



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро



Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: учебное пособие ВОЗ для первичного звена медико- санитарной помощи





**Европейский офис ВОЗ по
профилактике неинфекционных
заболеваний и борьбе с ними**

**Леонтьевский переулок, д.9
125009 Москва, Российская Федерация
Адрес электронной почты:
NCDoffice@who.int**

**Вебсайт:
www.euro.who.int/ru/NCDoffice**



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: учебное пособие ВОЗ для первичного звена медико- санитарной помощи

Резюме

Алкоголь вносит значительный вклад в увеличение бремени болезней и смертности в Европейском регионе ВОЗ, и системы первичной медико-санитарной помощи играют важную роль в сокращении воздействия вредного употребления алкоголя. Скрининг и краткое профилактическое консультирование (СКПК) по вопросам употребления алкоголя являются основанным на фактических данных подходом к удовлетворению потребностей множества пациентов, обращающихся к услугам первичной медико-санитарной помощи, которым могло бы быть полезным сокращение объемов употребляемого ими алкоголя. Это учебное пособие содержит информацию о том, как спланировать обучение и содействовать работникам первичного звена медико-санитарной помощи с тем, чтобы они могли уверенно проводить СКПК по вопросам употребления алкоголя среди своих пациентов. В пособии излагаются исходная информация и данные научных исследований, положенные в основу СКПК, и даются практические рекомендации по созданию программы внедрения, а также подробные учебные материалы для развития знаний и навыков участников организованных учебных занятий.

Ключевые слова

Alcohol drinking – prevention and control

Alcoholism – rehabilitation

Manuals as topic

ISBN

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications

WHO Regional Office for Europe

UN City

Marmorvej 51

DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-овом режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Авторские права на это учебное пособие принадлежат совместно ВОЗ и д-ру Niamh Fitzgerald. ВОЗ признает, что эта работа включает в себя ранее существовавшие методики, инструменты, модели, процедуры, знание принципов бизнеса, аналитические концепции, подходы, открытия, идеи и форматы, разработанные д-ром Fitzgerald. Д-р Fitzgerald предоставляет ВОЗ вечную, всемирную, безотзывную, бессрочную, неисключительную лицензию на использование, осуществление, воспроизведение, показ, выполнение, распространение и подготовку производных работ на основе данного инструментария в связи с использованием этой работы в соответствии с потребностями ВОЗ.

Содержание

Выражение признательности.....	v
Список сокращений.....	vii
Предисловие.....	viii
Как использовать это пособие.....	ix
Введение для инструкторов.....	x
Что представляет собой краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя?	1
Ключевая концепция 1. Этапы изменения поведения	2
Ключевая концепция 2. Мотивационное интервьюирование.....	4
Типы краткого профилактического консультирования	5
Доказательства действенности и эффективности краткого профилактического консультирования.....	6
Что помогает эффективно внедрять КПКА в повседневную практику?.....	7
Преодоление разрыва между фактическими данными и практикой	9
Планирование в целях осуществления КПКА	12
Сторонники.....	12
Службы.....	12
Планирование на системном уровне	12
Планирование обучения инструкторов	14
Ответственность за проведения программ обучения для инструкторов	14
Лица, которых необходимо привлечь к прохождению курса подготовки инструкторов и дальнейшему обучению специалистов-практиков	14
Примерная программа обучения для инструкторов	15
Планирование учебных занятий для специалистов-практиков.....	17
Цель и задачи учебного курса для специалистов-практиков.....	18
Учебные материалы	21
Раздел 1: Введение, обзор курса и групповое соглашение.....	22
Раздаточный материал 1.1. Цель и задачи курса	24
Раздаточный материал 1.2. Предложения по достижению согласия в группе.....	25
Раздел 2. Отношение к алкоголю	26
Раздаточный материал 2.1. Отношение к алкоголю – задание.....	28
Раздаточный материал 2.2. Отношение к алкоголю - примечания.....	29
Раздел 3. Воздействие алкоголя, употребление и вред.....	36
Раздаточный материал 3.1. Воздействие алкоголя.....	37
Раздаточный материал 3.2. Стандартные порции и уровни употребления алкоголя – тест	42
Раздаточный материал 3.3. Стандартные порции и уровни употребления алкоголя – ответы	43
Уровни употребления алкоголя, вред и связанная с этим терминология	44

Раздел 4. КПКА: цели, навыки и практика изменений.....	46
Раздаточный материал 4.1. Что представляет собой краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя?.....	50
Раздаточный материал 4.2. Преодоление трудностей.....	54
Раздел 5. Начало разговора об алкоголе.....	57
Раздаточный материал 5.1. Начало разговора.....	59
Раздел 6. Скрининг и обратная связь с использованием теста AUDIT.....	61
Раздаточный материал 6.1. Инструмент AUDIT-C/AUDIT.....	64
Раздаточный материал 6.2. Скрининг AUDIT-C/AUDIT. Материал для специалиста-практика.....	67
Раздаточный материал 6.3. Практические примеры скрининга – информация о пациентах.....	70
Раздаточный материал 6.4. Практические примеры скрининга – ответы.....	71
Раздаточный материал 6.5. Меры реагирования в случае зависимости.....	72
Раздел 7. Основные навыки краткого профилактического консультирования.....	74
Раздаточный материал 7.1А. Побуждение к разговору об изменениях с помощью открытых вопросов – базовая версия.....	77
Раздаточный материал 7.1В. Побуждение к разговору об изменениях с помощью рефлексии – расширенная версия.....	79
Раздаточный материал 7.2А. Планирование изменений – базовая версия.....	82
Раздаточный материал 7.2В. Планирование изменений – расширенная версия, использование шкал.....	85
Раздел 8. Краткое профилактическое консультирование – практическое занятие.....	86
Раздаточный материал 8.1. Практическое занятие – инструкции.....	89
Раздаточный материал 8.2. Лист наблюдения за практическим занятием.....	91
Раздаточный материал 8.3. Образец листа заметок для обратной связи по итогам работы.....	92
Практический пример краткой профилактической консультации – примечания для инструктора. 1: Петр.....	98
Практический пример краткой профилактической консультации – примечания для инструктора. 2: Алекс.....	101
Практический пример краткой профилактической консультации – примечания для инструктора. 3: Вероника.....	104
Оценка и мониторинг.....	107
Возможности оценки и постоянного мониторинга.....	107
Стимулирование аналитической практики.....	107
Материалы для использования по окончании курса.....	108
Наблюдение после обучения КПКА.....	109
Образец вопросника, предваряющего курс.....	110
Образец вопросника по итогам курса.....	113
Литература.....	115

Выражение признательности

Автором этого учебного пособия и сопровождающих его слайдов является д-р Niamh Fitzgerald, Институт социального маркетинга/Научно-исследовательский центр Соединённого Королевства Великобритании и Северной Ирландии в области изучения табака и алкоголя, Факультет здравоохранения и спорта Университета Стирлинга, Шотландия, Великобритания.

Особая благодарность выражается членам экспертной группы данного проекта: д-ру Sven Andreasson, Стокгольмский центр лечения наркозависимости и Центр психиатрических исследований, Стокгольм, Швеция; г-ну Krzysztof Brzozka, Государственное агентство по предупреждению проблем, связанных с употреблением алкоголя, Варшава, Польша; д-ру Ranjita Dhital, Национальный наркологический центр, Институт психиатрии, психологии и неврологии, Королевский колледж Лондона, Великобритания; д-ру Claudia Gandin, Сотрудничающий центр ВОЗ по научным исследованиям и укреплению здоровья в области алкоголя и связанных с алкоголем проблем, Национальная обсерватория по алкоголю – Национальный центр по вопросам наркомании и допинга, Istituto Superiore di Sanità, Рим, Италия; д-ру Antoni Gual, Отделение наркологии, Университетский клинический госпиталь, Барселона, Испания; профессору Nick Heather, Факультет здравоохранения и биологических наук, Нортумбрийский университет, Ньюкасл-апон-Тайн, Соединенное Королевство; г-ну Mark Holmes, Тростовый фонд здравоохранения Ноттингемшира Национальной службы здравоохранения, Ноттингем, Великобритания; г-ну James Morris, Академия алкоголя, Лондон, Великобритания; д-ру Amy O'Donnell, Институт общественного здоровья, Ньюкаслский университет, Ньюкасл-апон-Тайн, Великобритания; д-ру Vladimir Poznyak, Департамент по вопросам психического здоровья и токсикомании в штаб-квартире ВОЗ; г-ну Dag Rekke, Департамент по вопросам психического здоровья и токсикомании в штаб-квартире ВОЗ; д-ру Peter Rice, почетному психиатру-консультанту Национальной службы здравоохранения, Тайсайд, почетному старшему преподавателю Института медицинского образования, Университет Данди, Шотландия, Великобритания; профессору Emanuele Scafato, Сотрудничающий центр ВОЗ по научным исследованиям и укреплению здоровья в области алкоголя и связанных с алкоголем проблем, Национальная обсерватория по алкоголю – Национальный центр по вопросам наркомании и допинга, Istituto Superiore di Sanità, Рим, Италия; профессору Betsy Thom, Центр исследований в области наркотиков и алкоголя, Мидлсекский университет, Хендон, Великобритания; а также д-ру Константину Вышинскому, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии, Министерство здравоохранения Российской Федерации, Москва, Российская Федерация.

Европейское региональное бюро ВОЗ хотело бы поблагодарить за помощь в организации экспертного совещания г-жу Lisa Akyol и г-жу Imke Siefert, интернов Европейского регионального бюро ВОЗ.

Техническая редакция была осуществлена д-ром Lisa Schölin, консультантом; г-жой Julie Brummer, консультантом; д-ром Lars Møller, руководителем программы; а также д-ром Gauden Galea, директором Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ хотело бы поблагодарить Safe Sociable London за вклад в подготовку теста на выявление расстройств, связанных с употреблением алкоголя (Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT), а также за внедрение краткого профилактического консультирования; г-на Colin Angus, Шеффилдская группа по исследованию алкоголя, Экономика здравоохранения и наука принятия решений, Университет Шеффилда, Шеффилд, Великобритания, за вклад в разработку калькулятора риска для Раздаточного материала 3.2; д-ра Zarnie Khadjesari, старшего докторанта King's Improvement Science, Центр внедрения научных исследований, Отдел исследований в области здравоохранения и народонаселения, Институт психиатрии, психологии и неврологии, Королевский колледж Лондона; д-ра Paul Toner, Кафедра здравоохранения, Университет Йорка, за вклад в разработку процессов скрининга,

описанных в Разделе 6 ; а также д-ра Frederico Rosário, семейного врача Центра первичной медико-санитарной помощи Tomaz Ribeiro и руководителя Проекта по проблемам, связанным с употреблением алкоголя, ACeS Dão Lafões, Португалия, за комментарии по учебному пособию в целом.

Благодарим Международную сеть по краткосрочным вмешательствам в отношении алкоголя и других наркотиков за экспертный консенсус в отношении содержания кратких профилактических консультаций в отношении употребления алкоголя, а также Международную конфедерацию ассоциаций по исследованию алкоголя, табака и других наркотических веществ за экспертный вклад в решение вопросов непрерывного обучения специалистов-практиков.

Финансирование обучающего курса и этой публикации было любезно предоставлено Министерством здравоохранения Российской Федерации в рамках совместного проекта ВОЗ и Министерства здравоохранения по борьбе с неинфекционными заболеваниями.

Список сокращений

ВКС	выявление и краткий совет
КИПОЗ	консультирование по изменению поведения в отношении здоровья
ККОЖ	краткое консультирование по вопросам образа жизни
КМИ	краткое мотивационное интервьюирование
КПКА	краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя
КС	краткий совет
МИ	мотивационное интервьюирование
ОПРО	открытые вопросы, подтверждение, рефлексия и обобщение
РКПК	расширенное краткое профилактическое консультирование
СКПК	скрининг и краткое профилактическое консультирование
СКПКНЛ	скрининг, краткое профилактическое консультирование и направление на лечение
эСКПК	электронный скрининг и краткое профилактическое консультирование
AUDIT	тест для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (Alcohol Use Disorders Identification Test)
AUDIT-C	краткая версия теста AUDIT, позволяющая выявить уровень потребления алкоголя (Alcohol Use Disorders Identification Test – consumption)
CFIR	Консолидированная основа для проведения научных исследований (Consolidated Framework for Implementation Research)

Предисловие

Необходимость популяризации основанных на фактических данных вмешательств, таких как скрининг и краткое профилактическое консультирование (СКПК), как никогда актуальна: уровень употребления алкоголя в Европейском регионе является самым высоким среди всех регионов ВОЗ, к тому же за последние два десятилетия возросла смертность, связанная с употреблением алкоголя. Пришло время обеспечить все государства-члены инструментами для решения связанных с употреблением алкоголя проблем силами систем первичной медико-санитарной помощи.

В Европейском плане действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. подчеркивается жизненно важная роль, которую системы первичной медико-санитарной помощи могут играть в сокращении вреда, связанного с употреблением алкоголя, путем реализации СКПК в отношении употребления алкоголя. СКПК призвано выявить тех людей, чей уровень употребления алкоголя может оказывать негативное воздействие на их здоровье, чтобы путем консультирования мотивировать и поддерживать их в стремлении сократить или прекратить употребление алкогольных напитков. Подобные консультации различны по продолжительности и содержанию и могут проводиться разными специалистами в различном стиле. Они не выступают заменой, а являются дополнением к услугам по лечению алкогольной зависимости. Правительства могут способствовать успеху программ СКПК путем обеспечения специалистов первичной медико-санитарной помощи необходимым обучением, ресурсами и структурной поддержкой.

Данное учебное пособие было разработано для использования государствами-членами в целях расширения и совершенствования мероприятий по обучению медицинских работников проведению СКПК в отношении употребления алкоголя. Вместе с другими мерами поддержки на уровне системы здравоохранения, такое обучение может способствовать сокращению разрыва между числом тех, кому было бы полезно снизить употребление алкоголя, и числом людей, действительно получивших поддержку и консультативную помощь в этой связи.

Модель СКПК, описываемая в данном руководстве, опирается на международный экспертный консенсус, который был достигнут в результате серии дискуссий в рамках Международной сети по краткосрочным вмешательствам в отношении алкоголя и других наркотиков (INEBRIA). В данном учебном пособии рассказывается о том, как подготовить и организовать обучение СКПК для медицинских работников в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, пособие детально описывает интерактивные виды работы и ролевые игры, составляющие часть обучения и призванные развить у медицинских работников навыки совместного с пациентами решения вопросов, связанных с употреблением алкоголя. Пособие также включает в себя раздел, посвященный данным научных исследований в отношении воздействия, которое употребление алкоголя оказывает на здоровье людей, а также на систему здравоохранения и общество в целом. Материалы также содержат разработанные на системном уровне рекомендации по организации обучения инструкторов.

Gauden Galea

Директор Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Европейского регионального бюро ВОЗ

Как использовать это пособие

В этом пособии имеются три основных раздела: введение для инструкторов, учебные материалы и материалы для использования по окончании обучения.


Введение для инструкторов содержит исходную информацию о том, что представляет собой краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя (КПКА), а также данные научных исследований, касающиеся его действенности, эффективности и применения, включая информацию о том, как рутинное проведение такого рода консультаций может использоваться в качестве возможности, основанной на имеющихся фактических данных. Вы также найдете информацию, которая поможет вам спланировать проведение КПКА, и предложения по подготовке инструкторов и специалистов-практиков к проведению таких консультаций с использованием этих материалов.

Учебные материалы разделены на восемь тематических блоков (Таблица 1).

Таблица 1. Тематические блоки обучения

Раздел	Формат	Время	Page number	
1	Введение, обзор курса и групповое соглашение	Обсуждение	20 минут	24
2	Отношение к алкоголю	Обсуждение в малых группах	40 минут	28
3	Воздействие алкоголя, его употребление и вред	Презентация и задание для выполнения в группах	40 минут	36
4	КПКА: цели, навыки и практика изменений	Обсуждение и работа в малых группах	40 минут	46
5	Начало разговора об алкоголе	Обсуждение и индивидуальная работа	25 минут	54
6	Скрининг и обратная связь с использованием теста для выявления расстройств, обусловленных употреблением алкоголя (AUDIT)	Презентация и работа в парах	60 минут	58
7	Навыки краткого профилактического консультирования: побуждение и планирование	Презентация и работа в парах	45 минут	69
8	Краткое профилактическое консультирование: практическое занятие	Работа в группах по трое	75 минут	78

Последний раздел, содержащий материалы для использования по окончании обучения, включает вопросники, которые раздаются участникам для заполнения до начала и по итогам обучения в целях оценки, а также памятку для специалистов-практиков, которая может быть использована ими по окончании обучения для того, чтобы продолжать учиться в ходе практики.



Введение для инструкторов

Что представляет собой краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя?

«Краткое профилактическое консультирование – это практика, направленная на выявление существующей или потенциальной проблемы применительно к алкоголю и мотивирование индивидуума к принятию соответствующих мер» (1).

Очные краткие профилактические консультации в отношении употребления алкоголя (КПКА) – это разнородные вмешательства (1–4), которые включают «краткую беседу, направленную на то, чтобы неконфронтационным образом мотивировать индивидуума задуматься об употреблении им/ею алкоголя и/или запланировать изменения, направленные на сокращение такого употребления и/или снижении риска причинить себе вред» (5). КПКА исторически включали использование скринингового вопросника для оценки уровня употребления алкоголя и риска возникновения связанных с употреблением алкоголя проблем, а также предоставление персонализированной обратной связи тем, кому, как выявлено, требуется соответствующая поддержка (1).

Использование на уровне первичной медико-санитарной помощи широкомасштабного скрининга с целью выявления проблем, связанных с алкоголем, что позволяет выявить людей, которым может быть полезно проведенное в кратчайший срок профилактическое консультирование, поддерживается данными научных исследований. Некоторые крупномасштабные программы (подобные реализуемой в Шотландии) избрали очень широкий целевой подход на уровне первичной медико-санитарной помощи, а специалистам-практикам был предоставлен обширный список приводящих к врачу потенциальных состояний и проблем, применительно к которым рекомендуется скрининг (6). Хотя некоторые пациенты оказались вне охвата, это, как представляется, дало специалистам-практикам возможность чувствовать себя более комфортно, поднимая тему употребления алкоголя, и внедрить подход, ориентированный на пациента.

КПКА также включает консультативную помощь в электронной форме, например, посредством использования приложений для мобильного телефона или веб-сайтов. Пациенты могут прибегнуть к таким консультациям самостоятельно или по рекомендации специалиста и использовать их под руководством или параллельно с консультативной помощью со стороны, например, работника первичного звена медико-санитарной помощи. Фактические данные нескольких систематических обзоров свидетельствуют о том, что консультирование в электронной форме также эффективно помогает снизить употребление алкоголя в небольшой, но значимой степени. Скрининг и краткое профилактическое консультирование в цифровой форме могут быть дешевле во внедрении и осуществлении в пересчете на пациента и обладают возможностью охватить более широкие слои населения, но к ним могут не прибегнуть те, кто менее склонен к изменениям в поведении. Это учебное пособие посвящено проведению очного консультирования (7).

Краткое профилактическое консультирование встречается в научной литературе и практике под множеством различных названий и сокращений (Таблица 2). Наиболее известными терминами в международной научной литературе являются СКПК – скрининг и краткое профилактическое консультирование (screening and brief intervention (SBI)), а в США чаще используется термин СКПКНЛ

– скрининг, краткое профилактическое консультирование и направление на лечение (screening, brief intervention and referral to treatment (SBIRT)). В Великобритании наиболее распространен термин ВКС – выявление и краткий совет (identification and brief advice (IBA)). Налицо отсутствие консенсуса в отношении конкретных различий между терминами, а содержание или осуществление такого рода профилактических вмешательств сложно оценить по аббревиатуре, которая используется для его описания.

Таблица 2. Термины, используемые применительно к краткому профилактическому консультированию

Сокращение	Термин
КПК	краткое профилактическое консультирование
СКПК	скрининг и краткое профилактическое консультирование
СКПКНЛ	скрининг, краткое профилактическое консультирование и направление на лечение
КПКА	краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя
ВКС	выявление и краткий совет
КМИ	краткое мотивационное интервьюирование
РПК	расширенное профилактическое консультирование
КС	краткий совет
ККОЖ	краткое консультирование по вопросам образа жизни
КИПОЗ	консультирование по изменению поведения в отношении здоровья
эСКПК	электронный скрининг и краткое профилактическое консультирование

«Краткое профилактическое консультирование», таким образом, выступает общим термином, характеризующим обширный спектр мероприятий, обозначаемых приведенными выше широкими определениями. По большей части виды краткого профилактического консультирования базируются, в большей или меньшей степени, на двух ключевых концепциях: концепции поэтапного изменения и концепции мотивационного интервьюирования.

Это учебное пособие использует термин КПКА, означающий краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя, которое подразумевает скрининг, а также термин СКПК, означающий скрининг и краткое профилактическое консультирование.

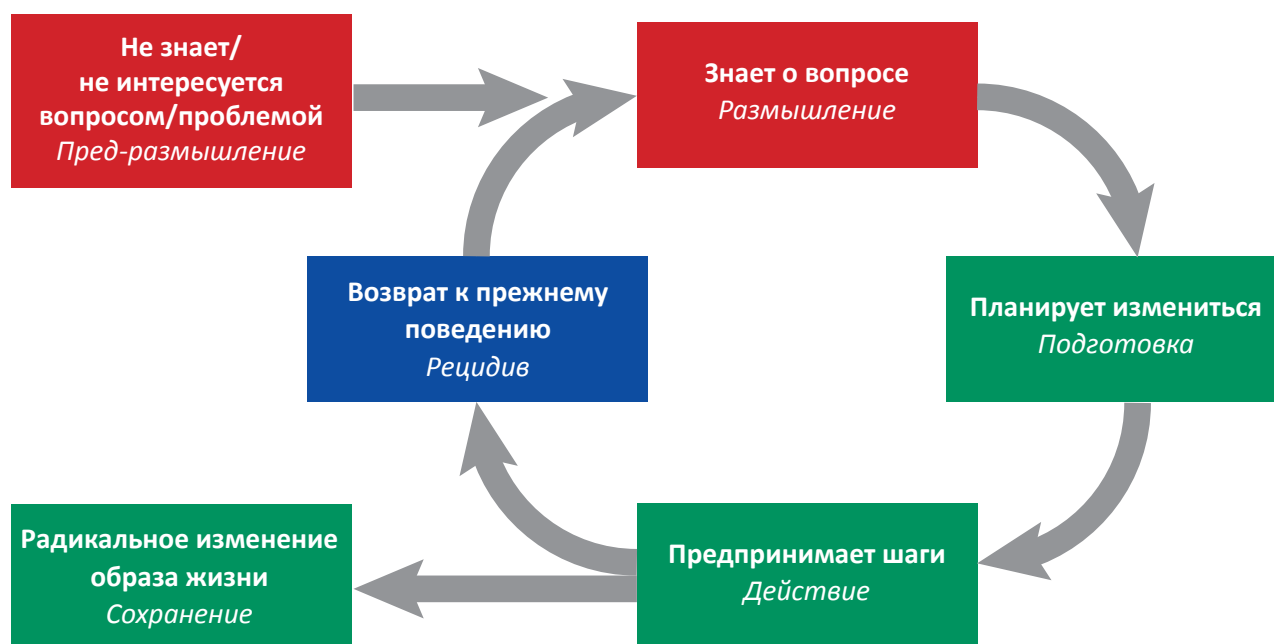
Ключевая концепция 1. Этапы изменения поведения

Этапы изменения или «транстеоретическая» модель – это отражение пяти последовательных и взаимоисключающих этапов, связанных с конкретными задачами, которые индивидууму необходимо решить для того, чтобы добиться намеренного изменения поведения (Рис. 1) (8). Эти пять этапов описаны Heather & Honekopp (9) в ходе обсуждения фактических данных применительно к модели этапов изменения.

- На *этапе пред-размышления* человек либо не знает о проблеме, которую необходимо решать, либо знает о ней, но не желает менять проблемное поведение.
- Следующим является *этап размышления*, характеризующийся неоднозначным отношением к проблемному поведению и оценкой преимуществ и недостатков поведения, а также его изменения, что во многих случаях приводит к принятию решения.

- На *этапе подготовки* принимается решение измениться, сопровождающееся готовностью придерживаться плана действий.
- Этот план реализуется на *этапе действия*, в рамках которого индивидuum становится участником действий, направленных на достижение изменений и преодоление возникающих трудностей.
- Если успешные действия носят устойчивый характер, человек переходит к *этапу сохранения*, на котором предпринимаются усилия по консолидации достигнутых изменений.
- Как только эти изменения стали частью стиля жизни, индивидuum покидает цикл поэтапного изменения. Рецидивы, однако, нередки, и иногда требуется не один раз совершить весь цикл изменений, прежде чем изменения приобретут устойчивый характер.

Рис. 1. Этапы изменения или трансформационная модель изменения поведения



Источник: на основе Prochaska & DiClemente (8).

Хотя оригинальная и адаптированные версии этой модели неоднократно критиковались, в частности из-за отсутствия фактического подтверждения того, что разработка вмешательств применительно к конкретному этапу изменений является эффективной, понимание различных этапов готовности к изменению носит интуитивный характер и полезно в практике. В частности, сильной стороной модели является то, что *изменение поведения рассматривается как процесс, а не как событие*. Это полезно специалистам-практикам, стремящимся помочь своим пациентам в постановке реалистичных целей. Модель можно также использовать для обоснования того, что, если человек не заинтересован в изменениях на момент консультации, это – нормальная составляющая цикла изменения, которая отнюдь не означает, что специалисту не следует вмешиваться.

Heather & Honekopp приводят следующее объяснение (9).

Идея качественно различных этапов или фаз согласуется с распространенным пониманием того, что происходит, когда человек изменяет свое поведение с течением времени. Если человек озабочен, пусть и непоследовательно, тем, какой вред его поведение может наносить ему самому, он безусловно находится в качественно иной ситуации, нежели тот, кто не испытывает подобной озабоченности. Сходным образом, тот, кто предпринимает меры для устранения или снижения подобного вреда, находится в качественно иной ситуации, нежели тот, кто обеспокоен, но ничего не сделал для решения своей проблемы.

Далее авторы отмечают, что одной из основных сильных сторон модели является концепция размышления, когда отношение человека к изменению неоднозначно, и что эта концепция лежит в основе подхода к индивидуальному изменению поведения, известного как мотивационное интервьюирование и разработанного для того, чтобы снизить неоднозначное отношение и повысить готовность к изменению. Мотивационное интервьюирование также является ключевым понятием, лежащим в основе многих видов краткого профилактического консультирования.

Ключевая концепция 2. Мотивационное интервьюирование

Говоря проще, мотивационное интервьюирование (МИ) - это стиль беседы, призванный подкрепить мотивацию человека и его/ее готовность к изменениям (10). Говоря более техническим языком, МИ – это стиль двухстороннего целенаправленного общения, в рамках которого особое внимание уделяется языку изменений. Цель такого общения состоит в том, чтобы укрепить мотивацию человека и его/ее приверженность к достижению конкретной цели путем выяснения и анализа его/ее собственных причин измениться в атмосфере понимания и сопереживания (10). Краткое профилактическое консультирование и МИ не являются взаимозаменяемыми терминами. Некоторые краткие профилактические консультации подразумевают использование мотивационного интервьюирования специально подготовленными к этому консультантами, некоторые – в значительной мере опираются на стиль мотивационного интервьюирования, а некоторые – происходят лишь под частичным влиянием определенных концепций и принципов МИ.

Ключевые концепции МИ, которые переносятся на краткое профилактическое консультирование, - это подчеркнутая автономия пациента, а также ориентированный на пациента подход сотрудничества, в основе которого - понимание. Наиболее свежая версия МИ, разработанная Miller & Rollnick (10)¹, построена на четырех процессах:

- вовлечение (формирование отношений, доверия – внимательное слушание)
- фокусировка (достижение взаимного согласия в отношении основной темы разговора)
- побуждение (активное слушание с тем, чтобы выборочно усиливать разговор об изменении)
- планирование (совместная разработка и согласование плана изменений).

Модель краткого профилактического консультирования, описываемая в этом пособии, опирается на новейшую версию МИ, в частности в том, что касается процессов побуждения к разговору и планирования. Основное внимание сосредоточено на том, чтобы обеспечить активное участие пациента. Хотя темой разговора является употребление алкоголя, акцент делается на том, чтобы получить от пациента разрешение прежде, чем переходить к сколько-нибудь детальному обсуждению этой темы.

Не существует минимального или достаточного «объема» подготовки для того, чтобы специалист-практик достиг определенного уровня компетентности в отношении МИ, и большинству практиков потребуется обучение, обратная связь по итогам практического применения и работа с тренером, прежде чем к ним придет уверенность в собственных силах. Хотя поддержка непрерывного обучения или подготовка специалистов-практиков к проведению МИ не входят сферу охвата данными учебными материалами, ведущие инициативы в области КПКА призваны рассматривать обучение как процесс формирования компетенции, а не как разовое событие.

Хотя для изучения и уверенного применения МИ может потребоваться много времени, некоторые исследования краткосрочных результатов являются обнадеживающими, поскольку показывают, что уменьшение частоты, с которой специалисты-практики дают пациенту в ходе консультации бесполезные (конфронтационного или директивного характера) ответы, с точки зрения результатов может быть не

¹ Наиболее свежее (третье) издание книги *Motivational Interviewing* [Мотивационное интервьюирование] переведено на несколько языков и рекомендуется для ознакомления инструкторам, проводящим этот курс (10).

менее важным, чем приобретенный навык эффективного МИ. Таким образом, основное внимание инструкторов, преподающих данный курс, должно быть сосредоточено на необходимости помочь специалистам-практикам в распознавании ситуаций, когда их стиль ведения беседы приобретает директивный, назидательный или отражающий несогласие с пациентом характер, в отличие от стиля активного, эмпатического слушания и руководства.

Типы краткого профилактического консультирования

Краткие профилактические консультации различаются по нескольким параметрам:

- Длительность: от 5 минут до нескольких сессий часовой или большей длительности
- Тон: совет в противовес наставлению
- Опора (или ее отсутствие) на МИ
- Опора (или ее отсутствие) на модель поэтапного изменения
- Внимание степени употреблением алкоголя (опасное/вредное/демонстрирующее зависимость употребление алкоголя).

Хотя продолжительность краткой профилактической консультации не предопределяет ее содержания или стиля, консультации лучше рассматривать в континууме (см. Рис. 2). Названия или сокращения могут использоваться разные, но всё это – краткие профилактические консультации. Модель краткого профилактического консультирования, представленная в этом учебном пособии, в полной мере описана в Разделе 4 и в раздаточном материале к этому разделу.

Рис. 2. Континуум кратких профилактических консультаций



Доказательства действенности и эффективности краткого профилактического консультирования

Несколько систематических обзоров показали, что КПКА оказывает воздействие на пациентов, в первую очередь в форме сокращения употребления алкоголя по самоотчетам (11–13). Кокрановский обзор 2007 г., который в настоящее время обновляется, проанализировал результаты 24 испытаний, проведенных в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, и 5 испытаний в учреждениях травматологической и неотложной помощи. При сложении всех 29 испытаний мета-анализ включал более 7 000 пациентов, средний возраст которых составил 43 года, которые в среднем сообщали об употреблении 306 г (30 стандартных порций) в неделю на входе и рандомизированно включались либо в группу получавших краткие профилактические консультации, либо в контрольную группу (11).

По прошествии года лица, получившие краткую профилактическую консультацию, сообщали о том, что в среднем употребляют на 38 г алкоголя (4 стандартных порции) в неделю меньше, чем представители контрольной группы. Польза была четче выражена у мужчин, чем у женщин, поскольку лишь 8 испытаний привели результаты с разбивкой по полу, из которых женщины были включены лишь в 5. Хотя авторы сочли краткие единичные (разовые) консультации столь же эффективными, как и консультирование на протяжении нескольких сессий, в рамках только одного испытания тестировалась 5-минутная консультация, а медианная продолжительность составляла 25 минут (причем ни в том, ни в другом случае не учитывалось время, отводимое на скрининг). Авторы также пришли к выводу, что не было различий в эффекте консультирования в исследованиях, которые проводились в обычной практике первичной медико-санитарной помощи (исследования эффективности), и тех, которые проводились в более «идеальных» условиях (исследования действенности) (11). Впоследствии имели место дебаты по поводу метода, используемого для классификации исследований таким образом (14), и, соответственно, по поводу того, можно ли применять базу данных в отношении краткого профилактического консультирования к повседневной практике первичной медико-санитарной помощи (15).

Более недавний систематический обзор, проведенный Jonas et al. для Целевой группы профилактических служб США, включал 23 испытания на уровне первичной медико-санитарной помощи (13). Был сделан вывод о том, что наиболее доказана эффективность кратких (10-15 минут) многоконттактных консультаций, таких как 2 сессии длительностью 15 минут у врача первичной медико-санитарной помощи с перерывом в 1 месяц, причем через 2 недели после каждой следовал 5-минутный телефонный разговор с медицинской сестрой.

Jonas et al. выяснили, что единичный краткий консультативный контакт (до 5 минут) или краткая консультация (до 15 минут) принесли меньший эффект или были неэффективны (13).

В мета-анализе Jonas et al., включавшем 10 исследований и 4322 пациентов, потребление в группе получавших консультации снизилось в сравнении с представителями контрольной группы по истечении более 12 месяцев на 50 г (5 стандартных порций), и на 11–12% меньше взрослых из группы получавших консультации сообщили о том, что выходят за стандартные пределы или время от времени выпивают слишком много. Было недостаточно фактических данных для того, чтобы оценить воздействие консультирования на происшествия, травматизм или связанные с употреблением алкоголя проблемы с печенью, и хотя отчетность была неоптимальной, практически или совсем не имелось свидетельств какого-либо вреда в результате краткого профилактического консультирования (13).

Что помогает эффективно внедрять КПКА в повседневную практику?

Осуществление может быть определено как процесс внедрения или интеграции основанных на фактических данных вмешательств в условиях конкретного медицинского учреждения (16). Наука осуществления - это самостоятельная дисциплина, и существует много моделей факторов и видов деятельности, которые могут влиять на то, действительно ли вмешательство осуществляется (16). Одной из таких моделей является Консолидированная рамочная основа для проведения научных исследований (Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)), в которой описываются факторы, влияющие на осуществление в пяти категориях или областях (17), которые полезны для рассмотрения множественных «рычагов», которые могут использоваться для поддержки осуществления КПКА в любых условиях. В их числе:

- характеристики консультирования (дизайн КПКА)
- внешние условия (более широкий политический, социальный и экономический контекст)
- внутренние условия (структурный, политический и культурный контекст осуществляющей организации)
- личностные характеристики (определенных специалистов-практиков)
- процесс осуществления (действия и стратегии, направленные на то, чтобы добиться осуществления).

Каждая из этих областей имеет подразделы. Модели, подобные CFIR, редко применяются к осуществлению КПКА. Williams et al. (2011 г.) выяснили, что исключительно высокие показатели скрининга в одной из программ КПКА были связаны со стратегиями осуществления на уровне областей внешних условий, внутренних условий и процесса осуществления в рамках CFIR (18).

Nilsen et al. также проанализировали стратегии осуществления КПКА, использовавшиеся в рамках опубликованных исследований и выявили четыре основные стратегии: печатные материалы; телемаркетинг; обучение; оказание поддержки специалистам-практикам. В целом, было установлено, что показатели осуществления «возрастали вместе с интенсивностью прилагаемых усилий, т.е. с увеличением объемов обучения и/или предоставляемой поддержки» (19). В рамках качественного обзора Johnson et al. выяснили, что «адекватные ресурсы; обучение и свободное от стереотипов выявление тех, кто подвержен риску» были главными «помощниками» в осуществлении КПКА на уровне первичной медико-санитарной помощи (20).

Недавно проведенное многострановое рандомизированное контролируемое исследование стратегий осуществления КПКА в системе первичной медико-санитарной помощи показало, что финансовые стимулы в сочетании с обучением и поддержкой эффективны в повышении показателей скрининга в рамках первичной медико-санитарной помощи и являются более эффективными, чем (а) только обучение и поддержка, (б) только финансовое возмещение, (в) электронный скрининг и краткие вмешательства и (г) лечение обычным образом (21). Среди этих стратегий осуществления наиболее экономически эффективным было финансовое стимулирование (22).

К сожалению, не в каждом случае можно считать, что увеличение зафиксированных случаев скрининга или краткого профилактического консультирования, за которым следует материальное поощрение, действительно отражает изменения в том, что происходит с пациентами, и какого рода воздействие такие изменения могут оказать на состояние пациентов. Материальное стимулирование может

увеличить число случаев скрининга или консультирования или может повысить вероятность того, что беседы, которые были бы проведены в любом случае, фиксируются и включаются в отчетность с целью получения материального возмещения (23). Или же такого рода поощрение вкупе с обучением может упорядочить скрининг или повысить качество таких бесед; однако без необходимого знания о том, какие из компонентов краткого профилактического консультирования наиболее эффективны, сложно решить, что именно следует поощрять (23). Поскольку такие отклонения, как намеренное введение в заблуждение и склонность к азартным играм, также относятся к числу распространенных рисков (24), несколько недавно проведенных в Великобритании исследований позволяют получить фактическое подтверждение того, что финансовое стимулирование может быть эффективным в целях повышения реальных показателей скрининга на уровне первичной медико-санитарной помощи (25–28).

Наконец, качественное исследование крупномасштабной национальной программы по КПКА, реализованной в Шотландии (Великобритания), показало, что лидеры в сфере осуществления не получали никакой подготовки в отношении какой-либо модели осуществления или связанной с этим науки и научились эффективным стратегиям осуществления «суровым путем» – методом проб и ошибок, хотя многие проблемы можно было предугадать заранее (29). Эти лидеры выявили пять стратегий, которые считают полезными для тех, кто планирует широкомасштабное внедрение КПКА в тех или иных условиях, а именно:

- наличие высокой цели применительно к числу КПКА за конкретный временной период с четким пониманием того, кто обеспечивает достижение этой цели;
- получение поддержки со стороны руководства с самых первых шагов;
- адаптация вмешательства с использованием прагматического, партнерского подхода, чтобы привести его в соответствие с текущей практикой;
- создание практичных и надежных систем регистрации, мониторинга и отчетности применительно к практической реализации еще до того, как начнется широкомасштабное осуществление
- установление тесных рабочих взаимоотношений с персоналом «первой линии», включая гибкие подходы к обучению и доступность поддержки (29).

Преодоление разрыва между фактическими данными и практикой

Хотя законодательные меры, направленные на ограничение ценовой и физической доступности, а также маркетинга алкогольной продукции, могут быть подкреплены более обширной доказательной базой, работники первичного звена медико-санитарной помощи ежедневно лечат тех, чье состояние может быть вызвано или усугублено употреблением алкоголя. Имеется достаточно доказательств того, что возможности помочь упускаются (30–33), но гораздо меньший объем фактических данных подсказывает, в какую форму должна быть облечена такая помощь и как наилучшим образом ее стимулировать или обучить специалистов-практиков ее оказанию (4,33–36).

Дальнейшие исследования, включая анализ аудиозаписей, сделанных (с разрешения) во время консультаций, могли бы дать возможность для оценки качества и позволили бы лучше понять механизмы, посредством которых подобные беседы могут успешно поддержать пациента на пути смены поведения (4,37). Необходимы также дополнительные исследования различных типов и моделей обучения и поддержки специалистов-практиков для того, чтобы ответить на вопросы о минимальном уровне компетентности и навыков, необходимом для того, чтобы КПКА было успешным (36).

Имеется ряд основных ограничений применительно к фактологической базе для краткого профилактического консультирования на уровне первичной медико-санитарной помощи, включая следующее.

- Результаты испытаний могут быть смещены в сторону нулевых значений, т.е. велика вероятность, что не будет обнаружено никакого эффекта, или будет обнаружен сниженный эффект краткого профилактического консультирования, поскольку на поведение участников контрольной группы могла повлиять оценка их злоупотребления алкоголем (13,38).
- Результаты испытаний могут быть смещены в сторону положительных значений, т.к. велика вероятность обнаружить положительное воздействие краткого профилактического консультирования, поскольку получавшие консультации участники склонны сообщить о сокращении употребления алкоголя, даже если их поведение не изменилось, зная, что именно этого от них и ждут (15). В поддержку этой гипотезы говорит отсутствие фактических данных применительно к реальному исходу для здоровья, как отмечено Jonas et al. (13).
- Мало известно о том, какие конкретные компоненты краткого профилактического консультирования эффективны в плане мотивации пациентов к изменениям (4,35), или о том, какие компоненты эффективны для разных пациентов, находящихся на разных уровнях проблемного употребления алкоголя, в рамках различных сценариев. Обзор Gaume et al. выявил перспективность следующих элементов: персонализированная обратная связь, попытки составить план изменений, совет, предложение альтернативных вариантов изменения и стратегий умеренности, озвучивание пациентом готовности к изменениям, восприятие нормы, несоответствие текущего поведения жизненным целям; но четких или последовательных фактических данных приведено не было (4).

Эти пробелы в знаниях настоятельно требуют от тех, кто рассматривает возможность реализации программы КПКА на национальном или региональном уровне, выделения ресурсов для проведения исследований и установления связей с исследователями, которые могут ориентироваться в сложностях существующей базы фактических данных.

Международная сеть по вопросам краткого консультирования в отношении алкоголя и других наркотиков² - это имеющая свободное членство сеть, объединяющая исследователей, специалистов-практиков и лиц, формирующих политику, интересующихся проблемами в данной области, которая может дать полезные рекомендации по данным вопросам. Международная конфедерация ассоциаций по исследованию алкоголя, табака и других наркотических веществ³ может помочь в установлении связи с исследователями.

Для того, чтобы обеспечить оптимальное использование времени и ресурсов службы здравоохранения, необходимо продолжать изучение путей наиболее эффективной поддержки специалистов-практиков и их пациентов в их усилиях по снижению рисков, связанных с вредным употреблением алкоголя. Уже определен круг вопросов, пока остающихся без ответа, однако это не означает, что специалисты-практики ничего не делают, пока продолжаются исследования. Тем, кто отвечает за реализацию программ КПКА, а также соответствующее обучение и поддержку, следует продумать, как разработать программы реализации таким образом, чтобы они способствовали расширению фактологической базы.

McCambridge & Saitz выявили ряд приоритетных направлений научных исследований, направленных на совершенствование путей решения проблем, связанных с употреблением алкоголя, силами систем здравоохранения (15). Это задает несколько полезных отправных точек.

- Что широкая публика понимает под нездоровым употреблением алкоголя, и каковы последствия такого понимания для восприимчивости к соответствующим вмешательствам?
- Как клиницисты видят свою роль в отношении нездорового употребления алкоголя и профилактики в более широком смысле, и как лучше разработать стратегию профилактики в рамках системы здравоохранения в целом?
- Какие знания и навыки необходимы клиницистам для профилактики и лечения последствий злоупотребления алкоголем?
- Каким образом профилактика и лечение нездорового употребления алкоголя может осуществляться в контексте сопутствующих заболеваний, множественных форм сопряженного с риском поведения и состояний, а также неравенств в отношении здоровья?
- Какой объем лечения более тяжелых нарушений, связанных с употреблением алкоголя, должен проводиться на уровне общей практики, и какова роль специализированных служб?
- Насколько может быть повышена эффективность мер в отношении употребления алкоголя в сравнении с существующей медицинской помощью, и как решаются вопросы экономической эффективности и экономии затрат?

В тех случаях, когда КПКА уже ведется, исследования должны быть посвящены качеству таких консультаций. Предоставление аудиозаписей таких консультаций (с согласия пациента) может быть поручено в рамках обучения или программ финансового стимулирования, чтобы эти записи можно было использовать для оценки качества, соответствия содержания результатам, а также в целях развития навыков специалистов-практиков (39,40). В тех случаях, когда ведется электронная история болезни пациентов, в сотрудничестве с исследователями могут быть разработаны четкие и надежные системы записи и мониторинга кратких профилактических консультаций и регистрации результатов, чтобы в дальнейшем они могли использоваться в ходе исследований.

Как минимум, для эффективного мониторинга потребности в консультировании и ее удовлетворения необходимо собирать данные о демографических характеристиках пациентов, числе проведенных

² The International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs [вебсайт]. Барселона: Правительство Каталонии, Департамент здравоохранения (секретариат); 2017 г. (www.inebria.net, по состоянию на 20 сентября 2017 г.).

³ International Confederation of ATOD Research Associations [вебсайт]. Storrs (CT): Коннектикутский университет; 2017 г. (www.icara.uconn.edu, по состоянию на 20 сентября 2017 г.).

скринингов с помощью теста AUDIT, баллов AUDIT, числе положительных результатов в соответствии с AUDIT, числе предоставленных кратких профилактических консультаций, а также о числе направлений в другие службы или иных действиях, предпринятых в результате консультирования. Данные последующего наблюдения за уровнем употребления пациентами алкоголя, а также любые клинические тесты также помогут оценке.

По мере возможности, следует избегать повсеместного развертывания одной и той же программы реализации и обучения одновременно, скорее следует спланировать сопоставимые пилотные программы меньшего масштаба, которые позволят проанализировать достоинства различных подходов. Многие программы подготовки инструкторов имеют успех, пока обучение проходят лица, с энтузиазмом относящиеся к будущей роли инструктора, но не приводят к изменениям на уровне системы в целом, что позволило бы этим инструкторам работать со специалистами-практиками первичного звена; либо не приводят к тому, чтобы специалисты-практики первичного звена действительно внесли изменения в свою практику.

Планирование в целях осуществления КПКА

Примите во внимание все аспекты, подчеркнутые в приведенном выше анализе исследований, посвященных вопросам осуществления. Работа с использованием научно обоснованной рамочной основы, такой как CFIR, на старте программы будет способствовать повышению ваших шансов на успех. В отличие от CFIR, вопросы, поднятые в этом кратком введении, не составляют исчерпывающего списка аспектов, требующих учета, а лишь отражают опыт авторов и составителей данного пособия.

Сторонники

Важно как можно раньше по ходу осуществления программы выявить увлеченных и заинтересованных лиц более высокого уровня и вовлечь их в усилия по ее реализации. Таких сторонников можно найти с помощью имеющихся заинтересованных организаций, государственных органов или профессиональных групп. Они могут использовать свои контакты на уровне местных систем и сетей первичной медико-санитарной помощи для того, чтобы определить, кто поможет добиться изменений системного уровня, необходимых для поддержки повседневного осуществления КПКА по окончании обучения.

Идеальными сторонниками (и потенциальными инструкторами) являются клиницисты руководящего уровня из местных служб или профессиональных и правительственных организаций, уполномоченных поддерживать специалистов-практиков первичного звена и способствовать их профессиональному росту. Для того, чтобы привлечь к работе эту категорию специалистов, могут потребоваться значительные усилия по обоснованию необходимости скрининга и краткого профилактического консультирования в отношении употребления алкоголя на национальном уровне, а также среди лидеров профессиональных групп. Этому следует уделить время непосредственно на старте программы. В противном случае возникает риск, что (i) для реализации программы будут подготовлены инструктора, но будет слишком мало или вообще не будет специалистов-практиков, которых им следует обучать, и со временем их уверенность в собственных силах будет слабеть, или (ii) специалисты-практики будут обучены проведению КПКА, но проводить реальную работу не смогут в силу отсутствия системной поддержки.

Службы

В Разделе 6 данного курса обучения вас просят предоставить специалистам-практикам местный или национальный протокол или клинический протокол ведения больного с зависимостью на уровне первичной медико-санитарной помощи. Там должно быть указано, какое лечение рекомендуется, какие службы должны существовать, какие услуги поддержки и/или взаимопомощи и восстановления доступны, и каким образом персонал первичного звена медико-санитарной помощи может поддерживать пациентов в поиске адекватного содействия для излечения от алкогольной зависимости.

Планирование на системном уровне

Для осуществления СКПК в рамках системы (будь то единичная практика или национальная служба первичной медико-санитарной помощи) необходимо систематическое планирование, включая учет следующих аспектов.

Политика должна четко оговаривать, каким образом программа КПКА вписывается в более широкий круг мероприятий в отношении употребления алкоголя, таких как контроль цен, доступности и маркетинга, а также в спектр иных местных инициатив. Это помогает всем участникам рассматривать программу как часть более широкомасштабной партнерской работы и может послужить укреплению вовлеченности и приверженности.

Объединение СКПК с другими инициативами в области здорового образа жизни, такими как борьба с курением и ожирением, может помочь добиться поддержки. Следует также продумать, как программа согласуется и может способствовать достижению прогресса в отношении других государственных, местных или иных приоритетных программ (таких как сокращение преступности, транспортная безопасность и защита детей).

Важное значение имеет *проработка* содержания, длительности и целевой аудитории КПКА. Необходимо произвести тщательный и детальный учет существующей практики и систем применительно к алкоголю, любых дополнительных или альтернативных инициатив, а также имеющихся фактических данных.

Важно иметь в наличии четкую *систему осуществления*, с распределением обязанностей и пониманием протоколов осуществления СКПК и направления на более структурированное лечение там, где это возможно.

Наряду с доказательствами полезности должна быть представлена объективная оценка *стоимости и* последствий осуществления КПКА с точки зрения *ресурсов* (включая время); следует также обдумать, что могло бы служить источником дополнительных ресурсов (по мере возможности). Доказательства экономической эффективности КПКА, приведенные выше, должны послужить основанием для финансирования.

Следует обдумать, каким образом персонал сможет выделить время на прохождение *обучающих курсов*, и будут ли централизованно компенсироваться их услуги или время.

Планирование обучения инструкторов

Ответственность за проведения программ обучения для инструкторов

Обучение инструкторов, вероятно, лучше всего проведет пара или группа опытных инструкторов, обладающих глубоким пониманием проблемы употребления алкоголя и СКПК, умением оказать поддержку при изучении широкого спектра методов, описываемых в учебном пособии, и способностью уверенно вести обсуждение возможных трудностей. В идеале, поддержка программы обучения инструкторов должна исходить также от представителей местных специализированных служб и специалистов местных органов руководства здравоохранением.

Лица, которых необходимо привлечь к прохождению курса подготовки инструкторов и дальнейшему обучению специалистов-практиков

Это учебное пособие не заменит опыта преподавания и необходимых навыков и лучше всего будет служить подспорьем инструкторам, уже имеющим опыт эффективного преподавания и интерактивного обучения. Необходимо набрать команду увлеченных людей, обладающих навыками, полномочиями и ресурсами для проведения обучения и, предпочтительно, для оказания поддержки своим коллегам и иным специалистам при осуществлении КПКА. В качестве потенциальных инструкторов могут рассматриваться следующие группы специалистов:

- врачи общей практики: в особенности те, кто:
 - выполняет роль преподавателя в рамках системы первичной медико-санитарной помощи
 - специализируется на проблемах, связанных с употреблением алкоголя, или интересуется ими, и/или
 - специализируется или интересуется проблемами здорового образа жизни и изменения поведения;
- специалисты сестринской службы: в особенности те, кто:
 - выполняет роль преподавателя в рамках своей профессии, и/или
 - специализируется на проблемах, связанных с употреблением алкоголя, или интересуется ими;
- специалисты общественного здравоохранения: в особенности те, кто:
 - специализируется на вопросах здорового образа жизни и изменения поведения или интересуется ими
 - специализируется на проблемах, связанных с употреблением алкоголя, или интересуется ими, и/или
 - играет руководящую или ответственную роль в области профилактики или первичной медико-санитарной помощи;
- другие заинтересованные представители руководящего звена здравоохранения, в частности имеющие полномочия в области проблем, связанных с употреблением алкоголя, например, специалисты по болезням печени; челюстно-лицевые хирурги; травматологи, консультанты в области психического здоровья;

- ведущие преподаватели или специалисты в системе здравоохранения – в особенности те, кто отвечает за организацию и проведение обучения работников здравоохранения на уровне первичного звена медико-санитарной помощи.

Приглашая таких специалистов к прохождению учебного курса, необходимо сразу четко оговорить требования и ожидания, связанные с участием в обучении. Они включают:

- выполнение роли пропагандиста при наборе коллег и специалистов первичного звена здравоохранения для участия в программе обучения ПКПА;
- прохождение курса обучения инструкторов и участие в ознакомлении с материалами, предваряющими курс, по мере их предоставления;
- обязательство вести обучение СКПК в рамках своей системы;
- заполнение оценочных форм по мере необходимости;
- поддержку и содействие в ходе дальнейшего мониторинга и оценки.

Примерная программа обучения для инструкторов

Предлагаемая примерная программа курса обучения для инструкторов рассчитана на 2 дня.

ДЕНЬ 1	
8:30–9:00	<i>Регистрация участников</i>
9:00–9:30	Официальное приветствие и представление программы
9:30–9:45	Исходная информация о программе КПКА <i>Организатор высокого уровня/сторонник</i>
9:45–10:15	Знакомство с участниками, ожидания и суть обучения инструкторов
10:15–11:15	Представление КПКА: основные концепции, данные научных исследований и реализация Обзорная информация об учебном пособии <i>Общее обсуждение</i>
11:15–11:45	<i>Перерыв на кофе</i>
11:45–12:45	Отношение к алкоголю – задание для участников (40 минут) Комментарии инструкторов (20 минут) <i>Работа в малых группах и общее обсуждение</i>
12:45–13:45	<i>Перерыв на обед</i>
13:45–14:40	Воздействие алкоголя, меры и вред употребления (40 минут) Комментарии инструкторов (15 минут) <i>Работа в малых группах и общее обсуждение</i>
14:40–15:30	Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя: цели, навыки, изменение практики <i>Обсуждение и работа в малых группах</i>
15:30–15:50	<i>Перерыв на кофе</i>
15:50–16:20	Комментарии тренеров к предшествующему занятию <i>Общее обсуждение</i>

16:20–16:50	Приступаем: начинаем разговор об алкоголе Комментарии инструкторов <i>Индивидуальная и общая работа и обсуждение</i>
16:50–17:00	<i>Обобщение, обсуждение дня 1</i>
ДЕНЬ 2	
9:00–9:15	Итоги, вопросы, возникшие проблемы
9:15–10:15	Скрининг и обратная связь с использованием теста AUDIT <i>Презентация и ролевая игра в парах</i>
10:15–10:45	Скрининг и обратная связь: комментарии инструкторов <i>Общее обсуждение</i>
10:45–11:15	<i>Перерыв на кофе</i>
11:15–12:30	Основные навыки краткого профилактического консультирования <i>Общее обсуждение и работа в парах с последующим перерывом на кофе</i> Комментарии инструкторов (15 минут) <i>Общее обсуждение</i>
12:30–13:15	Основные навыки – поддержка пациентов, страдающих зависимостью Клиницист руководящего уровня, имеющий опыт лечения страдающих зависимостью пациентов на уровне первичного звена медико-санитарной помощи <i>Работа в малых группах</i>
13:15–14:15	<i>Перерыв на обед</i>
14:15–15:15	Краткое профилактическое консультирование на практике: ролевая игра <i>Ролевая игра в группах по трое</i>
15:15–15:35	<i>Перерыв на кофе</i>
15:35–16:00	Ролевая игра – комментарий специалиста-практика <i>Общее обсуждение</i>
16:00–16:30	Проведение финальной ролевой игры: подготовка, организация, наблюдение и предоставление конструктивной обратной связи. Раздача дополнительных материалов по тематике основных навыков консультирования, если они необходимы <i>Общее обсуждение</i>
16:30–17:00	Итоги, обобщение, оценка

Планирование учебных занятий для специалистов-практиков

Было бы полезно встроить обучение в уже существующие программы подготовки или профессионального развития и добиться аккредитации и утверждения со стороны соответствующих профессиональных и занимающихся вопросами здравоохранения организаций, институтов и образовательных учреждений. Необходимо учитывать следующие элементы.

- *Целевую аудиторию* данного учебного пособия составляют специалисты первичного звена медико-санитарной помощи, в первую очередь врачи и медицинские сестры, работающие «на передовой» общей практики/универсальных служб здравоохранения.
- *Размер группы* в рамках каждого учебного курса составит примерно 15 специалистов-практиков при наличии знающего и опытного инструктора, у которого будут помощники - ведущие, обучение, с учетом определенной адаптации материалов, можно проводить в гораздо более многочисленных группах. По мере увеличения размеров группы будет сокращаться возможность получения обучающимися проведения КПКА индивидуальной обратной связи и, соответственно, польза от нее. Эту ситуацию можно смягчить путем планирования продуманной обратной связи по ходу практики, следующей за обучением и/или дальнейшего коучинга для специалистов-практиков.
- Курс обучения носит интерактивный характер, поэтому *помещение* должно быть достаточно большим для того, чтобы разместить участников, работающих в малых дискуссионных группах, а также для того, чтобы они могли разойтись, работая в парах и тройках, и не мешать соседней группе. Потребуется оборудование для работы в формате PowerPoint и флипчарты (как при обучении инструкторов, так и во время проведения курса для специалистов-практиков).
- Некоторые аспекты *оценки*, которые следует продумать, перечислены ниже, а в раздел *Материалов для использования по окончании курса* включен образец формы для оценки курса обучения. Как оценить успех обучения? Существует целый ряд способов проведения такой оценки, причем некоторые из этих способов являются более эффективными, чем другие. Оценка процесса может быть проведена легко, однако оценить результаты может оказаться сложнее. Раздаваемые участникам в конце курса анкеты могут помочь в сборе первых впечатлений, но не смогут отразить реальное воздействие обучения на навыки СКПК и их дальнейшее применение. Важно совместно с инструкторами провести дальнейшую оценку обучения, осуществляемого на основе освоения программы по обучению инструкторов, а также проанализировать, действительно ли и каким образом специалисты-практики первичного звена применяют КПКА (используя при этом данные мониторинга, как это определено выше).

Блок-схема в Раздаточном материале 4.1 определяет ключевые этапы КПКА в соответствии с тем, как они излагаются в этом пакете учебных материалов. Таблица 3 разъясняет, как обозначенные на блок-схеме этапы (см. Рис. 2) соотносятся с различными учебными заданиями данного пособия.

Таблица 3. Как этот учебный курс охватывает этапы краткой профилактической консультации

Этап на блок-схеме	Учебное задание	Независимо от этапа
1. Вовлечь и ввести в тему	Раздел 3. Воздействие алкоголя, употребление и вред Раздел 5. Начало разговора об алкоголе	
2. Скрининг и обратная связь	Раздел 3. Воздействие алкоголя, употребление и вред Раздел 6. Скрининг и обратная связь с использованием теста AUDIT	Раздел 2. Отношение к алкоголю Раздел 4. Цели КПК, навыки и практика изменений
3. Слушать и отвечать	Раздел 7. Основные навыки краткого профилактического консультирования	Раздел 8. Практическое занятие по КПК
3а. Побуждение	Раздел 6. Скрининг и обратная связь с использованием теста AUDIT	
3б. Планирование	Раздел 7. Основные навыки краткого профилактического консультирования	
Выход/приостановка в любое время		

Цель и задачи учебного курса для специалистов-практиков

Цель

Цель учебного курса для специалистов-практиков состоит в том, чтобы, опираясь на имеющиеся у специалистов-практиков навыки, обучить их компетентно, уверенно и адекватно поднимать и решать вопросы употребления алкоголя со своими пациентами с помощью СКПК.

Задачи

По итогам этого курса участники смогут:

1. обдумать свое собственное отношение к алкоголю и отношение к алкоголю других людей, а также то, как они могут повлиять на ситуацию, практикуя краткое профилактическое консультирование по вопросам употребления алкоголя;
2. обозначить, каким образом употребление алкоголя наносит вред физическому и психическому здоровью пьющего, а также как оно влияет на окружающих пьющего людей и общество в целом;
3. назвать национальные и/или международные руководства в отношении употребления алкоголя и оценить число «стандартных порций» в различных напитках, содержащих алкоголь;
4. понимать основные принципы носящего мотивационный характер обсуждения поведенческих изменений с конкретными людьми, а также разбираться в основных элементах СКПК по вопросам употребления алкоголя;
5. размышлять о проблемах и возможностях, которые СКПК по вопросам употребления алкоголя могут принести им самим, их практике и организации, а также их пациентам;
6. знать о многообразии способов, которые могут быть использованы для того, чтобы поднять вопрос употребления алкоголя в беседе с теми, кому может быть полезна краткая профилактическая консультация или иная поддержка в связи с проблемой, вызванной употреблением алкоголя;

7. уметь точно и объективно оценивать уровни и модели употребления алкоголя со своими пациентами и предоставлять соответствующую обратную связь с помощью теста AUDIT-C и полного скринингового инструмента AUDIT;
8. быть в курсе возможных мер реагирования, услуг и источников поддержки для отдельных лиц по всему спектру проблем, связанных с употреблением алкоголя;
9. понимать, какие навыки необходимы для краткого мотивационного интервьюирования: вовлечение, побуждение к разговору об изменениях; выявление вариантов и планирование изменений;
10. получить возможность наблюдать, практиковать и обсуждать применение СКПК.


Предлагаемая программа для обучения специалистов-практиков

ДЕНЬ 1	
8:30–9:00	<i>Регистрация участников</i>
9:00–9:30	Официальное приветствие и представление программы Исходная информация о программе КПКА <i>Организатор высокого уровня/сторонник</i>
9:30–9:50	Раздел 1. Введение, обзор курса и групповое соглашение <i>Обсуждение</i>
9:50–10:30	Раздел 2. Отношение к алкоголю <i>Обсуждение в малых группах</i>
10:30–11:00	<i>Перерыв на кофе</i>
11:00–11:40	Раздел 3. Воздействие алкоголя, меры и вред употребления <i>Презентация и групповой опрос</i>
11:40–12:20	Раздел 4. КПКА: цели, навыки и практика изменений <i>Обсуждение и работа в малых группах</i>
12:20–12:45	Раздел 5. Начало разговора об алкоголе <i>Обсуждение и индивидуальная работа</i>
12:45–13:45	<i>Перерыв на обед</i>
13:45–14:45	Раздел 6. Скрининг и обратная связь с использованием теста AUDIT <i>Презентация и работа в парах</i>
14:45–15:30	Раздел 7. Основные навыки краткого профилактического консультирования <i>Презентация и работа в парах</i>
15:30–15:50	<i>Перерыв на кофе</i>
15:50–17:05	Раздел 8. Практическое занятие по краткому профилактическому консультированию <i>Работа в группах по трое</i>
17:05–17:30	Итоги, оценка, окончание курса

Учебные материалы по курсу обучения инструкторов/специалистов-практиков перечислены в Таблице 4.

Таблица 4. Учебные материалы по курсу обучения инструкторов/специалистов-практиков

Раздел	Формат	Время
1 Введение, обзор курса и групповое соглашение	Обсуждение	20 минут
2 Отношение к алкоголю	Обсуждение в малых группах	40 минут
3 Воздействие алкоголя, употребление и вред	Презентация и групповой опрос	40 минут
4 КПКА: цели, навыки и практика изменений	Обсуждение и работа в малых группах	40 минут
5 Начало разговора об алкоголе	Обсуждение и индивидуальная работа	25 минут
6 Скрининг и обратная связь с использованием теста AUDIT	Презентация и работа в парах	60 минут
7 Навыки краткого профилактического консультирования: побуждение и планирование	Презентация и работа в парах	45 минут
8 Практическое занятие по краткому профилактическому консультированию	Работа в группах по трое	75 минут



Учебные материалы

Раздел 1: Введение, обзор курса и групповое соглашение (20 минут)

Результаты обучения

После изучения Раздела 1 участники:

- будут знакомы с основной целью и структурой этого учебного курса;
- представятся и расскажут о своих ожиданиях от курса;
- согласятся принять определенные правила работы в группе в целях создания положительной атмосферы обучения.

Что вам необходимо

- Программа курса (которую инструктор готовит заранее).
- *Раздаточный материал 1.1 Цель и задачи курса* (1 экземпляр для каждого из участников).
- *Раздаточный материал 1.2 Предлагаемые правила работы в группе*.
- Слайды 2–8 из презентации в формате PowerPoint; возможность вывода презентации на экран.
- Бумага для флипчарта, маркеры.

Подготовка

- Подготовьте программу курса в соответствии с имеющимся в наличии временем и приоритетами.
- Повторите исходную информацию и обоснование для этого обучения, обратившись к разделу «Введение для инструкторов» в этом пособии.
- Адаптируйте *Раздаточный материал 1.1 Цель и задачи курса* так, чтобы отразить длительность и фокус вашего курса.
- Ознакомьтесь со слайдами 2 – 8 и *Раздаточным материалом 1.2 Предложения по достижению согласия в группе*.
- Напишите слово «ожидания» как заголовок на листе флипчарта.

Процесс

1. поприветствуйте участников, представьтесь в качестве инструктора и вкратце изложите исходную информацию о курсе, используя подготовленные заранее заметки (слайд 3).
2. Попросите участников представиться группе (слайд 4), указав:
 - *имя;*
 - *должность, и чем они занимаются;*
 - *ожидания от обучения.*
3. Фиксируйте ожидания на флипчарте по мере того, как участники их озвучивают. Когда все выскажутся, объясните, что по ходу обучения вы, по мере возможности, постараетесь ответить на эти ожидания, а в конце курса будет отведено отдельное время разбору того, отвечало ли обучение ожиданиям

участников или нет. Если поднимаются вопросы, которые заведомо не будут охвачены во время обучения, разъясните это и постарайтесь направить участника к такому источнику обучения, который отвечал бы на такой вопрос.

4. Раздайте *Раздаточный материал 1.1 Цель и задачи курса* и проговорите все эти цели и задачи (слайд 5), а также приведите определение краткого профилактического консультирования (слайды 6 и 7).
5. Проясните организационные вопросы, включая:
 - расположение туалетных комнат
 - правила пожарной безопасности, расположение аварийных выходов и действия в случае возникновения экстренной ситуации
 - необходимость отключить мобильные телефоны
 - организацию перерывов на чай/кофе и на обед
 - правила в отношении курения
 - любую другую информацию организационного свойства.
6. Выдайте каждому из участников копию *Раздаточного материала 1.2 Предложения по достижению согласия в группе*. Поясните, что это вполне очевидные нормы, в принципе характеризующие поведение профессионала, но лучше прояснить их с самого начала, на случай если возникнут какие-либо осложнения (слайд 8).
7. Спросите участников, хотят ли они что-нибудь добавить к этому списку. Если да, – дополните список. Спросите, все ли согласны придерживаться этих правил на протяжении курса.

Раздаточный материал 1.1. Цель и задачи курса

Цель

Цель этого курса состоит в том, чтобы, опираясь на имеющиеся у специалистов-практиков навыки, обучить их компетентно, уверенно и адекватно поднимать и решать вопросы употребления алкоголя со своими пациентами с помощью СКПК.

Задачи

По итогам этого курса участники смогут:

1. обдумать свое собственное отношение к алкоголю и отношение к алкоголю других людей, а также то, как они могут повлиять на ситуацию, практикуя краткое профилактическое консультирование по вопросам употребления алкоголя;
2. обозначить, каким образом употребление алкоголя наносит вред физическому и психическому здоровью пьющего, а также как оно влияет на окружающих пьющего людей и общество в целом;
3. назвать национальные и/или международные руководства в отношении употребления алкоголя и оценить число «стандартных порций» в различных напитках, содержащих алкоголь;
4. понимать основные принципы носящего мотивационный характер обсуждения поведенческих изменений с конкретными людьми, а также разбираться в основных элементах СКПК по вопросам употребления алкоголя;
5. размышлять о проблемах и возможностях, которые СКПК по вопросам употребления алкоголя могут принести им самим, их практике и организации, а также их пациентам;
6. знать о многообразии способов, которые могут быть использованы для того, чтобы поднять вопрос употребления алкоголя в беседе с теми, кому может быть полезна краткая профилактическая консультация или иная поддержка в связи с проблемой, вызванной употреблением алкоголя;
7. уметь точно и объективно оценивать уровни и модели употребления алкоголя со своими пациентами и предоставлять соответствующую обратную связь с помощью теста AUDIT-C и полного скринингового инструмента AUDIT;
8. быть в курсе возможных мер реагирования, услуг и источников поддержки для отдельных лиц по всему спектру проблем, связанных с употреблением алкоголя;
9. понимать, какие навыки необходимы для краткого мотивационного интервьюирования: вовлечение, побуждение к разговору об изменениях; выявление вариантов и планирование изменений;
10. получить возможность наблюдать, практиковать и обсуждать применение СКПК.

Раздаточный материал 1.2. Предложения по достижению согласия в группе

- ✓ *Уважайте друг друга, даже если возникают разногласия.* Мы должны признавать личностное многообразие и учитывать наши различия. Обсуждение употребления алкоголя и связанных с этим проблем является деликатной темой и может вызывать сильные чувства и эмоции. Важно признавать и принимать эти различия и право друг друга выражать свои взгляды и чувства, даже если мы не всегда согласны с ними.
- ✓ *Избегайте резких замечаний (пренебрежительного или унижающего отношения к людям).* Если мы не согласны с точкой зрения или мнением, мы все имеем право оспаривать эту точку зрения. Мы также должны уважать право людей выражать эту точку зрения или мнение, даже если мы не согласны с ними. Поэтому мы должны оспаривать именно точку зрения или поведение, а не судить самого человека. Мы также ответственны за то, чтобы анализировать то воздействие, которое наши взгляды и поведение оказывают на других людей и их чувства, и влиять на него.
- ✓ *Выслушивайте других, не прерывая.* Каждому должны быть предоставлены равные возможности участвовать в разговоре и быть выслушанным. Люди должны иметь возможность говорить и выражать свои взгляды и мнения, и им не должны мешать в этом. Данный курс был разработан таким образом, чтобы все могли принимать в нем участие в равной степени.
- ✓ *Приходите вовремя.* Как преподаватели мы будем заканчивать учебный день вовремя, и ожидаем, что участники также будут вовремя возвращаться после перерывов.
- ✓ *Принимайте активное и конструктивное участие.* Чем больше мы вкладываем в обучение, тем больше мы от него получим. Учебный курс задуман как интерактивный, с большими возможностями для активного участия и обмена информацией и знаниями, и возможностью учиться друг у друга. Мы считаем своей обязанностью организовать все виды деятельности и практическое занятие наилучшим образом, чтобы максимизировать наше собственное обучение и, если кому-то потребуется, активно давать конструктивные комментарии.
- ✓ *При необходимости задавайте вопросы.* Мы пришли к преподаванию с разных отправных точек. Каждый участник должен быть уверен в том, что ему все понятно, задавая вопросы, когда что-то не ясно или нужна дополнительная информация.
- ✓ *Уважайте конфиденциальность.* Важно, чтобы люди чувствовали себя комфортно, выражая свои взгляды и мнения, зная, что все сказанное не будет передано другим лицам вне рамок учебного курса. Участники не обязаны делиться какой-либо личной информацией о своем собственном поведении или поведении членов своей семьи, или коллег, если они считают это не комфортным для себя. Вся личная информация, которой поделились участники, должна оставаться конфиденциальной, включая информацию или мнения об организациях или пациентах.
- ✓ *Пройдите курс с удовольствием.* Мы учимся лучше всего, когда мы не напряжены и получаем удовольствие. От каждого участника зависит, чтобы занятие были приятным, для этого следует участвовать во всех видах деятельности, высказывать свое мнение и, когда возможно, давать комментарии и высказывать предложения.

Раздел 2. Отношение к алкоголю

(40 минут)

Результаты обучения

После изучения Раздела 2 участники обдумают свое собственное отношение к алкоголю и отношение к алкоголю других людей, а также то, каким образом они могли бы воздействовать на ситуацию, практикуя краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя.

Что вам необходимо

- *Раздаточный материал 2.1. Отношение к алкоголю – задание* (1 экземпляр для каждого из участников).
- *Раздаточный материал 2.2. Отношение к алкоголю - примечания* (1 экземпляр для каждого из участников).
- Слайды 9-11.

Подготовка

- Обдумайте свои собственные чувства применительно к этим утверждениям и прочитайте *Раздаточный материал 2.2. Отношение к алкоголю - примечания*. Будьте готовы изложить эту информацию участникам наряду с любой другой имеющейся у вас информацией.

Процесс

1. Разделите участников на группы по 3-5 человек.
2. Разъясните следующее (слайд 10).
 - Каждой группе будет предоставлен список утверждений, отражающих отношение к алкоголю – примеры того, что могут сказать люди применительно к различным видам употребления спиртного, соответствующей политике и рискам.
 - Каждой группе следует по очереди обсудить каждое из утверждений и решить, согласны они или не согласны со сказанным. Если согласия достичь не получается, или не имеется до статочных аргументов «за» и «против», можно выбрать ответ «не уверен».
 - Не существует «правильных» или «неправильных» ответов. Важно именно обсуждение.
 - Каждая группа должна быть готова рассказать о принятых решениях, особенно применительно к утверждениям, по которым возникли противоречия.
3. Обеспечьте каждого из участников копией *Раздаточного материала 2.1 Отношение к алкоголю – задание*. При использовании листа с заданием поясните, что группе необходимо заполнить ОДИН общий лист с заданием, а не работать каждому по отдельности. Попросите группы начинать обсуждение с разных утверждений, например, группа 1 начинает с №1, группа 2 – с №4, группа 3 – с №7.
4. Если группа быстро приходит к решению, попросите их вообразить, какой могла бы быть иная точка зрения и почему. Напомните группам, что именно обсуждение является самой важной частью раздела, поэтому торопиться закончить первыми не нужно!
5. Прислушивайтесь к обсуждению, чтобы отобрать вопросы/мифы, на которых можно будет остановиться, комментируя это практическое задание. После 10-15 минут (или иного отведенного

вами времени) завершите обсуждение и переходите к его разбору в соответствии с рекомендациями, приведенными ниже. Если группы закончат быстрее, завершите изучение раздела раньше.

Разбор

- Попросите всех участников выслушать, как каждая из групп по очереди расскажет о том из утверждений, которое вызвало наиболее жаркую дискуссию, обозначив поднятые вопросы и причины для их обсуждения. Подскажите следующее.
 - Спросите, что вызвало противоречия.
 - Ссылайтесь на положения, подчеркнутые в *Раздаточном материале 2.2. Отношение к алкоголю - примечания*.
 - Упомяните любые интересные соображения, которые вам удалось услышать по ходу обсуждения.
 - Если группы легко пришли к единому мнению в отношении того или иного утверждения, спросите, могут ли участники представить себе тех, кто придерживается противоположного мнения, и, если ответа не последует, приведите примеры сами.
 - Спросите, какого мнения придерживаются другие группы.
- Постарайтесь разобрать как можно больше утверждений в отведенное для этого время. Поясните, что все получают раздаточный материал с примечаниями по всем утверждениям.
- Подчеркните особенности лексики, использовавшейся в утверждениях применительно к употреблению алкоголя – например, «чрезмерное употребление алкоголя», «крепко пьющий», «избыточное употребление алкоголя», «проблемы с алкоголем». Укажите на то, что многие из этих терминов носят субъективный характер. Поясните, что риски употребления алкоголя на том или ином уровне будут рассматриваться далее в ходе курса.
- Завершите Раздел 2, спросив:
 - каковы ощущения участников в связи с этим разделом
 - считают ли они вопрос отношения важным
 - как, по их мнению, отношение может повлиять на их работу.
- Выдайте каждому из участников *Раздаточный материал 2.2. Отношение к алкоголю - примечания*.

Основные моменты (слайд 11)

- Наше отношение к алкоголю, к рискам, связанным с употреблением алкоголя, а также к различным уровням потребления или различным типам людей, употребляющих алкоголь, влияют на то, каким образом и когда мы будем проводить краткое профилактическое консультирование.
- Краткие профилактические консультации могут помочь отдельным людям сделать осознанный выбор в отношении употребления ими алкоголя, но не могут служить заменой популяционным стратегиям (цена, доступность, маркетинг).
- Эмпатия к пациентам, употребляющим алкоголь, является основным принципом успеха краткого профилактического консультирования.

Раздаточный материал 2.1. Отношение к алкоголю – задание

Всей группой обсудите и подумайте, согласны ли вы в основном с утверждением или не согласны, - и примите общее решение по каждому из них. Вы можете выбрать «Не уверен», если нет консенсуса, или вы видите много доводов «за» и «против».

Утверждение	Согласен	Не уверен	Не согласен
1. Все равно от чего-нибудь умрешь, поэтому нужно радоваться жизни и не слишком прислушиваться к советам по поводу образа жизни.			
2. Рекомендации в отношении алкоголя и здоровья так часто меняются, что бессмысленно пытаться им следовать.			
3. Много пьющего человека видно сразу.			
4. Проблемы, связанные с алкоголем, влияют на детей и молодежь сильнее, чем курение.			
5. Чрезмерное употребление алкоголя заложено в нашей культуре и будет там всегда.			
6. Невежливо не поддержать компанию, если вам предлагают выпить.			
7. Повышенное внимание к алкоголю неоправдано - наркотики вызывают гораздо больше проблем			
8. Повышенное внимание к алкоголю неоправдано - наркотики вызывают гораздо больше проблем.			
9. Находящемуся в стрессовом состоянии алкоголь помогает расслабиться.			
10. Мужчины и женщины пьют по-разному, думают об алкоголе по-разному, и осуждают их за употребление алкоголя тоже по-разному.			
11. Много пьющий человек не изменится после одной беседы; таким людям необходимо интенсивное лечение у специалиста.			
12. Неэтично советовать «пить поменьше» человеку, для которого алкоголь – это «единственная радость».			

Раздаточный материал 2.2. Отношение к алкоголю - примечания

1. *Все равно от чего-нибудь умрешь, поэтому нужно радоваться жизни и не слишком прислушиваться к советам по поводу образа жизни.*

 - У каждого человека свои ценности применительно к образу жизни, здоровью и риску, но многие люди делают этот выбор без полного представления о его последствиях. КПКА заставляют людей задуматься о том, как употребление ими алкоголя соответствует их ценностям и целям, как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе, и помогают им сделать выбор, который они считают правильным для себя.
 - Д-р Peter Tate указывает на то, что все пациенты – живые люди, и все они разные, поэтому их выбор может не совпадать с вашим. В этой связи очень важно, чтобы специалисты в области здравоохранения, придерживаясь определенной точки зрения, не рассчитывали на то, что их пациенты непременно с ней согласятся (41). Стереотипное восприятие людей не приносит пользы, но стоит задуматься о существовании пациентов, склонных к крайности, например:
 - желающих самостоятельно принимать решения и верящих, что они могут влиять на свое здоровье (внутреннее регулирование);
 - ждущих, что им расскажут, что делать, и склонных к фатализму (внешнее регулирование);
 - верящих, что все под вашим контролем, и не желающих вмешиваться (могущество окружающих).
 - Gattellari et al. выяснили, что какими бы ни были заявленные приоритеты пациентов до консультации, удовлетворение от полученной консультации, объема информации и эмоциональной поддержки было значительно большим у пациентов, сообщивших о том, что они участвовали в принятии решений при лечении от рака (42).
2. *Рекомендации в отношении алкоголя и здоровья так часто меняются, что бессмысленно пытаться им следовать.*

 - Некоторые страны выпустили национальные рекомендации в отношении употребления алкоголя, чтобы помочь информировать население о рисках, связанных с употреблением алкоголя и дать людям возможность сделать более осознанный выбор относительно того, следует ли употреблять алкоголь и в каких количествах.
 - Точный уровень, определяемый национальными рекомендациями, зависит от того, как они были разработаны – были ли задействованы научные исследования, какой делался выбор в рамках исследования: анализировались ли абсолютные или относительные риски, принималась ли во внимание предполагаемая польза алкоголя для здоровья и в какой степени учитывался острый или хронический вред здоровью. Эти факторы часто объясняют, почему рекомендации в разных странах отличаются друг от друга.
 - В большинстве случаев, медицинские рекомендации, такие как руководства в отношении употребления алкоголя, в основном, не просто выпускаются правительством или органами здравоохранения. Скорее, при публикации новых данных научных исследований рекомендации могут изменяться, чтобы отразить повышение уровня знаний и понимания вредных последствий, связанных с конкретным поведением. Именно так недавно произошло с рекомендациями в отношении алкоголя в Великобритании, когда появились более четкие доказательства связи между употреблением алкоголя и онкологическими заболеваниями (43). Со стороны правительств было бы неправильно периодически не обновлять рекомендации, не отражая таким образом новые данные научных исследований.
 - Одной из причин, позволяющей считать, что медицинские рекомендации меняются слишком часто, является то, что отдельные исследования зачастую преподносятся средствами массовой информации в ложном свете, возможно с целью привлечь внимание аудитории броским заголовком.

- Риски, сопряженные с употреблением алкоголя, значительны и реальны, и многие специалисты общественного здравоохранения в долгосрочном плане ставят их на второе место после рисков, обусловленных курением. Последние данные прямо свидетельствуют о том, что, чем большее количество алкоголя потребляется, тем большим становится риск причинения вреда (этот вопрос будет обсуждаться далее в Разделе 3).

3. *Много пьющего человека видно сразу.*

- «Много» является субъективным суждением - то, что врач рассматривает как «много», может быть «в самый раз» с точки зрения пациента. Использование оценочной лексики, как в этом случае, может также вызвать защитную реакцию у пациентов и не способствовать их открытости. Вместо того, чтобы описывать высокий уровень употребления алкоголя как «много», было бы лучше ознакомить пациента с рисками, связанными с таким уровнем употребления, и выяснить, каково мнение пациента.
- Многие люди, которые употребляют алкоголь на уровне, подвергающем их здоровью риску в будущем или настоящем, не проявляют никаких специфических внешних признаков. На самом деле, регулярное употребление алкоголя может быть опасно для здоровья в долгосрочной перспективе, не вызывая опьянения или похмелья. Практикующие врачи не должны судить о людях, для которых может быть актуально проведение краткой профилактической консультации, сперва не поговорив с ними.
- Кроме того, эпизодическое чрезмерное употребление алкоголя, то есть употребление большого количества алкоголя по какому-то одному случаю, является фактором риска дорожно-транспортных происшествий, травм, насилия, пожаров, утоплений и иных опасностей.
- Специалистам-практикам не следует считать, что те или иные группы людей (специфичные по полу, этническому происхождению, религиозной принадлежности или возрасту) в большей или меньшей мере склонны употреблять алкоголь на сопряженном с риском уровне. Невозможно судить об употреблении человеком спиртного на основании его внешности, происхождения, образа жизни или руководствуясь иным стереотипом. Имеются данные о том, что медицинские работники с большей неохотой проводят краткие профилактические консультации в отношении пациентов такого же возраста и/или пола, что и они сами (44), привнося предвзятость в практику, которая призвана быть рутинным аспектом первичной медико-санитарной помощи.

4. *Проблемы, связанные с алкоголем, влияют на детей и молодежь сильнее, чем курение.*

- Употребление алкоголя приводит к смерти или инвалидности на относительно раннем этапе жизни. В возрастной группе от 20 до 39 лет примерно 25% всех случаев смерти связаны с употреблением алкоголя (45). Напротив, курение обычно убивает людей в более зрелом возрасте.
- Алкоголь, в отличие от курения, ассоциируется с насилием, несчастными случаями, нанесением телесных повреждений и самоубийством.
- Дети, которые живут с родителями или другими членами семьи, имеющими проблемы с алкоголем, могут испытывать вредное воздействие употребления алкоголя, принимающее форму недостатка родительского внимания, как эмоционального, так и физического, материальных трудностей и стигматизации. В крайних случаях, они могут подвергаться межличностному насилию в своей семье (46).

5. *Чрезмерное употребление алкоголя заложено в нашей культуре и будет там всегда.*

- Очень немногие страны в мире населены людьми с единой культурой употребления алкоголя. Важно признать, что в каждой стране чрезмерное употребление не является нормальным среди большого количества людей, и что есть много религиозных и этнических субкультур, в которых употребление алкоголя может быть умеренным или активно не приветствуется.

- Если рассматривать все население отдельной страны, то употребление алкоголя, как правило, соответствует схеме, в которой есть некоторые люди, которые не пьют вообще, многие, которые имеют низкий уровень употребления алкоголя, и менее многочисленная группа людей, которые выпивают большую долю всего алкоголя, потребляемого в стране. В *Глобальном докладе ВОЗ о положении дел в области алкоголя за 2014 г.* приводятся данные по каждой стране (47).
- Уровень потребления алкоголя меняется с течением времени, он чрезвычайно сильно изменяется во время конфликтов, рецессии, и может зависеть от государственной политики (в частности, цены, уровень доступности и маркетинговые рычаги могут сократить потребление). Модели употребления спиртных напитков и места, где их употребляют, тоже изменяются с течением времени, как и предпочтения в отношении различных видов алкогольных напитков. Есть также когортные воздействия, которые изменяют общий уровень потребления алкоголя в стране, по мере того, как стареют по отношению ко всему населению и умирают поколения либо с высоким, либо с низким уровнем потребления алкоголя.
- Нет никаких сомнений в том, что алкоголь играет центральную роль в жизни некоторых сообществ и занимает центральное место в социальной жизни многих людей. Во многих странах из-за множества факторов увеличилось потребление алкоголя женщинами; в других странах вырос уровень домашнего потребления алкоголя, так как потребление вина стало более популярным. В настоящее время во многих странах мира снижается употребление алкоголя молодежью.

6. *Невежливо не поддержать компанию, если Вам предлагают выпить.*

- В некоторых группах, культурах или обстановке может считаться грубым не поддержать компанию, и люди могут чувствовать себя некомфортно, если они отказываются выпить, особенно, если причина отказа не воспринимается как уважительная. Более приемлемым предлогом для того, чтобы отказаться выпить, может быть необходимость сесть за руль, болезнь или текущий прием лекарств, а не то, что вы хотите сократить употребление алкоголя по какой бы то ни было причине.
- Возможно, еще более трудно человеку просто сказать, что он не хочет пить больше, потому что чувствует, что ему достаточно после одной или двух выпитых порций. Кроме того, некоторые могут считать неудобным быть трезвым в компании пьющих людей. Важно попытаться определить различные способы оказания давления, из-за которых человеку может быть трудно сократить употребление алкоголя, и помочь ему разработать стратегии преодоления для конкретных ситуаций повышенного риска. Хотя «давление сверстников» принято считать особенно актуальным среди молодежи, слишком часто взрослые тоже чувствуют себя не в состоянии сделать свой собственный выбор относительно употребления алкоголя.
- Люди, которые хотят сократить потребление алкоголя, но не отказаться от него совсем, могут оценить стратегии, которые будут работать без радикальных изменений в их образе жизни. Речь может идти о смене типа напитка или уменьшении порции, а также о возможности избежать ситуаций, когда они, скорее всего, выпили бы больше, чем хочется.

7. *Повышенное внимание к алкоголю неоправдано - наркотики вызывают гораздо больше проблем.*

- Употребление некоторых запрещенных наркотиков может нести с собой более острый риск передозировки или инфекции для отдельных пользователей. Тем не менее, во многих странах общая стоимость, в которую обходятся обществу алкогольные проблемы, намного превышает затраты, связанные с проблемами, вызванными незаконным оборотом наркотиков, просто из-за количества людей, которые употребляют алкоголь. Потребление алкоголя является причиной более тяжелого бремени заболеваний и преждевременной смертности, чем такие распространенные болезни, как астма и сахарный диабет, вместе взятые (48).

- Некоторые люди утверждают, что многие проблемы (например, со здоровьем и преступностью), связанные с незаконным оборотом наркотиков, таких как героин, возникают непосредственно из-за их юридического статуса (отдающего производство и распространение в руки преступников), а не из-за самого препарата, отмечая при этом, что героин (диаморфин) может быть безопасно прописан при сильных болях. Закон об одурманивающих веществах не является ни последовательным, ни безусловно логичным, но вряд ли он коренным образом изменится в ближайшем будущем.
- Касаясь употребления наркотиков, средства массовой информации склонны сосредоточиваться на крайностях, заслуживающих освещения в печати, а не на том, что большое число людей употребляет запрещенные наркотики, причиняя себе лишь незначительный вред.
- Существуют интересные изменения в отношении легализации медицинского и досугового употребления марихуаны/каннабиса, особенно в США. Многие люди обеспокоены тем, что уроки, извлеченные из опыта борьбы с алкоголем, такие как важность контроля рекламы, цены и доступности, не будут учтены при внесении этих изменений (49).

8. *Измерение стандартных порций алкоголя слишком сложно для понимания обычных людей.*

- Важно, чтобы люди могли измерить свое употребление алкоголя, чтобы определить (приблизительно), когда они протрезвеют, не превышают ли они разумные пределы употребления алкоголя и, если да, то насколько. Хотя, действительно, трудно сразу понять, как измерять стандартные порции алкоголя, это лучший способ стандартизировать информацию о реальном содержании спирта в конкретном напитке.
- Людям, которые пьют дома или из большой общей бутылки, например, вина или крепкого спиртного напитка, может показаться, что стандартные порции алкоголя не имеют к ним прямого отношения, но они все же могут знать, сколько стандартных порций алкоголя содержится в целой бутылке. В этом случае особое внимание необходимо обращать на то, какой объем напитка наливается, чтобы можно было определить количество стандартных порций алкоголя.
- Людям можно научить определять стандартные порции алкоголя в их любимых напитках. Помочь людям лучше понять, как определяются стандартные порции алкоголя, могут интерактивные ресурсы, такие как программные приложения или мерные стаканы. К тому же, на этикетках некоторых алкогольных напитков указывается количество стандартных порций алкоголя.

9. *Находящемуся в стрессовом состоянии алкоголь помогает расслабиться.*

- Во многих странах люди, употребляющие алкоголь, говорят о том, что с нетерпением ждут возможности выпить вина или пива после тяжелого рабочего дня, и в некоторых случаях этот алкоголь обладает почти мистическим качеством – снимать стресс. Значительная часть эффекта от этой первой порции алкоголя связана с ожиданием и усвоенным поведением. Это сигнал, что рабочий день окончен и пора расслабиться. Фактически, люди часто говорят о том, что чувствуют, что расслабились, как только открыли бутылку, несмотря на то, что еще не пили из нее, а ее содержимое еще не оказало воздействия на их мозг. Во многих отношениях это новое явление, частично обусловленное интернационализмом, частично маркетингом, так как рынок вина расширяется во всем мире, а пивная промышленность все больше переходит в руки ограниченного числа гигантских транснациональных корпораций. Как в прошлом люди расслаблялись после работы? Что служило сигналом? Можно ли это вернуть назад? Смог бы безалкогольный напиток, такой как чай или сок, произвести такой же эффект, если бы мы верили, что может?
- С точки зрения фармакологии, алкоголь – это антидепрессант, который может иметь успокоительный эффект, и может показаться, что его употребление обеспечивает снятие стресса. Однако, употребление алкоголя ни коим образом не устраняет источник стресса, и некоторые люди считают, что в состоянии алкогольного опьянения проблемы кажутся еще серьезней. Если

продолжать бороться со стрессом при помощи алкоголя, вряд ли будут разработаны другие стратегии преодоления стресса.

- Регулярное употребление алкоголя для снятия стресса может привести к дополнительным проблемам. Оно может вызвать похмелье, нарушить сон, повлиять на отношения и иногда привести к финансовым трудностям. Все эти эффекты могут усугубить состояние стресса, тревоги и депрессии. Чем чаще это происходит, тем больше риск того, что человек будет полагаться на алкоголь, что приведет к зависимости.
- Симптомы депрессии, тревоги и бессонницы зачастую уходят, если человек сокращает употребление алкоголя, а не использует его как средство самолечения.

10. Мужчины и женщины пьют по-разному, думают об алкоголе по-разному, и осуждают их за употребление алкоголя тоже по-разному.

- Существуют стойкие и убедительные доказательства, полученные из многих стран мира, что мужчины и женщины относятся к алкоголю, воспринимают и употребляют его по-разному (50,51).
- «Почти везде, где проводились эпидемиологические и этнографические исследования, в историческом и культурном плане мужчины потребляли больше алкоголя, чем женщины» (52, стр. 153).
- Женщины более склонны воздерживаться от алкоголя. Мужчины чаще употребляют алкоголь в больших количествах и более склонны к возникновению проблем с алкоголем (51,53).
- Женщины чаще страдают от насилия со стороны интимного партнера. Мужчины чаще садятся за руль в состоянии алкогольного опьянения (54).
- Мужчины чаще страдают от краткосрочного вреда при нападениях или насилии.
- Во многих культурах существует некий уровень социального отторжения в связи с употреблением алкоголя (особенно чрезмерным) женщинами, которого может в принципе не быть или который может быть гораздо меньшим, если речь идет об употреблении алкоголя мужчинами. Иногда это отношение переходит на уровень политики, и в рамках медийных кампаний или сообщений раздаются обвинения жертвы насилия в том, что она была пьяна, а не виновника в том, что он совершил нападение.
- На протяжении всей истории женщин осуждали за употребление алкоголя. В некоторых случаях это приводило к чему-то вроде «моральной паники» по поводу употребления алкоголя женщинами, несмотря на то, что мужчины по-прежнему пьют чаще и более склонны к возникновению проблем с алкоголем.

11. Много пьющий человек не изменится после одной беседы; таким людям необходимо интенсивное лечение у специалиста.

- Краткое профилактическое консультирование имеет целью дать людям возможность узнать и подумать о потенциальных рисках, связанных с употреблением алкоголя, и решить, что они хотят делать. Многочисленные эксперименты и систематические обзоры предоставляют фактические данные о том, что краткие консультации в отношении употребления алкоголя приводят к небольшому среднему сокращению употребления алкоголя на период длительностью до одного года (12–14).
- Наряду с теми, чье употребление алкоголя сопряжено с риском, скрининг выявит людей с некоторыми признаками алкогольной зависимости, такими как неспособность остановиться, начав пить, или необходимость выпить для того, чтобы облегчить выход из тяжелого алкогольного опьянения. Эти признаки могут иметь разную частоту и степень тяжести. Алкогольная зависимость – это континуум с оттенками серого, а не абсолютно «черно-белый»

диагноз. Исследования алкогольной зависимости демонстрируют широкий спектр конечных результатов – от полного отсутствия изменений до частичной ремиссии и даже до полной абстиненции (55).

- Хотя многие страдающие алкогольной зависимостью люди выздоравливают или добиваются улучшений с помощью специалистов, многие люди добиваются успеха без интенсивного лечения (56,57). Наряду с такими факторами, как изменение семейных обстоятельств или устройство на работу, равнодушное отношение и поддержка со стороны работников первичной медико-санитарной помощи также могут помочь человеку добиться изменений.
- Для некоторых пациентов принятие «модели хронического заболевания», в рамках которой специалист-практик предполагает оказывать поддержку в течение длительного периода лечения с периодами ремиссии и рецидива, может быть полезным при интенсивном употреблении алкоголя с признаками зависимости. Несмотря на то, что исследования по этому вопросу ограничены, любое сокращение потребления алкоголя в течение жизни уменьшит риски вреда, связанного с употреблением алкоголя. В рамках первичной медико-санитарной помощи могут быть предоставлены многие эффективные психологические и фармакологические формы лечения алкогольной зависимости (58).
- Некоторые пациенты не смогут добиться успеха при поддержке первичного звена медико-санитарной помощи, поэтому важно, чтобы специализированные службы существовали и были доступны.
- На этапе первичной медико-санитарной помощи возможны ситуации, которые оказываются своеобразным «моментом истины» для тех, чьи приведшие их в медицинское учреждение вопросы или проблемы могут быть связаны с алкоголем (59). Это может стать поворотным моментом в жизни пациента, даже если есть очень серьезная проблема с алкоголем.
- Имеются фактические данные, полученные в результате рандомизированных контролируемых исследований, о том, что даже простое прохождение скрининга на наличие проблем с алкоголем может привести к снижению потребления алкоголя некоторыми людьми (38,60).
- Хотя индивидуализированные вмешательства могут быть эффективными, важно помнить, что законодательные меры, такие как повышение цен (например, через налогообложение или другие рычаги); ограничение доступности алкоголя (например, установлением минимального возраста, ограничением по месту и времени продажи) и другие меры воздействия на маркетинг (например, запрещение спортивного спонсорства) более эффективно помогают сократить потребление алкоголя и вред от него на популяционном уровне (54,61).

12. *Неэтично советовать «пить поменьше» человеку, для которого алкоголь – это «единственная радость».*

- У каждого есть право сделать осознанный выбор. Назначение краткого профилактического консультирования - не столько посоветовать кому-то снизить потребление алкоголя, сколько представить это как возможный вариант и помочь человеку определить, хочет ли он снизить употребление алкоголя. Медицинский работник может постараться помочь пациенту увидеть пользу сниженного употребления алкоголя, как видит ее он сам, вместо того, чтобы давать советы.
- Важно давать людям возможность развивать альтернативные стратегии преодоления и интересы. Особенно важно проанализировать то, как употребляется алкоголь определенными группами, например, лицами с психическими заболеваниями, где зависимость от алкоголя может встречаться более часто.
- Употребление алкоголя может усугублять симптомы, снижать эффективность медикаментозного лечения и увеличивать вероятность преждевременной смерти, особенно, если это

сопровождается приемом лекарств, курением, недостаточным питанием, малой физической активностью и снижением сопротивляемости организма.

- Таким образом, возможно, алкоголь является «единственной отдушиной» with “единственной радостью » некоторых людей именно потому, что его употребление не дает им возможности насладиться другими, более увлекательными вещами. Судить об этом может лишь сам пациент.

Раздел 3. Воздействие алкоголя, употребление и вред (40 минут)

Результаты обучения

После изучения Раздела 3 участники смогут:

- указать, какими путями алкоголь причиняет вред физическому и психическому здоровью выпивающего, а также окружающим и обществу в целом;
- рассчитать число «стандартных порций» в различных спиртосодержащих напитках и обозначить риски употребления алкоголя на том или ином уровне.

Что вам необходимо

- *Раздаточный материал 3.1: Воздействие алкоголя* (1 экземпляр для каждого из участников).
- *Раздаточный материал 3.2: Стандартные порции и уровни употребления алкоголя – тест* (1 экземпляр для каждого из участников).
- *Раздаточный материал 3.3: Стандартные порции и уровни употребления алкоголя - ответы* (1 экземпляр для каждого из участников).
- Слайды 12–16.

Подготовка

- Поработайте с раздаточными материалами и слайдами, пока не почувствуете себя достаточно уверенно для того, чтобы обсуждать их с участниками.

Процесс

1. Обсудите воздействие алкоголя, ссылаясь на *Раздаточный материал 3.1: Воздействие алкоголя* и показывая слайды 13 и 14. Попросите участников ознакомиться с раздаточным материалом и предложите его обсудить.
 - Что показалось участникам интересным?
 - Удивило ли их что-нибудь?
 - Каковы последствия описываемого вреда?
2. Выдайте участникам *Раздаточный материал 3.2: Стандартные порции и уровни употребления алкоголя - тест* и попросите заполнить один тест на группу с опорой на имеющиеся знания, т.е. без помощи смартфонов или калькуляторов (слайд 15). (NB. Разные страны используют разные меры и размеры стандартных порций. Этот пакет материалов использует меру ВОЗ, составляющую 10 г чистого спирта.)
3. Объясните, что на выполнение теста у них есть лишь 10-15 минут, а затем будет предоставлен лист с ответами.

4. Расспросите каждую группу по очереди об их ответах на вопросы теста и проанализируйте понимание в группах прежде, чем выдадите участникам *Раздаточный материал 3.3: Стандартные порции и уровни употребления алкоголя - ответы*.
5. Выдайте каждому из участников копию *Раздаточного материала 3.3: Стандартные порции и уровни употребления алкоголя - ответы*.

Разбор (20 минут)

- Получите обратную связь по итогам теста, сосредоточив внимание на следующих вопросах.
 - Показались ли кому-либо из участников удивительными какие-либо из ответов?
 - Всем ли понятно, как рассчитать число стандартных порций в алкогольном напитке с помощью приведенной формулы?
 - Какой уровень употребления должен вызывать особое внимание работников здравоохранения?
- Проверьте, есть ли еще какие-либо вопросы, и ответьте на них.

Основные моменты (слайд 16)

- Даже относительно невысокий уровень регулярного употребления алкоголя повышает риск возникновения целого ряда заболеваний, в особенности онкологических. Более высокие уровни употребления, даже в единичных случаях, повышают риск травм и несчастных случаев.
- Для тех, чье употребление алкоголя сопряжено с риском, любое сокращение такого употребления приведет к снижению риска. Краткое профилактическое консультирование может мотивировать людей к сокращению употребления, поскольку у пациента появляется возможность более осознанного выбора.
- Хотя краткое профилактическое консультирование в основном ориентировано на тех, кто употребляет алкоголь на опасном и вредном уровне, те же мотивационные технологии можно использовать для поддержки обращающихся за помощью пациентов с зависимостью.

Примечание для инструкторов

- Некоторых может удивить тот факт, что «низкий» уровень употребления может вести к повышенному риску вреда. Они могут счесть «нереалистичным» ожидание того, что лица, употребляющие алкоголь на «рискованном» уровне, смогут перейти к уровню низкого риска. Краткое профилактическое консультирование позволяет пациентам самим принять решение.
- Некоторые из специалистов-практиков неизбежно осознают, что их собственное употребление алкоголя является рискованным. Это может вызвать у них дискомфорт или желание занять оборонительную позицию. Это нормально, и этот дискомфорт будет обсуждаться в Разделе 4.

Раздаточный материал 3.1. Воздействие алкоголя⁴

Основные факты

- Существует множество способов воздействия алкоголя на людей и общество: через плохое здоровье, насилие, травмы, неравенство и нанесение социального вреда, как в отношении самих лиц, употребляющих алкоголь, так и окружающих.
- Во всем мире 3,3 млн смертей ежегодно являются результатом вредного употребления алкоголя, это составляет 5,9% всех случаев смерти.
- Вредное употребление алкоголя является причинным фактором более 200 болезненных состояний и травм.
- В целом, 5,1% глобального бремени болезней и травм связано с алкоголем, если измерять в количестве лет жизни, скорректированных на инвалидность.
- Употребление алкоголя приводит к смерти или инвалидности на относительно раннем этапе жизни. В возрастной группе от 20 до 39 лет примерно 25% всех случаев смерти связаны с употреблением алкоголя.
- Существует причинно-следственная связь между вредным употреблением алкоголя и рядом психических и поведенческих нарушений, других неинфекционных патологий, а также травм.
- Недавно установлена причинная взаимосвязь между вредным употреблением алкоголя и частотой случаев заболевания такими инфекционными болезнями как туберкулез, а также прогрессированием ВИЧ/СПИД.
- Помимо последствий для здоровья вредное употребление алкоголя наносит индивидууму и обществу в целом значительные социально-экономические потери.

Алкоголь – это психотропное вещество, обладающее качествами, вызывающими зависимость, что веками широко использовалось во многих культурах. Вредное употребление алкоголя является для общества причиной тяжкого бремени болезней, а также социально-экономического бремени.

То, какие хронические и острые последствия для здоровья населения будет иметь потребление алкоголя, во многом определяется двумя отдельными, но взаимосвязанными аспектами:

- общим количеством потребляемого алкоголя;
- моделью употребления алкоголя.

Контекст употребления алкоголя сильно влияет на причинение вреда, вызванного употреблением алкоголя, особенно, если он связан с влиянием на здоровье алкогольной интоксикации, и в редких случаях, с качеством потребляемого алкоголя.

Европейский регион ВОЗ

История употребления алкоголя в Европе довольно долгая и имеет как положительные, так и отрицательные стороны.

- Европейский регион ВОЗ характеризуется самым высоким потреблением алкоголя на душу населения среди всех регионов ВОЗ.
- Страны Региона существенно различаются по уровням употребления алкоголя и по историческим тенденциям, с этим связанным.

⁴ Статистические данные, включенные в этот раздаточный материал, были почерпнуты из доклада если не оговорено иное.

- В Европе существует экономически активная промышленность по производству алкогольных напитков и торговля ими, причем многие из этих предпринимателей являются ключевыми в данной сфере, а бренды и напитки являются культурными символами и имеют ценность с точки зрения туризма.

Нарушения здоровья

Вредное употребление алкоголя является причинным фактором более 200 болезненных состояний и травм. Употребление алкоголя ассоциируется с риском возникновения проблем со здоровьем, таких как психические и поведенческие нарушения, включая алкогольную зависимость, основные неинфекционные заболевания, такие как цирроз печени, 7 видов рака, сердечно-сосудистые заболевания, а также травмы. В частности, существует связь между количеством доз употребляемого алкоголя и риском рака печени, груди, пищевода, рта, горла, толстой и прямой кишки. Частое употребление алкоголя молодежью - важнейший фактор риска раннего начала деменции.

В то время как очень небольшие количества алкоголя (1 стандартная порция алкоголя в день), возможно, сокращают риск смерти от ишемической болезни сердца и инсульта, достоверность этих данных широко оспаривается (62). Даже на этом уровне употребления алкоголя выше риск смерти от гипертензии, геморрагического инсульта и нарушения сердечного ритма, а также от рака и цирроза печени (63).

Употребление алкоголя может воздействовать не только на частоту возникновения заболеваний, травм и других патологических состояний, но и на течение нарушений и их исход для индивидуума.

Люди, чрезмерно употребляющие алкоголь, в большей степени подвержены депрессии, и при употреблении алкоголя может усиливаться тревожность (64). Недавно полученные данные говорят о взаимосвязи между вредным употреблением алкоголя и частотой случаев заболевания инфекционными болезнями, такими как туберкулез, а также прогрессированием ВИЧ/СПИДа (65–69).

Насилие и травматизм

Значительная доля бремени болезней, связанных с употреблением алкоголя, возникает в результате непреднамеренных и преднамеренных травм, включая травмы, полученные в результате ДТП, насилия и самоубийства, а травмы с фатальным исходом характерны для групп населения относительно молодого возраста.

- Травмы, связанные с употреблением алкоголя и полученные в результате насилия, представляют значительную долю среди травм, связанных с насилием.
- Алкоголь признан пусковым механизмом и фактором риска в случаях домашнего и сексуального насилия.
- Употребление алкоголя в значительной степени служит причиной дорожно-транспортных происшествий и связанной с ними смертности.
- Вредное употребление алкоголя провоцирует и обуславливает насилие в отношении самого себя.

Социальный вред

Вредное употребление алкоголя может также привести к нанесению вреда другим людям, например, детям, другим членам семьи, друзьям, коллегам и незнакомым людям. Кроме того, результатом вредного употребления алкоголя становится значительное бремя болезней, социально-экономическое бремя, которое ложится на общество в целом (70, 71).

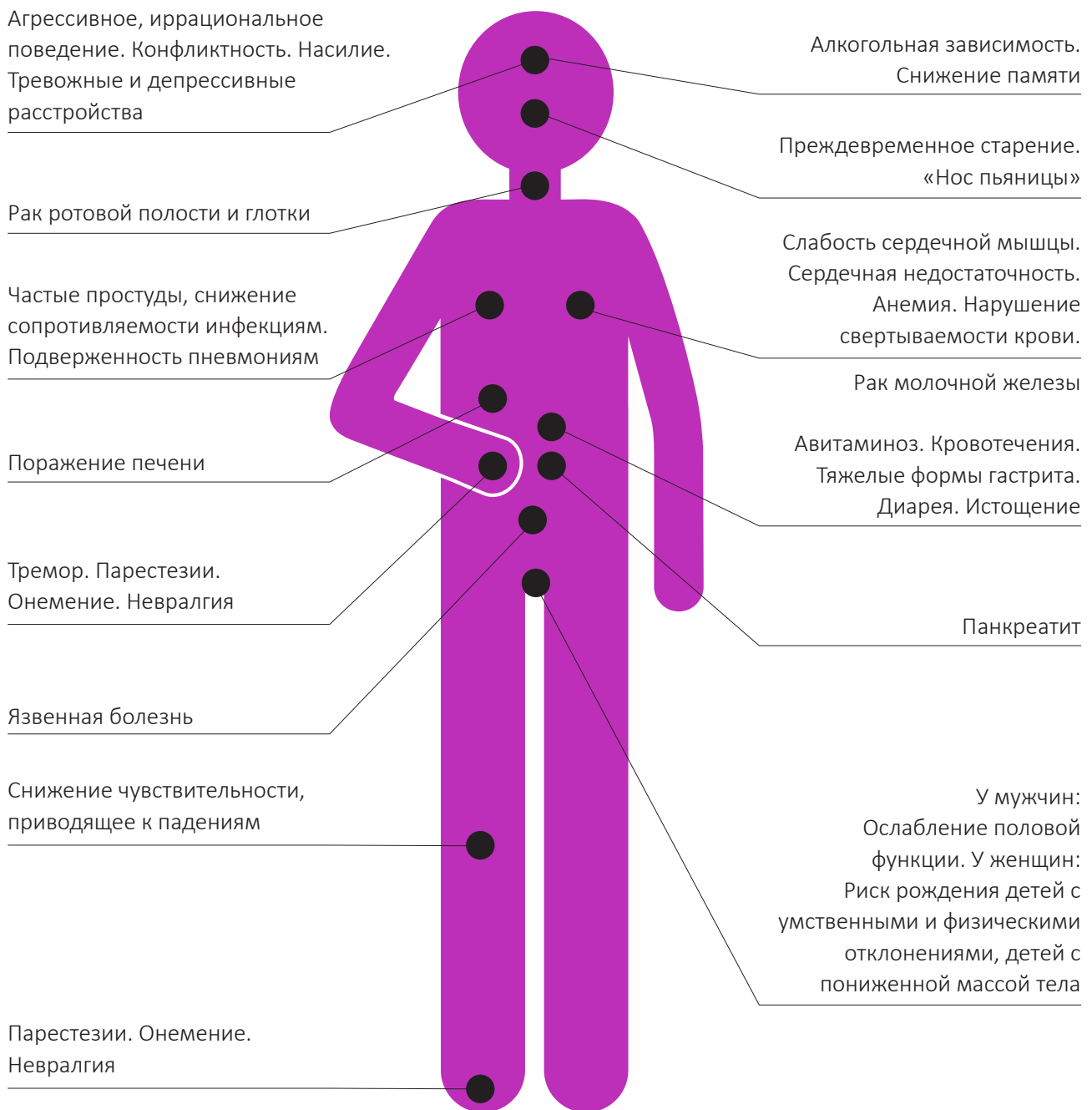
- Проблемное употребление алкоголя может оказывать серьезное воздействие на семьи, что приводит к разрушению семьи, в некоторых случаях с длительным негативным воздействием на детей в семьях, где кто-либо из родителей имеет алкогольную зависимость.
- Потребление алкоголя снижает производительность труда и составляет проблему, связанную со здоровьем и безопасностью на рабочем месте. Более высокий уровень потребления алкоголя является фактором риска, приводящим к безработице.
- Проблемное употребление алкоголя может создать или увеличить финансовые трудности, как за счет финансовых затрат на покупку алкоголя, так и за счет сокращения доходов из-за снижения производительности труда или потери работы (70,71).

Гендерный фактор

Существуют гендерные различия в смертности и заболеваемости, связанных с алкоголем, а также в уровнях и моделях потребления алкоголя.

- Существуют стойкие и убедительные доказательства, полученные из многих стран мира, что мужчины и женщины относятся к алкоголю, воспринимают и употребляют его по-разному (50,51).
- В большинстве стран мира в различные исторические периоды мужчины потребляли больше алкоголя, чем женщины (52, стр. 153).
- Женщины более склонны воздерживаться от алкоголя, а для мужчин более характерно употребление алкоголя в больших количествах и возникновение проблем с алкоголем (51,53).
- В 2010 году общее потребление алкоголя на душу населения среди мужчин и женщин, употребляющих алкоголь, составляло, в среднем, 21,2 литров чистого алкоголя для мужчин и 8,9 литров для женщин.
- Процент смертей, обусловленных употреблением алкоголя, среди мужчин равен 7,6% от всех смертей, по сравнению с 4,0% от всех смертей среди женщин.
- Женщины чаще страдают от насилия со стороны интимного партнера. Мужчины чаще управляют транспортным средством в состоянии алкогольного опьянения (54).
- В некоторых странах женщины приблизились к мужчинам по уровню потребления алкоголя, хотя остаются существенные различия в выборе напитков, мотивации и рисках.
- Потребление алкоголя будущей матерью может привести к алкогольному синдрому плода и осложнениям в виде преждевременных родов.

Рис. 3. Последствия злоупотребления алкоголем



Источник: Babor et al (72).

Раздаточный материал 3.2. Стандартные порции и уровни употребления алкоголя – тест

(NB. Разные страны используют разные меры и размеры стандартных порций. Этот пакет материалов использует меру ВОЗ, составляющую 10 г чистого спирта.)

1. Соотнесите следующие напитки с верным количеством стандартных порций алкоголя

Количество и вид алкогольного напитка	Стандартные порции
Кружка (500 мл) или бутылка пива (4%)	1,1
Рюмка аперитива (17%) объемом 50 мл	1,6
Бокал вина (14%) объемом 175 мл	1,6
Бокал (250 мл) крепкого пива (8%)	7,2
Бутылка водки (40%) объемом 700 мл	2
Бутылка вина (12%) объемом 750 мл	0,7
Бутылка «алкогольного коктейля» (5%) объемом 275 мл	22,4

2. Как влияет употребление алкоголя на риск умереть от следующих болезней?

Заполните следующую таблицу. Первые строчки заполнены для вас в качестве образца. Цифры в колонке «относительного риска», приведенные в качестве примера, означают, что у мужчин, выпивающих 100 г алкоголя (10 стандартных порций алкоголя) в неделю, вероятность умереть от цирроза печени в 1,5 раза выше, чем у мужчин, не употребляющих алкоголь. У женщин, выпивающих 100 г алкоголя в неделю, вероятность умереть от цирроза печени в 1,6 раза выше, чем у женщин, не употребляющих алкоголь.

Уровень употребления алкоголя	Заболевание	Пол	Каков относительный риск смерти? Впишите свою оценку
100 г в неделю	Цирроз печени	Мужчины	1,5
		Женщины	1,6
	Рак пищевода	Мужчины	
		Женщины	
	Рак молочной железы	Женщины	
	200 г в неделю	Цирроз печени	Мужчины
Женщины			
Рак прямой/толстой кишки		Мужчины	
		Женщины	
Артериальная гипертензия		Мужчины	
		Женщины	

Уровень употребления алкоголя	Заболевание	Пол	Каков относительный риск смерти? <i>Впишите свою оценку</i>
300 г в неделю	Цирроз печени	Мужчины	
		Женщины	
	Эпилепсия	Мужчины	
		Женщины	
	Геморрагический инсультw	Мужчины	
		Женщины	
Рак губы, полости рта, глотки	Мужчины		
	Женщины		

Раздаточный материал 3.3. Стандартные порции и уровни употребления алкоголя – ответы

1. Соотнесите следующие напитки с верным количеством стандартных порций алкоголя

Количество и вид алкогольного напитка	Стандартные порции
Бокал (500 мл) или бутылка пива (4%)	1,6
Рюмка аперитива (17%) объемом 50 мл	0,7
Бокал вина (14%) объемом 175 мл	2
Бокал (250 мл) крепкого пива (8%)	1,6
Бутылка водки (40%) объемом 700 мл	22,4
Бутылка вина (12%) объемом 750 мл	7,2
Бутылка «алкогольного коктейля» (5%) объемом 275 мл	1,1

Вы можете рассчитать количество стандартных порций алкоголя в любом из напитков по следующей формуле:

$$\text{Число стандартных порций} = \text{объем (мл)} \times \text{крепость (\%)} \times 8 / 10\,000$$

2. Как влияет употребление алкоголя на риск умереть от следующих болезней?

Уровень употребления алкоголя	Заболевание	Пол	Каков относительный риск смерти? Ответы
100 г в неделю = 10 стандартных порций	Цирроз печени	Мужчины	1,5
		Женщины	1,6
	Рак пищевода	Мужчины	1,65
		Женщины	1,65
	Рак молочной железы	Женщины	1,17
	200 г в неделю = 20 стандартных порций	Цирроз печени	Мужчины
Женщины			2,55
Рак прямой/толстой кишки		Мужчины	1,2
		Женщины	1,2
Артериальная гипертензия		Мужчины	1,3
		Женщины	1,3
300 г в неделю = 30 стандартных порций	Цирроз печени	Мужчины	3,33
		Женщины	4,05
	Эпилепсия	Мужчины	1,7
		Женщины	1,7
	Геморрагический инсульт	Мужчины	1,35
		Женщины	1,67
Рак губы, полости рта, глотки	Мужчины	2,68	
	Женщины	2,68	

Уровни употребления алкоголя, вред и связанная с этим терминология

Континуум риска

Расчеты «относительного риска», приведенные выше, ясно иллюстрируют, что риски, связанные с употреблением алкоголя, зависят от дозы и существуют в очевидном континууме. Многие страны по всему миру используют информацию о риске, чтобы дать рекомендации по употреблению алкоголя взрослым, а иногда и другим группам населения, обуславливая таким образом возможность сделать осознанный выбор в отношении того, какое количество алкоголя употреблять. Эти рекомендации различаются, но совершенно очевидно, что если кто-то употребляет свыше одной стандартной дозы алкоголя в день, то любое снижение потребления им алкоголя приведет к снижению большинства краткосрочных и долгосрочных рисков, связанных с алкоголем; и наоборот, любое увеличение потребления алкоголя увеличит риск.

Есть также много обстоятельств, когда алкоголь не следует употреблять совсем: при беременности; при управлении транспортными средствами; в детском возрасте (нет согласия в отношении возраста, с которого можно употреблять алкоголь в небольших количествах); во время выполнения определенных видов деятельности или эксплуатации машин; при наличии у людей определенных заболеваний или при приеме определенных лекарств; до или во время занятий определенными видами спорта, такими как плавание или катание на лыжах.

Терминология

Для описания уровней и моделей употребления алкоголя используется разный язык и различные термины. Вам следует знать и иметь в виду, какое воздействие оказывает использование конкретной терминологии при обсуждении алкоголя и моделей его употребления.

Опасное употребление алкоголя - это уровень употребления алкоголя или модель употребления алкоголя, которые увеличивают риск причинения вреда при условии сохранения имеющихся привычек употребления алкоголя. В некоторых обстоятельствах любое употребление может быть опасным (см. выше). Появляются все новые доказательства этому, но очевидно, что любое употребление алкоголя увеличивает риск развития рака и что риски, связанные с употреблением алкоголя, чаще всего перевешивают любые преимущества (если они существуют) при употреблении более одной стандартной порции алкоголя в день.

Вредное употребление алкоголя представляет собой модель употребления алкоголя, которая приводит к причинению вреда здоровью (физическому или психическому; иногда сюда относят и социальные последствия). В отличие от опасного употребления алкоголя, смысл вредного употребления алкоголя заключается в том, что пьющему человеку уже причинен какой-либо вред (осознает он его или нет). Нет строго определенного уровня употребления, при котором здоровью обязательно будет нанесен ущерб.

Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах можно охарактеризовать как употребление значительного количества спиртного за один раз, что приводит к тяжелому опьянению или утрате самоконтроля. В настоящее время этот термин чаще используется для описания употребления алкоголя в больших количествах в течение одного дня или вечера. Термин «запой» раньше использовался для описания периода употребления алкоголя в больших количествах, как правило, в течение нескольких дней, часто с промежуточными периодами воздержания.

Алкогольная зависимость может быть определена как совокупность физиологических, поведенческих и когнитивных явлений, в которых употребление алкоголя приобретает намного более высокий приоритет для данного индивида, чем другие виды поведения, которые ранее имели большее значение. Тот, кто страдает алкогольной зависимостью, может упорно продолжать употреблять алкоголь, несмотря

на пагубные последствия. Для человека, зависимого от алкоголя, особенно для сильно зависимого, КПКА может оказаться недостаточным. Тем не менее, краткая консультация не нанесет вреда, а комплексный подход может помочь в выявлении тех, кому будут полезны иные виды поддержки, и побудить их задуматься об этом. (См. также Раздел 6.)

Проблемы с алкоголем/проблемное употребление алкоголя. Эти термины могут относиться к целому спектру вреда (реального или потенциального) для работы, отношений, социального положения и физического или психического здоровья. Количество употребляемого алкоголя будет варьироваться как от индивидуума к индивидууму, так и с течением времени.

У ВОЗ есть весьма полезный словарь терминов, используемых в отношении злоупотребления психоактивными веществами, включая алкоголь (73).

Раздел 4. КПКА: цели, навыки и практика изменений (40 минут)

Результат обучения

После изучения Раздела 4 участники:

- будут ознакомлены с основными принципами ведущегося мотивационным образом обсуждения с индивидуумом возможностей изменений ее/его поведения, а также с элементами краткого профилактического консультирования в отношении употребления алкоголя;
- поразмышляют о трудностях и возможностях, которые скрининг и краткое профилактическое консультирование могут принести им самим, их практике и организации, а также их пациентам.

Часть А. Обсуждение (20 минут)

Что вам необходимо

- *Раздаточный материал 4.1: Что представляет собой краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя?* (1 экземпляр для каждого из участников). Этот материал должен быть предоставлен участникам для ознакомления заранее и будет обсуждаться в рамках этого раздела.
- Слайды 18 и 19.

Подготовка

- Ознакомьтесь с *Раздаточным материалом 4.1*.

Процесс

1. Обратитесь к *Раздаточному материалу 4.1*. Спросите, смогли ли участники ознакомиться с раздаточным материалом в ходе подготовки к обучению.
2. Вкратце обобщите каждый из основных шагов и подходов, обозначенных на блок-схеме и в *Раздаточном материале 4.1* (Слайды 18 и 19).
3. В ходе этой работы отметьте, что каждый из указанных шагов будет детально разбираться позднее, и что курс окончится практическим занятием, в ходе которого будет отработан весь процесс.
4. Блок-схема призвана служить кратким напоминанием при практическом осуществлении краткого профилактического консультирования.

Часть В. Работа в группах (20 минут)

Что вам необходимо

- Флипчарт, бумага и маркеры.
- Листочки для примечаний с липким слоем и ручки.
- *Раздаточный материал 4.2 Преодоление трудностей* (1 экземпляр для каждого из участников)
- Слайды 20 и 21

Подготовка

ТРУДНОСТИ	
<i>Могу я это делать?</i>	<i>Мне следует это делать?</i>
<i>Как я могу это делать?</i>	<i>В чем смысл?</i>
ВОЗМОЖНОСТИ	
<i>Польза для пациентов</i>	<i>Польза для практики или организации</i>

Процесс

1. Распределите участников по малым группам и выдайте каждой из групп листочки для заметок с липким слоем и несколько маркеров.
2. Покажите заранее подготовленный вопрос «*Какие трудности и возможности могут возникнуть у работников первичной медико-санитарной помощи при проведении кратких профилактических консультаций в отношении употребления алкоголя?*» (слайд 20). Подскажите группе: трудности могут быть самыми разными; возможности могут включать пользу для пациентов/клиентов, пользу для вашей практики или способы дополнить уже ведущуюся работу.
3. Попросите участников ответить на вопрос, записывая по **ОДНОЙ** идее на каждом из листочков с липким слоем.
4. Собирайте ответы по мере того, как участники их записывают, и наклеивайте листочки по мере соответствия в одно из полей заранее подготовленной на флипчарте таблицы, или предложите участникам выходить и самим наклеивать свои листочки с идеями.
5. Поясните, что поднятые вопросы сходны с выявленными в ходе исследования, посвященного изучению того, как специалисты-практики относятся к предлагаемой им роли.
6. Как только идеи исчерпаны и все листочки наклеены, переходите к обратной связи.

Разбор

Используйте *Раздаточный материал 4.2 Преодоление трудностей*

- Покажите страницу флипчарта с четырьмя полями (теперь уже со всеми наклеенными листочками) так, чтобы ее могли четко видеть все участники, и кратко поясните каждый из заголовков.
- Начните с *трудностей*. Объясните, что вы разделили трудности на 2 подраздела и объясните, что они означают. Проанализируйте идеи на листочках. Попросите участников объяснить, что они написали, если это не вполне ясно, и обсудите возникшие вопросы.
- Переходите к *возможностям*. Признайте, что на этом раннем этапе обучения очень приятно видеть, что участники уже готовы назвать так много возможностей как для своих пациентов/клиентов, так и для своих служб. Обсудите некоторые из изложенных на листочках идей.
- Разделите *озабоченность* участников, помня о том, что обучение не может решить всех вопросов.
- Участвующие работники здравоохранения, возможно, пожелают поделиться своими опасениями с более опытными коллегами или с должностными лицами на местном или национальном уровне. Возможно, потребуется дополнительная информация или разработка протоколов в отношении ряда поднятых вопросов. Например:
 - протоколы в отношении конфиденциальности и обмена информацией;
 - организация направления к специалистам;
 - время контакта;
 - необходимая поддержка и курирование/возможности для рефлексивной практики;
 - рассмотрение вопроса о том, нужно ли и, если да, то каким образом, пересматривать существующие процессы оценки для того, чтобы способствовать выявлению пациентов, могущих получить пользу от краткого профилактического консультирования. Это может повлечь за собой использование различных скрининговых инструментов или вопросы от различных групп специалистов, а также замену существующих инструментов;
 - размышление о том, как минимальный уровень документирования и мониторинга может быть встроен в существующие процедуры с использованием, по мере возможности, имеющихся информационных технологий.
- Убедитесь, что основные вопросы, вызывающие озабоченность, обсуждены, и что участники знают, на каком этапе учебного курса будут даны ответы на конкретные вопросы.
- Информация, предоставленная в *Раздаточном материале 4.2. Преодоление трудностей* о ведении зависимости на уровне первичной медико-санитарной помощи, повторяет ту, что приведена ранее в *Раздаточном материале 2.2. Отношение к алкоголю* применительно к утверждению 11. Если вам не удалось в полной мере обсудить ее на упомянутом этапе, используйте возможность, чтобы вернуться к ней сейчас и дать развернутые ответы, поскольку это волнует всех работников первичной медико-санитарной помощи. Меры реагирования применительно к пациентам, пьющим существенно больше и, возможно, имеющим зависимость, обсуждаются в Разделе 6: Скрининг и обратная связь.
- Ненадолго вернитесь к разделу *возможностей*. Подчеркните, что наряду с обсуждавшимися трудностями, имеется несомненная польза не только для пациентов, но и для работников и служб здравоохранения. Остальная часть обучения будет посвящена тому, чтобы вооружить участников необходимыми знаниями, развить навыки и сформировать уверенность в том, что они могут проводить КПКА и оказывать людям поддержку, чтобы реализовать некоторые из названных возможностей.

- Напомните участникам, что, точно так же, как пациенты могут сделать осознанный выбор в отношении изменения уровня употребления алкоголя, каждый медицинский работник должен проанализировать потенциальную ценность обсуждения алкоголя с отдельными пациентами и решить, включать или не включать это в свою практику. Предложите поразмышлять об этом во второй половине дня.
- Закончите выдачей всем участникам *Раздаточного материала 4.2. Преодоление трудностей*.

Основные моменты (слайд 21)

- Совершенно нормально, что работники здравоохранения испытывают озабоченность относительно обсуждения темы алкоголя со своими пациентами, однако эта озабоченность зачастую не оправдана.
- Опыт показывает, что пациенты гораздо более восприимчивы к таким беседам, чем полагают медицинские работники.
- Нормально испытывать неловкость, приобретая новый навык, но при хорошей подготовке и желании, работники здравоохранения быстро обретут готовность поднимать и обсуждать тему алкоголя, если сочтут это необходимым.

Раздаточный материал 4.1. Что представляет собой краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя?

Определение

Краткая консультация – это короткая, основанная на фактических данных, сочувственная, правильно построенная беседа с пациентом, цель которой - бесконфликтно мотивировать и побудить задуматься об изменении поведения в отношении употребления алкоголя и/или спланировать такое изменение.

Стиль и принципы, лежащие в основе

Очень важно, чтобы краткие профилактические консультации были основаны на сочувственных, уважительных, позитивных отношениях с пациентом и являлись бесконфликтными. Идея заключается в том, чтобы работать с собственными идеями, озабоченностью и мотивацией человека, чтобы не шокировать его, не противостоять ему и не навязывать собственного мнения. Медицинские работники должны быть нацелены на разговор, который больше похож «на танец, а не на борьбу». Цель состоит в том, чтобы сотрудничать и работать (танцевать) с человеком, а не пытаться заставить человека совершить изменения или сделать что-то, чего он не хочет делать (не бороться).

Центральным аспектом является использование навыков «активного слушания» (ОПРО), включая открытые вопросы, требующие развернутого ответа, подтверждения, рефлексии и обобщения. Эти навыки используются для создания благоприятной и дружественной атмосферы, в которой человек чувствует себя достаточно комфортно, чтобы проанализировать и обсудить свое отношение к употреблению алкоголя.

- Открытые вопросы - это вопросы, которые побуждают человека подумать перед тем, как ответить, и дать развернутый ответ, а не просто ответить «да» или «нет», и позволяют человеку говорить о проблемах со своей собственной точки зрения.
- Подтверждения - это реплики, содержащие одобрение и понимание, они несут позитивную поддержку, особенно необходимую людям с заниженной самооценкой.
- Рефлексия - это реплики, в которых делается попытка понять смысл того, что было только что сказано пациентом, и с помощью которых врач должен проверить, так ли он понял пациента, и побудить его развивать свои мысли дальше.
- Обобщения - это попытка суммировать основные моменты, о которых говорил пациент, собрать воедино «всю картину», чтобы показать, что врач внимательно слушал, и помочь пациенту уточнить свои мысли.

Краткое профилактическое консультирование помогает индивидуу взять на себя *личную ответственность* за свои решения. Крайне важно, чтобы специалисты-практики не пытались подтолкнуть пациентов в определенном направлении, так как это, скорее всего, встретит сопротивление. Специалист-практик должен занять нейтральную позицию и подчеркивать, что человек волен делать свой собственный выбор; поскольку высказывания, содержащие вызов, подразумевают, что пациент не имеет выбора. Специалистам-практикам следует побуждать индивидуума думать о том, чего хочет он сам.

Цели: намечаемые результаты краткого профилактического консультирования в отношении употребления алкоголя

Возможные результаты краткого консультирования:

- пациент думает о том, чтобы изменить свое употребление алкоголя;

- пациент планирует изменить свое употребление алкоголя;
- пациент успешно сокращает или прекращает употребление алкоголя, а тем самым и риск заболеваний, несчастных случаев и другого вреда как для самого себя, так и для других людей.

Для людей с более серьезными проблемами, можно поставить цель дать им возможность задуматься о том, что им нужно решать проблему употребления алкоголя, планировать решение этой проблемы или суметь получить доступ к дальнейшей поддержке для ее решения.

Что касается некоторых людей, то заставить их просто думать о том, что они делают, уже может быть успехом - они пока не могут быть заинтересованы в планировании изменений. Другие, возможно, готовы строить планы, или, может быть, уже пытаются их строить. Вы не можете полностью контролировать то, что делают пациенты, но вы можете попробовать сделать так, чтобы после короткого разговора с вами у них обязательно осталось что-то, о чем нужно подумать, или что-то, что нужно сделать!

Стратегии краткого профилактического консультирования на уровне первичной медико-санитарной помощи

Краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя может включать в себя личные консультации или обмен информацией в электронном виде, чтобы помочь индивидууму уменьшить употребление алкоголя или воздержаться от него. Если это возможно и необходимо, то краткое консультирование может осуществляться в течение нескольких сессий (например, 5-30 минутных консультаций), чтобы помочь человеку выработать навыки и приобрести возможности для изменения, или при дальнейшем наблюдении, чтобы оценить необходимость дополнительного лечения.

На протяжении СКПК специалисту-практику необходимо вовлекать пациента в разговор путем использования сочувственного, лично-ориентированного и акцентирующего сильные стороны собеседника подхода, который позволяет человеку увидеть свои сильные стороны и обрести мотивацию к тому, чтобы взять на себя ответственность и изменить свое отношение к алкоголю. «Побуждение» – это умелое использование навыков активного слушания, чтобы выяснить, что знает, думает, чувствует или ценит собеседник. Этот прием часто используется при осуществлении краткого профилактического консультирования.

Рис. 4. Этапы краткой профилактической консультации на уровне первичной медико-санитарной помощи



Проведение краткой профилактической консультации в отношении употребления алкоголя

1. Для начала медицинский работник *ставит вопрос* употребления алкоголя в контексте здоровья или благополучия индивидуума, с учетом причины, которая привела пациента к врачу, одновременно стремясь с самого начала *вовлечь* пациента.
2. С разрешения пациентов для изучения текущего употребления ими алкоголя используется такой инструмент *скрининга* как самоотчет или вопросник, с тем чтобы выявить людей, которые могли бы извлечь пользу из краткой консультации, тех, кто в ней не нуждается, и тех, кому показано более интенсивное вмешательство.

После скрининга медицинский работник обеспечивает *обратную связь* по полученным результатам. Затем он *побуждает* пациента высказать свою точку зрения, предоставляет *информацию* о том, что эти результаты означают для индивидуума (в частности, в свете той проблемы, которая привела пациента к врачу), и *побуждает* пациента высказать свое отношение к выявленному уровню употребления им алкоголя и на предоставленную в этой связи информацию. На данном этапе полезны открытые вопросы, в том числе о ценностях и целях.

3. Медицинский работник активно и с сопереживанием слушает, не высказывая суждений, и анализирует, насколько пациент готов сократить употребление алкоголя. Подходы, которые следуют за этим, могут варьироваться в зависимости от того, насколько пациент готов к изменениям.
 - а. Если *пациент не уверен в необходимости изменений* в употреблении алкоголя, медицинский работник использует открытые вопросы и рефлексивность, чтобы вызвать пациента на «разговор об изменениях» (назвать его собственные причины для того, чтобы измениться, или преимущества изменений), и активно избегает уговоров, советов без разрешения на это, спора или бесполезных вопросов, которые генерируют «разговор о неготовности меняться» (пациент

приводит причины для того, чтобы не меняться, или говорит о барьерах, препятствующих изменениям).

ИЛИ

- b. Если пациенты *готовы подумать об изменениях или хотят измениться*, медицинский работник с помощью подхода, предполагающего *планирование*, побуждает пациента высказать или с разрешения пациента сам предоставляет выбор альтернативных вариантов самопомощи или лечения, а также активно слушает, чтобы побудить пациента рассказать о предпочтениях, помогает пациенту задать цели, согласовать план и взять на себя обязательство измениться. Медицинский работник укрепляет веру пациента в себя, в то, что он может успешно *изменить* свое поведение и управлять любой сложной ситуацией.

В любом случае, медицинский работник завершает консультацию, подводя итог обсуждению и любым составленным планам и убедившись, что пациент понимает, что будет происходить дальше.

Краткое консультирование может сопровождаться использованием печатных или электронных ресурсов, а также специальных техник оценочных шкал, таких как «шкала важности», которые будут обсуждаться позже.

Исследования в области мотивационного интервьюирования достаточно убедительно показывают, что вероятность изменения пациентом собственного поведения можно предсказать по соотношению в беседе разговора об изменениях и разговора о неготовности меняться. Это обсуждается далее в Разделе 7.

**Больше разговора об изменениях и меньше разговора о неготовности меняться =
повышение вероятности изменений**

Раздаточный материал 4.2. Преодоление трудностей

Медицинские работники могут иметь опасения по поводу проведения КПКА или сталкиваться с препятствиями. Исследования показывают, что эти барьеры и опасения делятся на четыре основные категории следующим образом (74,75 с изменениями).

Могу ли я это делать? (адекватность роли)

«У меня недостаточно знаний об алкоголе»

Не нужно быть экспертом по алкоголю, чтобы проводить КПКА. На самом деле, успешное проведение КПКА зависит от подхода, предполагающего сотрудничество с пациентом, и, следовательно, противоречит идее выполнения медицинским работником роли эксперта. Пациенту гораздо лучше известны собственные проблемы и опасения, и именно ему решать, как поступить.

Хороший учебный курс должен предоставить вам все знания и навыки, которые необходимы для эффективного проведения КПКА. Этот учебный курс будет укреплять вашу уверенность в себе, развивая ваши знания и навыки сначала в каждом из различных подходов к краткому профилактическому консультированию, а затем сводя эту информацию воедино (в рамках занятия на основе навыков, разработанных, чтобы позволить вам попрактиковаться в применении различных подходов к краткому профилактическому консультированию).

Как я могу это делать? (поддержка роли)

«У меня нет времени разговаривать со всеми об употреблении ими алкоголя – время, которое я провожу с каждым из пациентов, ограничено»

Вы можете чувствовать, что не имеете достаточной профессиональной или практической поддержки, чтобы проводить краткие профилактические консультации. Самая распространенная проблема связана со временем, но вы можете быть обеспокоены также и тем, что в случае необходимости совет и помощь могут оказаться недоступны.

- Краткая консультация может занять совсем мало *времени*, например, 2-3 минуты, а может - до 10-15 минут. Даже просто поднимая вопрос, анализируя употребление алкоголя, оценивая риск и предоставляя персонализированную обратную связь о рисках, обусловленных таким употреблением, можно мотивировать людей принять меры к тому, чтобы узнать больше, изменить поведение или вернуться позже для дальнейшего обсуждения и/или получения рекомендаций, а это того стоит.
- Важно узнать о местных службах, к которым вы можете обратиться, и направить пациентов за дальнейшей *помощью*, а также взаимодействовать с руководством для поддержки вашей практики.
- Целесообразно рассмотреть пределы *конфиденциальности* в вашей работе. Какие законы, правила или процедуры применяются к потенциально возможному раскрытию информации?
- Сохранение *здоровья* пациентов в долгосрочной перспективе может уменьшить объем вашей работы.

В чем смысл? (мотивация)

«Те, у кого есть проблемы с алкоголем, не изменятся никогда. Что бы я не пытался сделать, это ничего не изменит»

Данные научных исследований свидетельствуют о том, что КПКА оказывает положительное влияние на достаточное число людей для того, чтобы считать проведение таких консультаций эффективным по стоимости и затрачиваемому времени.

- В отличие от курения или иных нездоровых привычек, многие люди употребляют алкоголь, не подозревая, что выпиваемое ими количество может повышать или повышает риск. Исследования показывают, что, имея адекватную информацию, некоторые люди действительно хотят измениться. Другие, возможно, большая группа, первоначально могут не иметь мотивации или достаточной уверенности для того, чтобы изменить ситуацию, но методы, подобные КПКА, могут помочь укрепить их мотивацию и уверенность в возможности перемен. Наконец, некоторые группы людей действительно хотят сократить употребление алкоголя, но не уверены, с чего начать, и как начать вносить изменения в свое поведение. КПКА включает в себя стратегии и методы, позволяющие помочь этим людям.
- Конечно, КПКА эффективны не для всех, но они выгодно отличаются от других вмешательств, предполагающих лечение гораздо большего числа людей для того, чтобы принести реальную пользу одному. Возможно вы больше не увидите этого пациента и не узнаете, была ли консультация полезной, но это не должно удерживать вас от того, чтобы дать пациенту шанс более осознанного выбора в отношении употребления им/ею алкоголя.

Следует ли мне делать это? (правомерность роли) ***«Я боюсь обидеть моих пациентов»***

Фактические данные свидетельствуют о том, что люди *не обижаются*, когда медицинские работники спрашивают об их привычках, связанных с употреблением алкоголя. Когда вы спрашиваете кого-то об употреблении алкоголя, вы не предполагаете зависимости или алкоголизма, а просто проверяете, приведет ли сокращение употребляемого алкоголя к снижению риска возникновения проблем со здоровьем, социальных проблем или травм. Все зависит от того, как поставлен вопрос. Позже в рамках этого учебного курса мы посмотрим на формулировки, которые вы могли бы комфортно использовать, чтобы поднять этот вопрос, никого не обижая.

«С теми, у кого проблемы с алкоголем, должны работать специалисты»

Очень немногие люди, пьющие больше, чем рекомендуется, находятся или когда-либо будут находиться в контакте со специализированными наркологическими службами. Поскольку употребление алкоголя имеет такие широкие последствия для столь большого числа различных сфер жизни, борьба с негативными последствиями употребления алкоголя является *делом каждого* во всех сферах здравоохранения и социального обеспечения, и помните – вам не нужно быть экспертом по алкоголю и/или профилактическому консультированию, чтобы быть в состоянии помочь своим пациентам.

- Наряду с теми, чье употребление алкоголя сопряжено с риском, скрининг выявит людей с некоторыми признаками алкогольной зависимости, такими как неспособность остановиться, начав пить, или необходимость выпить для того, чтобы облегчить выход из тяжелого алкогольного опьянения. Эти признаки могут иметь разную частоту и степень тяжести. Алкогольная зависимость – это континуум с оттенками серого, а не абсолютно «черно-белый» диагноз. Исследования алкогольной зависимости демонстрируют широкий спектр конечных результатов – от полного отсутствия изменений до частичной ремиссии и даже до полной абстиненции (55).
- Хотя многие страдающие алкогольной зависимостью люди выздоравливают или добиваются улучшений с помощью специалистов, многие люди добиваются успеха без интенсивного лечения (56,57). Наряду с такими факторами, как изменение семейных обстоятельств или устройство на

работу, равнодушное отношение и поддержка со стороны работников первичной медико-санитарной помощи также могут помочь человеку добиться изменений.

- Несмотря на то, что исследования по этому вопросу ограничены, для некоторых пациентов принятие «модели хронического заболевания», в рамках которой специалист-практик предполагает оказывать поддержку в течение длительного периода лечения с периодами ремиссии и рецидива, может быть полезным при интенсивном употреблении алкоголя с признаками зависимости. Любое сокращение употребления алкоголя в течение жизни уменьшит риски вреда, связанного с употреблением алкоголя. В рамках первичной медико-санитарной помощи могут быть предоставлены многие эффективные психологические и фармакологические формы лечения алкогольной зависимости (58).
- Некоторые пациенты не смогут добиться успеха при поддержке первичного звена медико-санитарной помощи, поэтому важно, чтобы специализированные службы существовали и были доступны.
- На этапе первичной медико-санитарной помощи возможны ситуации, которые оказываются своеобразным «моментом истины» для тех, чьи приведшие их в медицинское учреждение вопросы или проблемы могут быть связаны с алкоголем (59). Это может стать поворотным моментом в жизни пациента, даже если есть очень серьезная проблема с алкоголем.

«Я и сам люблю выпить и не хочу быть лицемером»

Конечно, как и любая другая группа в обществе, медицинские работники могут употреблять алкоголь с опасностью для здоровья, но они, по крайней мере, могут сделать осознанный выбор.

- Не обязательно, например, иметь самые здоровые привычки питания, чтобы давать советы и/или информацию о здоровом питании. Цель КПКА – дать людям возможность осознанно выбрать то, что является правильным для них, и ваши собственные привычки употребления алкоголя не должны влиять на то, что вы делаете для них в качестве медицинского работника.
- Важно понимать, что цель постановки вопроса об употреблении алкоголя в рамках КПКА – предоставить людям возможность обсудить то, как они употребляют алкоголь, если они готовы сделать это. Медицинским работникам не следует пытаться обсуждать употребление алкоголя без согласия пациента.

Раздел 5. Начало разговора об алкоголе (25 минут)

Результаты обучения

После изучения Раздела 5 участники будут знать о многообразии способов, которые могут быть использованы для того, чтобы поднять вопрос употребления алкоголя в беседе с теми, кому может быть полезна краткая профилактическая консультация.

Что вам необходимо

- *Раздаточный материал 5.1: Начало разговора* (1 экземпляр для каждого из участников).
- Слайды с 22 по 26.

Подготовка

- Ознакомьтесь с *Раздаточным материалом 5.1 Начало разговора*.

Процесс

1. В качестве введения к Разделу 5 разъясните участникам, что, прежде чем мы начнем оказывать человеку поддержку, касающуюся изменения поведения в отношении алкоголя, необходимо поднять тему алкоголя и вовлечь пациента в разговор об употреблении им/ею алкоголя так, чтобы пациент не занял оборонительную позицию.
2. Мозговой штурм: спросите участников, когда, исходя из опыта их практики, было бы уместно поднять тему употребления алкоголя. Выслушайте ответы и отметьте, какие из них отражают разговор, возникший по обстоятельствам, а какие относятся к разговору, начатому пациентом, или к разговору, спланированному врачом (слайд 23).
3. Разъясните, что тема употребления алкоголя может быть поднята в рамках одной из трех возможностей разговора (слайд 24).
 - *Разговор, возникающий по обстоятельствам (инициируемый врачом)*, возможен в тех случаях, когда возможность обсудить употребление алкоголя возникает в ответ на проблему, симптом или событие. Обращение пациента по вопросу или проблеме, которые могли бы быть связаны с употреблением алкоголя или могут усугубиться под воздействием алкоголя, - это возможность поднять тему употребления алкоголя, реагируя на озабоченность пациента.
 - *Разговор, начатый пациентом*, возможен в том случае, если пациент сам поднимает тему употребления алкоголя или стремится получить некую информацию в этой связи. Это обеспечивает автоматический переход к теме.
 - *Спланированный (инициируемый врачом)* разговор возможен тогда, когда медицинский работник систематически обсуждает вопросы употребления алкоголя со всеми пациентами или со всеми представителями конкретной группы в рамках рутинной оценки или инициативы.
4. Попросите каждого из участников обдумать одну из этих ситуаций и записать один из примеров того, *какие именно слова* они могли бы произнести, поднимая тему употребления алкоголя в разговоре с пациентом (слайд 25).

Разбор

- Если позволяет время, попросите привести пример выбранной ситуации и озвучить слова, которые записал участник. Убедитесь, что в каждом случае речь врача приводится дословно, а не описательно.
- Используйте примеры из *Раздаточного материала 5.1. Начало разговора* для того, чтобы обсудить, соответствуют ли приведенные слова обсуждаемым принципам: эмпатия, отсутствие осуждения, ориентация на пациента. Предложите участникам по мере возможности доработать свои примеры.
- Выдайте участникам копии *Раздаточного материала 5.1. Начало разговора*. Попросите участников прочитать и тщательно проанализировать язык и предлагаемые фразы. Обсудите, заметили ли участники, что во всех фразах есть нечто общее или то, каким образом эти фразы отражают методику краткого профилактического консультирования, обсуждавшуюся ранее, например:
 - обобщенные (не персонализированные) не пугающие/не выражающие осуждения утверждения – «мы обнаружили, что многие люди...»;
 - связь между употреблением алкоголя и той проблемой, которая привела пациента к врачу;
 - демонстрация эмпатии;
 - открытые вопросы – выяснение;
 - фразы рефлексии, демонстрирующие активное слушание;
 - акцент на личной ответственности;
 - просьба о разрешении;
 - подчеркнуто сходная структура этих фраз (см. *Раздаточный материал 4.1*, Рис. 4. Этапы краткой профилактической консультации на уровне первичной медико-санитарной помощи (сочувствие, связь с причиной обращения, разрешение)), тем не менее, специалисты-практики могут следовать этой структуре, пользуясь собственными словами; хотя предлагаемые фразы отличает некий ритм и наличие модели, медицинским работникам необходимо сделать так, чтобы они звучали как их собственные.
- Спросите участников, будет ли им удобно использовать именно эти или сходные фразы?
 - Подчеркните важность интонации. Если специалист-практик испытывает неловкость, обсуждая тему, это может привести к тому, что неловкость начнет испытывать и пациент; например, если голос и подход выражают осуждение «То есть Вы часто бываете в состоянии опьянения?», или разговор ведется чересчур тихим и сочувственным голосом, словно задаваемый вопрос несет в себе нечто чрезвычайно серьезное и несколько постыдное.
 - Опыт/факты свидетельствуют о том, что лучше всего вести разговор в совершенно нейтральной манере.

Основные моменты (слайд 26)

- Специалистам-практикам стоит попрактиковаться в произнесении фраз, с которых они могут начать разговор об употреблении алкоголя, чтобы не испытывать неловкости.
- Нейтральный тон существенно поможет специалисту-практику в том, чтобы сделать разговор абсолютно комфортным для пациента, когда речь заходит об употреблении алкоголя.

Раздаточный материал 5.1. Начало разговора

<p>Разговор, возникающий по обстоятельствам (инициируемый врачом)</p> <p>Случайная возможность обсудить употребление алкоголя в ответ на проблему, симптом или событие. Обращение пациента по вопросу/проблеме, которые могли бы быть связаны с употреблением алкоголя, или могут усугубиться под воздействием алкоголя, – это возможность поднять тему употребления алкоголя.</p>	<p><i>Врач увязывает возникшую проблему (социальную/медицинскую/иную) с употреблением алкоголя</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Еще один аспект, который может влиять на Ваше состояние, это образ жизни, в том числе употребление алкоголя. Вам случается выпить? Можем мы немного поговорить об этом?• Некоторые люди с похожими симптомами обнаруживают, что эти проблемы могут быть связаны с употреблением ими алкоголя, хотя они и не отдавали себе в этом отчета. ... Могу ли я спросить Вас, употребляете ли Вы алкоголь?• Некоторые люди считают, что алкоголь помогает им ... (расслабиться, когда они напряжены, заснуть, когда у них есть проблемы со сном, уйти от своих забот). А как Вы с этим справляетесь?• Удивительно, как даже небольшое количество алкоголя может повлиять на описываемые Вами симптомы или причину Вашего обращения. Проанализировав употребление Вами алкоголя, мы смогли бы оценить, влияет ли этот фактор на Вас. Вы не против? Могу ли я спросить, что Вы обычно пьете в течение недели?• Мы считаем, что для многих людей, которые ... (оказываются втянуты в драки/ споры, падают и травмируют себя, не могут уснуть), одним из причинных факторов может быть алкоголь. Как по-Вашему, сегодняшнее Ваше обращение может быть как-то связано с употреблением алкоголя?• Мы вернемся к вариантам лечения через минуту, но есть еще один момент, который может помочь нам добраться до сути – это употребление алкоголя. Вы употребляете спиртное?• А есть ли еще какие-то факторы, которые могли повлиять на Ваше состояние? Мы с Вами пока не касались употребления алкоголя. Что Вам известно о возможном влиянии употребления алкоголя в подобных случаях?
<p>Разговор, начатый пациентом</p> <p>Пациент поднимает тему употребления алкоголя/ищет информации об алкоголе. Это обеспечивает автоматический переход к теме.</p>	<p><i>Пациент упоминает об алкоголе</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Вы говорите так, словно Вас заботит употребление Вами алкоголя. Вы хотели бы это обсудить?• Вы упомянули, что только что бросили пить. Этому есть какая-то причина?• Вы упомянули, что были очень пьяны в пятницу, и не понятно, как это [инцидент, травматическое событие] произошло. Вы выпили больше обычного?• Здесь у меня кое-какая информация об употреблении алкоголя, которую я могу дать Вам с собой. Правильно ли я понимаю, что Вас сейчас заботит вопрос употребления алкоголя?• Вы сказали, что Ваша жена велела Вам пить поменьше. Она, очевидно, заботится о Вас. А Вы думаете, что Вам следует сократить употребление алкоголя?

**Спланированный
(инициируемый
врачом)**

Медицинский работник систематически поднимает тему в разговоре со всеми пациентами (в конкретной группе) как часть рутинной оценки или программы.

Врач затрагивает тему алкоголя в разговоре со всеми пациентами/всеми пациентами определенной группы

- Мы задаем всем, кто регистрируется в качестве нового пациента, некоторые общие вопросы об образе жизни, и следующий в списке – алкоголь. Вы не против, если я спрошу Вас об этом?
- Мы считаем, что люди, которые находятся в Вашей ситуации ... (бездомные; обеспечивающие уход; участвующие в противоправной деятельности; понесшие утрату; получившие травмы; имеющие пьющих членов семьи) иногда могут в конечном счете пить больше, чем хотели бы. Можете Вы что-то такое сказать о себе?
- Мы принимаем участие в новой программе/кампании, и со всеми, кто к нам обращается, будем говорить об употреблении алкоголя. Вы не будете возражать, если я задам Вам несколько вопросов по этому поводу?
- Мы считаем, что многие из тех, кто обращается к нам по поводу ... (болезни/состояния) обнаруживают, что их состояние улучшается, когда они сокращают употребление алкоголя. Так что теперь мы просим об этом Всех, кто обратился по поводу ... (болезни/состояния). Вы вообще употребляете алкоголь? Вы не будете возражать, если я задам Вам несколько вопросов?

Раздел 6. Скрининг и обратная связь с использованием теста AUDIT (60 минут)

Результаты обучения

После изучения Раздела 6 участники смогут:

- уметь точно и объективно оценивать уровни и модели употребления алкоголя со своими пациентами и предоставлять соответствующую обратную связь с помощью теста AUDIT-C и полного скринингового инструмента AUDIT.
- быть в курсе возможных мер реагирования, услуг и источников поддержки для отдельных лиц по всему спектру проблем, связанных с употреблением алкоголя.

Что вам необходимо

- Слайды с 27 по 43. Подготовьте раздаточные материалы этих слайдов, чтобы выдать их участникам в КОНЦЕ этого Раздела.
- *Раздаточный материал 6.1 Инструмент скрининга на алкоголь AUDIT-C/AUDIT (1 экземпляр для каждого из участников, но вам понадобятся еще экземпляры для Раздела 8).*
- *Раздаточный материал 6.2. Скрининг AUDIT-C/AUDIT. Материал для специалиста-практика (1 экземпляр для каждого из участников).*
- *Раздаточный материал 6.3. Практические примеры скрининга. Информация о пациенте (достаточное количество разрезных карточек для половины участников) или ваши собственные практические примеры, удовлетворяющие потребностям участников обучения.*
- *Раздаточный материал 6.4. Практические примеры скрининга – ответы (1 экземпляр для каждого из участников) или ответы к вашим собственным практическим примерам, отражающие результаты скрининга в приведенных вами случаях.*
- *Раздаточный материал 6.5. Меры реагирования в случае зависимости (1 экземпляр для каждого из участников).*
- Местные или национальные протоколы или клинические протоколы ведения больного с алкогольной зависимостью на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Подготовка

- Тщательно ознакомьтесь с примечаниями к презентации и соответствующими информационными материалами, с тем чтобы чувствовать себя достаточно комфортно, поднимая и обсуждая эту тему с участниками.
- Убедитесь, что обладаете информацией о местных службах, в которые могут быть направлены пациенты, нуждающиеся в дополнительной поддержке в связи с употреблением ими алкоголя. Если имеются местные рекомендации по ведению пациента, критерии направления к специалисту или протоколы, вы должны быть готовы предоставить всю эту информацию каждому из участников. Хорошо было бы также, если бы представитель подобной службы присутствовал при прохождении этой части курса.
- Помните, что на протяжении этого раздела речь будет идти о разговоре с пациентами, чье употребление алкоголя уже стало серьезной проблемой. Врачам, обучающимся проводить краткие профилактические консультации, важно попрактиковаться в ведении такой беседы с пациентами, не имеющими зависимости или серьезных проблем, когда разговор будет менее сложным.

Процесс

1. Выдайте участникам *Раздаточный материал 6.1. Инструмент скрининга на алкоголь AUDIT-C/AUDIT*, а затем озвучьте материал слайдов с 27 по 40, отвечая на все возникающие вопросы либо по ходу презентации, либо в конце, в зависимости от ваших предпочтений (15 минут).
2. Объясните, что теперь каждый из участников получит возможность в парах попрактиковаться в проведении скрининга с предоставлением обратной связи, используя для этого подготовленные практические примеры (слайд 41). Подчеркните следующее:
 - скрининг не является примером точной науки, поэтому нет необходимости абсолютно точно рассчитывать число употребляемых стандартных порций, но следует помнить, что в среднем доза спиртного напитка часто составляет примерно 2 стандартных порции. Если сумма баллов приближается к верхнему порогу, пациенту можно сообщить об этом;
 - поначалу может возникнуть неловкость, но это возможность попробовать, ошибаться, размышлять и учиться на собственном опыте. Перед всей группой никого выступить не попросят.
3. Попросите участников разбиться на пары и убедитесь, что они понимают, что до начала работы вы объясните им, что им следует делать.
4. По мере того, как участники разобьются на пары, раздайте им необходимые материалы:
 - выдайте каждому участнику экземпляр *Раздаточного материала 6.2. Скрининг AUDIT-C/AUDIT. Материал для специалистов-практиков*;
 - выдайте одному из участников в каждой из пар экземпляр Практического примера А, а его партнеру – экземпляр Практического примера В из *Раздаточного материала 6.3. Практические примеры скрининга. Информация о пациенте*;
 - объясните, как будет проходить работа, используя слайд 41, и дайте сигнал начинать.
5. По ходу ролевой игры подходите к участникам, чтобы помочь, проследить за соблюдением регламента, а также для того, чтобы убедиться, что участники остаются в рамках исключительно скрининга и обратной связи, не переходя к полноценному краткому профилактическому консультированию.

Разбор

- Когда время истечет, остановите ролевую игру и попросите участников выйти из роли.
- Получите обратную связь, используя вопросы, задаваемые вначале о роли специалиста-практика, а затем роли пациента: Что получилось хорошо? Что получилось не очень хорошо?
- Выдайте каждому из участников по экземпляру *Раздаточного материала 6.4. Практические примеры скрининга – ответы*.
- Проанализируйте результаты скрининга по каждому из сценариев, приведенные на листе с ответами, и ответьте на любые возникшие вопросы.
- Выдайте каждому из участников по экземпляру слайдов этого раздела.
- Обсудите слайд 42 и *Раздаточный материал 6.5. Меры реагирования в случае зависимости* и предоставьте участникам информацию о местных или национальных протоколах ведения проблем с алкоголем на уровне первичной медико-санитарной помощи, если таковые имеются. Дайте информацию о местных службах и обсудите, каким образом с ними можно связаться.

Основные моменты (слайд 43)

- Цель скрининга состоит в том, чтобы подсказать пациенту и специалисту-практику, как быть дальше. Возможно, достаточно получить общее представление о том, что человек пьет, и о проблемах или рисках, которые приносит ему/ей такое употребление спиртного, не пытаясь составить полный список всех алкогольных напитков им/ею употребляемых.
- Точные баллы на скрининговых инструментах носят информационный характер. Сумма баллов, приближенная к предельной, также может свидетельствовать о необходимости консультации, особенно если речь идет о женщинах, молодых или пожилых людях и некоторых этнических группах.
- Специалистам-практикам следует избегать попыток заняться абсолютно точным подсчетом стандартных порций при прохождении пациентом теста AUDIT и сосредоточиться на информировании пациента о континууме риска, связанного с употреблением алкоголя, и выявлении того, что важно для пациента.
- На практике:
 - если большинство опрашиваемых вами пациентов демонстрируют очень высокие суммы баллов AUDIT, стоит задуматься о том, не сосредоточились ли вы на людях с очевидными признаками злоупотребления алкоголем и наличия зависимости (и, вероятно, упускаете из внимания тех, кому скрининг был бы полезен, но кто не демонстрирует каких-либо внешних признаков – обычно это гораздо более многочисленная группа пациентов);
 - если это так, вам стоит проанализировать ситуации, когда вы задаете вопрос об употреблении алкоголя (Раздел 5), особенно, если вы проводите СКПК впервые, чтобы постараться обрести уверенность в отношении обсуждения алкоголя в принципе, прежде чем вы сосредоточите внимание на пациентах с более долгосрочными или более серьезными проблемами.

Раздаточный материал 6.1. Инструмент AUDIT-C/AUDIT

Напиток	Стандартные порции	Напиток	Стандартные порции
Бутылка вина крепостью 14% и объемом 750 мл	8,3	500 мл пива крепостью 4,5%	1,8
Бокал вина крепостью 14% и объемом 175 мл	2	330 мл пива или иного напитка крепостью 5%	1,3
Бутылка напитка крепостью 40% и объемом 700 мл	22	30 мл алкогольного напитка крепостью 42%	1

AUDIT C	Система начисления баллов					Сумма баллов
	0	1	2	3	4	
1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?	Никогда	Раз в месяц или реже	2–4 раза в месяц	2–3 раза в неделю	4+ раза в неделю	
2. Сколько стандартных порций алкогольных напитков (10 г. этанола) Вы обычно употребляете в день, когда выпиваете?	1–2	3–4	5–6	7–9	10+	
3. Как часто Вы выпиваете шесть стандартных порций (60 г. этанола) или более за один раз?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ ПО AUDIT-C						
Сумма 0–4	= Сообщите, что риск возникновения обусловленных алкоголем проблем относительно низкий. Выразите одобрение (например, «Это хорошо»). Продолжайте консультацию в обычном порядке.					
Сумма 5–12	= Задайте остальные 7 вопросов теста AUDIT. Если диагноз алкогольной зависимости раньше не ставился, ее признаков нет, а сумма составляет 5-7 баллов, можно переходить непосредственно к обратной связи.					

Оставшиеся 7 ВОПРОСОВ AUDIT	Система начисления баллов					Сумма баллов
	0	1	2	3	4	
4. Как часто за последний год Вы не могли остановиться, начав выпивать?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не могли выполнять то, что от Вас обычно ожидается?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
6. Как часто за последний год Вам было нужно выпить с утра, чтобы прийти в себя после выпивки накануне?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить события прошлого вечера из-за выпивки?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
9. Получали Вы или кто-то другой травму из-за того, что Вы выпили?	Нет		Да, более 12 месяцев назад		Да, за последние 12 месяцев	
10. Ваш родственник или друг, врач или медработник высказывал озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя или советовал Вам выпивать меньше?	Нет		Да, более 12 месяцев назад		Да, за последние 12 месяцев	
Всего баллов по AUDIT C:		Всего баллов за 7 вопросов:				
Всего баллов за 10 вопросов AUDIT:						

Сумма баллов AUDIT	Категория риска	Действия
0–7	Низкий риск	Сообщите, что риск есть, но он невелик. Выразите одобрение (например, «Это хорошо»). Если ничто не вызывает озабоченности, продолжайте в обычном порядке.
8–15	Рискованное употребление	Обратная связь и КПК.
16–19	Вредное употребление Не исключена зависимость	Обратная связь и иные варианты поддержки, включая КПК и другие мероприятия.
20+	Зависимость высоко вероятна	Обратная связь и оценка состояния ИЛИ направление к специалисту для оценки состояния и лечения.

Предоставьте обратную связь: получить – дать – получить

Изложите результат четко, придерживаясь фактов и не высказывая суждений. «Исходя из того, что Вы рассказали мне, отвечая на эти вопросы, Вы набрали X баллов, что означает возможность возникновения связанных с употреблением алкоголя проблем со здоровьем в будущем *или* угрозу здоровью в настоящем» [Обратная связь]

Получить «Что Вам известно о рисках, связанных с алкоголем?» [Открытый вопрос]

Дать «Это означает, что объем выпиваемого Вами алкоголя подвергает Вас риску или может привести [к развитию/ухудшению болезни/симптомов *или* получению травм]. Вы можете снизить этот риск/улучшить Ваше [здоровье/симптомы/состояние], сократив или прекратив употребление алкоголя. Но только Вам решать, хотите ли Вы это сделать» [Личная ответственность]

Получить «Как Вы думаете?» / «Вас это удивило» / «Как это звучит?» [Открытый вопрос или рефлексия]

Раздаточный материал 6.2. Скрининг AUDIT-C/AUDIT. Материал для специалиста-практика

Напиток	Стандартные порции	Напиток	Стандартные порции
Бутылка вина крепостью 14% и объемом 750 мл	8,3	500 мл пива крепостью 4,5%	1,8
Бокал вина крепостью 14% и объемом 175 мл	2	330 мл пива или иного напитка крепостью 5%	1,3
Бутылка напитка крепостью 40% и объемом 700 мл	22	30 мл алкогольного напитка крепостью 42%	1

Практический пример А Ивану 57 лет, живет с женой и дочерью, работает продавцом в автосалоне. Обратился к врачу по поводу постоянного расстройства желудка.

Практический пример В Наталье 34 года, живет с маленьким сыном, работает в магазине. Обратилась с сильной болью в горле и чувством переутомления.

AUDIT C	Система начисления баллов					Сумма баллов
	0	1	2	3	4	
1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?	Никогда	1 раз в месяц или реже	2–4 раза в месяц	2–3 раза в неделю	4+ раза в неделю	
2. Сколько стандартных порций алкогольных напитков (10 г. этанола) Вы обычно употребляете в день, когда выпиваете?	1–2	3–4	5–6	7–9	10+	
3. Как часто Вы выпиваете шесть (60 г. этанола) или более стандартных порций за один раз?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ ПО AUDIT-C						
Сумма = 0-4	Сообщите, что риск возникновения обусловленных алкоголем проблем относительно низкий. Выразите одобрение (например, «Это хорошо»). Продолжайте консультацию в обычном порядке.					
Сумма = 5-9	Задайте остальные 7 вопросов теста AUDIT. Если диагноз алкогольной зависимости раньше не ставился, ее признаков нет, а сумма составляет 5-7 баллов, можно переходить непосредственно к обратной связи.					

Оставшиеся 7 ВОПРОСОВ AUDIT	Система начисления баллов					Сумма баллов
	0	1	2	3	4	
4. Как часто за последний год Вы не могли остановиться, начав выпивать?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не могли выполнять то, что от Вас обычно ожидается?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
6. Как часто за последний год Вам было нужно выпить с утра, чтобы прийти в себя после выпивки накануне?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить события прошлого вечера из-за выпивки?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
9. Получали Вы или кто-то другой травму из-за того, что Вы выпили?	Нет		Да, более 12 месяцев назад		Да, за последние 12 месяцев	
10. Ваш родственник или друг, врач или медработник высказывал озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя или советовал Вам выпивать меньше?	Нет		Да, более 12 месяцев назад		Да, за последние 12 месяцев	
Всего баллов по AUDIT C:		Всего баллов за 7 вопросов:				
Всего баллов за 10 вопросов AUDIT:						

Сумма баллов AUDIT	Категория риска	Действия
0–7	Низкий риск	Сообщите, что риск есть, но он невелик. Выразите одобрение (например, «Это хорошо»). Если ничто не вызывает озабоченности, продолжайте в обычном порядке.
8–15	Рискованное употребление	Обратная связь и КПК.
16–19	Вредное употребление Не исключена зависимость	Обратная связь и иные варианты поддержки, включая КПК и другие мероприятия.
20+	Зависимость высоко вероятна	Обратная связь и оценка состояния ИЛИ направление к специалисту для оценки состояния и лечения.

Предоставьте обратную связь: получить – дать – получить

Изложите результат четко, придерживаясь фактов и не высказывая суждений. «Исходя из того, что Вы рассказали мне, отвечая на эти вопросы, Вы набрали X баллов, что означает возможность возникновения связанных с употреблением алкоголя проблем со здоровьем в будущем *или* угрозу здоровью в настоящем» [Обратная связь]

Получить «Что Вам известно о рисках, связанных с алкоголем?» [Открытый вопрос]

Дать «Это означает, что объем выпиваемого Вами алкоголя подвергает Вас риску или может привести [к развитию/ухудшению болезни/симптомов *или* получению травм]. Вы можете снизить этот риск/улучшить Ваше [здоровье/симптомы/состояние], сократив или прекратив употребление алкоголя. Но только Вам решать, хотите ли Вы это сделать» [Личная ответственность]

Получить Что Вы об этом думаете?/ Вас это удивило? / Как для Вас это звучит? [Открытый вопрос или рефлексия]

Раздаточный материал 6.3. Практические примеры скрининга – информация о пациентах

Практический пример скрининга А: Иван

Профиль

Ивану 57 лет, живет с женой и дочерью, работает продавцом в автосалоне. Обратился к врачу по поводу постоянного расстройства желудка.

Информация для скрининга AUDIT-C

- Вообще не пьет с воскресенья по среду.
- В четверг и пятницу вечером после работы ходит в паб и выпивает 2-3 больших бокала пива и 1-2 порции виски.

По вечерам в выходные выпивает с женой 1-2 бутылки вина.

Иные подробности по запросу (остальные вопросы AUDIT)

Несколько недель назад уснул пьяный на диване, вернувшись из паба, где переборщил с виски. Уснул с зажженной сигаретой во рту, поэтому прожег диван и обжог руку.

Практический пример скрининга В: Наталья

Профиль

Наталье 34 года, живет с маленьким сыном, работает в магазине. Обратилась с сильной болью в горле и чувством переутомления.

Информация для скрининга AUDIT-C

- Дома выпивает 1-2 бокала вина практически каждый вечер.
- Отправляясь развлечься в пятницу или субботу, выпивает 6 или 7 порций водки с колой и несколько бутылок или порций алкогольного коктейля, если идет в клуб (примерно раз в месяц).
- По большей части, на неделе она может сходить куда-нибудь лишь в один из вечеров, когда с сынишкой сидит ее мама.

По воскресеньям она обычно не пьет.

Иные подробности по запросу (остальные вопросы AUDIT)

- За последний год пару раз было так, что она не помнила, что делала в субботу.

В январе прошлого года она упала в один из таких вечеров вне дома и вывихнула лодыжку. Тогда медсестра в больнице спросила ее о количестве выпитого и посоветовала быть поосторожнее с алкоголем.

Раздаточный материал 6.4. Практические примеры скрининга – ответы

Практический пример скрининга А: Иван

AUDIT-C

- Вопрос 1. Ответ 3 раза в неделю. Сумма баллов 3
- Вопрос 2. У Ивана нет типичного дня как такового – выбирайте одну из его обычных моделей. В четверг и пятницу: пиво ~2СП x 2-3; виски ~ 1СП x 1-2 = от 5 до 8 СП. Сумма баллов как для 7-9: Сумма баллов 3
- Вопрос 3. Иван также выпивает бутылку вина (7-8СП) за выходные, поэтому стоит считать, что он выпивает более 6 СП в 2–3 вечера большинства недель (хотя и не ежедневно или не почти ежедневно). Ежедневно = Сумма баллов 3

Общая сумма баллов AUDIT -C = ~9
Иван AUDIT-C-позитивен

Остальные вопросы AUDIT

- Вопросы 4–8. Нечего сообщить. Сумма баллов 0
- Вопрос 9. Получал травму в последний год. Сумма баллов 4
- Вопрос 10. Нечего сообщить. Сумма баллов 0

Общая сумма баллов = 13

Иван AUDIT-позитивен, с определенными признаками зависимости, т.е. нуждается в КПК. Обратная связь должна показать, как употребление алкоголя связано с расстройством желудка.

Практический пример скрининга В: Наталья

AUDIT-C

- Вопрос 1. Наталья пьет каждый день, исключая воскресенье = 4+ раз в неделю. Сумма баллов 4
- Вопрос 2. В типичный день она выпивает 1-2 бокала вина = 3 - 4 СП = Сумма баллов 1
- Вопрос 3. За вечер вне дома по выходным не менее 6-7 порций водки = ~6-7 СП. Ежедневно = Сумма баллов 3

Общая сумма баллов AUDIT -C = 8
Наталья AUDIT-C-позитивна

Оставшиеся вопросы AUDIT

- Вопросы 4–7. Нечего сообщить. Сумма баллов 0
- Вопрос 8. За последний год было так, что не помнит. Сумма баллов 1
- Вопрос 9. Получала травму, но не в последний год. Сумма баллов 2
- Вопрос 10. Получала совет, но не в последний год. Сумма баллов 2

Общая сумма баллов = 13

Наталья AUDIT-позитивна, с определенными признаками зависимости, т.е. нуждается в КПК. Обратная связь должна показать взаимосвязь алкоголя с чувством усталости и плохой сопротивляемостью инфекциям.

Раздаточный материал 6.5. Меры реагирования в случае зависимости

Избегайте предположений о том, что является эффективным

Не следует полагать, что, если человек демонстрирует признаки зависимости, помочь ему/ей может лишь специализированное лечение, или взаимопомощь (Анонимные алкоголики), или какой-либо иной конкретный метод. Лица с зависимостью часто выздоравливают без какой-либо внешней помощи, а многим можно помочь на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Избегайте предположений о целях лечения

Не следует также полагать, что полный отказ от алкоголя должен стать единственной подходящей целью для человека с зависимостью; для многих людей с легкой или умеренной зависимостью подходящей и достижимой целью может быть контролируемое употребление алкоголя. Хотя данные научных исследований могут содержать соответствующую информацию, выбор конкретной цели в отношении употребления алкоголя является исключительно клиническим решением, зависящим от уникальных обстоятельств, особенностей и предпочтений конкретного пациента (76).

Для большинства пациентов, не испытывающих физической зависимости от алкоголя, врачи первичной медико-санитарной помощи – это как раз те, кто поможет им получить доступ к материалам для самопомощи, окажет поддержку и отследит прогресс. Методы, о которых пойдет речь в Разделе 7, помогут специалистам-практикам поддерживать мотивацию пациентов с течением времени.

Физическая зависимость и детоксикация

Если пациент пьет ежедневно и в анамнезе при резком прекращении употребления алкоголя наблюдались судорожные состояния, важно, чтобы такой пациент не пытался бросать пить без профессиональной помощи. Давно пьющие пациенты обычно знают о том, что происходит, когда они бросают пить, поэтому стоит спросить о том, как пациент справлялся с этим в последний раз. Может быть показан краткий курс бензодиазепинов. Важно проанализировать, какого рода поддержка будет доступна пациенту в случае полного отказа от алкоголя, поскольку зачастую детоксикация связана с негативными результатами. Во многих странах у пациентов есть возможность оставаться дома весь период детоксикации, например, с ежедневным посещением медицинской сестрой. В ряде других стран нормой является проведение детоксикации в стационаре.

Если речь идет о зависимости от умеренной до сильной, можно рассмотреть возможность медикаментозного предотвращения рецидивов.

Определение зависимости

Сумма баллов AUDIT – это лишь один из индикаторов зависимости; но существует и множество других. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (77) гласит, что:

... диагноз зависимости может быть поставлен только при наличии трех или более нижеперечисленных признаков, проявляемых одновременно на протяжении определенного времени в течение предшествующего года:

- a) сильное желание или чувство непреодолимой тяги к приему психоактивного вещества;
- b) трудности в контроле поведения, связанного с приемом психоактивного вещества: его начало, окончание или уровни потребления;
- c) физиологическое абстинентное состояние, возникающее, когда прием психоактивного вещества прекращается или уменьшается, о чем свидетельствуют следующие расстройства: характерный для этого вещества синдром отмены; или употребление того же (или сходного) психоактивного вещества с целью облегчения или предупреждения симптомов отмены;
- d) признаки толерантности, проявляющиеся в необходимости повышения доз психоактивного вещества для достижения эффектов, первоначально достигаемых при употреблении меньших доз (очевидными примерами этого

являются люди с алкогольной или опиатной зависимостью, ежедневные дозы которых могут полностью вывести из строя или привести к смерти нетолерантных потребителей);

- e) прогрессирующее пренебрежение альтернативными удовольствиями или интересами из-за употребления психоактивного вещества, увеличение времени, необходимого для приобретения или приема вещества и для восстановления от его эффектов;
- f) продолжающееся употребление психоактивного вещества вопреки явным признакам очевидных вредных последствий, таких как вред для печени в результате употребления алкоголя в чрезмерных количествах или связанное с веществом нарушение когнитивных функций; необходимо приложить усилия для определения того, знал ли потребитель в действительности - или можно ли ожидать, что он знал - о природе и степени вреда.

Сужение репертуара употребления вещества также считается характерным признаком (например, тенденция одинаково употреблять алкоголь как в будни, так и в выходные дни несмотря на социальные сдерживающие факторы).

Раздел 7. Основные навыки краткого профилактического консультирования (45 минут)

Результаты обучения

После изучения Раздела 7 участники будут понимать, какие навыки необходимы для краткого мотивационного интервьюирования: За побуждение: побуждение к разговору об изменениях путем активного слушания; 3b планирование: побуждение в разговоре о вариантах изменения и планирование изменений; формирование уверенности.

Что вам необходимо

- Слайды с 44 по 61.
- *Раздаточный материал 7.1А. Побуждение к разговору об изменениях с помощью открытых вопросов – базовая версия и/или Раздаточный материал 7.1В. Побуждение к разговору об изменениях с помощью рефлексии – расширенная версия.*
- *Раздаточный материал 7.2А. Планирование изменений – базовая версия и/или Раздаточный материал 7.2В. Планирование изменений – расширенная версия, использование шкал*

Подготовка

- Подготовьте раздаточный материал со слайдов с 44 по 61, чтобы раздать его участникам в конце этого раздела.

Процесс

1. Обобщите пройденное за день, покажите слайд 45. Сошлитесь на *Раздаточный материал 4.1. Что представляет собой краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя?* Укажите на то, что у участников уже была возможность рассмотреть Шаг 1 (Вовлечь и ввести в тему) и Шаг 2 (Скрининг и обратная связь). На практическом занятии в рамках этого раздела специалист-практик должен представить, что тема употребления алкоголя уже поднята и скрининг завершен. Отрабатываться будут лишь «микронавыки» – умение задавать открытые вопросы и навыки рефлексии.
2. Используйте презентацию в формате PowerPoint для того, чтобы раскрыть основные понятия (слайды 46–48).
3. Покажите Слайд 49 и попросите участников подсчитать, сколько примеров «разговора об изменениях», и сколько примеров «разговора о неготовности меняться» они видят в этом отрывке. Обсудите, что распознали участники, используя слайд 50.
4. Обсудите, насколько важно генерировать разговор об изменениях, и какое непосредственное влияние в этой связи может иметь поведение специалиста-практика (слайд 51).
5. Представлены две версии *Раздаточного материала 7.1*: базовая и расширенная. Для большинства специалистов-практиков, впервые знакомящихся с этими навыками, а также для тех, кто принимает участие в обучении длительностью в 1 день или менее того, лучше подойдет базовая версия, посвященная открытым вопросам. Если специалисты-практики обладают определенным опытом,

проявляют большой интерес, или имеется большой запас времени, можно предложить расширенную версию и соответствующее задание. Не будет вреда, если специалисты-практики получат инструктаж в соответствии с расширенной версией, но не успеют попрактиковать ее в ходе обучения.

6. Выдайте участникам *Раздаточный материал 7.1А. Побуждение к разговору об изменениях с помощью открытых вопросов – базовая версия*, где приводятся примеры открытых вопросов, призванных вызвать разговор об изменениях. Это задание разработано с целью помочь участникам в использовании открытых, а не закрытых вопросов, в особенности, открытых вопросов, которые позволят углубить разговор об изменениях. Используйте слайд 52, чтобы пояснить задание и дать участникам возможность приступить к его выполнению. Разберите выполнение задания, используя раздаточный материал и приведенные вопросы.
7. Выдайте участникам *Раздаточный материал 7.1В. Побуждение к разговору об изменениях с помощью рефлексии – расширенная версия*, где приводятся примеры полезной и бесполезной рефлексии. Это задание разработано с целью помочь участникам в использовании реплик, воспроизводящих разговор пациента об изменениях с тем, чтобы углубить этот разговор. Используйте слайд 53, чтобы разъяснить задание и позволить участникам приступить к его выполнению. Разберите выполнение задания, используя раздаточный материал и приведенные вопросы. Если вы решили не использовать этот вариант – пропустите этот слайд.
8. Представлены две версии *Раздаточного материала 7.2. Планирование изменений*. Как и прежде, для большинства специалистов-практиков, впервые знакомящихся с этими навыками, а также для тех, кто принимает участие в обучении длительностью в 1 день или менее того, лучше подойдет базовая версия, посвященная открытым вопросам. Если специалисты-практики обладают определенным опытом, проявляют большой интерес, или имеется большой запас времени, можно предложить расширенную версию и соответствующее задание.
9. Изложите материал слайдов 54–58 (и 59, если решено тренировать навыки расширенного уровня, в противном случае – пропустите этот слайд) и объясните, что у участников будет возможность попрактиковаться в использовании этих навыков, когда они будут отрабатывать проведение полноценной краткой профилактической консультации в рамках Раздела 8. Выдайте участникам *Раздаточный материал 7.2А и/или 7.2В Планирование изменений*, подчеркнув любые дополнительные моменты, не упомянутые на слайдах.

Общий разбор

- Обсудите примеры передовой практики и предложения в отношении того, что можно улучшить, которые у вас возникли, пока вы переходили от пары к паре (не называя конкретных имен).
- Напомните участникам об основных принципах мотивационного интервьюирования, которые применимы в рамках данных подходов к краткому профилактическому консультированию, в частности о том, что каждый человек должен сам судить, какие изменения необходимы именно ему. Это значит, что, будучи специалистами, мы должны воздержаться от советов и сделать так, чтобы пациенты чувствовали, что контролируют ситуацию в отношении обсуждаемых изменений. В ряде случаев это может означать, что человек (пока) не хочет менять свое поведение в отношении употребления алкоголя.
- Вернитесь к вопросу «континуума риска» и подчеркните, что даже незначительное сокращение объемов употребляемого алкоголя или, иногда, распределение выпиваемого объема на несколько дней вместо одного позволят снизить риски, связанные с употреблением спиртного, даже если человек по-прежнему выпивает больше, чем рекомендуется. Эти небольшие изменения могут оказать человеку реальную пользу, а если множество людей пойдет по пути небольших изменений, это принесет ощутимую пользу обществу в целом.
- Выдайте участникам раздаточный материал слайдов этого раздела.

Основные моменты (слайды 60, 61)

- Методы, описанные в этом разделе, относятся к «микронавыкам» в рамках мотивационного подхода и приходят с практикой (слайд 60).
- Совершенно нормально, что специалисты-практики столкнутся с трудностями (и возможно испытают неловкость), пытаясь применить эти методы на практике, но это не должно их останавливать (слайд 61).
 - Имеются достаточные основания полагать, что польза мотивационного интервьюирования начинает возрастает тогда, когда специалисты-практики *перестают* совершать напрасные действия, даже если они еще не вполне овладели всеми необходимыми навыками.
 - Это свидетельствует о необходимости, по меньшей мере, не указывать пациентам, что им делать, избегать нажима и проводить больше времени слушая.

Раздаточный материал 7.1А. Побуждение к разговору об изменениях с помощью открытых вопросов – базовая версия

Базовый уровень: вопросы, чтобы вызвать на разговор об изменениях

<i>Стремление</i> <ul style="list-style-type: none">✓ Что Вам хотелось бы изменить?✓ Что Вы надеетесь изменить?✓ Расскажите мне, что в нынешней ситуации Вас не устраивает.✓ Что могло бы быть по-другому?	<i>Причины</i> <ul style="list-style-type: none">✓ Что Вас заботит?✓ Почему Вы хотели бы ограничить спиртное?✓ Какова может быть польза от меньшего употребления алкоголя?✓ В чем Вы видите причины изменить ситуацию?
<i>Глядя вперед</i> <ul style="list-style-type: none">✓ Какой бы Вы видели свою жизнь через год?✓ На что Вы хотели бы надеяться в 5-летней перспективе?✓ В чем Вы хотели бы чувствовать себя лучше?	<i>Оглядываясь назад</i> <ul style="list-style-type: none">✓ Помните время, когда Вы выпивали меньше, чем описали? Что было по-другому?✓ Как Вы справлялись с ситуацией раньше?
<i>Крайность: никаких изменений</i> <ul style="list-style-type: none">✓ Что больше всего заботит Вас применительно к употреблению Вами алкоголя в долгосрочной перспективе?	<i>Крайность: изменения</i> <ul style="list-style-type: none">✓ Если Вы снизите объем выпиваемого прямо сегодня, что, как Вы надеетесь, изменится?
Как только вы слышите разговор об изменениях, вы можете задать «наводящие» открытые вопросы. <ul style="list-style-type: none">✓ Каким образом?✓ А поподробнее?✓ Что еще?	
<i>Избегайте</i> вопросов, которые приведут к разговору о неготовности меняться. <ul style="list-style-type: none">✗ Почему пьете так, как описали?✗ Что мешает Вам пить поменьше?✗ Что Вас пугает применительно к сокращению объемов выпиваемого?	

ПОДСКАЗКА! Когда задаете вопросы, помните об интонации, как это обсуждалось в Разделе 5. Старайтесь постоянно демонстрировать эмпатию, понимание и уважение к другому человеку и избегайте осуждения.

Использование открытых вопросов – практическое задание

В парах, где один из партнеров - Джулия, а второй – медицинский работник. Обоим партнерам необходимо вначале прочитать материал страницы, а затем, по команде, начинать.



Джулии 34 года, она живет с мужем и двумя детьми – школьниками. Ко врачу обращается по поводу тревожности. Сообщила о том, что выпивает пару бокалов вина примерно 3 раза в неделю вместе с мужем, а 2 или 3 раза в месяц они выходят куда-нибудь развлечься, и тогда она выпивает более 6 порций алкоголя. Никаких иных проблем у нее нет, за исключением того, что однажды субботним утром она забыла отвезти детей на занятия. Выпивать Джулии нравится. Ей кажется, что, если ей придется отказаться от спиртного, ей будет этого не хватать, потому что никакой иной радости за пределами материнства ей просто не останется.

Скрининг уже завершен. Ее сумма баллов AUDIT равна 9, и обратная связь выглядела следующим образом.

Врач: *Результат.* Судя по тому, что Вы рассказали мне, отвечая на вопросы, сумма баллов равна 9, что означает, что в Вашем случае алкоголь может привести к проблемам со здоровьем в будущем, и, возможно, именно он обуславливает Вашу тревожность.

Получить. Что Вам известно о рисках, связанных с употреблением алкоголя?

Джулия: Не думаю, что я так уж много пью. Что, это и правда связано с риском?

Врач: *Дать.* Риск в том, что это повышает Ваш шанс в будущем столкнуться с такими проблемами, как рак, высокое артериальное давление. А непосредственно сейчас именно алкоголь может обуславливать Вашу тревожность. Известно, что, когда люди начинают пить меньше, симптоматика меняется в лучшую сторону. Кроме того, многие не осознают, что алкоголь влияет на сон, т.е. Вы, возможно, будете лучше спать и меньше тревожиться, если сократите употребление спиртного или откажетесь от него совсем. Но только Вам решать, хотите ли Вы сделать что-то подобное.

Джулия: Ну... Я этого не знала. (с огорчением)

Врач: *Получить.* Для Вас это прозвучало неожиданно?

Джулия: Да, я не знала, что употребление спиртного может приводить к тревожности. Честно говоря, я пью, чтобы расслабиться.

В этом задании вам необходимо начать по ролям разыгрывать приведенный выше разговор, а затем врач продолжит, задавая Джулии открытые вопросы (собственные или взятые из *Раздаточного материала 7.1*), чтобы углубить разговор об изменениях и посмотреть, как он пойдет. Джулия должна отвечать на каждый заданный вопрос по своему усмотрению.

Когда разговор прекратится, обсудите, как он прошел.

- Было ли врачу комфортно задавать открытые вопросы (и избегать закрытых вопросов и советов)?
- Насколько это отличалось от обычной консультации?
- Вели ли открытые вопросы к разговору об изменениях, или к разговору о неготовности меняться, или и к тому и к другому?

(Поменяйтесь ролями, если позволяет время)

Раздаточный материал 7.1В. Побуждение к разговору об изменениях с помощью рефлексии – расширенная версия

Средний/расширенный уровень: рефлексия, чтобы вызвать на разговор об изменениях

Рефлексия – это реплики, в которых делается попытка осмыслить сказанное пациентом, и с помощью которых врач должен проверить, так ли он понял пациента, и побудить его развивать свои мысли дальше.

Реплики на основе услышанного должны составить значительную долю ваших ответов пациенту в начале дискуссии. *Как только вы задали открытый вопрос, реагируйте на ответы пациента рефлексивно*, чтобы было видно Ваше желание понять и продемонстрировать это понимание (10). Вопросы задавать легче, но вы рискуете остаться исключительно на уровне «вопрос-ответ», если будете просто задавать вопросы, а не слушать и не «возвращать» пациенту его утверждения. Пациент может занять оборонительную позицию.

Рефлексия – это не вопросы, но на многих языках различие выражается лишь тоном голоса в конце предложения, который может превратить рефлексию в вопрос. Попробуйте сказать вслух:

- Вы не считаете это проблемой.
- Вы не считаете это проблемой?
- Вы еще внуков хотите вырастить.
- Вы еще внуков хотите вырастить?

После обратной связи по итогам скрининга, на этапе побуждения к разговору, рефлексия подталкивает к разговору об изменениях и позволяет подчеркнуть нужные реплики, чтобы углубить такой разговор. Нужен навык, чтобы игнорировать разговор о неготовности меняться. Рефлексия может варьироваться от простого повторения сказанного до сложного «продолжения мысли». Некоторые примеры даны ниже, включая помеченные красным реплики в рамках разговора о неготовности меняться, которые, скорее всего, приведут к развитию этой темы и которых, именно поэтому, следует избегать.

Пациент говорит	Простая рефлексия	Сложная рефлексия (все реплики хороши в использовании)
Я пью не больше, чем другие. Не вижу в этом проблемы.	✓ Ничего серьезного, с Вашей точки зрения.*	Вас удивляет, что я заговорил с Вами о рисках употребления алкоголя.
Я всегда пил. Люблю компанию, а сейчас, когда я подумываю о пенсии, это особенно важно.	✓ Вы задумываетесь о пенсии. ✗ Вам нравится социальный аспект употребления алкоголя.	Вы надеетесь на долгую и счастливую старость.
Жена хочет, чтобы я поменьше пил и похудел. Я знаю, это она любя, но меня это раздражает.	✓ Она заботится о Вашем здоровье.	Вы и сами знаете, что это принесет Вам пользу.
По правде сказать, неделя была ужасная. Все достало.	✗ У Вас упадок сил.	Нужно что-то менять.

Пациент говорит	Простая рефлексия	Сложная рефлексия (все реплики хороши в использовании)
Когда выпиваешь где-нибудь с друзьями, нелегко попросить тебе не наливать.	✗ Вы пьете, подчиняясь требованиям ситуации.	Для Вас загадка – как же сократить употребление спиртного при том, что Вам нравятся компании.
Честно говоря, я не уверен, что это правда. Теперь что ни возьми, все плохо.	✗ Вы скептически относитесь к возможности риска.	Есть нечто шокирующее в том, что и Вас это может коснуться.
* Это рефлексия, свойственная разговору о неготовности меняться, но она имеет «усиливающий» характер и провоцирует Вашего пациента к несогласию, что может привести к разговору об изменениях.		

Использование рефлексии – практическое задание

В парах, где один из партнеров – Джон, а второй – медицинский работник. Обоим партнерам необходимо вначале прочитать материал страницы, а затем, по команде, начинать.



Джону 57 лет, он живет с женой и дочерью и работает продавцом в автосалоне. Обратился по поводу постоянного расстройства желудка. Вообще не пьет с воскресенья по среду. В четверг и пятницу вечером после работы ходит в паб и выпивает 2-3 больших бокала пива и 1-2 порции виски. По вечерам в выходные выпивает с женой 1-2 бутылки вина. Несколько недель назад уснул пьяный на диване, вернувшись из паба, где переборщил с виски. Уснул с зажженной сигаретой во рту, поэтому немного прожег диван и обжог руку. Джон понимает, что не молодеет и пора подумать о здоровье, чтобы не умереть так же рано, как умер его отец. Дочь

скоро уезжает, поэтому он задумывается о том, как заполнить освободившееся время. Он надеется, что друзья из паба будут ему хорошей поддержкой, когда он уйдет на пенсию.

Скрининг уже завершен. Его сумма баллов AUDIT-C равна 9, и обратная связь выглядела следующим образом.

Врач Судя по тому, что Вы рассказали мне, отвечая на вопросы, сумма баллов равна 9, что означает, что в Вашем случае алкоголь может привести к проблемам со здоровьем в будущем, а Ваше расстройство желудка может усугубиться. [Получить] Что Вам известно о рисках, связанных с употреблением алкоголя?

Джон Я заметил, что когда пью, с желудком хуже, но о чем, кроме здоровья, Вы говорите? Я не алкоголик.

Врач *Дать.* Вы правы. Вы не алкоголик. Это ясно из того, что Вы мне рассказали. Но Ваш уровень употребления спиртного в дальнейшем повышает риск возникновения таких проблем, как рак и высокое артериальное давление. Если мы не возьмем под контроль состояние Вашего желудка, это может закончиться язвой. Мы часто замечаем, что при таких расстройствах, если подсократить алкоголь, состояние улучшается. Безусловно, любые решения принимать только Вам. [Получить] Ваше мнение?

Джон У моего отца было высокое давление, и он, как Вы знаете, умер молодым. Я бы точно так не хотел, но эти вечера в пабе – лучшее, что случается за неделю.

В этом задании вам необходимо начать разыгрывать приведенный выше разговор, а затем врач будет использовать преимущественно *рефлексию, свойственную разговору об изменениях*. Можно использовать и открытые вопросы, но за ними должно следовать 2-3 ремарки рефлектирующего характера. Если можете, используйте сложную рефлексию. Джон должен отвечать естественно.

По окончании разговора обсудите, как он прошел.

- Получалось ли у врача использовать рефлексию? Была ли она сложной?
- Как чувствовал себя Джон?
- Вела ли рефлексия к разговору об изменениях, или к разговору о неготовности меняться, или и к тому и к другому? Почему?

(Поменяйтесь ролями, если позволяет время)

Раздаточный материал 7.2А. Планирование изменений – базовая версия

Планирование

Если человек сомневается, но признает необходимость изменений или хочет изменить собственное употребление алкоголя, дальнейший анализ причин и мотивации с использованием побуждения может оказаться контрпродуктивным.

- Вместо этого используйте открытые вопросы, чтобы *получить* от пациента его/ее представления о том, что он/она мог бы изменить.
- При необходимости, и с разрешения, *дайте* список возможных изменений.
- *Получите* от пациента информацию о том, что он/она думает о возможных вариантах.

Получить: открытые вопросы в целях планирования

- Если бы Вы приняли такое решение, как Вы могли бы изменить ситуацию со спиртным?
- Каким образом Вы могли бы пить меньше?
- Какие у Вас соображения в отношении того, как пить поменьше?
- Что кажется Вам наиболее осуществимым?

С разрешения предложите варианты

Есть целый ряд способов уменьшить объемы употребляемого алкоголя, не всегда очевидные для пациента, поэтому знание о таких вариантах поможет поверить, что изменения возможны. Если человек колеблется, Вы можете предложить свою помощь. Возможно, стоит еще раз вернуться к его знанию о стандартных порциях и содержании спирта в различных напитках. Небольшие изменения в выборе или порции могут значительно изменить объем употребляемого алкоголя в целом и снизить риск для здоровья. Положительные изменения подпадают под три основных категории, описанные ниже.

Выпивать реже например, найти альтернативное занятие.	Каждый раз выпивать меньшее число порций например, выпить безалкогольный напиток или пить помедленнее.	Уменьшить объем спирта в каждой порции например, перейти на напитки меньшей крепости или на другой вид напитка с меньшим содержанием спирта.
---	--	---

Получите от пациента информацию о его отношении к этому

- Что было бы эффективным для Вас?
- Как это вписывается в Вашу систему ценностей?
- С чего Вы хотели бы начать?

Составьте план

Если пациент заинтересован в одном из обсуждаемых вариантов, составьте план. Согласуйте цели, планы, сроки и последующий визит. Получите от пациента подтверждение его готовности придерживаться плана.

Целью всегда может стать сокращение объема спиртного, то, как пациент постарается избегать нежелательных ситуаций, займется новым делом или просто постарается обезопасить себя, когда выпивает. Некоторым пациентам может понравиться обсуждение того, как они будут отслеживать изменения. Это может быть «дневник выпитого» или просто фиксация своих целей.

- Отталкиваясь от того, что мы обсудили, что, по-Вашему, Вы сделаете в ближайшие ___ недель?
- Как Вы добьетесь этой цели?

Пример разговора о планировании

Получить «Как по-Вашему Вы могли бы сократить употребление спиртного?»

- «Что еще? Что было бы для Вас наиболее эффективным?»
- [Если идей нет/мало – получите разрешение]. «Если позволите, я приведу несколько способов, которые оказались полезны другим, а Вы скажете, не подойдет ли Вам какой-нибудь из них».

Дать информацию о доступных вариантах: «Один из вариантов – увеличить число дней, когда Вы не будете пить совсем, возможно, потому что займетесь чем-то другим в такие вечера. Еще один вариант – если выпиваете, пить меньше порций, или более маленькими порциями, или переключиться на напиток с меньшим содержанием спирта (например, ...). И, конечно, можно бросить пить вообще. Если хотите, я могу подробнее рассказать о каждом из этих вариантов, но вначале позвольте услышать, что, по Вашему мнению, Вы могли бы сделать. Вам лучше знать, что сработает именно для Вас».

Получить «Каковы Ваши соображения?»

Пример разговора о планировании с теми, кто страдает зависимостью

Получить «Что Вам известно о поддержке, доступной тем, кто пытается сократить употребление спиртного или бросить пить?»

[Если идей нет/мало – получите разрешение]: «Если хотите, я могу рассказать Вам о некоторых вариантах, которые, возможно, Вас заинтересуют. Вы позволите?»

Дать информация о доступных вариантах: «Да, один из вариантов – Анонимные алкоголики. Если специализированные наркологические службы, или я могу дать Вам материалы, помогающие уменьшить употребление спиртного самостоятельно. Мы могли бы затем обсудить этот вопрос спустя несколько недель. Либо Вы можете ничего не делать, но риски/симптомы будут лишь усиливаться. Я готов предоставить Вам дополнительную информацию, но решать Вам».

Получить «Каковы Ваши соображения?»

Подскажите, что при наличии серьезной физической зависимости, внезапно бросать пить очень опасно.

Формирование уверенности

Если человек хочет изменить ситуацию, но не уверен, что справится, или волнуется о том, как придерживаться своих планов в определенных ситуациях, стоит потратить немного времени на то, чтобы сформировать его/ее уверенность и помочь заранее спланировать, как справляться с нежелательными ситуациями и добиться изменений.

Полезными вопросами на этом этапе могут быть следующие.

- *Прошлые достижения.* Что Вам случалось изменить в своей жизни? Что тогда помогло?
- *Ролевые модели.* Кто из Ваших знакомых смог изменить стиль жизни? Как им это удалось?

- *Поддержка.* Кто Вас поддержит? Кому еще небезразлично Ваше здоровье? Как Вы могли бы опереться на их помощь?

Если пациент говорит об особых ситуациях, в которых ему/ей, возможно, будет трудно придерживаться своих планов, Вы можете об этом расспросить, используя рефлексивную технику. На этот раз необходимо вывести на разговор о том, как справляться. Необходимо разработать стратегии для таких ситуаций. Если не удастся придерживаться плана, пациент не должен отчаиваться, это нормальный процесс на пути к изменениям стиля жизни уже навсегда.

Раздаточный материал 7.2В. Планирование изменений – расширенная версия, использование шкал

Техника использования линеек или шкал

Линейка может использоваться, когда Вы спрашиваете пациента о его способности изменить ситуацию, когда изменение *планируется*, или о важности изменений, *когда побуждаете* к разговору об изменениях.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

1. Если представить шкалу от 0 до 10, где 0 – это «совершенно не уверен», а 10 – это «абсолютно уверен», как бы Вы охарактеризовали свою уверенность в способности изменить свое употребление алкоголя?

ИЛИ

Если представить шкалу от 0 до 10, где 0 – это «вообще не важно», а 10 – самое важное для Вас сейчас, насколько важно для Вас снизить риск от употребления Вами спиртного?

2. Если не 0, поддержите («хорошо!»), а почему здесь, а не ниже? Если 0, поблагодарите за честность.
3. Спросите: «Чего Вы хотели бы добиться?»

Спросите, что должно случиться, чтобы переместиться выше на шкале? Определить шаги/цели? Проанализируйте ценности. Используйте открытые вопросы, а затем рефлекссию разговора об изменениях.

Раздел 8. Краткое профилактическое консультирование – практическое занятие (75 минут)

Результаты обучения

После изучения Раздела 8 участники используют возможность попрактиковаться в проведении краткого профилактического консультирования от начала до конца.

Что вам необходимо

- *Раздаточный материал 8.1. Практическое занятие – инструкции* (1 экземпляр для каждого из участников).
- *Раздаточный материал 8.2. Лист наблюдения за практическим занятием* (не менее 1 экземпляра для каждого из участников).
- Практические примеры (1 экземпляр каждого практического примера на группу из трех человек).
- *Раздаточный материал 8.3. Образец листа фиксации результатов аналитической практики* (1 экземпляр для каждого из участников).
- Участники будут иметь возможность выбрать материалы, которые они хотели бы иметь в своем распоряжении, чтобы на практике проводить полноценное краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя. Вполне вероятно, что они захотят использовать некоторые материалы из тех, которые уже должны быть ими получены.
 - *Раздаточный материал 4.1. Что представляет собой краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя?*
 - *Раздаточный материал 6.1. Инструмент AUDIT C/AUDIT* (один дополнительный экземпляр для каждого из участников)
 - *Раздаточный материал 7.1А. Побуждение к разговору об изменениях с помощью открытых вопросов*
 - *Раздаточный материал 7.1В. Побуждение к разговору об изменениях с помощью рефлексии*
 - *Раздаточный материал 7.3. Планирование изменений.*
- Слайды 62–76 из файла в формате PowerPoint.

Подготовка

Прочитайте инструкции к Разделу 8 и слайдам 62–76, чтобы убедиться, что четко представляете, что должно происходить на каждом этапе и в каждом раунде.

Процесс

1. Разъясните цель Раздела 8, состоящую в том, чтобы участники получили практическую возможность провести КПКА от начала и до конца.
2. Выдайте *Раздаточный материал 8.1. Практическое занятие - Инструкции* и дайте участникам время прочитать их. Выдайте каждому участнику экземпляр *Раздаточного материала 6.1. Инструмент AUDIT C/AUDIT.*

3. Используя слайды 62 – 76, организуйте, а затем направляйте работу участников во время этого занятия. Объясните, что участники будут работать в группах по трое и что практика будет иметь три раунда (если позволит время). Это даст возможность каждому участнику триады по очереди сыграть роль специалиста-практика, проводящего КПКА, пациента и наблюдателя.

- Например, в первом раунде один человек будет играть роль пациента (Петра); второй – специалиста-практика, третий - наблюдателя.
- Во втором раунде участник, который играл роль Петра, станет наблюдателем, специалист-практик будет играть роль нового пациента (Алекса), а наблюдатель из первого раунда станет специалистом-практиком.
- В третьем раунде участники вновь поменяются ролями (если позволит время), чтобы разобрать случай Вероники.
- Только у участника, играющего роль пациента в каждом раунде, будет в наличии раздаточный материал с информацией об этом пациенте, чтобы помочь ему лучше разыграть эту ситуацию.

4. Дополнительные замечания.

- Исполняя роль пациента, прочитайте все о персонаже, которого вы будете представлять, чтобы знать о нем все подробности. Будьте готовы представить свой персонаж, описав окружающую обстановку и контекст, личную информацию и сценарий до того, как начнется собственно краткое профилактическое консультирование/ролевая игра.
- Исполняя роль наблюдателя, следует обратить особое внимание на Раздаточный материал 8.2. Лист наблюдения за практическим занятием, в котором указываются ключевые элементы КПКА.
- Исполнителю роли специалиста-практика может потребоваться еще раз обратиться к Раздаточному материалу 4.1. *Что представляет собой краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя?* и Раздаточному материалу 4.2. *Начало разговора*. Для проведения скрининга: вы можете выполнить тесты AUDIT-C/ AUDIT из Раздаточного материала 6.1. Также может оказаться полезным иметь под рукой Раздаточный материал 7.1. *Побуждение к разговору об изменениях* и 7.2. *Планирование изменений (базовая версия или расширенная версия, по мере необходимости)*.

5. Убедитесь, что участники слушают вас, и обратите их внимание на следующую ключевую информацию.

- На каждый раунд отводится не более 15 минут, включая 5 минут, во время которых участники должны подвести итоги каждого раунда, используя вопросы для обсуждения.
- Прежде, чем перейти к следующему раунду, каждый пациент будет опрошен всей группой.
- До того, как начнется собственно краткое профилактическое консультирование, пациенты должны поделиться со специалистом-практиком основной информацией (имя, возраст, контекст), но не информацией об употреблении алкоголя, так как роль специалиста-практика как раз заключается в том, чтобы расспросить об этом и определить уровень употребления.
- Пациент должен держаться как можно более естественно и не создавать специалисту-практику избыточных трудностей. Данная игра не имеет цели поставить специалиста-практика в затруднительное положение.
- Еще раз окончательно проверьте, у каждого ли участника есть все, что ему понадобится, и каждый ли понимает, что от него требуется.

6. Незаметно слушайте, что происходит в триадах во время практических занятий, и записывайте на флипчарте (держа его обратной стороной к группе, пока участники практикуются) положительные/отрицательные моменты практического занятия. Будьте готовы проанализировать их во время подведения итогов.
7. Останавливайте группы после каждого 15-минутного раунда, чтобы подвести итоги работы всей группы, разбирая сразу каждую ролевую игру, пользуясь *Раздаточным материалом 8.3. Заметки для обратной связи по итогам работы* с практическими примерами, а также соответствующим слайдом. Используйте свои заметки, сделанные в ходе практического задания, чтобы обсудить ключевые моменты, способствующие достижению успеха в будущем.

Общий разбор

- Если позволяет время, рассмотрите следующие дискуссионные вопросы (слайд 74).
 - Были ли практические примеры реалистичными?
 - Какие изменения вы хотели бы внести (если такие имеются) в свою практику после того, как узнали о кратком профилактическом консультировании?
 - Возникли ли какие-то другие проблемы или вопросы в результате практического занятия?

Основные моменты

- Это нормально, что специалисты-практики испытывают неловкость, когда впервые на практике проводят краткое профилактическое консультирование. В этом курсе представлена объемная информация, и сразу применить ее всю на практике может быть сложно. Но вполне возможно поэтапно идти к осуществлению краткого профилактического консультирования в полном объеме, изменяя сначала незначительные аспекты вашей практики, и анализируя то, как вы обсуждаете с пациентами изменения в их поведении с течением времени (слайд 75).
- Поблагодарите участников за активную работу и выскажите необходимые рекомендации по оценке (слайд 76).

Раздаточный материал 8.1. Практическое занятие – инструкции

Вы будете работать по трое: пациент, медработник и наблюдатель.

Инструкции для пациента

- В рамках этого практического занятия Вы будете пациентом, с которым медицинский работник от начала до конца проводит СКПК по вопросам употребления алкоголя.
- Прежде чем Вы начнете:
 - прочитайте прилагаемую информацию о пациенте;
 - расскажите медработнику и наблюдателю, кто Вы и почему Вы пришли в медучреждение, как это изложено в первой рамочке в примере для разбора.
- Постарайтесь быть максимально естественным: отвечайте на задаваемые вопросы, но не стремитесь «раскрыться».
- Прилагаемая информация Вам поможет, но Вы вольны додумывать сами. В зависимости от вопросов медработника Вам, возможно, придется импровизировать, т.е. придумать ответы на некоторые вопросы.

Инструкции для медицинского работника

- В рамках этого практического занятия Вы будете от начала до конца проводить СКПК по вопросам употребления алкоголя.
- *Прежде чем Вы начнете:*
 - Вы получите основную информацию о характере пациента, включая информацию личного свойства и о причинах, приведших его/ее к врачу;
 - Вам понадобится *Раздаточный материал 6.1. Инструмент AUDIT-C/AUDIT*;
 - подумайте, какие еще материалы могли бы Вам помочь при выполнении этого практического задания, например:
 - *Раздаточный материал 4.1. Что представляет собой краткое профилактическое консультирование в отношении употребления алкоголя?* Блок-схема краткой профилактической консультации
 - *Раздаточный материал 5.1. Начало разговора*
 - *Раздаточный материал 7.1. Побуждение к разговору об изменениях (базовая или расширенная версия, по необходимости)*
 - *Раздаточный материал 7.2. Планирование изменений (базовая или расширенная версия, по необходимости).*
- Вам следует начать выполнение практического задания с использованием одного из подходов к началу разговора, обсуждавшихся в Разделе 5.
- Затем опросите пациента с использованием AUDIT-C или AUDIT и предоставьте краткую профилактическую консультацию с использованием открытых вопросов, рефлексии и, если необходимо, планов по изменению поведения.

Инструкции для наблюдателя

- *Перед* началом ролевой игры, убедитесь, что пациент делится с Вами и медработником основными сведениями о себе и о том, что привело его на прием.

- Вы отвечаете за соблюдение регламента: выполнение практической части не должно превышать 10 минут, а затем 5 минут на обсуждение вами троими того, как все прошло.
- Вы будете наблюдать за ходом практической части и делать пометки о том, что прошло хорошо, и что можно было бы улучшить, с использованием Раздаточного материала 8.2: *Лист наблюдения за практическим занятием*.
- Постарайтесь точно записать фразы/вопросы, которые отметили, чтобы облегчить обратную связь.

Раздаточный материал 8.2. Лист наблюдения за практическим занятием

Этапы краткой профилактической консультации	Замечания о том, что удалось/не удалось Запишите примеры удачных слов или фраз и упущенных возможностей, чтобы использовать их в ходе обратной связи
<p>1. <i>Начало разговора</i></p> <p><input type="checkbox"/> Непредвзятое и связанное с изложенной проблемой.</p>	
<p>2. <i>Скрининг и обратная связь</i></p> <p><input type="checkbox"/> Был ли скрининг тщательным?</p> <p><input type="checkbox"/> Сотрудничество с пациентом?</p> <p><input type="checkbox"/> Обратная связь по принципу «получить – дать – получить»?</p> <p><input type="checkbox"/> Отсутствие решений за пациента (вы должны/вам следует/вам нужно).</p>	
<p>3а. <i>Побуждение</i></p> <p><input type="checkbox"/> Открытые вопросы в целях разговора об изменениях. Запишите пример.</p> <p><input type="checkbox"/> Рефлексия в целях разговора об изменениях? Запишите пример. (только в расширенной версии)</p> <p><input type="checkbox"/> Меньше/мало внимания разговору о неготовности меняться.</p> <p><input type="checkbox"/> Обобщение.</p> <p><input type="checkbox"/> Личная ответственность.</p> <p><input type="checkbox"/> Правильное использование шкалы важности?</p>	
<p>3б. <i>Планирование</i></p> <p><input type="checkbox"/> Получены варианты изменений от пациента. Запишите пример.</p> <p><input type="checkbox"/> С разрешения предложены варианты.</p> <p><input type="checkbox"/> Вызвана реакция пациента.</p> <p><input type="checkbox"/> Выявлена готовность придерживаться плана.</p> <p><input type="checkbox"/> Придана уверенность со ссылкой на прошлые успехи, ролевые модели или поддержку.</p> <p><input type="checkbox"/> Правильное использование шкалы уверенности (только в расширенной версии)</p>	
<p>4. <i>Завершение дискуссии</i> – у пациента сформировано убеждение в том, что он/она может вернуться в любое время.</p>	

Раздаточный материал 8.3. Образец листа заметок для обратной связи по итогам работы

Заметки для обратной связи по итогам работы			
Вход	Инициирован клиентом	Запланирован (инициирован врачом)	По обстоятельствам (инициирован врачом)
Развитие взаимопонимания и эмпатии?	<input type="checkbox"/>	Непредвзятый подход?	<input type="checkbox"/>
Скрининг	Сумма по AUDIT-C ____	Сумма по AUDIT ____	Иной подход?
Готовность к изменениям?	Готов к изменениям		Не готов к изменениям
Подходы	Ваш подход		В следующий раз?
Использование открытых вопросов в целях разговора об изменениях	<input type="checkbox"/>		
Использование простой и сложной рефлексии	<input type="checkbox"/>		
Активное слушание (ОПРО)	<input type="checkbox"/>		
Побуждение к меню вариантов/ планированию	<input type="checkbox"/>		
Формирование уверенности	<input type="checkbox"/>		
Сориентирован или направлен:			
Что удалось?			
Что не удалось?			
Извлеченные уроки?			

Практический пример 1. Петр

<p>Введение: чтобы поделиться с медработником и наблюдателем</p>	<p>Петру 43 года, женат, детей нет. Занимает руководящую должность, страдает избыточным весом, причем вес растет. Петр обсуждает с врачом вопрос о стрессовом состоянии, в котором находится в последнее время, и упоминает о том, что хотел бы похудеть.</p>
<p>Исходная информация для пациента</p>	<p>Вы пьете, чтобы расслабиться; работа связана со стрессом. Алкоголь помогает переключиться, прежде чем идти домой по вечерам. Жена приходит домой поздно, поэтому смысла приходить домой рано нет. По выходным Вы по-настоящему наслаждаетесь временем, проведенным с женой. Иногда вы ходите в ресторан пообедать или поужинать с вином; а чаще заказываете еду на дом и на двоих выпиваете бутылку вина за едой. Это дает возможность поделиться тем, что произошло за неделю.</p>
<p>О спиртном, если спросят</p> <p>Оставшиеся 7 AUDIT вопросов (если нужно)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Поначалу расплывчато. Детали, только если расспрашивают: пара кружек пива в пабе после работы, по дороге домой. • Точное количество спиртного, если расспрашивают: пара кружек пива (0,5 л каждая) по дороге домой с работы по большинству рабочих дней; в выходные несколько кружек пива (0,5 л каждая) и вино. За выходные, возможно, две бутылки (стандартные, по 750 мл) вина, выпитые с женой. <p>V4: Никогда не было так, чтобы Вы не могли остановиться. V5: Всегда выходите на работу. Жене не нравится, что дома не убрано в воскресенье утром или что Вы засыпаете на диване немедленно по приходу с работы, но Вам это кажется несправедливым, потому что ее то все равно дома нет. V6: Никогда не приходилось похмеляться. V7: Один или два раза было, что немного перебрал и наговорил лишнего. V8: Один или два раза было так, что помнил нечетко. V9: Никогда не получал и не наносил травм. V10: Сестры заметили проблемы с весом, но о спиртном никто ни слова не говорил. Вам кажется, что большинство знакомых Вам людей пьют столько же (или больше).</p>
<p>Дополнительная информация/ отношение к ситуации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы, возможно, задумались бы о том, чтобы меньше употреблять алкоголь, если бы работа не была такой стрессовой, а жена почаще была рядом. Возможно, вместе это было бы легче. • Хотелось бы похудеть, но работа сидячая; Вы и не представляли, что спиртное может так сказываться. О менее крепком пиве говорить нечего – качества никакого.
<p>Желание изменить ситуацию?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Если врач поможет Вам четко понять негативную роль алкоголя, Вы готовы задуматься об изменениях, но совсем бросать пить Вы бы не хотели. Одним из вариантов может быть переход с больших кружек пива на виски в пабе; Вы просто не знали, что в этом случае спирта в напитке будет гораздо меньше. Вы готовы попробовать такую схему в течение пары недель. • Вы никогда не обсуждали это с женой, но раз врач просит Вас и готов поддержать, возможно, Вы решитесь поговорить с ней и посмотреть, готова ли она Вам помочь. Вам не очень нравится, сколько Вы оба в последнее время пьете, Вам кажется, что эта привычка как-то потихоньку закрепились.

Практический пример 2. Алекс

Введение: чтобы поделиться с медработником и наблюдателем	Алексу 52 года. Он женат, у него 2 сына-подростка. Работает на складе. В прошлом году поставили стент (коронарная ангиопластика), чувствует себя хорошо, пришел к врачу в рамках диспансерного наблюдения.
Исходная информация для пациента	Вы недавно приступили к работе на складе новой дистрибьютерской компании. В основном работаете в ночную смену (24.00 – 08.00) в выходные (пятница и суббота) и 1 или 2 другие ночи в неделю в зависимости от графика. Хотелось бы работать побольше в целом, но поменьше в выходные.
О спиртном, если спросят Оставшиеся 7 AUDIT вопросов (если нужно)	<ul style="list-style-type: none">Понедельник-пятница: в большинстве вечеров в неделю Вы выпиваете 3 банки пива (нормальной крепости, 0,5 л) дома, отдыхая и смотря телевизор. Еще Вы по большей части выпиваете несколько порций крепкого алкоголя (виски или водки), но не в пятницу (нужно работать), что в совокупности составляет 2 бутылки в месяц.Суббота: Вы наконец-то встречаетесь с друзьями в 20.00 и выпиваете 3 или 4 больших кружки (0,5 л) крепкого пива, прежде чем покинуть паб в 23.00 и пойти пешком на работу к полуночи. <p>V3: Вы любите хорошенько выпить на рождество и на свадьбах. V4: В любой момент можете прекратить пить. V5: Никаких проблем с выходом на работу. V6: Никогда не пьете с утра. V7: Никогда не совершаете глупостей и не испытываете вины. V8: Бывает, что и не все помнишь после свадьбы или рождественской вечеринки. V9: Упали и поранили голову в 20 с чем-то лет. V10: Никто никогда не говорил, что спиртное – проблема.</p>
Дополнительная информация/отношение к ситуации	<ul style="list-style-type: none">Субботный вечер всегда был особенным. Раньше выпивали с друзьями после просмотра футбольных матчей, пришлось подсократить посиделки, когда началась работа по выходным.Сейчас, когда работать нужно только по выходным, в будни делать нечего, а раз рано вставать не нужно, почему бы и не выпить. Да и потом в последнее время спится Вам плохо, а выпитое помогает заснуть.Вы знаете, что по субботам уже нельзя пить, как раньше, потому что нужно работать, но Вы не думаете, что пара пол-литровых кружек пива может быть проблемой. Полностью отказываться от субботних посиделок Вам бы не хотелось. Прежде Вы пили гораздо больше, поэтому не считаете, что выпиваемое сейчас - проблема.

Желание изменить ситуацию?	<ul style="list-style-type: none"> • Вы никогда не слышали о стандартных порциях, так же, как и о том, что алкоголь может провоцировать повышение артериального давления. Курить Вы бросили много лет назад, поэтому необходимость стента стала своего рода шоком. Хотелось бы еще внуков вырастить. • Вы беспокоитесь о своем сердце и хотите быть здоровым, но Вы не думаете, что это как-нибудь связано с тем, что вы выпиваете. Вы признаете, что пиво в течение недели стало привычкой, но Вы, вероятно, ничего не потеряете, если сократите его количество. «Глупости типа легкого пива» Вас не интересуют, но Вы могли бы выпивать меньшее количество банок, или вообще не выпивать время от времени. • Вам не приходило, что алкоголь влияет на сон, и, возможно, если бы Вы пили меньше и спали крепче, сил днем было бы больше.
----------------------------	--

Практический пример 3. Вероника

Введение: чтобы поделиться с медработником и наблюдателем	Веронике 69 лет, живет одна, дети выросли и живут за границей. Ее муж (Джим) умер примерно год назад. Вместе они прожили 40 лет. Она пришла к врачу с профилактической целью, после того как недавно упала. В выписке из травматологического отделения зафиксировано, что, по признанию Вероники, она несколько раз выпивала в тот день, когда упала.
О спиртном, если спросят	<ul style="list-style-type: none"> • Каждый вечер (с понедельника по пятницу) Вы выпиваете по бокалу красного вина. • Вечером в пятницу вы выпиваете бокал вина и 2-3 джина с тоником. • Вы также начали выпивать добавочный джин-тоник вечером по субботам. • По воскресеньям Вы вообще не пьете. <p>Точное количество спиртного, если спросят.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не знаете точно, какого размера бокал вина Вы выпиваете, но в неделю выходит порядка 2 бутылок. Вы не знаете точно, сколько выпиваете джина, иногда он более крепкий, иногда - менее.
Оставшиеся 7 AUDIT вопросов (если нужно)	<p>V4: Никогда не было так, чтобы Вы не могли остановиться.</p> <p>V5: Никогда не было так, чтобы Вы не сделали чего-то нужного.</p> <p>V6: Никогда не было необходимости в спиртном с утра.</p> <p>V7: Было чувство вины, когда подумали, что это могло привести к падению.</p> <p>V8: Всегда помните, что делали.</p> <p>V9: Думаете, что падение связано со спиртным.</p> <p>V10: Никто и никогда, кроме врачей в травматологическом отделении, об этом не заговаривал.</p>

<p>Дополнительная информация/ отношение к ситуации</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Падение Вас немного встряхнуло. Заставило подумать о том, что Вы стареете и можете утратить независимость, если получите тяжелые травмы при падении. • Раньше Вы любили распить бутылочку вина с мужем, но с тех пор как его не стало, разделить ее не с кем. • На неделе Вам становится одиноко, хотя у Вас есть несколько местных друзей, которые могут заглянуть в пятницу вечером, чтобы проверить, как Вы (и тогда Вы обычно выпиваете несколько джин-тоников все вместе).
<p>Желание изменить ситуацию?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вы мало знаете о стандартных порциях, но видели что-то такое на этикетке бутылки. Вы никогда не слышали о вреде алкоголя для здоровья. В конце концов, нужно же от чего-то умирать, правда? Но падать больше не хочется. • Вы никогда прежде не задумывались о том, сколько пьете, и удивлены, услышав, что это может быть сопряжено с риском. • Вы готовы поговорить со специалистом, но не желаете слышать о том, что Вы пьете слишком много. В конце концов, это ваша жизнь. Если врач подчеркнет, что это Ваш выбор, Вы согласны поговорить об уменьшении объема спиртного.

Практический пример краткой профилактической консультации – примечания для инструктора. 1: Петр

Петр выпивает пару больших кружек пива (0,5 л каждая) в большинство будних дней после работы плюс несколько банок пива и бокалов вина в выходные. По выходным они с женой выпивают порядка 2 бутылок вина.

Будни всего: ~16 СП 5 (вечеров) x 2 (больших пива 500 мл) x 1,6 (СП в каждой кружке) = 3,2 СП в день = 16 СП

Выходные всего: ~13 СП 3–4 пива (0,5 л банки) = ~4,8-6,4 СП
2 бутылки вина с женой = 1 бутылка Петру = 7 СП

Всего в неделю: ~27,8–29,4 СП

AUDIT-C: Петр	Система начисления баллов					Сумма баллов
	0	1	2	3	4	
1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?	Никогда	Раз в месяц или реже	2–4 раза в месяц	2–3 раза в неделю	4+ раза в неделю	
2. Сколько стандартных порций алкогольных напитков (10 г. этанола) Вы обычно употребляете в день, когда выпиваете?	1–2	3–4	5–6	7–9	10+	
3. Как часто Вы выпиваете шесть стандартных порций (60 г. этанола) или более за один раз?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ ПО AUDIT-C: 8						
Сумма баллов = 5+	Сумма равна 8, поэтому задайте оставшиеся 7 вопросов теста AUDIT.					

Оставшиеся 7 вопросов AUDIT	Система начисления баллов					Сумма баллов
	0	1	2	3	4	
4. Как часто за последний год Вы не могли остановиться, начав выпивать?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не могли выполнять то, что от Вас обычно ожидается?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
6. Как часто за последний год Вам было нужно выпить с утра, чтобы прийти в себя после выпивки накануне?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить события прошлого вечера из-за выпивки?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
9. Получали Вы или кто-то другой травму из-за того, что Вы выпили?	Нет		Да, более 12 месяцев назад		Да, за последние 12 месяцев	
10. Ваш родственник или друг, врач или медработник высказывал озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя или советовал Вам выпивать меньше?	Нет		Да, более 12 месяцев назад		Да, за последние 12 месяцев	
Всего баллов по AUDIT-C: 8	Всего баллов за 7 вопросов: 2					
Всего баллов за 10 вопросов AUDIT: 10						
Приступайте к краткому профилактическому консультированию						

Мотивирование Петра

Кажется, что раньше Петр по-настоящему не задумывался о своем употреблении алкоголя, или о том, как алкоголь влияет на набор веса и на стресс. В данном случае, от специалиста-практика требуется выяснить, что он знает о количестве калорий, содержащихся в алкоголе; о связи употребления алкоголя и нервозности; увеличить его информированность, а затем выяснить, задумается ли он о возможности что-то изменить. Случай Петра дает специалисту-практику массу возможностей использовать рефлексивную практику при разговоре об изменениях:

- стресс
- вес
- раздражение жены
- неосмотрительность
- желание проводить больше времени с женой.

Практический пример краткой профилактической консультации – примечания для инструктора. 2: Алекс

Алекс выпивает три банки темного пива (нормальной крепости, 0,5 л) и несколько порций крепкого алкоголя (виски или водки) в большинство вечеров, что в совокупности составляет 2 бутылки в месяц. По субботам выпивает 3 или 4 больших пива (0,5 л).

Воскресенье-пятница всего: ~41 СП 6 (вечеров) x 3 (банки по 500 мл 4% темного пива) x 1,6 (СП в каждой банке) = 4,8 СП в день = 28,8 СП в неделю
1 бутылка крепкого алкоголя в 2 недели (23,7СП) = 2,4 СП за вечер = 11,9 СП в неделю
Всего в день (воскресенье-пятница) = 7,2 СП.

Суббота всего: ~ 4,8–6,4 СП Суббота: 3–4 (банки по 500 мл 4% пива) x 1,6 (СП в каждой банке) = 4,8–6,4 СП

Всего в неделю: 28,8 + 11,9 + 4,8/6,4 = 45,5–47,1 СП

AUDIT-C: Алекс	Система начисления баллов					Сумма баллов
	0	1	2	3	4	
1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?	Никогда	Ежемесячно or less	2–4 раза в месяц	2–3 раза в неделю	4+ раза в неделю	
2. Сколько стандартных порций алкогольных напитков (10 г. этанола) Вы обычно употребляете в день, когда выпиваете?	1–2	3–4	5–6	7–9	10+	
3. Как часто Вы выпиваете шесть стандартных порций (60 г. этанола) или более за один раз?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ ПО AUDIT-C: 11						
Сумма баллов = 5+	Сумма баллов равна 11, поэтому задавайте оставшиеся вопросы теста AUDIT.					

Оставшиеся 7 вопросов AUDIT	Система начисления баллов					Сумма баллов
	0	1	2	3	4	
4. Как часто за последний год Вы не могли остановиться, начав выпивать?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
5. Как часто за последний год Вы из-за выпивки не могли выполнять то, что от Вас обычно ожидается?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
6. Как часто за последний год Вам было нужно выпить с утра, чтобы прийти в себя после выпивки накануне?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить события прошлого вечера из-за выпивки?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
9. Получали Вы или кто-то другой травму из-за того, что Вы выпили?	Нет		Да, более 12 месяцев назад		Да, за последние 12 месяцев	
10. Ваш родственник или друг, врач или медработник высказывал озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя или советовал Вам выпивать меньше?	Нет		Да, более 12 месяцев назад		Да, за последние 12 месяцев	
Всего баллов по AUDIT-C: 11			Всего баллов за 7 вопросов: 1			
Всего баллов за 10 вопросов AUDIT: 12						
Приступайте к краткому профилактическому консультированию						

Мотивирование Алекса

Раньше Алекс употреблял больше алкоголя, чем сейчас, и ему удалось самостоятельно снизить уровень употребления. Он озабочен своим здоровьем, но не хочет совсем отказаться от спиртного. Специалисту-практику нужно будет побудить его к рассказу о том, что он знает о связи употребления алкоголя с высоким артериальным давлением или другими рисками для здоровья. В случае с Алексом специалисту-практику следует использовать рефлексии в рамках разговора об изменениях, включая следующее:

- желание избежать применения других процедур или постановки стента
- употребление алкоголя просто стало привычкой
- желание вырастить внуков
- желание крепче спать и сделать дни более насыщенными.

Практический пример краткой профилактической консультации – примечания для инструктора. 3: Вероника

Вероника выпивает по бокалу красного вина каждый вечер с понедельника по пятницу, плюс 2 или 3 джина с тоником по пятницам и дополнительный джин с тоником по субботам.

Еженедельно всего: ~22,6 СП Вино: 5 (вечеров) x 1 (бокал вина) – но 2 бутылки в неделю (16,6 СП) = 3,3 СП в день с понедельника по пятницу. Пятница и суббота: ~4 (джина) x 1,5 СП (примерно) = 6 СП в неделю [Вино и джин всего в пятницу = ~6,3 СП]

Всего в неделю: ~23 СП

AUDIT-C: Вероника	Система начисления баллов					Сумма баллов
	0	1	2	3	4	
1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки?	Никогда	Ежемесячно or less	2–4 раза в месяц	2–3 раза в неделю	4+ раза в неделю	
2. Сколько стандартных порций алкогольных напитков (10 г. этанола) Вы обычно употребляете в день, когда выпиваете?	1–2	3–4	5–6	7–9	10+	
3. Как часто Вы выпиваете шесть стандартных порций (60 г. этанола) или более за один раз?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
ОБЩАЯ СУММА БАЛЛОВ ПО AUDIT-C: 8						
Сумма баллов = 5+	Сумма баллов равна 8, поэтому задавайте 7 оставшихся вопросов теста AUDIT.					

Оставшиеся 7 вопросов AUDIT	Система начисления баллов					Сумма баллов
	0	1	2	3	4	
4. Как часто за последний год Вы не могли остановиться, начав выпивать?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
5. Как часто за последний год Вы не могли остановиться, начав выпивать?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
6. Как часто за последний год Вам было нужно выпить с утра, чтобы прийти в себя после выпивки накануне?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
7. Как часто за последний год Вы испытывали чувство вины или угрызения совести после выпивки?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
8. Как часто за последний год Вы не могли вспомнить события прошлого вечера из-за выпивки?	Никогда	Менее 1 раза в месяц	Ежемесячно	Еженедельно	Ежедневно или почти ежедневно	
9. Получали Вы или кто-то другой травму из-за того, что Вы выпили?	Нет		Да, за последние 12 месяцев		Да, за последние 12 месяцев	

Оставшиеся 7 вопросов AUDIT	Система начисления баллов					Сумма баллов
	0	1	2	3	4	
10. Ваш родственник или друг, врач или медработник высказывал озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя или советовал Вам выпивать меньше?	Нет		Да, более 12 месяцев назад		Да, за последние 12 месяцев	
Всего баллов по AUDIT-C: 8		Всего баллов за 7 вопросов: 9				
Всего баллов за 10 вопросов AUDIT: 17						
Приступайте к краткому профилактическому консультированию						
<p>Несмотря на высокую сумму баллов, анализ вопросов, за которые начислены баллы, показывает, что Вероника вряд ли является зависимой от алкоголя, поскольку за вопросы 4, 5 и 6, которые относятся к симптомам зависимости, получен низкий балл.</p> <p>Не так давно она получила вред в результате падения, связанного с употреблением алкоголя, что и объясняет получение баллов за вопросы, относящиеся к вредному употреблению алкоголя (вопросы 7–10).</p>						

Мотивирование Вероники

Вероника чувствует, что, хотя ей всегда нравилось выпивать, она никогда этим не злоупотребляла. Было бы важно не дать ей почувствовать, что ее осуждают, а сосредоточить внимание на том, что важно для нее. Она никогда по-настоящему не задумывалась о том, сколько она выпивает, но была удивлена, когда узнала о рисках. Хотя Вероника не хочет совсем отказаться от спиртного, у нее есть мотивация – избежать нового падения. В случае с ней специалисту-практику следует выяснить, что она знает о связи употребления алкоголя и падений, и то, насколько она заинтересована в том, чтобы предпринять какие-то действия. Основное в данном случае – это помочь Веронике подумать, как продолжать общаться и наслаждаться жизнью, не идя на риск там, где его лучше избежать. В случае с Вероникой специалисту-практику следует использовать рефлексивную технику в рамках разговора об изменениях, включая следующее:

- нежелание упасть снова
- желание сохранить свою независимость.

Вероника уже, вероятно, готова пойти на небольшие изменения, если они окажутся легко осуществимыми, не нарушая течения ее жизни.

Оценка и мониторинг

Возможности оценки и постоянного мониторинга

Дизайн этого руководства и связанных с ним учебных мероприятий и подходов основан на учете данных научных исследований. Такой подход гарантирует, что:

- все учебные мероприятия имеют четко определенные и конкретные учебные задачи, опирающиеся на доступные фактические данные;
- вопросники для использования до и по окончании обучения тесно связаны с результатами обучения и компетенциями, которые обучение призвано сформировать у специалистов-практиков;
- подходы к обучению включают элементы наблюдения и направленного самоанализа (в особенности путем отработки и развития навыков).

Ключевыми вопросами для инструкторов, когда они готовятся к проведению анализа и оценки, являются следующие.

- Как вы оцениваете непосредственное влияние и отсроченное влияние обучения на знания, навыки и отношения специалистов-практиков?
- Как вы будете отслеживать свой собственный стиль и подходы, используемые во время обучения?
- Как вы будете отслеживать и оценивать любые отсроченные потребности в обучении и поддержке, возникающие в связи с применением КПКА на практике?


Некоторыми из потенциальных методов являются следующие:

- направленный самоанализ, в рамках которого внешний оценщик поддерживает и направляет процесс самооценки.
- экспертное наблюдение: процесс, схожий с вышеупомянутым, но направляемый коллегой; может быть полезен при оценке знаний, понимания, отношения и навыков при наблюдении за практической работой и должен непременно сопровождаться обратной связью;
- самоанализ с использованием листов наблюдения, подобных *Раздаточному материалу 8.1*, непосредственно после проведения краткой профилактической консультации или при анализе аудиозаписи, чтобы проанализировать собственную практику.

Стимулирование аналитической практики

Полезным подходом в поддержку осуществления КПКА является стимулирование аналитической практики. Этот подход можно использовать для мониторинга и оценки отсроченного воздействия обучения. Участникам предлагается обдумать конкретные случаи взаимодействия с пациентом, анализируя, насколько им удалось реализовать каждый из различных аспектов подхода к КПКА, т.е. переход к теме алкоголя и скрининг.

Включить аналитическую практику в общий план оценки можно, выделив время на обсуждение проведения и осуществления КПКА в рамках групповых совещаний. Это даст персоналу возможность поделиться *наблюдениями, зафиксированными в ходе аналитической практики*, и обсудить отсроченные потребности в поддержке.



**Материалы для
использования по
окончании курса**

Наблюдение после обучения КПКА

Если обучение рассчитано на более многочисленные группы специалистов-практиков, с которыми у вас может не быть регулярного контакта, для поддержки осуществления КПКА, а также в целях анализа и мониторинга осуществления КПКА, полезно осуществлять наблюдение после обучения КПКА. Это подразумевает выделение времени (примерно 1 часа) в заранее оговоренный срок после обучения (в идеале, через 1 месяц/3 месяца или 6 месяцев) на предоставление поддержки обученным специалистам-практикам. Этот подход может включать:

- доступность для обученных специалистов-практиков в выбранное время, чтобы по телефону или очно обсудить любые вопросы/проблемы, которые могут возникать при попытке реализовать КПКА на практике;
- проактивное наблюдение за конкретными участниками, чтобы по телефону выяснить:
 - действительно ли они внедрили КПКА в свою практику;
 - если да, обсудить и расспросить о примерах передовой практики;
 - если нет, обсудить, что помешало им это сделать/с какими препятствиями им пришлось столкнуться;
 - какова (если имеется) их отсроченная потребность в поддержке.

Перечисленные выше подходы следует рассматривать как возможность еще раз подчеркнуть важные принципы проведения КПКА и/или напомнить специалистам-практикам о конкретных проблемах и возможностях, обсуждавшихся в ходе обучения. В их числе:

- для кого подходит КПКА.
- наилучшие способы поднять тему употребления алкоголя, например, по обстоятельствам или в плановом порядке.

Образец вопросника, предваряющего курс

1. В какой службе Вы работаете?

2. Какую должность Вы занимаете?.....

3. Как давно Вы работаете в этой должности?

4. Предшествующее обучение по вопросам, связанным с алкоголем (обведите ВСЕ подходящее):

Я впервые прохожу обучение по вопросам, связанным с алкоголем	A
Я проходил обучение по вопросам, связанным с алкоголем в рамках моей профессиональной подготовки /получения квалификации	B
Я прошел официальный курс обучения продолжительностью более 1 дня или имею квалификацию, связанную с алкоголем/наркотиками/зависимостью	C
Я проводил обучения по вопросам изменения поведения в интересах здоровья	D
Я проходил обучение по вопросам, связанным с алкоголем и кратким профилактическим консультированием	E

Если Вы обвели какую-либо из позиций от B до E в B4 выше, пожалуйста, сообщите, какой/какие конкретно курс/курсы Вы проходили.

.....
.....

5. Насколько важно, по Вашему мнению, чтобы медицинские работники были способны решать вопросы, связанные с употреблением алкоголя конкретным пациентом (пожалуйста, обведите один вариант)

Очень важно	1
Достаточно важно	2
Ни важно, ни неважно	3
Не слишком важно	4
Совершенно неважно	5

6. Знания о вопросах, связанных с алкоголем

Пожалуйста, укажите, насколько сведущим в приводимых ниже вопросах Вы себя чувствуете, присвоив балл от 1 до 4 по следующей шкале:

- 1 = Я мало знаю об этом
2 = Я немного разбираюсь в этом
3 = Я хорошо разбираюсь в этом
4 = Я очень хорошо разбираюсь в этом

	1	2	3	4
Воздействие употребления алкоголя на здоровье.				
Стандартные порции алкоголя и содержание спирта в распространенных напитках.				
Краткие профилактические консультации как средство профилактики/сокращения проблем с алкоголем.				
Методика мотивационного интервьюирования.				
Скрининговый тест AUDIT.				
Службы, куда может быть направлен человек имеющий проблемы с алкоголем/зависимость.				

7. Реагирование на ситуации, связанные с алкоголем

Пожалуйста, укажите, насколько Вы, по-Вашему, готовы справиться с перечисленными ниже ситуациями, присвоив балл от 1 до 4 по следующей шкале.

- 1 = Я едва ли мог бы справиться с этой ситуацией и едва ли знал бы, что делать/сказать.
2 = Я думаю, что мог бы справиться с этой ситуацией, но был бы не вполне уверен, что знаю, что делать/сказать.
3 = Я думаю, что вполне мог бы справиться с этой ситуацией, и я бы знал, что делать/сказать.
4 = Я уверен, что хорошо справился бы с этой ситуацией. Я точно знаю, что делать/сказать, к кому направить и где получить необходимую поддержку или совет

Пожалуйста, обведите одну цифру для каждого из заданий

	1	2	3	4
Объяснить, что представляет собой алкоголь и какое воздействие он может оказывать на отдельных людей и общество в целом				
Используя определение стандартной порции, разъяснить содержание чистого спирта в распространенных спиртных напитках и рассказать о рисках различных уровней употребления алкоголя для здоровья				
Надлежащим образом поднять тему алкоголя				
Стимулировать клиентов к принятию личной ответственности за их собственное употребление алкоголя/поведение				
Использовать скрининговый тест AUDIT для выяснения текущего уровня употребления алкоголя				

Предоставить пациенту структурированную обратную связь по результатам скрининга с использованием методики «получить – дать – получить»	1	2	3	4
Использовать открытые вопросы для того, чтобы подтолкнуть пациента к разговору об изменениях	1	2	3	4
Использовать рефлексивную технику для того, чтобы подтолкнуть пациента к разговору об изменениях	1	2	3	4
Поддержать пациента при планировании изменений поведения и сформировать у него/нее уверенность в своих силах	1	2	3	4
Проводить СКПК в рамках повседневной практики	1	2	3	4

Спасибо, что уделите время заполнению этого вопросника

Образец вопросника по итогам курса

1. Знания о вопросах, связанных с алкоголем

Пожалуйста, укажите, насколько сведущим в приводимых ниже вопросах Вы себя чувствуете, присвоив балл от 1 до 4 по следующей шкале:

1 = Я мало знаю об этом

2 = Я немного разбираюсь в этом

3 = Я хорошо разбираюсь в этом

4 = Я очень хорошо разбираюсь в этом

	1	2	3	4
Воздействие употребления алкоголя на здоровье				
Стандартные порции алкоголя и содержание спирта в распространенных напитках				
Краткие профилактические консультации как средство профилактики/сокращения проблем с алкоголем				
Методика мотивационного интервьюирования				
Скрининговый тест AUDIT				
Службы, куда может быть направлен человек имеющий проблемы с алко-лем/зависимость				

2. Реагирование на ситуации, связанные с алкоголем

Пожалуйста, укажите, насколько Вы, по-Вашему, готовы справиться с перечисленными ниже ситуациями, присвоив балл от 1 до 4 по следующей шкале.

1 = Я едва ли мог бы справиться с этой ситуацией и едва ли знал бы, что делать/сказать.

2 = Я думаю, что мог бы справиться с этой ситуацией, но был бы не вполне уверен, что знаю, что делать/сказать.

3 = Я думаю, что вполне мог бы справиться с этой ситуацией, и я бы знал, что делать/сказать.

4 = Я уверен, что хорошо справился бы с этой ситуацией. Я точно знаю, что делать/сказать, к кому направить, и где получить необходимую поддержку или совет.

Пожалуйста, обведите одну цифру для каждого из заданий

Объяснить, что представляет собой алкоголь, и какое воздействие он может оказывать на отдельных людей и общество в целом	1	2	3	4
Используя определение стандартной порции, разъяснить содержание чистого спирта в распространенных спиртных напитках и рассказать о рисках различных уровней употребления алкоголя для здоровья	1	2	3	4
Надлежащим образом поднять тему алкоголя	1	2	3	4
Стимулировать клиентов к принятию личной ответственности за их собственное употребление алкоголя/поведение	1	2	3	4

Использовать скрининговый тест AUDIT для выяснения текущего уровня употребления алкоголя	1	2	3	4
Предоставить пациенту структурированную обратную связь по результатам скрининга с использованием методики «получить – дать – получить»	1	2	3	4
Использовать открытые вопросы для того, чтобы подтолкнуть пациента к разговору об изменениях	1	2	3	4
Использовать рефлексивную технику для того, чтобы подтолкнуть пациента к разговору об изменениях	1	2	3	4
Поддержать пациента при планировании изменений поведения и сформировать у него/нее уверенность в своих силах	1	2	3	4
Проводить СКПК в рамках повседневной практики	1	2	3	4

3. По шкале от 1 до 5, насколько полезным Вы считаете этот учебный курс?

1 = Очень полезный 2 = Полезный 3 = Нормальный 4 = Не очень полезный 5 = Бесполезный

Причина Вашего выбора (*пожалуйста, укажите наиболее и наименее полезные аспекты курса*):

.....

.....

4. Какие-либо иные комментарии?

.....

.....

Спасибо, что уделите время заполнению этого вопросника

Литература

1. Babor TF, Higgins-Biddle JC. 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/, 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 JA. The early history of ideas on brief interventions for alcohol. *Addiction*. 2014;109(4):538–46 (<https://www.readbyqxd.com/read/24354855/the-early-history-of-ideas-on-brief-interventions-for-alcohol>, accessed 11 July 2017).
4. Gaume J, McCambridge J, Bertholet N, Daepfen JB. 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 JO, DiClemente CC. 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 LR, DiMatteo MR (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 WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing, 3rd ed. Helping people change*. New York (NY): Guilford Press; 2012.
11. Kaner EFS, Beyer F, Dickinson HO, 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 DE, Garbutt JC, Amick HR, Brown JM, Brownley KA, Council CL 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, 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 RG, Khoong EC, Chambers DA, Brownson RC. 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, accessed 11 July 2017).
18. Williams EC, Johnson ML, Lapham GT, Caldeiro RM, Chew L, Fletcher GS 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 SL, Petersen I, Hamilton FL, 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, accessed 11 July 2017).
27. Hamilton FL, Lavery AA, 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 GB, Lock CA, Heather N, Cassidy P, Christie MM, Kaner EFS. 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 TS, Mokdad AH, Brewer RD. 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 IR, 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 TB, Martin T, Manuel JK, Hendrickson SML, Miller WR. 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 TB, Martin T, Manuel JK, Miller WR, 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, accessed 12 July 2017).
41. Tate P, Tate L. *The doctor's communication handbook.* New York (NY): CRC Press; 2014.
42. Gattellari M, Butow PN, Tattersall MH. 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, McAvoyn 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, 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/, accessed 6 July 2017).
48. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. 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, accessed 12 July 2017).

50. McCartney G, Mahmood L, Leyland AH, Batty GD, 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 VM. 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 RW, Wilsnack SC. Gender and alcohol: consumption and consequences. In: Boyle P, Boffetta P, Lowenfels AB, 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 GD, 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 TF, 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 WAM. 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 MB, Sobell LC. 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 DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. 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 KD, 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 MJ, 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, 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 BG, 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 GLG, 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 AV, Neuman MG, 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 MK, Rafie C, Lai S, Sales S, Page JB, 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, accessed 31 August 2017).
72. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. 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, 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, 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. *Br J*

Gen Pract. 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, accessed 31 August 2017).
77. International classification of diseases and related health problems, 10th revision [вебсайт]. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>, accessed 26 August 2017).

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen O, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int