

Výcvikový program Identifikace a krátké intervence

Tento dokument připravili Antoni Gual, Peter Anderson, Lidia Segura a Joan Colom jménem řešitelů evropského projektu “Primární zdravotní péče a alkohol” (PHEPA). Jedná se o výsledek tohoto projektu.

Projekt PHEPA byl finančně podpořen Evropskou Komisí (EC) a Katalánským ministerstvem zdravotnictví (Španělsko). Projektu se zúčastnili zástupci 17 evropských zemí. Obsah tohoto dokumentu nepředstavuje názory EC, která není zodpovědná za použití informací v něm obsažených. Za obsah dokumentu odpovídají jeho autoři. Více informací a elektronickou verzi dokumentu najdete na <http://www.phepa.net>.

Gual, A., Anderson, P., Segura, L. & Colom, J. (2005). Alcohol and Primary Health Care: Training Programme on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona.

D.L. B-37.358-2005

Health Department of the Government of Catalonia Barcelona, 2005-09-14

[Http://www.phepa.net](http://www.phepa.net)

Layout and cover design by Xavier Cañadell

Česká verze: Sovinová, H., Csémy, L.

Překlad: Suchardová, I.

INDEX

PŘEDMLUVA A OBECNÉ POZNÁMKY	3
Vysvětlivky pro lektory	3
PRVNÍ LEKCE	5
Úvod a základní pojmy	5
DRUHÁ LEKCE	10
Časná identifikace	10
TŘETÍ A ČTVRTÁ LEKCE	13
Krátká intervence I	13
PÁTÁ LEKCE	21
Závislost na alkoholu	21
ŠESTÁ LEKCE	25
Implementace programu EIBI	25
PRACOVNÍ LISTY	30
PRACOVNÍ LIST 1	30
Rizikové a škodlivé pití alkoholu: Zdravotní a společenské náklady	30
PRACOVNÍ LIST 2	32
Standardní nápoje a způsob pití	32
PRACOVNÍ LIST 3	34
Rozpoznání rizikového a škodlivého pití	34
PRACOVNÍ LIST 4	37
Nástroje k identifikaci problémů s alkoholem –	37
Skupinové cvičení	37
PRACOVNÍ LIST 5	38
Účinnost krátkých intervencí – vysvětlení	38
PRACOVNÍ LIST 6	39
Model stádií změny	39
PRACOVNÍ LIST 7	41
Vývoj změn	41
PRACOVNÍ LIST 8	44
Stádia změny – skupinové cvičení: otázky do diskuse	44
PRACOVNÍ LIST 9	45
Stádia změny – skupinové cvičení: odpovědi	45
PRACOVNÍ LIST 10	47
Způsoby komunikace při navazování pomáhajícího vztahu	47
PRACOVNÍ LIST 11	49
Navazování vztahu	49
PRACOVNÍ LIST 12	52
Základní složky krátkých intervencí ⁱⁱⁱ	52
PRACOVNÍ LIST 13	57
Prevence relapsu: Pomoc lidem nevzdávat se	57
PRACOVNÍ LIST 14	59
Diagnostická kritéria závislosti na alkoholu	59
PRACOVNÍ LIST 15	62
Farmakologická léčba závislosti na alkoholu	62
PRACOVNÍ LIST 16	65
Hodnocení kurzu	65
PROJEKCE	67
ODKAZY	89
PODĚKOVÁNÍ	90

PŘEDMLUVA A OBECNÉ POZNÁMKY

Vysvětlivky pro lektory

Tento manuál je výsledkem společného úsilí vědců a dalších odborníků zapojených do evropského projektu PHEPA.

Celosvětově patří alkohol k hlavním determinantám zdraví a primární zdravotní péče (PZP) má v prevenci škod způsobených alkoholem klíčovou pozici. Tento manuál si klade za cíl rozšířit znalosti přístupy a posílit motivaci pracovníků v PZP, aby byli schopni řešit problémy svých pacientů užívajících alkohol rizikovým či škodlivým způsobem.

Problémy vyvolané alkoholem jsou v zařízeních PZP často diagnostikovány, ale na rizikové pití se obvykle zapomíná. Praktičtí lékaři mají tendenci zaměřovat se na nejzávažnější a nejviditelnější následky pití alkoholu, zatímco na většinu preventivních postupů, které by měly být rutinně prováděny u osob pijících rizikově a škodlivě, často zapomínají. Na základě těchto předpokladů se manuál pokouší představit problémy s alkoholem jako kontinuální proces postupující od rizikového pití až k těžké závislosti na alkoholu. I když jsme se závislosti na alkoholu dotkli v páté kapitole, prioritami manuálu jsou techniky identifikace a krátké intervence, které se ukázaly být v zařízeních PZP efektivní vzhledem k nákladům na ně vynaloženým.

Tento výcvikový manuál je jedním z produktů projektu PHEPA ("Primární zdravotní péče a alkohol") (<http://www.phepa.net>), jehož cílem je integrace intervencí podporujících zdraví při problémech s rizikovým či škodlivým pitím alkoholu do denní klinické práce zdravotníků. Evropa nyní prochází důležitým integračním procesem harmonizace, který zahrnuje i způsob konzumace alkoholických nápojů.

PHEPA přispívá k harmonizaci odpovědí na problémy vyvolané alkoholem za předpokladu, že bude nutné přizpůsobit výcvikové materiály potřebám jednotlivých zemí. Tyto rozdíly se netýkají pouze typů alkoholických nápojů a způsobu jejich konzumace, ale rovněž organizačních systémů PZP a specializovaných pracovišť pro léčbu závislostí. Proto důrazně doporučujeme, aby každý lektor přizpůbil základní obsah těchto výcvikových materiálů rozdílným potřebám účastníků kurzů a specifikům příslušné země.

Příslušné části tohoto manuálu vycházejí z WHO kolaborativního projektu identifikace a zvládnutí problémů vyvolaných alkoholem v primární zdravotní péči (<http://www.who-alcohol-phaseiv.net>). V rámci oné studie jsou identifikace a krátké intervence považovány za pomalý a občas obtížně opakovatelný proces. Z tohoto důvodu vychází tento manuál z filosofie, že lepším přístupem je zaměřit se na skromnější a dosažitelné cíle, než na snahu o dramatické změny. Pokud absolvování kurzu bude mít za následek skutečnost, že zdravotníci začnou přehodnocovat své vžitě mylné představy o alkoholu, lektori mohou být spokojeni.

Jak používat tento manuál

Uspořádání tohoto výcvikového manuálu je inspirováno publikací WHO “Skills for Change Package” (Mason & Hunt 1997). Pro každou ze šesti lekcí nabízí manuál pět různých oddílů, které umožní lektorům připravit se na rozdílné úrovně výcviku.

- Oddíl “Úkoly a cíle” podává souhrn hlavních cílů jichž má být v lekci dosaženo a přehled užitých materiálů.
- Oddíl “Plán lekce” je pro lektory vodítkem, jak mají být během lekce pojednána jednotlivá témata a doporučený čas na každé téma. U každého z témat lektor najde podrobnou informaci jak je rozpracovat, a které materiály použít. I když poskytnutý rozvrh není závazný, lektor by si měl být vědom širokého rozsahu projednávaných témat a omezeného času, který je pro výcvik obvykle k dispozici.
- Oddíl “Poznámky” nabízí podrobné vysvětlivky a tipy jak vést každou z částí příslušné lekce.
- Oddíl “Pracovní dokumenty” podává podrobné informace o tématech, která by se účastníci měli v příslušné lekci naučit.
- Oddíl “Projekce” poskytuje názorné vizuální pomůcky pro každou lekci.

Závěrem:

I když při přípravě tohoto manuálu byly využívány nejaktuálnější dostupné vědecké důkazy, v odborné literatuře budou stále k dispozici novější údaje. Vyzýváme proto lektory, aby do svých lekcí zahrnovali všechna důležitá nová zjištění. Doporučujeme pravidelně sledovat webovou stránku projektu PHEPA “Primární zdravotní péče a alkohol” <http://www.phepa.net>.

PRVNÍ LEKCE

Úvod a základní pojmy

Úkoly a cíle

Cíl

Představit sebe i program. Vzbudit zájem o problematiku alkoholu.

Úkoly

Po této lekci budou účastníci vědět:

- jaké jsou obecné cíle kurzu,
- jak poznat vlastní potřeby a zájmy v problematice léčby pití alkoholu,
- jak spočítat spotřebu alkoholu pomocí standardních nápojů,
- jak popsat potřebný způsob intervence podle charakteru pití.

Materiály

Pracovní dokumenty:

1. Zdravotní a sociální náklady
2. Charakteristické způsoby spotřeby alkoholu

Projekce:

1. Výcvikový program
2. Obsah programu
3. První lekce
4. Kolaborativní projekt WHO o identifikaci a řešení problémů s alkoholem v primární léčebné péči (<http://who-alcohol-phaseiv.net>)
5. Projekt PHEPA (<http://www.phepa.net>)
6. Alkohol jako rizikový faktor onemocnění (I)
7. Alkohol jako rizikový faktor onemocnění (II)
8. Atributivní podíly u evropských mužů (%)
9. Riziko karcinomu prsu u žen
10. Riziko koronární choroby srdeční
11. Analýza užitku a nákladů (Cost-benefit)
12. Standardní nápojové jednotky
13. Charakteristické způsoby spotřeby alkoholu
14. Hladiny rizika a kritéria intervencí

Plán první lekce: Úvod a základní pojmy

Čas	Metody
10 min	<p>1) Představte sebe a školící program Uveďte své jméno, profesi a kde pracujete. Stručně nastiňte všechny lekce (obr. 1, 2 a 3) a způsob, jak budou podávány. Vysvětlete, že tento kurz je součástí evropského projektu PHEPA a souvisí s WHO Kolaborativním projektem WHO o alkoholu v primární zdravotní péči. Stručně popište jeho vývoj (obr. 4 a 5). Rozdejte účastníkům všechny pro ně připravené materiály a stručně je charakterizujte.</p>
5 min	<p>2) Zdravotní a sociální náklady - vysvětlení Pokuste se podat jasný, souhrnný pohled na náklady a nemoci zapříčiněné alkoholem. Můžete čerpat z pracovního dokumentu 1 a použít obr. 6 – 10. Připojte lokální a celostátní údaje, jsou-li k dispozici.</p>
5 min 5 min 5 min	<p>3) Diskuse: alkohol a primární zdravotní péče Pod touto hlavičkou rozvíňte otevřenou diskusi o těchto třech aspektech:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Specifické problémy způsobené alkoholem 2. Odpovědi na tyto problémy 3. Nové iniciativy, které by bylo vhodné přijmout, a zdroje, které jsou k tomu nutné. <p>Sepište všechny nápady. Nakonec požádejte skupinu, aby se u každého ze zmíněných aspektů usnesla na pěti nejdůležitějších nápadech a napište je na papírovou nebo klasickou černou tabuli. Výběr relevantních témat je zásadně důležitým krokem.</p>
10 min	<p>4) Standardní nápoje a charakteristické způsoby spotřeby alkoholu Je třeba stanovit hladiny rizika a připomenout koncept „standardního nápoje“ (obr. 12). Všechny potřebné informace najdete v pracovním dokumentu 2. Vysvětlete stručně pojem rizikového pití a škodlivého pití – současně promítněte obr. 13.</p>
10 min	<p>5) Hladiny rizika a kritéria intervence Vysvětlete různé typy pijáků, s nimiž se lze setkat, na základě WHO klasifikace a druh intervence, kterou je u každého jednotlivého typu třeba aplikovat. Všechny potřebné informace jsou na obr. 14. Prodiskutujte navrhované formy intervencí se skupinou - včetně jejich vhodnosti a uskutečnitelnosti, dle potřeby v konkrétně daném případě.</p>
5 min	<p>6) Souhrn Stručně shrňte celou lekci, zdůrazněte, že alkohol není spojen jen se značnými náklady, ale také s celým okruhem někdy těžko řešitelných problémů. Podtrhněte, že se bude hovořit o alkoholu a zdraví (a ne jenom o závislosti na alkoholu). Vyzdvihněte, že smyslem tohoto kurzu je vybavit posluchače vhodnými znalostmi a dovednostmi.</p>

PRVNÍ LEKCE

Úvod a základní pojmy

Poznámky

1) Představte sebe a školící program

Jestliže se účastníci školení již znají, stačí, aby se seznámili s lektorem. V případě, že se účastníci neznají, bude nutné, aby se stručně představili.

Můžeme začít tím, že se představíme sami, a pak požádáme posluchače, aby tak rovněž učinili. Můžete vyzvat k tomu, aby si všichni, včetně učitele, říkali jménem, neboť neformální atmosféra usnadní skupinovou diskusi a společné překonávání obtíží, které se později v průběhu kurzu objeví.

Důležité je vysvětlit, že toto je kurz založený na aktivní účasti, vycházející ze současných znalostí posluchačů, které doplňuje a rozšiřuje. „Základním pravidlem“ bude, že si účastníci budou vzájemně pomáhat k naučení se potřebnému a podělí se o své myšlenky a znalosti.

Soupis základních pravidel bude znít asi takto:

- Respektujte důvěrnost během vyučování. Neprobírejte osobní záležitosti jiných účastníků s nikým mimo kurz.
- Respektujte názory druhých, i když s nimi nesouhlasíte.
- Chodte včas a vracejte se hned po ukončení přestávky.
- Při skupinové diskusi může mluvit vždy jen jeden. Poslouchejte, když druzí mluví.
- Respektujte odlišnosti.
- Ptejte se, budete-li mít jakékoli pochybnosti či nejasnosti.

Možná bude vhodné účastníkům říci, že nejde o sérii individuálních seminářů, ale o ucelený kurz. Každá lekce navazuje na předchozí i následující setkání. Účastníci by se měli snažit, aby na žádné z lekcí nechyběli. Trvejte na tom, že se předpokládá jejich aktivní účast na cvičeních, protože nelze očekávat, že přistoupí k novým postupům/strategiím u pacientů, pokud si je předtím nevyzkoušeli v rámci školení. Ujistěte je, že pokud se někdo nebude chtít cvičení účastnit, nebude k tomu nucen.

Seznámení s celkovým záměrem školení a jeho uvedení v kontextu projektu PHEPA a Kolaborativní studie WHO povede účastníky k tomu, aby si uvědomili souvislosti ve vztahu ke kurzu.

2) Zdravotní a sociální náklady - vysvětlení

Je vhodné učinit stručnou poznámku jako úvodní reflexi toho, že problémy související s alkoholem je třeba zvládat (WHO 2002a; Anderson et al 2005). Lze použít pracovní dokument 1 a obrázky (6 – 11), zmíněné v plánu lekce.

Hlavní důraz je třeba klást na zdravotní důsledky pití alkoholu - ve srovnání s ekonomickými aspekty.

3) Diskuse: alkohol a primární zdravotní péče

Přibližně 15 minut počítejte na diskusi o situaci v dané lokalitě a okruzích problémů, způsobených konzumací alkoholu, abyste mohl/a přizpůsobit intervenci skutečným potřebám a situaci.

Organizování diskuse bude snazší, shromáždí-li se maximální počet názorů, které je nejlépe zapisovat na papírovou tabuli. V závěru můžete účastníky požádat, aby se společně usnesli na pěti nejdůležitějších myšlenkách, nebo aby navrhli lepší definici jednotlivých problémů.

Bývá vhodné čas od času během lekce stručně a schématicky shrnout diskutované otázky. Účastníci pak budou cítit, že lektorovi rozumí, a lektor bude aktivně sledovat jejich poznámky (nejen je zaznamenávat). Kromě toho to skupinu povzbudí k bližšímu vymezení či rozvíjení souvisejících myšlenek.

Na konci diskuse by účastníci měli mít pocit, že se lekce skutečně budou týkat jejich potřeb ve vztahu k problematice alkoholu.

4) Standardní nápoj. Charakteristické způsoby spotřeby alkoholu

Vysvětlete koncept standardního (jednotkového) nápoje v souladu se zvláštnostmi ve vaší zemi. Trvejte na premise, že se vzdáváme přesnosti ve prospěch jednoduchosti.

Vysvětlete jednotlivé způsoby pití (Pracovní dokument 2 a obr. 13) a přesvědčete se, že účastníci rozumějí rozdílu mezi pijákem s rizikovým či škodlivým pitím a alkoholikem (tomuto věnujte zvláštní pozornost, protože účastníci to často pletou a domnívají se, že rizikový piják je něco podobného jako alkoholik).

Vhodná může být zmínka o tom, že i lidé, kteří pijí pouze při určitých příležitostech, mohou působit problémy sobě samým i ostatním, a že je proto vhodnější propagace zdraví v širším smyslu namísto omezování se pouze na závislost na alkoholu.

5) Hladiny rizika a kritéria intervence

Je třeba stručné vysvětlení, jak ukazuje obr. 14. Mějte na mysli, že v příští lekci budou tyto pojmy vysvětleny do hloubky, stejně jako diagnostická kritéria a léčba. Nyní jde jen o celkový přehled.

Nezapomínejte, že jde o úvodní lekci, během níž usilujeme o vzájemné seznámení a definování oblasti problémů vyvolaných pitím alkoholu. Diskusi je zatím třeba držet na teoretické úrovni, kdežto později – v praktické části – se bude diskutovat o různých úrovních praktického provedení.

6) **Souhrn**

V tomto bodě může lektor ještě jednou poukázat na úkoly lekce a postupně shrnout základní myšlenky, které byly vneseny. Důležité je zdůraznit, že školící program se bude zabývat alkoholem celkově, v intencích dvou doplňujících se myšlenek: zaprvé, školení má zprostředkovat účastníkům užitečné nástroje, jak postupovat u problémů s alkoholem v jejich konkrétních podmínkách, a za druhé, kurz se nezaměřuje na alkoholismus, ale na propagaci zdraví, třebaže toho nelze dosáhnout bez řešení těch nejtěžších případů.

DRUHÁ LEKCE

Časná identifikace

Úkoly a cíle

Cíl

Poskytnout účastníkům základ pro pochopení různých typů problémů spojených s alkoholem a též je vybavit prostředky k jejich identifikaci.

Úkoly

Po této lekci budou účastníci schopni:

- popsat problémy spojené s pitím alkoholu,
- používat dotazníky AUDIT, AUDIT-C a SIAC (Systematised Interrogatory on Alcoholic Consumption) nebo jiné ověřené kvalitativní či kvantitativní dotazníky k identifikaci rizikového a škodlivého pití,
- rozlišit úroveň intenzity časné identifikace.

Materiály

Pracovní dokumenty:

3. Identifikace rizikového a škodlivého pití
4. Identifikační nástroje – skupinové cvičení
5. Účinnost krátké intervence - vysvětlení

Projekce:

15. Druhá lekce
16. a 17. dotazník AUDIT
18. dotazník AUDIT C
19. dotazník SIAC
20. Úrovně implementace
21. Efektivnost nákladů I.
22. Efektivnost nákladů II.

Plán druhé lekce: Časná identifikace

Čas	Metody
5 min	<p>1) Úvod Začněte shrnutím předchozí lekce a dotázáním se, zda jsou nějaké otázky. Aby se co nejvíce snížil odpor, vysvětlete, že budou různé možnosti na výběr při provádění časné identifikace. Současně ukažte obr. 15.</p>
15 min	<p>2) Identifikace rizikového a škodlivého pití Vyzvěte účastníky, aby se podívali na pracovní dokument 3. Vysvětlete, jak připravit záznam konzumace ve standardních jednotkách nápojů. Poradte, jak používat dotazníky AUDIT a SIAC; ukazujte při tom obr. 16 – 19. Dotazník SIAC může být nahrazen jiným ověřeným kvalitativním či kvantitativním dotazníkem. Doplňte vše potřebné s využitím pracovního dokumentu 3.</p>
10 min	<p>3) Identifikační nástroje - skupinové cvičení Rozdělte účastníky na tři skupiny a vysvětlete jim, že provedeme procvičení identifikace se simulovaným rozhovorem v párech. Jedna skupina použije AUDIT, druhá AUDIT C a třetí SIAC (nebo jeho ekvivalent). Všichni účastníci v roli pacienta použijí jako model případ v pracovním dokumentu 4. Po dokončení napište na tabuli skóre AUDIT, AUDIT C a SIAC a celkový počet standardních nápojů a komentujte rozdíly mezi třemi metodami, tj. způsob dotazování, použitelnost atd. Zkuste od účastníků získat odpověď týkající se pozitivních aspektů jednotlivých dotazníků. Věnujte pozornost časovým nárokům každé z metodik. Požádejte účastníky, aby stanovili diagnózu, a stručně podle obr. 14 prodiskutujte, která z forem intervence bude potřebná.</p>
10 min	
10 min	<p>4) Úrovně implementace Během pěti minut navrhnete stručnou výměnu nápadů na téma, jak selektivní by měl být skrínink, a požádejte účastníky, aby specifikovali úlohu jednotlivých zdravotníků (lékař, zdravotní sestra atd.). Konečně obr. 20 použijte k popisu tří úrovní implementace těchto forem intervence.</p>
5 min	<p>5) Efektivita krátkých intervencí - vysvětlení Po stručném úvodu komentujte hlavní nálezy výzkumu v této oblasti; jimi se zabývá pracovní dokument 5. K doplnění použijte obr. 21 a 22. V závěru lekce poskytněte účastníkům informace o tom, kde mohou požádat o případné další konzultace.</p>

DRUHÁ LEKCE

Časná identifikace

Poznámky

1) Úvod

Aby se aby se zmírnila případná neochota posluchačů, je důležité již předem říci, že nástroje identifikace je možné používat na různé úrovni intenzity. Podle potřeby použijte k vysvětlení obr. 20.

2) Identifikace rizikového a škodlivého pití

Zde se musíte ujistit, že každý pochopil, jak používat a vyhodnocovat dotazníky AUDIT (Bohn et al. 1995) a AUDIT C (Bush et al. 1998), stejně jako ekvivalenty standardních nápojů u nejčastěji konzumovaných alkoholických nápojů. Zdravotníci poskytující primární zdravotnickou péči velmi často preferují dotazníky ověřující kvantitu a frekvenci. Stává se běžným, že počítačové programy, ve kterých jsou vedeny záznamy o pacientech, obsahují stanovení kvantity a frekvence pití alkoholu. Proto navrhujeme jako alternativu dotazník SIAC (Gual et al. 2001) nebo jiný podobný dotazník, používaný ve vaší zemi.

Účastníci mohou považovat za užitečné mít při ruce pracovní dokument 3.

3) Identifikační nástroje - skupinové cvičení

Rozdělení skupiny a podání pokynů je třeba provést rychle, protože v této lekci není času nazbyt. Máte-li více času, je možné cvičení rozšířit a skupinu rozdělit na páry, které povedou simulované rozhovory.

Toto cvičení (Pracovní dokument 4) bude pro vás kontrolou, zda účastníci skutečně pochopili rozdíly mezi třemi modely konzumace alkoholu, a umožní vést diskusi o tom, co hovoří ve prospěch té které skříninkové metody a co v její neprospěch. Pokuste se získat od posluchačů jejich názor na jednotlivé dotazníky.

4) Úrovně implementace

Zde je třeba zohlednit předchozí postoj týmu ke skříninku a vysvětlit rozličné úrovně jeho provádění (obr. 20).

Objasněte, že na konci kurzu se mohou rozhodnout pro úroveň, která bude nejlépe vyhovovat jejich potřebám.

5) Efektivita krátké intervence – vysvětlení

Míra podrobností zde závisí na potřebách a zájmu účastníků. Je vhodné zmínit (nebo připojit k pracovnímu dokumentu 5) všechny lokální výzkumné projekty o nichž lektor ví, či které byly publikovány od doby vzniku tohoto dokumentu. V závislosti na účastnících se lektor může rozhodnout uvést toto téma před předchozím tématem (4). V každém případě doporučujeme k podpoře návrhů skupiny, týkajících se úrovně implementace, spíše využít vědecké informace než směřovat je k vyšším úrovním skříninku.

TŘETÍ A ČTVRTÁ LEKCE

Krátká intervence I

Úkoly a cíle

Cíl

Podat celkovou informaci, jak provádět krátkou intervenci ke snížení spotřeby alkoholu na základě stádia modelu změny a s využitím motivačního přístupu.

Úkoly

Po těchto dvou lekcích budou účastníci znát:

- stádia změny podle modelu autorů Prochaska a DiClemente;
- jak vytvořit nápomocné vztahy;
- jak různé způsoby intervence použité zdravotníky mohou zvýšit či snížit resistenci jejich pacientů;
- základní složky krátkých intervencí;
- rozdíly mezi minimální a krátkou intervencí;
- jak přistupovat k relapsům.

Materiály

Papírová tabule a tužka nebo klasická tabule a křída

Pracovní dokumenty

6. Stádia změny podle modelu autorů Prochaska a DiClemente
7. Procesy k završení změny.
8. Skupinové cvičení ke stádiím změny. Otázky do diskuse.
9. Skupinové cvičení ke stádiím změny. Odpovědi.
10. Způsoby komunikace při nápomocných vztazích.
11. Počáteční strategie.
12. Základní složky krátkých intervencí.
13. Prevence relapsu: pomoc lidem nevzdávat se a začít znovu.

Projekce:

23. Třetí lekce
24. Stádia změny
25. Stádia změny a cíle terapeuta
26. Procesy změny
27. Minimální vs. krátká intervence

- 28. Minimální intervence
- 29. Komunikační model
- 30. Čtvrtá lekce
- 31. Strategie navázání vztahu s pacientem
- 32. Základní složky krátkých intervencí
- 33. Co přivodí relaps?
- 34. Pomoc lidem nevzdávat se a začít znovu

Plán třetí lekce: Krátké intervence I

Čas	Metody
3 min	1) Úvod k lekci 3 Začněte shrnutím předchozí lekce a představte obsah lekce třetí s použitím obr. 23. Zdůrazněte, že se lekce 3 a 4 budou zabývat krátkou intervencí.
10 min	2) Stádia změny – vysvětlení modelu Vysvětlete stádia změny (Prochaska a DiClemente), na podkladě pracovního dokumentu 6 a s pomocí obrázku 24. U každého stádia zdůrazněte jeho základní charakteristiky a úkoly, které si jako terapeuti musíme stanovit (obr. 25).
10 min	3) Procesy změny - vysvětlení Popište a vysvětlete, co lidem pomáhá ke změně chování; použijte informací obsažených na obr. 26 a v pracovním dokumentu 7.
7 min	4) Stádia změny – skupinové cvičení: otázky a odpovědi Požádejte skupinu, aby se dohodla na cvičení v pracovním dokumentu 8. Je-li skupina posluchačů příliš velká, můžete ji rozdělit na menší skupinky o 4 – 6 lidech. Požádejte je, aby zkontrolovali odpovědi podle pracovního dokumentu 9.
3 min	5) Typy intervencí S použitím obr. 27 zdůrazněte podobnosti a rozdíly mezi minimální a krátkou intervencí.
5 min	6) Minimální intervence S pomocí obr. 28 vysvětlete základní komponenty minimální intervence a kladte důraz na potřebu přátelského nekonfrontačního stylu. Předvedte jak zahájit minimální intervenci založenou na výsledcích identifikačního cvičení.
8 min	7) Minimální intervence – cvičení Vyzvěte účastníky, aby v párech provedli praktický nácvik. Jeden převezme roli pacienta popsanou v pracovním dokumentu č. 4. Intervence začne oznámením výsledného skóru dotazníku AUDIT pacientovi. Věnujte velkou pozornost délce cvičení. Musíte pevně trvat na délce 3 minut na každou intervenci. Po třech minutách se úlohy vymění. Vyhněte se obecné diskusi a odkažte účastníky na skutečnost, že diskuse se uskuteční po nácviku krátké intervence.

10 min	<p>8) Způsob komunikace při nápomocných vztazích. Za použití Gordonova modelu (obr. 29) a Pracovního dokumentu 10 vysvětlíte způsoby komunikace, které jsou potřebné k ustavení dobrého nápomocného vztahu. Poté rozdělte účastníky do párů a navrhnete cvičení pro procvičení různých úrovní naslouchání:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Osoba A hovoří o něčem, k čemu má ambivalentní vztah, a osoba B: <ul style="list-style-type: none"> • poslouchá pozorně (1 minuta) • dá osobě A místo naslouchání radu (1 minuta) • A i B si vymění role a zopakují cvičení <p>Zjistěte a komentujte, co účastníci pociťují v té které roli.</p>
3 min	<p>9) Souhrn lekce 3 Provedte stručný souhrn se zaměřením na důležitost rozpoznání, v jakém stadiu změny se pacient nachází, a výběru a adaptace našich intervencí podle počáteční situace pacienta. Zdůrazněte, že se tak zvýší pravděpodobnost, že pacient bude motivován pro změnu a nebude ji odmítat.</p>

Plán čtvrté lekce: Krátké intervence II

3 min	<p>10) Úvod k lekci 4 Začněte shrnutím předchozí lekce a představte obsah její druhé části s použitím obr. 30.</p>
7 min	<p>11) Strategie navázání kontaktu Vysvětlíte základní strategie usnadňující dobrý terapeutický vztah. Vysvětlíte význam obou a zdůrazněte potřebu integrovaného použití 4 strategií: otevřené otázky, potvrzení, reflektivního naslouchání a shrnutí. Na podporu použijte obr. 31 a pracovní dokument 11.</p>
14 min	<p>12) Základní složky krátkých intervencí Uvedte všechny složky krátké intervence i to, jak k nim přistupovat; použijte obr. 32 a pracovní dokument 12. Lekci zahajte diskusí s účastníky o smyslu a důležitosti tří pojmů, definujících styl a duch intervence:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vyjádřit empatii/vcítění • vštípit pacientovi důvěru v to, že je schopen účinně jednat • klást důraz na odpovědnost pacienta <p>Zamyslete se nad tím, nakolik se tento styl shoduje s předchozí lekcí. Hned poté prodiskutujte základní složky krátké intervence:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poskytněte zpětnou vazbu • dejte radu se svolením • posuďte připravenost ke změně • jednejte o cílech a postupech/strategiích • sledujte proces
20 min	<p>13) Cvičení v párech Vyberte účastníky k praktickému procvičování stručných intervencí v párech. Jeden z nich převezme roli pacienta popsanou v pracovním dokumentu 4. Intervence začíná zpětnou vazbou. Po 7 minutách si páry</p>

	vymění role. Dejte pozor na dodržení určených časových limitů. Vedte se skupinou pětiminutovou diskusi o právě nabyté zkušenosti. Srovnajte to s předchozím cvičením minimální intervence. Diskutujte o tom, kdy je vhodnější či přiměřenější použít tu kterou intervenci.
5 min	14) Prevence relapsu: Pomoc lidem nevzdávat se a začít znovu K práci použijte Pracovní dokument 13 a obr. 24, 33 a 34, jejichž prostřednictvím se vrátíte ke stádiím a procesům změny.
8 min	15) Cvičení v párech Vyzvěte účastníky, aby se zamysleli nad nějakou situací ve svém vlastním životě, kdy se pokoušeli o změnu chování a zažili relaps. Jak se cítili? Vybídněte posluchače k diskusi v párech (3 minuty v každém směru, jeden účastník naslouchá a reflektuje, zatímco partner popisuje svůj zážitek).
3 min	16) Souhrn Vyzdvihněte hlavní body a shrňte celou lekci s návazností na předcházející lekce. Je velmi důležité, aby obě lekce byly prezentovány jako dvě části jednoho celku.

TŘETÍ A ČTVRTÁ LEKCE

Krátká intervence I a II

Poznámky k lekcím 3 a 4

1) Úvod k třetí lekci

Krátký souhrn předchozí lekce o časné identifikaci by vás měl přivést k představení krátké a minimální intervence jako základních prvků kurzu. Ujistěte se, že jste dostatečně zdůraznili, že hlavním cílem kurzu je naučit se jak implementovat krátké intervence u rizikového pití do primárně preventivní péče. Přesto se zmíníme i o tom, jak léčit závislost na alkoholu.

2) Stádia změny – vysvětlení modelu

Toto úvodní vysvětlení (Prochaska, DiClemente 1986) musí být jednoduché (Obr. 24, 25 a Pracovní dokument 6). Až následující vysvětlení těchto procesů se bude do detailu zabývat složitostmi modelu. Než zahájíte tuto část, ověřte si u posluchačů, jak dalece jsou seznámeni s tímto modelem. Pokud tato problematika je jim známa z jiných kurzů, můžete ji probrat jen krátce a nahradit ji skupinovým cvičením a obecnou diskusí o užitečnosti tohoto modelu.

3) Procesy změny - vysvětlení

Založte toto vysvětlení na Pracovním dokumentu 7 a obr. 16. Procesy změny (Prochaska, DiClemente 1986) jsou aktivity či strategie, které používají lidé při svých pokusech docílit změny. Každý proces změny je široká kategorie aktivit, které zahrnují rozmanité metody a intervence. Existují dva typy procesů: kognitivní (zahrnuje změny způsobu, jakým lidé uvažují a cítí) a behaviorální (zahrnuje změny v jejich chování).

4) Procesy změny - skupinové cvičení: otázky pro diskusi a odpovědi

Před zahájením řekněte účastníkům, aby si přečetli titulek. Toto cvičení lze provádět i po vysvětlení procesů změny, kdy pomůže účastníkům objasnit a upevnit to, co si z výkladu pamatují, a provést aplikaci na reálné životní situace.

Prakticky nezbyvá čas na debatu o „správných odpovědích“ na jednotlivé otázky. Nejlepší způsob, jak využít čas na diskusi, je ověřit si, že účastníci rozumí, o kterém procesu se právě diskutuje a jaký vztah má ke stádiím změny. Zdůrazněte skutečnost, že hranice mezi jednotlivými stádii nemusejí být vždy zřetelné, a že v případě pochybností je vždy nutno počítat s vývojově nižším stádiem. Použijte Pracovní dokumenty 8 a 9.

5) Typy intervencí

Zde je důležité zdůraznit, že jak minimální, tak i krátká intervence staví na pacientových schopnostech změnit své zvyky. Zdůrazněte též skutečnost, že minimální intervence jsou vhodné pro příležitostné použití, zatímco krátké intervence vyžadují více času a je třeba naplánovat je dopředu. Vyzdvihněte, že minimální intervence se soustřeďují na poskytnutí rady, kdežto krátké intervence se zaměřují na motivaci pacienta. Použijte obr. 27.

6) Minimální intervence

S pomocí obr. 28 představte základní komponenty minimálních intervencí (Whitlock et al. 2004). Před podáním rady pacientovi je nezbytné trvat na nutnosti vyžádat si vždy jeho souhlas. Pokud se účastníci ptají na nutnost vyžádat si souhlas, odpovědi mají být stručné, s odkazem na další lekci, kde nutnost vyžádat si souhlas pacienta bude probírána v rámci krátkých intervencí.

7) Minimální intervence – cvičení

I v této části je třeba počítat s časovým omezením. Cvičení by mělo být zahájeno např. sdělením: „V dotazníku AUDIT, který jste právě vyplnil, jste dosáhl skóru 12 bodů.“ Následovat by měl dotaz jako: „Chtěl byste vědět, co tento výsledek znamená?“ nebo „Mohu vám vysvětlit co tento výsledek může znamenat pro vaše zdraví?“, nebo jiná obdobná věta. Aby bylo možno dodržet naplánovaný čas, je důležité v případě obecné diskuse odkázat skupinu na další lekci, kde je čas na takovou diskusi po nácviku krátkých intervencí a oba typy intervencí budou diskutovány společně.

8) Způsob komunikace při nápomocných vztazích - vysvětlení a cvičení

Aktivní naslouchání je soubor technik, pomocí nichž mohou zdravotníci vytvořit dobrý nápomocný vztah. V této části je třeba klást důraz na použití otevřených otázek a reflektivního naslouchání. Po krátkém zopakování, co to jsou otevřené otázky, použijte Gordonova modelu (1970) ke zdůraznění (obr. 29), že reflektivní naslouchání je způsobem, jak odhadnout, co má pacient skutečně na mysli (použijte Pracovní dokument 10).

Obecně řečeno, lidé obvykle považují za obtížné provést úkol v rámci cvičení naslouchání; lektor někdy musí přecházet mezi skupinami a připomenout jim, co vlastně mají dělat. Skutečnost, že někdo „nenaslouchá“, je zvláště traumatická pro obě strany. V tomto cvičení je nutno přesně kontrolovat čas; účastníci toto komentovali slovy, že „jedním ze zajímavých aspektů je to, že minuta je dvakrát až třikrát tak dlouhá, když vám nikdo nenaslouchá.“

Aby účastníci téma lépe pochopili, lze na konci cvičení říci:

- *Co jste pociťovali, když vám ostatní nenaslouchali, anebo poslouchali jen napůl?*
- *Co je charakteristické pro špatné nebo poloviční naslouchání?*
- *Co charakterizuje dobré naslouchání?*

9) Souhrn třetí lekce

Při shrnutí je opět nutné vyzdvihnout důležitost naslouchání a vytvoření dobrého nápomocného vztahu a též to, že uživatelé (pacienti), kteří nijak moc neinklinují ke změně svých návyků, nebývají při příliš přímočarém postupu ochotni ke spolupráci.

10) Úvod ke čtvrté lekci

Věnujte zvýšenou pozornost tomu, abyste připomenuli účastníkům, že lekce 3 a 4 jsou součástí jednoho celku, a že se základními koncepty představenými v předchozí lekci se budeme zabývat i v této lekci (obr. 30).

11) Strategie navázání vztahu s pacientem

Zde je důležité představit reflektivní naslouchání, otevřené otázky, souhrn a potvrzení jako základní strategie navázání vztahu. Zvláštní pozornost je třeba věnovat poučení, že všechny tyto dovednosti je třeba používat současně. V tomto smyslu může být užitečný obr. 31 a Pracovní dokument 11. Snažte se téma účastníkům podat jednoduše: objeví-li se hovor o změně, pokračujte po stejné koleji; objeví-li se rezistence, změňte strategii. Vzhledem k tomu, že času už není mnoho, nezacházejte do podrobností, jak jednat v případě odporu či jak stimulovat hovor o změně. Těm, kteří mají zájem, doporučte Millerovu a Rollnickovu knihu *Motivational interviewing: Preparing people for change*, 2. vydání, 2002.

12) Základní složky krátké intervence - vysvětlení

Zásadně je třeba jasně rozlišovat mezi duchem a obsahem krátkých intervencí (AlcoholCME 2004). Lze použít srovnání s hudbou a textem písně. Pak je nutno podrobně probrat všechny pojmy na obr. 32. a v Pracovním dokumentu 12. Mějte na mysli, že toto je základní otázka celého výcviku, a že je nezbytné věnovat se této problematice tak, jak bude třeba.

13) Cvičení v párech

Velice důležité je, aby si účastníci v plné šíři uvědomili, jak zde navrhovaný styl souvisí s jednotlivými stádii modelu změny a dříve vysvětlenými otevíracími strategiemi. Po tomto cvičení by účastníci měli být schopni integrovat do své praxe dovednosti ze třetí a čtvrté lekce: stadia změny, otevírací strategie a krátké intervence.

Po cvičení by měla následovat skupinová diskuse. Je třeba hovořit o časových omezeních. Lektor by měl využít této příležitosti k poznámce, že potřebný čas se zkrátí, jakmile účastníci nabudou více zkušeností (pomoci mohou příklady jako – jaké to bylo při prvním řízení auta, lyžování, jízdě na kole atd.).

14) Prevence relapsu: Pomoc lidem začít znovu

V této části lekce by lektor měl mít dvě priority: zaprvé, být si jist, že každý chápe, že relaps je normální nejen u osob závislých, ale též jako přirozená součást procesů změny; za druhé, účastníci by měli mít na zřeteli vlastní zkušenosti s relapsem, které jim pomohou změnit postoj k „recidivistům“ (Marlat a Gordon 1985).

Zvláštní pozornost je třeba věnovat odlišení relapsu a selhání. Je nutno zdůraznit význam včasné intervence v případě relapsu. Účastníci musí vědět, že dobrý terapeutický vztah může pacientovi pomoci vyhledat pomoc časněji. Konečně je třeba zdůraznit také význam podporujících a neodsuzujících přístupů k pacientům s relapsem.

15) Cvičení v párech

Jak bylo zmíněno výše, má cvičení pomoci účastníkům rozpomenout se na své vlastní relapsy. Smyslem je, aby si uvědomili, jak „normální“ je relaps v procesu změny. Relaps je třeba prezentovat také jako šanci k poučení se. Je nutno diskutovat o potřebě podpory.

16) Souhrn

Souhrn musí zahrnovat obsah lekcí 2, 3 a 4, vysvětlujících krátké intervence jako jednotný proces, který začíná detekcí rizikového chování, pokračuje zjištěním stádia změny, v němž se pacient nachází, a končí poskytnutím základních prvků krátké intervence v motivačním stylu. Je třeba zdůraznit právě to, že jde o proces, a připomenout privilegované postavení zdravotníků v primárně preventivní péči. Jako příklad lze účastníkům připomenout, že dvěma hlavními postupy, které mohou používat ve své každodenní praxi, jsou sledování pokroku a prevence relapsu.

Poznámka

Tyto lekce mají velmi přísný časový plán. Je důležité probrat celý obsah všech lekcí. Kde to je možné, doporučuje se rozdělit každou lekci na dvě části a získat tak více času na praktická cvičení.

PÁTÁ LEKCE

Závislost na alkoholu

Úkoly a cíle

Cíl

Vybavit účastníky návodem, jak postupovat, i dostatečnými zdroji pro řešení případů závislosti na alkoholu.

Úkoly

Po této lekci budou účastníci vědět:

- jak stanovit diagnózu syndromu závislosti na alkoholu (ADS),
- jak jasně rozlišit, které případy předat dalším odborníkům, a které si ponechat v péči,
- jak stanovit vhodná pravidla pro detoxikaci a rehabilitaci.

Materiály

Papírová tabule a tužka nebo klasická tabule a křída

Pracovní dokumenty

14. Diagnostická kritéria syndromu alkoholové závislosti
15. Farmakologická léčba alkoholové závislosti

Projekce:

35. Pátá lekce
36. Kritéria ICD-10
37. Léčba v podmínkách zařízení primárně preventivní péče
38. Kdy odeslat pacienta ke specializované léčbě
39. Kritéria detoxikace
40. Podmínky potřebné pro ambulantní detoxikaci
41. Kontraindikace ambulantní detoxikace
42. Ambulantní detoxikace postupným snižováním dávek
43. Rehabilitační léčba
44. Kritéria sdílené léčby

Plán páté lekce: Závislost na alkoholu

Čas	Metody
5 min	<p>1) Brainstorming K uvedení lekce použijte obr. 35. Požádejte účastníky, aby vysvětlili, co podle nich znamená alkoholová závislost a jaká kritéria jsou pro ni určující. Zdůrazněte, ať přispějí všemi nápady, které jim přijdou na mysl, a zaznamenávejte jejich myšlenky na tabuli. Nezapomínejte, že v této fázi se o nápadech nevede diskuse.</p>
10 min	<p>2) Diagnostická kritéria – vysvětlení S podporou obr. 36 používejte a vysvětlete ICD-10 kritéria. Nekomplikujte situaci jinými kritérii (pokud se posluchači budou ptát na DSM-IV, stručně uveďte rozdíly). Můžete použít pracovní dokument 14.</p>
10 min	<p>3) Kritéria léčby v zařízeních primárně preventivní péče Zahajte skupinovou diskusi o tom, kteří pacienti by měli být léčeni praktickým lékařem, a kteří by měli být předáni specialistovi. Vytvořte seznam návrhů. Vysvětlete navrhovaná kritéria léčby s použitím obr. 37 a 38, diskutujte o nich s účastníky.</p>
20 min	<p>Detoxikační a rehabilitační doporučení: vysvětlete léčbu a indikace - pomocí obr. 39 až 43 a s použitím Pracovního dokumentu 15. Při eventuelních pochybách či nejasnostech podejte vysvětlení.</p>
10 min	<p>4) Sdílená léčba Vysvětlete kritéria, která používáme u případů sdílené léčby (obr. 44) a diskutujte o nich s účastníky. Kladte důraz na zásadu flexibility a koordinace.</p>

PÁTÁ LEKCE

Závislost na alkoholu

Poznámky

1) Brainstorming

Cílem této činnosti je udělat si obrázek o dosavadních znalostech účastníků o závislosti na alkoholu a přizpůsobit podle něj výklad. Lze se tak vyhnout nežádoucím reakcím, které se mohou objevit, pokud byste objasňoval/a věci, které účastníci již znají, nebo předpokládal/a, že je jim známo něco, co ve skutečnosti neznají.

Také účastníci si lépe uvědomí, co doopravdy znají a co nikoli. Je to rovněž dobrou příležitostí k přehodnocení předsudků vůči lidem závislým na alkoholu, kteří jsou často vnímáni jako slaboši a zpustlíci.

2) Diagnostická kritéria – vysvětlení

Jde o jednoduché vysvětlení využívající pracovní dokument 14 a obr. 36. Užitečné bude zmínit se o tom, že kritéria definující závislost na alkoholu (WHO 2003) jsou kvalitativní, a ne kvantitativní. Připomeňte zde, že pro definici rizikového pití byla použita kritéria většinou kvantitativní.

I když mohou být použita kritéria jak DSM, tak ICD, zaměříme-li se pouze na jednu z klasifikací, sníží se pravděpodobnost, že posluchače zmateme. Vzhledem k tomu, že hovoříme o evropském projektu, který vychází z předchozích výcvikových materiálů WHO, doporučujeme v první řadě používat kritéria ICD-10.

3) Kritéria léčby v ordinaci praktického lékaře

Lekci zahajte skupinovou diskusí o tom, které pacienty je třeba odeslat ke specialistovi a kteří mohou být léčeni v ordinaci praktického lékaře. Můžete očekávat živou diskusi. Věnujte pozornost časovému rozvrhu, nebo můžete ztratit mnoho času. Když byly všechny hlavní otázky vzneseny, použijte obr. 37 a 38 a pokuste se dosáhnout konsensu o představených kritériích (Servei Catalá de la Salut 1996; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2003). Mějte na mysli že tyto otázky budou opět tématem diskuse v šesté lekci v rámci specifík jednotlivých regionů či zemí.

Vysvětlete proces detoxifikace s použitím obr. 39 – 42 a Pracovního dokumentu 15. Dodržujte zásadu co největší jednoduchosti a zdůrazněte, že toto jsou jednoduché techniky, které mohou být bezpečně použity v ordinaci praktického lékaře, který absolvoval příslušný výcvik. Zdůrazněte, že léčba zdaleka přesahuje hranice detoxifikace, jež může být považována za výchozí bod.

Upozorněte na důležitost vytvoření pevné terapeutické aliance a provádění pravidelných kontrolních návštěv během rehabilitačního procesu. V této fázi je důležité povzbudit účastníky kursu, aby byli méně závislí na okamžitých odpovědích docílených medikací, a aby si byli vědomi velkého významu lidské podpory a působení.

Způsob, jakým je tato problematika vysvětlena a zdůrazněna, se může lišit v závislosti na místních preferencích typu použité medikace. V tomto bodě je důležité nezmiňovat prostředky potlačující touhu po návykové látce (acamprosat, naltrexon apod.) a látky typu disulfiram jakožto tzv. „zázračné pilulky“. Podstatné je přenést myšlenku, že tato farmaka jsou užitečná, a že mohou být během rehabilitačního procesu použita (obr. 43), ale že klíčovým prvkem je terapeutická aliance, která podporuje pacientův závazek řešit svůj problém s pitím.

4) Sdílená léčba

Na podkladě kritérií stanovených v této lekci (obr. 38 a 44) může proběhnout stručná diskuse o identifikaci pacientů vhodných pro sdílenou léčbu. Pamatujte, že hlavním cílem této lekce je podporovat detekci rizikových pijáků praktickými lékaři. Neočekává se, že opravdu budou léčit lidi s těžkou závislostí na alkoholu, a nabídka doporučení k odborníkovi je způsob, jak zmírnit neochotu praktických lékařů rizikovými pijáky se zabývat.

Může se stát, že nebudete mít dostatek času. V tom případě doporučujeme přesunout tuto část do šesté lekce.

ŠESTÁ LEKCE

Implementace programu EIBI

Úkoly a cíle

Cíl

Dosáhnout konsensu se zdravotníky na tom, jak program časně identifikace a krátké intervence (EIBI) problémů s alkoholem implementovat do práce zařízení primární zdravotní péče.

Úkoly

Po této lekci by mělo být dosaženo konsensu v následujících otázkách:

- Úroveň implementace technik EIBI, která může být přijata zařízením
- Kritéria doporučení vč. jasných návodů k „kdy, jak a komu“ bude těžký pacient předán
- Úroveň výcviku a podpory potřebné k provádění činností EIBI
- Podrobná dohoda o tom, kteří pacienti mají obdržet sdílenou léčbu a jak ji koordinovat.

Materiály

Papírová tabule a tužka nebo klasická tabule a křída.

Pracovní dokumenty

16. Evaluační dotazník

Projekce:

2. Obsah kursu

20. Hladiny implementace

Jelikož by tato lekce měla být přizpůsobena potřebám jednotlivých zemí, lektoři by měli zvolit doplňující místní materiály, o nichž se domnívají, že mohou být užitečné.

Plán šesté lekce: Implementace programu EIBI

Čas	Metody
10 min	<p>1) Úvod Velice stručně shrňte obsah předchozích pěti lekcí. Zdůrazněte, že v ordinacích praktických lékařů by aktivity EIBI měl být prioritou. Můžete použít obr. 2</p>
10 min	<p>2) Skupinová diskuse Zahajte debatu o PRO a PROTI řešení problémů s alkoholem v ordinacích praktických lékařů. Buďte neutrální a pokuste se zajistit, že každý názor je zohledněn v seznamu, který může každý vidět. Úkolem zde není o PRO a PROTI diskutovat, ale seznámit s nimi všechny účastníky.</p>
20 min	<p>3) Práce v malých skupinách Rozdělte účastníky do malých skupin po 3 – 4 osobách. Na podkladě předchozího seznamu a s použitím obr. 20 je požádejte, aby v každé skupině dosáhli konsensu v následujících otázkách:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jaká úroveň implementace by byla vhodná pro jejich zařízení • Jakou úroveň podpory by potřebovali od specializovaných zařízení • Které jsou podle jejich názoru bezprostřední další kroky, které by měly být podniknuty.
10 min	<p>4) Plénum Projděte předchozí tři body a pokuste se dosáhnout obecné vůle k implementaci EIBE založené na nejnižších úrovních dohody. Mějte na mysli, že je lepší dosáhnout nižší úrovně implementace s velkou vůlí než naopak.</p>
10 min	<p>5) Vyhodnocení a závěr Připomeňte velmi stručně účastníkům obecný obsah kursu, čeho bylo dosaženo, a jaké budou další kroky. Krátce prodiskutujte jakékoli připomínky, které se mohou vyskytnout a ukončete lekci poděkováním účastníkům za jejich zájem. Zdůrazněte důležitost vyplnění evaluačního dotazníku (Pracovní dokument 16) před opuštěním místnosti. Na vyplnění dotazníku věnujte pět minut.</p>

ŠESTÁ LEKCE

Implementace programu EIBI

Poznámky

1) Úvod

Zde je třeba přehledně popsat obsah celého programu. Cílem je prezentovat alkohol jako komplexní a významný fenomén a zdůraznit dvě základní myšlenky:

zdravotníci v primární péči mají klíčové postavení pro časnou identifikaci hazardních pijáků alkoholu, přičemž

budou-li se zabývat hazardním pitím svých klientů, vyjdou najevo i problémy ještě závažnější; nyní mají k dispozici nástroje pro rozhodování, zda tito pacienti vyžadují (zda je u nich indikováno) odeslání do specializovaného centra.

V tomto stádiu je třeba jasně a srozumitelně sdělit: „Věnujte (u svých klientů/pacientů) pozornost spotřebě alkoholu, poskytněte rady/poučení hazardním pijákům, zjišťujte/odhalujte problémy spojené s alkoholem a odesílejte ke specialistům pacienty, které nemůžete léčit.“

2) Skupinová diskuse

Cílem skupinové diskuse je mobilizovat účastníky. Zůstaňte neutrální. Problematiku alkoholu je nutno prezentovat jako velmi komplexní, sahající od drobných problémů po velmi vážné nemoci. Podporujte živou diskusi soustředěnou na profesionální zdravotníky. Cílem není rozebírat význam alkoholu, ale realisticky, z pohledu zdravotníků debatovat o různých „pro a proti“ při řešení problémů spojených s alkoholem v zařízeních primární zdravotnické péče. Proto je třeba se věnovat etickým souvislostem a praktickým důsledkům pití i nepití alkoholu apod. Uvádíme některá z témat, která školitel může vnést do diskuse:

- Jaké jsou etické aspekty používání či nepoužívání EIBI při vaší klinické práci?
- Jaké jsou hlavní překážky při prosazování většího rozšíření EIBI v centru posluchače?
- Co poskytuje nejlepší možnosti k provádění EIBI v centru posluchače?

Diskusi je třeba zastavit dříve, než sama ustane, v době, kdy účastníci stále ještě chtějí mluvit. Všechny důležité body/všechna podstatná témata je třeba zviditelnit formou seznamu. Tento soupis poslouží jako úvod do další části sezení.

3) Práce v malých skupinách

Posluchače rozdělte do malých skupin (maximálně 3 až 5 osob). Je důležité, aby skupiny byly malé, protože ve větší skupině je obtížnější dospět ke shodě. Požádejte tyto skupiny, aby se dohodly na tématech/problémech pro skupinovou diskusi. Na základě tohoto konsensu by měli účastníci odpovědět na tři položené otázky:

- Jaká úroveň implementace EIBI je vhodná pro jejich pracoviště?
- Jakou míru podpory od specializovaných pracovišť by potřebovali?
- Jaké okamžité kroky by podle jejich názoru měly být podniknuty?

Můžete je požádat, aby si tyto tři otázky zapsali a odpověděli na ně až později. Zde je třeba nabádat účastníky k přesnosti a respektování praktičnosti a proveditelnosti návrhů, tj. aby pracovali s reálnými podmínkami a hovořili o uskutečnitelných aktivitách. Praktické věci typu kdy a kde se scházet, kam telefonovat atd. jsou velmi důležité. Zdůrazněte nutnost věnovat pozornost příštím krokům, které podle nich musí být učiněny okamžitě.

4) Plénum

Zde by měly všechny skupinky prezentovat svá písemná stanoviska ke třem předchozím otázkám. Požádejte je o velmi stručné přednesení závěrů; na školiteli je, aby zdůraznil to, co je společné, a vytknul nejnižší úroveň dosažené shody. Tuto nejnižší úroveň shody v různých bodech je třeba považovat za minimální standard, na němž se (všichni) shodnou. Školitelé by měli dát přednost aktivnímu závazku, což znamená, že shoda ohledně žádoucí úrovně realizace EIBI musí být založena na skutečně odpovědném souhlasu účastníků. Je třeba dát přednost i nízké úrovni realizace, která bude závazná, před ambicióznějšími cíli, které mohou vzbudit odpor části účastníků.

5) Hodnocení a závěr

Hodnocení a závěr jsou zvláště důležité, protože jinak bude konečný dojem ze školení ovlivněn tím, co se dělo v posledních minutách. Je nutno kontrolovat čas, aby měl školitel jistotu, že bude mít dost času – nejméně 10 minut – na konečnou část sezení. Závěr je možno pojmout různě, ale vždy by měl zahrnovat tyto základní body:

- Poděkujte účastníkům za jejich čas a aktivní účast;
- Dejte najevo, jak zajímavá pro vás byla společná práce;
- Velmi stručně shrňte celkový obsah školícího programu;
- Požádejte účastníky o stručný komentář
- Podrobně popište dosaženou shodu
- V přehledu uveďte další kroky

Tuto část sezení je třeba vést živě, abychom se vyhnuli situaci, že lidé začnou jeden po druhém sezení opouštět. Též dbejte na obdržení hodnotících formulářů od všech účastníků. Aby se zabránilo ztrátě hodnocení od účastníků, kteří případně musí odejít dříve, požádejte hned na začátku sezení, aby i ti, kteří spěchají, před odchodem formulář vyplnili.

PRACOVNÍ LISTY

PRACOVNÍ LIST 1

Rizikové a škodlivé pití alkoholu: Zdravotní a společenské náklady

Evropská unie je celosvětově oblastí s nejvyšším podílem uživatelů alkoholu a nejvyšší spotřebou alkoholu na osobu. Alkohol je zde – po kouření a vysokém krevním tlaku – třetím nejdůležitějším rizikovým faktorem nemocí a předčasných úmrtí, je tedy významnější než zvýšení hladiny cholesterolu v krvi a nadváha. Vedle návykovosti a přibližně 60 různých druhů nemocí a poranění s ním spojených je alkohol zodpovědný za velmi rozšířené společenské, duševní a emoční škody, včetně kriminálních činů a domácího násilí, což představuje obrovské náklady pro společnost. Alkohol neškodí jen jeho uživateli, ale i lidem kolem něj, včetně nenarozených dětí, členů rodiny a obětí kriminálních činů, násilí a dopravních nehod s účastí alkoholu.

S alkoholem stoupá riziko širokého spektra společenských škod – v závislosti na dávce a bez prokázaného prahového efektu. Pro individuálního pijáka platí, že čím vyšší spotřeba alkoholu, tím vyšší je riziko. Škody v důsledku pití jiné osoby sahají od nepříjemností typu rušení nočního klidu až po závažné dopady, k nimž patří ohrožení manželství, zneužívání dětí, násilí a konečně i zabití člověka. Obecně platí, že čím závažnější trestný čin nebo úraz, tím vyšší je pravděpodobnost, že na něm měl podíl alkohol. Poškození druhých osob je pádným důvodem, proč se angažovat proti hazardní a škodlivé konzumaci alkoholu.

Alkohol vede k úrazům, duševním i behaviorálním poruchám, způsobuje postižení trávicího traktu, maligní nádory, kardiovaskulární onemocnění, poruchy imunity a onemocnění kostí a má za následek reprodukční a prenatální poškození. Alkohol zvyšuje riziko všech těchto onemocnění a postižení v závislosti na požití dávce, bez důkazů o prahovém efektu. Čím vyšší spotřeba alkoholu, tím vyšší riziko.

Malé dávky alkoholu snižují riziko srdečních onemocnění, třebaže přesný rozsah snížení rizika a úroveň spotřeby alkoholu, spojená s maximálním poklesem, je dosud předmětem debaty. Kvalitní studie a studie zahrnující korekci na možné ovlivňující faktory nacházejí menší riziko při nízké spotřebě alkoholu. Nejvýraznější snížení rizika je dosaženo v průměru při konzumaci 10 g alkoholu obden. Při spotřebě nad 20 g alkoholu denně se riziko ischemické choroby srdeční již zvyšuje. Zdá se, že riziko srdečního onemocnění je vázáno spíše na etylalkohol než na určitý typ nápoje. Pitím většího množství alkoholu při jedné příležitosti se zvyšuje riziko srdečních arytmií a náhlé smrti pro srdeční selhání.

Riziko smrti v důsledku pití alkoholu je dáno poměrem mezi riziky nemocí a úrazů, která se zvyšují v důsledku alkoholu, a sníženým rizikem srdečního onemocnění po malých dávkách alkoholu. Hladina konzumace alkoholu, spojená s nejnižším rizikem smrti, je nulová nebo téměř nulová pro ženy do 65 let věku a nižší než 5 g alkoholu denně pro ženy ve věku 65 let a více. U mužů je hladina konzumace alkoholu spojená s nejnižším rizikem smrti nulová do 35 let věku, asi 5 g denně ve středním věku a méně než 10 g denně ve věku 65 let a více.

Omezení či ukončení konzumace alkoholu je zdraví prospěšné. Všechna akutní rizika zanecháním pití alkoholu zcela odpadají. I u chronických onemocnění, jakými jsou jaterní cirhóza a deprese, vede omezení spotřeby či abstinence alkoholu k rychlému zlepšení zdravotního stavu.

Alkohol je spojen s mnoha různými fyzickými i duševními zdravotními problémy v závislosti na konzumované dávce, proto poskytovatelé primární zdravotní péče mají příležitost rozpoznat dospělé pacienty podléhající hazardní či škodlivé konzumaci alkoholu. Jelikož primární péče obnáší léčbu mnoha nemocí včetně duševních, je třeba pátrat po alkoholu jako jejich možné příčině a zavést příslušnou léčbu. Zejména důležité je snížit riziko poškození druhých osob.

PRACOVNÍ LIST 2

Standardní nápoje a způsob pití

Standardní nápoje

Poskytovatelé primární zdravotní péče mohou popisovat konzumaci alkoholu u svých pacientů v gramech (čistého) alkoholu nebo ve standardních nápojích, kde jeden standardní nápoj v Evropě obsahuje zhruba 10 g čistého alkoholu.

Pro vědecké účely musí být údaje o množství alkoholu vyjádřeny v gramech absolutního alkoholu, aby byly mezinárodně srovnatelné.

Termín *standardní nápoj* (*standardní nápojová jednotka*) slouží pro zjednodušení kvantifikace spotřeby alkoholu. Přes určitou nepřesnost je možné ho doporučit pro záznam spotřeby alkoholu v různých podmínkách včetně primární zdravotní péče, úrazových ambulancí a pohotovostí, a také u hospitalizovaných pacientů.

Vedle výhod, které termín standardního nápoje poskytuje, jsou zde i určité obtíže:

- Obsah alkoholu v nápojích značně kolísá, od 1 % do 45 %, což může snadno vést k chybnému výsledku.
- Stejný druh nápoje může být v různě velkém balení, pokaždé s jiným množstvím alkoholu.
- Stejný typ nápoje se může lišit koncentrací alkoholu podle toho, kde a jak je vyráběn.
- Standardní nápoje se liší podle země a ve většině zemí byl obsah alkoholu v jednom standardním nápoji určen na základě konsensu, bez předchozího vědeckého zkoumání.

Světová zdravotnická organizace (Babor & Higgins-Biddle 2001) popisuje standardní nápoj s obsahem 13 g alkoholu. Takový standardní nápoj se blíží standardům v USA, ale většina evropských zemí definuje standardní nápoj s 10 g alkoholu. Používání standardních nápojů zjednodušuje hodnocení spotřeby alkoholu a usnadňuje jeho systematické uplatnění v podmínkách primární zdravotní péče. Avšak vzhledem k rozdílům mezi státy je třeba obsah standardního nápoje definovat v každé zemi na základě výzkumu, ne pouze na základě konsensu.

Jeden standardní nápoj Evropě obvykle obsahuje kolem 10 g alkoholu. Například:

- 250 ml piva s 5% obsahem alkoholu
- 125 ml vína s 12% alkoholu
- 70 ml desertního vína (např. sherry) s 18% obsahem alkoholu
- 50 ml likéru nebo aperitivu s 25% alkoholu
- 25 ml destilátu s 40% alkoholu

Způsoby pití

Rizikové pití je taková úroveň konzumace nebo charakter pití, které pravděpodobně povedou k poškození, bude-li návyk v pití přetrvávat; podle pracovní definice WHO je to více než 20 g alkoholu denně pro ženy a více než 40 g alkoholu denně pro muže.

Škodlivé pití je definováno jako „způsob pití způsobující škody na zdraví, fyzickém nebo duševním“. Masivní epizodické pití (někdy označované jako *binge drinking*), které může být zvláště škodlivé ve vztahu k některým formám poškození zdraví, lze definovat jako vypití nejméně 60 g alkoholu při jedné příležitosti.

Závislost na alkoholu je seskupení fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, kdy má požívání alkoholu pro daného jedince mnohem vyšší prioritu než jiné typy chování, které dříve měly větší hodnotu.

Hladiny rizika a kritéria intervence

Úroveň	Kritéria	Intervence	Úkoly P L P
Nízká	<280 g/ týdně muži <140 g/ týdně ženy AUDIT-C <5 muži AUDIT-C <4 ženy AUDIT < 8	Primární prevence	Zdravotní výchova, podpora zdraví, vzory chování
Riziková*	≥280-349 g/ týdně muži ≥140-209 g/ týdně ženy AUDIT-C ≥5 muži AUDIT-C ≥4 ženy AUDIT 8 - 15	Jednoduchá rada	Rozpoznání problému, stanovení rozsahu, krátká rada
Škodlivá	≥350 g/ týdně muži ≥210 g/ týdně ženy AUDIT 16-19	Jednoduchá rada a krátké poradenství s pokračujícím monitorováním	Rozpoznání problému, stanovení rozsahu, krátká rada, follow-up
Vysoká (závislost)	MKN 10 kritéria AUDIT ≥20	Specializovaná léčba	Rozpoznání problému, stanovení rozsahu, předání specialistovi, follow-up

- *Jakákoliv konzumace alkoholu u těhotných žen, u dětí mladších 16 let, u nemocných a léčících se osob, nebo u těch, kteří provádějí činnosti, při nichž se nedoporučuje pít alkohol.*

PRACOVNÍ LIST 3

Rozpoznání rizikového a škodlivého pití

Dvě věci jsou zde důležité. Zaprvé, shromáždit dostatek informací o návycích uživatele ve vztahu ke konzumaci alkoholu, abychom se mohli rozhodnout, zda je vhodné převzít léčbu tohoto pacienta či nikoli. Druhou věcí je pomoci uživateli k rozhodnutí, zda daná situace pro něj představuje problém a zda chce změnit/zmírnit svoji spotřebu alkoholu.

Rizikové a škodlivé pití lze zjistit měřením konzumovaného alkoholu nebo pomocí skríninkového nástroje, speciálně konstruovaného pro tento účel. Spotřebu alkoholu je možné stanovit pomocí otázek na množství a frekvenci pití nebo s použitím metod odhadu denního pití. Tyto otázky či metody je možné realizovat ústně, pomocí písemného dotazníku nebo s využitím počítače. Ke skríninkovým nástrojům patří dotazník WHO AUDIT a jeho variace. AUDIT byl speciálně připraven jako test k rozpoznání rizikového a škodlivého pití v podmínkách primární zdravotní péče.

Test k rozpoznání poruch vyvolaných pitím alkoholu (AUDIT)

Dotazník AUDIT byl vyvinut Světovou zdravotnickou organizací k odhalení rizikového, škodlivého či silného pití. Deset otázek tohoto testu pokrývá tři domény - rizikové pití, závislost na alkoholu a škodlivou konzumaci alkoholu. Vyhodnocení testu AUDIT je snadné. Ke každé z otázek je připojen soubor odpovědí, z nichž se vybírá, a každá z odpovědí je ohodnocena od 0 do 4 bodů. Součtem těchto dílčích hodnot získáme celkový skór.

Pacienti ochotněji a lépe vyplní dotazník:

- pokud se osoba, která s nimi vede rozhovor, chová přátelsky a nevyhrožuje.
- při zřejmé souvislosti mezi otázkou a diagnostickým postupem ke zjištění jejich zdravotního stavu
- pokud uživatel vypracuje test v době, kdy není pod vlivem alkoholu či drog
- jsou-li poskytnuté informace považovány za důvěrné
- jsou-li otázky dobře srozumitelné.

Nejlépeším způsobem, jak provádět AUDIT, je podat pacientovi obecnou informaci o obsahu dotazníku, vysvětlit mu cíl testování a zdůraznit nutnost odpovídat přesně, k čemuž patří i vyjasnění, co je míněno alkoholickým nápojem. Uveďte, kolik alkoholu je (průměrně) konzumováno ve skupině, k níž pacient patří a nezapomínejte se zmínit o nápojích, které ne každý považuje za alkoholické, např. slabá vína nebo nízkoalkoholická piva. Otázky musí jít za sebou ve stejném pořadí jako v tištěném dotazníku.

Odpovědi zapisujte přesně, ale pozorně vnímejte i další informace, které uživatel poskytne o svých návycích v pití alkoholu i svých názorech a pocitech ve vztahu k nim. Tyto informace budou cenné při společné interpretaci výsledků AUDITu a rozhodování, zda je tento nálezn významný a pro pacienta důležitý.

Skór lze jednoduše stanovit pomocí mřížky a na základě výsledku zvolit vhodnou formu intervence. Zaznamenejte body u každé odpovědi (např. pokud pacient na první otázku odpoví „jednou měsíčně nebo méně často,“ zaznamenejte jeden bod). Docílené body sečtete. Celkový skór 8 a více znamená, že mohou u pacienta existovat problémy, a že bude lépe o situaci hovořit a podrobněji zkoumat aspekty konzumace alkoholu.

Vysoké skóry v položkách 7 – 10 znamenají „škodlivou“ konzumaci alkoholu, tj. nejen že se zvyšuje riziko budoucích problémů, ale že piják již problémy má. Vysoké skóry v položkách 4 až 6 jsou typické pro začínající závislost. To je třeba vzít v úvahu při zvažování o eventuálním zahájení léčby. V některých případech bude vhodnější směřovat k odeslání pijáka ke specialistovi.

AUDIT-C

Existují zkrácené verze Auditů s podobnou přesností, kterým mnozí zdravotníci dávají přednost: AUDIT-C, Fast Alcohol Screening Test (FAST) (Health Development Agency and University of Wales College of Medicine, 2002) a Five Shot Questionnaire (Seppä et al. 1998). AUDIT-C obsahuje jen první tři otázky AUDITu zatímco FAST je dvoustupňový dotazník, založený na otázkách 3, 8, 5 a 10 AUDITu. Five Shot Questionnaire kombinuje dvě otázky z AUDITu se třemi otázkami z CAGE.

SIAC (Systematic Inventory of Alcohol Consumption) ⁱ

Dotazník AUDIT prokázal účinnost jako nástroj skrínink rizikových pijáků a byl přeložen do mnoha jazyků. Avšak zdravotničtí pracovníci někdy projevují neochotu k jeho používání a zdá se, že dávají přednost přímému rozhovoru.

Dotazník SIAC vznikl ve Španělsku jako snaha o standardizaci přímého rozhovoru a ke zjištění spotřeby alkoholu zahrnuje tři otázky na jeho množství a frekvenci užívání.

Dotazník se musí vyplnit podle těchto pokynů:

- **Otázka 1:** vyšetřovaný musí přesně uvést počet jednotek, konzumovaný ve dnech, kdy pije alkohol (např. říká-li pacient, že měl 2 piva, 2 sklenky vína a jednu sklenku brandy, bude konzumovaných SDU (jednotek standardního nápoje) $2 + 2 + 1 = 5$). Výsledek v SDU je třeba napsat na odpovídající řádku (pracovní dny nebo volné dny) a do sloupku „kvantita“.
- **Otázka 2:** vyšetřovaný musí přesně uvést počet dnů, kdy pije alkohol a napsat ho na odpovídající řádku (pracovní dny nebo volné dny) a do sloupku „dny“.

ⁱ Přizpůsobte místním podmínkám

- Je-li odpověď na **otázku 3** „NE“, příslušné políčko se vyplní rovnou. Je-li odpověď „ANO“, musí se vyšetřovaný znovu vrátit k otázkám 1 a 2 a odpovědi napsat na odpovídající řádku (pracovní dny nebo volné dny), aby byl dotazník úplně vyplněn.
- Abychom získali informaci o množství alkoholu vypitém týdně, vynásobí se počet dnů, kdy je alkohol konzumován, spotřebovaným množstvím; po sečtení pracovních a volných dnů vyjde celkové týdenní množství vyjádřené v SDU. Mějte na paměti, že riziková konzumace začíná u 280 gramů týdně pro muže a 140 gramů pro ženy (28 SDU pro muže a 14 SDU pro ženy).

Krevní testy

Biochemické testy identifikující poruchy vyvolané alkoholem jako např. hodnoty jaterních enzymů [např. sérová γ -glutamyl transferáza (GGT) a aminotransferázy], karbohydrát deficientní transferrin (CDT) a střední objem erytrocytů nejsou pro skrínink spotřeby alkoholu nevhodnější, protože jejich zvýšené hodnoty mají nízkou senzitivitu a identifikují pouze malou část pacientů s rizikovým či škodlivým pitím.

V případě vysokých skóre v AUDITu se doporučuje provést základní rozbor včetně ukazatelů jaterních funkcí použitím výše uvedených testů, protože jejich výsledky doplní informace, získané rozhovorem a pomohou stanovit rozsah stávajícího poškození. Abnormální výsledky těchto testů mohou být vzhledem k souvislosti se spotřebou alkoholu důležitým motivačním faktorem, který pijáka pohne k rozhodnutí ke změně chování.

Perspektiva konzumenta alkoholu

Aby bylo možno provádět intervenci správným směrem, je důležité brát v potaz odpovědi konzumenta na otázky, jaká jsou **pro** a **proti** pití alkoholu. Výhody a nevýhody pití mohou mít aspekty společenské/sociální, finanční, týkající se zaměstnání, psychologické nebo právní stejně tak jako zdravotní.

Lidé pijí alkohol, aby získali určité výhody, a pití se stává problémem, když:

- a) Alkohol nepřinesl výhody, které od něj piják očekával; například „Piji, abych se rozveselil, ale vzhledem k tlumivým účinkům se cítím ještě hůře“, nebo „Piji, abych si dodal sebedůvěry a udělal dojem na důležité lidi, ale přeberu a chovám se pak stupidně“.
- b) Alkohol může přinášet krátkodobé výhody, ale je také schopen přivodit dlouhodobé negativní následky, například „Napiji se, abych v noci spal, ale ráno se pak vždycky probudím s kocovinou“ nebo „Piji, abych netrhal partu, ale vidím, že to odnášejí játra“.

Ucelený pohled na situaci usnadní proces sebe-přehodnocení a společné chápání složitosti problému napomůže pacientovi při provádění potřebných změn.

PRACOVNÍ LIST 4

Nástroje k identifikaci problémů s alkoholem – Skupinové cvičení

Hypotetický případ

45letý muž si domluví lékařskou prohlídku z iniciativy zaměstnavatele. Je ženatý a má dvě dospívající děti. Pracuje jako vedoucí v textilní firmě.

Obvykle pije sklenku vína při jídle. Mnohokrát si večer, po odchodu z továrny, dá pár piv s kolegy a v sobotu večer pije ještě více, když si vyjde s přáteli, asi 6 až 7 piv. Jeho žena si stěžuje, že jí dost nepomáhá s domácností; očekávala by, že jí bude každý večer s prací pomáhat, ale - podle ní - si manžel po příchodu domů jen sedne k televizi a odpočívá při sklence brandy.

Před třemi měsíci ho závodní lékař varoval, že má vysoký krevní tlak a řekl mu, aby pil méně a snížil i celkový příjem alkoholu. To ho trochu zarazilo, protože má v rodinné anamnéze embolizaci a problémy se srdcem. Nicméně došel k názoru, že pokud mají v rodině sklon k vysokému krevnímu tlaku, sotva se tomu může vyhnout. Po alkoholu se mu dobře relaxuje a také si myslí, že mu pomáhá proti stresu, přestože jednou, přiznává, když vypil příliš, začal být podrážděný a hrubě se choval k manželce.

Co se týká jeho lékaře, zná ho dlouhou dobu, důvěřuje mu a myslí si, že je poctivý a upřímný. Odpověděl na otázky testu AUDIT a získal v něm skóre 12 bodů.

PRACOVNÍ LIST 5

Účinnost krátkých intervencí – vysvětlení

Krátké intervence jsou v podmínkách primární zdravotní péče účinným prostředkem ke zmírnění rizikové a škodlivé konzumace alkoholu. Je známo, že při poskytnutí rady osmi pacientům je dosaženo prospěchu u jednoho z nich. To je velmi dobrý výsledek v porovnání s účinností krátké intervence praktických lékařů u kuřáků, kde přestane kouřit jeden z 20 pacientů, jimž byla poskytnuta rada; tento poměr se zvýší asi na 1 : 10 při doplnění o farmakoterapii. Je jen velmi málo důkazů pro fenomén závislosti na dávce a nezdá se, že by rozšířené intervence byly účinnější než krátké intervence. Účinnost se jistě udrží po dobu jednoho roku a může přetrvávat až 4 roky.

Krátké intervence jsou účinné v podmínkách primární zdravotní péče v omezení problémů spojených s alkoholem u osob se škodlivou spotřebou alkoholu, ale bez alkoholové závislosti. Intervence je prospěšná v jednom případě z osmi. Stručnými intervencemi lze snížit úmrtnost. Pro zabránění jednoho úmrtí ročně musí být rada podána 282 pacientům.

Krátké intervence jsou zřejmě stejně účinné u mužů i u žen, u starších i mladších osob. Účinnější se jeví u méně závažných problémů. Z dosavadních důkazů plyne, že intervence během těhotenství jsou neúčinné.

PRACOVNÍ LIST 6

Model stádií změny

V mnoha studiích bylo prokázáno, že plánovaná změna návykového chování může nastat s odbornou pomocí i bez ní. Prochaska & DiClemente (1986) studovali, jak lidé na základě vlastního záměru mění své chování za pomoci psychoterapie i bez ní a popsali, že lidé měnící své chování, procházejí řadou stádií od prekontemplace k udržovacímu stádiu. V každém ze stádií zažívá jedinec různé pocity a napadají ho různé myšlenky. Poznává, že existují činnosti, které mu pomohou dostat se dál. Tento model je téměř vždy znázorněn v podobě kruhu nebo spirály. Osoba před vstupem do kruhu změn se nachází ve stádiu **prekontemplace**. Prekontemplace je stádiem bez záměru ke změně chování v dohledné budoucnosti. Mnozí si v tomto stádiu nejsou vědomi svých problémů, anebo si je uvědomují nedostatečně. Někteří lidé nevědí, že příčinou jejich problémů je alkohol, či že je alkohol přivádí do rizika. Jindy si plně uvědomují rizika plynoucí z tohoto jejich chování, ale v důsledku jiných velmi významných důvodů ho nechťejí změnit.

Nicméně rodiny a přátelé si vesměs dobře uvědomují, že osoby v prekontemplačním stádiu mají problémy a často na ně tlačí, aby vyhledali pomoc. Dokud trvá tento tlak, demonstřují uživatelé alkoholu změnu, ale jakmile tlak poleví, často se rychle vrátí ke svým starým způsobům.

Uvědomění si rizik a problémů spojených s příslušným chováním či obavy z nich přimějí osobu k posunu do stádia **kontemplace**. V tomto stádiu si lidé uvědomují existenci problému a vážně se zamýšlejí nad tím, jak ho překonat, ale nejsou závazně rozhodnuti k jednání. Již jsou si vědomi toho, že změna je nutná, ale stále jsou svázáni s problematickým chováním. Ještě nejsou připraveni ke změně a uvíznou v tomto stádiu na dlouhou dobu. Pro toto stádium je charakteristická ambivalence a zvažování všech pro a proti ve vztahu k problému. Lidé ve stádiu kontemplace zřejmě bojují se svým pozitivním hodnocením návykového chování a množstvím úsilí, energie a ztrát, bez něhož nebude možné problém překonat, a jsou vážně odhodláni ke změně chování v příštích šesti měsících.

V dalším, **přípravném** stádiu již plánují změnu svých návyků v blízké době. Hodlají provést změnu v příštím měsíci, když se jim to v minulém roce nepodařilo. Uvádí určité drobné změny chování, ale dosud nenaplnili kritérium efektivního kroku, jakým je omezení pití. Začínají druhým sdělovat, že se pokouší změnit své návyky a sestavují reálné plány, jak toho dosáhnout.

Ve stádiu **akce** lidé změní chování, způsoby jednání či prostředí, aby překonali své problémy. Tato změna je viditelná a zasluhuje maximální uznání z vnějšku. Hlavními znaky akce jsou změna/modifikace cílového chování k přijatelnému kritériu a významné vynaložené úsilí k uskutečnění změny. V tomto stádiu bývají lidé v kontaktu s profesionály nebo svépomocnými skupinami, od nichž se jim dostává pomoci.

Po tomto aktivním období následuje **udržovací** perioda, charakterizovaná úsilím k odvrácení relapsu a ke konsolidaci toho, čeho bylo dosaženo v předchozím stádiu. Změna chování je kontinuální a může se skládat z několika dočasných změn. Nedojde-li ke konsolidaci, nastane **relaps** a z něj regrese k časnějšímu stádiu. Hlavními znaky udržovacího období jsou stabilizace změny chování a zabránění relapsu.

Většině lidí, kteří se pokouší změnit návykové chování, se nepodaří udržet výsledek hned při prvním pokusu. K relapsu a opětovnému procházení stádii dochází u osob usilujících o zanechání návykového chování poměrně často; lineární progresse je možná, ale je poměrně řídkým jevem. Pohyb osob od stádia ke stádiu lze nejlépe znázornit pomocí spirály.

Někteří lidé postupují z jednoho stádia do druhého velmi rychle případně jedno stádium přeskochí. Pokud však procházejí stádii kontemplace nebo přípravným stádiem příliš rychle, je zde vysoké riziko, že u nich dojde k relapsu, protože jejich rozhodnutí změnit své návyky a postup podpory tohoto rozhodnutí nejsou ještě dostatečně silné.

Tento model je *transteoretický*, tzn. že popisuje stádia jimiž lidé procházejí, bez ohledu na to, jak jsou vysvětleny samotné problémy, zda pacient má/nemá přístup k odborné péči, a pokud má, bez ohledu na to, jakou teorii a techniky použije terapeut.

PRACOVNÍ LIST 7

Vývoj změn

Pro pochopení behaviorální změny potřebujeme vědět, jak se lidé posunují od jednoho stádia k dalšímu. Následuje 10 strategií zvládnání, které lidé užívají při postupu jednotlivými stádii změny:

- Vznik uvědomění
- Sociální osvobození
- Emoční probuzení
- Přehodnocení prostředí
- Přehodnocení sebe sama
- Sebe-osvobození – přijetí závazku
- Posilování snahy o změnu – odměna
- Kontra-podmiňování
- Kontrola podnětů z prostředí
- Pomáhající vztahy

Ti, kdo úspěšně změni své chování, používají postupy ke změně, které jsou pro jednotlivá stádia nejvhodnější. Kognitivní postupy pomáhají lidem v časných stádiích, kdežto behaviorální postupy jim pomáhají projít pozdními stádii.

Vznik uvědomění

Znamená to vědět více o sobě samém a o podstatě svého problému. Povědomí je možné dosáhnout přečtením si informací o zdravotní péči nebo uvědoměním si vlastních modelů chování na základě poznání sebe sama či prostřednictvím odezvy ostatních. Lidé většinou dojdou uvědomění v *prekontemplačním* a *kontemplačním* stádiu.

Sociální osvobození

Jde o zevní sílu, která nastává bez ohledu na změny prostředí. Tyto změny jsou různě znatelné podle toho, které stádium změny probíhá. Např. při spatření piktogramu „Zákaz kouření“ ve veřejné dopravě (autobuse, vlaku apod.) si může osoba v *prekontemplačním* stádiu spíše uvědomovat význam kouření pro sebe sama, a jak obtížné je cestovat domů z práce, unavený a plný napětí, aniž si člověk smí vykouřit cigaretu. To může vést k úvaze o závislosti na tomto návyku. Avšak ti, kteří se ve stejné situaci ocitnou v *udržovacím* stádiu a dokáží si poradit, překonají pro tento den silný rizikový faktor.

Emoční probuzení

Jde vlastně o katarzi, silný emoční zážitek, jehož příčina souvisí s problémem. Může se tak stát v důsledku tragédie v něčím životě (často se uvádí, že vážné nemoci a smrt známých či rodičů posunou lidi z *prekontemplačního* stádia do

kontemplačního). Také filmy a divadelní hry mohou stimulovat emoce. Tato metoda je užitečná v *kontemplačním a přípravném* stádiu.

Přehodnocení prostředí

Při něm člověk zhodnotí, jak negativní dopad má jeho problémové chování na ostatní i společnost jako takovou. Obvykle to pomůže k posunu od prekontemplace ke kontemplaci.

Přehodnocení sebe sama

Ten, kdo tak činí, se zamýšlí nad tím, jak vnímá sám sebe, jaké jsou jeho hodnoty a cíle a jak upravit své „problematické“ chování a změnit jeho důsledky. Tato metoda obvykle zahrnuje zvažování všech pro a proti chování na straně jedné a plánované změny na straně druhé. Tato metoda je obvykle používána v *kontemplačním a přípravném* stádiu.

Sebe-osvobození – přijetí závazku

To nastává, jestliže člověk vezme své rozhodnutí ke změně závazně za své a posiluje je. Přijetí závazku je důležité v *přípravném, akčním* i *udržovacím* stádiu. Znamená, že osoba závazně přijímá odpovědnost za volbu k provedení změn a činí příslušné kroky. Je-li soukromý závazek přijat veřejně, zvyšuje to společenský tlak na realizaci změny. Z tohoto důvodu svépomocné skupiny obvykle povzbuzují lidi k veřejnému přijímání závazků.

Kontra-podmiňování

To je otázkou náhrady nezdravého chování zdravějším chováním. Primárně souvisí s formami chování, kdy se lidé pokoušejí zanechat určitého návyku (např. kouření, pití alkoholu nebo přejídání se). Nalezení alternativních činností (poslouchání hudby, cvičení nebo relaxační techniky) je nutné pro kompenzaci našich emočních potřeb. Jakákoli aktivita, která nás odvede od problému či úzkosti s ním spojené, mění naše chování.

Kontrola podnětů z prostředí

Kontrola prostředí je užitečná v *akčním* a *udržovacím* stádiu, aby se snížilo pokušení, a aby přijetí zdravých návyků bylo snazší než přijetí těch méně zdravých. Např. osoba, která chce změnit své stravovací návyky a pití alkoholu, bude mít doma co nejméně nevhodných potravin/jídel a alkoholických nápojů. Někteří lidé si píší různé upomínky, které si dávají na strategická místa doma i na pracovišti.

Posilování snahy o změnu - odměna

Lidé se odměňují různým způsobem; některým je odměnou uznání od přátel, kolegů a rodiny, jiní si kupují dárky za peníze ušetřené za cigarety nebo alkohol. V *akční* fázi jsou odměny velmi důležité jako očividný přínos spjatý s realizací změny. Někteří lidé, kteří zanechávají kouření, pití nebo začínají s větší pohybovou aktivitou, se na začátku cítí hůře. Ale již za několik týdnů až měsíců jim změny chování začnou přinášet odměnu.

Pomáhající vztahy

Každý může poskytnout pomoc ve formě vztahu – zdravotník, člen svépomocné skupiny, rodinný příslušník, kamarád, duchovní, kolega. Nápomocné vztahy jsou důležitým procesem. Těmi, kdo hledají tento typ podpory, jsou nejspíše lidé, kteří chtějí změnit své návyky a nacházejí se v akčním a udržovacím stádiu. Lze předpokládat, že zdravotníci chtějí poskytnout vztahovou pomoc těm, kteří jsou v prekontemplačním a kontemplačním stádiu, i těm, kteří se připravují k provedení změny. Lidé potřebují různé druhy pomoci v různých stádiích a tato pomoc musí být kombinována s použitím dalších metod (např. osoba, která naslouchá a klade odpovídající otázky u sebe-přehodnocení, či někdo, kdo poskytuje odměnu).

Souhrn

V různých stádiích změny jsou používány různé postupy:

Prekontemplace	Kontemplace	Příprava	Akce	Udržování
Vznik uvědomění				
Sociální osvobození				
Emoční probuzení				
Přehodnocení prostředí				
	Sebe-přehodnocení			
		Rozhodnutí pro změnu		
			Posílení snahy o zvládnutí	
			Proti-podmiňování	
			Kontrola podnětů z prostředí	
			Pomáhající vztahy	

PRACOVNÍ LIST 8

Stádia změny – skupinové cvičení: otázky do diskuse

Zamyslete se nad deseti činnostmi uvedenými v tomto listu a u každé zakroužkujte jednu či více odpovědí, indikujících, ve kterém stádiu změny může být tato činnost užitečná (počet odpovědí není omezen).

Pokuste se dosáhnout souhlasu se skupinou a pokud nesouhlasíte, diskutujte o důvodech.

1) Vést si deník o vašem způsobu stravování, pití alkoholu či kouření

Prekontemplace	kontemplace	příprava	akce	udržování
----------------	-------------	----------	------	-----------

2) Navštěvovat schůzky Anonymních alkoholiků

Prekontemplace	kontemplace	příprava	akce	udržování
----------------	-------------	----------	------	-----------

3) Sdílet přátelům a rodině, že jste se rozhodli zvýšit svoji fyzickou aktivitu

Prekontemplace	kontemplace	příprava	akce	udržování
----------------	-------------	----------	------	-----------

4) Obdržet výsledky vyšetření indikující, že váš způsob života začíná poškozovat vaše zdraví

Prekontemplace	kontemplace	příprava	akce	udržování
----------------	-------------	----------	------	-----------

5) Zvažovat *pro* a *proti* kouření

Prekontemplace	kontemplace	příprava	akce	udržování
----------------	-------------	----------	------	-----------

6) Shlédnout TV film o někom žijícím nezdravým způsobem, kdo zemře na onemocnění srdce

Prekontemplace	kontemplace	příprava	akce	udržování
----------------	-------------	----------	------	-----------

7) Přečíst si článek o zdravé výživě a stravování

Prekontemplace	kontemplace	příprava	akce	udržování
----------------	-------------	----------	------	-----------

8) Vytvořit ze své kanceláře, ložnice či auta nekuřácké prostředí a označit je piktogramem Zákaz kouření

Prekontemplace	kontemplace	příprava	akce	udržování
----------------	-------------	----------	------	-----------

9) Koupit si dárek jako odměnu za měsíc zdravějšího způsobu stravy

Prekontemplace	kontemplace	příprava	akce	udržování
----------------	-------------	----------	------	-----------

10) Naučit se relaxační techniky

Prekontemplace	kontemplace	příprava	akce	udržování
----------------	-------------	----------	------	-----------

PRACOVNÍ LIST 9

Stádia změny – skupinové cvičení: odpovědi

Každá z činností, zmíněná v tomto cvičení, může spustit jeden či více procesů změny, a proto může být v určitých stádiích užitečnější než v jiných. Níže najdete příklady, jaká může být odezva na tyto aktivity.

1) Vést si deník o vašem způsobu stravování, pití alkoholu či kouření

Prostřednictvím této činnosti si lidé mohou uvědomit, jak se chovají a jaké má toto chování důsledky. V této formě je aktivita užitečnější v *prekontemplačním* a *kontemplačním* stádiu. Někteří lidé si vedou deník, aby do něj zaznamenávali, jak usilují o změnu. Jsou-li jejich snahy alespoň částečně úspěšné, lze deník používat v *akčním* stádiu jako odměnu.

2) Zúčastnit se schůzky *Anonymních alkoholiků*

Tato aktivita může vyhovovat celé řadě funkcí. Obecně je součástí procesu *zaujetí* pro nový životní styl, poskytuje *odměnu* a také nové *nápomocné vztahy*, a proto může být důležitá v *přípravném*, *akčním* i *udržovacím* stádiu.

3) Oznamit přátelům a rodině rozhodnutí zvýšit fyzickou aktivitu

To je další příklad *závazku*, který může předcházet navázání *nápomocného vztahu* a posloužit i jako *odměna* nebo *vnější kontrola*. Tato činnost je užitečná v *přípravném*, *akčním* i *udržovacím* stádiu.

4) Obdržet výsledky vyšetření indikující, že váš způsob života začíná poškozovat vaše zdraví

Tato aktivita může vést k *uvědomění* a *emoční stimulaci*, bude tedy mít větší účinek v *prekontemplačním*, *kontemplačním* a *přípravném* stádiu.

5) Zvážit argumenty *pro* a *proti* kouření

Tato činnost může vést k *sebeovědomění* a bude užitečnější v *kontemplačním* a *přípravném* stádiu.

6) Shlédnout v TV film o někom žijícím nezdravým způsobem, kdo zemře na onemocnění srdce

Tato činnost může vést k *emoční stimulaci* nebo *uvědomění*. Bude proto užitečná v *prekontemplačním* a *kontemplačním* stádiu.

7) Přečíst si článek o zdravé výživě a správném způsobu stravování

Tato aktivita může vést k *uvědomění* a může tedy být užitečná v *prekontemplačním* a *kontemplačním* stádiu. Informaci z článku lze použít pro *nahrzení*, tj. vytvoření představy o novém zdravém způsobu jídla a stravování, které nahradí méně zdravé jídelní návyky.

8) Vytvořit ze své kanceláře, ložnice či auta nekuřácké prostředí a označit je piktogramem Zákaz kouření

Tato aktivita může posílit *zaujetí* a může sloužit jako způsob kontroly vnějšího prostředí. Bude tedy nejspíše použita v *přípravném, akčním i udržovacím* stádiu.

9) Koupit si dárek jako odměnu za měsíc zdravějšího způsobu stravy

Jako odměna bude tato činnost užitečná v *akčním a udržovacím* stádiu.

10) Naučit se relaxační techniky

Tato aktivita může být použita jako náhrada či alternativa problematického chování. Obzvláště užitečná je během stádia akce a udržování.

Úprava intervence nebo aktivity podle stádia změny, kterým osoby právě prochází, bude obecně podobná zavádění správných metod do praxe. Též lze pozorovat, že povzbuzení tím, že si mohou činnosti vybrat, budou lidé ke změně návyků dělat spíše to, k čemu jsou disponováni. Nelze očekávat, že si člověk v prekontemplační fázi vybere vstup do svépomocné skupiny nebo vyvěšení tabulky označující nekuřácké prostředí ve své kanceláři. Na druhé straně není pravděpodobné, že někdo v udržovacím stádiu bude trávit čas čtením základních zdravotnických informací o konkrétním tématu.

PRACOVNÍ LIST 10

Způsoby komunikace při navazování pomáhajícího vztahu

Jedním z klíčových faktorů pro lidi měnící návyky je „pomáhající vztah“, tedy mají-li někoho, kdo o ně pečuje, čápe je a ze své vůle jim ochotně pomáhá. To je zvláště cenné při postupu z *prekontemplačního* do *kontemplačního* stadia, a též ve stadiu *udržovacím*. Nápomocný vztah může poskytnout terapeut, přítel, partner nebo člen rodiny.

Pro terapeuty, kteří mají na klienty jen omezený čas, a jejichž úloha je jasně definována, je významným způsobem, jak navázat nápomocný vztah, pozorné a aktivní naslouchání tomu, co jim klienti říkají o sobě samých i svých problémech. To má dvě funkce: především umožňuje dokonale pochopit osobu klienta a jeho problémy, což je vede k opravdovému zájmu a angažování se. Za druhé, musí dát klientovi najevo pochopení, starostlivost a zaujetí pro věc. Fakt, že vám někdo naslouchá, je sám o sobě terapeutický pro toho, kdo hovoří, a pro naslouchajícího je to také způsob, jak shromáždit informace.

Následuje soupis různých typů chování, které podporují aktivní naslouchání a usnadňují navázání nápomocného vztahu, i takových, které takto nepůsobí.

Typy chování usnadňující naslouchání:	Typy chování, které neusnadňují naslouchání:
Pohled hovořící osobě do očí	Neklidné/nervózní vrtění a ošívání se
Vhodné potřásání hlavou	Nedívání se na klienta
Úsměv, výrazy obličeje a gesta rukou apod.	Pohrávání si s oděvem, tužkami atd.
Uvolněná pozice těla	Fyzické bariéry
Umožnění odmlk/chvilek ticha	Pohledy na hodiny/hodinky
Pozorování řeči těla klienta	Znuděnost, netrpělivost, hostilita
Mluvení jasným hlasem	Příliš paternalistické chování
Opakování klíčových slov	Blahosklonné chování
Kladení otázek	Neoceňování určitých aspektů
Kontrolování/objasňování	Činění závěrů
Reflexe toho, co bylo řečeno	Vyjadřování soudů
Sumarizace	Hovoření příliš mnoho
Soustředění se na to, co druhý říká	Přerušování hovořícího, příliš chvilkových odmlk
Strukturování toho, co bylo řečeno	Nařizování
Vyhýbání se fyzickým bariérám	Dávání rad

Udržet aktivní naslouchání není snadné. Toto jsou některé z překážek, které se mohou vyskytnout:

Naslouchání „tu a tam“

Mnozí z nás přemýšlejí asi čtyřikrát rychleji, než většina lidí hovoří, proto ten, kdo naslouchá, má tři čtvrtiny minuty na přemýšlení z každé minuty naslouchání. Někdy se stane, že tento čas navíc využijeme k přemýšlení o nějakých dalších věcech, namísto naslouchání tomu, co nám druhý sděluje.

Naslouchání „uši otevřené – mysl zavřená“

Někdy rychle usoudíme, že to, co nám druhý říká, je nudné, nelogické a nepravdivé. Učiníme závěr, že už předem víme, co přijde dál, a vyvodíme z toho, že není důvod naslouchat, protože bychom stejně neslyšeli nic nového.

Naslouchání „duchem nepřítomný“

Někdy náš pohled směřuje přesně na člověka a téměř to vypadá, že mu nasloucháme, třebaže v mysli přemýšlíme o jiných věcech a jsme na míle vzdáleni. Začneme se více soustřeďovat na vlastní příjemné myšlenky a z prázdného výrazu našeho obličeje často bývá zřejmé, že nás nezajímá, co druhý říká.

Naslouchání věcem, „které jsou příliš hluboké“

Když nasloucháme myšlenkám příliš složitým a komplikovaným, hrozí, že „vypneme“.

Naslouchání „argumentům mimo náš způsob myšlení“

Nemáme rádi, jestliže lidé mění naše přesvědčení, předsudky a názory, a stejně tak se nám nelíbí, když se nás ptají na naše názory a stanoviska. Z toho vyplývá, že pokud hovořící člověk řekne něco, co koliduje s našimi názory, myšlenkami a jistotami, podvědomě přestáváme naslouchat, nebo se dokonce začneme bránit a chystáme protiúder.

Zájem o „něco“ namísto o „někoho“

Někdy se soustředíme na problém a nikoli na osobu. Podrobnosti a fakta případu jsou pro nás důležitější než to, co lidé říkají o sobě.

Naslouchání „faktům“

Časté je, že když nasloucháme, snažíme se zapamatovat si fakta a opakujeme si je pro sebe znovu a znovu, abychom si je osvojili. Během toho, co tak činíme, se hovořící člověk může posunout k dalším faktům, která již neslyšíme.

Naslouchání „s tužkou“

Jestliže se snažíme zapsat, co druhý říká, můžeme ztratit část informace, protože hovořící mluví rychleji, než jsme schopni psát. Také je v takové situaci těžší udržovat zrakový kontakt.

PRACOVNÍ LIST 11

Navazování vztahu

Jestliže se lidé rozhodují ke změně návyků, zvažují s tímto spojená pro a proti. Člověk se cítí motivován, jakmile si uvědomí nevýhody svého současného chování a prospěch, kterého, jak doufá, dosáhne změnou svého chování.

Avšak lidé v sobě často mají rozpor mezi touhou pokračovat v současném chování a přáním toto chování změnit. Tato „ambivalence“ je pro ně zdrojem konfliktu, a jestliže si s někým pohovoří o změně návyků (se zdravotníkem, členem rodiny či kamarádem), tento konflikt se zmírní. Lidé, kteří jim chtějí pomoci, jsou někdy v pokušení přijmout účast v tomto konfliktu, např. zdůrazňovat nevýhody současného chování klienta a/nebo výhody spojené s jeho změnou – s tím výsledkem, že klient přijme opačnou pozici a vznikne externí konflikt, tj. konflikt mezi klientem a osobou, která mu pomáhá.

Důsledkem tohoto dialogu je naneštěstí to, že klienti opakovaně vysvětlují lidem, kteří jim pomáhají, všechny důvody, proč změna návyků není dobrý nápad a proč jejich současné chování není žádný opravdu velký problém, což může upevnit přesvědčení klienta o akceptovatelnosti současného chování. Stane-li se dialog vášnivým a klient a pomocník přejdou ke vzájemné konfrontaci, bude klient ještě méně ochoten změnit návyky.

„Motivační rozhovor“ (Miller a Rollnick 1991, 2002) je způsob, jak usnadnit klientovi, aby si uvědomil tento konflikt a jeho ambivalenci, a přivést ho k co nejobektivnějšímu pohledu na situaci a rozhodnutí, že je třeba ji řešit. Níže najdete seznam principů motivačního rozhovoru, které mohou být užitečné při krátkých intervencích u klientů, kteří se zdráhají změnit své návyky.

Úvodní kontakt s pacienty je svým tónem určující pro všechna další setkání, proto je nezbytné usilovat o přátelskou atmosféru, abychom co možná nejvíce omezili rezistenci. Bylo popsáno několik užitečných otevíracích strategií, založených na motivačním přístupu, shrnovaných pod akronymem OARS:

- otevřené otázky (**O**pen ended questions)
- ujištění (**A**ffirm)
- reflektivní naslouchání (**R**eflective listening)
- sumarizace (**S**ummarize)

Otevřené otázky

Otevřené otázky zvou pacienty k hovoru o jejich problémech tak, jak je vidí oni sami. To nejen maximálně sníží odpor, ale též umožní získat užitečné informace o prioritách a vnitřních motivacích pacientů. Praktičtí lékaři se obvykle obávají, že otevřené otázky budou příliš časově náročné, ale výzkum¹ ukázal, že u pacientů v podmínkách primární zdravotní péče byla průměrná doba k zodpovězení otevřené otázky 92 sekund (Langewitz a kol., 2002).

Otevřené otázky pacientovi umožňují předkládat různá témata či perspektivy. Praktik má možnost volit, na které z možností nanesených pacientem bude reagovat.

Ujištění

Pacienti s problémy s alkoholem mají tendenci k nízké sebeúctě. Jestliže se jim ukáže podpůrný přístup a zvláště uznání jejich úsilí a pokroků, přispěje to k jejich lepšímu hodnocení vlastních schopností (*self-efficacy*) a podpoří se připravenost ke změně. Ujištění může mít praktickou podobu konstatovaného ocenění a pochopení. Zásadní je, aby terapeut zvolil předmět nebo téma, kde může upřímně vyjádřit pozitivní povzbuzení (*reinforcement*).

Reflektivní naslouchání

Ústředním prvkem motivačního hovoru je reflektivní naslouchání. Lze ho definovat jako snahu odhadnout, co pacient skutečně míní ve svém hovoru (viz schéma dle Gordona, obr. 29). Má formu konstatování, nikoli otázky (tj. klesnutí hlasu na konci věty), které vybízí pacienta k tomu, aby s ním dále pracoval. Konstatování při reflektivním naslouchání se pohybují od povrchních (opakování pár významných slov) až po hlubší výroky (reflexe pocitů). Zpočátku používáme jednoduché reflexe, kdežto hlubší bývají vhodné pouze v pokročilých fázích. Důležité je poznamenat, že s ohledem na nezvýšení rezistence pacienta je třeba pečlivě volit slova (tj. „máte obavu“ je lepší než „trápí vás to“).

Reflektivní naslouchání je nenásilný a mocný nástroj, který umožňuje terapeutovi být přímý: výběr toho, na co z pacientovy řeči bude reflexí reagovat, mu umožňuje rozhodovat, jakým směrem se bude rozhovor ubírat. Každopádně nesmíme zapomínat, že reflektivní naslouchání je odhad. Terapeut se musí velmi soustředit na pacientovu reakci na tento odhad a změnit směr, pokud byl jeho odhad špatný.

¹ Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Ruttimann S, Wossmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ*. 2002 Sep 28;325(7366):682-3.

Sumarizace

Shrnutí lze použít k souhrnu témat, která byla prodiskutována. Pomáhají udržet kurs a vyhnout se rozptýlení. Naslouchají-li pacienti svým vlastním slovům z úst terapeuta, nejenže si uvědomí, že je praktik skutečně poslouchal, ale zvýší to i jejich motivaci ke změně. Sumarizace jsou vlastně dlouhými reflexemi. Nesmí se používat jako závěrečné věty, ale jako konstatování, která vybízejí ke zkoumání toho, co přijde dále.

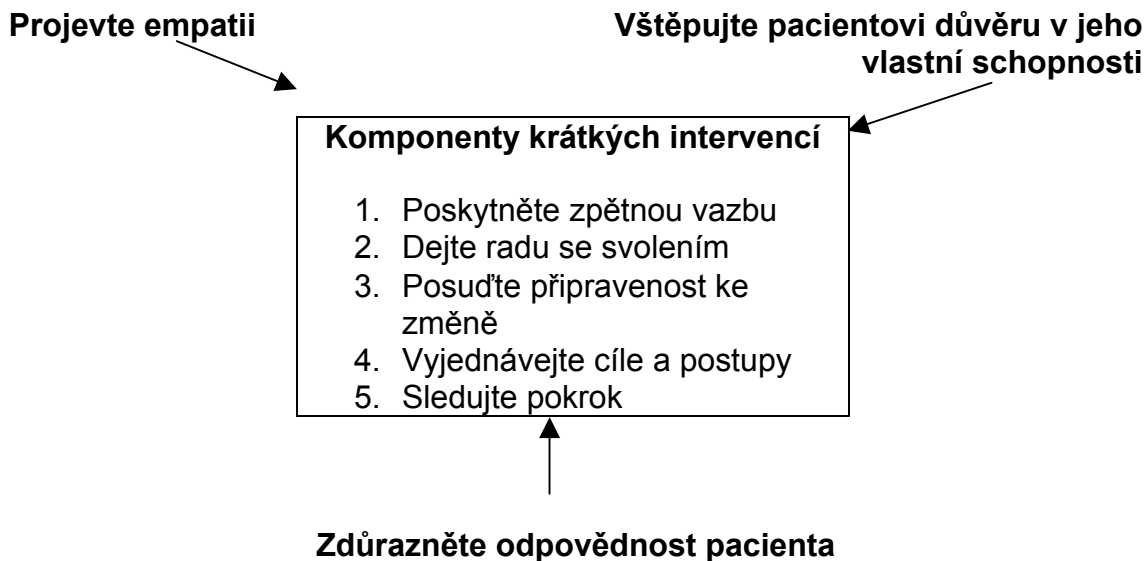
Krátce řečeno

Všechny tyto strategie navázání vztahu je třeba užívat pospolu k vytvoření přátelské atmosféry, v níž se pacient cítí natolik bezpečný, že odhalí hloubku své nerozhodnosti. Hlavním cílem praktika při zahájení rozhovoru musí být vytvoření této bezpečné atmosféry, a to i tehdy, bude-li to znamenat, že diskutovaná témata nebudou přesně ta, která patří do agendy praktického lékaře.

PRACOVNÍ LIST 12

Základní složky krátkých intervencí ⁱⁱⁱ

Při provádění krátkých intervencí je třeba věnovat speciální pozornost jak jejich obsahu tak i jejich povaze. Právě způsob, jakým jsou podány, je velmi důležitý, protože krátké intervence jsou uzpůsobeny ke spuštění vnitřních popudů, a toho lze dosáhnout pouze přístupem zvyšujícím motivaci pacienta.



Povaha a duch krátkých intervencí

Krátké intervence jsou založeny na motivačním rozhovoru a jejich povahu lze v souhrnu vyjádřit třemi body:

- Projevit empatii
- Vštípit pacientovi důvěru v jeho vlastní schopnosti
- Zdůraznit odpovědnost pacienta

Projevení empatie

Empatie je jednou z klíčových charakteristik úspěšného terapeuta. Zahrnuje v sobě respekt, smysl pro podporu, vřelost, soucitné pochopení a angažovanost. Miller a Rollnick popisují empatii jako „specifikovatelnou a naučitelnou dovednost pochopit jiný názor za použití reflektivního naslouchání“. Vyžaduje ostrou pozornost ke každému novému konstatování klienta a kontinuální vytváření hypotéz o jejich vnitřním významu. Váš nejlepší odhad významu je pak reflektován zpětně klientovi,

ⁱⁱⁱ Zdroj informací: *Clinical Tools, Inc., copyrighted by Clinical Tools, Inc*

často s obsahovým doplněním toho, co bylo otevřeně řečeno. Klient odpoví a celý proces opět začne nanovo².

Důležité je zdůraznit, že empatii se lze naučit, protože mnozí lidé se domnívají, že empatie je přirozená schopnost, kterou někdo má a jiný nemá, a proto nemají chuť usilovat o zlepšení svých empatických schopností. Empatie v sobě zahrnuje naučit se soustředění na osobu, nikoli na nemoc.

Vštípění důvěry ve vlastní schopnosti pacienta

Krátké intervence navozují změny v pacientově chování rozvíjením jeho důvěry v dříve již fungující vnitřní mechanismus. Zvýšení jeho důvěry ve vlastní schopnosti je ten nejlepší způsob, jak dosáhnout změny. Vždy je dobré podívat se zpět na dřívější epizody, kdy se tyto schopnosti projevíly: předchozí období abstinence či snížené spotřeby, minulé snahy o léčbu, v minulosti dosažené změny chování (např. snížení tělesné hmotnosti, cvičení atd.). U pacientů s malou důvěrou ve vlastní schopnosti může být užitečné zdůraznit velké úsilí, které projevili již tím, že přišli na návštěvu a hovořili o problémech, které mají.

Obecně řečeno, ujišťování je užitečnou strategií k podpoře důvěry ve vlastní schopnosti.

Zdůraznění odpovědnosti pacienta

Pacienti se vždy potýkají s množstvím nerozhodnosti, pokud jde o jejich spotřebu alkoholu. Z tohoto důvodu, pokud praktik naléhá v jednom směru (omezit alkohol nebo zcela abstinovat), přejde pacient patrně do opozice (zvýší rezistenci). Abychom se vyhnuli této pasti, měli by praktikci zůstat „neutrální“ a zdůrazňovat, že vždy bude respektována pacientova svoboda rozhodnout se, a že je na něm, aby si vybral. Tento přístup respektu a neutrality umožní pacientovi kontakt s jeho vnitřní ambivalencí. Fakticky tato terapeutická strategie spočívá ve vyhnutí se externí konfrontaci (říkat pacientovi, co by měl dělat), aby se posílila vnitřní konfrontace, která je mnohem mocnějším prostředkem změny.

Obsah krátkých intervencí

Vzhledem k tomu, že největším omezením při provádění krátkých intervencí je čas, je nezbytné řádně použít všechny hlavní složky:

- Poskytnutí zpětné vazby
- Dání rady se svolením
- Posouzení připravenosti ke změně
- Vyjednání cílů a postupů
- Sledování pokroku

² Miller W, Rollnick S. 1991 Motivational interviewing. Guilford Press New York

Poskytnutí zpětné vazby

Aby mohly být úspěšné, musí být krátké intervence personalizovány. V rámci primární zdravotní péče je přirozeným způsobem personalizování krátké intervence poskytnutí zpětné vazby na základě výsledků provedeného vyšetření. Zpětná vazba musí být podána bez soudů a jakékoli kritiky. Je třeba co nejjasněji pacienta seznámit se současným poškozením jeho zdraví a aktuálními zdravotními riziky. Je důležité, aby zpětná vazba zahrnovala též schopnosti a sílu pacienta překonat problém.

Dání rady se svolením

Jak zdůrazňují Miller a Rollnick (2002), „Dobře načasovaná a klidná rada ke změně může být rozhodující“. Je skutečností, že stručná rada se ukázala být účinná pro změnu u pití alkoholu a kouření tabáku. Aby byla účinná, je třeba radu podat právě v okamžiku, kdy je potřebná. Pokud je podána příliš brzy, pravděpodobně se zvýší odpor pacienta. Na druhé straně, vyčkáváme-li příliš dlouho, může se pacient cítit poněkud zmatený. Nejlepší způsob, jak podat „dobře načasovanou“ radu, je požádat pacienta o svolení, dříve než začneme. Příkladně takto:

- „Možná byste si přál, abych vám toho o této věci řekl více?“
- „Chcete, abych vám řekl, co si o tom myslím?“
- „Mohu zopakovat to hlavní, o čem jsme dosud hovořili?“

Tato úvodní sdělení pomohou otevřít dveře a udržet rezistenci na nízké úrovni. Jestliže pacient odpoví „Ne, děkuji,“ je třeba to respektovat a radu v ten moment nepodávat. Vhodné je říci „Dobrá, pokud byste chtěl informaci někdy později, beze všeho se na mě obraťte.“

Posouzení připravenosti ke změně

Stádia změny byla podrobně popsána ve třetí kapitole. Je důležité, aby praktik rozpoznal, ve kterém stádiu změny se pacient nachází pokud se konkrétního problému týká. Ve skutečnosti musí být intervence přizpůsobena pacientově „stádiu změny“ a terapeut by měl seřadit svoji optiku podle stádia, v němž se pacient nachází, a nikdy neočekávat, že z prekontemplace skočí rovnou do akce. Možné je i to, že týž pacient je s různými problémy v různých stádiích (např. prekontemplátor ve vztahu k alkoholu a kontemplátor ve vztahu k nadváze). Někdy si terapeut nemusí být jist, ve kterém stádiu se pacient nachází. V těchto případech se doporučuje přistupovat k pacientovi, jako by byl v nejméně pokročilém stadiu (podhodnocení), protože takový postup minimalizuje rezistenci.

Vyjednání cílů a postupů

Praktik si musí být plně vědom toho, že změna návyků je pomalý a obtížný proces. Proto je krátké intervence třeba plánovat jako akce, které zvýší pravděpodobnost, že rizikové chování v souvislosti s pitím alkoholu pomalu vymizí. V rámci této dlouhodobé strategie se lze zaměřovat na postupné cíle a brát přitom v úvahu nejen klinický stav pacienta, ale i jeho připravenost ke změně návyků spojených s alkoholem. Vždy je lepší klást skromnější a dosažitelné cíle, které posílí důvěru

pacientů v jejich vlastní schopnosti a zvýší pravděpodobnost, že se dostaví na schůzku ke sledování, než se upínat k ambiciózním, obtížně uskutečnitelným cílům.

Jak cíle, tak postupy, jak jich dosáhnout, musí být s pacienty prodiskutovány. Vyjednávání s pacienty má mnoho výhod:

- Informuje o přijatelnosti cílů z hlediska pacienta
- Velmi jasně ukáže pacientovy hodnoty a priority
- Posílí pacientovo odhodlání dosáhnout vyjednaných cílů
- Poskytne užitečné informace o pacientových schopnostech a silných stránkách

Důležité je pacientovi vysvětlit, že prostor pro vyjednávání je vymezen dvěma limity: jeho svobodou a „správnou klinickou praxí“ terapeuta. To znamená, že sjednané dohody nemohou být v rozporu se správnou klinickou praxí ani se svobodnou vůlí pacienta. Tímto se dostáváme do zdánlivě paradoxní situace. I když zájmem zdravotníka je podpořit změnu v pacientově chování, je vhodné, aby pomohl pacientovi co nejlépe a nejobjektivněji porozumět důvodům, proč se změny obávají a překážkám, které bude nutno překonat. Důležité je pacientovi pomoci vidět tyto překážky s nadhledem a zajistit, aby pacient, v domněnku, že zdravotník nerozumí jejich důležitosti a dopadům na pacienta, neměl potřebu odůvodňovat těmito překážkami svoji neochotu ke změně.

Sledování pokroku

Změna je plynulý, pomalý proces. Proto namísto intenzivních krátkodobých intervencí je rozumnější naplánovat krátké intervence rozložené do delšího období. Primární zdravotní péče je pro tento postup ideálním prostředím, protože pacienti zůstávají z řady různých důvodů v kontaktu se svými praktiky, takže lze držet alkohol v rámci agendy. Na druhé straně, změní-li pacienti svoje návyky ohledně alkoholu, sledování pokroku umožňuje praktikovi podat pozitivní zpětnou vazbu ve vztahu k objektivním i subjektivním změnám, k nimž u pacienta může dojít.

Na krátké intervence mohou pacienti odpovědět rezistencí nebo zájmem. Pro klinika je velmi důležité, aby citlivě zaznamenal pacientovu reakci, protože ta ho musí vést k jiným odpovědím. V dalším popisujeme základní přístupy při reagování na obojí, rezistenci i zaujetí pacienta.

1) Jak pokračovat v případě odporu ke změně návyků

Jestliže klient v prekontemplačním nebo kontemplačním stádiu projevuje sklon k odmítavému postoji ke změně návyků a pravděpodobná konfrontace by tuto rezistenci hrozila ještě zvýšit, je nutno použít jiné strategie.

Při popisu těchto strategií nacházejí Miller a Rollnick (2002) jejich podobnost s bojovými uměními, v nichž namísto blokování úderu nebo protiúderu se člověk ovládající tato umění sám „odrazí“ ve směru rány, čímž ji zneškodní.

Výše uvedené se převede do poměrů ordinace takto:

Začne-li zdravotník hovořit o změně návyků a klient vykazuje známky odporu, namísto dohadování se o náhradě musí terapeut přijmout a uznat rezistenci a začít

používat techniky založené na reflexním naslouchání. Jakmile je rezistence akceptována, opustí klient toto téma a může se přesunout k rozvažování o jiných aspektech problému.

Tento přístup vlastně pomáhá povzbudit klienta k určitému zamyšlení se nad odmítáním změny, čímž mu zdravotník i klient více porozumí.

Podle jiné bojové strategie je možné rezistenci „ponechat stranou“. Pokud klient projevuje odpor ve vztahu k určitému okruhu otázek, může zdravotník převést diskusi k jinému předmětu nebo se k témuž předmětu přiblížit z jiného úhlu. Cílem je pokračovat formou konstruktivní diskuse ve vzájemné spolupráci tak dlouho, jak to jen lze, a nenechat se zastavit dílčí překážkou. Klient tak může dále hovořit a zkoumat své pocity a myšlenky, což má příznivý vliv na proces kontemplace.

2) Využijte hovor klienta o změně

Reaguje-li pacient pozitivně, existují způsoby, jak posílit závazek klienta ke změně stimulací jeho vlastní řeči o změně, tj. vlastní formulace sebe-motivujících konstatování. Naslouchá-li nám totiž někdo v okamžiku, kdy vyjadřujeme nahlas určitý názor, obvykle to posílí naši jistotu, čili to, jak silně jsme o svém názoru přesvědčeni. Proto chceme-li podnítit a usnadnit změnu, velmi pomůže, povedeme-li schůzku tak, aby se klient cítil pobízen k vyslovení důvodů, které ho vedou ke změně návyků.

Uvádíme několik příkladů těchto sebe-motivačních frází:

„Je mi jasné, že kouřením dávám špatný příklad svým dětem.“

„Kdybych měl(a) více pohybu, lépe bych se vyrovnal(a) s pracovní zátěží.“

„Můj otec zemřel na infarkt a já bych nechtěl dopadnout stejně. Je mi jasné, že lepší životospráva by riziko infarktu snížila.“

„Chtěl(a) bych zhubnout, tloušťka mi vadí esteticky a také se rychleji unavím.“

Tato konstatování lze podnítit otázkami typu:

„Zmiňoval jste se o některých příjemných věcech v souvislosti s kouřením. Obáváte se něčeho v souvislosti s tímto návykem?“

„Uvažoval jste nad některými změnami svého způsobu života?“

„Vidíte nějaké výhody, které získáte změnou návyků?“

Řeč o změně může mít různou formu: vyjadřování zájmů, obav atd. Ale nejučinnější jsou ta motivační konstatování, která vyjadřují přijetí závazku.

PRACOVNÍ LIST 13

Prevence relapsu: Pomoc lidem nevzdávat se a začít znovu

Prevence relapsu: Pomoc lidem nevzdávat se a začít znovu

Udržovací fáze je stádium aktivní a pokračující změny. Dochází k naučení se novým zvládacím strategiím, umožňujícím vyhnout se relapsu a vybudovat nový, zdravější životní styl. Pouze 20 % osob natrvalo změnil dlouhodobé problémy na první pokus. Většina lidí se vrátí, alespoň na chvíli, k problémovému chování, než to zkusí znovu.

Nejpodrobněji se relapsem při změně chování v souvislosti s pitím alkoholu zabýval Alan Marlatt. Práci Marlatta a Gordona (1985) posoudili a dále rozvíjeli další (Society for the Study of Addiction, 1996), takže je užitečným vodítkem pro klinickou práci.

Co urychluje vznik relapsu?

Relaps je obvykle způsob:

- odpovědi na emocionální krizi (např. cítit se lépe když se cítí špatně);
- vystupňování pozitivních emocionálních stavů (např. cítit se ještě lépe když se cítí dobře);
- podvolení se pokušení či nutkání;
- odpovědi na společenský tlak.

Vyhnutí se relapsu

Lidé potřebují mít určité dovednosti ke zvládnutí různých situací a musí věřit, že se jim to může podařit. Pokaždé, když se člověk úspěšně vyhne potenciálnímu relapsu, jeho sebedůvěra vzroste a zvýší se pravděpodobnost, že tuto strategii úspěšně použije i příště. V udržovacím stádiu se lidé na tyto vysoce rizikové situace musí připravovat.

Při pohledu kupředu na několik příštích týdnů si klienti udělají seznam situací, v nichž jim hrozí, že by se mohli chtít vrátit k problémovému chování. Na základě toho si mohou s pomocí profesionála vypracovat vhodné zvládací strategie, jak čelit problémům, kontrolovat podmínky a používat nápomocné vztahy:

- dovednosti asertivně odolávat společenskému tlaku;
- nakládání s úzkostí či zlostí vedoucí ke zvládnutí těchto negativních emočních stavů;
- podpůrné konstrukce ke zvládnutí jiných emocionálních nesnází;

- strategie ke změně nálady pomáhající uniknout nutkání nebo silné touze (cravingu neboli bažení – např. po alkoholu);
- změny v zaběhnutém programu s cílem vyhnout se situacím s velkým pokušením.

„Uklouznutí“ a relapsy

Lidé se často dají na cestu přísného dodržování nového stylu života (nekouří, zdravě jedí, poctivě cvičí atd.) a pak při nějaké příležitosti klopýtnou. Mnozí se hned vzdají, jakmile k něčemu takovému dojde, protože jsou přesvědčeni, že selhali, a že nevyhnutelně nastává kompletní relaps. Cítí vinu a vyčítají si to, ztratí důvěru ve zvládací strategie a je dosti těžké je vrátit na cestu k zdravé životosprávě. Lidé se mohou naučit poradit si s uklouznutím a co nejrychleji se vrátit co nejkratší cestou zpět na trasu. Je možné vykourit jednu cigaretu, aniž se opět staneme kuřákem.

Pomoc lidem začít znovu

Uklouznutí a relapsy nám mohou hodně říci o našich návycích a pokusech o změnu. Avšak nejprve si musíme přiznat, že naší první reakcí jsou zklamání, zloba či frustrace.

Po odpoutání se od těchto pocitů budeme spíše schopni rozpoznat „spouštěče“, tj. to, co uklouznutí nebo kompletní relaps vyvolalo, což nám může jasněji ukázat, které situace jsou „vysoce rizikové“ a jaké zvládací strategie je třeba rozvíjet či vypracovat.

Vhodné je zkoumat:

- Byl klient vybaven dostatkem dobrých technik, jak čelit problémovým situacím? Je třeba vyvíjet další?
- Byla k dispozici dostatečná podpora? Lze posílit existující nápomocný vztah nebo zapojit další podporu?
- Ukázala tato zkušenost na to, že problém vyžaduje profesionální pomoc specialisty?
- Byl klient skutečně připraven ke změně a rozhodnut ji provést nebo šlo o předčasný pokus? Bude dobré zkusit to znovu nebo bude třeba další kontemplace a příprava?

Obdobně i z úspěšných pokusů se lidé mohou poučit, jak se vyhýbat vysoce rizikovým situacím. Ty mohou nejlépe ukázat, jak fungují zvládací strategie a jak se rozvíjí potřebné dovednosti. Výsledkem je upevnění (sebe)důvěry.

PRACOVNÍ LIST 14

Diagnostická kritéria závislosti na alkoholu

Při skríninku spotřeby alkoholu velmi pravděpodobně nalezneme nejen osoby s rizikovou spotřebou, ale i lidi, kteří už začínají zažívat problémy s alkoholem či pijáky s velmi vysokou spotřebou. Správná diagnóza bude nutná kvůli výběru dobré intervenční strategie v případech, kde bude indikována. V diagnostice syndromu závislosti na alkoholu se tradičně užívají dvě mezinárodní diagnostické klasifikace: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-IV) a Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD -10).

ICD-10 kritéria

Definitivní diagnóza závislosti je obvykle stanovena tehdy, pokud se vyskytnou následující kritéria v počtu tří nebo více společně po určité období v předchozích 12 měsících:

- Silná touha po alkoholu nebo pociťované nutkání napít se.
- Obtížná kontrola nad pitím ve smyslu jeho zahájení, ukončení či množství alkoholu.
- Fyziologické příznaky z odnětí při vynechání nebo snížení alkoholu (např. třes, pocení, rychlá srdeční akce, úzkost, nespavost či méně často křeče, dezorientace či halucinace) nebo pití, aby se zmírnily příznaky z odnětí nebo se jim předešlo.
- Důkaz tolerance, např. potřeba zvýšených dávek alkoholu pro dosažení účinků, původně nastupujících již po menších dávkách.
- Progresivní zanedbávání jiných radostí či zájmů následkem toho, že pití alkoholu i zotavování se z jeho následků zabírá stále více času (význačnost pití).
- Pokračování v pití alkoholu i přes vědomí zjevně škodlivých následků, jimiž mohou být poškození jater, depresivní stavy po epizodě masivního pití či s alkoholem související porucha kognitivní funkce.

Pacienty s rizikovou a škodlivou konzumací alkoholu i ty, u nichž je podezření na škodlivou konzumaci alkoholu nebo závislost na něm, je užitečné podrobněji vyšetřit. Jako začátek je vhodný desetibodový Test k rozpoznání onemocnění/poruch způsobených pitím alkoholu (Alcohol Use Disorders Identification test neboli AUDIT), připravený Světovou zdravotnickou organizací. Skóre 20 a více v testu AUDIT svědčí pro splnění diagnostických kritérií závislosti na alkoholu a pacienti mohou vyžadovat odeslání ke specialistovi k potvrzení diagnózy a zavedení léčby. Závislost na alkoholu lze určit i pomocí příslušného modulu Kombinovaného mezinárodního diagnostického rozhovoru WHO (Composite International Diagnostic Interview, CIDI-SF 12 Month, WHO 2002b). Ten obsahuje sedm otázek ke stanovení závislosti na alkoholu, přičemž diagnostická je kladná odpověď na čtyři a více z nich. (Otázky 1.1 a 6.1 se do skóru nezapočítávají.)

Kombinovaný mezinárodní diagnostický rozhovor (CIDI-SF 12 Month) ke stanovení závislosti na alkoholu:

1) Došlo v posledních 12 měsících někdy k tomu, že konzumace alkoholu nebo následná kocovina rušivě dopadaly na Vaši práci ve škole, v zaměstnání nebo doma?

- a) ANO
- b) NE

1.1 Pokud ano, kolikrát se to v minulém roce stalo?

- i) Jednou nebo dvakrát
- ii) 3 až 5 krát
- iii) 6 až 10 krát
- iv) 11 až 20 krát
- v) více než 20 krát

2) Byl/a jste v posledních 12 měsících pod vlivem alkoholu v situaci, kdy jste mohl/a utrpět úraz – např. jste řídil/a automobil nebo člun, používal ostré nástroje (nůž aj.), střelné zbraně, pracoval/a se strojem apod.?

- a) ANO
- b) NE

3) Měl/a jste v posledních 12 měsících emoční nebo psychické problémy v důsledku pití alkoholu – např. pocity nezájmu o cokoli, depresivní náladu, podezřívavost vůči lidem, paranoidní myšlenky nebo podivné představy/nápady?

- a) ANO
- b) NE

4) Přišla na Vás v posledních 12 měsících tak silná, naléhavá touha po alkoholu, že nebylo možné se jí ubránit?

- a) ANO
- b) NE

5) Měl/a jste v posledních 12 měsících období, trvající měsíc nebo ještě déle, kdy jste strávil/a spoustu času pitím alkoholu nebo zotavováním se z jeho účinků?

- a) ANO
- b) NE

6) Pil/a jste někdy v průběhu posledních 12 měsíců více anebo mnohem déle, než jste původně zamýšlel/a?

- a) ANO
- b) NE

6.1 Pokud ano, kolikrát se to v minulém roce stalo?

- i) Jednou nebo dvakrát
- ii) 3 až 5 krát
- iii) 6 až 10 krát
- iv) 11 až 20 krát
- v) více než 20 krát

7) Stalo se v posledních 12 měsících, že jste musel/a pít mnohem více než obvykle, aby jste dosáhl/a stejného účinku?

- a) ANO
- b) NE

Alkohol má obvykle za následek zvýšení koncentrací gama glutamyl transferázy a aminotransferáz, CDT (Carbohydrate-deficient transferrin) a MCV (střední objem červených krvinek). Vzhledem k tomu, že jsou tyto testy rutinní součástí biochemického vyšetření, mohou jejich abnormální hodnoty upozornit lékaře na možnou škodlivou konzumaci alkoholu nebo závislost na alkoholu.

PRACOVNÍ LIST 15

Farmakologická léčba závislosti na alkoholu

Léčba příznaků syndromu z odnětí

Lidé, kteří jsou fyzicky závislí na alkoholu, nejspíše pocítí příznaky syndromu z odnětí za 6 až 24 hodin od posledního pití alkoholu. Terapeuticky se jako první volba u příznaků z odnětí doporučuje Diazepam vzhledem k jeho relativně dlouhému poločasů a prokázané účinnosti. Standardní terapeutický režim obnáší pravidelné dávky Diazepamu po 2 až 12 dní, avšak ne déle než 12 dní vzhledem k riziku vzniku závislosti.

Následující tabulka uvádí doporučené dávky Diazepamu. Přesné dávkování v rozsahu mezi nízkým a vysokým záleží na závažnosti příznaků syndromu z odnětí.

	Diazepam (5 mg)	
Den	Nízké	Vysoké
1	1-1-1	4-4-4
2	1-0-1	4-3-4
3	0-0-1	3-3-4
4	STOP	3-3-3
5		3-2-3
6		2-2-3
7		2-1-3
8		1-1-3
9		1-1-2
10		1-1-1
11		1-0-1
12		0-0-1
13		STOP

Diazepam se doporučuje jako prevence syndromu z odnětí, pokud se u pacienta vyskytuje jeden či více z dále uvedených příznaků či skutečností:

- dřívější delirium tremens nebo záchvaty křečí
- ranní příznaky syndromu z odnětí
- vypití alkoholického nápoje jako první ranní činnost
- pacient je ochoten užívat lék/y

- přítomny příznaky syndromu z odnětí
- závažný fyzický stav

V případě, že pacient vyžaduje detoxifikaci, musíme posoudit, zda je vhodné ho odeslat do specializovaného centra nebo zda je možno ji provádět v rámci primární zdravotní péče.

V přítomnosti dále uvedených příznaků či skutečností je pacienta nutno odeslat do nemocnice:

- již prodělané neúspěšné pokusy o léčbu
- závažné komplikace:
 - riziko příznaků syndromu z odnětí střední až velké závažnosti
 - souběžné závažné onemocnění
 - rodina není schopna poskytovat podporu
 - souběžné psychiatrické onemocnění
 - pravidelné brání dalších návykových látek
- tým primární zdravotní péče léčbu nemůže provádět.

Pokud se rozhodneme pro ambulantní detoxifikaci v rámci zařízení primární zdravotní péče, musí být splněny následující podmínky:

- Denní konzumace méně než 25 standardních alkoholických nápojů.
- Žádné zdravotní či psychiatrické komplikace.
- Pacient je odhodlán:
 - Abstinovat během detoxifikace;
 - Zůstat doma;
 - Vyvarovat se rizikových činností.
- Jeden příbuzný bez problémů se závislostí musí převzít zodpovědnost za to, že pacient užívá léky a dohlížet na léčbu.
- V domácnosti nesmí být během detoxifikace dostupné žádné alkoholické nápoje.
- Musí být dodržen denní kontakt s lékařem nebo ošetřovatelkou (osobní či telefonický)

Kontraindikacemi ambulantní detoxifikace jsou:

- Zmatenost nebo halucinace.
- Předchozí komplikované případy syndromu z odnětí v anamnéze.
- Epilepsie nebo záchvaty v anamnéze.
- Špatný stav výživy.
- Těžké zvracení nebo průjem.
- Riziko sebevraždy.
- Vážná závislost s neochotou denní zdravotnické kontroly.
- Selhání doma prováděné detoxifikace.
- Nekontrolovatelné příznaky syndromu z odnětí.
- Akutní fyzická nebo psychiatrická nemoc.
- Užívání více návykových látek.
- Domácí prostředí nepodporující abstinenci.

Léčba závislosti na alkoholu

Někteří lidé se závislostí na alkoholu si nejlépe poradí sami a ne každý závislý na alkoholu vyžaduje specializovanou léčbu, ale mnozí se bez ní neobejdou. Léčba poskytovaná specialistou obnáší behaviorální přístupy a medikamentózní léčbu. K neúčinnějším přístupům patří nácvik společenských dovedností, posilování v komunitě a behaviorální manželská léčba, zejména je-li kladen důraz na schopnost léčeného ukončit či snížit pití alkoholu pomocí naučených dovedností sebeřízení (*self management skills*), motivováno posílení a upevňován systém jemu poskytované podpory.

Účinnými farmakologickými prostředky jsou akamprosát, opiátový antagonist naltrexon a disulfiram.

Akamprosát moduluje NMDA-glutamátový systém a svojí účinností prokazatelně zvyšuje podíl abstinujících během 6 až 12měsíčního sledování detoxikovaných pacientů zbavujících se závislosti na alkoholu. Jeho účinnost trvá jen po dobu užívání léku. Celková dávka 2 g denně se podává ve 2 tabletách každých 8 hodin nebo 3 tablety každých 12 hodin.

Naltrexon je opiátový antagonist s prokázanou účinností ve snížení procenta relapsů u pacientů závislých na alkoholu, kterým byl podáván po dobu 3 měsíců. Jeho účinek vymizí s ukončením medikace. Jednotným dávkováním je 50 mg denně v jedné tabletě. Disulfiram účinkuje prostřednictvím inhibice alkohol-dehydrogenázy. Přes nejednotné výsledky studií účinnosti se zdá být užitečný pro pacienty, jimž činí potíže vytrvat v abstinenci. Doporučovanou dávkou je 250 mg denně v jedné dávce. Kalcium kyanamid (v ČR není preparát) má podobné účinky jako disulfiram, s nevýhodou velmi krátké účinnosti, v jejímž důsledku musí být podáván dvakrát denně.

Zatímco akamprosát a naltrexon zmírňují touhu pít (*anticraving substances* - látky omezující bažení po alkoholu), je účinek disulfiramu a kalcium kyanamidu založen na jejich odrazujícím účinku pro pacienta, který se po užití léku napil alkoholu (antidipsotopní látky).

K metodám, které postrádají účinnost, patří edukace, léčba šokem a přivádění k náhledu o povaze a příčinách závislosti na alkoholu, stejně jako povinné docházení na schůzky Anonymních alkoholiků (*Alcoholics Anonymous*). Je jen málo důkazů pro názory, že celkové výsledky léčby je možné zlepšit stanovením vhodnosti toho kterého pacienta pro různý typ léčby.

Také nebyl určen žádný optimální model pro vztah mezi primární péčí a specializovanými službami, ale zdá se, že integrace primární péče a specializované léčby dává lepší výsledky než oddělené fungování obou služeb. Riziko relapsu lze snížit sledováním pacienta, takže pro poskytovatele primární péče je důležité, aby měli dlouhodobě pod dohledem pacienty léčené pro závislost na alkoholu, kteří již nejsou v kontaktu se specializovanými službami.

PRACOVNÍ LIST 16

Hodnocení kurzu

Zaškrtněte, prosím, políčko, které nejlépe odpovídá Vašemu názoru na následující otázky.

Jak dalece jste schopen/a:

	<i>Vůbec ne</i>	<i>Jen málo</i>	<i>Do určité míry</i>	<i>Velmi</i>
Stanovit spotřebu alkoholu ve standardních jednotkách za týden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifikovat rizikové pijáky podle jejich týdenní spotřeby alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifikovat rizikové pijáky pomocí dotazníku AUDIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifikovat rizikové pijáky pomocí dotazníku AUDIT-C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popsat model stádií změny (Prochaska, diClemente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popsat základní složky krátké intervence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podat krátkou radu rizikovému pijákovi s ohledem na jeho stádium změny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popsat typické způsoby jak pacienti předvádějí svůj odpor k režimu podporujícímu zdraví	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odpovědět na pacientův odpor způsobem, který nevyvolá další polemiku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyměňovat informace způsobem zaměřeným na pacienta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vyjmenovat problémy spojené s pravidelným těžkým pitím a intoxikací	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Popsat kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí pro závislost na alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Popsat základní kritéria pro doporučení pacienta do specializovaného zařízení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Předepsat domácí detoxifikaci pro pacienta, který pije 150 g alkoholu denně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dále, prosím, uveďte své připomínky a komentáře k následujícím bodům:

Průběh semináře

.....

Použité metody

.....

Poskytnuté materiály

.....

Děkujeme vám za spolupráci.

PROJEKCE

Alkohol a primární zdravotní péče Výcvikový program identifikace a krátké intervence

Obsah kurzu:

- **Lekce 1:** Úvod a základní pojmy
- **Lekce 2:** Časná identifikace
- **Lekce 3:** Krátká intervence I
- **Lekce 4:** Krátká intervence II
- **Lekce :** Závislost na alkoholu
- **Lekce :** Implementace programu EIBI

První lekce: Úvod a základní pojmy

- **Úvod**
- **Zdravotní a sociální náklady**
- **Alkohol a primární zdravotní péče**
- **Standardní nápoje**
- **Charakteristické způsoby pití**
- **Hladiny rizika**
- **Kritéria intervence**

PHEPA Project

3

WHO Kolaborativní project Identifikace a management problémů vyvolaných alkoholem v primární zdravotní péči

- **FÁZE I (1983-1989)**
Vývoj screeningového nástroje AUDIT
- **FÁZE II (1985-1992)**
RCT efektivity krátkých intervencí
- **FÁZE III (1992-1998)**
Marketing, výcvik a podpůrné strategie při zavádění časné alkoholové intervence v PZP
- **FÁZE IV (1998-2004)**
Šíření a plošná implementace časné alkoholové intervence v PZP

PHEPA Project

4

Výcvikový program

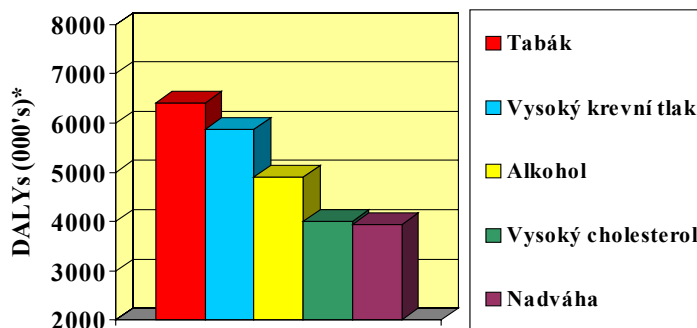
PHEPA projekt

- **Záměr:** začlenit intervence z oblasti podpory zdraví pro rizikové a škodlivé pití alkoholu do denní klinické práce odborníků PZP
- **Aktivity:**
 - Evropská doporučení a klinické směrnice pro odběratele a poskytovatele zdravotní péče
 - Evropský výcvikový program pro odborníky PZP
 - Všeobecná Internetová stránka o dobré praxi

PHEPA Project

6

Pět hlavních rizikových faktorů pro vznik onemocnění a předčasných úmrtí, Evropa



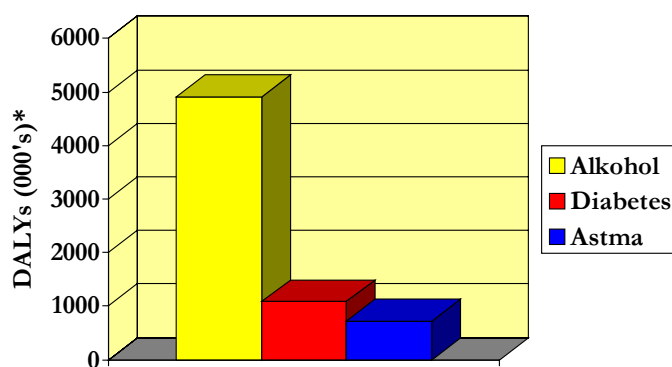
Zdroj: World Health Organization (2002a).

*A disability adjusted life year (DALY) is a measure of one year's premature death or ill-health adjusted for the severity of ill-health

PHEPA Project

6

Alkohol jako příčina onemocnění a předčasných úmrtí je významnější než diabetes či astma



Zdroj: World Health Organization (2002a).

*A disability adjusted life year (DALY) is a measure of one year's premature death or ill-health adjusted for the severity of ill-health

PHEPA Project

7

Atributivní podíly u evropských mužů (%)

✓ Cirhóza jater	63
✓ Mrtvice	26
✓ Rakovina úst a hltanu	41
✓ Jiné rakoviny	11
✓ Zabití	41
✓ Jiné úmyslné ublížení	32
✓ Dopravní nehody	45
✓ Jiné neúmyslné ublížení	32

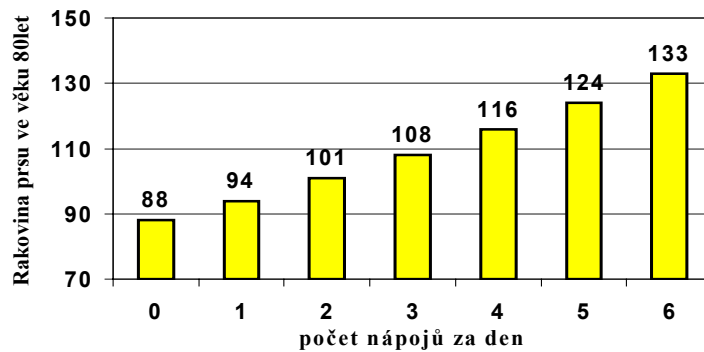
Zdroj: World Health Organization (2002a).

PHEPA Project

8

Výcvikový program

Riziko rakoviny prsu u žen

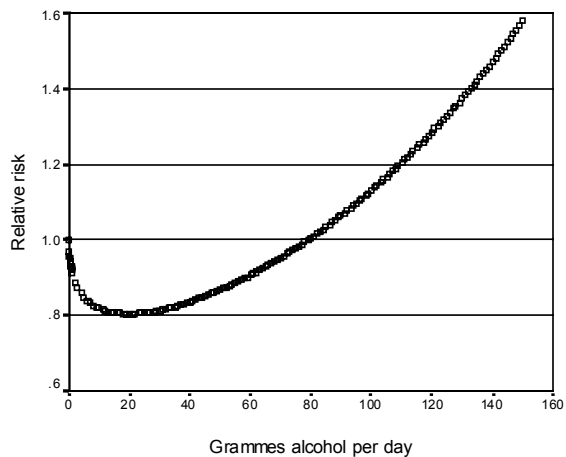


Zdroj: Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002).
Kumulativní incidence rakoviny prsu na 1000 žen ve věku 80 let ve vztahu k počtu alkoholických nápojů za den

PHEPA Project

9

Riziko onemocnění věnčitých tepen



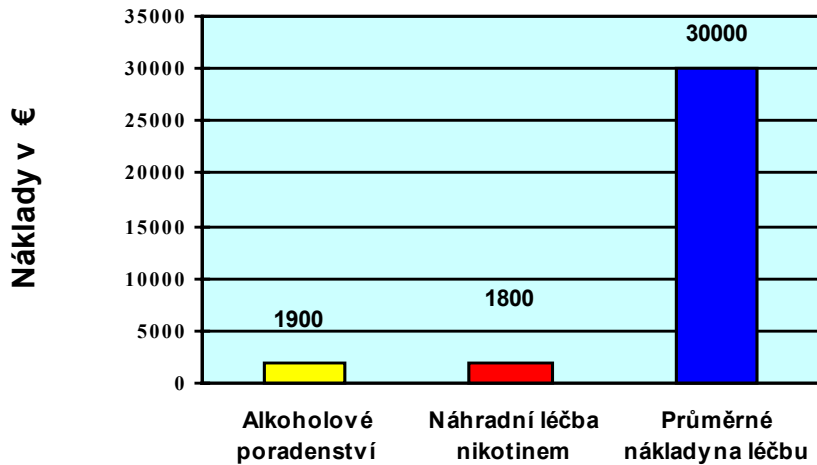
Zdroj: Corrao et al. (2000).

PHEPA Project

10

Výcvikový program

Náklady na rok nemoci nebo prevenci předčasného úmrtí (v Euro)



PHEPA Project

11

Standardní nápojová jednotka

Obsah alkoholu v jednom standardním nápoji je různý podle zemí. V ČR se pojem standardního nápoje dosud neustálil, orientačně však můžeme používat následující tabulku:

- Pivo – sklenice 0,5l (16 g alkoholu)
- Víno – sklenice 0,2l (17 – 18 g alkoholu)
- Destilát – sklenice 0,05l (16 g alkoholu)

PHEPA Project

12

Výcvikový program

Typy konzumace alkoholu

RIZIKOVÉ PITÍ: úroveň konzumace alkoholu nebo způsobu pití, které může mít za následek sociální nebo zdravotní škody.

ŠKODLIVÉ PITÍ: typ pití, který způsobuje poškození zdraví tělesného nebo duševního. V kontrastu s rizikovým pitím, kritériem pro diagnózu škodlivého pití je poškození, které již nastalo u uživatele.

ALKOHOLOVÁ ZÁVISLOST: skupina psychologických, behaviorálních a kognitivních jevů, ve které užívání alkoholu má pro dané jedince vyšší prioritu než ostatní chování, které mělo kdysi větší hodnotu. Hlavní charakteristikou je touha pít alkohol. Návrat k pití po období abstinence je často doprovázený rychlým znovu-objevením se znaků syndromu.

PHEPA Project

13

Úrovně rizika a kritéria intervence

Úroveň	Kritéria	Intervence	Úkoly P L P
Nizká	<280 g/ týdně muži <140 g/ týdně ženy AUDIT-C <5 muži AUDIT-C <4 ženy AUDIT < 8	Primární prevence	Zdravotní výchova, podpora zdraví, vzory chování
Riziková*	≥280-349 g/ týdně muži ≥140-209 g/ týdně ženy AUDIT-C ≥5 muži AUDIT-C ≥4 ženy AUDIT 8 - 15	Jednoduchá rada	Rozpoznání problému, stanovení rozsahu, krátká rada
Škodlivá	≥350 g/ týdně muži ≥210 g/ týdně ženy AUDIT 16-19	Jednoduchá rada a krátké poradenství s pokračujícím monitorováním	Rozpoznání problému, stanovení rozsahu, krátká rada, follow-up
Vysoká (závislost)	MKN 10 kritéria AUDIT ≥20	Specializovaná léčba	Rozpoznání problému, stanovení rozsahu, předání specialistovi, follow-up

* Jakákoliv konzumace alkoholu u těhotných žen, u dětí mladších 16 let, u nemocných a léčících se osob, nebo u těch, kteří provádějí činnosti, při nichž se nedoporučuje pít alkohol.

PHEPA Project

14

Výcvikový program

Druhá lekce: Časná identifikace

- ✓ Identifikace rizikového a škodlivého pití:
 - AUDIT
 - AUDIT-C
- ✓ Úrovně implementace
- ✓ Efektivita krátké intervence

PHEPA Project

15

Test na zjišťování poruch působených alkoholem AUDIT-1

1. Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?

Nikdy (0 bodů) Méně často než 1x měsíčně (1 bod) Každý měsíc (2 body) Každý týden (3 body) Denně či téměř denně (4 body)

2. Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alk. nápoje)

1 až 2 (0 bodů) 3 až 4 (1 bod) 5 až 6 (2 body) 7 až 9 (3 body) 10 a více (4 body)

3. Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?

Nikdy (0 bodů) Méně často než 1x měsíčně (1 bod) Každý měsíc (2 body) Každý týden (3 body) Denně či téměř denně (4 body)

4. Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen / schopna přestat pít, jakmile začnete?

Nikdy (0 bodů) Méně často než 1x měsíčně (1 bod) Každý měsíc (2 body) Každý týden (3 body) Denně či téměř denně (4 body)

5. Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?

Nikdy (0 bodů) Méně často než 1x měsíčně (1 bod) Každý měsíc (2 body) Každý týden (3 body) Denně či téměř denně (4 body)

PHEPA Project

16

Výcvikový program

AUDIT - 2

6. Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal/a do formy po nadměrném pití předešlý den?

Nikdy (0 bodů) Méně než 1x za měsíc (1 bod) Každý měsíc (2 body) Každý týden (3 body) Denně či téměř denně (4 body)

7. Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?

Nikdy (0 bodů) Méně než 1x za měsíc (1 bod) Každý měsíc (2 body) Každý týden (3 body) Denně či téměř denně (4 body)

8. Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopna/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?

Nikdy (0 bodů) Méně než 1x za měsíc (1 bod) Každý měsíc (2 body) Každý týden (3 body) Denně či téměř denně (4 body)

9. Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?

Ne (0 bodů) Ano, ale ne v posledním roce (2 body) Ano, během posledního roku (4 body)

10. Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?

Ne (0 bodů) Ano, ale ne v posledním roce (2 body) Ano, během posledního roku (4 body)

** Reprodukováno se souhlasem Světové zdravotnické organizace*

PHEPA Project

17

AUDIT-C

1. Jak často pijete alkoholické nápoje?

Nikdy (0 bodů) **1x měsíčně či méně často (1 bod)** **2-4x za měsíc (2 body)** **2-3x za týden (3 body)** **4x a častěji za týden (4 body)**

2. Kolik standardních nápojů obvykle vypijete najednou?

1 až 2 (0 bodů) **3 až 4 (1 bod)** **5 až 6 (2 body)** **7 až 9 (3 body)** **10 a více (4 body)**

3. Jak často vypijete najednou 6 a více standardních nápojů?

Nikdy (0 bodů) **1x měsíčně či méně často (1 bod)** **2-4x za měsíc (2 body)** **2-3x za týden (3 body)** **4x a častěji za týden (4 body)**

PHEPA Project

18

Výcvikový program

SIAC (Přehled týdenní spotřeby alkoholu)

- Jestliže někdy pijete alkoholické nápoje (víno, pivo, atd.), kolik sklenic za den?
- Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje? (počet dní v týdnu)
- Pijete o víkendech jinak než v pracovních dnech?
- **Záznamový arch (standardní nápoje):**

	Počet sklenic	Kolikrát za týden	Celkem
Pití v pracovních dnech			
Víkendové pití			

1 standardní nápoj = 16 g pro ČR
Rizikové pití: > 17 standardních nápojů týdně pro muže
> 10 standardních nápojů týdně pro ženy

PHEPA Project

19

Úrovně implementace

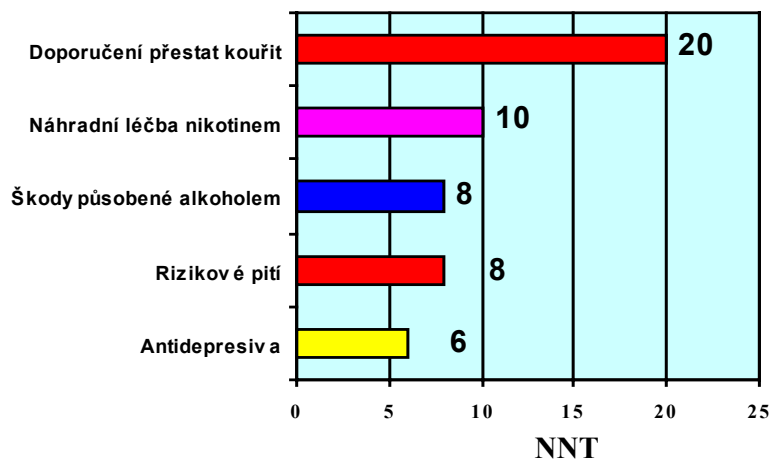
- **Nízká:** Skrínink rizikového pití ve speciální populaci (např. pacienti s vysokým krevním tlakem)
- **Standardní:** Skrínink rizikového pití ve skupinách se známou vysokou úrovní konzumace (např. muži ve věku 20-50 let, atd.)
- **Nejvyšší:** Systematický skrínink a krátké poradenství plošně v celé populaci

PHEPA Project

20

Výcvikový program

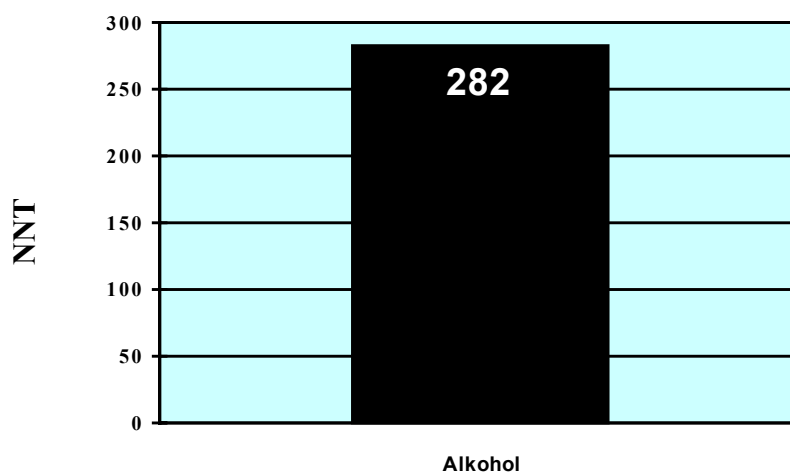
Počty osob, které je třeba intervenovat, na jeden úspěšný případ (NNT)



PHEPA Project

21

Počty osob, které je třeba intervenovat, na jeden úspěšný případ



Zdroj: Cuijpers et al. (2004).

PHEPA Project

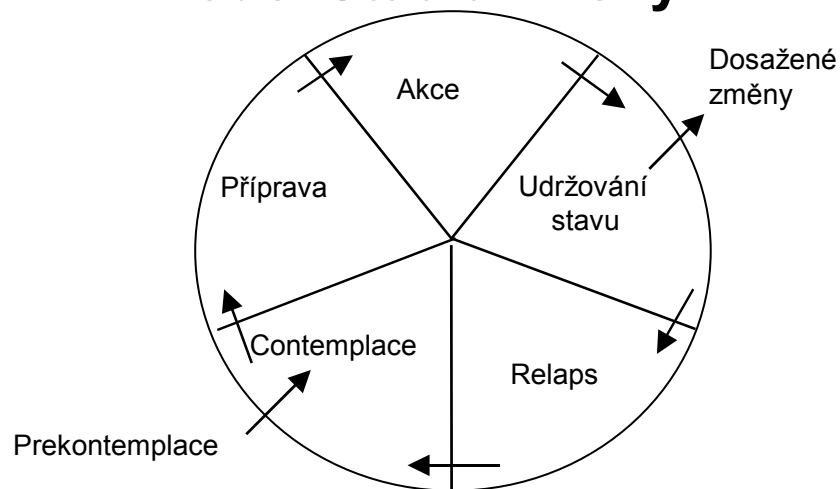
22

Výcvikový program

Třetí lekce: Krátká intervence I

- Model Stádia změny
- Vývoj změn
- Minimální intervence
- Způsoby komunikace při navazování pomáhajícího vztahu

Model Stádia změny



* Adaptováno podle: Prochaska & DiClemente (1986)

Stádia změny a cíle terapeuta

Etapa	Základní prvek	Cíl terapeuta
Prekontemplace	Neuvědomování si problému	Vzbudit povědomí.
Kontemplace	Rozpolcenost (ambivalence)	Prozkoumat problémy. Vyvolat vnitřní rozpory.
Příprava	Rozpolcenost (ambivalence)	Nabídnout neutrální informace a rady. Nabídnout řešení.
Akce	Rozhodnutí pro změnu	Posilovat rozhodnutí pro změnu a pocit schopnosti vyrovnat se s problémem.
Udržování stavu	Stabilita	Podpora.
Relaps	Zoufalství	Vyvarovat se kritice, zvýšit sebeúctu, obnovit původní rozhodnutí změnit chování.

PHEPA Project

25

Vývoj změn

Pokud se jedná o stádia změny, lidé užívají 10 hlavních způsobů jak si pomáhat:

Prekontemplace	Kontemplace	Příprava	Akce	Udržování změn
Vznik uvědomění	Sociální osvobození	Emocionální probuzení	Přehodnocení prostředí	
		Sebe-přehodnocení	Rozhodnutí pro změnu	
			Posílení snahy o zvládnutí	
			Kontra-podmiňování	
			Kontrola podnětů/prostředí	
			Pomáhající vztahy	

PHEPA Project

26

Výcvikový program

Minimální vs. krátká intervence

MINIMÁLNÍ

- Příležitostná
- Založená na radě
- S následným sledováním i bez sledování
- Do deseti minut
- Se svépomocnými materiály

KRÁTKÁ

- Obvykle plánovaná
- Založená na motivaci
- S formálním následným sledováním
- Do 30 minut
- Se svépomocnými materiály

PHEPA Project

27

Minimální Intervence (Metoda 5 A*)

- **Ask/Assess:** zeptejte se, zda pacient pije alkohol a stanovte faktory, které mohou působit na změnu chování, cíle a metody.
- **Advice:** podejte jasné, konkrétní a personalizované ponaučení jak změnit chování, vč. informací o poškození zdraví a o výhodách změny chování.
- **Agree:** vyberte cíle léčby a metody, vycházející z připravenosti pacienta změnit své chování ve vztahu k alkoholu.
- **Assist:** podporujte pacienta při dosažení dohodnutých cílů pomocí osvojit si znalosti, postoje, schopnosti, důvěru a sociální podporu změn v chování.
- **Arrange:** naplánujte následné kontakty s pacientem abyste mu poskytli podporu.

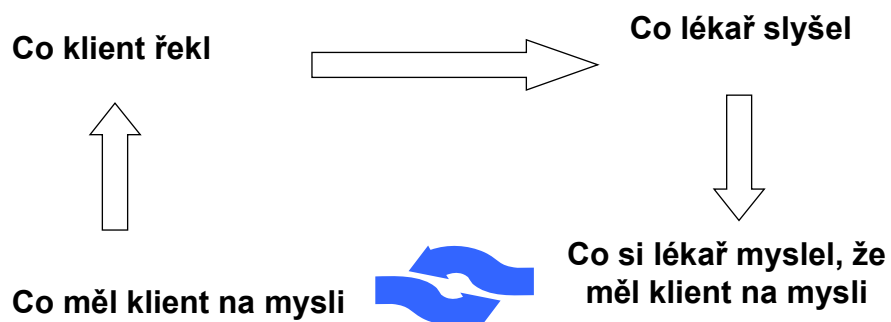
*Adaptováno z: Whitlock et al. (2004)

PHEPA Project

28

Výcvikový program

Komunikační model



* Adaptováno z: Gordon (1970)

PHEPA Project

29

Čtvrtá lekce: Krátká intervence II

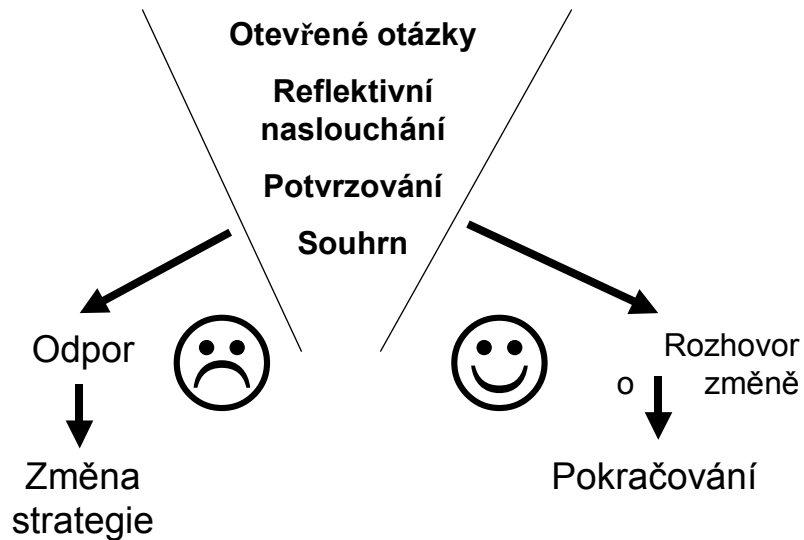
- Strategie navazování vztahu
- Základní složky krátkých intervencí:
 - ✓ Styl
 - ✓ Obsah
- Prevence relapsu: Pomoc lidem začít znovu

PHEPA Project

30

Výcvikový program

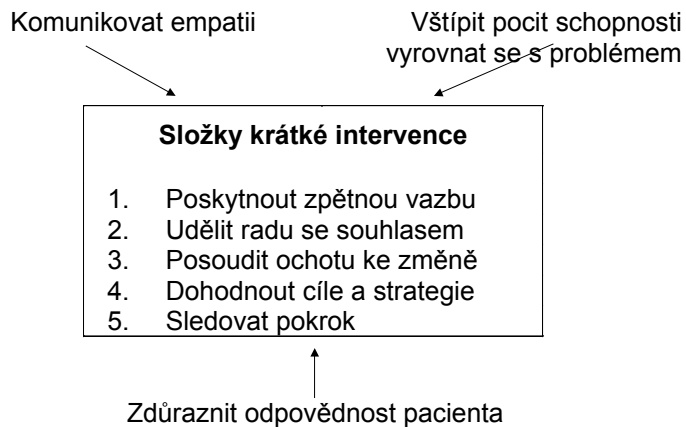
Strategie navázání vztahu



PHEPA Project

31

Základní složky krátké intervence



* Adaptováno z: AlcoholCME 2004.

PHEPA Project

32

Výcvikový program

Co přispívá k relapsu?

- Emoční úzkost
- Touha zvyšovat alkoholem pozitivní emoční stavy
- Pokušení nebo nutkání k pití
- Společenský tlak

PHEPA Project

33

Pomoc lidem začít znovu

- ✓ Uznání pocitů selhání.
- ✓ Ověřte: je to „uklouznutí“ nebo relaps?
- ✓ Identifikujte situace s vysokým rizikem.
- ✓ Identifikujte vhodnější strategie ke zvládnutí problému.
- ✓ Ověřte potřebu vyhledání pomoci u specialisty.
- ✓ Ověřte připravenost ke změně.

PHEPA Project

34

Výcvikový program

Pátá lekce: závislost na alkoholu

- Diagnostická kritéria
- Léčba v zařízeních primární zdravotní péče
 - ✓ Kritéria léčby
 - ✓ Protokoly detoxifikace a rehabilitace
- Doporučení do specializovaných zařízení
- Sdílená léčba

MKN -10 diagnostická kritéria závislosti na alkoholu

Definitivní diagnóza závislosti je obvykle stanovena tehdy, pokud se vyskytnou následující kritéria v počtu tří nebo více společně po určité období v předchozích 12 měsících:

- Silná touha po alkoholu nebo pocíťované nutkání napít se.
- Obtížná kontrola nad pitím ve smyslu jeho zahájení, ukončení či množství alkoholu.
- Fyziologické příznaky z odnětí při vynechání nebo snížení alkoholu (např. třes, pocení, rychlá srdeční akce, úzkost, nespavost či méně často křeče, dezorientace či halucinace) nebo pití, aby se zmírnily příznaky z odnětí nebo se jím předešlo.
- Důkaz tolerance, např. potřeba zvýšených dávek alkoholu pro dosažení účinků, původně nastupujících již po menších dávkách.
- Progresivní zanedbávání jiných radostí či zájmů následkem toho, že pití alkoholu i zotavování se z jeho následků zabírá stále více času (význačnost pití).
- Pokračování v pití alkoholu i přes vědomí zjevně škodlivých následků, jimiž mohou být poškození jater, depresivní stavy po epizodě masivního pití či s alkoholem související porucha kognitivní funkce.

Léčba v zařízeních primární zdravotní péče

- Lidé s rizikovým způsobem pití
- Lidé se škodlivým způsobem pití
- Závislí na alkoholu pokud:
 - ✓ pacient akceptuje abstinenci, přestože si o sobě nemyslí, že je na alkoholu závislý;
 - ✓ pacient odmítne doporučení do specializovaného zařízení;
 - ✓ pacient nemá závažné psychiatrické, zdravotní či sociální komplikace.

Source: Servei Català de la Salut. (1996)

PHEPA Project

37

Kdy doporučit ke specializované léčbě?

- Předchozí neúspěšné pokusy o léčbu
- Závažné komplikace:
 - ✓ riziko příznaků syndromu z odnětí střední až velké závažnosti;
 - ✓ souběžné závažné onemocnění;
 - ✓ rodina není schopna poskytovat podporu;
 - ✓ souběžné psychiatrické onemocnění;
 - ✓ pravidelné braní dalších návykových látek.
- Zařízení primární zdravotní péče léčbu nemůže zajistit.

PHEPA Project

38

Výcvikový program

Kritéria detoxifikace

- V anamnéze delirium tremens nebo záchvaty křečí
- Ranní příznaky syndromu z odnětí
- Vypití alkoholického nápoje jako první ranní činnost
- Pacient je ochoten užívat lék/y
- Přítomnost příznaků syndromu z odnětí
- Vážný zdravotní stav

PHEPA Project

39

Podmínky pro ambulantní detoxifikaci

- Denní konzumace méně než 25 standardních alkoholických nápojů.
- Žádné zdravotní či psychiatrické komplikace.
- Pacient je odhodlán:
 - ✓ Abstinovat během detoxifikace;
 - ✓ Zůstat doma;
 - ✓ Vyvarovat se rizikových činností.
- Jeden příbuzný bez problémů se závislostí musí převzít zodpovědnost za to, že pacient užívá léky a dohlížet na léčbu.
- V domácnosti nesmí být během detoxifikace dostupné žádné alkoholické nápoje.
- Musí být dodržen denní kontakt s lékařem nebo ošetřovatelkou (osobní či telefonický).

PHEPA Project

40

Výcvikový program

Kontraindikace ambulantní detoxifikace:

- Zmatenost nebo halucinace.
- Předchozí komplikované případy syndromu z odnětí v anamnéze.
- Epilepsie nebo záchvaty v anamnéze.
- Špatný stav výživy.
- Těžké zvracení nebo průjem.
- Riziko sebevraždy.
- Vážná závislost s neochotou denní zdravotnické kontroly.
- Selhání doma prováděné detoxifikace.
- Nekontrolovatelné příznaky syndromu z odnětí.
- Akutní fyzická nebo psychiatrická nemoc.
- Užívání více návykových látek.
- Domácí prostředí nepodporující abstinenci.

Zdroj: Scottish Intercollegiate Guidelines Network . The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline. Draft 2.11, (2003)

PHEPA Project

41

Ambulantní detoxifikace denní snižující se dávky

Diazepam, 5 mg cps.		
Den	Nízké	Vysoké
1	1-1-1	4-4-4
2	1-0-1	4-3-4
3	0-0-1	3-3-4
4	STOP	3-3-3
5		3-2-3
6		2-2-3
7		2-1-3
8		1-1-3
9		1-1-2
10		1-1-1
11		1-0-1
12		0-0-1
13		STOP

PHEPA Project

42

Výcvikový program

Nápravná léčba

- **Psychosociální přístup**
 - ✓ Krátká rada a další sledování
 - ✓ Skupinová terapie
 - ✓ Rodinná podpora
- **Látky zmírňující touhu pít**
 - ✓ Akamprosat 2 g/den
 - ✓ Naltrexon 50 mg/den
- **Antidypsotropické látky**
 - ✓ Disulfiram 250 mg/den
 - ✓ Calcium carbimid 36-75mg/den

PHEPA Project

43

Kritéria sdílené léčby

- Stabilně abstinující pacienti s psychosociální léčbou ve specializovaném zařízení
- Pacienti, kteří chtějí zahájit léčbu, ale nechtějí jít do specializovaného zařízení
- Nekomplikované případy schopné postoupit domácí detoxifikaci
- Pacienti s jinými chronickými onemocněními, teré je nutno sledovat v zařízení primární zdravotní péče.

PHEPA Project

44

ODKAZY

AlcoholCME (2004). A combined approach to Brief Interventions. Available from:
<http://www.alcoholcme.com>

Anderson, P. (1996). Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications 1996; 64.

Anderson, P., Gual, A., Colom, J. (2005). The Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA). Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Department of Health of the Government of Catalonia: Barcelona. <http://www.phepa.net>

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C. (2001) Brief Intervention for Hazardous and Harmful Drinking A Manual for Use in Primary Care Geneva: World Health Organization
[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO MSD MSB 01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)

Bohn, M.J., Babor, T.F. and Kranzler, H.R. (1995) The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. J Stud Alcohol 56(4), 423-32.

Bush, K., Kivlahan, D.R., McDonell, M.S., Fihn, S.D. and Bradley, K.A. (1998) The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. Arch Intern Med 158(14), 1789-95.

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002) Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. B J Cancer 87, 1234-1245.

Corrao, G., Rubbiati, L., Bagnardi, V., Zambon, A. & Poikolainen, K. (2000) Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. Addiction 94, 649-663.

Cuijpers P, Riper H & Lemmens L . (2004). The effects on mortality of brief interventions for problem drinking: a meta-analysis. Addiction 99, 839-845.

Gordon, T. (1970). Parent effectiveness training. Wyden, New York.

Gual, A., Contel, M., Segura, L., Ribas, A. & Colom, J. (2001). The ISCA (Systematic Interview of Alcohol Consumption), a new instrument to detect risky drinking] Med Clin (Barc) 117(18), 685-9.

Health Development Agency and University of Wales College of Medicine (2002). Manual for the Fast Alcohol Screening Test (FAST). Health Development Agency. London. Available from:
http://www.hda-online.org.uk/documents/manual_fastalcohol.pdf

Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Ruttimann, S. & Wossmer, B. (2002). Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. BMJ 325 (7366), 682-3.

Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (eds.) (1985). Relapse prevention: Maintenance Strategies in the treatment of addictive behaviours. Guilford Press, New York.

Mason, P. & Hunt, P. (1997). Skills for Change. World Health Organisation; Copenhagen.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). Motivational Interviewing. Preparing people for change (2nd edition). The Guilford Press, New York.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (eds.) Treating addictive behaviours: processes of change. Plenum, New York.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network 74. (2003). The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline. Royal College of Physicians, Edinburgh.

Seppä, K., Lepistö, J. & Sillanaukee, P. (1998). Five-Shot Questionnaire on Heavy Drinking. Clin Exp Res 22(8), 1778-1791.

Servei Català de la Salut (1996). Criteris per a la derivació i interconsulta entre l'atenció primària i els serveis de salut mental i d'atenció a les drogodependències. SCS, Barcelona.

Society for the Study of Addiction (1996). Relapse prevention. Addiction 91 (12 Suppl). 3-260. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 140(7), 557-68. Review.

World Health Organization (2002a). The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva. Available from:
<http://www.who.int/whr/2002/en/index.html>

World Health Organization (2002b). Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF 12 MONTH DSM-IV VERSION - v1.1 Dec 2002). WHO, Geneva. Available from:
<http://www3.who.int/cidi/cidi-sf-12-03-02.pdf>

World Health Organization (2003). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10). World Health Organisation, Geneva. Available from:
<http://www3.who.it/icd/vol1htm2003/fr-icd.htm>

PODĚKOVÁNÍ

Tento dokument autoři připravili jménem členů sítě Phepa. Autoři rovněž oceňují podporu a příspěví dalších expertů a partnerů projektu Phepa.

PARTNEŘI

Rolande James Anderson
The Irish College of General Practitioners
(Ireland)

Sverre Barfod
The Alcohol Group, Central Research Unit of
General Practice (Denmark)

Preben Bendtsen
Department of Health and Society, Social
Medicine and Public Health Science, Linköping
University, (Sweden)

Antoni Gual
Alcoholology Unit of the Hospital Clínic,
(Spain)

Nick Heather
School of Psychology & Sport Sciences,
Northumbria University
(England)

Annemarie Huiberts
Netherlands Institute of Health Promotion
and Disease Prevention (Netherlands)

Philippe Michaud
Programme "Boire Moins c'est Mieux" (France)

Leo Pas
Scientific Society of Flemish General
Practitioners (WVVH) (Belgium)

Cristina Ribeiro Gomes
Direcção Geral da Saúde (Portugal)

Emanuele Scafato
Istituto Superiore Di Sanita, Scientific
Governmental Research Organization (Italy)

Kaija Seppä
University of Tampere, Medical School
(Finland)

Michael Smolka
University of Heidelberg; Central Institute of
Mental Health, Department of Addictive
Behaviour and Addiction Medicine (Germany)

POZOROVATELÉ

Alexander Kantchelov, National Centre for Addictions (Bulgaria)

Marko Kolsek, Department of Family Medicine (Slovenia)

Jerzy Mellibruda, State, Agency for the Prevention of Alcohol Related Problems (Poland)

Eleonóra Sineger, Hungarian Association of Addictologists (Hungary)

Hana Sovinova, National Institute of Public Health (Czech Republic)

EXPERTI

Mauri Aalto, National Public Health Institute (Finland)

Peter Anderson, Public health consultant (United Kingdom)

Mats Berglund, University Hospital MAS (Sweden)

Joao Breda, Direcção Geral da Saúde (Portugal)

Jonathan Chick, Royal Edinburgh Hospital (United Kingdom)

Joan Colom, Program on Substance Abuse, Health Department, Government of Catalonia (Spain)

Bart Garmyn, Scientific Society of Flemish General Practitioners (WVVH)(Belgium)

Isidore S. Obot, Department of Mental Health and Substance Dependence (WHO)

Lidia Segura, Program on Substance Abuse, Health Department, Government of Catalonia (Spain)