skupia się na prowadzeniu interwencji bezpośrednich („twarzą w twarz”) (7).

Krótkie interwencje znane są w literaturze naukowej oraz praktyce klinicznej pod różnymi nazwami i skrótami. Najpowszechniej występującymi pojęciami w literaturze naukowej są „badania przesiewowe i krótka interwencja”, a w Stanach Zjednoczonych „badanie przesiewowe, krótka interwencja i kierowanie na leczenie”. W Zjednoczonym Królestwie najpowszechniej używanym pojęciem jest „identyfikacja i krótka porada”. Nie ma zgody co do specyficznych różnic między poszczególnymi pojęciami, a skrót niekoniecznie pozwala wnioskować o treści albo sposobie stosowania interwencji.

W związku z tym najlepiej więc traktować pojęcie „krótka interwencja” jako swego rodzaju „parasol”, pod którym kryje się szeroka paleta działań, podpadających pod wymienione powyżej, ogólnie sformułowane definicje. Większość rodzajów krótkiej interwencji korzysta (albo korzystało) w mniejszym lub większym stopniu z dwóch kluczowych koncepcji: etapów zmiany oraz dialogu motywującego.

W niniejszym podręczniku używane są pojęcia: krótka interwencja dotycząca problemów z używaniem alkoholu (obejmująca zwykle badanie przesiewowe) oraz badanie przesiewowe i krótka interwencja.

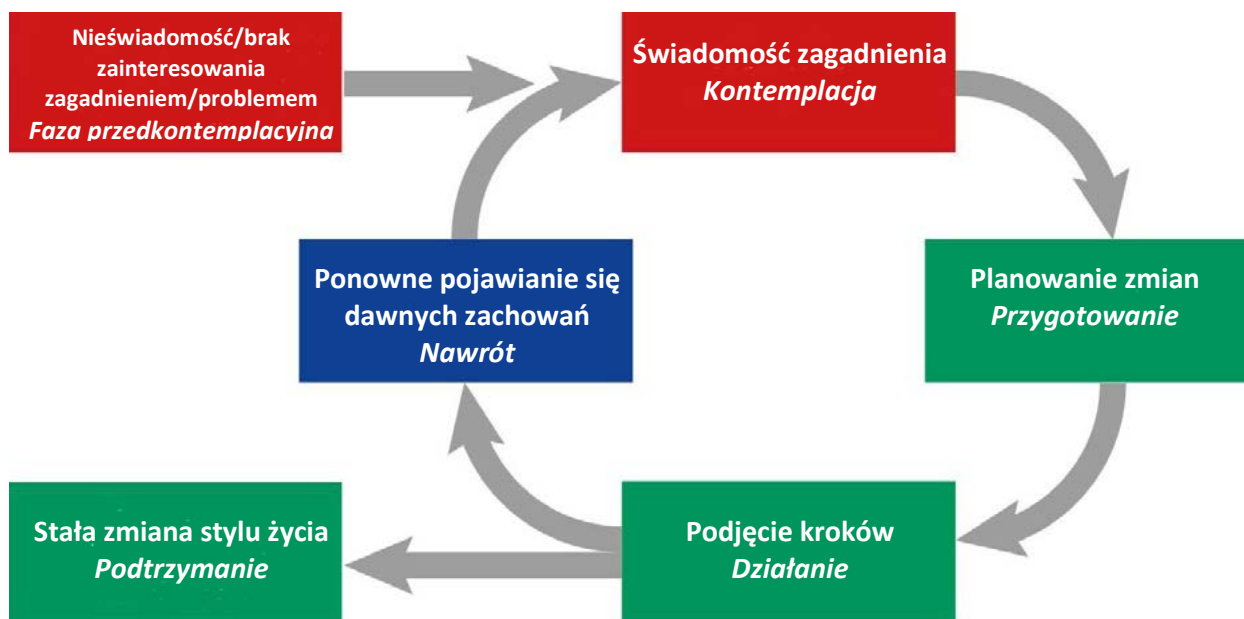
## **Koncepcja kluczowa 1.**

### **Etapy zmiany zachowania**

Koncepcja etapów zmiany albo model transteoretyczny identyfikuje pięć następujących po sobie i wzajemnie wykluczających się stadiów, powiązanych ze specyficznymi zadaniami, jakie musi wykonać jednostka dla osiągnięcia intencjonalnej zmiany zachowania (Ryc. 1) (8). Poniższy opis stadiów pochodzi z dyskusji dotyczącej etapów modelu zmiany, przeprowadzonej przez Heathera i Hönekoppa (9).

- W fazie przedkontemplacyjnej jednostka albo nie uświadamia sobie istnienia problemu, którym należy się zająć, albo zdaje sobie z niego sprawę, lecz nie zamierza zmienić problematycznego zachowania.
- Następuje po tym etap kontemplacyjny, cechujący się ambiwalencją względem zachowania problematycznego – na tym etapie rozważane są zyski i straty, które powoduje dane zachowanie oraz jego zmiana, co w wielu przypadkach prowadzi do podjęcia decyzji.
- W fazie przygotowawczej jest podejmowane postanowienie o wprowadzeniu zmian, któremu towarzyszy zgoda na określony plan działania.
- Kolejnym etapem zmiany jest etap działania, w którym następuje realizacja określonego wcześniej planu. W tej fazie jednostka angażuje się w aktywności, stworzone w celu dokonania przez nią zmiany zachowania oraz służące poradzeniu sobie z trudnościami.
- Jeżeli skuteczne działanie jest kontynuowane, jednostka przechodzi do fazy podtrzymania, w której podejmowane są wysiłki służące ugruntowaniu dokonanych zmian.
- Gdy zmiany stały się integralną częścią stylu życia, jednostka kończy sekwencję zmian. Powszechne są jednak nawroty i konieczne może się okazać kilkakrotne powtórzenie cyklu zmian – zwanych „cyklem wtórnym”, zanim zmiany staną się czymś trwałym.

Ryc. 1. Etapy zmiany albo Transteoretyczny Model Zmiany Zachowania.



Źródło: na podstawie Prochaska i DiClemente (8).

Mimo wielu krytycznych głosów zarówno wobec pierwotnej wersji tego modelu, jak i wersji modyfikowanych, w szczególności dotyczących braku dowodów na skuteczne dopasowanie tworzonych interwencji do poszczególnych etapów zmiany, podział na poszczególne stadia gotowości do zmiany jest koncepcją intuicyjną i przydatną w praktyce. Szczególną wartość modelu stanowi podejście mówiące o tym, że zmiana zachowania nie jest zdarzeniem (statycznym), lecz procesem. Pomaga to lekarzom pierwszego kontaktu w myśleniu, jak pomóc pacjentom wyznaczać realne cele. Model może być także pomocny do rozwiązania problemu braku zainteresowania zmianą przez pacjenta w chwili porady – dzięki założeniu, iż nie neguje to jej wartości, bowiem brak zainteresowania jest normalnym elementem cyklu zmiany i nie oznacza, że należy zaniechać interwencji.

Heather i Hönekopp wyjaśniają to następująco (9):

„Idea jakościowo różnych stadiów lub faz jest zgodna z laickim rozumieniem, co dzieje się, gdy ktoś zmienia wraz z upływem czasu swoje zachowanie. Jeżeli ktoś martwi się – aczkolwiek w niekonsekwentny sposób – szkodami, których przyczyną może być jego własne zachowanie, jest bez wątpienia w jakościowo innej sytuacji niż osoba, która nie ma takich zmartwień. Tak samo ktoś, kto podejmuje działania mające na celu eliminację albo zmniejszenie tych szkód, jest w jakościowo innej sytuacji niż ktoś, kto się o nie martwi, lecz nie zrobił niczego, aby zmartwienia osłabły”.

Autorzy zauważają także, że głównym plusem omawianego modelu jest koncepcja kontemplacji – fazy, w której jednostka zachowuje ambiwalencję wobec zmiany. Koncepcja ta jest także bazą podejścia do zmiany ludzkiego zachowania, znanego jako dialog motywujący, stworzonego w celu zmniejszenia ambiwalencji i nasilenia gotowości do zmiany. Dialog motywujący jest także kluczową koncepcją, stanowiącą bazę wielu krótkich interwencji.

## Koncepcja kluczowa 2.

### Dialog motywujący

Upraszczając, dialog motywujący to oparty na współpracy styl rozmowy, wzmacniający motywację i zdecydowanie człowieka, by dokonać zmian (10). Podchodząc bardziej technicznie, jest to oparty na współpracy, zorientowany na osiągnięcie celu styl komunikacji, w którym szczególną uwagę zwraca się na język zmiany. Wzmacnianie motywacji osoby do osiągnięcia określonego celu oraz zwiększenie jej zaangażowania odbywa się za pomocą wydobywania i eksploracji – w atmosferze akceptacji i zrozumienia – wewnętrznych argumentów tej osoby na rzecz zmiany (10). Krótka interwencja i dialog motywujący nie są pojęciami zamiennymi, choć niektóre rodzaje krótkiej interwencji wykorzystują dialog motywujący – jedne w stopniu znacznym, inne w niewielkim, tylko wybrane koncepcje i zasady.

Kluczowymi koncepcjami dialogu motywującego, które najczęściej przenikają do krótkich interwencji, są: podkreślanie autonomii pacjenta oraz skoncentrowane na pacjencie podejście, oparte na współpracy i akceptacji. Najnowsza wersja dialogu motywującego, wypracowana przez Millera i Rollnicka (10)<sup>1</sup> opiera się na czterech procesach:

- angażowaniu (budowanie relacji, zaufanie – wszechstronne słuchanie),
- ukierunkowywaniu (wspólne uzgadnianie kierunku/celu rozmowy),
- wywoływaniu (aktywne słuchanie służące wybiórczemu akcentowaniu języka zmiany),
- planowaniu (wspólne wypracowywanie i uzgadnianie planu zmiany).

Opisany w niniejszym podręczniku model krótkiej interwencji czerpie z tej najnowszej wersji dialogu motywującego, w szczególności z procesów wywoływania i planowania. Głównym celem jest całkowite zaangażowanie pacjenta. Choć tematem rozmowy jest alkohol, wyraźnie podkreśla się jako warunek wstępny – uzyskanie od pacjenta zgody na dyskusję z nim na ten temat.

Nie istnieje coś takiego jak „minimum” ani „wystarczający zakres” szkolenia, które pozwalają lekarzom pierwszego kontaktu osiągnąć określony poziom kompetencji w dialogu motywującym. Większość lekarzy pierwszego kontaktu do uzyskania umiejętności sprawnego posługiwania się tą metodą potrzebuje szkolenia, informacji zwrotnych na temat tego, co robią oraz coachingu. (Taki coaching oraz szkolenie kompetencji lekarzy pierwszego kontaktu w stosowaniu dialogu motywującego wykraczają poza ramy niniejszego podręcznika). Osoby kierujące inicjatywami z zakresu krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu zachęca się jednak do traktowania szkolenia jako procesu budowania kompetencji, a nie wydarzenia jednorazowego.

Choć nauka dialogu motywującego i nabycie umiejętności prawidłowego stosowania tej metody mogą być czasochłonne, wyniki części wstępnych badań są zachęcające. Wskazują one bowiem na to, że już samo zmniejszenie przez lekarzy pierwszego kontaktu częstotliwości zachowań, które nie są pomocne (konfrontacyjne albo dyrektywne) wobec konsultowanych pacjentów może wywierać przynajmniej tak samo ważny wpływ na

---

<sup>1</sup> Najnowsze (trzecie) wydanie *Motivational Interviewing* zostało przetłumaczone na wiele języków i jest polecaną lekturą dla osób prowadzących niniejsze szkolenie. Wydanie polskie: William R. Miller, Stephen Rollnick, *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014 (oryginał angielski: pozycja w bibliografii: 10).

wynik porady, jak prawidłowe stosowanie dialogu motywującego. Jest to wskazówka dla trenerów, korzystających z niniejszych materiałów, aby skupić się na wspomaganiu lekarzy pierwszego kontaktu w rozpoznawaniu sytuacji, kiedy zamiast aktywnie, empatycznie słuchać i stosować styl ukierunkowujący, zachowują się dyrektywnie, w sposób narzucający określone przekonania albo okazują dezaprobatę.

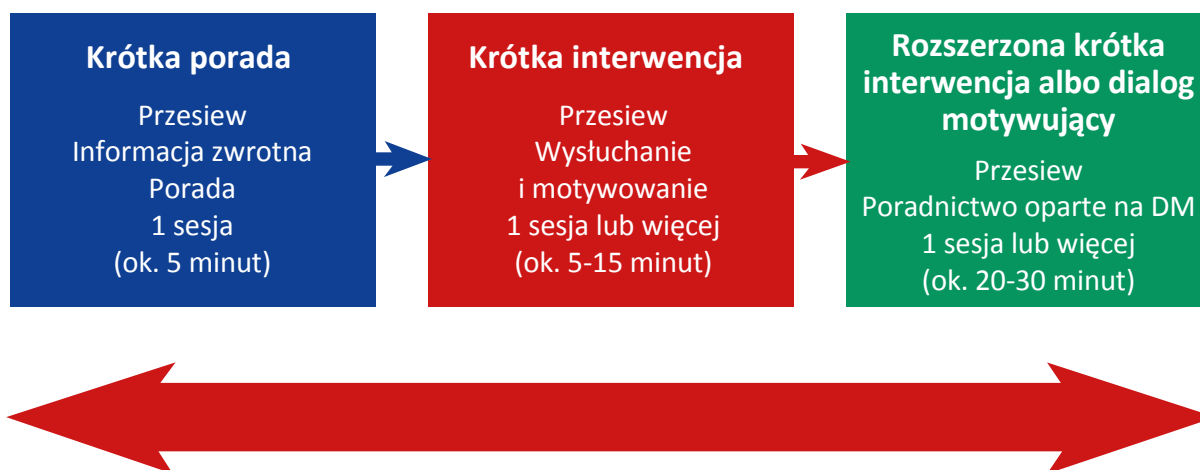
## Typy krótkiej interwencji

Kategoriami rozróżniającymi krótkie interwencje mogą być:

- długość: od kilku minut po szereg (godzinnych albo dłuższych) sesji,
- ton: udzielanie rad albo styl ukierunkowujący/prowadzący,
- podstawa teoretyczna: oparte na dialogu motywującym albo nie,
- punkt wyjściowy: oparte na koncepcji etapów zmiany albo nie,
- koncentracja na odmiennych problemach związanych z używaniem alkoholu: spożycie ryzykowne/spożycie powodujące szkody/uzależnienie od alkoholu.

Ponieważ czas trwania krótkiej interwencji nie decyduje o jej treści ani stylu, najbardziej praktycznym wyjściem będzie potraktowanie ich jako kontinuum (Ryc. 2). Mimo stosowania różnych nazw i skrótów, krótka interwencja pozostaje krótką interwencją. Model krótkiej interwencji, jakiego chcielibyśmy nauczyć za pomocą niniejszego podręcznika, jest w pełni opisany w Części 4 i przynależnych do niej ulotkach.

Ryc. 2. Kontinuum krótkich interwencji.



# Dowody na skuteczność oraz efektywność krótkich interwencji

W wielu systematycznie prowadzonych badaniach przesiewowych potwierdzono oddziaływanie krótkich interwencji na pacjentów z problemami związanymi z używaniem alkoholu – w pierwszym rzędzie powodując u nich zmniejszenie (deklarowanej) ilości spożywanego alkoholu (11–13). W przeglądzie Cochrane’a z 2007 roku, który jest obecnie aktualizowany, przeanalizowano wyniki 24 wdrożeń w podstawowej opiece zdrowotnej i pięciu w medycynie ratunkowej. Metaanaliza objęła w sumie ponad 7000 pacjentów o średniej wieku 43 lata, o początkowym średnim (zgłaszanym) tygodniowym spożyciu 306 g (czystego) alkoholu (30 porcji standardowych), którzy zostali losowo przydzieleni do grupy, w jakiej przeprowadzano krótką interwencję oraz do grupy kontrolnej (11).

Osoby, które poddano krótkiej interwencji, zgłaszały po roku średnie zmniejszenie spożycia w stosunku do grupy kontrolnej o 38 g alkoholu (cztery porcje standardowe) tygodniowo. Choć jedynie osiem z 29 wdrożonych programów przedstawiało wyniki w podziale na płeć, a tylko pięć z nich obejmowało kobiety, korzyść dla mężczyzn jest wyraźniej widoczna niż dla kobiet. Choć tylko w jednym z 29 wdrożonych programów badano interwencję pięciominutową, a średni czas trwania interwencji wynosił 25 minut (podany czas nie obejmuje badania przesiewowego), stwierdzono, że krótki pojedynczy kontakt, w trakcie którego prowadzono interwencję, jest tak samo skuteczny jak dłuższa interwencja, składająca się z większej liczby sesji. Autorzy doszli też do wniosku, że nie ma różnicy efektów interwencji prowadzonych w ramach rutynowej podstawowej opieki zdrowotnej (badania efektywności) oraz interwencji prowadzonych w „bardziej idealnych” warunkach badawczych (badania skuteczności) (11). W efekcie wywiązała się dyskusja dotycząca metody służącej do klasyfikowania badań w ten sposób (14) oraz na temat tego, czy bazę faktograficzną dotyczącą krótkich interwencji da się zastosować do rutynowej podstawowej opieki zdrowotnej (15).

Jedna z nowszych systematycznych prac przeglądowych, przeprowadzona przez Jonasa i in. dla US Preventive Services Taskforce obejmowała 23 programy wdrożeniowe w podstawowej opiece zdrowotnej (13). Najsilniejsze dowody uzyskano na to, że najskuteczniejsze są krótkie (10-15 minutowe), kilkakrotne interwencje – np. dwie 15-minutowe sesje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, prowadzone w miesięcznym odstępie, z pięciominutowymi rozmowami telefonicznymi, nawiązanymi przez pielęgniarkę, prowadzonymi dwa tygodnie po każdej interwencji.

Jonas i in. stwierdzili, że pojedyncze, bardzo krótkie interwencje (do 5 minut) oraz interwencje krótkie (do 15 minut) są mniej skuteczne albo nieskuteczne (13).

W metaanalizie, którą przeprowadzili Jonas i in., a która objęła 10 wdrożonych programów i 4332 pacjentów, spożycie w grupie poddanej interwencji spadło w porównaniu z grupą kontrolną w ciągu 12 miesięcy o 50 g alkoholu (pięć porcji standardowych), a 11–12% mniej osób dorosłych w grupie poddanej interwencji zgłaszało picie w sposób przekraczający granicę oraz epizody „ciężkiego” picia (*heavy drinking*). Nie uzyskano wystarczającego materiału dowodowego, który pozwoliłby oszacować wpływ interwencji na liczbę wypadków, urazów ciała i mających związek ze spożyciem alkoholu problemów z wątrobą. Choć nie było w tym zakresie wielu informacji, szkody spowodowane krótkimi interwencjami można skategoryzować w zakresie od „żadne” do „małe” (13).



# Jakie działania są skuteczne przy wdrażaniu krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu do rutynowej praktyki?

Wdrażanie można zdefiniować jako proces włączania interwencji opartych na potwierdzonych danych do użytku albo ich integracji z istniejącą procedurą (16). Działalność wdrożeniowa jest samodzielną dziedziną nauki i istnieje wiele modeli opisujących czynniki i działania, które mogą mieć wpływ na skuteczne wdrożenie interwencji (16). Jednym z tych modeli są Skonsolidowane Ramy Badań Wdrożeniowych (Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR), które w pięciu kategoriach (domenach) opisują czynniki, mające wpływ na wdrożenie (17). Kategorie te pomagają oceniać wielorakie działania, jakie można stosować do wsparcia procesu wdrażania krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu w dowolnych ramach organizacyjnych. Są to:

- charakterystyka interwencji (forma krótkiej interwencji dotyczącej problemów związanych z używaniem alkoholu),
- ramy zewnętrzne (szerszy kontekst polityczny, społeczny i gospodarczy),
- ramy wewnętrzne (strukturalny, polityczny i kulturowy kontekst organizacji wdrażającej),
- cechy jednostek (docelowi lekarze pierwszego kontaktu),
- proces wdrożenia (działania i strategie służące realizacji wdrożenia).

Każda z tych domen składa się z wielu subdomen. Takie modele jak CFIR były rzadko używane do wdrażania krótkich interwencji<sup>2</sup>. Williams i in. stwierdzili jednak, że wyjątkowo długi czas, poświęcony na badanie przesiewowe w jednym z programów krótkich interwencji wiązał się ze strategiami wdrożeniowymi, które dotyczyły trzech domen CFIR: ram zewnętrznych, ram wewnętrznych oraz procesu wdrażania (18).

Także Nilsen i in. dokonali przeglądu strategii wdrażania krótkich interwencji, jakie stosowano w publikowanych badaniach i udało im się określić cztery głównie stosowane strategie: wykorzystanie materiałów pisemnych, telemarketing, szkolenie lekarzy pierwszego kontaktu oraz udzielane im wsparcie. Ogólnie stwierdzono, że poziom wdrożenia „rośnie wraz z intensywnością nakładów na interwencję, czyli ilości zapewnianego szkolenia i/albo wsparcia” (19). W jakościowym badaniu przeglądowym Johnson i in. stwierdzili, że głównymi czynnikami sprzyjającymi wdrażaniu w podstawowej opiece zdrowotnej były: „odpowiednie zasoby, szkolenie i rozpoznawanie osób zagrożonych bez ich stereotypizacji” (20).

Niedawne randomizowane badanie strategii implementacji krótkich interwencji w podstawowej opiece zdrowotnej, przeprowadzone w wielu krajach, wykazało, że skutecznym czynnikiem wzrostu deklarowanego odsetka prowadzenia badań przesiewowych w podstawowej opiece zdrowotnej są bodźce ekonomiczne,

<sup>2</sup> Dla poprawy zwartości tekstu wszędzie tam, gdzie dalej będzie używane określenie „krótka interwencja”, będzie to oznaczać „krótką interwencję w przypadku problemów związanych z używaniem alkoholu” (przypis od tłumacza).

połączone ze szkoleniem i wsparciem, a jest to skuteczniejsze od samego szkolenia i wsparcia, samej rekompensaty finansowej, elektronicznych badań przesiewowych i krótkich interwencji oraz dotychczas stosowanych tradycyjnych podejść (21). Z tych strategii wdrożeniowych najefektywniejszymi kosztowo okazały się bodźce finansowe (22).

Niestety nie zawsze można zakładać, że wzrost deklarowanego odsetka prowadzonych badań przesiewowych lub krótkich interwencji, będący wynikiem zachęt, odzwierciedla zmianę działań wobec pacjentów i wpływ, jaki ta zmiana może mieć na stan pacjentów. Zachęty mogą zwiększyć liczbę przeprowadzanych badań przesiewowych oraz interwencji, ale tak samo dobrze mogą też jedynie zwiększyć prawdopodobieństwo zapisywania i zgłaszania rozmów, które i tak prowadzono, w celu uzyskania rekompensaty (23). W połączeniu ze szkoleniem, zachęty mogą oczywiście zwiększyć formalność badań przesiewowych lub poprawić jakość prowadzonych rozmów. Bez odpowiedniej wiedzy o tym, które elementy składowe krótkich interwencji mogą być najbardziej efektywne, trudno jest jednak zdecydować, do jakich właściwie działań należy zachęcać (23). Choć nie da się nie dostrzegać zagrożenia takimi zafałszowaniami jak wprowadzanie w błąd i działania pozorne dla zysku finansowego (24), wiele niedawno prowadzonych badań w Wielkiej Brytanii dostarczyło jednak obiecujących dowodów na to, że zachęta finansowa może być skutecznym bodźcem do zwiększania odsetka badań przesiewowych prowadzonych w podstawowej opiece zdrowotnej (25-28).

Na koniec należy wymienić jakościowe badanie dużego krajowego programu wdrażania krótkich interwencji ze Szkocji. Jego wyniki wskazują na to, że liderzy procesu wdrażania nie zostali przeszkoleni w zakresie stosowania jakiegokolwiek procesu wdrożeniowego ani wiedzy pokrewnej, i choć wiele zagadnień mogło być antycypowanych z góry, kazano im uczyć się skutecznych strategii wdrożeniowych na zasadzie prób i błędów (29). Liderzy ci określili pięć strategii, które ich zdaniem mogą być pomocne dla osób planujących wdrażanie krótkich interwencji w przypadkach związanych z używaniem alkoholu na dużą skalę, w każdych strukturach organizacyjnych. Są to:

- ustalenie orientacyjnych celów dla dostarczonych w określonym czasie krótkich interwencji, z jasnym określeniem kto odpowiada za wdrożenie celu,
- uzyskiwanie od początku wsparcia ze strony wyższego personelu,
- adaptacja interwencji w pragmatyczny i kooperacyjny sposób, w celu dopasowania jej do istniejącej praktyki,
- stworzenie praktycznych i niezawodnych systemów rejestracji, nadzoru i raportowania otrzymania interwencji, wyprzedzających szeroki zakres wdrożenia oraz
- stworzenie bliskich relacji w miejscu pracy z personelem „pierwszego kontaktu”, obejmujących elastyczne podejście do szkolenia i łatwo dostępne wsparcie (29).

# Zmniejszanie rozbieżności między faktami a praktyką

Choć działania legislacyjne dotyczące osiągalności cenowej, dostępności i marketingu alkoholu mają uzasadnienie faktograficzne, pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej codziennie leczą osoby, cierpiące z powodu stanów, których przyczyną powstawania albo nasilania się może być spożycie alkoholu. Istnieje dużo dowodów naukowych wskazujących na to, że nie są wykorzystywane wszystkie okazje do pomocy (30-33). Jednak jest znacznie mniej takich, które wskazywałyby, jaką postać powinna przybrać pomoc oraz jakie są najlepsze bodźce motywujące i sposoby szkolenia lekarzy pierwszego kontaktu, aby tę pomoc świadczyli (4, 33-36).

Dalsze badania, obejmujące analizę (uzyskanych za zgodą) zapisów porad, mogą pozwolić na dokonanie podstawowych szacunków dotyczących pożądanej jakości (rozmowy) i pozwolić lepiej zrozumieć mechanizmy, dzięki którym rozmowy takie mogą skutecznie wspomagać zmiany zachowania pacjentów (4, 37). Konieczne są także dalsze badania różnych typów oraz modeli szkoleń i wsparcia dla profesjonalistów, które pozwoliłyby uzyskać odpowiedź na pytanie, jaki jest minimalny wymagany poziom kompetencji i umiejętności, aby krótkie interwencje były skuteczne (36).

Baza faktograficzna dotycząca krótkich interwencji w podstawowej opiece zdrowotnej ma liczne zasadnicze ograniczenia, do których zaliczają się poniższe:

- Ponieważ wpływ na zachowanie członków grupy kontrolnej może mieć już sam fakt dokonania oceny nadużywania alkoholu, wyniki badań mogą być przekłamywane w kierunku „wyników zerowych”, tzn. może zostać zawyżone prawdopodobieństwo niestwierdzenia efektu krótkich interwencji albo stwierdzenia słabszego ich oddziaływania, niż jest to w rzeczywistości (13, 38).
- Jeżeli pacjenci wiedzą, że oczekuje się od nich zmniejszenia spożycia alkoholu w wyniku krótkiej interwencji, mogą po jednej lub kilku sesjach zgłaszać zmniejszenie spożycia, choć w rzeczywistości ono nie nastąpiło. W rezultacie wyniki badań mogą być przekłamywane w kierunku stwierdzenia pozytywnego efektu krótkiej interwencji, który w rzeczywistości nie miał miejsca albo lepszego oddziaływania, niż faktycznie miało to miejsce (15). Hipotezę tę wspiera brak dowodów na faktyczne występowanie efektów zdrowotnych, co zauważyli w swojej pracy Jonas i in. (13).
- Niewiele wiadomo na temat tego, jakie specyficzne elementy krótkich interwencji skutecznie motywują pacjentów do zmiany zachowania (4, 35) ani które są skuteczne dla jakich pacjentów, dla pacjentów o jakich poziomach spożycia alkoholu i w jakich scenariuszach prowadzenia interwencji. W pracy przeglądowej autorstwa Gaume i in. stwierdzono, że obiecujące wydają się być następujące elementy: zindywidualizowane informacje zwrotne, ćwiczenia służące planowaniu zmiany, porady, przedstawianie alternatywnych możliwości zmiany, strategie ograniczania picia, wypowiedzi pacjenta w języku zmiany, analiza wartości i norm oraz sprzeczności między aktualnym zachowaniem a celami żywymi, nie stwierdzono jednak jednoznacznych ani spójnych dowodów na rzecz tych określonych powyżej elementów krótkich interwencji (4).

Te luki w wiedzy świadczą o pilnej potrzebie stworzenia potencjału badawczego dla tych, którzy planują wdrażanie programów krótkich interwencji na poziomie krajowym albo regionalnym oraz nawiązania kontaktów z naukowcami, którzy byliby w stanie poruszać się w gęszczu dostępnej obecnie bazy potwierdzonych danych.

Międzynarodowa Sieć Krótkich Interwencji Dotyczących Problemów Związanych ze Spożyciem Alkoholu i Innych Narkotyków<sup>3</sup> to sieć zainteresowanych tą dziedziną badaczy, lekarzy pierwszego kontaktu i osób tworzących politykę, które mogą pomóc odnaleźć się w omawianej tematyce. Analogicznie, pomocy przy nawiązywaniu kontaktów z badaczami może udzielić Konfederacja Stowarzyszeń Badań nad Alkoholem i Innymi Narkotykami<sup>4</sup>.

Bardzo dużą rolę dla zapewnienia optymalnego wykorzystania czasu i zasobów w systemach opieki zdrowotnej odgrywa poszerzanie wiedzy o najlepszych sposobach wsparcia lekarzy pierwszego kontaktu i ich pacjentów przy zmniejszaniu zagrożenia szkodami związanymi z używaniem alkoholu. Choć wiele pytań pozostaje bez odpowiedzi, nie oznacza to, że mimo trwających badań lekarze pierwszego kontaktu nic nie muszą robić. Osoby odpowiedzialne za wdrażanie programów krótkich interwencji oraz szkoleń pokrewnych i podobnego wsparcia, powinny zastanawiać się nad sposobami takiego kształtowania swoich programów wdrożeniowych, aby dostarczały informacji, które mogą uzupełnić bazę potwierdzonych danych.

McCambridge & Saitz zidentyfikowali następujące priorytetowe obszary badań, które mają służyć poprawie zarządzania problematyką alkoholową w systemach ochrony zdrowia (15). Oto kilka użytecznych punktów wyjściowych:

- Co opinia publiczna wie o szkodliwym dla zdrowia spożywaniu alkoholu i jakie wynikają z tego implikacje dotyczące otwartości na stosowanie interwencji?
- Jak lekarze pierwszego kontaktu postrzegają – w kontekście systemowym – swoją rolę wobec szkodliwego spożywania alkoholu i zapobiegania temu zjawisku, a także jak można poprawić organizację działań profilaktycznych w sposób strategiczny, obejmujący cały system opieki zdrowotnej?
- Jaka wiedza i jakie umiejętności są potrzebne lekarzom pierwszego kontaktu do zapobiegania intensywnemu picciu alkoholu i leczenia jego konsekwencji?
- W jaki sposób można zapobiegać szkodliwemu dla zdrowia spożywaniu alkoholu i zarządzać „ciężkim” spożyciem alkoholu w kontekście chorób współistniejących, zachowań i stanów powodujących różnego rodzaju zagrożenia wielorakie oraz wpływających negatywnie na stan zdrowia?
- W jakim stopniu leczenie poważniejszych zaburzeń związanych ze spożyciem alkoholu powinno być w gestii leczenia ogólnego, a jaka jest rola placówek leczenia uzależnienia od alkoholu?
- Na ile da się poprawić skuteczność interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu na tle aktualnie istniejącego poziomu opieki medycznej i jak na tym tle wyglądają zagadnienia związane z efektywnością kosztową oraz oszczędnościami?

---

<sup>3</sup> The International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs [strona internetowa]. Barcelona: Government of Catalonia, Health Department (sekretariat); 2017 ([www.inebria.net](http://www.inebria.net), dostęp 3.07.2017).

<sup>4</sup> International Confederation of ATOD Research Associations [strona internetowa]. Storrs (Connecticut): University of Connecticut; 2017 ([www.icara.uconn.edu](http://www.icara.uconn.edu), dostęp 3.07.2017).

Tam, gdzie zostały wdrożone programy krótkich interwencji, badania mogłyby się skupić na ocenie ich jakości. Elementem szkolenia lub programów wsparcia finansowego, służących ocenie ich jakości oraz mapowaniu zależności pomiędzy treściami a wynikami, a także wsparcia rozwoju umiejętności lekarzy pierwszego kontaktu, można by uczynić dostarczanie nagrań audioporań (za zgodą pacjenta) (39, 40). Tam, gdzie prowadzone są elektroniczne zapisy historii chorób pacjentów, można by we współpracy z naukowcami tworzyć niezawodne systemy rejestracji i nadzoru prowadzenia krótkich interwencji oraz ich efektów u pacjentów, by uzyskane wyniki wykorzystać do dalszych badań.

Jako minimum danych, koniecznych do skutecznego monitorowania zakresu potrzeb oraz liczby i rodzaju prowadzenia działań, należy uznać dane demograficzne pacjentów, liczbę przeprowadzonych badań przesiewowych AUDIT, wyniki testu AUDIT, liczbę pozytywnych wyników testu AUDIT, liczbę przeprowadzonych krótkich interwencji oraz liczbę skierowań do innych służb lub innych podjętych działań. Do analiz pomocne byłyby także dane dotyczące spożycia po interwencjach oraz wyniki badań laboratoryjnych.

Gdzie to możliwe, korzystne byłoby uniknięcie równoczesnego prowadzenia tego samego programu wdrażania i szkolenia we wszystkich obszarach oraz zaplanowanie zamiast tego porównywalnych programów pilotażowych, co pozwoliłoby uzyskać więcej informacji na temat zalet różnych podejść. Wiele szkoleń dla trenerów dobrze i skutecznie przygotowuje osoby, które chcą zostać trenerami, nie udaje się jednak osiągnąć zmiany ogólnosystemowej, dającej tym trenerom możliwość dotarcia do lekarzy pierwszego kontaktu albo spowodowania, aby ci lekarze zmienili swój sposób pracy z pacjentami.

# Planowanie wdrożenia krótkiej interwencji dotyczącej problemów związanych z używaniem alkoholu

Zaleca się rozważenie wszystkich aspektów, wypunktowanych w streszczonych powyżej badaniach dotyczących wdrożeń. Analiza, w chwili uruchomienia programu, ram teoretycznych opartych na potwierdzonych danych, takich jak np. CFIR prawdopodobnie zwiększy szansę na skuteczne wdrożenie tego programu. W odróżnieniu od CFIR, omawiane w niniejszym krótkim wstępie zagadnienia nie są kompleksową listą wartych rozważenia zagadnień, a jedynie odzwierciedlają doświadczenia autorów niniejszego podręcznika i osób, które wniosły wkład w jego powstanie.

## Liderzy

Przy wdrażaniu programu ważne jest, aby jak najwcześniej rozpoznać osoby zajmujące wysokie stanowiska, entuzjastycznie nastawione i oddane sprawie (liderów) i zaangażować ich w odpowiednie działania. Osoby takie mogą być pozyskiwane przy pomocy zainteresowanych organizacji, instytucji i agend rządowych albo grup zawodowych. Te organizacje/instytucje/grupy mogą wykorzystywać swoje kontakty w lokalnych systemach i sieciach podstawowej opieki zdrowotnej do rozpoznawania, kto może umożliwić albo ułatwić dokonanie zmian na poziomie systemowym, koniecznych do wspomaganie wdrażania rutynowego prowadzenia krótkich interwencji.

Idealnymi liderami (i potencjalnymi trenerami) są wysokiej klasy specjaliści w służbach lokalnych, organizacjach zawodowych i rządowych, w których gestii jest wsparcie i rozwój umiejętności lekarzy pierwszego kontaktu. Pozyskanie tych osób może wymagać znacznego wysiłku w celu udowodnienia na poziomie krajowym liderom grup zawodowych wagi badań przesiewowych oraz krótkich interwencji. Warto tego dokonać na początku programu, aby uniknąć ryzyka, że: (1) po przeprowadzeniu szkolenia trenerów w zakresie umiejętności nauczania programu będzie zbyt mało lekarzy pierwszego kontaktu do szkolenia i trenerzy stracą z biegiem czasu pewność siebie albo (2) będzie się szkolić lekarzy pierwszego kontaktu w zakresie stosowania krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu, jednak nie będą oni ich prowadzić z braku wsparcia systemowego.

## Służby

W Części 6 szkolenia pojawia się prośba o przekazanie lekarzom pierwszego kontaktu lokalnego lub krajowego protokołu albo opisu drogi wsparcia w zakresie postępowania z uzależnieniami w podstawowej opiece zdrowotnej. Dokument taki powinien zawierać zalecane sposoby leczenia, zaplanowane działania poszczególnych służb, istniejące formy wsparcia ze strony specjalistów, formy pomocy różnych organizacji, dostępne służby ratunkowo-rehabilitacyjne oraz sposoby, w jakie personel podstawowej opieki zdrowotnej może pomagać pacjentom w znalezieniu odpowiedniej pomocy, ukierunkowanej na wyleczenie się z uzależnienia od alkoholu.

## Planowanie na poziomie systemowym

Wprowadzanie badań przesiewowych i krótkich interwencji do systemu (zarówno pojedynczej praktyki lekarskiej, jak i krajowej służby podstawowej opieki zdrowotnej), wymaga systematycznego planowania, w tym wzięcia pod uwagę następujących aspektów:

- *Polityka* powinna wyraźnie wskazywać na to, w jaki sposób program krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu łączy się z działaniami z zakresu szeroko pojętej polityki wobec alkoholu. Chodzi o kontrolę cen, dostępność, reklamę czy inicjatywy lokalne. Pomoże to wszystkim uczestnikom programu postrzegać go jako element szeroko zakrojonego działania partnerskiego i może zwiększyć zaangażowanie w jego realizację.
- *Połączenie badań przesiewowych i krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu z interwencjami dotyczącymi innych nawyków, które mają związek ze zdrowiem*, np. paleniem tytoniu i nadwagą, może pomóc uzyskać wsparcie ze strony innych osób/organizacji. Analogicznie – warto rozważyć, w jaki sposób program może się wpasować w inne rządowe i lokalne programy zdrowotne lub priorytetowe zadania (takie jak redukcja przestępczości, poprawa bezpieczeństwa w ruchu drogowym czy ochrona dzieci) i jak mógłby przysłużyć się ich realizacji.
- Ważny jest *sposób sformułowania* treści oraz określenie czasu trwania i grupy docelowej programu krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu. Musi on szczegółowo uwzględniać obowiązujące praktyki i systemy dotyczące alkoholu oraz wszystkie komplementarne lub konkurencyjne inicjatywy, jak też dostępne potwierdzone dane.
- Tam, gdzie jest to możliwe, ważne jest sformułowanie konkretnych *systemów prowadzenia działań*, określających szczegółowe zakresy odpowiedzialności i schematy prowadzenia badań przesiewowych oraz krótkich interwencji, a także kierowania pacjentów do bardziej ustrukturalizowanych form leczenia.
- Wraz z dowodami dotyczącymi korzyści, należy przedstawić rzetelną ocenę implikacji dotyczących *kosztów i zasobów* (w tym czasu), jakich wymaga wdrożenie krótkich interwencji. Należy rozważyć, gdzie istnieją możliwości pozyskania dodatkowych zasobów (o ile to możliwe). Podstawą starań o fundusze mogą być potwierdzone dane dotyczące relacji kosztów do skuteczności krótkich interwencji, które przedstawiono w dotychczasowych rozdziałach.
- Należy rozpatrzyć, jak personel ma znaleźć czas na uczestnictwo w szkoleniach i czy ich usługi albo poświęcony czas będą rekompensowane na szczeblu centralnym.

# Planowanie szkolenia dla trenerów

## Odowiedzialność za prowadzenie programu szkolenia dla trenerów

Prawdopodobnie najlepszym wyjściem jest prowadzenie szkolenia trenerów przez parę doświadczonych trenerów, posiadających dogłębną wiedzę z zakresu problematyki alkoholowej oraz badań przesiewowych i krótkich interwencji, umiejętność wspierania innych w nauce posługiwania się wszystkimi metodami, które obejmuje podręcznik, oraz potrafiących w przekonujący sposób prowadzić dyskusje na temat czekających wyzwań. Idealnie byłoby, gdyby szkolenie trenerów wspomagali przedstawiciele lokalnych placówek leczenia uzależnienia od alkoholu, wyższy personel medyczny oraz oficjalni przedstawiciele lokalnych władz z obszaru ochrony zdrowia.

## Kogo rekrutować do programu szkoleń dla trenerów i późniejszego prowadzenia szkoleń dla lekarzy pierwszego kontaktu

Niniejszy podręcznik nie zastąpi kwalifikacji ani zdobywanego podczas szkolenia doświadczenia. Spełni on swoje funkcje najlepiej w sytuacji, gdy kandydaci na trenerów będą mieli doświadczenie w skutecznym prowadzeniu szkoleń oraz w nauce interaktywnej. Ważna jest rekrutacja osób zaangażowanych, posiadających umiejętności, kompetencje i możliwości potrzebne do prowadzenia szkoleń oraz (w optymalnym przypadku) wspierania kolegów po fachu i innych profesjonalistów w zakresie prowadzenia krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu. Grupami profesjonalistów, z których mogliby się rekrutować potencjalni trenerzy są:

- lekarze ogólni, w szczególności:
  - pełniący role szkoleniowe w systemie podstawowej opieki zdrowotnej,
  - przeszkoleni w diagnostyce problemów alkoholowych i sposobów ich rozwiązywania/leczenia albo zainteresowani tą problematyką oraz/albo
  - o specjalizacji z zakresu promocji zdrowia/procedur zorientowanych na zmianę zachowania albo zainteresowani tą problematyką;
- specjaliści zawodów pielęgniarzkich, w szczególności:
  - pełniący role szkoleniowe w swojej profesji oraz/albo
  - przeszkoleni w diagnostyce problemów alkoholowych i sposobów ich rozwiązywania/leczenia albo zainteresowani tą problematyką;
- specjaliści z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności
  - o specjalizacji z zakresu promocji zdrowia/procedur zorientowanych na zmianę zachowania albo zainteresowani tą problematyką,
  - przeszkoleni w diagnostyce problemów alkoholowych i sposobów ich rozwiązywania/leczenia albo zainteresowani tą problematyką oraz/albo
  - kierujący szkoleniami albo odpowiedzialni za szkolenia w sferze działań profilaktycznych albo podstawowej opiece zdrowotnej,
- inni zainteresowani wyższego stopnia profesjonaliści ochrony zdrowia z dziedzin, które mają związek z alkoholem, tacy jak lekarze psychiatry, hepatolodzy, chirurdzy twarzowo-szczękowi, lekarze urazowi czy konsultanci z zakresu zdrowia psychicznego;



- kierownicy szkoleń albo lekarze pierwszego kontaktu w systemie opieki zdrowotnej, w szczególności odpowiedzialni za organizację i prowadzenie szkoleń dla profesjonalistów w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Wstępne zaproszenie do grupy rekrutowanych osób powinno zawierać wymogi i oczekiwania od uczestników programu szkoleniowego. Zaliczają się do nich:

- pełnienie roli lidera w rekrutacji kolegów po fachu oraz lekarzy pierwszego kontaktu do uczestnictwa w programie szkoleń z zakresu krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu,
- uczestnictwo w szkoleniu dla trenerów i czytanie materiałów, przekazywanych przed szkoleniami,
- zaangażowanie w organizację szkoleń z zakresu prowadzenia badań przesiewowych i krótkich interwencji w swoim miejscu pracy,
- prowadzenie ewaluacji zgodnie z wymogami,
- wsparcie i pomoc przy dalszym nadzorze i ewaluacji.

## Sugerowany program szkolenia trenerów

Poniżej jest przedstawiony sugerowany program dwudniowego szkolenia dla trenerów.

<b>DZIEŃ 1</b>	
8.30-9.00	<i>Rejestracja uczestników</i>
9.00-9.30	Oficjalne powitanie i przedstawienie się
9.30-9.45	Tło programu krótkich interwencji <i>Główny organizator/lider</i>
9.45-10.15	Wstęp na temat uczestników, oczekiwań, szkoleń trenerów
10.15-11.15	Wstęp do krótkich interwencji: kluczowe koncepcje, potwierdzone dane i wdrażanie Przegląd wstępu do podręcznika <i>Dyskusja w całej grupie</i>
11.15-11.45	<i>Przerwa na kawę</i>
11.45-12.45	Postawy wobec alkoholu – aktywność uczestników (40 minut) Omówienie przez trenerów (20 minut) <i>Praca w małych grupach i dyskusja w całej grupie</i>
12.45-13.45	<i>Przerwa obiadowa</i>
13.45-14.40	Działanie alkoholu, miary spożycia i szkody (40 minut) Omówienie przez trenerów (15 minut) <i>Praca w małych grupach i dyskusja w całej grupie</i>
14.40-15.30	Krótkie interwencje: cele, umiejętności, zmiany w zakresie praktyki <i>Dyskusja i praca w małych grupach</i>
15.30-15.50	<i>Przerwa na kawę</i>
15.50-16.20	Omówienie przez trenerów poprzedniej sesji <i>Dyskusja w całej grupie</i>
16.20-16.50	Jak zacząć: rozpoczynanie rozmowy o alkoholu Omówienie przez trenerów <i>Praca indywidualna i w całej grupie oraz dyskusja</i>
16.50-17.00	<i>Podsumowanie, koniec 1. dnia</i>
<b>DZIEŃ 2</b>	
9.00-9.15	Rekapitulacja, pytania, zagadnienia do wyjaśnienia
9.15-10.15	Badanie przesiewowe i informacje zwrotne z wykorzystaniem testu AUDIT <i>Prezentacja oraz odgrywanie scenek w parach</i>
10.15-10.45	Omówienie przez trenerów sposobu prowadzenia badań przesiewowych i udzielania informacji zwrotnych <i>Dyskusja w całej grupie</i>
10.45-11.15	<i>Przerwa na kawę</i>
11.15-12.30	Podstawowe umiejętności z zakresu prowadzenia krótkich interwencji Dyskusja w całej grupie i praca w parach, zakończona przerwą na kawę Omówienie przez trenerów (15 minut) <i>Dyskusja w całej grupie</i>

12.30-13.15	Podstawowe umiejętności – wsparcie dla pacjentów uzależnionych Najlepiej lekarz z doświadczeniem w leczeniu osób uzależnionych lub lekarz z doświadczeniem w postępowaniu z osobami z problemami alkoholowymi w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej <i>Praca w małych grupach</i>
13.15-14.15	<i>Przerwa obiadowa</i>
14.15-15.15	Krótkie interwencje w praktyce: odgrywanie ról <i>Odgrywanie ról w trzyosobowych grupach</i>
15.15-15.35	<i>Przerwa na kawę</i>
15.35-16.00	Odgrywanie scenek – omówienie przez lekarzy pierwszego kontaktu <i>Dyskusja w całej grupie</i>
16.00-16.30	Ćwiczenie końcowe: przygotowanie, organizacja, obserwacja i udzielanie konstruktywnych informacji zwrotnych. Przekazanie dodatkowych ulotek dotyczących umiejętności z zakresu szkolenia ogólnego (jeśli jest stosowane). <i>Dyskusja w całej grupie</i>
16.30-17.00	Podsumowanie, ewaluacja

# Planowanie sesji szkoleniowych dla lekarzy pierwszego kontaktu

Korzystne może być połączenie niniejszego szkolenia z innymi albo programami rozwoju zawodowego i uzyskanie akredytacji ze strony renomowanych organizacji zawodowych i zajmujących się ochroną zdrowia, instytucji albo ośrodków edukacyjnych. Należy rozważyć przy tym następujące czynniki:

- *Grupą docelową* treści zawartych w niniejszym podręczniku są pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej – w pierwszym rzędzie lekarze i pielęgniarki, pracujący w pierwszym kontakcie w lecznictwie powszechnym/ogólnych usługach zdrowotnych.
- *Grupy szkoleniowe* będą się składać z ok. 15 lekarzy pierwszego kontaktu, choć w przypadku dysponowania sprawnym i doświadczonym trenerem oraz przy wsparciu ze strony dodatkowych pomocników i pewnym dostosowaniu organizacji kursu, może być on prowadzony dla znacznie większych grup. Nie wolno jednak zapominać o tym, że korzyść dla uczestników z indywidualnych informacji zwrotnych, udzielanych w trakcie nauki stosowania krótkich interwencji, będzie spadać wraz ze wzrostem liczebności grupy. Można to zmodyfikować za pomocą (ostrożnego) udzielania informacji zwrotnych, dotyczących praktycznego działania po ukończeniu kursu i/albo zapewnienia lekarzom pierwszego kontaktu dodatkowych sesji coachingowych.
- Szkolenie jest ze swej natury interaktywne, *miejsce prowadzenia szkolenia* musi być więc na tyle duże, aby pomieściło pracujących w małych grupach dyskusyjnych uczestników oraz zapewniło przestrzeń do pracy w parach i trójkach z możliwością zapewnienia odpowiedniego dystansu między grupami. Potrzebne będą także techniczne możliwości pracy z prezentacjami PowerPoint i przenośne tablice konferencyjne.
- Poniżej podane są niektóre, warte rozważenia aspekty *ewaluacji*, a rozdział poświęcony materiałom poszkoleniowym zawiera przykładowe formularze służące ewaluacji szkolenia. Jak dokonać ewaluacji efektu szkolenia? Można to zrobić na wiele różnych sposobów, przy różnej skuteczności. Ewaluacja procesu jest stosunkowo najprostsza, trudniej oszacować wyniki. Wypełniane na końcu szkolenia arkusze z informacjami zwrotnymi mogą być przydatne do zebrania wstępnych przemyśleń, nie będą jednak szczególnie użyteczne do wychwycenia faktycznego wpływu szkolenia na poziom umiejętności prowadzenia badań przesiewowych i krótkich interwencji ani zakresu ich stosowania. Do ewaluacji wpływu programu szkolenia trenerów na ich aktywność podczas prowadzonych przez nich szkoleń oraz do badania częstotliwości i sposobu wdrażania przez lekarzy pierwszego kontaktu krótkich interwencji (oraz korzystania przez nich z danych dotyczących monitorowania) konieczne będą oceny późniejsze.

Schemat blokowy w ulotce 4.1 zawiera kluczowe punkty tego typu krótkiej interwencji, jaka jest proponowana w niniejszym podręczniku. W tabeli 2 przedstawiono, w jaki sposób poszczególne punkty schematu blokowego (patrz ryc. 2) są wypełniane treścią przez proponowane w podręczniku aktywności.

**Tabela 2. Etapy szkolenia a fazy krótkiej interwencji.**

<b>Stadium schematu blokowego</b>	<b>Aktywność szkoleniowa</b>	<b>Niezwiazane z określonym stadium</b>
1. Wzbudzenie zainteresowania i poruszenie tematyki alkoholowej	Część 3. Wpływ alkoholu, spożycie i szkody Część 5. Rozpoczęcie rozmowy o alkoholu	Część 2. Postawy wobec alkoholu
2. Przesiew i informacje zwrotne	Część 3. Wpływ alkoholu, spożycie i szkody Część 6. Przesiew i informacje zwrotne z wykorzystaniem Testu AUDIT	Część 4. Cele krótkiej interwencji, umiejętności i zmiana praktyki
3. Słuchanie i reakcja 3a. Wywoływanie 3b. Planowanie	Część 7. Podstawowe umiejętności z zakresu prowadzenia krótkiej interwencji Część 6. Przesiew i informacje zwrotne z wykorzystaniem Testu AUDIT Część 7. Podstawowe umiejętności z zakresu prowadzenia krótkiej interwencji	Część 8. Sesja praktyczna krótkiej interwencji
Wyjście/„zmotywowanie pacjenta do dalszych działań”		

# **Cel ogólny i cele szczegółowe szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu**

## **Cel ogólny**

Celem ogólnym szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu jest wypracowanie, na bazie posiadanych przez nich umiejętności, zdolności kompetentnego, pewnego siebie i adekwatnego do sytuacji rozpoczynania z pacjentami rozmowy o używaniu alkoholu i reagowania na zjawiska związane z nadużywaniem alkoholu za pomocą badania przesiewowego i krótkiej interwencji.

## **Cele szczegółowe**

W trakcie niniejszego szkolenia uczestnicy:

1. Zdobędą umiejętność określania własnej postawy wobec alkoholu oraz postaw innych ludzi w tym zakresie i oceny, jaki mogą mieć one wpływ na stosowanie w praktyce krótkich interwencji.
2. Zdobędą umiejętność nazwania sposobów, w jakie alkohol powoduje szkody w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego osoby pijącej, także innych osób z jej otoczenia oraz społeczeństwa.
3. Zdobędą umiejętność określania krajowych i/albo międzynarodowych wytycznych dotyczących spożycia alkoholu oraz liczby porcji standardowych alkoholu, zawartych w różnych napojach alkoholowych.
4. Pozną podstawowe zasady omawiania z pacjentami, w motywujący sposób, zagadnień związanych ze zmianą zachowań oraz poznają elementy krótkiej interwencji dotyczącej problemów z używaniem alkoholu.
5. Przemyślą wyzwania i możliwości, jakie stawiają przed nimi/oferują im oraz ich praktyce zawodowej i organizacji, a także ich pacjentom, badania przesiewowe i krótkie interwencje.
6. Zdobędą świadomość istnienia różnych sposobów inicjowania rozmów o zjawiskach związanych ze spożyciem alkoholu z pacjentami, którzy mogliby odnieść korzyść z krótkiej interwencji albo innego rodzaju wsparcia dotyczącego problemów związanych z używaniem alkoholu.
7. Zdobędą umiejętność eksplorowania poziomów i schematów spożywania alkoholu u swoich pacjentów – w sposób dokładny, obiektywny i nieoceniający, a także udzielania odpowiednich informacji zwrotnych, wykorzystując Test AUDIT-C i pełne narzędzie przesiewowe: Test AUDIT.
8. Zdobędą wiedzę dotyczącą dostępnych reakcji, służb i źródeł wsparcia dla jednostek z całego spektrum problematyki alkoholowej.
9. Pozną podstawowe umiejętności z zakresu krótkiej motywującej interwencji: zaangażowania i wywołania języka zmiany, a także wyszukiwania wariantów zmiany i jej planowanie.
10. Będą mieli okazję obserwowania i przećwiczenia badań przesiewowych i krótkich interwencji oraz uzyskania informacji zwrotnych na temat ich stosowania przez siebie.

## Sugerowany program szkolenia dla lekarzy pierwszego kontaktu

DZIEŃ 1	
8.30-9.00	<i>Rejestracja uczestników</i>
9.00-9.30	Oficjalne powitanie i przedstawienie się Tło programu krótkich interwencji <i>Naczelny organizator/lider</i>
9.30-9.50	Część 1. Wstęp, przegląd treści szkolenia, umowa grupowa <i>Dyskusja</i>
9.50-10.30	Część 2. Postawy wobec alkoholu <i>Dyskusja w małych grupach</i>
10.30-11.00	<i>Przerwa na kawę</i>
11.00-11.40	Część 3. Wpływ alkoholu, miary spożycia i szkody <i>Prezentacja i test grupowy</i>
11.40-12.20	Część 4. Krótka interwencja: cele, umiejętności i zmiana praktyki <i>Dyskusja i praca w małych grupach</i>
12.20-12.45	Część 5. Rozpoczęcie rozmowy o alkoholu <i>Dyskusja i praca indywidualna</i>
12.45-13.45	<i>Przerwa obiadowa</i>
13.45-14.45	Część 6. Przesiew i informacje zwrotne z wykorzystaniem Testu AUDIT <i>Prezentacja i praca w parach</i>
14.45-15.30	Część 7. Podstawowe umiejętności z zakresu prowadzenia krótkiej interwencji <i>Prezentacja i praca w parach</i>
15.30-15.50	<i>Przerwa na kawę</i>
15.50-17.05	Część 8. Sesja praktyczna krótkiej interwencji <i>Praca w grupach trzyosobowych</i>
17.05-17.30	Streszczenie, ewaluacja, koniec szkolenia



**Materiały  
szkoleniowe**



Materiały szkoleniowe do szkolenia trenerów/kursu dla lekarzy pierwszego kontaktu są przedstawione w tabeli 3.

**Tabela 3. Materiały szkoleniowe do szkolenia dla trenerów/kursu dla lekarzy pierwszego kontaktu.**

<b>Część</b>	<b>Format</b>	<b>Czas</b>
1	Wstęp, informacja o szkoleniu i umowa grupowa	Dyskusja 20 minut
2	Postawy wobec alkoholu	Dyskusja w małych grupach 40 minut
3	Wpływ alkoholu, spożycie i szkody	Prezentacja i test grupowy 40 minut
4	Krótką interwencja w przypadku problemów związanych z używaniem alkoholu: cele, umiejętności i zmiana praktyki	Dyskusja i praca w małych grupach 40 minut
5	Rozpoczęcie rozmowy o alkoholu	Dyskusja i praca indywidualna 25 minut
6	Przesiew i informacje zwrotne z wykorzystaniem Testu rozpoznawania zaburzeń związanych z używaniem alkoholu (AUDIT)	Prezentacja i praca w parach 60 minut
7	Umiejętność prowadzenia krótkiej interwencji: wywoływanie i planowanie	Prezentacja i praca w parach 45 minut
8	Sesja praktyczna krótkiej interwencji	Praca w grupach trzyosobowych 75 minut

# Część 1. Wstęp, informacja o szkoleniu i umowa grupowa (20 minut)

## Efekt nauki

W ramach Części 1 uczestnicy:

- Poznają ogólny cel i strukturę szkolenia.
- Przedstawią się sobie i wyrażą swoje oczekiwania względem szkolenia.
- Ustalą podstawowe zasady, które mają zapewnić pozytywne wrażenia ze szkolenia.

## Co jest potrzebne

- Program szkolenia (przygotowuje trener przed szkoleniem).
- Ulotka 1.1. *Cel ogólny i cele szczegółowe szkolenia* (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Ulotka 1.2. *Sugestie dotyczące umowy grupowej*.
- Plansze 2-8 z prezentacji PowerPoint; wyposażenie do projekcji.
- Papier do tablic konferencyjnych, markery.

## Przygotowanie

- Przygotuj program szkolenia adekwatnie do ustalonego czasu i priorytetów.
- Dostosuj informacje o tle i przesłankach szkolenia na podstawie zawartego w niniejszym podręczniku wstępu dla trenerów.
- Dostosuj ulotkę 1.1. Cel ogólny i cele szczegółowe szkolenia tak, aby odzwierciedlała czas trwania oraz główne tematy szkolenia.
- Zapoznaj się z planszami 2-8 i ulotką 1.2. Sugestie dotyczące umowy grupowej.
- Na arkuszu papieru na tablicy konferencyjnej napisz jako tytuł: OCZEKIWANIA.

## Proces

1. Powitaj uczestników i przedstaw się jako trener, korzystając z przygotowanych notatek naszkicuj krótko tło szkolenia (plansza 3).
2. Poproś uczestników o przedstawienie się grupie (plansza 4) poprzez:
  - podanie imienia i nazwiska,
  - podanie miejsca pracy, pełnionej funkcji, tytułu,
  - przedstawienie swoich oczekiwań wobec szkolenia.
3. Zapisuj na tablicy wymieniane przez uczestników oczekiwania. Gdy wszyscy skończą, wyjaśnij, że będziesz się odnosić do tych oczekiwań w trakcie szkolenia, gdy pojawi się określony temat, a także na końcu, w trakcie dyskusji dotyczącej tego, czy szkolenie spełniło oczekiwania. Jeżeli ktoś wymieni temat, który nie będzie omawiany, powiedz o tym i spróbuj poinformować go, gdzie mógłby skorzystać ze szkolenia obejmującego interesujący go temat.
4. Rozdaj ulotkę 1.1. *Cel ogólny i cele szczegółowe szkolenia* i omów cel ogólny oraz cele szczegółowe (plansza 5) oraz zdefiniuj krótką interwencję (plansze 6 i 7).
5. Wyjaśnij wszystkie sprawy techniczne:
  - lokalizację toalet,
  - procedury ppoż. i awaryjne, wyjścia i drogi ewakuacyjne,
  - konieczność wyłączenia telefonów,

- organizację przerw,
- zasady palenia,
- inne sprawy związane z regulaminem lokalu.

6. Rozdaj wszystkim ulotkę 1.2. *Sugestie dotyczące umowy grupowej*. Dodaj, że choć zasady są dość oczywiste, które profesjonalści i tak stosowaliby, prowadząc ze sobą zajęcia, warto mieć jasność – na wypadek, gdyby wystąpiły komplikacje (plansza 8).

7. Zapytaj, czy ktoś chciałby coś dodać do listy. Jeśli tak, zanotuj to. Upewnij się, czy wszyscy akceptują przyjęte zasady.

## **Ulotka 1.1. Cel ogólny i cele szczegółowe szkolenia**

### **Cel ogólny**

Celem ogólnym szkolenia jest wypracowanie, na bazie posiadanych przez lekarzy pierwszego kontaktu umiejętności, zdolności kompetentnego, pewnego siebie i adekwatnego do sytuacji rozpoczynania z pacjentami rozmowy o używaniu alkoholu oraz reagowania na zjawiska związane z nadużywaniem alkoholu za pomocą badania przesiewowego i krótkiej interwencji.

### **Cele szczegółowe**

W trakcie niniejszego szkolenia uczestnicy:

1. Zdobędą umiejętność określania własnej postawy wobec alkoholu oraz postaw innych ludzi w tym zakresie i oceny, jaki one mogą mieć wpływ na stosowanie w praktyce krótkich interwencji.
2. Zdobędą umiejętność wskazania, w jaki sposób alkohol szkodzi zdrowiu fizycznemu i psychicznemu używającej go osobie, a także, jakie szkody czyni innym grupom społecznym i szeroko rozumianemu społeczeństwu.
3. Zdobędą umiejętność określania liczby porcji standardowych alkoholu, zawartych w różnych napojach alkoholowych oraz zagrożeń związanych z różnymi poziomami spożycia.
4. Poznają podstawowe zasady omawiania z pacjentami w sposób motywujący zagadnień związanych ze zmianą zachowań oraz elementy krótkiej interwencji dotyczącej problemów z używaniem alkoholu.
5. Przemyślą wyzwania i możliwości, jakie stawiają przez nimi/oferują im oraz ich praktyce zawodowej i organizacji, a także ich pacjentom, badania przesiewowe i krótkie interwencje.
6. Zdobędą świadomość istnienia różnych sposobów inicjowania rozmów o zjawiskach związanych ze spożyciem alkoholu z pacjentami, którzy mogliby odnieść korzyść z krótkiej interwencji albo innego rodzaju wsparcia dotyczącego problemów związanych z używaniem alkoholu.
7. Zdobędą umiejętność rozpoznawania u swoich pacjentów poziomów i schematów spożywania alkoholu – w sposób dokładny, obiektywny i nieoceniający, a także udzielania odpowiednich informacji zwrotnych, wykorzystując Testy AUDIT-C i pełne narzędzie przesiewowe: Test AUDIT.
8. Zdobędą wiedzę na temat dostępnych form pomocy profesjonalnej i źródeł wsparcia dla jednostek z całego spektrum problematyki alkoholowej.
9. Poznają podstawowe umiejętności z zakresu krótkiej motywującej interwencji: zaangażowanie i wywołanie rozmowy w języku zmiany, a także wyszukiwanie wariantów zmiany i jej planowanie.
10. Będą mieli okazję do obserwacji i przećwiczenia badań przesiewowych i krótkich interwencji oraz uzyskania informacji zwrotnych na temat ich stosowania przez siebie.

## Ulotka 1.2. Sugestie dotyczące umowy grupowej

- ✓ *Szanujemy się nawzajem, nawet gdy się ze sobą nie zgadzamy.* Akceptujemy różnorodność i różnice naszych poglądów. Dyskusja na temat wzorców spożywania alkoholu i problemów związanych z używaniem alkoholu bywa sprawą delikatną i może wyzwolić silne emocje. Istotne znaczenie mają dostrzeżenie i akceptacja różnic poglądów oraz wzajemnego prawa do wyrażania poglądów i uczuć – choć nie zawsze się z nimi zgadzamy.
- ✓ *Unikamy „gnębienia” (pogardliwości względem innych osób oraz ich upokarzania).* Każdy, kto nie zgadza się z jakimś poglądem lub jakąś opinią, ma prawo do kwestionowania go/jej, musi jednak szanować prawo do wypowiedzania przez innych tego, z czym się nie zgadza. Kwestionujemy nie osobę, lecz pogląd albo zachowanie. Odpowiedzialnie bierzemy pod uwagę wpływ, jaki wywierają nasze poglądy i zachowania na inne osoby oraz ich uczucia i panujemy nad tym wpływem.
- ✓ *Słuchamy, nie przerywając, co inni mają do powiedzenia.* Każdy powinien mieć taką samą możliwość uczestnictwa i bycia wysłuchanym. Dbamy o zapewnienie wszystkim okazji do mówienia i wypowiedzania swoich poglądów oraz opinii, bez przerywania im. Niniejsze szkolenie zostało zaplanowane tak, aby każdy mógł w nim uczestniczyć na równych prawach.
- ✓ *Jesteśmy punktualni.* Trenerzy zrobią wszystko co możliwe, aby skończyć zajęcia punktualnie i oczekują od uczestników punktualnego powrotu z przerw.
- ✓ *Uczestniczymy aktywnie i konstruktywnie.* Im bardziej zaangażujemy się w szkolenie, tym więcej z niego skorzystamy. Jest ono z założenia interaktywne i oferuje liczne możliwości aktywnego uczestnictwa, dzielenia się informacjami i wiedzą oraz uczenia się od siebie nawzajem. Angażujemy się możliwie najlepiej w każdej części i każdym ćwiczeniu praktycznym, by zmaksymalizować efekt nauki i tam, gdzie jest to przewidziane, dajemy innym konstruktywne informacje zwrotne.
- ✓ *Zadajemy pytania.* Uczestnicy zaczynają szkolenie z różnymi wyjściowymi poziomami wiedzy i doświadczenia. Każdy odpowiada za to, aby wszystko dobrze rozumieć, tak więc gdy potrzebne są dodatkowe informacje – zadaje pytania.
- ✓ *Szanujemy poufność.* Ważne jest, aby wypowiadając swoje poglądy i opinie, każdy czuł się komfortowo, wiedząc, że cokolwiek zostanie powiedziane, nie wyjdzie poza obręb szkolenia. Nikt nie musi podawać informacji, których ujawnienie byłoby dla niego niezręczne – zarówno dotyczących własnego zachowania, jak i zachowania członków jego rodziny, kolegów z pracy itp. Wszystko, co zostanie ujawnione, pozostaje poufne – włącznie z informacjami lub opiniami dotyczącymi organizacji czy instytucji, w której pracują uczestnicy szkolenia albo pacjentów.
- ✓ *Czerpiemy przyjemność ze szkolenia.* Człowiek uczy się najlepiej, gdy jest zrelaksowany i zadowolony z siebie. Wszyscy uczestnicy odpowiadają za wytworzenie dobrej atmosfery – wykazując się aktywnością, wyrażając swoje opinie i tam, gdzie mogą oraz jest to przydatne, udzielając informacji zwrotnych.

## Część 2. Postawy wobec alkoholu (40 minut)

### Efekt nauki

W ramach Części 2 uczestnicy zdobędą umiejętność określania własnej postawy wobec alkoholu oraz postaw innych ludzi w tym zakresie, a także oceny, jaki mogą mieć one wpływ na stosowanie krótkich interwencji w praktyce.

### Co jest potrzebne

- Ulotka 2.1. *Postawy wobec alkoholu – karta robocza* (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Ulotka 2.2. *Postawy wobec alkoholu – uwagi* (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Plansze 9-11.

### Przygotowanie

Przyjrzyj się i przemyśl swoje emocje dotyczące stwierdzeń z karty roboczej i zapoznaj się z informacjami na ulotce 2.2. *Postawy wobec alkoholu – uwagi*. Przygotuj się do przekazania uczestnikom tych informacji (oraz innych posiadanych przez siebie danych na ten temat).

### Proces

- a. Podziel uczestników na podgrupy po 3-5 osób.
- b. Wyjaśnij czekające uczestników zadanie (plansza 10).
  - Każda podgrupa otrzyma listę stwierdzeń określających konkretne postawy wobec alkoholu – przykładowe wypowiedzi dotyczące spożywania alkoholu, polityki wobec alkoholu oraz zagrożeń wynikających ze spożycia tej substancji psychoaktywnej.
  - Każda podgrupa powinna po kolei omówić wszystkie stwierdzenia i zdecydować, czy się z nimi zgadza, czy nie. W razie niezgodności opinii albo istnienia zarówno argumentów „za”, jak i „przeciw” można wybrać „Nie jesteśmy pewni”.
  - Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi – najistotniejsza jest dyskusja.
  - Każda podgrupa powinna być przygotowana do uzasadnienia swoich decyzji – w szczególności kontrowersji.
- c. Rozdaj każdemu uczestnikowi egzemplarz ulotki 2.1. *Postawy wobec alkoholu – karta robocza*. Wyjaśnij, że praca nie powinna mieć charakteru indywidualnego, lecz każda podgrupa wypełnia wspólnie JEDNĄ kartę. Poproś, aby każda podgrupa zaczęła dyskutować nad innym stwierdzeniem, np. podgrupa 1 zaczyna omawiać stwierdzenie 1, podgrupa 2 – stwierdzenie 4, podgrupa 3 – stwierdzenie 7 itd.
- d. Jeżeli podgrupa szybko podejmie decyzję i zostanie jej czas, poproś o wyobrażenie sobie możliwych innych opinii oraz ich przyczyn. Przypomnij podgrupom, że najważniejsza jest dyskusja, a nie jak najwcześniejsze dokończenie zadania!

e. Słuchaj dyskretnie toczących się dyskusji, aby móc odwołać się w trakcie omówienia do istotnych zagadnień i mitów. Po ok. 10–15 minutach (lub innym wyznaczonym czasie) zakończ dyskusję i przejdź do omówienia. Gdyby podgrupy skończyły pracę szybciej, zakończ tę fazę pracy wcześniej.

## Omówienie

- Gdy cała grupa słucha, poproś po kolei każdą podgrupę o wybranie jednego stwierdzenia, które wywołało żywą dyskusję i przedstawienie wysuwanych argumentów oraz powodów podjętej decyzji. Postępuj zgodnie z następującym schematem:
  - Dlaczego stwierdzenie było kontrowersyjne/dyskusyjne?
  - Odnieś się do zagadnień wypunktowanych w ulotce 2.2. *Postawy wobec alkoholu – uwagi*.
  - Powiedz o wszystkich ciekawych stwierdzeniach, które wychwyciłeś, chodząc po sali podczas dyskusji w podgrupach.
  - Jeżeli podgrupa szybko i łatwo podjęła decyzje dotyczące stwierdzeń, zapytaj, czy sądzą, iż mogłyby istnieć odmienne poglądy (przy braku zgłoszeń podaj przykłady).
  - Zapytaj inne grupy, co sądzą o wyrażonej opinii/podjętej decyzji.
- Omów możliwie jak najwięcej stwierdzeń w przewidzianym czasie. Poinformuj też, że każdy dostanie ulotkę z uwagami do każdego stwierdzenia.
- Podkreśl język, jaki został użyty w stwierdzeniach do opisu sposobów spożywania alkoholu: „ostre picie”, „nadmierne picie”, „pić dużo alkoholu”, „problemy alkoholowe”. Zaznacz, że wiele z tych pojęć jest subiektywnych i wyjaśnij, że zagrożenia związane z różnym poziomem spożycia alkoholu zostaną omówione w dalszej części szkolenia.
- Zakończ tę część, pytając:
  - o wrażenia,
  - czy uczestnicy uważają postawy wobec alkoholu za coś istotnego,
  - co uczestnicy sądzą o wpływie postaw wobec alkoholu na ich pracę.
- Rozdaj każdemu uczestnikowi po jednym egzemplarzu ulotki 2.2. *Postawy wobec alkoholu – uwagi*.
- Zagadnienia kluczowe (plansza 11).
- Nasze postawy wobec alkoholu, zagrożenia spowodowane jego spożywaniem oraz różne poziomy spożycia/różni konsumenci wpływają na sposób, w jaki stosujemy krótkie interwencje.
- Krótkie interwencje mogą pomóc ludziom w podejmowaniu decyzji dotyczących spożycia alkoholu na podstawie dostępnej wiedzy, nie są jednak substytutem polityki ogólnospołecznej (dotyczy to cen, dostępności, możliwości reklamy itp.).
- Podstawowym warunkiem i zasadą skutecznego prowadzenia krótkiej interwencji jest empatia wobec pacjenta.

## Ulotka 2.1. Postawy wobec alkoholu – karta robocza

Przedyskutujcie w grupie poniższe stwierdzenia i podejmijcie decyzje. Przy braku zgody albo gdy będzie tak samo dużo argumentów „za” i „przeciw”, wybierzcie wariant „Nie jesteśmy pewni”.

Stwierdzenie	Zgadzamy się	Nie jesteśmy pewni	Nie zgadzamy się
Z jakiegoś powodu trzeba umrzeć, należy więc cieszyć się życiem i nie martwić zaledwie radami dotyczącymi stylu życia.			
Rady dotyczące zdrowego stylu życia zmieniają się tak często, że nie ma sensu się do nich stosować.			
Zauważenie, że ktoś pije za dużo alkoholu, to żaden problem.			
Problemy alkoholowe wpływają na dzieci i młodych ludzi inaczej niż palenie.			
Nadmierne picie jest elementem naszej kultury i tak powinno zostać.			
Odmawianie wypicia napoju alkoholowego w towarzystwie jest niegrzeczne.			
Cały ten szum wokół alkoholu to temat zastępczy – narkotyki powodują znacznie więcej problemów.			
Używanie jako miary „porcji standardowej” jest zbyt skomplikowane, aby zwykły człowiek mógł zrozumieć, o co chodzi.			
Alkohol pomaga się odprężyć po stresującym dniu.			
Mężczyźni i kobiety piją inaczej, podchodzą do alkoholu inaczej, i są inaczej oceniani za jego spożywanie.			
Nikt, kto ostro pije, nie zmieni swojego zachowania po krótkiej rozmowie; tacy ludzie wymagają intensywnego specjalistycznego leczenia.			
Radzenie komuś, aby mniej pił, jeśli to jego główna rozrywka w życiu, jest nie fair.			



## Ulotka 2.2. Postawy wobec alkoholu – uwagi

1. *Z jakiegoś powodu trzeba umrzeć, należy więc cieszyć się życiem i nie martwić zanadto radami dotyczącymi stylu życia.*

- Każdy wyznaje inne wartości dotyczące stylu życia, zdrowia i zagrożeń, jednak wielu ludzi dokonuje wyborów w tym zakresie bez wystarczającej wiedzy o konsekwencjach tych wyborów. Krótkie interwencje mają za zadanie pomóc ludziom zastanowić się nad tym, na ile ich sposób spożywania alkoholu koresponduje z ich wartościami i celami, zarówno z bezpośredniego, jak i długofalowego punktu widzenia. Mają także pomóc im podjąć decyzje, które uważają za dobre dla siebie.
- Jak podkreślił doktor Peter Tate, pacjenci są tak różni, że ich wybory mogą odbiegać od tego, na co zdecydowalibyśmy się sami. Ważne jest, aby lekarz pierwszego kontaktu nie zakładał, że jego pacjenci będą się zgadzać z poglądami, które sam reprezentuje (41). Choć nie zaleca się myślenia stereotypami, korzystne może być założenie istnienia skrajnych typów pacjentów, których cechuje:
  - chęć samodzielnego podejmowania decyzji i wiara, że mogą sami zmieniać swój stan zdrowia (osoby o wewnętrznym poczuciu kontroli),
  - dążenie, by mówiono im, co robić i skłonność do fatalizmu (osoby o zewnętrznym poczuciu kontroli),
  - pogląd, że to lekarz pierwszego kontaktu rządzi i nie chcą w to ingerować (osoby przypisujące sprawczość i kontrolę nad wydarzeniami innym ludziom, posiadającym władzę).
- Gattellari i in. (którzy badali chorych onkologicznie) stwierdzili, że niezależnie od tego, co pacjent deklarował przed poradą, zadowolenie z kontaktu z lekarzem, poczucie ilości zdobytych informacji oraz wrażenie uzyskanego wsparcia emocjonalnego były statystycznie znacząco większe u osób, które uważały, że lekarz dzielił się z nimi wpływem w podejmowaniu decyzji w zakresie leczenia (42).

2. *Rady dotyczące zdrowego stylu życia zmieniają się tak często, że nie ma sensu się do nich stosować.*

- W niektórych krajach ustala się wytyczne na szczeblu krajowym, mające pomóc w informowaniu opinii publicznej o zagrożeniach powodowanych przez alkohol i w podejmowaniu decyzji dotyczących spożycia alkoholu na podstawie szeroko dostępnej wiedzy.
- Punktem odniesienia wytycznych krajowych jest zawsze sposób ich formułowania – czy korzystano z metod naukowych, a także, jakich dokonano wyborów, np. czy uwzględniono zagrożenia bezwzględne czy względne, czy uwzględniono domniemane korzyści zdrowotne ze spożycia alkoholu, w jakim zakresie uwzględniono ostre i notoryczne szkody. Tego typu czynniki wyjaśniają, dlaczego wytyczne różnią się między krajami.
- W większości przypadków porady zdrowotne (takie jak wytyczne dotyczące spożycia alkoholu) nie są dziełem jedynie rządów albo organizacji związanych z ochroną zdrowia. Zwykle porady są modyfikowane po publikacji nowych wyników badań, by odzwierciedlać wzrost wiedzy i zrozumienie szkodliwych skutków określonych zachowań. Tak na przykład zdarzyło się niedawno z wytycznymi dotyczącymi spożycia alkoholu w Zjednoczonym Królestwie, gdy pojawiły się nowe dane na temat związku pomiędzy spożyciem alkoholu a występowaniem raka (43). Nie byłoby dobrze, gdyby rządy nie modyfikowały porad, uwzględniających nowe, potwierdzone dane.
- Jednym z powodów, dlaczego ludzie mają wrażenie częstej zmiany zaleceń, jest nieprofesjonalna i wybiórcza interpretacja badań przez media, co wynika prawdopodobnie z potrzeby tworzenia sensacyjnych nagłówków w prasie.

- Zagrożenia wynikające ze spożycia alkoholu są istotne i realne, a wielu ekspertów zdrowia publicznego stawia je na drugim miejscu – po zagrożeniach wynikających z długotrwałego używania tytoniu. Wyniki najnowszych badań naukowych sugerują, że zagrożenie szkodami rośnie wraz ze wzrostem spożywanej ilości alkoholu (zostanie to dokładniej omówione w Części 3).

### 3. *Zauważenie kto pije za dużo alkoholu, to żaden problem.*

- „Za dużo” to ocena subiektywna: to, co lekarz może uważać za „za dużo”, z perspektywy pacjenta może być „akurat”. Język oceniający może zamiast zachęcania pacjentów do otwartości, wywołać postawy obronne. Korzystniejsze od określania wysokiego poziomu spożycia mianem „za dużo” może być rzetelne zapoznanie pacjentów z zagrożeniami, związanymi z takim właśnie poziomem spożycia i zapytanie, co o tym sądzą.
- Wiele osób, pijących w sposób zagrażający zdrowiu, nie prezentuje zewnętrznie widocznych objawów. Regularne spożywanie alkoholu może się w perspektywie długoterminowej wiązać z zagrożeniami zdrowotnymi, nawet jeśli dana osoba się nie upija ani nie miewa „kaca”. Lekarze pierwszego kontaktu nie powinni dokonywać założeń dotyczących osób, dla których krótkie interwencje mogą mieć znaczenie, dopóki z nimi nie porozmawiają.
- Epizodyczne „ciężkie” użycie alkoholu (jednorazowe spożycie dużej ilości) stanowi czynnik ryzyka w zakresie wypadków drogowych, urazów, przemocy, pożarów, utonięć i innych gwałtownych wydarzeń.
- Lekarze pierwszego kontaktu nie powinni zakładać, że jakiegokolwiek grupy są mniej lub bardziej skłonne do spożywania alkoholu w sposób ryzykowny (któraś z płci, mniejszości etnicznej albo religijnej, określone grupy wiekowe). Nie da się ocenić sposobu spożycia alkoholu na podstawie czyjegoś wyglądu, życiorysu, stylu życia ani jakiegokolwiek innego stereotypu. Istnieją badania potwierdzające, że lekarze pierwszego kontaktu z większym wahaniem stosują krótkie interwencje wobec osób w podobnym do nich wieku i tej samej co oni płci (44), co wprowadza tendencyjność stosowania procedury, która powinna być rutynowym elementem podstawowej opieki zdrowotnej.

### 4. *Problemy alkoholowe wpływają na dzieci i młodych ludzi inaczej niż palenie.*

- Spożycie alkoholu powoduje śmierć i niepełnosprawność w stosunkowo wczesnej fazie życia. W grupie wiekowej 20-39 lat około 25% przypadków śmierci można przypisać alkoholowi (45). Natomiast z badań wynika, że palenie zabija osoby w starszym wieku.
- Alkohol jest związany z przemocą, wypadkami, napaściami i samobójstwami – palenie nie.
- Dzieci z rodzin, w których występuje problem alkoholowy, mogą doświadczać wynikających z tego szkód, przybierających postać odrzucenia emocjonalnego albo fizycznego, problemów materialnych albo stygmatyzacji. W skrajnych przypadkach mogą one doświadczać przemocy domowej (46).

### 5. *Nadmierne picie jest elementem naszej kultury i tak powinno zostać.*

- Na świecie istnieje niewiele kultur, w których większość osób reprezentuje identyczne postawy wobec alkoholu. W każdym kraju nadmierne spożycie alkoholu nie jest normą dla sporego odsetka ludności. Istnieje wiele subkultur religijnych i etnicznych, w których w umiarkowany albo aktywny sposób zniechęca się do spożywania alkoholu.
- W populacji każdego kraju spożycie alkoholu zazwyczaj odpowiada temu samemu schematowi: część ludzi nie spożywa alkoholu wcale, przeważająca część społeczeństwa spożywa alkohol w niewielkich

ilościach, a nieliczna grupa wypija znaczną część całkowitej ilości konsumowanego w danym kraju alkoholu. Sporządzony przez WHO światowy raport o sytuacji dotyczącej alkoholu i zdrowia na rok 2014 przedstawia dane liczbowe dla każdego kraju w tym zakresie (47).

- Spożycie alkoholu nie jest zjawiskiem statycznym – zmienia się znacząco w okresach konfliktów lub recesji, i może być modyfikowane za pomocą polityki rządowej (spożycie można zmniejszać zwłaszcza za pomocą polityki cenowej, regulowania dostępności oraz zakresu dozwolonych działań marketingowych). W czasie zmieniają się zarówno schematy i miejsca spożywania alkoholu, jak i preferencje dotyczące określonych napojów alkoholowych. Istnieją także efekty kohorty, zmieniające ogólny poziom spożycia w danym kraju – gdy pokolenia niewiele albo dużo pijące starzeją się i wymierają.
- Nie ma wątpliwości co do tego, że w życiu niektórych społeczności alkohol odgrywa szczególną rolę i zajmuje centralne miejsce w życiu społecznym wielu osób. W wielu krajach szereg czynników spowodował wzrost spożycia alkoholu przez kobiety. W innych krajach wzrost popularności spożycia wina spowodował wzrost spożycia alkoholu w domu. Ponadto w wielu krajach świata spada spożycie alkoholu przez osoby w młodszym wieku.

#### *6. Odmawianie wypicia alkoholowego napoju w towarzystwie jest niegrzeczne.*

- W niektórych grupach, kulturach lub sytuacjach niedołączanie się do picia alkoholu może być uważane za niegrzeczne i ludzie mogą czuć się nieswojo, odmawiając wypicia napoju alkoholowego, zwłaszcza gdy nie mają powodu uznawanego za uzasadniony. Wymawianie się koniecznością prowadzenia samochodu, chorobą albo przyjmowaniem leków może być łatwiejsze do przyjęcia przez otoczenie, niż deklaracja chęci zmniejszenia spożycia alkoholu (bez względu na powód).
- Być może jeszcze większą trudność sprawia proste stwierdzenie, że „nie chcę pić więcej, gdyż po jednym albo dwóch kieliszkach mam dość”. Niektórzy trzeźwi ludzie mogą się czuć nieswojo w towarzystwie osób pijących. Istotnym zagadnieniem jest rozpoznanie różnego rodzaju presji, które mogą utrudniać ludziom redukcję spożycia alkoholu i sprecyzowanie pomocy dla nich przy tworzeniu strategii radzenia sobie w określonych sytuacjach ryzyka. Choć presja ze strony rówieśników i członków grupy, do której dana osoba należy, jest uważana za zjawisko dotyczące w zasadzie tylko młodzieży, także dorośli często mają wrażenie, że nie oni sami podejmują i realizują decyzje w zakresie spożywania alkoholu.
- Osoby, chcące zmniejszyć spożycie alkoholu, ale nie przerywać go całkowicie, mogą docenić strategie niewymagające radykalnych zmian stylu życia. Mogą one dotyczyć zmiany wielkości albo rodzaju wybieranego napoju alkoholowego, albo polegać na unikaniu sytuacji, w których istnieje prawdopodobieństwo wypicia więcej niż na początku się zakładało.

#### *7. Cały ten szum wokół alkoholu to temat zastępczy – narkotyki powodują znacznie więcej problemów.*

- Użycie niektórych nielegalnych narkotyków może się wiązać dla indywidualnego użytkownika z większym (niż w przypadku spożycia alkoholu) ryzykiem przedawkowania albo zakażenia. Ze względu na liczbę konsumentów alkoholu w wielu krajach całkowite koszty problemów związanych ze spożyciem alkoholu przekraczają jednak znacznie koszty powodowane przez nielegalne narkotyki. Spożycie alkoholu przyczynia się do większej liczby przypadków złego stanu zdrowia i przedwczesnych zgonów niż tak powszechne choroby jak astma i cukrzyca razem wzięte (48).

- Niektórzy ludzie argumentują, że wiele problemów (zdrowotnych i kryminalnych) związanych z takimi nielegalnymi narkotykami jak heroina wynika nie tyle z narkotyku jako takiego, lecz z jego statusu prawnego (penalizującego produkcję i dystrybucję), zwłaszcza że wolno bez konsekwencji przepisywać heroinę (diamorfinę) w przypadku bólu o znacznym nasileniu. Ustawodawstwo dotyczące środków odurzających nie jest spójne ani bezwzględnie logiczne, nie ma jednak większych szans na znaczne jego zmiany w najbliższym czasie.
- Medialny portret używania narkotyków skupia się na skrajnych, pozwalających stworzyć „newsa” aspektach, mniej mówi się o doświadczeniach dużych grup ludzi, którzy używali nielegalnych narkotyków, nie ponosząc poważniejszych szkód na zdrowiu.
- Sytuacja rozwija się interesująco w odniesieniu do legalizacji leczniczego i rekreacyjnego używania marihuany, w szczególności w Stanach Zjednoczonych. Wielu ludzi obawia się, że wiedza zdobyta w zakresie polityki alkoholowej o znaczeniu kontroli reklamy, cen i dostępności, nie zostanie w tym zakresie wykorzystana (49).

*8. Używanie jako miary „porcji standardowej” jest zbyt skomplikowane, aby zwykły człowiek mógł zrozumieć, o co chodzi.*

- Ważne jest, aby ludzie mogli mierzyć spożycie alkoholu tak, aby być w stanie (w przybliżeniu) określić, kiedy są trzeźwi, a kiedy i (jeśli tak się dzieje) o ile, przekraczają określone granice. Choć początkowo posługiwanie się miarą porcji standardowej może faktycznie okazać się trudne, stanowi ona najlepszą metodę standaryzowania informacji o zawartości czystego alkoholu w konkretnym napoju.
- Pojęcie porcji standardowej może się wydawać mniej znaczące dla osób pijących w domu albo z większej, dzielonej na kilka osób butelki wina lub mocnego alkoholu, nie wyklucza to jednak świadomości liczby porcji standardowych, zawartych w całej butelce. W takim przypadku konieczna jest szczególna staranność przy określaniu nalanej komuś ilości, aby dało się wyliczyć liczbę porcji standardowych.
- Każdy może się nauczyć, ile porcji standardowych zawiera ich ulubiony napój, a interaktywne pomoce (np. aplikacje albo miarki) mogą pomóc ludziom lepiej zrozumieć zasadę pomiaru za pomocą porcji standardowej. Niektóre napoje alkoholowe zawierają na etykiecie informację o liczbie porcji standardowych, jaką zawierają.

*9. Alkohol pomaga się odprężyć po stresującym dniu.*

- W wielu krajach osoby spożywające alkohol umieją barwnie opisywać oczekiwanie na kieliszek wina albo piwa po pracowitym dniu, i niekiedy ów drink miewa niemal mityczne właściwości antystresowe. Znaczna część „efektu pierwszego drinka” to jednak skutek oczekiwania i wyuczonego zachowania: sygnał, że dzień pracy się skończył i nadszedł czas relaksu. Powszechne jest jednak stwierdzenie, że poczucie relaksu pojawia się już po samym otwarciu butelki – zanim człowiek zdąży się napić i alkohol wpłynie na mózg. Pod wieloma względami jest to zjawisko nowe, po części powodowane przez umiędzynarodowienie wielu zjawisk związanych z alkoholem (głównie globalizację rynku wina), a po części przez ogólnoświatowy marketing (wynikający z opanowania rynku piwa przez niewielką liczbę gigantycznych międzynarodowych korporacji). Jak odprężano się kiedyś po pracy? Jaki był „sygnał relaksacyjny” w przeszłości? Da się to odtworzyć? Czy gdybyśmy uwierzyli, że zadziała, taki sam efekt relaksu dałby napój bezalkoholowy (herbata, sok)?

- Z farmakologicznego punktu widzenia alkohol jest depresantem, który może działać uspokajająco, i jego spożywanie wydaje się dawać krótkotrwałą ulgę od stresu. Alkohol nie usuwa jednak źródła stresu i wielu ludzi stwierdza, że upicie się może nasilić subiektywne odczucie problemów. Poza tym, kto próbuje radzić sobie ze stresem za pomocą alkoholu, rzadziej wykształca inne strategie radzenia sobie z nim.
- Regularne spożywanie alkoholu w celu redukcji stresu może być źródłem innych problemów, np. kaca, trudności ze snem, problemów w bliskich relacjach lub kłopotów finansowych. Każdy nowy problem może nasilić stres, niepokój i przygnębienie/depresję. Powstaje błędne koło: rośnie zagrożenie, że alkohol stanie się niezbędny i dojdzie do rozwoju uzależnienia.
- Objawy depresji, niepokoju i bezsenności często słabną, gdy zamiast używania alkoholu jako „leku”, zmniejszy się jego spożycie.

10. *Mężczyźni i kobiety piją inaczej, podchodzą do alkoholu inaczej, i są inaczej oceniani za jego picie.*

- Istnieje wiele potwierdzonych danych z różnych krajów świata, że mężczyźni i kobiety mają różne postawy wobec alkoholu, postrzegają alkohol i spożywają go w odmienny sposób (50, 51).
- „Niemał wszędzie, gdzie prowadzono badania epidemiologiczne lub etnograficzne, historycznie i międzykulturowo stwierdzono, że mężczyźni spożywali więcej alkoholu niż kobiety” (52, s. 153).
- Abstynencja jest bardziej prawdopodobna u kobiet. Mężczyźni mają większą skłonność do „ciężkiego” picia i istnieje u nich większe prawdopodobieństwo pojawienia się problemów związanych ze spożyciem alkoholu (51, 53).
- Istnieje większe prawdopodobieństwo, że w przypadku agresji domowej między partnerami, związanej ze spożyciem alkoholu, ofiarą stanie się kobieta. Natomiast mężczyźni statystycznie częściej prowadzą pojazdy pod wpływem alkoholu (54).
- Mężczyźni z większym prawdopodobieństwem stają się ofiarami szkód wynikających z napaści i agresji.
- W wielu kulturach spożywanie alkoholu przez kobiety jest stygmatyzowane (zwłaszcza picie jednorazowo większych ilości), podczas gdy stygmatyzacja ta nie istnieje albo jest znacznie słabsza wobec mężczyzn. Czasami odzwierciedla się to w działaniach z kręgu polityki – kampaniach medialnych i komunikatach, obwiniających ofiarę napaści seksualnej o to, że była pod wpływem alkoholu, zamiast obwiniania sprawcy o dokonanie tego czynu.
- W całej historii ludzkości kobiety oceniano negatywnie za spożywanie alkoholu. Choć do dziś bardziej prawdopodobne jest picie przez mężczyzn i powstawanie u nich problemów związanych ze spożyciem alkoholu, znane są epizody paniki moralnej dotyczącej pijaństwa kobiet.

11. *Nikt, kto ostro pije, nie zmieni swojego zachowania po krótkiej rozmowie; tacy ludzie wymagają intensywne-go specjalistycznego leczenia.*

- Krótkie interwencje służą zaoferowaniu okazji dowiedzenia się o potencjalnych zagrożeniach, związanych ze spożyciem alkoholu, zastanowienia nad nimi i podjęcia decyzji co do dalszych działań. Dane, uzyskane na podstawie wielu badań i systematycznych prac przeglądowych świadczą o tym, że krótkie interwencje, prowadzone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, powodują niewielkie średnie zmniejszenie deklarowanego spożycia alkoholu w okresie jednego roku (12-14).
- Poza rozpoznaniem osób spożywających alkohol w sposób ryzykowny, badania przesiewowe rozpoznają osoby o niektórych cechach uzależnienia od alkoholu, takich jak niezdolność do kontrolowania spożycia

alkoholu po jego rozpoczęciu, czy spożycie alkoholu w celu osłabienia zespołu odstawienia po okresie intensywnego picia. Cechy te mogą współwystępować ze znaczną częstotliwością i poziomem picia. Uzależnienie od alkoholu to nie jest jednoznaczna, „czarno-biała” diagnoza, lecz kontinuum z wieloma odcieniami szarości. Badania dotyczące uzależnienia od alkoholu wykazują szerokie spektrum efektów oddziaływań – od braku zmiany, poprzez częściową remisję, po pełną abstynencję (55).

- Wiele osób uzależnionych wraca do zdrowia albo ich stan się poprawia dzięki pomocy specjalistycznych służb, ale spora część dokonuje postępów bez intensywnego leczenia (56, 57). Wyrażenie troski i wsparcie ze strony lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w połączeniu z takimi oddziaływaniami jak zmiana sytuacji rodzinnej albo znalezienie pracy, mogą być istotnym czynnikiem, pomagającym ludziom osiągnąć zmianę.
- Wobec niektórych pacjentów, pijących ostro z cechami uzależnienia, korzystne może być przyjęcie modelu przewlekłej choroby, w której oczekuje się od lekarza pierwszego kontaktu wsparcia w ramach długotrwałego procesu leczenia, obejmującego okresy remisji i nawrotów. Choć istnieje na ten temat niewiele badań, należy zakładać, że każde skrócenie okresu, w którym człowiek spożywa alkohol, zmniejszy zagrożenie związane z tymi szkodami. W podstawowej opiece zdrowotnej można stosować wiele skutecznych psychologicznych i farmakologicznych metod leczenia uzależnienia od alkoholu (58). Niektórzy pacjenci nie dokonają żadnych postępów, jeżeli będą korzystać wyłącznie z pomocy podstawowej opieki zdrowotnej, ważna jest więc dostępność specjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia uzależnienia od alkoholu oraz pracy nad zmianą ryzykownego lub szkodliwego wzoru picia alkoholu w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu.
- W podstawowej opiece zdrowotnej będą miały miejsce konsultacje stricte informacyjne, podczas których zostaną przedstawione pacjentowi zagadnienia i problemy, mogące mieć związek z alkoholem (59). Nawet w przypadku poważnego problemu alkoholowego taka konsultacja może się okazać punktem zwrotnym w życiu pacjenta.
- Istnieją pewne potwierdzone dane z randomizowanych kontrolowanych badań, że do zmniejszenia spożycia wystarczy u niektórych osób samo przeprowadzenie badania przesiewowego (38, 60).
- Choć indywidualne interwencje mogą być skuteczne, należy pamiętać, że za skuteczniejsze do zmniejszenia spożycia alkoholu i szkód na poziomie społeczeństwa uważane są takie działania legislacyjne jak wzrost cen (na przykład za pomocą modyfikacji działań podatkowych i innych), ograniczenia dostępności alkoholu (np. wprowadzenie limitu wiekowego przy zakupie, ograniczenia miejsc i czasu sprzedaży) i innych działań kontrolujących marketing (np. zakaz sponsorowania przez producentów alkoholu wydarzeń sportowych) (54, 61).

## 12. *Doradzanie komuś, aby mniej pił, jeśli to jego główna rozrywka w życiu, jest nie fair.*

- Każdy ma prawo dokonywać wyborów bazujących na rzetelnej wiedzy. Krótka interwencja to nie rada, by spożywać mniej alkoholu, lecz przedstawienie tego jako opcji i pomoc w podjęciu decyzji, czy ktoś chce zmniejszyć spożycie. Zamiast na udzielaniu rad, lekarz pierwszego kontaktu może skupić się na pomocy pacjentowi w dostrzeżeniu korzyści ze zmniejszenia spożycia alkoholu.
- Ważnym zagadnieniem jest spowodowanie, aby ludzie nabywali zdolność wykształcania alternatywnych strategii radzenia sobie z problemami i rozwijali zainteresowania. Szczególnie ważne jest, aby przedstawiciele określonych grup, np. osoby z problemami psychicznymi, gdzie zależność od alkoholu może być powszechniejsza, zwracały baczniejszą uwagę na wpływ alkoholu na organizm i ich zachowania.

- Alkohol może nasilać objawy różnych chorób, pogarszać działanie leków i zwiększać ryzyko przedwczesnego zgonu, zwłaszcza gdy łączy się z leczeniem farmakologicznym, paleniem tytoniu, ubogą dietą, brakiem sportu rekreacyjnego i zwiększoną podatnością na choroby.
- Może być tak, że alkohol jest czyjąś jedyną rozrywką w życiu, ponieważ picie nie pozwala mu cieszyć się innymi, bogatszymi przyjemnościami albo ich dostrzec. Jedynie pacjent może to ocenić.

## Część 3. Wpływ alkoholu, spożycie i szkody (40 minut)

### Efekt nauki

W ramach Części 3 uczestnicy:

- zdobędą umiejętność nazwania sposobów, w jakie alkohol szkodzi zdrowiu fizycznemu i psychicznemu spożywającej go osobie, a także, jakie szkody czyni większym grupom społecznym i szeroko rozumianemu społeczeństwu,
- nauczą się szacować liczbę porcji standardowych alkoholu w różnych napojach alkoholowych i określać zagrożenia, powodowane przez różne poziomy spożycia alkoholu.

### Co jest potrzebne

- Ulotka 3.1. Działanie alkoholu (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Ulotka 3.2. Porcje standardowe i poziomy spożycia alkoholu – test (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Ulotka 3.3. Porcje standardowe i poziomy spożycia alkoholu – odpowiedzi na test (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Plansze 12-16.

### Przygotowanie

- Czytaj ulotki i plansze, aż poznasz je na tyle, aby móc dyskutować na ich temat z uczestnikami szkolenia.

### Proces

1. Odnosząc się do ulotki 3.1. *Działanie alkoholu* i prezentując plansze 13 oraz 14, przeprowadź dyskusję nad oddziaływaniem alkoholu na organizm człowieka. Poproś uczestników o przeczytanie ulotki i zaproś ich do dyskusji.

- Co wydało się uczestnikom szczególnie ciekawe?
- Czy coś kogoś zaskoczyło?
- Jakie są implikacje opisanych szkód?

2. Rozdaj ulotkę 3.2. *Porcje standardowe i poziomy spożycia alkoholu – test* i poproś, aby każda podgrupa wypełniła jeden test, korzystając raczej z posiadanej wiedzy niż ze smartfonów i kalkulatorów (plansza 15). (Uwaga: standardy napojów mogą być w różnych krajach różne, a wielkości mogą być wyrażane w różnych jednostkach. W niniejszym podręczniku używana jest miara WHO, czyli 10 g czystego alkoholu).

3. Poinformuj, że na pracę nad testem jest przeznaczony 10-15 minut, po czym zostanie rozdany arkusz odpowiedzi.

4. Po wypełnieniu testu proś każdą grupę o przedstawienie swoich odpowiedzi i sprawdzaj poziom zrozumienia tego zagadnienia. Po zakończeniu tego etapu przedstaw i wyjaśnij prawidłowe odpowiedzi, używając ulotki 3.3. *Porcje standardowe i poziomy spożycia alkoholu – odpowiedzi na test*.

5. Daj każdemu uczestnikowi egzemplarz ulotki 3.3. *Porcje standardowe i poziomy spożycia alkoholu – odpowiedzi na test*.



### **Omówienie (20 minut)**

- Zbierz informacje zwrotne na temat testu, skupiając się na następujących pytaniach:
  - Czy któraś z odpowiedzi kogoś zaskoczyła?
  - Czy wszyscy wiedzą, jak obliczać liczbę porcji standardowych w napoju alkoholowym, stosując podany wzór?
  - Jakim poziomem spożycia alkoholu powinni się interesować/zajmować lekarze pierwszego kontaktu?
- Sprawdź, czy pozostały jakieś pytania i odpowiedz na nie.

### **Zagadnienia kluczowe (plansza 16)**

- Nawet stosunkowo niski poziom regularnego spożycia alkoholu zwiększa zagrożenie zapadania na wiele chorób, zwłaszcza nowotworowych. Wyższe poziomy spożycia – nawet przy pojedynczych okazjach – zwiększają ryzyko urazów i wypadków.
- Dla osób, których spożycie alkoholu należy traktować jako ryzykowne, każde zmniejszenie spożycia zmniejszy także ryzyko. Krótkie interwencje mogą motywować ludzi do zmniejszenia spożycia alkoholu, oferując wybór oparty na poszerzonej wiedzy.
- Choć krótkie interwencje są przede wszystkim kierowane do osób spożywających alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy, te same techniki motywacyjne mogą być stosowane do poszukiwania pomocy przez osoby uzależnione.

### **Uwagi dodatkowe dla trenerów**

- Niektóre osoby mogą być zaskoczone, jak niski poziom spożycia alkoholu wystarczy, by wzrosło ryzyko szkód i mogą w związku z tym uznać, iż oczekiwanie od osób spożywających alkohol w sposób ryzykowny przejścia do spożycia mało ryzykownego, jest mało realne. Celem krótkich interwencji jest zaoferowanie pacjentom możliwości samodzielnego podjęcia decyzji.
- Nie da się uniknąć sytuacji, w której niektórzy lekarze pierwszego kontaktu uświadomią sobie, że ich własne spożycie alkoholu pozostaje na ryzykownym poziomie. Może to spowodować, że poczują się nieswojo albo zajmą pozycje obronne. Jest to zjawisko normalne i zostanie omówione w Części 4.

## Ulotka 3.1. Działanie alkoholu<sup>5</sup>

### Kluczowe fakty

- Alkohol wpływa na jednostki i społeczeństwa na wiele sposobów, w postaci pogorszenia stanu zdrowia, przemocy, urazów, szkód społecznych i nierówności, dotyczących zarówno osoby używającej alkoholu, jak i osób ją otaczających.
- W rachunku globalnym 3,3 miliona zgonów rocznie wynika ze szkodliwego spożycia alkoholu, co stanowi 5,9% wszystkich zgonów.
- Szkodliwe używanie alkoholu jest czynnikiem, który ma wpływ na wystąpienie ponad 200 stanów chorobowych i pourazowych.
- Używając wskaźnika DALY (*disability adjusted life-years* – lata życia skorygowane niesprawnością), który wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby, 5,1% globalnych obciążeń spowodowanych chorobą lub urazem można przypisać działaniu alkoholu.
- Spożycie alkoholu powoduje śmierć i kalectwo w stosunkowo wczesnym wieku. W grupie wiekowej 20-39 lat około 25% wszystkich zgonów można przypisać działaniu alkoholu.
- Istnieje związek przyczynowy między szkodliwym używaniem alkoholu a szeregiem zaburzeń umysłowych, psychicznych i zaburzeń zachowania oraz innych niezakaźnych stanów i urazów.
- Stwierdzono ostatnio związek przyczynowy między szkodliwym spożyciem alkoholu a zapadalnością na takie choroby zakaźne jak gruźlica oraz jego wpływ na przebieg HIV/AIDS.
- Poza konsekwencjami zdrowotnymi, szkodliwe używanie alkoholu powoduje znaczne straty społeczne i ekonomiczne dla jednostek i społeczeństwa jako całości.

Alkohol jest używaną w wielu kulturach, od stuleci, substancją psychoaktywną o właściwościach uzależniających. Jego szkodliwe spożywanie jest przyczyną wielu chorób, a także socjalnych i gospodarczych obciążeń dla społeczeństw.

Wpływ alkoholu na powstawanie ostrych i przewlekłych stanów zdrowotnych w populacji determinują w znacznym stopniu dwa oddzielne, ale związane ze sobą wymiary używania alkoholu:

- całkowitą ilość spożywanego alkoholu oraz
- wzór spożywania.

Okoliczności picia odgrywają ważną rolę w występowaniu szkód, które mają związek ze spożywaniem alkoholu, w szczególności tych powiązanych z wpływem zatrucia alkoholem oraz (niekiedy) jakością spożywanego alkoholu.

### Europejski Region WHO

Spożycie alkoholu ma w Europie bardzo długą historię – zarówno z aspektami pozytywnymi, jak i negatywnymi.

- Europejski Region WHO ma najwyższe spożycie alkoholu na jednego człowieka ze wszystkich regionów WHO.

<sup>5</sup> O ile nie określono inaczej, dane statystyczne, zawarte w niniejszej ulotce pochodzą z *Global status report on alcohol and health 2014* (47).

- Poziomy spożycia i trendy historyczne różnią się znacznie w poszczególnych krajach regionu.
- Produkcyjna i handlowa branża alkoholowa są w Europie aktywne gospodarczo i obejmują wielu kluczowych pracodawców, marek i napojów o znaczeniu kulturowym oraz posiadających wartość turystyczną.

### **Pogorszony stan zdrowia**

Spożycie alkoholu jest czynnikiem, który przyczynia się do wystąpienia ponad 200 stanów chorobowych i urazowych. Spożywanie alkoholu wiąże się z ryzykiem powstania takich problemów zdrowotnych jak zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, w tym uzależnienie od alkoholu, zapadania na takie choroby zakaźne jak marskość wątroby, siedem rodzajów nowotworów i chorób sercowo-naczyniowych, a także stwarza ryzyko wystąpienia urazów. Dokładnie mówiąc, istnieje związek dawka–reakcja między spożyciem alkoholu a ryzykiem zachorowania na raka wątroby, piersi, przełyku, ust, gardła, okrężnicy i odbytu. Częste spożycie alkoholu przez młode osoby dorosłe jest głównym czynnikiem ryzyka wczesnego wystąpienia otępienia umysłowego.

Choć niewielka dawka alkoholu (jedna porcja standardowa dziennie) może zmniejszać ryzyko śmierci z powodu choroby niedokrwiennej serca i udaru mózgu, potwierdzające to dane są z wielu stron kwestionowane (62). Nawet przy takim poziomie spożycia występuje zwiększone ryzyko śmierci w wyniku nadciśnienia, udaru krwotocznego i arytmii serca oraz raka i marskości wątroby (63).

Spożycie alkoholu może wpływać nie tylko na występowanie chorób, urazów i innych stanów zdrowotnych, lecz także na indywidualny przebieg i konsekwencje chorób.

Osoby spożywające alkohol na poziomie, określanym mianem „ciężki” (*heavy*), są bardziej narażone na depresję, alkohol może także nasilać u nich poziom lęku (64). Najnowsze potwierdzone dane sugerują związek między szkodliwym spożyciem alkoholu a występowaniem takich chorób zakaźnych jak gruźlica oraz rozwijaniem się HIV/AIDS (65-69).

### **Przemoc i urazy**

Znaczący odsetek obciążeń chorobowych, które można przypisać spożyciu alkoholu, wynika z niezamierzonych i zamierzonych urazów, w tym wynikających z wypadków samochodowych, aktów agresji i samobójstw. Widoczna jest tendencja, że spowodowane użyciem alkoholu urazy ze skutkiem śmiertelnym występują w młodszych grupach wiekowych.

- Urazy powstałe w wyniku agresji po spożyciu alkoholu stanowią znaczny odsetek urazów będących skutkiem przemocy.
- Alkohol uważany jest za wyzwalacz i czynnik ryzyka w przypadkach przemocy domowej i seksualnej.
- Alkohol jest głównym czynnikiem wypadków samochodowych i powiązanych z nimi skutków śmiertelnych oraz kalectwa.
- Problematyczne używanie alkoholu zwiększa częstotliwość występowania autoagresji i ją nasila.

### **Szkody społeczne**

Szkodliwe używanie alkoholu może powodować szkody u innych ludzi: dzieci, członków rodziny, przyjaciół, współpracowników, a także obcych osób. Skutkami szkodliwego spożywania alkoholu są także znaczne obciążenia zdrowotne, społeczne i gospodarcze dla społeczeństwa jako całości (70, 71).

- Problematyczne używanie alkoholu może mieć poważne negatywne konsekwencje dla rodzin, prowadząc do ich rozbitcia, a w niektórych przypadkach powodując długotrwałe negatywne skutki u dzieci, pochodzących z rodzin z uzależnionym rodzicem bądź rodzicami.
- Spożycie alkoholu pogarsza wydajność w miejscu pracy i stanowi zagrożenie BHP. Natomiast spożycie alkoholu często i w dużych dawkach stanowi czynnik zagrożenia bezrobociem.
- Problematyczne używanie alkoholu może pogorszyć nie najlepszą sytuację finansową – z jednej strony z powodu wydawania pieniędzy na alkohol, a z drugiej z powodu zmniejszenia się dochodów w wyniku gorszej wydajności zawodowej albo bezrobocia (70, 71).

## **Płeć**

Istnieją różnice płciowe w zakresie śmiertelności i zachorowalności związanej ze spożyciem alkoholu, jak i poziomów oraz wzorców spożycia.

- Istnieje wiele potwierdzonych danych z różnych krajów świata mówiących o tym, że mężczyźni i kobiety mają różne postawy wobec alkoholu, postrzegają i spożywają go inaczej (50, 51).
- W większości krajów świata w różnych okresach stwierdzano, że mężczyźni spożywają więcej alkoholu niż kobiety (52, s. 153).
- Abstynencja jest bardziej prawdopodobna u kobiet. Mężczyźni mają większą skłonność do „ciężkiego” picia i jest większe prawdopodobieństwo pojawienia się u nich problemów związanych ze spożywaniem alkoholu (51, 53).
- W perspektywie globalnej w 2010 roku całkowite spożycie (w przeliczeniu na czysty alkohol) na jedną osobę nadużywającą alkoholu wynosiło średnio 21,2 litrów u mężczyzn i 8,9 litra u kobiet.
- Odsetek zgonów, liczonych w perspektywie globalnej, który można przypisać działaniu alkoholu, wynosi u mężczyzn 7,6%, a u kobiet 4,0%.
- Istnieje większe prawdopodobieństwo, że w przypadku agresji domowej między partnerami, związanej ze spożyciem alkoholu, ofiarą stanie się kobieta. Natomiast mężczyźni statystycznie częściej prowadzą pojazdy pod wpływem alkoholu (54).
- W niektórych krajach poziom spożycia alkoholu przez kobiety zbliżył się do poziomu spożycia przez mężczyzn, choć utrzymują się znaczne różnice co do wyboru napojów, motywacji do spożywania alkoholu i zagrożeń związanych ze spożyciem alkoholu.
- Spożycie alkoholu przez kobietę ciężarną może spowodować u dziecka alkoholowy zespół płodowy i komplikacje związane z przedterminowym porodem.

### Ryc. 3. Skutki ryzykownego spożycia alkoholu.

#### 1. Ośrodkowy układ nerwowy:

- upośledzona kontrola zachowania (brak racjonalności, agresja, apatia, depresja, nerwowość, bezsenność)
  - mózdzek – pogorszenie koordynacji ruchowej – upadki
  - uzależnienie od alkoholu
- zaburzenia poznawcze – pogorszenie pamięci i koncentracji, problemy w procesie uczenia się i myślenia abstrakcyjnego
  - padaczka

#### 2. Przewód pokarmowy:

- rak jamy ustnej
- rak gardła
- GERD (obniżenie napięcia mięśnia zwieracza przełyku)
- choroby żołądka i dwunastnicy (zapalenie śluzówki, nadżerki, wrzody)
- choroby wątroby (stłuszczenie, zwłóknienie, marskość, rak)
- choroby trzustki (ostre i przewlekłe zapalenie, cukrzyca, rak)
  - rak jelita grubego

#### 3. Serce i naczynia:

- nadciśnienie tętnicze
- choroba niedokrwienna serca
  - zaburzenia rytmu serca
  - zmiany metabolizmu mięśnia serca – kardiomiopatia – niewydolność serca
- udar krwotoczny

#### 4. Uszkodzenie szpiku:

- niedokrwistość makrocytarna
  - małopłytkowość
- niedobory krwinek białych – upośledzenie mechanizmów obronnych (częstsze infekcje dróg oddechowych, w tym zapalenia płuc, gruźlica, HIV/AIDS, nowotwory o etiologii wirusowej)

#### 5. Układ endokrynny:

- u mężczyzn – hypogonadyzm i cechy feminizacji (powiększenie gruczołów piersiowych, zaniki jąder, zmiana typu owłosienia, zaburzenia potencji)
  - u kobiet – zanik jajników i cechy maskulinizacji (zarost na górnej wardze, gruby głos, zaburzenia miesiączkowania, przyspieszona menopauza); w ciąży – ryzyko urodzenia dziecka o niskiej masie urodzeniowej, z wadami wrodzonymi narządów oraz nieodwracalnym uszkodzeniem mózgu (FAS)
    - rak piersi

#### 6. Obwodowy układ nerwowy:

- objawy neuropatii w postaci drętwienia, mrowienia i bólów kończyn (zmiany metaboliczne, niedobory białek, witamin, mikroelementów i elektrolitów spowodowane niedomogą trawienną, wymiotami i biegunkami)

#### 7. Wygląd:

- nastrzyknięcie spojówek (poszerzenie naczyń włosowatych i zażółcenie twardówki)
- nieprawidłowe unaczynienie skóry („pajęczki” głównie na twarzy i szyi, czerwony nos, „gęsia skórka” na szyi, żółtawe przebarwienie skóry)
  - drżenie rąk
  - drżenie języka

#### 8. Nowotwory:

- rak jamy ustnej
- rak gardła
- rak przełyku
- rak wątroby
- rak trzustki
- rak jelita grubego i odbytnicy
- rak piersi



Źródło: Babor i in. (72).

## Ulotka 3.2. Porcje standardowe i poziomy spożycia alkoholu – test

(Uwaga: porcje standardowe napojów mogą być w różnych krajach różne, a wielkości mogą być wyrażane w różnych jednostkach. W niniejszym podręczniku używana jest miara WHO, czyli 10 g czystego alkoholu).

### 1. Dopasuj liczbę porcji standardowych do poszczególnych napojów.

Wielkość i rodzaj napoju alkoholowego	Porcje standardowe
Kufel albo butelka piwa jasnego – 500 ml (4%)	1,1
Kieliszek aperitifów – 50 ml (17%)	1,6
Kieliszek wina – 175 ml (14%)	1,6
Kufel mocnego piwa – 250 ml (8%)	7,2
Butelka wódki – 0,7 l (40%)	2
Butelka wina – 750 ml (12%)	0,7
Butelka napoju alkoholizowanego – 275 ml (5%)	22,4

### 2. Wpływ spożycia alkoholu na ryzyko zgonu z powodu wybranych chorób

Uzupełnij poniższą tabelę. Początek jest wpisany jako przykład. Podane w pierwszym wierszu względne ryzyko oznacza, że mężczyzna, pijący 100 g czystego alkoholu (10 porcji standardowych) tygodniowo, jest 1,5 razy bardziej zagrożony zgonem z powodu marskości wątroby niż mężczyzna, który nie spożywa alkoholu. Kobieta spożywająca tygodniowo 100 g czystego alkoholu jest 1,6 razy bardziej zagrożona zgonem z powodu marskości wątroby niż kobieta, która nie spożywa alkoholu.

Poziom spożycia	Choroba	Płeć	Jakie jest względne ryzyko zgonu? Wpisz swoje o szacowanie
100 g tygodniowo	Marskość wątroby	Mężczyźni	1,5
		Kobiety	1,6
	Rak przełyku	Mężczyźni	
		Kobiety	
	Rak piersi	Kobiety	
	200 g tygodniowo	Marskość wątroby	Mężczyźni
Kobiety			
Rak odbytu/okrężnicy		Mężczyźni	
		Kobiety	
Nadciśnienie		Mężczyźni	
		Kobiety	

300 g tygodniowo	Marskość wątroby	Mężczyźni	
		Kobiety	
	Epilepsja	Mężczyźni	
		Kobiety	
	Udar krwotoczny/nie niedokrwienny	Mężczyźni	
		Kobiety	

## Ulotka 3.3. Porcje standardowe i poziomy spożycia alkoholu – odpowiedzi na test

### 1. Dopasuj liczbę porcji standardowych do poszczególnych napojów.

Wielkość i rodzaj napoju alkoholowego	Porcje standardowe
Kufel albo butelka piwa jasnego – 500 ml (4%)	1,6
Kieliszek aperitif – 50 ml (17%)	0,7
Kieliszek wina – 175 ml (14%)	2
Kufel mocnego piwa – 250 ml (8%)	1,6
Butelka wódki – 0,7 l (40%)	22,4
Butelka wina – 750 ml (12%)	7,2
Butelka napoju alkoholizowanego – 275 ml (5%)	1,1

Można obliczyć liczbę porcji standardowych zawartych w każdym napoju za pomocą następującego wzoru:  
**liczba porcji standardowych = objętość (ml) x moc alkoholu (vol %) x 8/10 000**

### 2. Wpływ spożycia alkoholu na ryzyko zgonu z powodu wybranych chorób

Tabela jest uzupełniona analogicznie do przykładu z pierwszego wersu, w którym względne ryzyko oznacza, że mężczyzna, pijący 100 g czystego alkoholu (10 porcji standardowych) tygodniowo, jest 1,5 razy bardziej zagrożony zgonem z powodu marskości wątroby niż mężczyzna, który nie spożywa alkoholu. Kobieta spożywająca tygodniowo 100 g czystego alkoholu jest 1,6 razy bardziej zagrożona zgonem z powodu marskości wątroby niż kobieta, która nie spożywa alkoholu.

Poziom spożycia	Choroba	Płeć	Jakie jest względne ryzyko zgonu? Odpowiedzi
100 g tygodniowo = 10 porcji standardowych	Marskość wątroby	Mężczyźni	1,5
		Kobiety	1,6
	Rak przełyku	Mężczyźni	1,65
		Kobiety	1,65
	Rak piersi	Kobiety	1,17
	200 g tygodniowo = 20 porcji standardo- wych	Marskość wątroby	Mężczyźni
Kobiety			2,55
Rak odbytu/okrężnicy		Mężczyźni	1,2
		Kobiety	1,2
Nadciśnienie		Mężczyźni	1,3
		Kobiety	1,3



Poziom spożycia	Choroba	Płeć	Jakie jest względne ryzyko zgonu? Odpowiedzi
300 g tygodniowo = 30 porcji standar- dowych	Marskość wątroby	Mężczyźni	3,33
		Kobiety	4,05
	Epilepsja	Mężczyźni	1,7
		Kobiety	1,7
	Udar krwotoczny/nie nie- dokrwienny	Mężczyźni	1,35
		Kobiety	1,67
	Rak ust (wargi, jama ustna, gardło)	Mężczyźni	2,68
		Kobiety	2,68

## Poziomy spożycia, szkody i odnośna terminologia

### Kontinuum ryzyka

Powyżej przedstawione poziomy względny ryzyka ilustrują wyraźnie, że zagrożenia związane ze spożyciem alkoholu są zależne od dawki wypijanego alkoholu i układają się w pewne kontinuum. W wielu krajach na całym świecie wykorzystuje się informacje dotyczące ryzyka do tworzenia zaleceń dla dorosłych i czasami innych grup społecznych, aby umożliwić im podejmowanie decyzji o spożywanej ilości alkoholu na podstawie sprawdzonej wiedzy. Zalecenia te są różne, wiadome jest jednak, że dla każdej osoby, która spożywa więcej niż jedną porcję standardową alkoholu dziennie, każde zmniejszenie spożycia zredukuje większość krótko- i długoterminowych zagrożeń, wiążących się ze spożywaniem alkoholu. I odwrotnie: każde zwiększenie spożycia zwiększy ryzyko.

Istnieje wiele sytuacji i okoliczności, kiedy nie należy spożywać alkoholu: w czasie ciąży, prowadząc pojazd, wykonując określone prace i obsługując maszyny, przed i w trakcie uprawiania określonych sportów (np. pływanie czy jazda na nartach). Alkohol nie powinny także spożywać dzieci (nie ma zgody co do wieku, od którego akceptowalne są małe ilości) ani osoby z określonymi stanami zdrowotnymi czy przyjmujące określone leki.

### Terminologia

Do opisu poziomów i wzorów spożycia używa się różnego języka i różnych pojęć. Przy dyskusji na temat alkoholu i wzorów jego spożycia należy mieć świadomość różnego wydźwięku różnej terminologii i uwzględniać to w trakcie dyskusji.

*Spożycie (albo użycie) ryzykowne to taki poziom albo wzór spożycia, który zwiększa ryzyko szkód w przypadku utrzymania się tego nawyku. W niektórych okolicznościach ryzykowne może być każde spożycie alkoholu (patrz wyżej). Cały czas pojawiają się nowe potwierdzone dane, ale jasne jest, że każdy poziom spożycia zwiększa ryzyko raka, a po przekroczeniu jednej porcji standardowej dziennie ryzyko związane z używaniem alkoholu prawdopodobnie przeważa wszelkie korzyści (o ile takie istnieją).*

*Szkodliwe spożycie to wzór spożycia, który powoduje szkody zdrowotne (fizyczne lub psychiczne, choć czasami tym terminem są objęte także konsekwencje społeczne). W odróżnieniu od spożycia ryzykownego implikacją*

spożycia szkodliwego jest to, że człowiek już doznał (świadomie albo nie) jakiegoś rodzaju szkody zdrowotnej. Nie zdefiniowano poziomu spożycia, który na pewno spowoduje uszczerbek na zdrowiu.

*Eksces alkoholowy albo „ciężkie” picie epizodyczne można zdefiniować jako wypicie nadmiernej ilości alkoholu z dowolnej okazji, które prowadzi do upicia się albo utraty kontroli.* Kolokwialnie tego pojęcia używa się obecnie do opisu „ciężkiego” picia przez jeden wieczór lub dzień. Eksces alkoholowy to pojęcie używane także do opisu fazy „ciężkiego” picia, trwającego (typowo) kilka dni, często przeplatane abstinencją.

*Uzależnienie od alkoholu można zdefiniować jako zespół zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, kiedy użycie alkoholu zyskuje dla danej osoby znacznie wyższy priorytet niż inne zachowania, które uprzednio miały większą wartość.* Osoba uzależniona od alkoholu może trwać przy spożywaniu alkoholu mimo negatywnych konsekwencji. Dla osób uzależnionych od alkoholu krótkie interwencje mogą nie być wystarczające – zwłaszcza gdy uzależnienie jest głębokie. Krótka interwencja nie zaszkodzi jednak takiej osobie, a podejście samo w sobie może pomóc rozpoznać te osoby, które mogą skorzystać z innych rodzajów wsparcia i zachęcić je do rozważenia skorzystania z innych form pomocy. (Patrz także Część 6).

*Problemy z alkoholem/picie problematyczne.* Pojęcia te mogą się odnosić do szerokiego spektrum szkód (faktycznych lub potencjalnych) dotyczących pracy, stosunków międzyludzkich, pozycji społecznej oraz zdrowia fizycznego/psychicznego. Ilości alkoholu, których dotyczą, będą się różnić osobniczo, a także w czasie dla tej samej osoby.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) sformułowała pomocny słownik pojęć, stosowanych w kontekście nadużywania substancji, w tym alkoholu (73).

# **Część 4. Krótkie interwencje dotyczące problemów związanych z używaniem alkoholu: cele, wymagane umiejętności i zmiana praktyki (40 minut)**

## **Efekt nauki**

W ramach Części 4 uczestnicy:

- poznają podstawowe zasady omawiania z pacjentami w motywujący sposób zagadnień związanych ze zmianą zachowań oraz elementy krótkiej interwencji dotyczącej problemów z używaniem alkoholu,
- przemyślą wyzwania i możliwości, jakie stawiają przed nimi/oferują im, ich praktyce zawodowej i organizacji, w której pracują oraz ich pacjentom, badania przesiewowe i krótkie interwencje.

## **Część A. Dyskusja (20 minut)**

### **Co jest potrzebne**

- Ulotka 4.1. *Czym jest krótka interwencja dotycząca problemów z używaniem alkoholu?* (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika). Ulotki należy rozdać uczestnikom do przeczytania przed rozpoczęciem szkolenia. W tym etapie należy przeprowadzić dyskusję nad informacjami zawartymi na ulotkach.
- Plansze 18 i 19.

### **Przygotowanie**

- Zapoznaj się z informacjami na ulotce 4.1.

### **Proces**

1. Odnieś się do ulotki 4.1. Dowiedz się, czy w ramach przygotowania do szkolenia uczestnicy przeczytali ulotkę.
2. Omów krótko przedstawione na schemacie blokowym i ulotce 4.1 kluczowe etapy i elementy postępowania (plansze 18 i 19).
3. Zwróć uczestnikom uwagę, że zostaną one dokładniej omówione później, a szkolenie zakończy się ćwiczeniami praktycznymi dotyczącymi całego procesu.
4. Schemat blokowy ma służyć jako pomoc pamięciowa przy stosowaniu krótkich interwencji.

## **Część B. Praca w grupie (20 minut)**

### **Co jest potrzebne**

- Tablica konferencyjna, papier i flamastry.
- Karteczki samoprzylepne i długopisy.
- Ulotka 4.2. *Radzenie sobie z wyzwaniami* (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Plansze 20 i 21.

## Przygotowanie

- Przeczytaj informacje na ulotce 4.2 i upewnij się, że będziesz umieć swobodnie dyskutować o niej z uczestnikami.
- Wyświetl planszę PowerPoint 20 (albo napisz): „Jakie wyzwania/problemy i możliwości/okazje mogą dostrzegać lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w związku z prowadzeniem krótkich interwencji?”.
- Przygotuj na tablicy konferencyjnej arkusz z następującym podziałem:

<b>WYZWANIA</b>	
<i>Poradzę sobie?</i>	<i>Powiniem to robić?</i>
<i>Jak mam to robić?</i>	<i>O co tu właściwie chodzi?</i>
<b>MOŻLIWOŚCI</b>	
<i>Korzyść dla pacjentów</i>	<i>Korzyść dla gabinetu/organizacji/placówki</i>

## Proces

1. Podziel uczestników na podgrupy i daj każdej z nich karteczki samoprzylepne oraz flamastry.
2. Odsłoń przygotowane pytanie: „Jakie wyzwania/problemy i możliwości/okazje mogą dostrzegać lekarze podstawowej opieki zdrowotnej w związku z prowadzeniem krótkich interwencji” (plansza 20). Zwróć uwagę, że wyzwania mogą mieć bardzo szeroki zakres, a możliwości mogą dotyczyć korzyści dla pacjentów albo praktyki lekarza pierwszego kontaktu, mogą także stanowić uzupełnienie jego dotychczasowej pracy.
3. Niech uczestnicy odpowiedzą na pytanie, zapisując **jedną** odpowiedź na jednej karteczce samoprzylepnej.
4. Sukcesywnie zbieraj karteczki z odpowiedziami i przyklejaj je na arkuszu na tablicy, w odpowiednich ćwiartkach (albo proś uczestników, aby to sami robili).
5. Wyjaśnij, że nazwy grupy wyzwań i możliwości odpowiadają mniej więcej odczuciom lekarzy pierwszego kontaktu co do ich roli podczas prowadzenia krótkich interwencji, jakie rozpoznano w ramach badań.
6. Gdy uczestnicy wyczerpali pomysły i wszystkie karteczki zostały przyklejone, zacznij pracę z informacjami zwrotnymi.

## Omówienie

Użyj ulotki 4.2. *Radzenie sobie z wyzwaniami.*

- Arkusz na tablicy z poprzyklejonymi karteczkami ma być dla wszystkich dobrze widoczny – omów pokrótce wszystkie nazwy grup zagadnień, które są wypisane na tablicy.

- Zaczynij od *wyzwań*. Wyjaśnij podział na dwie grupy i objaśnij je. Omawiaj po kolei treść karteczek samoprzylepnych – w razie niejasności dopytuj uczestników, co mieli na myśli i omawiaj pojawiające się zagadnienia.
- Przejdź do *możliwości*. Podkreśl pozytywny fakt, że już w tak wczesnej fazie szkolenia dostrzegane są potencjalne korzyści zarówno dla pacjentów, jak i dla organizacji/placówki. Omów niektóre stwierdzenia zapisane na karteczkach samoprzylepnych.
- Zauważ wyrażane przez uczestników wątpliwości, pamiętaj jednak, że szkolenie nie rozwiąże wszystkich problemów.
- Uczestniczący w szkoleniu profesjonalści mogą zechcieć zwrócić się ze swoimi wątpliwościami do starszych kolegów albo lokalnych lub krajowych oficjalnych instytucji zajmujących się ochroną zdrowia. W sprawie określonych zagadnień, na które zwrócono uwagę, konieczne może się okazać pozyskanie dodatkowych informacji albo stworzenie protokołów działania. Może to dotyczyć:
  - poufności i udostępniania informacji,
  - zasad kierowania pacjentów do kolejnych etapów działań,
  - czasu trwania kontaktu,
  - koniecznego wsparcia i superwizji dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz okazji do ćwiczenia w sposób umożliwiający refleksję,
  - zakresu zbadania, czy i w jaki sposób można by zmienić aktualny proces oceny tak, aby pozwalał lepiej rozpoznawać pacjentów mogących skorzystać z krótkiej interwencji – może to wymagać użycia różnych narzędzi przesiewowych przez różne zespoły i wymiany obecnie stosowanych narzędzi na inne,
  - rozważenia, w jaki sposób można z zastosowaniem istniejących systemów elektronicznych (jeśli są dostępne) wbudować w stosowane przez uczestników szkolenia procedury, minimalny poziom rejestracji i monitoringu.
- Zadbaj o to, aby zostały przedyskutowane najpowszechniejsze zagadnienia, które wywołują wątpliwości, a uczestnicy dowiedzieli się, kiedy w dalszej części szkolenia zostaną omówione pozostałe zagadnienia.
- Informacje zawarte w ulotce 4.2. *Radzenie sobie z wyzwaniami*, dotyczące postępowania wobec uzależnienia od alkoholu w podstawowej opiece zdrowotnej są w znacznej części powtórzeniem treści ulotki 2.2. *Postawy wobec alkoholu – uwagi*, punkt 11. Jeżeli nie zostały one w pełni przedyskutowane w tamtym miejscu, należy wykorzystać okazję i wrócić do sprawy teraz, jest to bowiem zagadnienie wywołujące powszechny niepokój u lekarzy pierwszego kontaktu podstawowej opieki zdrowotnej. Postępowanie wobec pacjentów, którzy dużo piją i być może są uzależnieni, będzie także omawiane w Części 6: *Przesiew i informacje zwrotne*.
- Powróć krótko do możliwości. Podkreśl, że podobnie jak w zakresie wyzwań, potencjalne korzyści dotyczą nie tylko pacjentów, ale także lekarzy pierwszego kontaktu i świadczonych przez nich usług. Pozostała część szkolenia będzie poświęcona dostarczaniu uczestnikom koniecznej wiedzy, potrzebnych umiejętności oraz pracy nad wzmacnianiem pewności siebie, pozwalających prowadzić krótką interwencję i pomagać pacjentom uświadamiać sobie określone korzyści.
- Przypomnij uczestnikom, że tak samo jak pacjenci mogą dokonać opartego na wiedzy wyboru, dotyczącego zmiany poziomu spożywania alkoholu, profesjonalni pracownicy służby zdrowia powinni rozważyć

potencjalną wartość dyskusji dotyczącej alkoholu z pacjentami i zdecydować, czy włączyć ją do swojej praktyki, czy nie. Do końca dnia stymuluj refleksję dotyczącą tego zagadnienia.

- Zakończ rozdaniem uczestnikom ulotki 4.2. *Radzenie sobie z wyzwaniem*.

### **Zagadnienia kluczowe (plansza 21)**

- Wątpliwości profesjonalnych pracowników służby zdrowia dotyczące dyskusowania z pacjentami zagadnień związanych z alkoholem są czymś całkowicie normalnym, aczkolwiek są one często nieuzasadnione.
- Doświadczenie sugeruje, że pacjenci chętniej rozmawiają na te tematy, niż wydaje się to lekarzom pierwszego kontaktu.
- Przy nauce każdej nowej umiejętności poczucie pewnej nieporadności jest normalne, dobre szkolenie i chęć dokonywania postępów sprawiają jednak, że lekarze pierwszego kontaktu szybko nabierają pewności w rozpoczynaniu i prowadzeniu dyskusji związanej z problematyką alkoholową.

## Ulotka 4.1. Czym jest krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu?

### Definicja

Krótką interwencją jest ograniczona czasowo, empatyczna i ustrukturalizowana rozmowa z pacjentem, której celem jest zmotywowanie go w niekonfrontacyjny sposób do rozważenia i/albo zaplanowania zmiany wzoru spożycia alkoholu oraz wsparcie go w realizacji tego działania.

### Podstawy stylu i zasady

Najważniejszą cechą krótkich interwencji jest empatyczna, oparta na szacunku i pozytywna relacja z pacjentem, na dodatek takie interwencje są niekonfrontacyjne. Ideą jest praca z własnymi pomysłami, niepokojami i motywami pacjenta, nie zaś wstrząśnięcie nim czy doprowadzanie do konfrontacji ani też zakładanie, że lekarz pierwszego kontaktu „wie lepiej”. Lekarze pierwszego kontaktu powinni dążyć do rozmów „przypominających taniec, a nie zapasy”. Celem jest współpraca oraz praca („taniec”) z pacjentem, nie zaś próba przekonania go, że powinien dokonać zmian albo zrobić coś, na co nie ma ochoty („zapasy”).

Głównym aspektem jest stosowanie umiejętności aktywnego słuchania, obejmującej zadawanie pytań otwartych, afirmowanie (wzmocnianie poczucia samoskuteczności), odzwierciedlanie i podsumowywanie (w skrócie ang. OARS, „wiosła”). Umiejętności tych używa się do stworzenia przyjaznej atmosfery wsparcia, w której jednostki czują się wystarczająco dobrze, aby chcieć eksplorować i omawiać swoje wzory używania alkoholu.

- Pytania otwarte to pytania, na które nie da się odpowiedzieć „tak/nie”. Wymagają odpowiedzi opisowej, nakłaniają do zastanowienia się przed udzieleniem odpowiedzi i pozwalają mówić odpowiadającemu z uwzględnieniem jego własnego punktu widzenia.
- Afirmacje to stwierdzenia wyrażające akceptację i zrozumienie, będące pozytywnym wzmocnieniem, szczególnie pomocne dla osób o niskim poczuciu własnej wartości.
- Odzwierciedlenia to stwierdzenia, stanowiące próbę odgadnięcia przez słuchającego znaczenia tego, co zostało powiedziane przez mówiącego. Pozwalają sprawdzić, czy słuchający wszystko dobrze zrozumiał i zapraszają mówiącego do dalszych wyjaśnień.
- Podsumowania to próby połączenia w całość zagadnień kluczowych, które wymieniał mówiący i stworzenia całościowego obrazu. Służą one do potwierdzenia, że słuchający rzeczywiście słuchał oraz są pomocne dla obu stron w wyklarowaniu myśli.

Krótkie interwencje zachęcają osoby do przejścia odpowiedzialności za swoje decyzje. Sprawą o zasadniczym znaczeniu jest unikanie kierowania („popychania”) pacjentów przez lekarzy pierwszego kontaktu w określonym kierunku. To najprawdopodobniej spotkałoby się z oporem. Lekarze pierwszego kontaktu powinni przyjąć postawę nie dyrektywną, lecz prowadzącą i podkreślać wolność pacjenta w podejmowaniu własnych decyzji. Powinni kwestionować stwierdzenia pacjentów, że „nie mają wyboru” i zachęcać ich do zastanawiania się, czego chcieliby dla siebie.

### **Cele: zamierzone efekty krótkich interwencji**

Efekty krótkiej interwencji dotyczącej problemów związanych z używaniem alkoholu mogą być następujące:

- pacjent myśli o zmianie swojego sposobu spożywania alkoholu,
- pacjent planuje zmianę swojego sposobu spożywania alkoholu,
- pacjent skutecznie zmniejsza albo przerywa spożycie alkoholu, redukując przez to ryzyko choroby, wypadku oraz innych szkód dla siebie i innych osób.

Celem krótkiej interwencji u osoby z poważniejszymi problemami może być zastanowienie się nad zmianą albo zaplanowanie jej, albo decyzja o uzyskaniu dalszej pomocy w związku ze spożywaniem alkoholu.

W przypadku niektórych osób sukcesem może być sprawienie, aby zaczęły się zastanawiać nad tym, co robią – choć mogą jeszcze nie być zainteresowane planowaniem zmian. Inne osoby mogą być gotowe do tworzenia planów, może nawet już próbowały albo próbują to robić. Lekarze pierwszego kontaktu nie są w stanie kontrolować postępowania pacjentów, mogą jednak próbować zadbać o to, aby po krótkiej rozmowie pacjenci mieli nad czym myśleć albo chcieli coś zrobić!

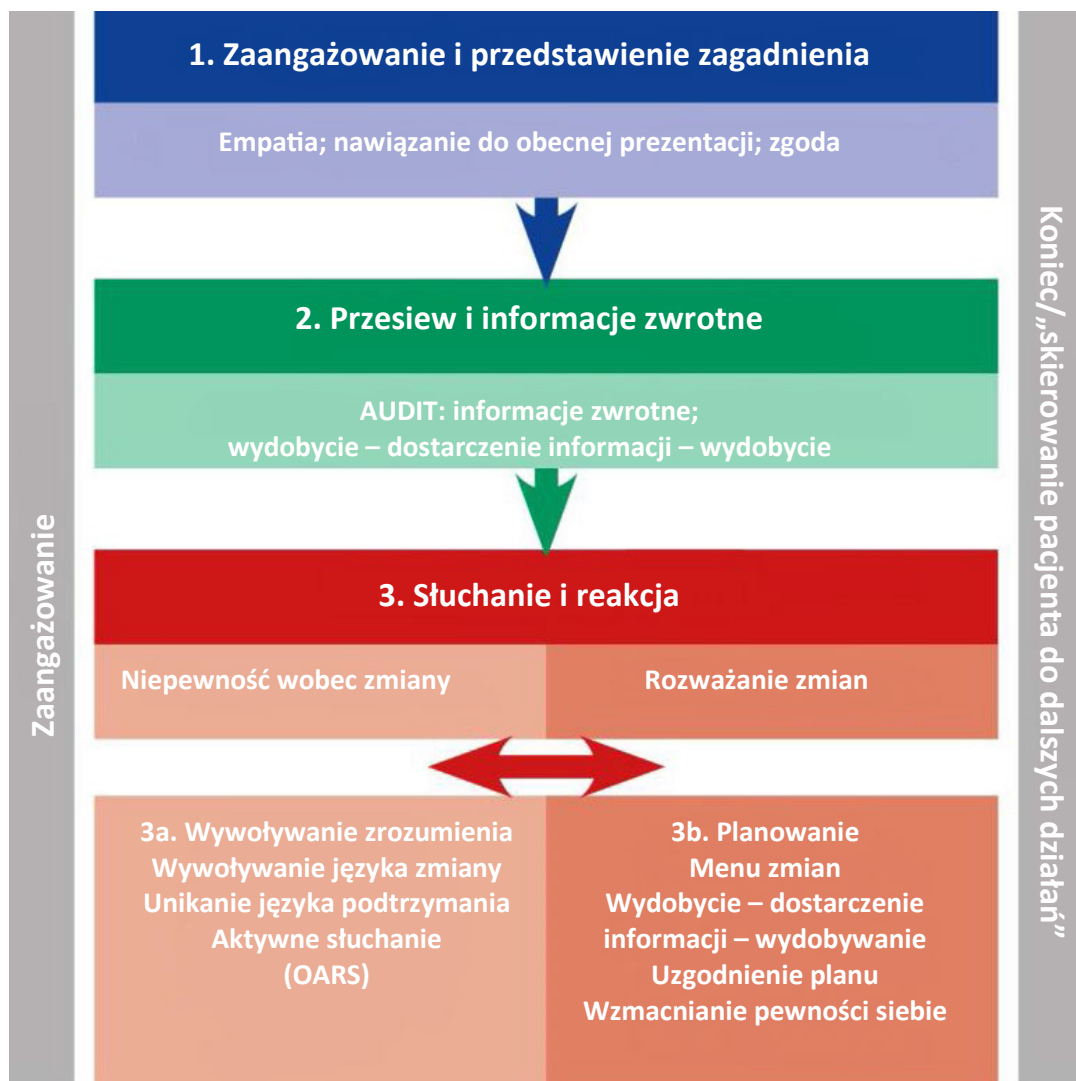
### **Etapy krótkiej interwencji w podstawowej opiece zdrowotnej**

Krótką interwencją może obejmować jedną lub kilka porad bezpośrednich albo elektronicznych interwencji, których celem jest pomoc danej osobie w zmniejszeniu albo zaprzestaniu spożywania alkoholu. W razie możliwości i potrzeb krótka interwencja może zostać rozłożona na kilka sesji (trwających przykładowo od 5 do 30 minut), w trakcie których osoba wykształci umiejętność i zdolności do zmiany, a po ich zakończeniu zostanie dokonana ocena potrzeby zastosowania dalszego leczenia.

W trakcie badania przesiewowego i krótkiej interwencji lekarze pierwszego kontaktu powinni angażować pacjentów (wzbudzać ich aktywność), postępując w sposób empatyczny, skoncentrowany na pacjencie i oparty na podkreśleniu jego silnych stron, aby znalazł on w sobie siłę i motywację do bycia odpowiedzialnym za zmianę swojego sposobu spożywania alkoholu. „Wydobywanie” to profesjonalne użycie aktywnego słuchania, dzięki któremu pacjent formułuje głośno to, co wie, myśli, czuje albo co ma dla niego wartość. Metodę tę należy powtarzać w trakcie krótkich interwencji.



Ryc. 4. Etapy krótkiej interwencji w podstawowej opiece zdrowotnej.



#### Prowadzenie krótkich interwencji dotyczących problemów z używaniem alkoholu.

1. Aby zacząć, lekarz pierwszego kontaktu *wprowadza temat spożywania alkoholu* w kontekście zdrowia albo dobrego samopoczucia jednostki (szczególnie odnosząc się do przyczyny, która sprowadziła pacjenta do lekarza). Od początku stara się *zaangażować* pacjenta.

2. Dla rozpoznania osób, które mogłyby skorzystać z krótkiej interwencji, osób, które jej nie potrzebują i takich, które mogłyby skorzystać z bardziej intensywnej interwencji, po wyrażeniu zgody pacjent wypełnia *test przesiewowy* albo lekarz pierwszego kontaktu zadaje pytania eksplorujące aktualny sposób spożywania przez niego alkoholu.

Po przeprowadzeniu badania przesiewowego lekarz pierwszego kontaktu przekazuje *informacje zwrotne* dotyczące wyniku badania; *wydobywa* poglądy pacjenta; dostarcza mu *informacji*, co oznacza uzyskany wynik badania przesiewowego (w szczególności w odniesieniu do zagadnienia zdrowotnego, z jakim pacjent się zgłosił) oraz wywołuje reakcję pacjenta w odniesieniu do jego wzoru spożywania alkoholu oraz

przekazanych mu informacji. Na tym etapie pomocne są pytania otwarte, w tym dotyczące systemu wartości i celów pacjenta.

3. Lekarz pierwszego kontaktu słucha aktywnie i empatycznie, bez osądzania, i rozważa gotowość pacjenta do zmniejszenia spożycia alkoholu. Dalsze działania mogą się różnić, w zależności od gotowości pacjenta do zmiany.

a. Jeżeli pacjent *nie ma pewności co do zmiany* swojego wzoru spożywania alkoholu, lekarz pierwszego kontaktu stosuje pytania otwarte i odzwierciedlenia, aby wywołać „język zmiany” (nazwanie przez pacjenta powodów przemawiających za dokonaniem zmian albo oczekiwane korzyści ze zmian). Unika przy tym perswazyj, udzielania nieproszonych rad, argumentów i pytań, które nie są pomocne i generują rozmowę „językiem podtrzymania” (o niemożności zmian, z wymienianiem powodów przemawiających przeciwko zmianom lub przeszkód w dokonaniu zmian).

ALBO

b. Jeżeli pacjent *jest gotów rozważyć zmianę albo chce dokonać zmian*, lekarz pierwszego kontaktu stosuje podejście *planujące*, aby wydobyć od pacjenta (albo za jego zgodą – przedstawić mu) menu alternatywnej samopomocy lub możliwości leczenia. Słucha przy tym aktywnie w celu *wydobycia* preferencji pacjenta, wsparcia go w zakresie ustalania celów, uzgodnienia planu i postanowienia przeprowadzenia zmian. Lekarz pierwszego kontaktu wzmacnia poczucie samoskuteczności (pewności siebie) pacjenta, że uda mu się *skutecznie zmienić* zachowanie i pokonać czekające go trudności.

Lekarz pierwszego kontaktu za każdym razem kończy poradę streszczeniem rozmowy i zaplanowanych działań oraz upewnia się, że pacjent rozumie, co nastąpi w kolejnych etapach.

Krótkie interwencje mogą być wspomagane przez materiały pisemne albo elektroniczne, a także przez stosowanie specyficznych technik skalujących, takich jak „linijka ważności”, która zostanie omówiona później.

Istnieje dużo potwierdzonych danych z badań nad dialogiem motywującym, że dobrym predyktorem prawdopodobieństwa zmiany zachowania przez pacjenta jest stosunek wypowiedzi w „języku zmiany” (argumenty za zmianą) do wypowiedzi w „języku podtrzymania” (o niemożności zmian) w trakcie konwersacji z lekarzem pierwszego kontaktu. Zostanie to dokładniej omówione w Części 7.

**Więcej wypowiedzi w „języku zmiany” do wypowiedzi w „języku podtrzymania”  
= większe prawdopodobieństwo zmiany**

## **Ulotka 4.2. Radzenie sobie z wyzwaniami**

Lekarze pierwszego kontaktu mogą mieć obawy dotyczące prowadzenia krótkich interwencji albo dostrzegać bariery, które przeszkadzają w ich prowadzeniu. Badania sugerują, że dadzą się one podzielić na cztery główne grupy (za: 74, 75).

### ***Poradzę sobie? (Poczucie adekwatności roli)***

***„Nie mam wystarczającej wiedzy na temat problemów związanych z alkoholem”.***

Aby przeprowadzić krótką interwencję, nie trzeba być ekspertem z dziedziny uzależnień. Skuteczne przeprowadzenie krótkiej interwencji zależy tak naprawdę od podejścia, traktującego pacjenta jako osobę współpracującą i kłóci się z ideą lekarza pierwszego kontaktu jako eksperta. Najlepszym podejściem jest założenie, że pacjenci znają swoje życie i jego problemy i umieją podjąć najlepsze dla nich decyzje.

Dobre szkolenie powinno wystarczyć dla zapewnienia wiedzy i umiejętności, koniecznych do skutecznego prowadzenia krótkiej interwencji. Niniejsze szkolenie da uczestnikom pewność siebie, dostarczając wiedzy i wykształcając umiejętności – najpierw w zakresie każdego z różnych podejść krótkiej interwencji, a następnie łącząc wszystko w całość (oparta na zdobytych umiejętnościach jednostka, stworzona do równoczesnego przećwiczenia wszystkich podejść krótkiej interwencji).

### ***Jak mam to robić? (Wsparcie przy pełnieniu roli)***

***„Nie mam czasu rozmawiać z każdym o jego picciu  
– mój czas na jednego pacjenta jest bardzo ograniczony”.***

Lekarze pierwszego kontaktu mogą odnosić wrażenie, że profesjonalne i praktyczne wsparcie, jakie uzyskują, nie wystarcza, aby umieli prowadzić krótkie interwencje. Najczęściej niepokój dotyczy czasu, może się jednak także pojawić troska, że w razie konieczności niedostępne będą porada i asysta.

- Krótka interwencja może zająć od 2-3 do 10-15 minut. Już samo zagajenie tematu, eksploracja spożycia, ocena ryzyka i udzielenie spersonalizowanej informacji zwrotnej na temat ryzyka związanego z używaniem alkoholu może wystarczyć do zmotywowania pacjenta, aby dowiedzieć się więcej, zmienić zachowanie albo wrócić kiedy indziej do tematu swojego picia i/albo uzyskania pomocy, jest więc warte zachodu.
- Ważne jest zasięgnięcie informacji o lokalnych placówkach, do których można kierować i przekazywać pacjentów w celu uzyskania dalszej pomocy oraz nawiązanie z nimi takich kontaktów, aby w razie potrzeby udzielały one wsparcia.
- Mądre jest rozważenie granic *poufności* na użytek prowadzonych przez siebie krótkich interwencji. Jakie akty prawne, polityki i procedury mają zastosowanie wobec mogącego nastąpić ujawnienia danych?
- *Utrzymanie zdrowia* pacjentów może w dłuższej perspektywie zmniejszyć ilość pracy lekarza pierwszego kontaktu.

## ***O co tu właściwie chodzi? (Motywacja)***

***„Ludzie pijący w sposób problematyczny nigdy się nie zmieniają. Nic, czego spróbują, nie skutkuje”.***

Potwierdzone badaniami dane wskazują na to, że krótkie interwencje działają względem wystarczającej liczby osób, aby uważać ich prowadzenie za efektywne kosztowo i czasowo.

- W odróżnieniu od palenia tytoniu i innych niezdrowych nawyków, wiele osób spożywa alkohol na określonym poziomie bez świadomości, że zwiększa to lub powoduje wysoki stopień zagrożenia dla zdrowia. Badania wskazują na to, że po uzyskaniu odpowiednich informacji, niektóre osoby chcą dokonać zmian. Inne osoby – prawdopodobnie większa grupa – mogą być na początku niezmotywowane albo może im brakować przekonania co do możliwości dokonania zmian, jednak takie techniki jak krótka interwencja mogą im pomóc w uzyskaniu motywacji i nabraniu przekonania o realności zmian. Istnieją pewne grupy ludzi, którzy chcieliby zmniejszyć swoje spożycie alkoholu, nie wiedzą jednak od czego zacząć i jak się za to zabrać. Prezentowane przez nas krótkie interwencje zawierają strategie i techniki pomocy tym osobom. Przedstawiane w niniejszym podręczniku krótkie interwencje nie zadziałają – co oczywiste – u wszystkich, wydają się one jednak mieć przewagę nad innymi działaniami, wymagającymi interwencji wobec wielu osób, aby pomóc jednej. Lekarz pierwszego kontaktu może nie zobaczyć przychodzącego do niego pacjenta ponownie ani nie mieć okazji sprawdzenia, czy odniósł on jakąkolwiek korzyść, nie powinno go to jednak odwieść od umożliwienia pacjentowi podjęcia decyzji co do spożywania alkoholu, opartej na poszerzonej wiedzy.

## ***Powiniem to robić? (Poczucie posiadania prawa do pełnienia roli)***

***„Obawiam się, że moi pacjenci poczują się urażeni”.***

Potwierdzone badaniami dane sugerują, że pacjenci *nie czują się obrażeni*, jeżeli profesjonalni pracownicy służby zdrowia pytają ich o picie alkoholu. Pytanie o sposób, w jaki ktoś spożywa alkohol, nie sugeruje, że uważa się tę osobę za uzależnioną albo za „alkoholika” – jedynie, że chce się sprawdzić, czy zmniejszenie przez nią spożycia nie zmniejszyłoby u niej zagrożeń zdrowotnych i społecznych albo ryzyka urazów. Wszystko zależy od tego, jak rozmowa zostanie zainicjowana. W dalszej części szkolenia przyjrzymy się słownictwu, jakiego można użyć, aby rozpocząć rozmowę o alkoholu bez ryzyka obrażenia kogokolwiek.

***„Radzenie sobie z osobami pijącymi problemowo to zadanie dla specjalistów”.***

Bardzo niewielki odsetek osób spożywających więcej alkoholu niż zalecane wartości graniczne miało albo kiedykolwiek będzie miało kontakt ze specjalistyczną placówką leczenia uzależnienia od alkoholu. Ponieważ alkohol ma bardzo różnorodny wpływ na liczne aspekty życia, wiedza na temat szkód, jakie może powodować, jest *sprawą każdego* – we wszystkich dziedzinach ochrony zdrowia i opieki społecznej. Pamiętajmy: nie trzeba być ekspertem w dziedzinie uzależnień i/albo krótkich interwencji, aby pomagać pacjentom.

- Badania przesiewowe rozpoznają zarówno osoby, które używają alkoholu w sposób ryzykowny, jak i osoby charakteryzujące się pewnymi cechami uzależnienia od alkoholu, takimi jak niezdolność kon-

trolowania spożycia po jego rozpoczęciu czy spożycie alkoholu w celu osłabienia objawów abstynencyjnych, występujących po okresie intensywnego picia. Cechy te mogą mieć różne nasilenia i pojawiać się z różną częstotliwością, bowiem uzależnienie od alkoholu to continuum z wieloma odcieniami szarości, a nie diagnoza „czarne – białe”. Wyniki badań dotyczących uzależnienia od alkoholu mówią o szerokiej palecie możliwych efektów interwencji: od braku zmian, poprzez częściową remisję, po całkowitą abstynencję (55).

- Wiele osób uzależnionych wraca do zdrowia albo ich stan się poprawia dzięki specjalistycznej pomocy uzyskanej w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu, trzeba jednak pamiętać o tym, że wiele osób dokonuje postępów bez intensywnego leczenia (56, 57). Wyrazy troski i wsparcie ze strony lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w połączeniu z takimi oddziaływaniami jak zmiana sytuacji rodzinnej albo znalezienie pracy, mogą być istotnym czynnikiem, pomagającym ludziom osiągnąć zmianę.
- Choć istnieje w tym zakresie niewiele wyników badań, wobec niektórych pacjentów w przypadkach „ciężkiego” picia z cechami uzależnienia korzystne może być przyjęcie modelu przewlekłej choroby, w której oczekuje się od lekarza pierwszego kontaktu wsparcia w ramach długotrwałego procesu leczenia, obejmującego okresy remisji i nawrotów. Każde skrócenie okresu, w którym człowiek spożywa alkohol, zmniejszy zagrożenie szkodami wynikającymi ze spożywania alkoholu. W podstawowej opiece zdrowotnej można stosować wiele skutecznych psychologicznych i farmakologicznych metod leczenia uzależnienia od alkoholu (58).
- Niektórzy pacjenci nie dokonają żadnych postępów, jeżeli będą korzystać wyłącznie z pomocy podstawowej opieki zdrowotnej, ważna jest więc dostępność leczenia w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu.
- W podstawowej opiece zdrowotnej będą miały miejsce konsultacje stricte informacyjne, w których zostaną przedstawione pacjentowi zagadnienia i problemy mogące mieć związek z alkoholem (59). Nawet w przypadku poważnego problemu alkoholowego może się ona okazać punktem zwrotnym w życiu pacjenta.

***„Sam trochę piję i nie chcę być hipokrytą”.***

Podobnie jak przedstawiciele innych grup społecznych, lekarze pierwszego kontaktu też mogą używać alkoholu na poziomie ryzykownym, przynajmniej jednak są w stanie podjąć decyzję, opierając się na faktach.

- Aby udzielać rad i/albo informacji dotyczących zdrowego żywienia, nie trzeba być najzdrowiej odżywiającą się osobą na świecie. Celem krótkiej interwencji jest umożliwienie pacjentom podjęcie opartej na wiedzy decyzji co do tego, co jest dla nich najlepsze, a wzór picia lekarza pierwszego kontaktu nie powinien wpływać na to, co robi on dla pacjentów.
- Należy cały czas mieć na względzie, że celem rozpoczęcia rozmowy o alkoholu w ramach krótkiej interwencji jest danie pacjentowi okazji do rozmowy o jego sposobie spożycia alkoholu, ale tylko wtedy, jeżeli wyraża on na to zgodę. Lekarze pierwszego kontaktu nie powinni próbować dyskutować spraw związanych ze spożyciem alkoholu, jeżeli pacjent oponuje.

# Część 5. Rozpoczęcie rozmowy o alkoholu (25 minut)

## Efekt nauki

W ramach Części 5 uczestnicy zdobędą świadomość istnienia różnych sposobów inicjowania rozmów o zjawiskach związanych ze spożyciem alkoholu z pacjentami, którzy mogliby odnieść korzyść z krótkiej interwencji.

## Co jest potrzebne

- Ulotka 5.1. *Rozpoczęcie rozmowy* (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Plansze 22-26.

## Przygotowanie

- Zapoznaj się z ulotką 5.1. *Rozpoczęcie rozmowy*.

## Proces

1. Rozpocznij Część 5 wyjaśnieniem, że zanim lekarz pierwszego kontaktu będzie mógł udzielić wsparcia w zakresie zmiany wzoru spożywania alkoholu, musi najpierw zainicjować rozmowę o alkoholu i wciągnąć pacjenta do rozmowy w sposób, który nie wywoła u niego postawy obronnej.

2. Burza mózgów: zapytaj uczestników, kiedy w ich praktyce może dojść do rozpoczęcia z pacjentem rozmowy o alkoholu. Uzyskaj jak najwięcej odpowiedzi i podkreślaj przykłady wykorzystania sprzyjających okoliczności, inicjacji rozmowy przez pacjenta oraz zaplanowanych sposobów wprowadzania do rozmowy zagadnienia alkoholu (plansza 23).

3. Wyjaśnij trzy główne sytuacje, w których w rozmowie mogą się pojawić zagadnienia związane z alkoholem (plansza 24).

- *Wykorzystanie sprzyjającej okoliczności (inicjatywa lekarza pierwszego kontaktu)* to okazja do rozmowy o alkoholu w reakcji na omawianie jakiegoś problemu, objawu albo (życiowego albo zdrowotnego) wydarzenia. Problem, mogący mieć związek z używaniem alkoholu albo na który alkohol ma wpływ, może stanowić okazję do rozpoczęcia rozmowy o alkoholu w sposób nawiązujący do niepokoju pacjenta o zdrowie.
- O sposobie *inicjowanym przez pacjenta* mówi się, gdy to pacjent wprowadza tematykę spożycia alkoholu albo szuka informacji o alkoholu. Rozmowa zaczyna się automatycznie.
- Sposób *planowany (inicjowany przez lekarza pierwszego kontaktu)* ma miejsce, gdy lekarz pierwszego kontaktu wprowadza temat alkoholu systematycznie do rozmowy z każdym pacjentem albo do rozmowy z każdym pacjentem z określonej grupy – jako badanie albo inicjatywę rutynową.

4. Poproś uczestników, aby zastanowili się nad jedną z opisanych powyżej sytuacji i zapisali przykładowe *dość dokładne słowa*, jakich można by użyć, aby w wygodny sposób zainicjować z pacjentem rozmowę o alkoholu (plansza 25).

## Omówienie

- Jeżeli zostanie czas, poproś o przedstawienie większej liczby przykładów wybranej sytuacji i zapisanego przez uczestników słownictwa. Zadbaj o to, aby w każdym przypadku był podawany przykład dosłowny (nie opis, lecz kwestia wypowiedziana „słowo w słowo”).
- Użyj przykładów podanych w ulotce 5.1. *Rozpoczęcie rozmowy* do omówienia, czy zasugerowane słownictwo jest spójne z proponowanymi zasadami empatii, nieosądzania i koncentracji na pacjencie. Poproś uczestników o udoskonalenie zaproponowanych przez siebie rozwiązań.
- Rozdaj ulotkę 5.1. *Rozpoczęcie rozmowy*. Poproś uczestników o jej przeczytanie i dokładne przeanalizowanie sugerowanego języka i zwrotów. Zbadaj, czy uczestnicy dostrzegają wspólne cechy zwrotów albo coś, co odzwierciedla omawiane wcześniej techniki krótkiej interwencji. Na przykład:

- ogólne (nie dotyczy rozmówcy) niezagrażające/nieosądzające stwierdzenia typu: „Uważamy, że spora część ludzi...”,
- łączenie sprawy spożycia alkoholu ze zgłaszanym przez pacjenta zagadnieniem zdrowotnym,
- *demonstrowanie* empatii,
- stosowanie *pytań otwartych* – eksploracja,
- *odzwierciedlanie*, mające na celu zademonstrowanie aktywnego słuchania,
- *podkreślanie indywidualnej odpowiedzialności pacjenta*,
- pytanie o *zgodę*.

Zaznacz sprawę stosowania określonej struktury zdań (patrz ulotka 4.1, ryc. 4 – Etapy krótkiej interwencji w podstawowej opiece zdrowotnej – empatia; nawiązanie do obecnej prezentacji; zgoda), na pomknij jednak, że lekarze pierwszego kontaktu mogą realizować strukturę, używając własnego słownictwa. Choć sugerowane zwroty mają określony rytm i schemat, lekarze pierwszego kontaktu muszą przyswoić sobie własne.

- Zapytaj uczestników, czy czuliby się komfortowo, używając zaproponowanych albo podobnych zwrotów?
  - Podkreśl wagę tonu głosu. Jeżeli pracownik opieki zdrowotnej nie zachowuje swobody w jakimś temacie, może to spowodować „spięcie się” pacjenta: na przykład jeżeli ton głosu i sposób podejścia sprawiają wrażenie osądzającego („Czyli często się pan upija, tak?”) albo użyty jest przesadnie wrażliwy i cichy sposób mówienia, jakby pytanie było niezwykle poważne oraz wstydlive.
  - Doświadczenie/potwierdzone dane sugerują, że najlepszy jest ton rzeczowy.

## Zagadnienia kluczowe (plansza 26)

- Dla lekarzy pierwszego kontaktu cenne jest nabranie swobody w używaniu pewnego repertuaru zwrotów, których można użyć do rozpoczęcia rozmowy o używaniu alkoholu.
- Przy rozpoczynaniu rozmowy o używaniu alkoholu pomocą w zapewnieniu pacjentom poczucia komfortu może być odpowiedni ton.

## Ulotka 5.1. Rozpoczęcie rozmowy

<p><b>Sposób wykorzystujący sprzyjającą okoliczność (rozmowa inicjowana przez lekarza pierwszego kontaktu)</b></p> <p>Wykorzystanie okazji do rozmowy o alkoholu w ramach reakcji na przedstawiony problem, objaw albo wydarzenie. Przedstawienie przez pacjenta problemu/zagadnienia, które może mieć związek z użyciem alkoholu, może pozwolić zacząć rozmowę o spożywaniu alkoholu.</p>	<p><i>Lekarz pierwszego kontaktu łączy przedstawiane przez pacjenta zagadnienie (społeczne/medyczne/inne) ze spożyciem alkoholu</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Innym aspektem, który może wpłynąć na stan Pana/Pani zdrowia, jest styl życia – w tym spożycie alkoholu. Lubi Pan/Pani czasami wypić nieco alkoholu? Możemy o tym chwilę porozmawiać?</li><li>• Niektóre osoby o podobnych objawach uważają, że może mieć na nie wpływ sposób używania alkoholu, choć człowiek nie zdaje sobie z tego sprawy. Mogę zapytać, czy pije Pan/Pani alkohol?</li><li>• Niektórzy ludzie uważają, że alkohol pomaga im... (rozluźnić się w stresie; zasnąć, gdy mają z problemem ze snem; uciec od trosk). Jak Pan/Pani sobie z tym radzi?</li><li>• To zaskakujące, jak niewielkie ilości alkoholu mogą mieć wpływ na objawy/stan, z powodu których/którego się Pan/Pani zgłosił/-a. Gdybyśmy zbadali Pana/Pani spożycie alkoholu, moglibyśmy lepiej określić, czy odnosi się to do Pana/Pani. Nie miałby/-aby Pan/Pani nic przeciwko temu? Mogę zapytać, ile alkoholu pije Pan/Pani średnio w tygodniu?</li><li>• Uważamy, że u wielu osób, które... (uczestniczą w bójkach/kłótniach, przewracają się i doznają urazów, nie mogą spać) czynnikiem, który może wpływać na tę sytuację, może być alkohol. Sądzi Pan/Pani, że Pana/Pani dzisiejsza wizyta może mieć jakiś związek z używaniem alkoholu?</li><li>• Za chwilę wrócimy do możliwych sposobów leczenia, sądzę jednak, że sprawą, która mogłaby nam pomóc zrozumieć sedno zagadnienia, jest używanie alkoholu. Spożywa Pan/Pani alkohol?</li><li>• Zastanawiam się, czy istnieją jakieś inne czynniki, mogące mieć obecnie wpływ na Pana/Pani stan. Nie wspominaliśmy jeszcze o alkoholu. Co wie Pan/Pani na temat możliwego wpływu alkoholu na Pana/Pani stan?</li></ul>
<p><b>Rozmowa inicjowana przez pacjenta</b></p> <p>Pacjent wprowadza temat alkoholu/szuka informacji dotyczących alkoholu. Daje to możliwość automatycznego zainicjowania rozmowy.</p>	<p><i>Pacjent sam zaczyna mówić o alkoholu</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Brzmi to tak, jakby niepokoił się Pan swoim pić. Chce Pan na ten temat porozmawiać?</li><li>• Wspomniał/-a Pan/Pani, że właśnie przestał/-a Pan/Pani pić. Z jakiegoś określonego powodu?</li><li>• Wspomniał/-a Pan/Pani, że w piątek był/-a Pan/Pani mocno pijany/-a, nie pamięta więc za bardzo, jak doszło do (zdarzenia/wypadku). Wypił/-a Pan/Pani więcej niż zwykle?</li><li>• Mam kilka informacji dotyczących alkoholu, które mógłbym dać Panu/Pani do zabrania ze sobą. Alkohol jest czymś, co Pana/Panią niepokoi?</li><li>• Wspomniał Pan, że żona mówiła Panu, iż powinien pić mniej. Wygląda na to, że się o Pana troszczy. A Pan sądzi, że powinien pić mniej?</li></ul>



**Rozmowa planowana (inicjowana przez lekarza pierwszego kontaktu)**

W ramach rutynowej diagnozy albo programu lekarz pierwszego kontaktu systematycznie inicjuje temat z każdym pacjentem (albo każdym przedstawicielem określonej grupy pacjentów).

*Lekarz pierwszego kontaktu rozmawia o alkoholu z każdym pacjentem/ każdym przedstawicielem określonej grupy*

- Każdej osobie, która rejestruje się w naszym gabinecie pierwszy raz, zadajemy kilka ogólnych pytań dotyczących stylu życia. Jednym z tematów jest spożycie alkoholu. Nie miałby/miałaby Pan/Pani nic przeciwko temu, gdybym zadał kilka pytań na ten temat?
- Uważamy, że osoby w Pana/Pani sytuacji (bezdolne, opiekujące się innymi, uwikłane w konflikt z prawem, po stracie bliskiej osoby, po przebytych urazach, mające pijących członków rodziny) mogą czasami pić więcej alkoholu niż by chciały. Jest to w jakiś sposób Panu/Pani bliskie?
- Uczestniczymy w nowym programie/nowej kampanii i z każdym, z kim się widzimy, rozmawiamy o używaniu alkoholu. Nie miałby/miałaby Pan/Pani nic przeciwko temu, gdybym zadał kilka pytań na ten temat?
- Uważamy, że stan zdrowia wielu osób, zgłaszających się do naszej przychodni z powodu... (nazwać chorobę/stan) poprawiłby się, gdyby zmniejszyły one spożycie alkoholu. W związku z tym każdego z... (nazwać chorobę/stan) o to pytamy. Pije Pan/Pani w ogóle alkohol? Nie miałby/miałaby Pan/Pani nic przeciwko temu, gdybym zadał kilka pytań na ten temat?

# Część 6. Przesiew i informacje zwrotne z użyciem testu AUDIT (60 minut)

## Efekt nauki

W ramach Części 6 uczestnicy:

- nauczą się dokładnie eksplorować poziomy i wzory spożywania alkoholu przez swoich pacjentów, w obiektywny i nieosądzający sposób, i udzielać odpowiednich informacji zwrotnych, stosując narzędzie przesiewowe AUDIT C i pełen Test AUDIT,
- poznają możliwe reakcje, służby i źródła wsparcia, dostępne dla osób znajdujących się w różnych miejscach spektrum problemów związanych z używaniem alkoholu.

## Co jest potrzebne

- Plansze 27-43. Przygotuj ulotki dotyczące tych plansz – do rozdania NA KONIEC etapu.
- Ulotka 6.1. *Narzędzie do badań przesiewowych AUDIT-C/AUDIT* (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika, plus dodatkowe egzemplarze do Części 8).
- Ulotka 6.2. *AUDIT-C/AUDIT – moduł dla badającego lekarza pierwszego kontaktu* (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Ulotka 6.3. *Studia przypadków – informacje o pacjentach* (liczba zestawów pociętych kart, wystarczająca dla połowy uczestników) albo twoje studia przypadków, przygotowane tak, aby służyły dla potrzeb uczestników.
- Ulotka 6.4. *Studia przypadków – odpowiedzi* (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika) albo twoje własne odpowiedzi na studia przypadków z wynikami badania przesiewowego dla tych przypadków.
- Ulotka 6.5. *Reakcja na uzależnienie* (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Lokalne albo krajowe protokoły albo ścieżki opieki wyznaczające sposób zajmowania się osobami uzależnionymi od alkoholu w podstawowej opiece zdrowotnej.

## Przygotowanie

- Przeczytaj notatki dotyczące prezentacji i odpowiednie arkusze informacyjne, aż uzyskasz wystarczającą pewność siebie do przedstawienia prezentacji i omawiania jej z uczestnikami.
- Zadbaj o informacje dotyczące lokalnych służb, do których można przekazać pacjentów, chcących uzyskać dodatkową pomoc w sprawie spożywania alkoholu. Jeżeli istnieją lokalne ścieżki opieki, kryteria albo protokoły kierowania pacjentów dalej, powinieneś być przygotowany do przekazania tych informacji uczestnikom szkolenia. Korzystny może być także udział w tej części szkolenia (albo gotowość) przedstawicieli tych służb.
- Pamiętaj, że w trakcie tej części rozmowa może zostać zdominowana przez uwzględnianie tylko pacjentów z poważnymi problemami alkoholowymi. Dla lekarzy uczących się prowadzenia krótkiej interwencji ważne jest jednak ćwiczenie rozmów z pacjentami nieuzależnionymi lub niezbyt problematycznymi, taka rozmowa będzie bowiem mniej wymagająca.

## Proces

1. Rozdaj Ulotkę 6.1. *Narzędzie do badań przesiewowych AUDIT-C/AUDIT* i omów plansze 27-40, odpowiadając na każde pytanie w trakcie omówienia albo na koniec (jak wolisz) (15 minut).

2. Wyjaśnij, że każdy będzie miał teraz okazję przećwiczyć w parach prowadzenie badania przesiewowego i udzielania informacji zwrotnych, z zastosowaniem krótkich studiów przypadku (plansza 41). Podkreśl, że:

- badanie przesiewowe nie jest szczegółowym badaniem naukowym, nie trzeba więc określać dokładnej liczby spożywanych porcji standardowych, choć warto pamiętać o tym, że jeden napój alkoholowy zawiera często mniej więcej dwie porcje standardowe. Jeżeli wynik mieści się tuż poniżej przedziału punktowego danej kategorii, można powiedzieć to pacjentowi,
- początkowo ćwiczenie może się wydawać „dziwne”, jest jednak okazją do spróbowania swoich sił, z wykorzystaniem refleksji i nauki na błędach. Nikt nie będzie proszony o demonstrację przed całą grupą.

3. Poproś uczestników o podzielenie się na pary i upewnij się, że rozumieją, iż wyjaśnisz im potem, co mają robić.

4. Po dobraniu się w pary rozdaj uczestnikom potrzebne im materiały:

- każdemu uczestnikowi daj egzemplarz ulotki 6.2. *AUDIT-C/AUDIT – moduł dla badającego lekarza pierwszego kontaktu*,
- jednemu uczestnikowi z każdej pary daj egzemplarz *Studium przypadku A*, a drugiemu egzemplarz *Studium przypadku B* z ulotki 6.3. *Studia przypadków – informacje o pacjentach*,
- wyjaśnij przebieg zadania (jak na planszy 41) i daj znak do rozpoczęcia zadania.

5. W trakcie ćwiczenia krąż między uczestnikami, by im pomagać, w razie potrzeby przypominaj o pozostałym czasie. Przypominaj także, aby uczestnicy ćwiczili jedynie prowadzenie badania przesiewowego i udzielanie informacji zwrotnej, po czym się zamieniali – bez przechodzenia do prowadzenia krótkiej interwencji.

## Omówienie

- Gdy czas się skończy, przerwij odgrywanie ról.
- Zbierz informacje zwrotne, prosząc najpierw, aby osoby, które grały rolę „lekarza pierwszego kontaktu” opowiedziały, co ich zdaniem przebiegło dobrze, a następnie – co nie wyszło szczególnie dobrze. Powtórz to samo z perspektywy „pacjentów”.
- Rozdaj każdemu uczestnikowi egzemplarz ulotki 6.4. *Studia przypadków – odpowiedzi*.
- Omów po kolei zapisane na arkuszu odpowiedzi wyniki badania przesiewowego dla każdego z obu scenariuszy i odpowiedz na wszystkie pytania.
- Daj każdemu uczestnikowi kopie przynależnych do tej części plansz.
- Omów planszę 42 i ulotkę 6.5. *Reakcja na uzależnienie* oraz przekaz informacje dotyczące lokalnych i krajowych protokołów dotyczących zajmowania się problemami alkoholowymi w podstawowej opiece zdrowotnej (o ile istnieją). Przekaz informacje o lokalnych służbach (placówkach leczenia uzależnień) i wyjaśnij, jak można do nich dotrzeć.

### Zagadnienia kluczowe (plansza 43)

- Celem badania przesiewowego jest poinformowanie pacjentów i lekarzy pierwszego kontaktu, co mają dalej robić. Zdobyć ogólnej orientacji, co ludzie piją i jakie powoduje to problemy oraz jakie sprowadza na konsumentów zagrożenia, może być wystarczające – bez konieczności dokładnego ustalania każdego spożywanego napoju.
- Wynik testu służy orientacji. Wyniki blisko górnej granicy też mogą wymagać interwencji – zwłaszcza w przypadku kobiet, osób młodych albo starszych, albo członków określonych grup etnicznych.
- Wypełniając test AUDIT, lekarze pierwszego kontaktu powinni unikać wnikania się w obliczanie dokładnej liczby porcji standardowych, a zamiast tego skupić się na uświadamianiu sobie kontinuum zagrożeń powodowanych używaniem alkoholu i rozpoznawaniem zagadnień istotnych dla pacjenta.
- W praktyce:
  - jeżeli większość pacjentów, poddawanych badaniu przesiewowemu przez danego lekarza pierwszego kontaktu, okaże się mieć wysokie wyniki testu AUDIT, warto się zastanowić, czy lekarz pierwszego kontaktu nie skupia się na badaniu osób o bardziej oczywistych oznakach spożywania alkoholu albo możliwego uzależnienia (i prawdopodobnie nie dociera do osób, które mogą skorzystać z interwencji, ale nie objawiają zewnętrznych oznak – jak to zwykle jest u większej części pacjentów),
  - jeżeli tak jest, konieczne może się okazać ponowne rozważenie przez tego lekarza pierwszego kontaktu sytuacji, w których pyta o alkohol (Część 5) – zwłaszcza gdy jest początkujący w prowadzeniu badań przesiewowych i krótkich interwencji – aby nauczyć się ogólnej swobodnej rozmowy o alkoholu przed etapem skupienia się na pacjentach z dłużej trwającymi albo bardziej skomplikowanymi problemami.

## Ulotka 6.1. AUDIT-C/AUDIT

Napój	Porcje standardowe	Napój	Porcje standardowe
Butelka 750 ml wina 14%	8,3	500 ml piwa 4,5%	1,8
Kieliszek 175 ml wina 14%	2	330 ml piwa 5% (lub innego napoju)	1,3
Butelka 700 ml alkoholu 40%	22	30 ml alkoholu 42%	1

AUDIT C	Sposób oceny					Wynik
	0	1	2	3	4	
1. Jak często pije Pani/Pan napoje zawierające alkohol?	nigdy	raz w miesiącu lub rzadziej	2 do 4 razy w miesiącu	2 do 3 razy w tygodniu	4 razy w tygodniu lub częściej	
2. Ile porcji standardowych alkoholu wypija Pani/Pan podczas typowego dnia, w którym spożywa Pani/Pan alkohol?	1 lub 2	3 lub 4	5 lub 6	7, 8 lub 9	10 lub więcej	
3. Jak często wypija Pani/Pan sześć lub więcej porcji alkoholu przy jednej okazji?	nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie	
<b>CAŁKOWITY WYNIK TESTU AUDIT-C</b>						
<b>Wynik = 0-4</b>	Stwierdź, że obecny schemat spożycia jest mało ryzykowny. Wyraż uznanie („To bardzo dobrze!”). Kontynuuj zwykłą poradę.					
<b>Wynik = 5-12</b>	Zadaj pozostałe 7 pytań testu AUDIT. Jeśli nie było przedtem uzależnienia ani objawów uzależnienia, a wynik = 5-7, przejdź bezpośrednio do informacji zwrotnych.					

Pozostałe pytania testu AUDIT	Sposób oceny					Wynik
	0	1	2	3	4	
4. Jak często w ostatnim roku stwierdziła Pani/Pan, że nie może przerwać picia po jego rozpoczęciu?	nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie	
5. Jak często w ostatnim roku z powodu picia alkoholu nie zrobiła Pani/Pan tego, czego zazwyczaj od Pani/Pana oczekiwano?	nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie	

6. Jak często w ostatnim roku potrzebowała Pani/Pan napić się alkoholu rano, aby dojść do siebie po intensywnym pićiu?	nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie	
7. Jak często w ostatnim roku miała Pani/Pan poczucie winy lub wyrzuty sumienia po pićiu alkoholu?	nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie	
8. Jak często w ostatnim roku z powodu pićia nie pamiętała Pani/Pan tego, co zdarzyło się poprzedniego wieczoru?	nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie	
9. Czy Pani/Pan lub ktoś inny doznał urazu fizycznego w wyniku Pani/Pana pićia?	nie		tak, ale nie w ostatnim roku		tak, w ostatnim roku	
10. Czy ktoś z rodziny, znajomy, lekarz lub inny pracownik ochrony zdrowia był zaniepokojony Pani/Pana pićciem lub sugerował jego ograniczenie?	nie		tak, ale nie w ostatnim roku		tak, w ostatnim roku	
<b>Suma punktów AUDIT-C z przeniesienia:</b>		<b>Suma dodatkowych 7 pytań testu AUDIT:</b>				
<b>Całkowita suma 10 pytań testu AUDIT:</b>						

Wynik testu AUDIT	Kategoria ryzyka	Postępowanie
0-7	Niski poziom ryzyka	Poinformuj, że obecne spożycie alkoholu jest mało ryzykowne. Wyraż uznanie („To bardzo dobrze!”). Jeśli nie ma innych powodów do niepokoju, kontynuuj zwykłą poradę.
8-15	Spożycie ryzykowne	Udziel informacji zwrotnej i kontynuuj, stosując krótką interwencję.
16-19	Spożycie szkodliwe Możliwe uzależnienie od alkoholu	Udziel informacji zwrotnej i zaproponuj możliwość pomocy, obejmujące krótką interwencję oraz inną pomoc lub udział innych służb.
>20	Prawdopodobne uzależnienie od alkoholu	Udziel informacji zwrotnej i dokonaj oceny albo zaproponuj możliwość oceny i leczenia w placówce leczenia uzależnienia.

*Udziel informacji zwrotnej: wydobyć – dostarczanie informacji – wydobyć*

Opisz wynik jasno, skupiając się tylko na faktach i bez osądu. „Z tego, co mi Pan/Pani powiedziały/-a, wynik testu wynosi X punktów, co oznacza, że Pańskie/Pani spożycie alkoholu może w przyszłości powodować problemy zdrowotne albo szkodzić Pańskiemu/Pani zdrowiu”. [Informacja zwrotna]

<i>Wydobyć</i>	„Co wie Pan/Pani o ryzyku związanym ze spożyciem alkoholu?”. [Pytanie otwarte]
<i>Dostarczanie informacji</i>	„Oznacza to, że ilość, którą Pan/Pani spożywa, stanowi zagrożenie dla Pana/Pani zdrowia albo doprowadzi Pana/Panią do [powstania/pogorszenia choroby/objawów albo urazu]. Może Pan/Pani zmniejszyć to ryzyko/poprawić stan zdrowia/objawy, zmniejszając spożycie alkoholu albo całkowicie je przerywając. Tylko jednak Pan/Pani sam/sama może zdecydować, czy tego chce”. [Osobista odpowiedzialność]
<i>Wydobyć</i>	„Co Pan/Pani sądzi?”/„Zaskoczyło to Pana/Panią?”/„Jak to brzmi?”. [Pytanie otwarte albo odzwierciedlenie]

## Ulotka 6.2. AUDIT-C/AUDIT – moduł dla badającego lekarza pierwszego kontaktu

Napój	Porcje standardowe	Napój	Porcje standardowe
Butelka 750 ml wina 14%	8,3	500 ml piwa 4,5%	1,8
Kieliszek 175 ml wina 14%	2	330 ml piwa 5% (lub innego napoju)	1,3
Butelka 700 ml alkoholu 40%	22	30 ml alkoholu 42%	1

<i>Studium przypadku A</i>	Jan ma 57 lat, mieszka z żoną i córką, pracuje jako sprzedawca samochodów. Zgłosił się do lekarza z powodu utrzymującej się niestrawności.
<i>Studium przypadku B</i>	Natalia ma 34 lata, mieszka z synkiem i pracuje w sklepie. Zgłosiła się do lekarza z powodu silnego bólu gardła i osłabienia.

AUDIT-C	Sposób oceny					Wynik
	0	1	2	3	4	
1. Jak często pije Pani/Pan napoje zawierające alkohol?	nigdy	raz w miesiącu lub rzadziej	2 do 4 razy w miesiącu	2 do 3 razy w tygodniu	4 razy w tygodniu lub częściej	
2. Ile porcji standardowych alkoholu wypija Pani/Pan podczas typowego dnia, w którym spożywa Pani/Pan alkohol?	1 lub 2	3 lub 4	5 lub 6	7, 8 lub 9	10 lub więcej	
3. Jak często wypija Pani/Pan sześć lub więcej porcji alkoholu przy jednej okazji?	nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie	
<b>CAŁKOWITY WYNIK TESTU AUDIT-C</b>						
<b>Wynik = 0-4</b>	Stwierdź, że obecny schemat spożycia jest mało ryzykowny. Wyraż uznanie („To bardzo dobrze!”). Kontynuuj zwykłą poradę.					
<b>Wynik = 5-12</b>	Zadaj pozostałe 7 pytań testu AUDIT. Jeśli nie było przedtem uzależnienia ani objawów uzależnienia, a wynik = 5-7, przejdź bezpośrednio do informacji zwrotnych.					

Pozostałe pytania testu AUDIT	Sposób oceny					Wynik
	0	1	2	3	4	
4. Jak często w ostatnim roku stwierdziła Pani/Pan, że nie może przerwać picia po jego rozpoczęciu?	nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie	



5. Jak często w ostatnim roku z powodu picia alkoholu nie zrobiła Pani/Pan tego, czego zazwyczaj od Pani/Pan oczekiwano?	nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie	
6. Jak często w ostatnim roku potrzebowała Pani/Pan napić się alkoholu rano, aby dojść do siebie po intensywnym piciu?	nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie	
7. Jak często w ostatnim roku miała Pani/Pan poczucie winy lub wyrzuty sumienia po piciu alkoholu?	nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie	
8. Jak często w ostatnim roku z powodu picia nie pamiętała Pani/Pan tego, co zdarzyło się poprzedniego wieczoru?	nigdy	rzadziej niż raz w miesiącu	raz w miesiącu	raz w tygodniu	codziennie lub prawie codziennie	
9. Czy Pani/Pan lub ktoś inny doznał urazu fizycznego w wyniku Pani/Pana picia?	nie		tak, ale nie w ostatnim roku		tak, w ostatnim roku	
10. Czy ktoś z rodziny, znajomy, lekarz lub inny pracownik ochrony zdrowia był zaniepokojony Pani/Pana picciem lub sugerował jego ograni-	nie		tak, ale nie w ostatnim roku		tak, w ostatnim roku	

Wynik testu AUDIT	Kategoria ryzyka	Postępowanie
0-7	Niski poziom ryzyka	Poinformuj, że obecne spożycie alkoholu jest mało ryzykowne. Wyraż uznanie („To bardzo dobrze!”). Jeśli nie ma innych powodów do niepokoju, kontynuuj zwykłą poradę.
8-15	Spożycie ryzykowne	Udziel informacji zwrotnej i kontynuuj, stosując krótką interwencję.
16-19	Spożycie szkodliwe Możliwe uzależnienie od alkoholu	Udziel informacji zwrotnej i zaproponuj możliwość pomocy, obejmującej krótką interwencję oraz inną pomoc lub udział innych służb.
>20	Prawdopodobne uzależnienie od alkoholu	Udziel informacji zwrotnej i dokonaj diagnozy w kierunku uzależnienia albo zaproponuj możliwość diagnozy i leczenia w placówce leczenia uzależnienia od alkoholu.

*Udziel informacji zwrotnej: wydobyć – informacja – wydobyć*

Opisz wynik klarownie, skupiając się tylko na faktach i bez osądu. „Z tego, co mi Pan/Pani powiedział/-a, wynik testu wynosi X punktów, co oznacza, że Pańskie/Pani spożycie alkoholu może w przyszłości powodować problemy zdrowotne albo szkodzić Pańskiemu/Pani zdrowiu”. [Informacja zwrotna]

<i>Wydobycie</i>	„Co wie Pan/Pani o ryzyku związanym ze spożyciem alkoholu?”. [Pytanie otwarte]
<i>Dostarczenie informacji</i>	„Oznacza to, że ilość, którą Pan/Pani spożywa, stanowi zagrożenie dla Pana/Pani zdrowia albo doprowadzi Pana/Panią do [powstania/pogorszenia choroby/objawów albo urazu]. Może Pan/Pani zmniejszyć to ryzyko/poprawić stan zdrowia/objawy, zmniejszając spożycie alkoholu albo zupełnie przerwać spożycie. Tylko jednak Pan/Pani sam/sama może zdecydować, czy tego Pan/Pani chce”. [Osobista odpowiedzialność]
<i>Wydobycie</i>	„Co Pan/Pani sądzi?”/„Zaskoczyło to Pana/Panią?”/„Jak to brzmi?”. [Pytanie otwarte albo odzwierciedlenie]

## Ulotka 6.3. Studia przypadków – informacje o pacjentach

<b>Studium przypadku A: Jan</b>
<i>Profil</i> Jan ma 57 lat, mieszka z żoną i córką, i pracuje jako sprzedawca samochodów. Zgłosił się do lekarza z powodu utrzymującej się niestrawności.
<i>Informacje do badania przesiewowego AUDIT-C</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Od niedzieli do środy nic nie pije.</li><li>• W czwartki i piątki idzie po pracy do pubu, gdzie wypija 2-3 duże piwa i 1-2 szklaneczki whisky.</li><li>• W weekendy co wieczór wypija z żoną 1-2 butelki wina.</li></ul>
<i>Inne szczegóły, gdy padną pytania (pozostałe pytania AUDIT)</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kilka tygodni temu zasnął na kanapie po powrocie z pubu, gdzie wypił kilka szklaneczek whisky. Palił wtedy papierosa, w efekcie czego wypalił w kanapie dużą dziurę, a sobie drobną ranę na dłoni.</li></ul>
<b>Studium przypadku B: Natalia</b>
<i>Profil</i> Natalia ma 34 lata, mieszka z synkiem i pracuje w sklepie. Zgłosiła się do lekarza z powodu silnego bólu gardła i osłabienia.
<i>Informacje do badania przesiewowego AUDIT-C</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• W zasadzie co wieczór wypija w domu 1-2 kieliszki wina.</li><li>• Gdy wychodzi w piątek albo w sobotę wieczorem z domu, wypija 6-7 wódek z colą, a gdy idzie do klubu (raz w miesiącu) wypija kilka butelek gotowego napoju na bazie mocnego alkoholu albo drinków.</li><li>• W zasadzie wychodzi jeden wieczór w tygodniu, gdy jej matka zajmuje się wnukiem.</li><li>• Zwykle nic nie pije w niedziele.</li></ul>
<i>Inne szczegóły, gdy padną pytania (pozostałe pytania AUDIT)</i> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kilka razy w ciągu minionego roku nie pamiętała, co się wydarzyło w sobotę.</li><li>• W styczniu zeszłego roku, będąc na mieście, paskudnie skręciła sobie kostkę. Pielęgniarka w szpitalu zapytała ją wtedy, ile wypija, i poradziła jej, aby „nieco sobie odpuścić”.</li></ul>

## Ulotka 6.4. Studia przypadków – odpowiedzi

### Studium przypadku A: Jan

#### AUDIT-C

Pytanie 1. Odpowiedź: 3 razy w tygodniu. *Wynik 3*

Pytanie 2. Jan właściwie nie ma typowego dnia, należy więc wybrać najpowszechniejszy wzór picia. W czwartki i piątki wypija: 2-3 duże piwa po ok. 2 porcji standardowych plus 1-2 whisky po ok. 1 porcji standardowej = między 5 a 8 porcji standardowych. Wynik jak dla 7-9: *Wynik 3*

Pytanie 3. Jan wypija także wieczorem w weekend butelkę wina (7-8 porcji standardowych), można więc bez obawy o pomyłkę podejrzewać, że przez większość tygodni pije po 2-3 dni ponad 6 porcji standardowych (choć nie codziennie ani prawie codziennie). Raz w tygodniu = *Wynik 3*

*Wynik całkowity AUDIT-C = ok. 9  
Jan ma pozytywny wynik AUDIT-C*

#### Pozostałe pytania AUDIT

Pytania 4-8. Nic do zgłoszenia. *Wynik 0*

Pytanie 9. Uraz w minionym roku. *Wynik 4*

Pytanie 10. Nic do zgłoszenia. *Wynik 0*

*Wynik całkowity = 13*

Jan ma pozytywny wynik testu AUDIT, jest więc dobrym kandydatem do krótkiej interwencji. Informacje zwrotne powinny wykazywać związek między spożywaniem alkoholu a niestrawnością.

### Studium przypadku B: Natalia

#### AUDIT-C

Pytanie 1. Natalia pije codziennie poza niedzielą = > 4+ razy w tygodniu. *Wynik 4*

Pytanie 2. Typowego dnia wypija 1-2 kieliszki wina = 3 do 4 porcji standardowych = *Wynik 1*

Pytanie 3. W weekend, gdy wychodzi z domu, przynajmniej 6-7 wódek = ok. 6-7 porcji standardowych. Raz w tygodniu = *Wynik 3*

*Wynik całkowity AUDIT-C = 8  
Natalia ma pozytywny wynik AUDIT-C*

#### Pozostałe pytania AUDIT

Pytania 4-7. Nic do zgłoszenia. *Wynik 0*

Pytanie 8. Nie pamiętała wydarzeń w minionym roku. *Wynik 1*

Pytanie 9. Uraz, ale nie w ostatnim roku. *Wynik 2*

Pytanie 10. Poradzono jej uważać z alkoholem, ale nie w minionym roku. *Wynik 2*

*Wynik całkowity = 13*

Natalia ma pozytywny wynik testu AUDIT, jest więc dobrą kandydatką do krótkiej interwencji. Informacje zwrotne powinny wykazywać związek między spożyciem alkoholu a poczuciem zmęczenia i zmniejszoną odpornością na infekcje.

## Ulotka 6.5. Reakcja na uzależnienie

### Unikać założeń, co działa

Nie powinno się zakładać, że jeżeli ktoś wykazuje oznaki uzależnienia, może mu pomóc tylko leczenie specjalistyczne, system pomocy wzajemnej (taki jak Anonimowi Alkoholicy) albo inna wyspecjalizowana metoda. Osoby uzależnione często wracają do zdrowia bez jakiegokolwiek pomocy z zewnątrz, można im też pomóc w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

### Unikać założeń dotyczących celów leczenia

Nie należy zakładać, że jedynym odpowiednim celem dla osób uzależnionych jest abstynencja. Dla wielu osób z uzależnieniem łagodnym do umiarkowanego, odpowiednim i osiągalnym celem może być picie kontrolowane. Choć potwierdzone dane badawcze dostarczają odpowiednich informacji, wybór celu w zakresie spożycia alkoholu jest decyzją kliniczną, zależną od okoliczności życia pacjenta oraz jego unikalnych cech i preferencji (76). Dla większości pacjentów nieuzależnionych fizycznie od alkoholu, lekarze podstawowej opieki zdrowotnej stanowią dobre źródło dostarczania materiałów służących samopomocy, są osobami, które mogą udzielać pomocy i nadzorować czynione postępy. Techniki przedstawione w Części 7 mogą się okazać pomocne dla lekarzy pierwszego kontaktu w podtrzymywaniu motywacji pacjentów.

### Uzależnienie fizyczne i odtrucie

Jeżeli pacjent pije codziennie, a w przeszłości przerwanie picia alkoholu kończyło się napadami drgawkowymi, ważne jest, aby nie przerywał on spożycia alkoholu bez odpowiedniej pomocy. Osoby, które spożywają alkohol przez dłuższy czas, zazwyczaj zdają sobie sprawę z tego, co się wydarzy, gdy przestaną pić, więc pomocne może się okazać pytanie: „Jak Pan/Pani poradził/-a sobie ostatnim razem?”. Wskazane może się także okazać krótkotrwałe podawanie benzodiazepin. Ponieważ częste odtrucia są zwykle kojarzone z negatywnymi efektami, ważne jest rozważenie, jaką pomoc będzie można zaoferować pacjentowi, gdy przerwie spożycie alkoholu. W wielu krajach pacjenci mogą w celu przejścia detoksykacji pozostawać w domu, np. mają wówczas zapewnione codzienne wizyty pielęgniarki. W innych krajach normą jest odtrucie szpitalne.

W przypadkach uzależnienia umiarkowanego do poważnego należy także rozważyć podawanie leków zapobiegających nawrotowi.

### Definicja uzależnienia

Wynik testu AUDIT jest jedynie wskaźnikiem sugerującym uzależnienie; istnieje wiele różnych definicji. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, rewizja 10 (77) stwierdza:

„Definitywne rozpoznanie uzależnienia należy postawić zwykle tylko wtedy, jeśli w ciągu ostatnich dwunastu miesięcy wystąpiły w jednakowym czasie łącznie trzy lub więcej z poniższych objawów:

- a. silne pragnienie lub poczucie przymusu picia alkoholu,
- b. trudności kontrolowania picia obejmujące rozpoczęcie, kończenie oraz poziom spożycia,
- c. fizjologiczny stan odstawienia występujący po przerwaniu lub zmniejszeniu picia (np. drżenie, pocenie się, przyspieszony rytm serca, niepokój, bezsenność lub też rzadziej drgawki, zaburzenia orientacji i halucynacje) albo picie w celu zmniejszenia nasilenia lub uniknięcia objawów odstawienia,

- d. oznaki tolerancji polegającej na tym, że aby uzyskać efekt wywoływany początkowo dawkami mniejszymi, należy spożyć większe ilości alkoholu,
- e. postępujące zaniedbywanie innych przyjemności i zainteresowań na rzecz picia, zwiększona ilość czasu poświęcanego zdobywaniu, piciu i odwracaniu skutków działania alkoholu,
- f. trwanie przy alkoholu mimo wyraźnej świadomości jawnie szkodliwych następstw, takich jak: uszkodzenie wątroby, stany depresyjne będące wynikiem okresów intensywnego picia lub związane z alkoholem zaburzenia funkcji poznawczych”.

Jako cechę charakterystyczną opisano także zawężanie się indywidualnego repertuaru używania substancji psychoaktywnej (tzn. skłonność do spożywania alkoholu w taki sam sposób w weekendy oraz w dni robocze, niezależnie od ograniczeń społecznych, determinujących odpowiedni wzór spożycia).

# Część 7. Krótka interwencja – kluczowe umiejętności (45 minut)

## Efekt nauki

W ramach Części 7 uczestnicy poznają najważniejsze umiejętności z zakresu prowadzenia krótkiej interwencji motywującej: 3a – Wywoływanie: Doprowadzanie do wypowiedzi w języku zmiany (pacjent wypowiada argumenty za zmianą) za pomocą aktywnego słuchania; 3b – Planowanie: uzyskiwanie i uzgadnianie możliwości zmian; wzmacnianie pewności siebie.

## Co jest potrzebne

- Plansze 44-61.
- Ulotka 7.1 A. *Wywoływanie języka zmiany za pomocą pytań otwartych – podstawy* i/albo ulotka 7.1 B. *Wywoływanie języka zmiany za pomocą odzwierciedleń – stopień zaawansowany*.
- Ulotka 7.2 A. *Planowanie zmian – podstawy* i/albo ulotka 7.2 B. *Planowanie zmian – stopień zaawansowany, stosowanie „linijek”*.

## Przygotowanie

- Przygotuj plansze 44-61 oraz ulotki – do rozdania na koniec tej części szkolenia.

## Proces

1. Zrekapituluj dotychczasowy materiał, pokaż planszę 45. Odnieś się do ulotki 4.1. *Czym jest krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu?* Podkreśl, że uczestnicy mieli już okazję zastanawiać się nad etapem 1 (zaangażowanie pacjenta w rozmowę i wprowadzenie tematyki alkoholowej) oraz 2 (badanie przesiewowe i informacje zwrotne). W trakcie ćwiczeń praktycznych w niniejszej części lekarz pierwszego kontaktu powinien zakładać, że temat spożycia alkoholu już został poruszony, a badanie przesiewowe przeprowadzone. Ćwiczone będą jedynie umiejętności zadawania pytań otwartych (oraz – o ile będzie ćwiczona opcja zaawansowana – stosowania odzwierciedleń).

2. Użyj prezentacji PowerPoint do przedstawienia kluczowych koncepcji (plansze 46-48).

3. Pokaż planszę 49 i poproś uczestników o policzenie, ile wypowiedzi w języku zmiany (argumenty za zmianą) oraz wypowiedzi w języku podtrzymania (rozmowy o niemożności zmian) są w stanie dostrzec w tekście. Omów spostrzeżenia uczestników, używając planszy 50.

4. Omów znaczenie generowania wypowiedzi w języku zmiany i w jaki sposób lekarz pierwszego kontaktu może na to wpłynąć za pomocą swojego zachowania (plansza 51).

5. Zostały przygotowane dwie wersje ulotki 7.1: podstawowa i zaawansowana. Dla większości lekarzy pierwszego kontaktu, dopiero zdobywających umiejętności w omawianym zakresie, uczestniczących w pół- albo jednodniowym szkoleniu, najodpowiedniejsza będzie wersja podstawowa, która zajmuje się pytaniami otwartymi.

W przypadku bardziej doświadczonych uczestników, dużego zainteresowania albo rezerwy czasu, można dodać ćwiczenie w wersji zaawansowanej. Nie zaszkodzi, jeżeli uczestnicy – nawet jeśli nie przećwiczą tego podczas szkolenia – zabiorą ze sobą instrukcje dla etapu zaawansowanego.

6. Rozdaj ulotkę 7.1 A. *Wywoływanie języka zmiany za pomocą pytań otwartych – podstawy*, zawierającą przykłady pytań otwartych, stworzonych do inicjowania języka zmiany. Celem tego zadania jest pomoc lekarzom pierwszego kontaktu w stosowaniu pytań otwartych zamiast zamkniętych, w szczególności takich, dzięki którym pacjent będzie więcej mówił o zmianach. Użyj planszy 52 do wyjaśnienia zadania i daj znak do rozpoczęcia ćwiczenia. Po zakończeniu omów ćwiczenie, używając ulotki i dostarczonej listy pytań.

7. Rozdaj ulotkę 7.1 B. *Doprowadzanie do wypowiedzi w języku zmiany za pomocą odzwierciedleń – stopień zaawansowany*, zawierającą przykłady odzwierciedleń pomocnych i takich, które nie są pomocne. Celem tego zadania jest pomoc lekarzom pierwszego kontaktu w stosowaniu odzwierciedleń wypowiadanych przez pacjenta treści dotyczących zmian, dzięki którym pacjent będzie jeszcze więcej mówił o zmianach. Użyj planszy 53 do wyjaśnienia zadania i daj znak do rozpoczęcia ćwiczenia. Po zakończeniu omów ćwiczenie, używając ulotki i dostarczonej listy pytań. Jeżeli ta opcja nie jest ćwiczona – pomiń planszę.

8. Zostały przygotowane dwie wersje ulotki 7.2. *Planowanie zmian*. Tak samo jak poprzednio: Dla większości lekarzy pierwszego kontaktu, dopiero zdobywających umiejętności w omawianym zakresie, uczestniczących w pół- albo jednodniowym szkoleniu, najodpowiedniejsza będzie wersja podstawowa, zajmująca się pytaniami otwartymi. W przypadku bardziej doświadczonych uczestników, dużego zainteresowania albo rezerwy czasu, można dodać ćwiczenie w wersji zaawansowanej.

9. Omów plansze 54-58 (i ewentualnie 59, o ile jest ćwiczona wersja zaawansowana) i wyjaśnij, że uczestnicy będą mieli okazję przećwiczyć te umiejętności w trakcie ćwiczenia całej krótkiej interwencji w Części 8. Rozdaj ulotkę 7.2 A i/albo 7.2 B *Planowanie zmian*, podkreślając wszystkie punkty, ominięte podczas prezentacji plansz.

### **Ogólne omówienie**

- Krążąc między parami, omawiaj zanotowane przez siebie przykłady dobrej praktyki i sugerowane obszary poprawy (bez przypisywania ich konkretnym osobom).
- Przypomnij uczestnikom kluczowe zasady dialogu motywującego, dające się zastosować do ćwiczonego podejścia krótkiej interwencji: to pacjent jest ekspertem z zakresu odpowiednich dla niego zmian. Oznacza to, że jako profesjonaliści musimy się powstrzymać od udzielania rad i zadbać o to, aby pacjent miał wrażenie, że to on decyduje o zmianach. W niektórych przypadkach może to oznaczać akceptację faktu, iż dana osoba nie chce (jeszcze) zmienić swojego wzoru spożycia alkoholu.
- Przypomnij istnienie kontinuum zagrożeń i podkreśl, że nawet niewielkie zmniejszenie spożycia alkoholu, czasami wręcz rozłożenie jego spożycia z jednego na kilka dni, zmniejsza związane ze spożyciem ryzyko, nawet jeśli dana osoba w dalszym ciągu spożywa więcej alkoholu niż zalecane limity. Te niewielkie zmiany mogą przynieść danej osobie korzyść, a jeśli wiele osób dokona niewielkich zmian, korzyści staną się widoczne dla społeczeństwa jako całości.
- Rozdaj uczestnikom ulotkę dotyczącą plansz do tej części.



### **Zagadnienia kluczowe (plansze 60, 61)**

- Omawiane w Części 7 techniki to kluczowe mikroumiejętności z zakresu podejścia motywującego i da się ich nauczyć za pomocą ćwiczeń (plansza 60).
- Gdy lekarze pierwszego kontaktu starają się stosować w praktyce niniejsze techniki, normą jest stroma (i być może niekomfortowa) krzywa uczenia się, nie powinno to ich jednak zniechęcać (plansza 61).
- Istnieje spora liczba potwierdzonych danych, sugerujących, że znaczna część korzyści wynikających z dialogu motywującego jest efektem zaniechania przez lekarzy pierwszego kontaktu działań, które nie są pomocne, nawet jeśli nie wykazali się oni wszystkimi zalecanymi umiejętnościami.
- Dotyczy to w pierwszym rzędzie unikania mówienia pacjentom, co mają robić, unikania przekonywania ich oraz poświęcania większej ilości czasu na słuchanie pacjenta.

## Ulotka 7.1 A. Wywoływanie wypowiedzi w języku zmiany za pomocą pytań otwartych – podstawy


### Poziom podstawowy: pytania stymulujące język zmiany

<p><i>Chęć</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ W jaki sposób chciałby/-aby Pan/Pani, aby sytuacja się zmieniła?</li><li>✓ Co ma Pana/Pani nadzieję zmienić?</li><li>✓ Proszę mi powiedzieć, co się Panu/Pani nie podoba w obecnej sytuacji.</li><li>✓ Co chciałby/-aby Pan/Pani, aby było inaczej?</li></ul>	<p><i>Powody</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Co Pana/Panią niepokoi?</li><li>✓ Dlaczego miałby/-aby Pan/Pani chcieć zmniejszyć picie?</li><li>✓ Jakie mogłyby być korzyści z ograniczenia picia?</li><li>✓ Jakie są z Pana/Pani punktu widzenia powody do dokonania zmian?</li></ul>
<p><i>Spojrzenie w przyszłość</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Jak chciałby/-aby Pan/Pani, aby Pana/Pani życie wyglądało za rok?</li><li>✓ Na co ma Pan/Pani nadzieję w ciągu nadchodzących pięciu lat?</li><li>✓ W jaki sposób chciałby/-aby Pan/Pani poczuć się lepiej?</li></ul>	<p><i>Spojrzenie wstecz</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Pamięta Pan/Pani czasy, zanim pił/-a Pan/Pani w opisany przez siebie sposób? Co było inaczej?</li><li>✓ Jak przedtem Pan/Pani sobie radził/-a?</li></ul>
<p><i>Pytanie o skrajności: brak zmiany</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Patrząc na dłuższą perspektywę, co najbardziej niepokoi Pana/Panią w związku z piciem?</li></ul>	<p><i>Pytanie o skrajności: zmiana</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Gdyby ograniczył/-a Pan/Pani picie dziś, co mogłoby to zmienić w Pana/Pani samopoczuciu?</li></ul>
<p>Za każdym razem, gdy pojawia się język zmiany, możesz dla zachęcenia zadawać pytania otwarte.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ W jaki sposób?</li><li>✓ Może Pan/Pani powiedzieć coś więcej na ten temat?</li><li>✓ Co jeszcze?</li></ul>	
<p><i>Unikaj pytań prowadzących do rozmowy w języku podtrzymania (o niemożności zmian).</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>✗ Dlaczego pije Pan/Pani w opisany przez siebie sposób?</li><li>✗ Co powstrzymuje Pana/Panią przed ograniczeniem picia?</li><li>✗ Co martwi Pana/Panią w picciu mniejszych ilości?</li></ul>	

**RADA!** Zadając pytania, pamiętaj uwagi o tonie głosu z Części 5. Cały czas próbuj być empatyczny i akceptujący, wyrażaj szacunek dla rozmówcy i unikaj osądzania.

## Stosowanie pytań otwartych – ćwiczenie

Praca w parach – jedna osoba jest „Julią”, druga „lekarzem pierwszego kontaktu”. Przed rozpoczęciem ćwiczenia na dany znak oboje powinni przeczytać tę stronę.

	Julia ma 34 lata, mieszka z mężem i dwojgiem dzieci w wieku szkolnym. Zgłosiła się do poradni z powodu zaburzeń lękowych. Podała, że mniej więcej trzy wieczory w tygodniu wypija z mężem po kilka kieliszków wina, a dwa do trzech razy w miesiącu – gdy mają „duże wieczorne wyjście” – wypija ponad sześć drinków. Nie zgłaszała innych problemów poza tym, że brakuje jej w jeden sobotni poranek krzątani dzieci. Julia lubi pić i ma wrażenie, że gdyby musiała przestać, brakowałoby jej tego i rozrywki.
---	--

Zostało przeprowadzone badanie przesiewowe. Wynik testu AUDIT wyniósł 9 punktów, a rozmowa obejmująca informacje zwrotne potoczyła się jak poniżej.

Lekarz pierwszego kontaktu:	<i>Wynik.</i> Na podstawie tego, co mi Pani powiedziała, obliczyłem wynik testu i wyszło dziewięć punktów. To oznacza, że sposób, w jaki używa Pani alkohol, może powodować w przyszłości problemy zdrowotne i wpływać na Pani niepokój.  <i>Wydobycie.</i> Co Pani wie o ryzyku związanym z używaniem alkoholu?
Julia:	Moim zdaniem nie piję dużo. To naprawdę groźne?
Lekarz pierwszego kontaktu:	<i>Dostarczenie informacji.</i> Jest ryzykowne w tym zakresie, że może zwiększyć w przyszłości zagrożenie takimi chorobami jak nadciśnienie czy nowotwór. Jeśli chodzi o aktualną sytuację, może mieć wpływ na Pani stany niepokoju. Wiadomo, że gdy ludzie ograniczają spożycie alkoholu, objawy często słabną. Wielu ludzi nie wie także, że alkohol niekorzystnie wpływa na sen, a ograniczenie albo zaprzestanie spożywania go może poprawić jakość snu i zmniejszyć niepokój. Jednak Pani sama może zdecydować, czy chce to zrobić.
Julia:	Och... nie wiedziałam. (Ciche jęknienie)
Lekarz pierwszego kontaktu:	<i>Wydobywanie.</i> To Panią zaskakuje?
Julia:	Oczywiście, nie miałam pojęcia, że alkohol może powodować niepokój. Szczerze mówiąc, używałam go, aby się odprężyć.

W tym zadaniu należy zacząć od odegrania rozmowy służącej udzieleniu informacji zwrotnych (jak wyżej), po czym „lekarz pierwszego kontaktu” kontynuuje, zadając Julii pytania otwarte (własne albo zaproponowane w ulotce 7.1), aby wygenerować kolejne etapy rozmowy o zmianie i zobaczyć, jak rozmowa się rozwinie. „Julia” odpowiada na każde zadane pytanie swobodnie, w sposób, jaki wyda jej się odpowiedni.

Po zakończeniu rozmowy omówcie jej przebieg.

- Jak „lekarz pierwszego kontaktu” się czuł, zadając pytania otwarte (unikając pytań zamkniętych i udzielania rad)?
- Na ile rozmowa odbiegała od tradycyjnej porady?
- Czy pytania otwarte doprowadziły do wypowiedzi w języku zmiany, wypowiedzi w języku podtrzymania, czy obu form rozmowy?

*(Gdy czas pozwoli, uczestnicy szkolenia zamieniają się rolami.)*

## Ulotka 7.1 B. Wywoływanie wypowiedzi w języku zmiany za pomocą odzwierciedleń – stopień zaawansowany

### Poziom średni/zaawansowany: odzwierciedlenia służące wywoływaniu wypowiedzi w języku zmiany

Odzwierciedlenia to stwierdzenia próbujące odgadnąć znaczenie tego, co pacjent właśnie powiedział, pozwalające lekarzowi pierwszego kontaktu sprawdzić, czy dobrze zrozumiał rozmówcę oraz stanowi zaproszenie dla pacjenta do dalszego rozwijania wypowiedzi.

Na początku dyskusji z pacjentem stwierdzenia odzwierciedlające, potwierdzające, że był słuchany, powinny stanowić znaczną część wypowiedzi lekarza pierwszego kontaktu. Po zadaniu pytania otwartego należy zareagować na odpowiedź pacjenta odzwierciedleniem, sformułowaniem w sposób potwierdzający rozumienie (10). Pytanie jest łatwiejsze od odzwierciedlania, ale grozi wpadnięciem w pułapkę pytań i odpowiedzi – seryjne zadawanie pacjentowi pytań zamiast słuchania i odzwierciedlania mu tego, co powiedział. Nadmiar pytań może wywołać u pacjenta postawę obronną.

Odzwierciedlenia w wielu językach różnią się od pytań jedynie modulacją tonu głosu na końcu. Spróbuj powiedzieć na głos następujące sformułowania:

- Uważa Pan, że to problem. ↓
- Uważa Pan, że to problem? ↑
- Chce Pani być do dyspozycji wnuków. ↓
- Chce Pani być do dyspozycji wnuków? ↑

Po uzyskaniu z badania przesiewowego informacji zwrotnych w fazie wydobywania, odzwierciedlenia powodują skupienie się na rozmowie o zmianach i uwypuklają ją, aby wygenerować więcej wypowiedzi w języku zmiany. Wymaga to także umiejętności ignorowania wypowiedzi w języku podtrzymania (o niemożności zmian). Odzwierciedlenia mogą mieć różną „głębokość” – od prostego powtórzenia, poprzez parafrazę, aż po złożone odzwierciedlenie, które „kontynuuje wypowiedź”. Poniżej podanych jest kilka przykładów. Wypowiedzi oznaczone znakiem X to „język podtrzymania” i z dużym prawdopodobieństwem doprowadzą do rozmowy o niemożności zmian, należy więc ich unikać.

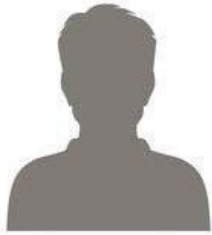
Pacjent mówi	Proste odzwierciedlenie	Odzwierciedlenie złożone (każde jest dobre do użycia)
Nie piję więcej niż którykolwiek z moich znajomych. Nie widzę w tym problemu.	✓ Z Pańskiej perspektywy to nic groźnego*.	Zaskakuje Pana, że siedzę tu i mówię o ryzykownym używaniu alkoholu.
Zawsze piłem. Lubię być z ludźmi, a w kontekście emerytury to ważny temat.	✓ Myśli Pan o emeryturze. ✗ Lubi Pan społeczny aspekt picia.	Ma Pan nadzieję na szczęśliwą i długą emeryturę.
Żona wolałaby, żebym mniej pił i schudł. Wiem, że to z troski, ale mnie to wkurza.	✓ Troszczy się o Pańskie zdrowie.	Sam Pan widzi korzyści dla siebie.

W zasadzie to był ciężki tydzień. Mam wszystkiego dość.	✓ Czuje się Pan zdołowany.	Coś musi się zmienić.
Gdy wychodzi się z kumplami po to, by się napić, trudno być tym jedynym, kto prosi o wodę.	✗ Czuje Pan presję grupy, by pić alkohol.	Nie bardzo Pan sobie wyobraża, jak można mniej pić i dobrze się bawić wieczorami na mieście.
Szczerze mówiąc, nie wiem, czy w to wierzyć. W dzisiejszych czasach wszystko szkodzi.	✗ Jest Pan sceptyczny co do zagrożenia.	Nieco Pana zaskakuje, jaki może to mieć wpływ na pańskie zdrowie.

\* Jest to odzwierciedlenie w języku podtrzymania, ale ponieważ wzmacnia to, co powiedział pacjent, zaprasza go do zaoponowania, co może skutkować rozmową o zmianie.

### Stosowanie odzwierciedleń – ćwiczenie

Praca w parach – jedna osoba jest „Janem”, druga „lekarzem pierwszego kontaktu”. Przed rozpoczęciem ćwiczenia na dany znak oboje powinni przeczytać niniejszą stronę.

	Jan ma 57 lat, mieszka z żoną i córką. Pracuje jako sprzedawca w salonie samochodowym. Zgłosił się do przychodni z powodu chronicznej niestrawności. Od niedzieli do środy włącznie w ogóle nie używa alkoholu. Wieczorami w czwartki i piątki chadza do pubu, gdzie wypija 2-3 duże piwa i 1-2 whisky. W weekendy co wieczór wypija z żoną 1-2 butelki wina. Kilka tygodni temu zasnął na kanapie po powrocie z pubu, gdzie wypił kilka szklaneczek whisky. Palił wtedy papierosa, w efekcie czego wypalił w kanapie dużą dziurę, a sobie drobną ranę na dłoni. Jan zdaje sobie sprawę z tego, że jest coraz starszy i powinien skupić się na zdrowiu, by nie umrzeć – jak ojciec – w młodym wieku. Córka wkrótce opuści dom rodzinny i Jan zastanawia się, czym wypełni sobie większą ilość wolnego czasu. Uważa, że kumple z pubu będą stanowić ważną życiową pomoc, gdy pójdzie na emeryturę.
Badanie przesiewowe zostało przeprowadzone. Wynik testu AUDIT-C wyniósł 9, a rozmowa obejmująca informacje zwrotne potoczyła się jak poniżej.	
Lekarz pierwszego kontaktu:	Z tego, co mi Pan powiedział, uzyskaliśmy w krótkim teście dziewięć punktów, a to oznacza, że spożywa Pan alkohol w sposób, który zwiększa wystąpienie w przyszłości problemów zdrowotnych. Jest też prawdopodobne, że pogarsza niestrawność. [Wydobycie] Ciekaw jestem, co Pan wie o ryzyku związanym ze spożywaniem alkoholu?
Jan:	No cóż, zauważyłem, że gdy się napiję, niestrawność się nasila, ale o jakich problemach zdrowotnych Pan mówi? Nie jestem alkoholikiem.
Lekarz pierwszego kontaktu:	<i>Informowanie.</i> Racja, nie jest Pan. Wynika to jasno z tego, co mi Pan powiedział, chcę tylko zauważyć, że sposób, w jaki Pan używa alkoholu, może oznaczać w przyszłości zwiększone prawdopodobieństwo takich problemów jak nowotwór czy nadciśnienie. Jeśli nie opanujemy niestrawności, grozi Panu wrzód żołądka. W przypadku niestrawności często stwierdzamy, że wraz z ograniczeniem spożycia alkoholu objawy słabną. Oczywiście jakakolwiek decyzja należy do Pana. [Wydobycie] Co Pan sądzi?

Jan:	Mój ojciec miał nadciśnienie i umarł młodo, o czym Pan wie, i nie chciałbym iść tą samą drogą. Tyle tylko, że wieczory w pubie to najlepsze dni mojego tygodnia.
------	--

W zadaniu tym należy zacząć od odegrania rozmowy służącej udzielaniu informacji zwrotnych (jak wyżej), po czym „lekarz pierwszego kontaktu” kontynuuje, używając głównie odzwierciedleń, służących generowaniu wypowiedzi w języku zmiany. Można używać pytań otwartych, po każdym powinny jednak nastąpić 2-3 odzwierciedlenia. O ile to możliwe, „lekarz pierwszego kontaktu” powinien używać odzwierciedleń złożonych. „Jan” odpowiada swobodnie.

Po zakończeniu rozmowy warto omówić jej przebieg.

- Jak „lekarz pierwszego kontaktu” poradził sobie z formułowaniem odzwierciedleń? Udało mu się sformułować jakieś odzwierciedlenie złożone?
- Jak odebrał je „Jan”?
- Czy odzwierciedlenia wygenerowały wypowiedzi w języku zmiany, w języku podtrzymania, czy oba schematy? Dlaczego?

*(Gdy czas pozwoli, uczestnicy szkolenia zamieniają się rolami.)*

## Ulotka 7.2 A. Planowanie zmian – podstawy

### Planowanie

Jeżeli pacjent nie jest ambiwalentny i dostrzega potrzebę zmiany albo chce zmienić swój schemat spożycia alkoholu, dalsze eksplorowanie jego motywacji za pomocą wydobycia może być kontrproduktywne.

- Zamiast tego stosuj pytania otwarte, aby wygenerować pomysły, jak pacjent może się zmienić.
- W razie potrzeby (za zgodą) przedstaw różne możliwości zmiany.
- Doprowadź do głośnego wyrażenia przez pacjenta jego myśli i uczuć w stosunku do możliwości zmian.

### Uzyskiwanie zrozumienia: pytania otwarte, służące planowaniu

- Gdyby naprawdę postanowił/-a Pan/Pani to zrobić, to w jaki sposób mógłby/-aby zmienić spożycie alkoholu?
- W jaki sposób mógłby/-aby Pan/Pani pić mniej?
- Jak ma Pan/Pani pomysły na ograniczenie picia?
- Jaka opcja wydaje się najbardziej realna do realizacji?

### Przedstaw możliwości (po uzyskaniu zgody)

Istnieje wiele sposobów zmniejszenia spożycia alkoholu i nie wszystkie z nich są dla każdego oczywiste – ich uświadomienie może uczynić zmianę bardziej osiągalną. W razie wątpliwości lekarz pierwszego kontaktu może zaoferować pomoc. Przydatne może się okazać odświeżenie pacjentom wiedzy o porcjach standardowych i zawartości alkoholu w poszczególnych napojach. Niewielkie zmiany w zakresie wyboru spożywanego napoju albo jego wielkości mogą spowodować duże zmiany w całkowitym spożyciu i zagrożeniu dla zdrowia. Możliwe zmiany mieszczą się w trzech poniższych głównych kategoriach.

Pić rzadziej – na przykład znajdując sobie inne zajęcia.	Przy każdej okazji pić mniej napojów z alkoholem – pić na zmianę z napojem bezalkoholowym albo pić wolniej.	Pić napoje o mniejszej zawartości alkoholu, pić inne napoje niż dotychczas (słabsze).
--	---	---

### Uzyskiwanie odpowiedzi, co pacjent sądzi o tych możliwościach

- Co mogłoby w Pana/Pani przypadku zadziałać?
- Jak pasowałoby to do tego, co jest dla Pana/Pani ważne?
- Od czego chciałby/-aby Pan/Pani zacząć?

### Formułowanie planu

Jeżeli pacjent jest zainteresowany jedną z omawianych opcji, sformułujcie plan. Uzgodnijcie cele, kolejność zdarzeń, harmonogramy czasowe i sposoby kontroli zmian. Należy doprowadzić do zaangażowania pacjenta.

Celami mogą być sposoby ograniczenia spożycia, metody unikania określonych sytuacji (ryzyka zwiększonego picia), nowe aktywności, a nawet zapewnianie sobie większego bezpieczeństwa podczas picia. Niektóre oso-



by mogą chcieć dyskutować o tym, jak będą pilnować własnych postępów. Może to oznaczać prowadzenie dzienniczka spożycia albo spisania celów, jakie sobie wyznaczyły.

- Co Pana/Pani zdaniem zrobi Pan/Pani w ciągu najbliższych X tygodni z tego, co omawialiśmy?
- Jak osiągnie Pan/Pani ten cel?

### Przykład rozmowy planującej

<i>Wydobycie</i>	Jakie ma Pan/Pani pomysły na ograniczenie spożycia? - Jak jeszcze? Co może najlepiej zadziałać? - (Przy braku/niewielu pomysłach – uzyskaj zgodę). Jeśli ma Pan/Pani ochotę, mogę opowiedzieć o niektórych sposobach, jakie inni ludzie uznawali za użyteczne i powie mi Pan/Pani, czy mogłyby u Pana/Pani zadziałać?
<i>Informowanie</i>	o dostępnych możliwościach: Jedną z możliwości jest wprowadzenie większej liczby dni, kiedy w ogóle nie spożywa się alkoholu, np. znajdując sobie na wieczór inne zajęcia. Inną możliwością jest picie mniejszej ilości napojów, picie napojów o mniejszej pojemności albo napojów o mniejszej zawartości alkoholu (na przykład: ...). Oczywiście może Pan/Pani także zupełnie przestać spożywać alkohol. Jeśli Pan/Pani sobie tego życzy, mogę na ten temat powiedzieć więcej, najpierw jednak chciałbym usłyszeć, co Pana/Pani zdaniem mogłoby być dla Pana/Pani możliwe. Sam/-a Pan/Pani wie najlepiej, co jest dla Pana/Pani najlepsze.
<i>Wydobycie</i>	Co Pan/Pani sądzi?

### Przykład planowania rozmowy z osobą uzależnioną od alkoholu

<i>Wydobycie</i>	Co wie Pan/Pani o możliwościach pomocy dla ludzi chcących ograniczyć albo zaprzestać spożywanie alkoholu? (Przy braku/niewielkiej ilości pomysłów – uzyskaj zgodę). Jeśli ma Pan/Pani ochotę, mogę opowiedzieć o niektórych możliwościach, żeby sprawdzić, czy Pana/Panią zainteresują. Nie ma Pan/Pani nic przeciwko temu?
<i>Informowanie</i>	o dostępnych możliwościach: Zgadza się, Anonimowi Alkoholicy to jedna z możliwości. Istnieją też ośrodki leczenia uzależnień, mógłbym także dać Panu/Pani materiały, mogące pomóc samodzielnie ograniczyć picie i porozmawialibyśmy o tym znowu za kilka tygodni. Może Pan/Pani też nic nie robić i jedynie obserwować rozwijanie się zagrożeń i objawów. Mogę udzielić wielu informacji, ale decyzja należy do Pana/Pani.
<i>Wydobycie</i>	Co Pan/Pani sądzi?

Zaznacz, że dla osób głęboko uzależnionych fizycznie od alkoholu nagłe przerwanie jego spożycia może być niebezpieczne.

## **Wzmacnianie pewności siebie**

Jeżeli pacjent chce zmiany, ale nie ma pewności, czy mu się to uda albo obawia się, czy będzie w stanie realizować swój plan w określonych sytuacjach, warto poświęcić nieco czasu na wzmocnienie jego pewności siebie i odpowiednie zaplanowanie działań, które pomagają zarządzać zmianą i ją kontynuować. W tej fazie pomocne mogą być poniższe pytania.

- **SUKCESY W PRZESZŁOŚCI.** Co jeszcze zmienił/-a Pan/Pani w życiu? Co wtedy zadziało?
- **WZORY DO NAŚLADOWANIA.** Kogo jeszcze Pan/Pani zna, kto zmienił swój styl życia? Jak im się to udało?
- **POMOCNICZY.** Kto udzieli Panu/Pani wsparcia/pomocy? Kto troszczy się o Pana/Pani zdrowie? W jaki sposób mógłby/-aby Pan/Pani skorzystać z pomocy tych osób?

Jeżeli pacjent mówi o szczegółowych sytuacjach, w których mogłoby mu być trudno realizować podjęty plan, można dokonać ich eksploracji za pomocą odzwierciedleń służących tworzeniu wypowiedzi w języku zmiany. Tym razem należy generować język zmiany w zakresie radzenia sobie z trudnościami. Pacjent powinien zaplanować strategię na tego typu sytuacje. Jeżeli nie uda mu się w pełni zrealizować planu, nie powinno go to zniechęcać: to zwykły element procesu dążenia do trwałej zmiany stylu życia.

## Ulotka 7.2 B. Planowanie zmian – stopień zaawansowany, stosowanie „linijek”

### Stosowanie „linijek” (technik skalujących)

Linijka może być stosowana w ramach pytania o przekonanie pacjenta dotyczące tego, jak ważna jest dla niego zmiana wzoru spożywania alkoholu oraz jak ocenia swoją pewność siebie w aspekcie realizacji zmiany sposobu picia na etapie jej rozważania i planowania.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

1. Gdyby wyobrazić sobie skalę od 0 do 10, na której 0 oznacza „nie mam najmniejszej pewności”, a 10 „mam całkowitą pewność”, jak oceniłby/-aby Pan/Pani swoją zdolność do zmiany sposobu używania alkoholu?

*ALBO*

Wyobrażając sobie skalę od 0 do 10, gdzie 0 oznacza „całkowicie nieważne”, a 10 „najważniejsza dla mnie w tej chwili rzecz”, to jak ważne jest dla Pana/Pani zmniejszenie zagrożeń powodowanych spożywaniem alkoholu?

2. Jeżeli pacjent poda poziom ponad 0, afirmuj („to świetnie!”) i zapytaj, dlaczego na tym poziomie, a nie niżej? Jeżeli pacjent poda 0, podziękuj za szczerść.

3. Zapytaj: A na którym stopniu skali chciałby/-aby Pan/Pani się znajdować?

4. Zapytaj, co musiałoby się wydarzyć, aby pacjent znalazł się na wyższym poziomie. Ustal etapy działania/cele. Eksploruj wartości. Zastosuj pytania otwarte, a następnie odzwierciedlenia tworzące wypowiedzi w języku zmiany.

# Część 8. Krótkie interwencje – sesja praktyczna

## (75 minut)

### Efekt nauki

W ramach Części 8 uczestnicy będą mieli okazję przećwiczyć prowadzenie w całości krótkiej interwencji.

### Co jest potrzebne

- Ulotka 8.1. Instrukcja dotycząca sesji praktycznej (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Ulotka 8.2. Sesja praktyczna – arkusz obserwacji (min. jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Studia przypadków (jeden egzemplarz każdego przypadku na jedną trzyosobową grupę).
- Ulotka 8.3. Studium przypadku – informacje zwrotne – notatki (jeden egzemplarz dla każdego uczestnika).
- Uczestnicy będą mogli wybrać, z jakich materiałów chcą korzystać przy ćwiczeniu krótkiej interwencji.  
Do wyboru są poniższe materiały (powinni je już mieć):
  - Ulotka 4.1. *Czym jest krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu?*
  - Ulotka 6.1. *Narzędzie do badań przesiewowych AUDIT-C/AUDIT.*
  - Ulotka 7.1. *Pytania otwarte służące generowaniu wypowiedzi w języku zmiany.*
  - Ulotka 7.2. *Odzwierciedlenia służące generowaniu wypowiedzi w języku zmiany.*
  - Ulotka 7.3. *Planowanie zmian.*
- Plansze 62-76 z prezentacji PowerPoint.

### Przygotowanie

Przeczytaj instrukcje dla Części 8 i plansze 62-76 dla upewnienia się, że dokładnie pamiętasz, co ma się wydarzyć na każdym etapie i w każdej rundzie.

### Proces

1. Wyjaśnij, że celem Części 8 jest możliwość przećwiczenia prowadzenia – od początku do końca – krótkiej interwencji dotyczącej problemów związanych z używaniem alkoholu.
2. Rozdaj Ulotkę 8.1. *Instrukcja dotycząca sesji praktycznej* i daj uczestnikom czas na jej przeczytanie. Każdemu uczestnikowi rozdaj egzemplarz ulotki 6.1. *AUDIT-C/AUDIT.*
3. Używając plansz 62-76, przeprowadź uczestników przez część praktyczną. Wyjaśnij, że będą pracować w grupach po trzy osoby, a zaplanowane są trzy „rundy” ćwiczeń (o ile czas pozwoli). Dzięki temu każdy uczestnik będzie mógł odegrać rolę „pacjenta” i „lekarza pierwszego kontaktu” prowadzącego krótką interwencję oraz być obserwatorem.
  - Na przykład w pierwszej rundzie jedna z osób zagra rolę pacjenta (Piotra), druga lekarza pierwszego kontaktu, a trzecia będzie obserwatorem.

- W drugiej rundzie osoba, która grała Piotra, zostanie obserwatorem, kto grał lekarza pierwszego kontaktu, przejmie rolę pacjenta (Aleksandra), a dotychczasowy obserwator przejmie rolę lekarza pierwszego kontaktu.
- W rundzie trzeciej (o ile czas pozwoli) wszyscy znowu zamienią się rolami i zajmą się przypadkiem Weroniki.
- W każdej rundzie ulotkę z opisem przypadku otrzyma tylko osoba grająca rolę pacjenta.

#### 4. Uwagi dodatkowe.

- Osoba mająca grać rolę pacjenta powinna przeczytać przed rozpoczęciem ćwiczenia opis postaci, którą ma przedstawiać, a następnie krótko przedstawić graną przez siebie postać – okoliczności, kontekst, jej dane osobiste – osobie grającej rolę lekarza pierwszego kontaktu prowadzącego krótką interwencję.
- Obserwator przygląda się odgrywanej scenie według klucza z ulotki 8.2. *Sesja praktyczna – arkusz obserwacji*, w której są opisane najważniejsze elementy krótkiej interwencji.
- Osoba mająca grać rolę lekarza pierwszego kontaktu może zechcieć przypomnieć sobie treści zawarte w ulotce 4.1. *Czym jest krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu?* oraz w ulotce 5.1. *Rozpoczynanie rozmowy*. Do przeprowadzenia badania przesiewowego można wypełnić ulotkę 6.1. *Narzędzie AUDIT-C/AUDIT*. Korzystne może także być przygotowanie sobie ulotek 7.1. *Wywoływanie języka zmiany* i 7.2. *Planowanie zmian* (w wersji podstawowej albo zaawansowanej, wedle potrzeby).

#### 5. Skup na sobie uwagę uczestników, po czym podkreśl następujące informacje kluczowe:

- Każda runda może zająć maksymalnie 15 minut, przy czym 5 minut z tego czasu ma być poświęcone na omówienie zgodnie ze schematem.
- Po zakończeniu każdej rundy przypadek każdego „pacjenta” zostanie omówiony przed całą grupą.
- Przed rozpoczęciem każdej rundy ćwiczenia krótkiej interwencji „pacjent” przekaze „lekarzowi pierwszego kontaktu” kilka podstawowych informacji o sobie (imię, wiek, kontekst), ale bez informacji dotyczących spożycia alkoholu: „lekarz pierwszego kontaktu” ma o to zapytać i określić poziom spożycia.
- „Pacjent” ma być możliwie naturalny i nie utrudniać w szczególny sposób zadania „lekarzowi pierwszego kontaktu”. Celem ćwiczenia nie jest przytłapanie „lekarza pierwszego kontaktu” na niedoskonałościach.
- Sprawdź ponownie, że każdy ma wszystko, czego potrzebuje i wie, czego się od niego oczekuje.

6. W trakcie, gdy uczestnicy pracują w trzyosobowych grupach, chodź między grupami i dyskretnie słuchaj, zapisując na (odwróconej od widoku uczestników) tablicy przykłady dobrej i złej praktyki. Podczas omawiania wykorzystuj te notatki do udzielania informacji zwrotnych.

7. Po każdym 15 minutach (kolejnej rundzie ćwiczenia) zatrzymuj grupę i prowadź 5-minutowe omówienie ogólne, zajmując się jednym przypadkiem naraz, z wykorzystaniem ulotki 8.3. *Studium przypadku – informacje zwrotne – notatki* i odpowiedniej planszy. Wykorzystuj notatki robione podczas słuchania pracujących uczestników, aby omówić kluczowe zagadnienia, które pozwolą w przyszłości lepiej prowadzić krótkie interwencje.

## **Omówienie**

- Jeżeli czas pozwoli, przedyskutuj następujące zagadnienia (plansza 74):
  - Czy opisy przypadków były realistyczne?
  - Jakie zmiany wprowadzicie w swojej pracy z pacjentami po poznaniu krótkich interwencji?
  - Czy w wyniku ćwiczenia pojawiły się jakieś pytania albo sprawy, które wymagają omówienia?

## **Zagadnienia kluczowe**

- Poczucie pewnej nieporadności jest u lekarzy pierwszego kontaktu normą podczas uczenia się prowadzenia krótkich interwencji. Niniejsze szkolenie zawiera dużo informacji i natychmiastowe wprowadzenie ich wszystkich w życie jest trudne. Praktycznym rozwiązaniem jest wprowadzanie krótkich interwencji stopniowo, modyfikując poszczególne aspekty rozmowy z pacjentem o zmianie zachowania i zastanawiając się, jaki przynosi to skutek (plansze 75 i 76).
- Podziękuj uczestnikom za udział i udziel wedle potrzeb instrukcji dotyczącej ewaluacji (plansza 77).

## Ulotka 8.1. Instrukcja dotycząca sesji praktycznej

Będziecie pracować w grupach trzyosobowych, składających się z „pacjenta”, „lekarza pierwszego kontaktu” i „obserwatora”.

### Instrukcje dla „pacjenta”

- W niniejszym ćwiczeniu, w którym „lekarz pierwszego kontaktu” ma za zadanie dokonać badania przesiewowego pacjenta i przeprowadzić krótką interwencję, zagrasz rolę pacjenta.
- Zanim zaczniecie:
  - przeczytaj dostarczoną informację na temat pacjenta,
  - powiedz „lekarzowi pierwszego kontaktu” i obserwatorowi kim jesteś i dlaczego zgłosiłeś się na wizytę, zgodnie z pierwszą rubryką opisu przypadku.
- Staraj się o maksymalny realizm. Odpowiadaj na pytania, ale sam z siebie nie ujawniaj zbyt wielu informacji.
- Podane w ulotce materiały mają służyć pomocą, ale możesz dodawać własne informacje. W zależności od pytań „lekarza pierwszego kontaktu”, może być koniecznych wiele improwizacji.

### Instrukcje dla „lekarza pierwszego kontaktu”

- W trakcie niniejszego ćwiczenia przeprowadzisz kompletną krótką interwencję.
- Zanim zaczniecie:
  - otrzymasz kilka informacji dotyczących „pacjenta”, w tym kilka informacji osobistych i przyczynę zgłoszenia się,
  - będziesz potrzebować ulotkę 6.1. *Narzędzie AUDIT-C/AUDIT*,
  - zastanów się, jakie jeszcze materiały chciałbyś mieć pod ręką do dyspozycji. Do wyboru masz:
    - ulotkę 4.1. *Czym jest krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu?* Schemat blokowy krótkiej interwencji,
    - ulotkę 5.1. *Rozpoczynanie rozmowy*,
    - ulotkę 7.1. *Wywoływanie języka zmiany* (wersja podstawowa albo zaawansowana – do wyboru),
    - ulotkę 7.2. *Planowanie zmian* (wersja podstawowa albo zaawansowana – do wyboru).
- Powinieneś zacząć ćwiczenie, używając jednej z metod rozpoczynania rozmowy, omówionej w Części 5.
- Następnie przeprowadź z pacjentem badanie przesiewowe, stosując test AUDIT-C albo AUDIT, po czym przeprowadź krótką interwencję, stosując pytania otwarte, odzwierciedlenia oraz – jeżeli dotyczy – planowanie zmian.

### Instrukcje dla obserwatora

- Przed rozpoczęciem ćwiczenia zadбай o to, aby „pacjent” przekazał podstawowe informacje osobiste oraz powód zgłoszenia się na wizytę.
- Odpowiadasz za dotrzymanie reżimu czasowego – 10 minut na ćwiczenie plus 5 minut na dyskusję w waszej trzyosobowej podgrupie o tym, jak przebiegało ćwiczenie.

- Będziesz obserwować ćwiczenie i używając ulotki 8.2. *Sesja praktyczna – arkusz obserwacji*, notować, co zostało zrobione dobrze, a co można by poprawić.
- Skup się na zauważonych przykładach zwrotów/pytań, aby wykorzystać je do udzielenia informacji zwrotnych.



## Ulotka 8.2. Sesja praktyczna – arkusz obserwacji

Etapy krótkiej interwencji	Uwagi: co poszło dobrze/co nie najlepiej? Przykłady korzystnych zwrotów/straconych okazji
<p>1. <i>Rozpoczęcie rozmowy</i></p> <p><input type="checkbox"/> Bez osądzania, z odniesieniem do zgłaszanych przez pacjenta zagadnień.</p>	
<p>2. <i>Przesiew i informacja zwrotna</i></p> <p><input type="checkbox"/> Badanie przesiewowe OK.</p> <p><input type="checkbox"/> Współpraca z pacjentem.</p> <p><input type="checkbox"/> Informacja zwrotna w schemacie wydobyć – informacja – wydobyć.</p> <p><input type="checkbox"/> Niepodejmowanie decyzji za pacjenta (musisz/powinieneś/potrzebujesz).</p>	
<p>3a. <i>Wywoływanie</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pytania otwarte generujące wypowiedzi w języku zmiany (przykłady).</p> <p><input type="checkbox"/> Odzwierciedlenia generujące wypowiedzi w języku zmiany (przykłady). (Tylko zaawansowane)</p> <p><input type="checkbox"/> Mała koncentracja na języku podtrzymania.</p> <p><input type="checkbox"/> Podsumowania.</p> <p><input type="checkbox"/> Osobista odpowiedzialność.</p> <p><input type="checkbox"/> Prawidłowe użycie linijki ważności</p>	
<p>3b. <i>Planowanie</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pacjent przedstawia możliwości zmiany (przykłady).</p> <p><input type="checkbox"/> Przedstawianie możliwości za zgodą.</p> <p><input type="checkbox"/> Uzyskanie reakcji pacjenta.</p> <p><input type="checkbox"/> Sprawdzenie zaangażowania w plan.</p> <p><input type="checkbox"/> Wzmacnianie pewności siebie (minione sukcesy, wzory do naśladowania, osoby do pomocy).</p> <p><input type="checkbox"/> Prawidłowe użycie linijki pewności siebie (tylko zaawansowane).</p>	
<p>4. <i>Zamknięcie rozmowy</i> – zapewnienie pacjenta, że może w każdej chwili wrócić.</p>	

## Ulotka 8.3. Studium przypadku – informacje zwrotne – notatki

Studium przypadku – informacje zwrotne – notatki			
Rozpoczęcie	Inicjatywa pacjenta	Zaplanowane (inicjatywa lekarza pierwszego kontaktu)	Wykorzystanie okoliczności (inicjatywa lekarza pierwszego kontaktu)
Tworzenie relacji i empatia	<input type="checkbox"/>	Podejście nieosądzające	<input type="checkbox"/>
Przesiew	Wynik AUDIT-C ____	Wynik AUDIT ____	Inne podejście?
Gotowość do zmian?	<b>Gotowy do zmian</b>		<b>Nie jest gotowy do zmian</b>
Metoda	<input type="checkbox"/>	Zastosowane podejście	Następnym razem?
Pytania otwarte generujące język zmiany	<input type="checkbox"/>		
Stosowanie prostych i złożonych odzwierciedleń	<input type="checkbox"/>		
Aktywne słuchanie	<input type="checkbox"/>		
Uzyskiwanie od pacjenta zestaw proponowanych opcji/planowania	<input type="checkbox"/>		
Wzmacnianie pewności siebie	<input type="checkbox"/>		
Zaznaczony do skierowania/ przekazania albo skierowany/ przekazany do:			
Co było OK?			
Co nie poszło najlepiej?			
Warte nauki?			

**Przypadek 1. Piotr**

<p>Wstęp: przekazać „lekarzowi pierwszego kontaktu” i obserwatorowi</p>	<p>Piotr ma 43 lata, jest żonaty, nie ma dzieci. Pracuje na kierowniczym stanowisku w biurze i ma coraz większą nadwagę. Chce omówić z lekarzem, w jakim ostatnio żył stresie, przy okazji wspomnieć, że chciałby zrzucić kilka kilogramów.</p>
<p>Informacje dla „pacjenta” – tło sytuacyjne</p>	<p>Pijesz dla relaksu. Twoja praca jest stresująca i picie alkoholu pozwala przed wyjściem wieczorem do domu odciąć się od wydarzeń dnia. Twoja żona wraca późno, więc nie masz powodu spieszyć się z powrotem. Czas spędzany w weekendy z żoną jest dla ciebie przyjemnością. Czasami wychodzicie razem na kolację z winem, ale zwykle wypijacie we dwoje butelkę wina do kolacji kupionej na wynos. To okazja do nadrobienia braku kontaktu w ciągu tygodnia i rozładowania napięcia, stresu.</p>
<p>Picie – gdy padną pytania</p> <p>Pozostałych 7 pytań AUDIT (gdy wymagane)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Z początku mówisz ogólnikami, podajesz szczegóły tylko konkretnie zapytany: kilka piw po pracy w pubie, w drodze do domu.</li> <li>• Zapytany, podajesz dokładne dane: dwa piwa (0,5 litra każde) w większość dni tygodnia, po pracy, kilka piw (0,5 litra każde) i wino w weekendy. W trakcie weekendu wypijasz z żoną prawdopodobnie dwie butelki (750 ml każda).</li> </ul> <p>Pyt. 4: Nigdy nie byłeś w sytuacji niemożności przerwania picia. Pyt. 5: Zawsze chodzisz do pracy. Żona narzeka, gdy w niedzielę rano w mieszkaniu jest bałagan albo gdy zasypiasz na kanapie zaraz po przyjeździe do domu, ale twoim zdaniem nie jest to fair, ponieważ i tak jej nigdy nie ma. Pyt. 6: Nigdy nie potrzebowałeś „klina”. Pyt. 7: Zdarzało ci się, że cię poniosło, raz albo dwa byłeś niedyskretny. Pyt. 8: Raz lub dwa to i owo lekko się rozmyło. Pyt. 9: Nigdy nie miałeś żadnego urazu ani nikogo nie zraniłeś. Pyt. 10: Siostry zauważyły, że tyjesz, ale nikt nigdy nie mówił nic o picciu. Uważasz, że większość ludzi, których znasz, pije tyle samo co ty (albo więcej).</p>
<p>Dalsze informacje/stosunek do sytuacji</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Myślałbyś o ograniczeniu, gdyby praca była mniej stresująca, a żona częściej bywała w domu. Może moglibyście więcej rzeczy robić razem.</li> <li>• Chętnie zrzuciłbyś kilka kilogramów, ale w pracy cały czas siedzisz w biurze. Nie uważasz, aby alkohol był dla ciebie czymś bardzo złym. Nie lubisz słabszego piwa – to zwykła chała.</li> </ul>
<p>Chęć zmiany</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeżeli lekarz pierwszego kontaktu pomoże dostrzec minusy używania alkoholu, byłbyś gotów rozważyć zmiany, ale bez całkowitej rezygnacji. Jedną z możliwości mogłoby być przejście z dużych piw w pubie na małe whisky – nie wiedziałeś, że byłoby to znaczące zmniejszenie ilości alkoholu w każdym napoju. Jesteś gotów wypróbować to przez kilka tygodni.</li> <li>• Nigdy nie rozmawiałeś o tym z żoną, ale jeśli lekarz pierwszego kontaktu poprosi i to coś da, może zechcesz z nią porozmawiać i spytać, czy zechciałaby pomóc. Nie jesteś zbyt zadowolony z tego, że zaczęliście tak dużo pić, ten nawyk powoli się rozwijał.</li> </ul>

## Przypadek 2. Aleksander

Wstęp: przekazać „lekarzowi pierwszego kontaktu” i obserwatorowi	Aleksander ma 52 lata, jest żonaty i ma dwóch dorosłych synów. Pracuje w magazynie. Przed rokiem wszczepiono mu stent (angioplastyka wieńcowa), ale czuje się dobrze i zjawił się na rutynową kontrolę.
Informacje dla „pacjenta” – tło sytuacyjne	Właśnie zacząłeś pracować dla nowej firmy jako magazynier. Pracujesz w nocy (24.00-08.00) z piątku na sobotę i z soboty na niedzielę, do tego raz albo dwa razy w tygodniu, też w nocy (zależnie od grafiku). Wolałbyś pracować generalnie więcej godzin, ale mniej w weekendy.
Picie – gdy padną pytania  Pozostałych 7 pytań AUDIT (gdy wymagane)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedziela – piątek: w większość wieczorów pijesz trzy puszki lagera (zwykłej mocy, po 0,5 l) w domu, po pracy, przy telewizji. Prawie co wieczór pijesz też kilka kieliszków/szklaneczek mocnego alkoholu (whisky albo wódki, oczywiście poza piątkiem, bo pracujesz), butelka wystarcza na ok. 2 tygodnie.</li> <li>• Sobota: spotykasz się z kumplami ok. 20.00, wypijasz 3-4 duże piwa (0,5 l), wychodzisz z pubu ok. 23.00 i idziesz na 24.00 do pracy.</li> </ul> <p>Pyt. 3: Lubisz więcej się napić w Boże Narodzenie albo na weselu.</p> <p>Pyt. 4: Zawsze jesteś w stanie przestać pić.</p> <p>Pyt. 5: Nigdy nie miałeś problemu z dotarciem do pracy.</p> <p>Pyt. 6: Nigdy nie pijasz rano.</p> <p>Pyt. 7: Nie robisz żadnych głupstw ani nie czujesz się niczemu winny.</p> <p>Pyt. 8: Po większych okazjach jak wesele albo Boże Narodzenie zdarzało ci się czegoś nie pamiętać.</p> <p>Pyt. 9: Jak miałeś dwadzieścia parę lat, przewróciłeś się i rozciąłeś sobie głowę.</p> <p>Pyt. 10: Nikt nigdy ci nie mówił, że twoje picie to problem.</p>
Dalsze informacje/stosunek do sytuacji	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobota zawsze była twoim dniem wielkiego wyjścia. Zwykle chodziłeś się napić z kumplami po meczu, ale musiałeś to zmienić, gdy zacząłeś pracować w weekendy.</li> <li>• Ponieważ pracujesz tylko w weekendy, w tygodniu się nudzisz, a ponieważ nie musisz rano wstawać, możesz się trochę napić. Poza tym nie sypiasz najlepiej, a kilka drinków pozwala przynajmniej zasnąć.</li> <li>• Zdajesz sobie sprawę z tego, że w soboty nie możesz pić tyle co kiedyś, bo chodzisz do pracy, ale kilka kufli to twoim zdaniem nie problem. Nie zamierzasz całkowicie przestać pić w soboty. Kiedyś pijałeś znacznie więcej, nieco obronnie podchodzisz więc do pomysłu, że to, co wypijasz teraz, może być problemem.</li> </ul>
Chęć zmiany	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nigdy nie słyszałeś o porcjach standardowych ani o tym, że alkohol może podwyższać ciśnienie. Wiele lat temu przestałeś palić, więc dość mocno się zdziwiłeś, że potrzebujesz wszczepienia stentu. Chciałbyś przydać się wnukom.</li> <li>• Martwisz się o swoje serce i chciałbyś być zdrowy, nie uważasz jednak, by w zakresie picia było cokolwiek nie tak. Przyznajesz, że puszki w tygodniu stały się nawykiem i gdybyś je ograniczył, prawdopodobnie wcale by ci ich nie brakowało. Nie chcesz nic słyszeć o „beznadziejnym niskoalkoholowym piwie”, ale mógłbyś od czasu do czasu wypić kilka puszek mniej albo któregoś wieczoru całkiem zrezygnować z picia piwa.</li> <li>• Nie miałeś pojęcia, że alkohol może działać na twój sen i zgadzasz się z tym, że gdyby ograniczenie spożycia alkoholu pozwalało lepiej spać, miałbyś w ciągu dnia więcej energii.</li> </ul>

### Przypadek 3. Weronika

Wstęp: przekazać „lekarzowi pierwszego kontaktu” i obserwatorowi	Weronika ma 69 lat, mieszka sama, dorosłe dzieci mieszkają za granicą. Jej mąż (Adam) zmarł około rok temu (byli ponad 40 lat małżeństwem). Przyszła do lekarza na kontrolę po niedawnym upadku. Na wypisie z oddziału urazowego jest zaznaczone, że przyznała, iż w chwili wypadku znajdowała się w stanie po wypiciu kilku drinków.
Picie – gdy padną pytania	<ul style="list-style-type: none"><li>• Od poniedziałku do piątku pijesz codziennie po południu, w domu, kieliszek czerwonego wina.</li><li>• W piątek wieczór pijesz kieliszek wina i 2-3 dżiny z tonikiem.</li><li>• Zaczęłaś pić „nietypowy” dżin z tonikiem w sobotę po południu.</li><li>• W niedzielę nic nie pijesz.</li></ul>
Pozostałych 7 pytań AUDIT (gdy wymagane)	<p>Zapytana, podajesz szczegółowe informacje na temat dokładnego spożycia alkoholu.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nie wiesz dokładnie, jak dużego kieliszka pijesz, ale w tygodniu wypijasz mniej więcej dwie butelki. Nie odmierzasz dżinu, czasami któryś jest mocniejszy od pozostałych.</li></ul> <p>Pyt. 4: Nigdy nie miałaś problemu z przestaniem.</p> <p>Pyt. 5: Nigdy nie zdarzyło ci się, abyś nie zrobiła tego, czego się od ciebie oczekuje.</p> <p>Pyt. 6: Nigdy nie potrzebowałaś alkoholu rano.</p> <p>Pyt. 7: Masz poczucie winy na myśl, że ktoś może skojarzyć z tym upadek.</p> <p>Pyt. 8: Zawsze pamiętasz, co robiłaś.</p> <p>Pyt. 9: Sądzisz, że upadek miał związek z alkoholem.</p> <p>Pyt. 10: Poza oddziałem urazowym nikt nigdy nie sugerował ograniczenia picia.</p>
Dalsze informacje/stosunek do sytuacji	<ul style="list-style-type: none"><li>• Upadek nieco tobą wstrząsnął. Zmusił cię do zastanowienia się nad starzeniem się, martwisz się o utratę niezależności, gdyby przydarzył ci się poważny upadek.</li><li>• Lubiałaś dzielić się butelką wina z mężem, ale odkąd zmarł, nie masz z kim jej dzielić.</li><li>• W tygodniu czujesz się nieco samotna, choć masz kilka sąsiadek, które wpadają mniej więcej raz na tydzień, by sprawdzić, czy u ciebie wszystko w porządku (i zdarza wam się wypić razem kilka dżinów z tonikiem).</li></ul>
Chęć zmiany	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nie wiesz zbyt wiele o porcjach standardowych, ale widziałaś informację na ten temat na etykietach butelek. W zasadzie nigdy nie słyszałaś o zagrożeniu spowodowanym przez alkohol. Z jakiegoś powodu trzeba umrzeć, ale nie chcesz znowu upaść.</li><li>• Nigdy nie zastanawiałaś się nad swoim piciem i zaskakuje cię, że może stanowić ryzyko.</li><li>• Chętnie wysłuchasz opinii fachowca, ale nie podoba ci się sugestia, że pijesz za dużo. To w końcu twoje życie. Jeżeli specjalista wyraźnie podkreśli, że wybór należy do ciebie, byłabyś gotowa porozmawiać o sposobach ograniczenia spożycia.</li></ul>

## Krótką interwencja – studium przypadku – uwagi trenera. 1: Piotr

Przez większość dni tygodnia Piotr wypija po pracy dwa duże piwa (0,5 l każde) plus kilka piw i wino w weekendy. W weekendy wypija z żoną być może dwie butelki wina.

Dni robocze: ±16 PS	5 (wieczorów) x 2 (duże piwo 500 ml) x 1,6 (PS w każdym kuflu) = 3,2 PS dziennie = 16 PS
Weekend suma: ±13 PS	3-4 piwa (puszki 0,5 l) = ok. 4,8-6,4 PS 2 butelki wina z żoną = 1 butelka dla Piotra = 7 PS

Tydzień razem: ±27,8-29,4 PS

AUDIT-C: Piotr	Sposób oceny					Wynik
	0	1	2	3	4	
1. Jak często pije Pani/Pan napoje zawierające alkohol?	Nigdy	Raz w miesiącu lub rzadziej	2 do 4 razy w miesiącu	2 do 3 razy w tygodniu	4 razy w tygodniu lub częściej	
2. Ile porcji standardowych alkoholu wypija Pani/Pan podczas typowego dnia, w którym spożywa Pani/Pan alkohol?	1 lub 2	3 lub 4	5 lub 6	7, 8 lub 9	10 lub więcej	
3. Jak często wypija Pani/Pan sześć lub więcej porcji alkoholu przy jednej okazji?	Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
<b>CAŁKOWITY WYNIK TESTU AUDIT-C: 8</b>						
<b>Wynik &gt;5</b>	Wynik = 8, należy więc zadać pozostałe pytania testu AUDIT.					

Pozostałe pytania testu <b>AUDIT</b>	Sposób oceny					Wynik
	0	1	2	3	4	
4. Jak często w ostatnim roku stwierdziła Pani/Pan, że nie może przerwać picia po jego rozpoczęciu?	Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
5. Jak często w ostatnim roku z powodu picia alkoholu nie zrobiła Pani/Pan tego, czego zazwyczaj od Pani/Pana oczekiwano?	Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
6. Jak często w ostatnim roku potrzebowała Pani/Pan napić się alkoholu rano, aby dojść do siebie po intensywnym piciu?	Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
7. Jak często w ostatnim roku miała Pani/Pan poczucie winy lub wyrzuty sumienia po piciu alkoholu?	Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
8. Jak często w ostatnim roku z powodu picia nie pamiętała Pani/Pan tego, co zdarzyło się poprzedniego wieczoru?	Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
9. Czy Pani/Pan lub ktoś inny doznał urazu fizycznego w wyniku Pani/Pana picia?	Nie		Tak, ale nie w ostatnim roku		Tak, w ostatnim roku	
10. Czy ktoś z rodziny, znajomy, lekarz lub inny pracownik ochrony zdrowia był zaniepokojony Pani/Pana picciem lub sugerował jego ograniczenie?	Nie		Tak, ale nie w ostatnim roku		Tak, w ostatnim roku	
<b>Suma punktów AUDIT-C: 8</b>	<b>Suma dodatkowych 7 pytań testu AUDIT: 2</b>					
<b>Całkowita suma 10 pytań testu AUDIT: 10</b> <b>Przeprowadzić krótką interwencję</b>						

### Motywowanie Piotra

Wygląda na to, że Piotr jeszcze nigdy nie zastanawiał się nad swoim spożyciem alkoholu, ani udziałem spożycia alkoholu w tyciu i obciążeniu stresem. Lekarz pierwszego kontaktu powinien zwiększyć jego wiedzę na temat kaloryczności alkoholu oraz związku spożycia alkoholu z odczuwanym niepokojem, rozwinąć jego świadomość, a następnie zbadać, czy byłby gotów rozważyć zmiany. Piotr mówi dużo językiem zmiany, dając lekarzowi pierwszego kontaktu sporo okazji do dokonywania odzwierciedleń, w tym na temat:

- stresu,
- wagi,
- rozdrażnienia żony,
- niedyskrecji,
- chęci spędzania większej ilości czasu z żoną.

## Krótką interwencja – studium przypadku – uwagi trenera. 2: Aleksander

Aleksander wypija przez większość wieczorów po trzy puszki lagera (zwykłej mocy, 0,5 l) i kilka kieliszków/szklaneczek mocnego alkoholu (whisky albo wódki), co dwa tygodnie kończy butelkę. W soboty pije 3-4 duże piwa (po 0,5 l).

Niedziela-piątek: ±41 PS	6 (wieczorów) x 3 (puszki 500 ml po 4%) x 1,6 (PS w każdej puszcze) = 4,8 PS dziennie = 28,8 PS tygodniowo 1 butelka mocnego alkoholu na dwa tygodnie (23,7 PS) = 2,4 PS dziennie = 11,9 PS tygodniowo Razem dziennie (niedziela-czwartek) = 7,2 PS
Sobota: ±4,8-6,4 PS	Sobota: 3-4 (puszki 500 ml po 4%) x 1,6 (PS w każdym piwie) = 4,8–6,4 PS
Razem tygodniowo:	28,8 + 11,9 + 4,8/6,4 = 45,5-47,1 PS

AUDIT-C: Aleksander	Sposób oceny					Wynik
	0	1	2	3	4	
1. Jak często pije Pani/Pan napoje zawierające alkohol?	Nigdy	Raz w miesiącu lub rzadziej	2 do 4 razy w miesiącu	2 do 3 razy w tygodniu	4 razy w tygodniu lub częściej	
2. Ile porcji standardowych alkoholu wypija Pani/Pan podczas typowego dnia, w którym spożywa Pani/Pan alkohol?	1 lub 2	3 lub 4	5 lub 6	7, 8 lub 9	10 lub więcej	
3. Jak często wypija Pani/Pan sześć lub więcej porcji alkoholu przy jednej okazji?	Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
<b>CAŁKOWITY WYNIK TESTU AUDIT-C: 11</b>						
<b>Wynik &gt;5</b>	Wynik = 11, należy więc zadać pozostałe pytania testu AUDIT.					



Pozostałe pytania testu <b>AUDIT</b>	Sposób oceny					Wynik
	0	1	2	3	4	
4. Jak często w ostatnim roku stwierdziła Pani/Pan, że nie może przerwać picia po jego rozpoczęciu?	<b>Nigdy</b>	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
5. Jak często w ostatnim roku z powodu picia alkoholu nie zrobiła Pani/Pan tego, czego zazwyczaj od Pani/Pana oczekiwano?	<b>Nigdy</b>	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
6. Jak często w ostatnim roku potrzebowała Pani/Pan napić się alkoholu rano, aby dojść do siebie po intensywnym piciu?	<b>Nigdy</b>	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
7. Jak często w ostatnim roku miała Pani/Pan poczucie winy lub wyrzuty sumienia po piciu alkoholu?	<b>Nigdy</b>	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
8. Jak często w ostatnim roku z powodu picia nie pamiętała Pani/Pan tego, co zdarzyło się poprzedniego wieczoru?	Nigdy	<b>Rzadziej niż raz w miesiącu</b>	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
9. Czy Pani/Pan lub ktoś inny doznał urazu fizycznego w wyniku Pani/Pana picia?	<b>Nie</b>		Tak, ale nie w ostatnim roku		Tak, w ostatnim roku	
10. Czy ktoś z rodziny, znajomy, lekarz lub inny pracownik ochrony zdrowia był zaniepokojony Pani/Pana picciem lub sugerował jego ograniczenie?	<b>Nie</b>		Tak, ale nie w ostatnim roku		Tak, w ostatnim roku	
<b>Suma punktów AUDIT-C: 11</b>	<b>Suma dodatkowych 7 pytań testu AUDIT: 1</b>					
<b>Całkowita suma 10 pytań testu AUDIT: 12</b> <b>Przeprowadzić krótką interwencję</b>						

### Motywowanie Aleksandra

Aleksander kiedyś pił znacznie więcej niż teraz, ograniczył spożycie samodzielnie. Martwi się o zdrowie, ale nie chce całkowicie zrezygnować z picia. Lekarz pierwszego kontaktu powinien zwiększyć jego świadomość w zakresie związku alkoholu z nadciśnieniem i innymi zagrożeniami dla zdrowia. Aleksander powinien mówić językiem zmiany, aby lekarz pierwszego kontaktu mógł zaoferować odzwierciedlenia na temat:

- chęci uniknięcia kolejnego zabiegu albo wszczepienia stentu,
- przejścia picia w nawyk,
- chęci bycia do dyspozycji wnuków,
- chęci lepszego spania i lepszego korzystania z dnia.

## Krótką interwencja – studium przypadku – uwagi trenera. 3: Weronika

Weronika co wieczór od poniedziałku do piątku pije kieliszek czerwonego wina, do tego w piątek 2-3 dżiny z tonikiem, a w sobotę po południu „nietypowy dżin z tonikiem”.

Tydzień: $\pm 22,6$ PS	Wino: 5 (popołudni) x 1 (kieliszek) – ale 2 butelki w tygodniu (16,6 PS) = 3,3 PS dziennie (poniedziałek – piątek). Piątek i sobota: $\pm 4$ (dżiny) x 1,5 PS (około) = 6 PS w tygodniu [piątek wino i dżin razem = $\pm 6,3$ PS]
Razem w tygodniu: $\pm 23$ PS	

AUDIT-C: Weronika	Sposób oceny					Wynik
	0	1	2	3	4	
1. Jak często pije Pani/Pan napoje zawierające alkohol?	Nigdy	Raz w miesiącu lub rzadziej	2 do 4 razy w miesiącu	2 do 3 razy w tygodniu	<b>4 razy w tygodniu lub częściej</b>	
2. Ile porcji standardowych alkoholu wypija Pani/Pan podczas typowego dnia, w którym spożywa Pani/Pan alkohol?	1 lub 2	<b>3 lub 4</b>	5 lub 6	7, 8 lub 9	10 lub więcej	
3. Jak często wypija Pani/Pan sześć lub więcej porcji alkoholu przy jednej okazji?	Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	<b>Raz w tygodniu</b>	Codziennie lub prawie codziennie	
<b>CAŁKOWITY WYNIK TESTU AUDIT-C: 8</b>						
<b>Wynik &gt;5</b>	Wynik = 8, należy więc zadać pozostałe pytania testu AUDIT.					

Pozostałe pytania testu <b>AUDIT</b>	Sposób oceny					Wynik
	0	1	2	3	4	
4. Jak często w ostatnim roku stwierdziła Pani/Pan, że nie może przerwać picia po jego rozpoczęciu?	<b>Nigdy</b>	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
5. Jak często w ostatnim roku z powodu picia alkoholu nie zrobiła Pani/Pan tego, czego zazwyczaj od Pani/Pana oczekiwano?	<b>Nigdy</b>	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
6. Jak często w ostatnim roku potrzebowała Pani/Pan napić się alkoholu rano, aby dojść do siebie po intensywnym piciu?	<b>Nigdy</b>	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
7. Jak często w ostatnim roku miała Pani/Pan poczucie winy lub wyrzuty sumienia po piciu alkoholu?	<b>Nigdy</b>	<b>Rzadziej niż raz w miesiącu</b>	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
8. Jak często w ostatnim roku z powodu picia nie pamiętała Pani/Pan tego, co zdarzyło się poprzedniego wieczoru?	<b>Nigdy</b>	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	
9. Czy Pani/Pan lub ktoś inny doznał urazu fizycznego w wyniku Pani/Pana picia?	Nie		Tak, ale nie w ostatnim roku		<b>Tak, w ostatnim roku</b>	
10. Czy ktoś z rodziny, znajomy, lekarz lub inny pracownik ochrony zdrowia był zaniepokojony Pani/Pana picciem lub sugerował jego ograniczenie?	Nie		Tak, ale nie w ostatnim roku		<b>Tak, w ostatnim roku</b>	
<b>Suma punktów AUDIT-C: 8</b>	<b>Suma dodatkowych 7 pytań testu AUDIT: 9</b>					
<b>Całkowita suma 10 pytań testu AUDIT: 17</b> <b>Przeprowadzić krótką interwencję</b>						
Mimo wysokiego wyniku analiza jego składowych nie wskazuje na uzależnienie od alkoholu, brak bowiem wysokich wyników w pytaniach 4, 5 i 6.						
Ostatnio doznała związanego ze spożyciem alkoholu urazu, co odzwierciedla się w pytaniach dotyczących szkodliwego spożycia (pytania 7-10).						

### Motywowanie Weroniki

Choć Weronika zawsze lubiła wypić coś zawierającego alkohol, nigdy nie piła dużo. Ważne jest, aby nie czuła się osądzana i warto skupiać się na tym, co jest dla niej ważne. Nigdy nie zastanawiała się na poważnie nad swoim spożyciem alkoholu i jest zaskoczona informacją o zagrożeniach. O ile nie chce przestać spożywać alkohol, zależy jej na tym, by więcej nie upaść. Lekarz pierwszego kontaktu powinien zwiększyć jej świadomość w aspekcie związku między alkoholem a przewracaniem się i zbadać, na ile jest zainteresowana działaniem. Kluczem jest pomoc w myśleniu o kontaktach społecznych i cieszeniu się życiem bez narażania się na coś, czego chciałaby uniknąć. Weronika mówi po części językiem zmiany, co pozwala lekarzowi pierwszego kontaktu sformułować odzwierciedlenia dotyczące:

- niechęci dopuszczenia do ponownego upadku,
- chęci zachowania niezależności.

Weronika prawdopodobnie jest gotowa do dokonania niewielkich zmian, o ile będą możliwe do zrealizowania bez większych ingerencji w jej dotychczasowe życie.



**Materiały  
poszkoleniowe**

# Ewaluacja i monitoring

## Planowanie ewaluacji i bieżącego monitoringu

Niniejszy podręcznik oraz zawarte w nim treści szkoleniowe i sposoby działania zostały oparte na wiedzy wynikającej z potwierdzonych danych. Dzięki takiemu podejściu:

- wszystkie etapy szkolenia mają jasno określone i specyficzne cele, będące odzwierciedleniem dostępnych potwierdzonych danych,
- treść kwestionariuszy używanych przed szkoleniem i po jego zakończeniu ma ścisły związek z treściami nauczania i kompetencjami, których rozpowszechnianie wśród lekarzy pierwszego kontaktu jest zadaniem niniejszego szkolenia oraz
- metodyka nauczania zawiera elementy obserwacji oraz ułatwia autorefleksję (w szczególności za pomocą ćwiczenia i rozwoju umiejętności).

Najważniejsze kluczowe zagadnienia dla trenerów, planujących analizę i ewaluację szkoleń, można streścić następująco:

- W jaki sposób chciałbyś ewaluować bezpośredni i długofalowy wpływ szkolenia na wiedzę, umiejętności i postawy lekarzy pierwszego kontaktu?
- W jaki sposób zamierzasz monitorować ich styl zachowania oraz przedstawione w trakcie szkolenia sposoby podejścia do pacjenta?
- W jaki sposób zamierzasz monitorować i oceniać potrzebę dalszej nauki i pomocy w związku z prowadzeniem w praktyce krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu?

Możliwymi metodami są:

- tworzenie warunków do autorefleksji, w których zewnętrzny ekspert pomaga dokonywać samooceny i prowadzi przez jej proces,
- obserwacja przez osoby równe rangą – metoda podobna do pierwszej, ale realizowana przez kolegów po fachu/uczestników tego samego szkolenia. Może być przydatna do ewaluacji wiedzy, zrozumienia, przyjmowanych w praktycznej pracy postaw i wykorzystywanych w niej umiejętności; obserwacja powinna być łączona z informacjami zwrotnymi,
- autoanaliza z wykorzystaniem arkuszy obserwacyjnych, podobnych do ulotki 8.2, wypełnianych zaraz po krótkiej interwencji albo w trakcie analizy nagrania audio, służącej refleksji na temat stylu własnej pracy.

## Zachęcanie do praktyki refleksyjnej

Metodą wspomagającą skuteczne wdrażanie krótkich interwencji jest praktyka refleksyjna. Można jej także używać do monitorowania i oceny długofalowych efektów szkolenia. W ramach tej techniki uczestnicy przywołują z pamięci konkretną interakcję z pacjentem i rozważają, w jaki sposób udało im się zastosować poszczególne elementy metody krótkiej interwencji, tzn. wprowadzić do rozmowy tematykę używania alkoholu i przeprowadzić badanie przesiewowe.

Praktyka refleksyjna może być wpleciona w ogólny plan ewaluacji w formie zarezerwowania w trakcie spotkań zespołu czasu na dyskusję o prowadzeniu i wdrażaniu krótkich interwencji. Może to być dla zespołu okazją do podzielenia się refleksjami, zapisanymi na *Arkuszu obserwacji sesji praktycznej* oraz dyskusji nad istniejącym zapotrzebowaniem na pomoc.

## Praktyka krótkiej interwencji

Jeżeli szkolisz większe grupy lekarzy pierwszego kontaktu (nie zawsze mając z nimi regularny kontakt), przydatną metodą, która pomaga prowadzić, sprawdzać i nadzorować wdrażanie krótkich interwencji, jest „praktyka krótkiej interwencji”. W tym celu należy po zakończeniu szkolenia (optymalnie po 3-6 miesiącach) wyznaczyć mniej więcej godzinny dyżur dla uczestników szkolenia. W jego trakcie prowadzący:

- jest do dyspozycji absolwentów szkolenia, którzy mogą dzwonić lub przychodzić, aby omówić wszelkie wydarzenia/pytania, jakie miały miejsce/pojawiły się w trakcie praktycznego wdrażania krótkiej interwencji, albo
- dzwoni do wybranych absolwentów szkolenia w celu:
  - sprawdzenia, czy wdrożyli w swojej praktyce zawodowej krótkie interwencje,
  - jeśli tak – omówienia i poznania przykładów dobrej praktyki,
  - jeśli nie – omówienia, co im w tym przeszkodziło/na jakie natrafili przeszkody,
  - jakie mają potrzeby w zakresie dalszej pomocy.

Działania te należy traktować jako okazję do utrwalania najważniejszych zasad prowadzenia krótkiej interwencji i/albo przypominania lekarzom pierwszego kontaktu o związanych z nimi wyzwaniach i możliwościach, o jakich była mowa podczas szkolenia. Należą do nich:

- ustalenie, do kogo kierować krótkie interwencje,
- najlepsze metody wprowadzania do rozmowy problematyki spożywania alkoholu, np. wykorzystanie okoliczności albo planowane.

# Przykładowy kwestionariusz do użytku przed szkoleniem

1. W jakim dziale opieki zdrowotnej Pan/Pani pracuje?

.....

2. Na jakim stanowisku/jaką funkcję Pan/Pani pełni?

.....

3. Od kiedy zajmuje Pan/Pani to stanowisko?

.....

4. Poprzednie szkolenie dotyczące zagadnień alkoholowych (proszę zaznaczyć wszystkie):

Jestem po raz pierwszy na tego typu szkoleniu	A
Uczestniczyłem/-am w szkoleniu dotyczącym zagadnień alkoholowych w czasie studiów/kursów zawodowych	B
Ukończyłem/-am kurs szkoleniowy (trwający > 1 dzień) albo mam kwalifikacje związane z leczeniem uzależnień	C
Ukończyłem/-am szkolenie dotyczące modyfikacji zachowań zdrowotnych	D
Ukończyłem/-am szkolenie z zakresu krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu	E

W przypadku odpowiedzi B-E proszę podać szczegóły.

.....

.....

5. Jak ważna jest Pana/Pani zdaniem dla profesjonalnych pracowników opieki zdrowotnej umiejętność rozmawiania z pacjentami o ich sposobie używania alkoholu (proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

Bardzo ważna	1
Dość ważna	2
Ani ważna, ani nieważna	3
Niezbyt ważna	4
Całkowicie nieważna	5



## 6. Wiedza o zagadnieniach związanych ze spożywaniem alkoholu

Proszę wskazać, jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę o wymienionych w tabeli zagadnieniach, używając następującego klucza:

1 = W zasadzie nic nie wiem

2 = Wiem o tym co nieco

3 = Dobrze rozumiem ten problem

4 = Wiem o tym bardzo dużo

	1	2	3	4
Wpływ alkoholu na zdrowie				
Porcje standardowe alkoholu i zawartość alkoholu w popularnych napojach alkoholowych				
Krótkie interwencje jako metoda zapobiegania/łagodzenia problemów związanych z użyciem alkoholu				
Techniki dialogu motywującego				
Test do badania przesiewowego AUDIT				
Służby, do których można skierować osoby z problemami alkoholowymi/uzależnieniem				

## 7. Radzenie sobie z sytuacjami związanymi z używaniem alkoholu

Proszę określić, jak czułby/-aby się Pan/Pani w wymienionych w tabeli sytuacjach (używając podanego klucza):

1 = Nie miałbym/-abym pewności, jak sobie poradzić i nie wiedziałbym/-ałabym co powiedzieć.

2 = Chyba poradziłbym/-abym sobie z tą sytuacją, nie byłbym/-abym jednak do końca pewien/pewna co powiedzieć.

3 = Sądzę, że dobrze poradziłbym/-abym sobie z tą sytuacją i nie brakowałoby mi pomysłów, co mówić.

4 = Jestem pewien/pewna, że poradziłbym/-abym sobie dobrze z tą sytuacją – mam pewność co robić/mówić, gdzie kierować osoby potrzebujące pomocy i uzyskać poradę oraz wsparcie.

	1	2	3	4
Wyjaśnienie, czym jest alkohol oraz jaki ma wpływ na jednostkę i społeczeństwo				
Wyjaśnienie za pomocą porcji standardowych zawartości alkoholu w popularnych napojach alkoholowych oraz zagrożeń zdrowotnych, wynikających z różnych poziomów spożycia				

Zainicjowanie w odpowiedni sposób rozmowy o używaniu alkoholu				
Zachęcenie pacjenta do przejęcia osobistej odpowiedzialności za swoje spożycie alkoholu/zachowanie				
Użycie testu przesiewowego AUDIT do zbadania aktualnego spożycia alkoholu				
Udzielenie pacjentowi ustrukturyzowanych informacji zwrotnych dotyczących wyników badania przesiewowego z zastosowaniem techniki wydobyć – informacja – wydobyć				
Stosowanie pytań otwartych do generowania u pacjenta wypowiedzi w języku zmiany				
Stosowanie odzwierciedleń do generowania u pacjenta wypowiedzi w języku zmiany				
Pomoc pacjentowi w planowaniu zmian zachowania i wzmacnianie jego pewności siebie				
Prowadzenie w ramach rutynowej praktyki badań przesiewowych i krótkich interwencji				

*Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza.*

# Przykładowy kwestionariusz do wypełnienia po szkoleniu

## 1. Wiedza o zagadnieniach związanych ze spożywaniem alkoholu

Proszę wskazać, jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę o wymienionych w tabeli zagadnieniach, używając następującego klucza:

1 = W zasadzie nic nie wiem

2 = Wiem o tym co nieco

3 = Dobrze rozumiem ten problem

4 = Wiem o tym bardzo dużo

	1	2	3	4
Wpływ alkoholu na zdrowie				
Porcje standardowe alkoholu i zawartość alkoholu w popularnych napojach alkoholowych				
Krótkie interwencje jako metoda zapobiegania/łagodzenia problemów związanych z użyciem alkoholu				
Techniki dialogu motywującego				
Test do badania przesiewowego AUDIT				
Służby, do których można skierować osoby z problemami alkoholowymi/uzależnieniem				

## 2. Radzenie sobie z sytuacjami związanymi z używaniem alkoholu

Proszę określić, jak czułby/-aby się Pan/Pani w wymienionych w tabelce sytuacjach (używając podanego klucza):

1 = Nie miałbym/-abym pewności, jak sobie poradzić i nie wiedziałbym/-ałabym, co powiedzieć.

2 = Chyba poradziłbym/-abym sobie z tą sytuacją, nie byłbym/-abym jednak do końca pewien/pewna, co powiedzieć.

3 = Sądzę, że dobrze poradziłbym/-abym sobie z tą sytuacją i nie brakowałoby mi pomysłów, co mówić.

4 = Jestem pewien/pewna, że poradziłbym/-abym sobie dobrze z tą sytuacją – mam pewność co robić/mówić, gdzie kierować osoby potrzebujące pomocy i uzyskać poradę oraz wsparcie.

	1	2	3	4
Wyjaśnienie, czym jest alkohol oraz jaki ma wpływ na jednostkę i społeczeństwo				
Wyjaśnienie za pomocą porcji standardowych zawartości alkoholu w popularnych napojach alkoholowych oraz zagrożeń zdrowotnych, wynikających z różnych poziomów spożycia				
Zainicjowanie w odpowiedni sposób rozmowy o używaniu alkoholu				
Zachęcenie pacjenta do przejęcia osobistej odpowiedzialności za swoje spożycie alkoholu/zachowanie				
Użycie testu przesiewowego AUDIT do zbadania aktualnego spożycia alkoholu				
Udzielenie pacjentowi ustrukturalizowanych informacji zwrotnych, dotyczących wyników badania przesiewowego z zastosowaniem techniki wydobyć – informacja – wydobyć				
Stosowanie pytań otwartych do generowania u pacjenta wypowiedzi w języku zmiany				
Stosowanie odzwierciedleń do generowania u pacjenta wypowiedzi w języku zmiany				
Pomoc pacjentowi w planowaniu zmian zachowania i wzmacnianie jego pewności siebie				
Prowadzenie w ramach rutynowej praktyki badań przesiewowych i krótkich interwencji				

### 3. Na ile uważa Pan/Pani przebyte szkolenie za przydatne?

1 = Bardzo przydatne    2 = Przydatne    3 = Może być    4 = Niezbyt przydatne    5 = Nieprzydatne

Dlaczego? (proszę określić najbardziej przydatny i najmniej przydatny aspekt szkolenia):

.....

### 4. Dodatkowy komentarz

.....

.....

*Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza.*

# Piśmiennictwo

1. Babor T.F., Higgins-Biddle J.C. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care*. Geneva: World Health Organization; 2001 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/audit\\_sbi/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/audit_sbi/en/), accessed 11 July 2017).
2. Heather N. *Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: the need for caution*. *Alcohol Alcohol*. 1995; 30(3): 287-96 (<https://www.academic.oup.com/alcalc/article-abstract/30/3/287/212291/INTERPRETING-THE-EVIDENCE-ON-BRIEF-INTERVENTIONS>, accessed 11 July 2017).
3. McCambridge J., Cunningham J.A. *The early history of ideas on brief interventions for alcohol*. *Addiction*. 2014; 109(4): 538-46 (<https://www.readbyqxdm.com/read/24354855/the-early-history-of-ideas-on-brief-interventions-for-alcohol>, accessed 11 July 2017).
4. Gaume J., McCambridge J., Bertholet N., Daeppen J.B. *Mechanisms of action of brief alcohol interventions remain largely unknown – a narrative review*. *Front Psychiatry*. 2014; 5: 108 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25206342>, accessed 3 July 2017).
5. HEAT (H4): *Alcohol brief interventions – national guidance on data reporting 2008-9*. Edinburgh: Scottish Government Health Department; 2008.
6. *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care*. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network; 2003 (<http://lx.iriss.org.uk/sites/default/files/resources/sign74.pdf>, accessed 11 July 2017).
7. Sundström C., Blankers M., Khadjesari Z. *Computer-based interventions for problematic alcohol use: a review of systematic reviews*. *Int J Behav Med*. 2016 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27757844>, accessed 11 July 2017). doi:10.1007/s12529-016-9601-8.
8. Prochaska J.O., DiClemente C.C. *Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change*. *J Consult Clin Psychol*. 1983; 51(3): 390-5.
9. Heather N., Hönekopp J. *Readiness to change and the transtheoretical model as applied to addictive disorders*. In: Martin L.R., DiMatteo M.R. (editors). *The Oxford handbook of health communication, behavior change and treatment adherence*. Oxford: Oxford University Press; 2013 (<http://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199795833.001.0001/oxfordhb-9780199795833>, accessed 29 June 2017).
10. Miller W.R., Rollnick S. *Motivational Interviewing, 3rd ed. Helping people change*. New York (NY): Guilford Press; 2012.
11. Kaner E.F.S., Beyer F., Dickinson H.O., Pienaar E., Campbell F., Schlesinger C. et al. *Effectiveness of brief*

*alcohol interventions in primary care populations*. Cochrane Database Syst Rev. 2007; (2): CD004148 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17443541>, accessed 11 July 2017).

12. O'Donnell A., Anderson P., Newbury-Birch D., Schulte B., Schmidt C., Reimer J. et al. *The impact of brief alcohol interventions in primary healthcare: a systematic review of reviews*. Alcohol Alcohol. 2014; 49(1): 66-78 (<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/49/1/66.short>, accessed 11 July 2017).

13. Jonas D.E., Garbutt J.C., Amick H.R., Brown J.M., Brownley K.A., Council C.L. et al. *Behavioral counseling after screening for alcohol misuse in primary care: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force*. Ann Intern Med. 2012; 157(9): 645-54 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23007881>, accessed 11 July 2017).

14. Heather N. *The efficacy-effectiveness distinction in trials of ABI*. Addict Sci Clin Pract. 2014; 9(1):13 ([https://www.researchgate.net/publication/264830925\\_The\\_efficacy-effectiveness\\_distinction\\_in\\_trials\\_of\\_alcohol\\_brief\\_intervention](https://www.researchgate.net/publication/264830925_The_efficacy-effectiveness_distinction_in_trials_of_alcohol_brief_intervention), accessed 11 July 2017).

15. McCambridge J., Saitz R. *Rethinking brief interventions for alcohol in general practice*. BMJ. 2017; 356 (116) (<http://www.bmj.com/content/356/bmj.j116>, accessed 11 July 2017).

16. Tabak R.G., Khoong E.C., Chambers D.A., Brownson R.C. *Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research*. Am J Prev Med. 2012; 43(3):337-50 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22898128>, accessed 11 July 2017).

17. Damschroder L., Hagedorn H. *A guiding framework and approach for implementation research in substance use disorders treatment*. Psychol Addict Behav. 2011; 25(2): 194-205 ([https://www.researchgate.net/publication/50890423\\_A\\_Guiding\\_Framework\\_and\\_Approach\\_for\\_Implementation\\_Research\\_in\\_Substance\\_Use\\_Disorders\\_Treatment](https://www.researchgate.net/publication/50890423_A_Guiding_Framework_and_Approach_for_Implementation_Research_in_Substance_Use_Disorders_Treatment), accessed 11 July 2017).

18. Williams E.C., Johnson M.L., Lapham G.T., Caldeiro R.M., Chew L., Fletcher G.S. et al. *Strategies to implement alcohol screening and brief intervention in primary care settings: a structured literature review*. Psychol Addict Behav. 2011; 25(2): 206-14 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21517141>, accessed 21 July 2017).

19. Nilsen P., Aalto M., Bendtsen P., Seppä K. *Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. A systematic review*. Scand J Prim Health Care 2006; 24(1):5-15 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16464809>, accessed 11 July 2017).

20. Johnson M., Jackson R., Guillaume L., Meier P., Goyder E. *Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence*. J Public Health (Oxf). 2011; 33(3): 412-21 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21169370>, accessed 11 July 2017).

21. Anderson P., Bendtsen P., Spak F., Reynolds J., Drummond C., Segura L. et al. *Improving the delivery of brief interventions for heavy drinking in primary health care: outcome results of the ODHIN five country cluster*

*randomized factorial trial*. *Addiction*. 2016; 111(11): 1935-45 (<http://doi.wiley.com/10.1111/add.13476>, accessed 11 July 2017).

22. Angus C., Scafato E., Ghirini S., Torbica A., Ferre F., Struzzo P. et al. *Cost-effectiveness of a programme of SBIs for alcohol in primary care in Italy*. *BMC Fam Pract*. 2014; 15(1):26. (<http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-15-26>, accessed 11 July 2017).

23. Fitzgerald N. Commentary on Anderson et al. (2016): *The question is not just whether to incentivize and train practitioners on alcohol screening and brief advice, but how?* *Addiction*. 2016; 111(11): 1946-7 (<http://doi.wiley.com/10.1111/add.13513>, accessed 11 July 2017).

24. Smith P. *On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector*. *Int J Public Adm*. 1995; 18(2-3): 277-310 (<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01900699508525011>, accessed 11 July 2017).

25. O'Donnell A., Haighton C., Chappel D., Shevills C., Kaner E. *Impact of financial incentives on alcohol intervention delivery in primary care: a mixed-methods study*. *BMC Fam Pract*. 2016; 17(1): 165 (<http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-016-0561-5>, accessed 11 July 2017).

26. Khadjesari Z., Hardoon S.L., Petersen I., Hamilton F.L., Nazareth I. *Impact of financial incentives on alcohol consumption recording in primary health care among adults with schizophrenia and other psychoses: a cross-sectional and retrospective cohort study*. *Alcohol Alcohol*. 2016; 52(2): 197-205 ([https://www.researchgate.net/publication/309187665\\_Impact\\_of\\_Financial\\_Incentives\\_on\\_Alcohol\\_Consumption\\_Recording\\_in\\_Primary\\_Health\\_Care\\_Among\\_Adults\\_with\\_Schizophrenia\\_and\\_Other\\_Psychoses\\_A\\_Cross-Sectional\\_and\\_Retrospective\\_Cohort\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/309187665_Impact_of_Financial_Incentives_on_Alcohol_Consumption_Recording_in_Primary_Health_Care_Among_Adults_with_Schizophrenia_and_Other_Psychoses_A_Cross-Sectional_and_Retrospective_Cohort_Study), accessed 11 July 2017).

27. Hamilton F.L., Lavery A.A., Gluvajic D., Huckvale K., Car J., Majeed A. et al. *Effect of financial incentives on delivery of alcohol screening and brief intervention (ASBI) in primary care: longitudinal study*. *J Public Health (Oxf)*. 2014; 36(3): 450-9 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24375203>, accessed 11 July 2017).

28. Schölin L., O'Donnell A., Fitzgerald N. *Financial incentives for alcohol brief interventions in primary care in Scotland*. Edinburgh: Scottish Health Action on Alcohol Problems (SHAAP); 2017 (<http://www.shaap.org.uk/images/remuneration-report-web.pdf>, accessed 11 July 2017).

29. Fitzgerald N., Platt L., Heywood S., McCambridge J. *Large-scale implementation of ABIs in new settings in Scotland: a qualitative interview study of a national programme*. *BMC Public Health*. 2015; 15(1): 289 (<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1527-6>, accessed 11 July 2017).

30. Wilson G.B., Lock C.A., Heather N., Cassidy P., Christie M.M., Kaner E.F.S. *Intervention against excessive alcohol consumption in primary health care: a survey of GPs' attitudes and practices in England 10 years on*. *Alcohol Alcohol*. 2011; 46(5): 570-7 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21690169>, accessed 11 July 2017).

31. Town M., Naimi T.S., Mokdad A.H., Brewer R.D. *Health care access among U.S. adults who drink alcohol excessively: missed opportunities for prevention*. *Prev Chronic Dis*. 2006; 3(2) (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16539794>, accessed 11 July 2017).
32. Brown J., West R., Angus C., Beard E., Brennan A., Drummond C. et al. *Comparison of brief interventions in primary care on smoking and excessive alcohol consumption: a population survey in England*. *Br J Gen Pract*. 2015; 66(642): e1-9 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26719481>, accessed 11 July 2017).
33. Fitzgerald N., Molloy H., MacDonald F., McCambridge J. *ABIs practice following training for multidisciplinary health and social care teams: a qualitative interview study*. *Drug Alcohol Rev*. 2015; 34(2): 185-93 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25196713>, accessed 11 July 2017).
34. McCambridge J. *Brief intervention content matters*. *Drug Alcohol Rev*. 2013; 32(4): 339-41 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3746115/>, accessed 12 July 2017).
35. Bertholet N., Palfai T., Gaume J., Daepfen J-B., Saitz R. *Do brief alcohol motivational interventions work like we think they do?* *Alcohol Clin Exp Res*. 2014; 38(3): 853-9 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24125097>, accessed 12 July 2017).
36. Fitzgerald N., Angus K., Bauld L. *Reported training in ABI trials: a systematic narrative synthesis* [Conference abstract]. *Addiction Science and Clinical Practice*. 2016; 11(Suppl 1): A28 (<https://ascjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13722-016-0062-9>, accessed 12 July 2017).
37. McCambridge J. *Brief intervention content matters*. *Drug Alcohol Rev*. 2013; 32(4): 339-41 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dar.12044/full>, accessed 12 July 2017).
38. McCambridge J., Bendtsen M., Karlsson N., White I.R., Nilsen P., Bendtsen P. *Alcohol assessment and feedback by email for university students: main findings from a randomised controlled trial*. *Br J Psychiatry*. 2013; 203(5): 334-40 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24072758>, accessed 12 July 2017).
39. Moyers T.B., Martin T., Manuel J.K., Hendrickson S.M.L., Miller W.R. *Assessing competence in the use of motivational interviewing*. *J Subst Abuse Treat*. 2005; 28(1): 19-26 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15723728>, accessed 12 July 2017).
40. Moyers T.B., Martin T., Manuel J.K., Miller W.R., Ernst D. *Revised Global Scales: Motivational Interviewing Treatment Integrity (MITI 3.1.1)*. Albuquerque (NM): University of New Mexico, Center on Alcoholism, Substance Abuse and Addictions; 2010 ([https://casaa.unm.edu/download/miti3\\_1.pdf](https://casaa.unm.edu/download/miti3_1.pdf), accessed 12 July 2017).
41. Tate P., Tate L. *The doctor's communication handbook*. New York (NY): CRC Press; 2014.
42. Gattellari M., Butow P.N., Tattersall M.H. *Sharing decisions in cancer care*. *Soc Sci Med*. 2001; 52(12): 1865-78 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11352412>, accessed 12 July 2017).



43. GOV.UK. Consultation outcome. Health risks from alcohol: new guidelines [website]. London: Department of Health; 2016 (<https://www.gov.uk/government/consultations/health-risks-from-alcohol-new-guidelines>, accessed 6 July 2017).
44. Kaner E., Heather N., Brodie J., Lock C., McAvoy B. *Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary care*. Br J Gen Pract. 2001; 51(471): 822-7 (<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1314128&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>, accessed 26 August 2017).
45. *Alcohol fact sheet* [website]. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>, accessed 6 July 2017).
46. Adamson J., Templeton L. *Silent voices supporting children and young people affected by parental alcohol misuse*. London: Children's Commissioner; 2012 ([http://dera.ioe.ac.uk/15497/1/FINAL\\_OCC\\_Report\\_Silent\\_Voices\\_Parental\\_Alcohol\\_Misuse\\_FULL\\_REPORT\\_11\\_Sept\\_2012%5B1%5D.pdf](http://dera.ioe.ac.uk/15497/1/FINAL_OCC_Report_Silent_Voices_Parental_Alcohol_Misuse_FULL_REPORT_11_Sept_2012%5B1%5D.pdf), accessed 26 August 2017).
47. *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/), accessed 6 July 2017).
48. Nutt D.J., King L.A., Phillips L.D. *Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis*. Lancet. 2010; 376(9752): 1558-65 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)61462-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)61462-6/fulltext), accessed 2 September 2017).
49. Rehm J., Crépault J-F., Fischer B. *The devil is in the details! On regulating cannabis use in Canada based on public health criteria*. "Comment on Legalizing and Regulating Marijuana in Canada: Review of Potential Economic, Social, and Health Impacts". Int J Health Policy Manag. 2017; 6(3): 173-6 ([http://www.ijhpm.com/article\\_3263.html](http://www.ijhpm.com/article_3263.html), accessed 12 July 2017).
50. McCartney G., Mahmood L., Leyland A.H., Batty G.D., Hunt K. *Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: evidence from 30 European countries*. Tob Control. 2011; 20(2): 166-8 (<http://tobaccocontrol.bmj.com/content/20/2/166>, accessed 12 July 2017).
51. Erol A., Karpyak V.M. *Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations*. Drug Alcohol Depend. 2015; 156: 1-13 (<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871615016166>, accessed 29 June 2017).
52. Wilsnack R.W., Wilsnack S.C. *Gender and alcohol: consumption and consequences*. In: Boyle P., Boffetta P., Lowenfels A.B., Burns H., Brawley O., Zatonski W. et al. Alcohol science, policy, and public health. Oxford: Oxford University Press; 2013: 153-60 (<http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199655786.001.0001/acprof-9780199655786>, accessed 12 July 2017).
53. Emslie C., Lewars H., Batty G.D., Hunt K. *Are there gender differences in levels of heavy, binge and problem drinking? Evidence from three generations in the west of Scotland*. Public Health. 2009; 123(1): 12-4 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2637302/>, accessed 12 July 2017).

54. Babor T.F., Caetano R., Casswell S., Edwards G., Giesbrecht N., Graham K. et al. *Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010 (<http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780199551149.001.0001/acprof-9780199551149>, accessed 12 July 2017).
55. De Bruijn C., Van Den Brink W., De Graaf R., Vollebergh W.A.M. *The three year course of alcohol use disorders in the general population: DSM-IV, ICD-10 and the Craving Withdrawal Model*. *Addiction*. 2006; 101(3): 385-92 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2006.01327.x/abstract>, accessed 12 July 2017).
56. Klingemann H., Sobell M.B., Sobell L.C. *Continuities and changes in self-change research*. *Addiction*. 2009; 105(9): 1510-8 (<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1360-0443.2009.02770.x>, accessed 12 July 2017).
57. Dawson D.A., Grant B.F., Stinson F.S., Chou P.S. *Maturing out of alcohol dependence: the impact of transitional life events*. *J Stud Alcohol*. 2006; 67(2): 195-203 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16568565>, accessed 12 July 2017).
58. Rehm J., Anderson P., Manthey J., Shield K.D., Struzzo P., Wojnar M. et al. *Alcohol use disorders in primary health care: what do we know and where do we go?* *Alcohol Alcohol*. 2015; 51(4): 422-7 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26574600>, accessed 12 July 2017).
59. Williams S., Brown A., Patton R., Crawford M.J., Touquet R. *The half-life of the „teachable moment“ for alcohol misusing patients in the emergency department*. *Drug Alcohol Depend*. 2005; 77(2): 205-8 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15664722>, accessed 12 July 2017).
60. McCambridge J., Kypri K. *Can simply answering research questions change behaviour? Systematic review and meta analyses of brief alcohol intervention trials*. *PLoS One*. 2011; 6(10): e23748 (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0023748>, accessed 29 June 2017).
61. Martineau F., Tyner E., Lorenc T., Petticrew M., Lock K. *Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews*. *Prev Med*. 2013; 57(4): 278-96 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23811528>, accessed 12 July 2017).
62. Chikritzhs T., Stockwell T., Naimi T., Andreasson S., Dangardt F., Liang W. *Has the leaning tower of presumed health benefits from “moderate” alcohol use finally collapsed?* *Addiction*. 2015; 110(5): 726- 7 (<http://doi.wiley.com/10.1111/add.12828>, accessed 31 August 2017).
63. CMO’s alcohol guidelines document set. London: Department of Health; 2016 ([https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/490560/List\\_of\\_documents\\_acc.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/490560/List_of_documents_acc.pdf), accessed 31 August 2017).
64. Cornah D. *Cheers! Understanding the relationship between alcohol and mental health*. Vol. 33. London: Mental Health Foundation; 2006 (<https://www.mentalhealth.org.uk/file/1250/download?token=3pcj8xzE>, accessed 31 August 2017).

65. Lönnroth K., Williams B.G., Stadlin S., Jaramillo E., Dye C. *Alcohol use as a risk factor for tuberculosis – a systematic review*. BMC Public Health. 2008; 8(1): 289 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18702821>, accessed 31 August 2017).
66. Rehm J., Baliunas D., Borges G.L.G., Graham K., Irving H., Kehoe T. et al. *The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview*. Addiction. 2010; 105(5): 817-43 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20331573>, accessed 31 August 2017).
67. Rehm J., Samokhvalov A.V., Neuman M.G., Room R., Parry C., Lönnroth K. et al. *The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review*. BMC Public Health. 2009; 9(1): 450 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19961618>, accessed 31 August 2017).
68. Raviglione M., Poznyak V. *Targeting harmful use of alcohol for prevention and treatment of tuberculosis: a call for action*. Eur Respir J. 2017; 50(1) (<http://erj.ersjournals.com/content/50/1/1700946.long>, accessed 31 August 2017).
69. Baum M.K., Rafie C., Lai S., Sales S., Page J.B., Campa A. *Alcohol use accelerates HIV disease progression*. AIDS Res Hum Retroviruses. 2010; 26(5): 511-8 (<http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/aid.2009.0211>, accessed 31 August 2017).
70. Room R., Ferris J., Laslett A-M., Livingston M., Mugavin J., Wilkinson C. *The drinker's effect on the social environment: a conceptual framework for studying alcohol's harm to others*. Int J Environ Res Public Health. 2010; 7(4): 1855-71 (<http://www.mdpi.com/1660-4601/7/4/1855/htm>, accessed 31 August 2017).
71. Gell L., Ally A., Buykx P., Hope A., Meier P. *Alcohol's harm to others*. London: Institute for Alcohol Studies; 2015 ([http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS\\_reports/rp18072015.pdf](http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS_reports/rp18072015.pdf), accessed 31 August 2017).
72. Babor T.F., Higgins-Biddle J.C., Saunders J.B., Monteiro M.G. *The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care*. Second edition. Geneva: World Health Organization; 2001 ([http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO\\_audit.pdf](http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf), accessed 31 August 2017).
73. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva: World Health Organization; 1994 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686_eng.pdf), accessed 31 August 2017).
74. Shaw S., Cartwright A., Spratley T., Harwin J. *Responding to drinking problems*. London: Croom Helm; 1978.
75. Deehan A., Taylor C., Strang J. *The general practitioner, the drug misuser, and the alcohol misuser: major differences in general practitioner activity, therapeutic commitment, and "shared care" proposals*. BrJGenPract. 1997; 47(424): 705-9 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1409931/>, accessed 29 June 2017).
76. Raistrick D., Heather N., Godfrey C. *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006 ([http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta\\_review\\_of\\_the\\_effectiveness\\_of\\_treatment\\_for\\_alcohol\\_problems\\_fullreport\\_2006\\_alcohol2.pdf](http://www.nta.nhs.uk/uploads/nta_review_of_the_effectiveness_of_treatment_for_alcohol_problems_fullreport_2006_alcohol2.pdf), accessed 31 August 2017).

77. International classification of diseases and related health problems, 10th revision [website]. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>, accessed 26 August 2017).

**Bibliografia od polskiego Wydawcy:**

Anderson P., Bamberg B. (2006). *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies.

Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005) – Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions.; (tłumaczenie polskie: Kliniczne wytyczne rozpoznawania i krótkiej interwencji, Wydawnictwo Parpamedia, Warszawa 2007).

Fudała J.: *Postępowanie z osobą pijącą alkohol ryzykownie, szkodliwie oraz uzależnioną od alkoholu. Krótka interwencja dotycząca problemów związanych z używaniem alkoholu* [w:] Uzależnienia i substancje psychoaktywne w praktyce lekarza POZ, (red. M. Jarema), PZWL, 2018.

Screening and Brief Intervention for hazardous and harmful substance use (WHO 2010).

WHO alcohol brief intervention training manual for primary care 2017.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) jest specjalistyczną agencją ONZ, utworzoną w 1948 roku, odpowiedzialną w pierwszym rzędzie za problematykę zdrowotną i zagadnienia zdrowia publicznego. Europejskie Biuro Regionalne jest jednym z sześciu biur na świecie, z których każde realizuje własne programy poświęcone specyficznym problemom zdrowotnym krajów, którym służy.

Państwa członkowskie

Albania  
Andora  
Armenia  
Austria  
Azerbejdżan  
Belgia  
Białoruś  
Bośnia i  
Hercegowina  
Bułgaria  
Była  
Jugosłowiańska  
Republika  
Macedonii  
Chorwacja  
Cypr  
Czarnogóra  
Czechy  
Dania  
Estonia  
Federacja  
Rosyjska  
Finlandia  
Francja  
Grecja  
Gruzja  
Hiszpania  
Holandia  
Irlandia  
Islandia  
Izrael  
Kazachstan  
Kirgistan  
Litwa  
Łotwa  
Luksemburg  
Malta  
Monako  
Niemcy  
Norwegia  
Polska  
Portugalia  
Republika  
Mołdawii  
Rumunia  
San Marino  
Serbia  
Słowacja  
Słowenia  
Szwajcaria  
Szwecja  
Tadżykistan  
Turcja  
Turkmenistan  
Ukraina  
Uzbekistan  
Węgry  
Wielka Brytania  
Włochy

World Health Organization Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø,  
Denmark Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01  
E-mail: [eucontact@who.int](mailto:eucontact@who.int)