

Alkohol a primárna zdravotná starostlivosť

Výcvikový program na identifikáciu a krátke intervencie

Úlohy a výhľadové ciele
Plány šiestich lekcií
Podrobné poznámky
Pracovné listy
Priesvitky



Alkohol a primárna zdravotná starostlivosť

Výcvikový program na identifikáciu a krátke intervencie

Tento dokument pripravili Antoni Gual, Peter Anderson, Lidia Segura a Joan Colom v mene riešiteľov projektu “Primárna zdravotná starostlivosť a alkohol” (PHEPA). Táto práca je výsledkom projektu PHEPA, ktorý spolufinancovala Európska Komisia (EK) a Katalánske ministerstvo zdravotníctva (Španielsko). Na projekte sa zúčastnili zástupcovia 17 európskych krajín. Obsah tohto dokumentu nereprezentuje názory EK, ktorá nezodpovedá za použitie v ňom obsiahnutých informácií. Za obsahovú stránku dokumentu zodpovedajú autori. Viac informácií a elektronickú verziu dokumentu možno nájsť na adrese: <http://www.phepa.net>.

Odkaz na pôvodný dokument: 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.
Health Department of the Government of Catalonia Barcelona,
Layout and cover design by Xavier Cañadell. Printed in Spain

© Adaptácia a preklad slovenskej verzie: doc. PhDr. Alojz Nociar , CSc.

Odkaz na slovenskú verziu: Gual, A., Anderson, P., Segura, L., Colom, J.: Alkohol a primárna zdravotná starostlivosť: Výcvikový program na identifikáciu a krátke intervencie. Bratislava, vydavateľstvo Asklepios 2007. Adaptácia a preklad: A. Nociar

OBSAH

I. PRED SLOV a všeobecné úvahy.....	3
Poznámky pre lektora.....	3
II. PRVÁ LEKCIA – Úvod a základné pojmy.....	5
III. DRUHÁ LEKCIA – Včasná identifikácia.....	10
IV. TRETIA a ŠTVRTÁ lekcia – Krátka intervencia I – II.....	13
V. PIATA LEKCIA – Závislosť od alkoholu.....	21
VI. ŠIESTA LEKCIA – Implementácia programu EIBI.....	25
VII. PRACOVNÉ LISTY.....	29
1 – LIST 1: Zdravotné a spoločenské náklady – vysvetlenie.....	29
2 – LIST 2: Štandardné dávky alkoholu a spôsoby pitia.....	31
3 – LIST 3: Identifikácia rizikového a škodlivého pitia.....	33
4 – LIST 4: Nástroje na identifikáciu – Skupinové cvičenie.....	36
5 – LIST 5: Účinnosť krátkych intervencií – Vysvetlenie.....	37
6 – LIST 6: Model štádií zmeny.....	38
7 – LIST 7: Procesy zmeny.....	40
8 – LIST 8: Štádiá zmeny – cvičenie v skupine: otázky do diskusie.....	43
9 – LIST 9: Štádiá zmeny – cvičenie v skupine: odpovede.....	44
10 – LIST 10: Spôsob komunikácie pri pomáhajúcom vzťahu.....	46
11 – LIST 11: Stratégie nadväzovania vzťahu.....	48
12 – LIST 12: Základné zložky krátkych intervencií.....	50
13 – LIST 13: Prevencia relapsu: Ako pomôcť ľuďom nevzdať sa.....	55
14 – LIST 14: Diagnostické kritériá závislosti od alkoholu.....	57
15 – LIST 15: Farmakologická liečba závislosti od alkoholu.....	65
16 – LIST 16: Formulár na vyhodnotenie kurzu.....	68
VIII. PRIESVITKY.....	69
IX. ODKAZY.....	95
X. POĎAKOVANIE.....	97

PREDSLOV A VŠEOBECNÉ ÚVAHY

Poznámky pre lektora

Táto príručka pre výcvik je výsledkom spoločného úsilia vedcov a ďalších odborníkov, ktorí sa zapojili do európskeho projektu PHEPA.

Alkohol patrí v celosvetovom meradle medzi hlavné determinanty zdravia a primárna zdravotná starostlivosť (PZS) hrá kľúčovú úlohu v prevencii a minimalizácii škôd, ktoré alkohol spôsobuje. Cieľom tejto príručky je podporiť a rozšíriť poznatky a zručnosti a zvýšiť motiváciu pracovníkov v oblasti PZS tak, aby dokázali riešiť problémy tých zo svojich pacientov, ktorí pijú alkoholické nápoje rizikovým alebo škodlivým spôsobom.

Problémy súvisiace s alkoholom sa v zariadeniach PZS diagnostikujú len zriedkakedy, ale na rizikové pitie sa obvykle úplne zabúda. Praktickí lekári sa zameriavajú spravidla na tie najzávažnejšie a očividné dôsledky pitia alkoholu, zatiaľ čo na väčšinu preventívnych postupov, ktoré by sa mali rutinne vykonávať u osôb pijúcich rizikovo alebo škodlivo, sa často zabudne. Na základe týchto predpokladov sa príručka pokúša prezentovať problémy s alkoholom ako kontinuum, ktoré siaha od rizikového pitia k ťažkej závislosti od alkoholu. Aj keď závislosti od alkoholu sa venuje piata lekcija, prioritami príručky sú tie techniky identifikácie a krátkej intervencie, ktoré sa ukázali v zariadeniach PZS ako efektívne vo vzťahu k vynaloženým nákladom.

Táto príručka pre výcvik je jedným z produktov projektu PHEPA (“Primárna zdravotná starostlivosť a alkohol”) (<http://www.phepa.net>), ktorého cieľom je integrácia intervencií podporujúcich zdravie pri rizikovom či škodlivom pití alkoholu do každodennej klinickej práce zdravotníkov v oblasti PZS. Európa dnes prechádza dôležitým integračným procesom k harmonizácii, ku ktorému patria i spôsoby pitia alkoholických nápojov. PHEPA prispeje k harmonizácii odpovedí na problémy súvisiace s alkoholom tým, že sa zoberú do úvahy existujúce rozdiely a uznáva sa nevyhnutnosť adaptácie výcvikových materiálov na potreby jednotlivých krajín. Pri týchto rozdieloch nejde iba o typy alkoholických nápojov a spôsoby ich konzumácie, ale aj o systémy organizácie PZS a špecializovaných pracovísk pre liečbu závislostí. Preto dôrazne odporúčame, aby každý lektor prispôbil základný obsah týchto materiálov na výcvik rôznorodým potrebám účastníkov kurzov a špecifikám danej krajiny.

Relevantné časti tejto príručky vychádzajú z kolaboratívneho projektu WHO o identifikácii a riešení problémov, ktoré sú spôsobené alkoholom v primárnej zdravotnej starostlivosti (<http://www.who-alcohol-phaseiv.net>). V uvedenej štúdii sa šírenie identifikácie a krátkych intervencií pokladá za pomalý a občas len ťažko nadväzný proces. Aj preto filozofia tejto príručky spočíva v tom, že je lepšie zamerať sa na skromnejšie a pritom dosiahnuteľné ciele, ako sa snažiť o dramatické zmeny. Ak bude výsledkom takéhoto výcviku hoci len to, že zdravotníci v oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti a ďalší odborní pracovníci, najmä tí, ktorí prichádzajú do kontaktu s dospievajúcou mládežou, začnú prehodnocovať zaužívané mylné predstavy o alkohole, tak lektor môže byť spokojný.

Ako používať túto príručku

Usporiadanie tejto príručky pre výcvik inšpirovala publikácia WHO „Skills for Change Package“ (Mason & Hunt 1997). V každej zo šiestich výcvikových lekcii ponúka príručka päť rôznych častí, ktoré lektorovi umožnia pripraviť sa na rozdielne úrovne výcviku:

- Časť **“Úlohy a ciele”** podáva súhrn hlavných cieľov, ktoré je potrebné v lekcii dosiahnuť, ako aj prehľad materiálov (Priesvitky a Poznámky) na použitie.
- Časť **“Plán lekcie”** je pre lektora vodidlom, ako sa majú počas lekcie preberať jednotlivé témy a aký je odporúčaný čas na každú tému. Pri každej z tém si nájde lektor podrobnú informáciu ako ich má rozpracovať, a ktoré materiály môže použiť. A hoci poskytnutý rozvrh nie je striktno záväzný, lektor by si mal uvedomiť široký rozsah preberaných tém a limitovaný čas, ktorý má pri výcviku obvykle k dispozícii.
- Časť **“Poznámky”** ponúka podrobné vysvetlivky a tipy ako je vhodné viesť každú z jednotlivých častí príslušnej lekcie.
- Časť **“Pracovné listy”** ponúka podrobné informácie o témach, ktoré by sa mali účastníci v danej lekcii naučiť.
- Časť **“Priesvitky”** poskytuje názorné vizuálne pomôcky pre každú z lekcii.

A napokon, aj keď sme na prípravu tejto príručky použili najaktuálnejšie vedecké dôkazy, v odbornej literatúre sa priebežne objavujú novšie údaje. Preto vyzývame lektorov, aby do svojich prednášok a výcviku zaraďovali aj ďalšie nové dôležité zistenia. Odporúčame im tiež, aby pravidelne sledovali webovú stránku projektu PHEPA „Primárna zdravotná starostlivosť a alkohol“ (Primary Health Care European Project on Alcohol) na adrese: <http://www.phepa.net>.

Pri preklade a adaptácii na naše podmienky sme vykonali menšie úpravy a pridali aktuálne údaje, skriningy a priesvitky (číslované ako podskupina N.1, atď.), ktoré možno použiť pri rozpoznávaní rizikového a škodlivého pitia u dospievajúcich, kde sa dané problémy s pitím podľa našich zistení prejavujú čoraz intenzívnejšie. Tieto časti výcvikového programu majú poslúžiť na rozšírenie rámca identifikácie a krátkej intervencie za hranice pôvodnej oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti, do siete poradenských inštitúcií z rezortu školstva, ktoré sa venujú takejto mládeži v rámci vykonávania selektívnej a indikovanej prevencie. Nejde o zmenu určenia, ide skôr o rozšírenie možností programu, čo však má platiť obojsmerne. Napríklad pri detoxifikácii podporovanej farmakologicky, kde je nevyhnutná spolupráca so zariadením primárnej zdravotnej starostlivosti, alebo pri podozrení na syndróm alkoholovej závislosti, kedy je potrebné odoslať mladistvého klienta do špecializovaného zariadenia, napr. do CPLDZ alebo v prípade komorbidity na psychiatrickú ambulanciu.

PRVÁ LEKCIA

Úvod a základné pojmy

Cieľ a úlohy

Cieľ

Uviesť a predstaviť seba a program. Vzbudiť záujem o problematiku alkoholu.

Úlohy

Po tejto lekcii účastníci budú vedieť:

- aké sú všeobecné ciele tohto kurzu
- ako rozoznávať svoje potreby a záujmy pri narábaní s témami pitia alkoholu
- ako opísať a zrátať spotrebu alkoholu podľa jeho štandardných dávok
- ako opísať potrebný typ intervencie podľa určitého spôsobu pitia

Materiály

Pracovné listy:

1. Zdravotné a spoločenské náklady
2. Štandardné dávky alkoholu a spôsoby pitia

Priesvitky:

1. Program výcviku
2. Obsah programu výcviku
3. Prvá lekcia: Úvod a základné pojmy
4. Kolaboratívny projekt WHO o identifikácii a riešení problémov spôsobených alkoholom v primárnej zdravotnej starostlivosti (<http://who-alcohol-phaseiv.net>)
5. Projekt PHEPA (<http://www.phepa.net>)
6. Alkohol ako rizikový faktor ochorenia (I) – 5 faktorov
7. Alkohol ako rizikový faktor ochorenia (II)
8. Podiely na chorobách, ktoré sú u európskych mužov pripísateľné alkoholu (%)
9. Riziko karcinómu prsníka u žien
10. Riziko koronárnej choroby srdca
11. Analýza efektivity a vynaložených nákladov (Cost-benefit)
12. Štandardné dávky alkoholu podľa druhov alkoholických nápojov
13. Spôsoby pitia alkoholu
- 13.1 Syndróm závislosti od alkoholu
14. Úrovne rizika a kritériá pre intervenciu
- 14.1 Identifikácia prípadov ďalšími skriningami používanými v SR

Plán prvej lekcie: Úvod a základné pojmy

Čas	Metódy
10 min	<p>1) Predstavte seba a program výcviku Uved'te svoje meno, povolanie a pracovisko. Stručne načrtnite všetky lekcie (priesvitky 1, 2 a 3) a spôsob, ako sa budú prezentovať. Vysvetlite, že tento kurz je súčasťou európskeho projektu PHEPA a súvisí s kolaboratívnym projektom WHO o alkohole a primárnej zdravotnej starostlivosti. Potom stručne opíšte jeho vývoj (priesvitky 4 a 5). Rozdajte účastníkom tie materiály, ktoré ste si pre nich pripravili a stručne ich charakterizujte.</p>
5 min	<p>2) Zdravotné a spoločenské náklady – vysvetlenie Pokúste sa podať jasný, súhrnný prehľad nákladov a škôd, ktoré spôsobuje konzumácia alkoholu. Môžete pritom čerpať z pracovného listu 1 a použiť priesvitky 6-11. Pokiaľ sú k dispozícii, pridajte miestne a celoštátne údaje.</p>
5 min 5 min 5 min	<p>3) Diskusia o alkohole a primárnej zdravotnej starostlivosti Pod touto hlavičkou skúste rozvinúť otvorenú debatu o troch nasledujúcich aspektoch:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Problémy spôsobované alkoholom</i> (napr. v práci účastníkov) 2. <i>Doterajšie reakcie na tieto problémy</i> 3. <i>Nové iniciatívy</i>, ktoré by bolo vhodné prijať a zdroje, ktoré sú potrebné na zvládnutie takýchto problémov. <p>Zaznamenajte si všetky nápady. Požiadajte skupinu, aby sa pri každom z troch aspektov dohodla na 5 najdôležitejších nápadoch a napíšte ich na papierovú alebo klasickú čiernu tabuľu. Podstatné je, aby sa identifikovali tie témy, ktoré sú dôležité pre účastníkov.</p>
10 min	<p>4) Štandardné dávky alkoholu a spôsoby pitia Je treba sa dohodnúť na rizikových úrovniach konzumácie a skorigovať koncept 'štandardnej dávky alkoholu' (priesvitka 12). Všetky potrebné informácie nájdete v pracovnom liste 2. Potom stručne vysvetlite pojem rizikového a škodlivého pitia, tak ako to je na priesvitke 13 a na priesvitke 13.1, ktoré im súčasne premietnite.</p>
10 min	<p>5) Úrovně rizika a kritériá pre intervenciu Uved'te rôzne typy pijanov, s ktorými sa možno stretnúť podľa klasifikácie WHO, a potom typ intervencie, ktorá by sa mala v každom danom prípade použiť. Potrebné informácie sú na priesvitke 14. Prediskutujte so skupinou navrhované formy intervencie, ich vhodnosť a uskutočniteľnosť v prípade účastníkov kurzu. Ak treba, adaptujte túto časť lekcie na národné pomery.</p>
5 min	<p>6) Súhrn Stručne zhrňte celú lekciiu, zdôraznite, že alkohol nesúvisí iba so značnými nákladmi, ale aj s celou oblasťou ďalších, občas veľmi ťažko riešiteľných problémov. Podčiarknite, že budeme hovoriť o alkohole a zdraví (a nie iba o alkoholovej závislosti). Zdôraznite tiež, že tento kurz im môže poskytnúť vhodné znalosti, zručnosti a nástroje.</p>

PRVÁ LEKCIA

Úvod a základné pojmy

Poznámky

1) Predstavte sa a program výcviku

Ak sa výcvik odohráva v zariadení či podmienkach PZS, alebo sa jeho účastníci navzájom poznajú, je treba, aby sa najprv nadviazal raport s lektorom a účastníci sa s ním zoznámili. V prípade, že sa navzájom nepoznajú, bude potrebné, aby sa najprv navzájom predstavili.

Môžeme začať tým, že sa predstavíme, a potom požiadame účastníkov, aby spravili to isté. Môžete prípadne navrhnúť, aby si lektori a poslucháči hovorili krstnými menami, pretože neformálna atmosféra báva priaznivá pre skupinovú diskusiu a môže uľahčiť prekonávanie ťažkostí, ktoré sa objavia neskôr v priebehu kurzu.

Dôležité je vysvetliť, že nejde o „prednášky“, ale o kurz založený na aktívnej účasti, ktorý vychádza zo súčasných znalostí poslucháčov a pokúša sa ich len doplniť alebo rozšíriť. “Základné pravidlo” znie, že účastníci kurzu si budú navzájom pomáhať naučiť sa to, čo potrebujú a podelia sa pritom o svoje nápady a poznatky.

Typický súpis základných pravidiel bude asi takýto:

- Počas tohto výcviku rešpektujte dôvernosť. Nehovorte o osobných veciach iných účastníkov s nikým mimo kurz.
- Rešpektujte názory ostatných, aj keď s nimi nesúhlasíte.
- Prichádzajte načas a vracajte sa nazad hneď po skončení prestávok.
- Pri skupinovej diskusii smie hovoriť vždy iba jeden. Keď hovoria iní, počúvajte ich.
- Berte ohľad na vzájomné odlišnosti.
- Vždy sa spýtajte, pokiaľ máte akékoľvek pochybnosti alebo nejasnosti.

Môže byť namieste, ak povieme účastníkom, že nejde o sériu jednotlivých seminárov, ale o ucelený kurz. Každá lekcia nejako nadväzuje na predchádzajúcu, aj na tie, ktoré budú nasledovať po nej. Preto sa účastníci majú snažiť, aby na žiadnej z lekcii nechýbali. Trvajte na to, že sa predpokladá ich aktívna účasť na cvičeniach, pretože je nepravdepodobné, že sa pokúsia o nové postupy u pacientov alebo klientov, ak si ich predtým na tomto školení sami nevyskúšajú. Uistite ich však zároveň, že ak sa niekto na cvičení zúčastniť nechce, nikto ho k tomu nútiť nebude.

Zoznámte ich napokon s celkovým pohľadom na kurz, na ktorom sa zúčastňujú. Tým, že ho zaradíte do kontextu projektu PHEPA a Kolaboratívnej štúdie WHO, pomôžete účastníkom uvedomiť si, že nejde o nejakú ad-hoc aktivitu, ale tu ide o určitú kontinuitu úsilí vo vzťahu k tomuto kurzu, ktorý majú absolvovať.

2) Zdravotné a spoločenské náklady - vysvetlenie

Úvodom je vhodné stručne poukázať na to, že je potrebné regulovať problémy v dôsledku alkoholu (WHO 2002a; Anderson et al 2005). Dá sa tu použiť pracovný list 1 a priesvitky (6-11), ktoré sú uvedené v pláne tejto lekcie. Je treba zdôrazniť najmä zdravotné následky a poruchy, ktoré spôsobuje konzumácia alkoholu – v porovnaní s ekonomickými nákladmi.

3) Diskusia o alkohole a primárnej zdravotnej starostlivosti

Je treba počítať asi s 15 minútami na diskusiu o miestnej situácii a možných okruhoch problémov, ktoré tu spôsobuje konzumácia alkoholu, aby ste dokázali prispôbiť svoju intervenciu reálnym potrebám a charakteristike tejto situácie.

Organizovanie diskusie si uľahčíme tým, že sa zhromaždí maximálny počet názorov, ktoré je najlepšie zapisovať na papierovú tabuľu. Na konci môžete požiadať účastníkov, aby sa dohodli na piatich najdôležitejších myšlienkach, alebo aby navrhli lepšiu definíciu každej z nastolených otázok.

Z času – načas môže byť počas kurzu užitočné stručne zhrnúť pri diskusii nastolené otázky grafickou formou. Vtedy účastníci pocítia, že ich chápeme a skutočne venujeme pozornosť ich poznámkam (a nielen že si ich kamsi píšeme). Povzbudí to tiež skupinu, aby si bližšie vymedzila alebo ďalej rozvíjala navzájom súvisiace myšlienky.

Na konci diskusie by účastníci mali mať pocit, že kurz sa skutočne bude týkať čohosi, čo potrebujú ohľadom na problematiku alkoholu.

4) Štandardné dávky alkoholu a spôsoby pitia

Vysvetlite koncept štandardnej dávky alkoholu (priesvitka 12) v súlade so špecifikami vašej krajiny. Trvajte na tom, že sa ním síce možno vzdávame presnosti, ale v prospech jednoduchosti.

Vysvetlite jednotlivé spôsoby konzumácie (pracovný list 2 a priesvitka 13) a presvedčte sa, že účastníci chápu rozdiel medzi pijanom s rizikovým pitím a škodlivým pitím a osobou, ktorá je závislá od alkoholu (venujte tomu mimoriadnu pozornosť, pretože účastníci si to často mýlia a domnievajú sa, že tí, ktorých pitie je rizikové alebo škodlivé predstavujú čosi, sa veľmi podobá alkoholikom). Na doplnenie im môžete premietnuť priesvitku 13.1.

Nezaškodí zmieniť sa o tom, že aj tí ľudia, ktorí si vypijú len pri určitých príležitostiach, môžu spôsobiť problémy sebe aj iným, a preto je vhodnejšia propagácia a podpora zdravia v širšom zmysle, nielen sústreďovanie sa na problémy spojené so závislosťou od alkoholu.

5) Úrovně rizika a kritériá intervencie

Tu je potrebné stručné vysvetlenie, ktoré sa zakladá na priesvitkách 14 a 14.1. Majte tu na pamäti, že tieto pojmy sa v ďalších lekciách ešte vysvetlia, tak isto ako kritériá diagnostiky a liečby. Preto teraz poskytnite iba celkový prehľad o rozlišovaní úrovni rizika podľa skóre.

Ide tu teda len o úvodnú lekcii, v ktorej sa chceme navzájom zoznámiť a definovať oblasti problémov a škôd zapríčinených pitím alkoholu. Diskusiu by sme mali držať na teoretickej úrovni, zatiaľ čo neskôr v praktickej časti sa už bude diskutovať o rôznych úrovniach praktického vykonávania určitých postupov v prostredí, z ktorého je účastník.

6) Súhrn

V tomto bode môže lektor znovu poukázať na úlohy, ktoré má lekcia splniť, môže postupne zhrnúť základné myšlienky, ktoré boli nanesené. Je dôležité zdôrazniť, že tento výcvikový program sa bude alkoholom zaoberať z globálneho pohľadu, no na základe dvoch vzájomne sa doplňujúcich myšlienok: 1) program výcviku by mal vybaviť účastníkov užitočnými nástrojmi na zvládanie a riešenie problémov s alkoholom v ich konkrétnych podmienkach; a 2) aj keď sa tento kurz nezameriava na závislosť od alkoholu, ale skôr na podporu či propagáciu zdravia, ani tento cieľ nemožno dosiahnuť bez toho, že by sme občas neriešili aj tieto najťažšie prípady.

DRUHÁ LEKCIA

Včasná identifikácia

Cieľ a úlohy

Cieľ

Poskytnúť účastníkom základ a vzťahový rámec na pochopenie rôznych typov problémov spojených s konzumáciou alkoholu a vybaviť ich nástrojmi na ich identifikáciu.

Úlohy

Po tejto lekcii účastníci budú vedieť:

- opísať problémy spojené s pitím alkoholu
- používať dotazníky AUDIT a AUDIT-C. Podá sa tiež opis SIAC (Systematic Interview on Alcohol Consumption) alebo iného overeného dotazníka na kvantitu/frekvenciu, ktorý môže identifikovať rizikové a škodlivé pitie.
- rozlíšiť medzi rozličnými úrovňami implementácie včasnej identifikácie.

Materiály

Pracovné listy:

3. Identifikácia rizikového a škodlivého pitia
4. Nástroje na identifikáciu – Skupinové cvičenie
5. Účinnosť krátkych intervencií – Vysvetlenie

Priesvitky:

15. Náčrt druhej lekcie
16. a 17. dotazník AUDIT
18. dotazník AUDIT-C
19. dotazník SIAC
- 19.1 Psychometrický skríning v SR
- 19.2 Špecifická a senzitivita skríningov
20. Úrovne implementácie
21. Efektívnosť nákladov (I)
22. Efektívnosť nákladov (II)

Plán druhej lekcie: Včasná identifikácia

Čas	Metódy
5 min	<p>1) Úvod Začnite zhrnutím predchádzajúcej lekcie a spýtajte sa, či nie sú nejaké otázky. Aby ste minimalizovali možný odpor, vysvetlite im, že existujú rôzne možnosti výberu pri spôsoboch vykonávania včasnej identifikácie. Zároveň ukážte priesvitku 15.</p>
15 min	<p>2) Identifikácia rizikového a škodlivého pitia alkoholu Povedzte poslucháčom, aby sa pozreli do pracovného listu 3. Vysvetlite im, ako majú pripraviť záznam o konzumácii v štandardných dávkach alkoholu. Dajte im potrebné inštrukcie ako používať dotazníky AUDIT a dotazník SIAC; ukážte im pritom priesvitky 16-19. Dotazník SIAC možno nahradiť hocijakým štandardným dotazníkom na kvantitu/frekvenciu pitia alkoholu, overeným vo vašej krajine. K tomu ukážte priesvitky 19.1 a 19.2 za SR. Doplňte všetko, čo je potrebné, s využitím pracovného listu 3.</p>
10 min	<p>3) Nástroje na identifikáciu – Skupinové cvičenie Rozdeľte účastníkov na tri skupiny a povedzte im, že si teraz precvičíme identifikáciu simuláciou rozhovoru vo dvojiciach. Jedna skupina použije AUDIT, druhá použije AUDIT-C a tretia SIAC (či jeho ekvivalent, ktorý sa používa vo vašej krajine). Všetci tí, ktorí budú hrať rolu pacienta, použijú ako model prípad, ktorý sa opisuje v pracovnom liste 4.</p>
10 min	<p>Po ukončení tejto časti cvičenia napíšte na tabuľu skóre AUDIT, AUDIT-C, a SIAC a celkový počet štandardných dávok alkoholu, a potom okomentujte rozdiely medzi tromi metódami, spôsob kladenia otázok, použiteľnosť atď. Osobitnú pozornosť venujte časovej náročnosti každej z použitých metód. Skúste od účastníkov získať spätnú väzbu, ktorá sa týka pozitívnych stránok jednotlivých dotazníkov. Požiadajte účastníkov, aby skúsili stanoviť diagnózu a podľa priesvitky 14 s nimi stručne prediskutujte, ktorá z možných foriem intervencie by bola v danom prípade potrebná. Pri otázke na iný skrining: preberie sa v Lekcii 5.</p>
10 min	<p>4) Úrovne implementácie Navrhňte krátku 5-minútovú výmenu nápadov na tému ako selektívny má byť skrining, ak by sa používal v ich zariadeniach; a požiadajte účastníkov, aby vymedzili úlohy jednotlivých zdravotníkov (lekár, psychológ, zdravotná sestra, atď.). Napokon použite priesvitku 20 na opis troch úrovní implementácie týchto foriem krátkej intervencie.</p>
5 min	<p>5) Účinnosť krátkych intervencií – Vysvetlenie Po stručnom úvode okomentujte hlavné výskumné zistenia v tejto oblasti. Využite pritom ako oporu pracovný list 5 a priesvitky 21 a 22. V závere tejto lekcie poskytnite účastníkom dodatočné informácie o tom, kde môžu nájsť ďalšie pramene na konzultáciu.</p>

DRUHÁ LEKCIA

Včasná identifikácia

Poznámky

1) Úvod

Aby sa nezvyšovala prípadná neochota frekventantov kurzu, je dôležité povedať im vopred, že nástroje na identifikáciu sa môžu používať s rôznou intenzitou. Na objasnenie tejto myšlienky použite priesvitku 20.

2) Identifikácia rizikového a škodlivého pitia

Tu sa musíte uistiť, že každý účastník chápe ako má používať a vyhodnocovať AUDIT (Bohn et al. 1995) a AUDIT-C (Bush et al. 1998), ako aj ekvivalenty štandardných dávok alkoholu u najčastejšie konzumovaných alkoholických nápojov. Odborníci, ktorí pracujú v oblasti PZS dávajú často prednosť dotazníkom na overenie kvantity a frekvencie pitia. Je tiež už bežné, že počítačové programy na vedenie lekárskej dokumentácie majú vstavané spôsoby merania kvantity a frekvencie pitia alkoholu. V dôsledku toho navrhujeme ako alternatívu dotazník SIAC (Gual et al. 2001), alebo iný podobný dotazník, ktorý sa používa vo vašej krajine. Skríningy CAGE, Trauma škálu a MAST alebo dotazník ADS ponúkžeme len ako možné doplnky, ak je treba lepšie preskúmať problém klienta (v piatej Lekcii). Pre účastníkov bude užitočné mať poruke pracovný list 3.

3) Nástroje na identifikáciu – Skupinové cvičenie

Je treba rýchlo rozdeliť skupinu a dať jej pokyny, pretože v tejto lekcii nemáme príliš veľa času. Ak budete mať predsa len viac času, môžete toto cvičenie rozšíriť a skupinu dokonca rozdeliť na páry, ktoré povedú simulovaný rozhovor.

Pomocou tohto cvičenia (Pracovný list 4) si môžete skontrolovať, či účastníci naozaj chápu rozdiely medzi tromi druhmi konzumácie alkoholu a spustiť diskusiu o pozitívach alebo negatívach každej z jednotlivých metód skríningu. Pokúste sa získať a posilniť každú pozitívnu spätnú väzbu, ktorú dostanete od účastníkov vo vzťahu k nástrojom skríningu.

4) Implementačné úrovne

Tu je treba podať prehľad o predchádzajúcom postoji tímu ku skríningu a vysvetliť rôzne úrovne jeho vykonávania (priesvitka 20). Vysvetlite im, že na konci kurzu sa budú môcť rozhodnúť pre tú úroveň, ktorá najlepšie vyhoví ich potrebám.

5) Účinnosť krátkych intervencií – Vysvetlenie

Podrobnosti tu závisia na potrebách a záujme skupiny účastníkov. Je tiež vhodné spomenúť (alebo pridať k pracovnému listu 5) všetky domáce výskumné projekty, o ktorých lektor vie, alebo ktoré boli uverejnené od doby vzniku tohto dokumentu. Podľa toho, o akých účastníkov ide, môže sa lektor rozhodnúť, že túto tému uvedie ešte pred predchádzajúcou (bod č. 4). V každom prípade odporúčame, aby sa vedecké informácie využili na podporu návrhov skupiny týkajúcich sa úrovni implementácie, skôr než by sme ich nasmerovávali k vyšším úrovniam skríningu.

TRETIA A ŠTVRTÁ LEKCIA

Krátka intervencia I

Cieľ a úlohy

Cieľ

Podat' celkový prehľad o tom, ako sa vykonáva krátka intervencia pre zníženie konzumácie alkoholu na základe modelu štádií zmien, s použitím motivačného prístupu.

Úlohy

Po týchto dvoch lekciách účastníci budú poznať:

- štádiá a procesy zmeny podľa modelu autorov Prochaska a DiClemente;
- ako sa má vytvárať nápomocný vzťah;
- ako rôzne spôsoby intervencie použité zdravotníckym pracovníkom môžu zvyšovať alebo znižovať odpor u pacientov;
- základné zložky krátkych intervencií;
- rozdiely medzi minimálnymi a krátkymi intervenciami;
- ako pristupovať k relapsom.

Materiály

Papierová tabuľa a ceruza alebo tradičná tabuľa a krieda

Pracovné listy:

6. Model štádií zmeny
7. Procesy zmeny
8. Štádiá zmeny – cvičenie v skupine: otázky do diskusie
9. Štádiá zmeny – cvičenie v skupine: odpovede
10. Spôsob komunikácie pri pomáhajúcom vzťahu
11. Stratégie nadväzovania vzťahu
12. Základné zložky krátkych intervencií
13. Prevencia relapsu: Ako pomôcť ľuďom nevzdať sa

Priesvitky:

23. Náčrt tretej lekcie
24. Model štádií zmeny
 - 24.1 Štádiá zmeny – SCS - 1
 - 24.2 Štádiá zmeny – SCS - 2
25. Štádiá zmeny a ciele terapeuta

26. Procesy zmeny
27. Minimálne verzus krátke intervencie
28. Minimálne intervencie
29. Komunikačný model
30. Náčrt štvrtej lekcie
31. Stratégie nadväzovania vzťahu s pacientom
32. Základné zložky krátkych intervencií
33. Čo predchádza relaps?
34. Ako pomôcť ľuďom nevzdať sa a začať znova

Plán tretej lekcie: Krátka intervencia I

Čas	Metódy
3 min	1) Úvod do lekcie 3 Začnite súhrnom predošlých lekcí a prezentujte obsah lekcie 3 na priesvitke 23. Zdôraznite pritom že lekcie 3 a 4 sa budú zaoberať krátkym poradenstvom.
10 min	2) Model štádií zmeny – vysvetlenie Vysvetlite im čo sú štádiá zmeny. Použite pracovný list 6 a priesvitku 24; a ako príklad 24.1 a 24.2. Pri každom štádiu zdôraznite jeho základné charakteristiky a úlohy, ktoré si ako terapeuti musíme stanoviť (priesvitka 25). Vyzvite účastníkov na diskusiu o klinickom význame identifikovania toho-ktorého štádia zmeny.
10 min	3) Procesy zmeny – vysvetlenie Opíšte a vysvetlite to, čo ľuďom pomáha pri zmene správania a ich posune vpred jednotlivými štádiami zmeny. Použite na to informácie, ktoré sú obsiahnuté v priesvitke 26 a v pracovnom liste 7.
7 min	4) Skupinové cvičenie o štádiách zmeny: otázky a odpovede Požiadajte skupinu, aby sa skúsila dohodnúť na cvičení podľa pracovného listu 8. Ak je skupina priveľká, môžete ju rozdeliť na menšie skupinky po 4-6 ľuďoch. Požiadajte ich, aby si skontrolovali svoje odpovede podľa pracovného listu 9.
3 min	5) Typy intervencií Zdôraznite podobnosti a rozdiely medzi minimálnou a krátkou intervenciou. Použite pri tom priesvitku 27.
5 min	6) Minimálne intervencie Pomocou priesvitky 28 vysvetlite základné zložky minimálnej intervencie a zdôrazňujte potrebu priateľského a pevného, no nekonfrontačného štýlu. Ukážte účastníkom ako začať minimálnu intervenciu, založenú na výsledkoch nácviku identifikácie.
8 min	7) Minimálne intervencie - cvičenie Vyzvite účastníkov, aby praktický nácvik vykonávali vo dvojiciach. Jeden z nich nech prevezme úlohu pacienta, ktorá je opísaná v pracovnom liste 4. Intervencia sa začne tým, že sa pacientovi oznámi jeho výsledné skóre v dotazníku Audit. Venujte tu veľkú pozornosť dĺžke cvičenia. Musíte pevne trvať na dobe 3 minút pre každú intervenciu. Po 3 minútach sa úlohy vymenia. Vyhnite sa všeobecnej diskusii a oznámte účastníkom, že diskusia bude nasledovať až po nácviku krátkej intervencie.

10 min	<p>8) Spôsob komunikácie pri pomáhajúcom vzťahu - vysvetlenie a nácvik S použitím Gordonovho modelu (priesvitka 29) a pracovného listu 10 vysvetlite ten štýl komunikácie ktorý je potrebný na vytvorenie pomáhajúceho vzťahu. Potom rozdeľte účastníkov do dvojíc a navrhните cvičenie, v ktorom si vyskúšajú rozličné úrovne načúvania:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Prvá osoba hovorí o niečom, čo prežíva dvomi spôsobmi, a teda k čomu má ambivalentný vzťah, pričom druhá osoba v roli poslucháča ju: – pozorne počúva (1 minútu) – dáva prvej osobe namiesto počúvania radu (1 minútu) – Hovoriaci a poslucháč si vymenia úlohy a cvičenie si zopakujú <p>Skúste zistiť a skomentovať to, čo účastníci pociťujú v jednej i druhej roli.</p>
3 min	<p>9) Súhrn lekcie 3 Skončite krátkym súhrnom, zameraným na význam rozpoznania štádia, v ktorom sa pacient nachádza a výberu tej intervencie, ktorá sa hodí na toto jeho úvodné štádium. Zdôraznite, že týmto spôsobom sa zvýši pravdepodobnosť, že pacient bude motivovaný a nebude odmietať zmenu.</p>

Plán štvrtej lekcie: Krátka intervencia II

3 min	<p>10) Úvod do lekcie 4 Začnite súhrnom predchádzajúcej lekcie a prezentujte obsah jej druhej časti s využitím priesvitky 30.</p>
7 min	<p>11) Stratégie nadväzovania vzťahu Vysvetlite základné stratégie, ktoré pomôžu nadviazať a vytvoriť dobrý terapeutický vzťah. Vysvetlite ich význam a zdôraznite potrebu integrovaného použitia 4 stratégií: otázky s otvoreným koncom, potvrdzovanie, odzrkadľujúce načúvanie a sumarizácia. Na podporu použijete priesvitku 31 a pracovný list 11.</p>
14 min	<p>12) Základné zložky krátkych intervencií - vysvetlenie Uveďte všetky základné zložky a štýly krátkych intervencií. Na podporu použijete priesvitku 32 a pracovný list 12. Lekciu začnite diskusiou s účastníkmi o zmysle a dôležitosti troch konceptov, ktoré definujú štýl a duch krátkych intervencií:</p> <ul style="list-style-type: none"> – vyjadrite empatiu/vcítenie sa – posilnite dôveru pacienta v to, že dokáže účinne konať – kladte dôraz na pacientovu zodpovednosť <p>Nezabudnite pripomenúť, ako tento štýl pripomína veci prebraté v minulej lekcii.</p> <p>Hneď nato načrtnite a prediskutujte základné zložky krátkych intervencií:</p> <ul style="list-style-type: none"> – poskytujte spätnú väzbu – dajte radu s dovoľením – posúďte pripravenosť na zmenu – dohodnite si ciele a postupy/stratégie – monitorujte pokroky

20 min	<p>13) Cvičenie vo dvojiciach Vyzvite účastníkov, aby si prakticky precvičili krátku intervenciu vo dvojiciach. Jeden z nich pritom prevezme úlohu pacienta opísanú v pracovnom liste 4. Intervencia sa začína spätnou väzbou. Po 7 minútach si dvojice vymenia úlohy. Dávajte veľký pozor na dodržanie určených časových limitov. Počas 5 minút prediskutujte so skupinou čo pre nich znamená práve nadobudnutá skúsenosť. Porovnajte to s predchádzajúcim nácvikom minimálnej intervencie. Rozoberte v diskusii kedy je primeranejšie alebo vhodnejšie použiť jednu alebo druhú z týchto intervencií.</p>
5 min	<p>14) Prevencia relapsu: Ako pomôcť ľuďom nevzdať sa V tejto časti použijete pracovný list 13 a priesvitky 24, 33 a 34. Popri nich a s ich použitím sa vráťte k štádiám a procesom zmeny.</p>
8 min	<p>15) Cvičenie vo dvojiciach Povedzte účastníkom nech sa zamyslia nad takou situáciou vo svojom vlastnom živote, kedy sa pokúšali zmeniť svoje správanie a zlyhali alebo to nedokázali. Ako sa pritom cítili? Rozdeľte poslucháčov do dvojíc, aby si prediskutovali to, ako sa cítili (3 minúty v každom smere: jeden z účastníkov počúva a reflektuje, kým jeho/jej partner/ka opisuje svoj zážitok; a naopak).</p>
3 min	<p>16) Súhrn Vyzdvihnite kľúčové body a zosumarizujte lekciu, so snahou dať ju do súvislosti s predchádzajúcou lekciami. Je veľmi dôležité, aby sa obidve lekcie prezentovali ako dve časti jednotného celku.</p>

TRETIA A ŠTVRTÁ LEKCIA

Krátka intervencia I – II

Poznámky k lekcii 3 a 4

1) Úvod do lekcii 3

Krátky súhrn predošlej lekcii o včasnej identifikácii by vás mal priviesť k predstaveniu krátkej a minimálnej intervencie ako základnej zložky tohto kurzu. Buďte si istý tým, že ste dostatočne zdôraznili, že hoci bude reč aj o tom ako sa lieči závislosť od alkoholu, hlavným cieľom kurzu je naučiť sa, ako sa robia krátke intervencie pri rizikovitom pití.

2) Model štádií zmeny – vysvetlenie

Toto úvodné vysvetlenie (Prochaska, DiClemente 1986) by malo byť jednoduché (podľa priesvitiek 24, 25 a pracovného listu 6). Až ďalší výklad týchto procesov sa bude zaoberať zložitostami modelu podrobnejšie. Zatiaľ môžete použiť priesvitky 24.1 a 24.2 ako príklady stavu, v akom sa môže klient nachádzať. Kým začnete s touto časťou, overte si u poslucháčov do akej miery sú oboznámení s daným modelom. Ak túto problematiku poznajú alebo im už bola vysvetlená v iných postgraduálnych kurzoch môžete ju prebrať len stručne a prípadne zaradiť len skupinový nácvik a všeobecnú diskusiu o užitočnosti tohto modelu.

3) Procesy zmeny – vysvetlenie

Toto vysvetlenie založte na pracovnom liste 7 a na priesvitke 26. Procesy zmeny (Prochaska, DiClemente 1986) sú zvládacie aktivity alebo stratégie, ktoré ľudia používajú pri svojich pokusoch dosiahnuť nejakú zmenu. Každý proces zmeny je široká kategória aktivít, ktoré obsahujú rôznorodé techniky, metódy a intervencie. Existujú pri ňom dva typy procesov: kognitívne (týkajú sa zmien spôsobu, akým ľudia uvažujú a cítia) a behaviorálne (týkajú sa zmien v správaní).

4) Skupinové cvičenie o štádiách zmeny: otázky a odpovede

Predtým než začnete povedzte účastníkom, aby si prečítali názov. Toto cvičenie sa dá robiť aj po vysvetlení procesov zmeny, keď pomôže účastníkom ujasniť si a dobre zapamätať to, čo si osvojili z výkladu a mohli to raz použiť v reálnych životných situáciách.

Spravidla nezostáva čas na debatu o "správnych odpovediach" na žiadnu z otázok. Najlepší spôsob, ako využiť čas na diskusiu, je zistiť si, či účastníci chápu o ktorom procese sa práve hovorí a aký je jeho vzťah k štádiám zmeny. Zdôraznite myšlienku, že hranice jednotlivých štádií zmeny nie sú vždy zreteľné, a že v prípade pochybností by vždy malo platiť pravidlo, že treba počítať s vývojovo nižším štádiom. Pri výklade použite pracovné listy 8 a 9.

5) Typy intervencií

Tu je dôležité zdôrazniť, že tak minimálna, ako i krátka intervencia stavia na schopnostiach pacienta zmeniť svoje zvyklosti. Zdôraznite aj fakt, že minimálne intervencie sú vhodné na príležitostné použitie, kým krátke intervencie si vyžadujú viac času a je treba ich vopred

naplánovať. Objasnite, že minimálne intervencie sa sústreďujú na poskytnutie rady, krátke intervencie sú zamerané na motiváciu pacienta. Použite pritom priesvitku 27.

6) Minimálne intervencie

Pomocou priesvitky 28 prezentujte základné zložky minimálnych intervencií (Whitlock et al. 2004). Je podstatné zdôrazniť tu nevyhnutnosť vyžiadať si súhlas pacienta ešte predtým, ako mu dáme radu. Ak účastníci budú klásť otázky prečo je nevyhnutné vyžiadať si vopred súhlas, je treba im odpovedať stručne, s odkazom na nasledujúcu lekciu, v ktorej sa nutnosť vyžiadať si súhlas pacienta bude preberať vo vzťahovom rámci krátkych intervencií.

7) Minimálne intervencie - cvičenie

Aj v tejto časti musíme naďalej počítať s časovými obmedzeniami. Cvičenie by sme mali začať napr. oznámením: 'V dotazníku AUDIT, ktorý ste práve vyplnili, ste dosiahli skóre 12 bodov.' Potom by mala nasledovať otázka typu: 'Chceli by ste vedieť, čo tento výsledok znamená?' Alebo: 'Môžem vám vysvetliť, čo tento výsledok znamená pre vaše zdravie?', či iná podobná veta. A opäť, aby sme dodržali naplánovaný čas, je treba všeobecnú diskusiu v skupine smerovať do ďalšej lekcie po náviku krátkych intervencií, kde sa obidva typy intervencií rozdiskutujú spoločne.

8) Spôsob komunikácie pri pomáhajúcom vzťahu - vysvetlenie a nácvik

Aktívne načúvanie je súbor techník, pomocou ktorých zdravotnícki pracovníci dokážu vytvoriť dobrý pomáhajúci vzťah. V tejto časti je treba klásť doraz aj na použitie otázok s otvoreným koncom, aj na reflektívne načúvanie. Po krátkom pripomenutí si toho, čo sú to otázky s otvoreným koncom, použite Gordonov (1970) model na zdôraznenie (priesvitka 29) skutočnosti, že reflektívne načúvanie je spôsobom, ako odhadnúť, čo má pacient naozaj na mysli a chce nám takto vyjadriť (použite pracovný list 10).

Vo všeobecnosti ľudia majú obvykle ťažkosti pri plnení svojej úlohy v náviku načúvania; lektor musí niekedy prechádzať medzi skupinkami a pripomínať im, čo majú vlastne robiť. Fakt, že niekto "nepočúva" je pre obe strany obzvlášť zraňujúci. Aj pri tomto cvičení je nevyhnuté presne dodržiavať stanovený čas; účastníci to komentovali nasledovne: "jedným zo zaujímavých aspektov je, že minúta sa vám (subjektívne) zdá dva až trikrát tak dlhá, keď vás nikto nepočúva".

Aby účastníci lepšie pochopili preberanú tému, možno sa na konci cvičenia ešte spýtať:

- Čo ste pociťovali vtedy, keď vás ostatní nepočúvali, ale vás počúvali, no len tak na pol ucha?
- Čo je charakteristické pre zlé alebo len polovičné načúvanie?
- Čo charakterizuje dobré načúvanie?

9) Súhrn lekcie 3

Pri zhrnutí je znovu treba objasniť dôležitosť načúvania a vytvorenie dobrého pomáhajúceho vzťahu, ako aj to, že konzumenti alkoholu, ktorí nie sú veľmi naklonení pre zmenu svojich návykov, bývajú dosť odmietaví voči spolupráci, ak sa na nich zatlačí príliš priamo.

10) Úvod do lekcie 4

Zvýšenú pozornosť venujte tomu, aby ste pripomenuli účastníkom, že lekcie 3 a 4 tvoria súčasť jedného celku, takže so základnými pojmami vysvetlenými v predchádzajúcej lekcii sa budeme zaoberať aj v tejto lekcii (priesvitka 30).

11) Stratégie nadväzovania vzťahu

Dôležité je tu reflektívne načúvanie, otázky s otvoreným koncom, súhrny a potvrdenia ako základné stratégie nadväzovania vzťahu. Zvláštnu pozornosť je treba venovať ozrejmieniu toho, že všetky tieto zručnosti je treba používať súčasne. Tu môže byť užitočná priesvitka 31 a pracovný list 11. Tému sa účastníkom snažte podať jednoducho: ak sa niekto pokúsi hovoriť o zmene, pokračujte ďalej; ak sa prejaví odpor, zmeňte stratégiu. Pretože už nie je veľa času, nepúšťajte sa do podrobností ako narábať s odporom, ani ako podnecovať hovor o zmene. Tým, ktorých to zaujíma, odporučte český preklad knihy od Millera a Rollnicka, ktorá sa tým zaoberá („Motivational interviewing: Preparing people for change“ z roku 2002)¹.

12) Základné zložky krátkych intervencií - vysvetlenie

Podstatné je, aby sme jasne rozlišovali medzi duchom a obsahom krátkych intervencií (AlcoholCME 2004). Môže byť užitočné použiť tu porovnanie s hudbou a textom piesne. Potom je tiež nevyhnutné podrobne prebrať všetky pojmy prezentované na priesvitke 32 a v pracovnom liste 12. Majte na pamäti, že toto je základná téma celého výcviku, takže sa bude treba tejto problematike venovať toľko, koľko si bude vyžadovať.

13) Cvičenie vo dvojiciach

Je podstatné, aby si účastníci v plnom rozsahu uvedomili ako nami navrhovaný štýl súvisí so štádiami modelu zmeny a už predtým vysvetlenými stratégiami nadväzovania vzťahu.

Na konci tohto cvičenia by účastníci mali vedieť zaradiť do svojej praxe zručnosti z tretej a štvrtej lekcie: štádiá zmeny, stratégie nadviazania vzťahu a krátke intervencie. Po cvičení by mala nasledovať skupinová diskusia. Je treba hovoriť aj o časových obmedzeniach. Lektor by mal túto príležitosť využiť na poznámku, že potrebný čas sa skrúti, len čo účastníci nadobudnú viac skúseností (pomôcť nám tu môžu príklady ako ‘Aké to bolo pri prvom šoférovaní auta, lyžovaní, jazde na bicykli, atď.’).

14) Prevencia relapsu: Ako pomôcť ľuďom nevzdať sa

V tejto časti by lektori mali mať dve priority: po prvé, byť si istí, že každý pochopil, že relaps je pri závislostiach nielen normálna vec, ale je to aj prirodzená súčasť procesov zmeny; a po druhé, že účastníci by mali mať na zreteli aj ich vlastné skúsenosti s relapsom, ktoré im môžu pomôcť zmeniť svoj postoj k ‘recidivistom (Marlatt a Gordon 1985).

Špeciálnu pozornosť je treba venovať rozlíšeniu potknutia sa a relapsu. V prípade relapsu je potrebné zdôrazniť význam včasného zásahu. Účastníci by si tiež mali uvedomiť fakt, že dobrý terapeutický vzťah môže pomôcť pacientovi vyhľadať pomoc skoršie. A napokon je treba klásť dôraz aj na dôležitosť podporujúcich a neodsudzujúcich postojov k pacientom, ktorí zrecidivujú.

¹ Informácie o transteoretickej terapii a motivačnom rozhovore sú aj v prácach našich autorov (Nociar, A.: Alkohol, drogy a osobnosť. Bratislava: Asklepios, 2001)

15) Cvičenie vo dvojiciach

Ako už bolo povedané vyššie, toto cvičenie má účastníkom pomôcť spomenúť si i na svoje vlastné relapsy. Jeho zmyslom je, aby si uvedomili, ako 'normálny' je relaps v procesoch zmeny. Relaps je treba prezentovať aj ako šancu na poučenie sa. Je nevyhnutné prebrať tu aj potrebu podporného postoja.

16) Súhrn

V súhrne musí byť obsah lekcí 2, 3 a 4, s vysvetlením krátkych intervencií ako jednotného procesu, ktorý sa začína zistením rizikového pitia, pokračuje určením štádia zmeny, v ktorom pacient je, pričom sa končí poskytnutím základných zložiek krátkej intervencie v štýle motivačného rozhovoru. Je treba zdôrazniť, že ide o proces a pripomenúť pritom privilegované postavenie odborníkov v primárnej zdravotnej starostlivosti. Ako príklad možno účastníkom pripomenúť, že dve hlavné stratégie, ktoré môžu používať aj vo svojej každodennej praxi, sú sledovanie pokroku a prevencia relapsu.

Zvláštna poznámka

Uvedené lekcie majú veľmi prísny časový plán. Je tiež dôležité, aby bol prebraný celý obsah všetkých lekcí. Všade tam, kde je to možné, odporúčame rozčleniť každú lekciu na dve časti a získať tak viac času na praktické cvičenia.

Poznámka prekladateľa

Pri objasňovaní princípov či nácviku motivačného rozhovoru možno použiť zopár príkladov z praxe skúsených terapeutov, ako napr. Miller (1983) a vysvetlenie *nemotivovanosti klienta*, ktorú chápe ako *dôsledok chybných komunikácií* zo strany *terapeuta* s človekom závislým od alkoholu. Akceptovanie diagnózy závislosti (či hoci len problematického vzťahu k alkoholu) je určitá voľba s možnými dôsledkami na celý život, so zmenou sebahodnotenia, čo si pacient uvedomuje a pred príchodom na liečbu zvažuje alternatívy. Miller použil ako príklad úvahu, či mať alebo nemať deti, s čím ešte nerozhodnutý človek príde za manželským poradcom:

„Predstavte si,“ uvádza Miller (1983, str. 150 – 151), „že by ste mu povedali: „No, po všetkom, čo som si tu od vás vypočul, som si istý, že by ste nemali mať deti.“ Aká bude odpoveď klienta? Je predpovedateľná doslova na 100 %. Po tom, čo sa trochu poprezvedá, ako ste prišli k svojmu rozhodnutiu, začne sa s vami púčať a brániť opak toho, čo ste práve povedali. Ak odpoviete protiargumentom a dôkazom, brániac opäť racionálnosť a výhody životného štýlu bez detí, klient bude tvrdiť niečo opačné, bez ohľadu na to, ktorú stránku rozhodnutia ste začali brániť. Vy ste totiž vyvolali jeho opačné tvrdenia tým, akým spôsobom ste pristúpili k jeho problému.“

Okrem nekonfrontačného a reflektívneho prístupu najpodstatnejšie je, aby vplyv terapeuta bol v zhode s fázou zmeny, v ktorej pacient je (napr. u toho, kto v prekontemplačnej fáze zvažuje rizikovosť svojho pitia, je zbytočné naliehať na akciu či vyžadovať postavenie plánu liečby, či rozhodnutie o jej celi, napr. v zmysle „len“ zmiernenia pitia, alebo „už“ abstinencie). Tento prístup je zvlášť potrebný pri hraničných stavoch, kde je ťažké rozhodnúť sa o diagnóze. Aby však ani taký pacient, ktorý si azda vyžaduje špecializovanú liečbu, neprijal na dlhé obdobie rolu nemotivovaného, rezistujúceho, treba zaujať akceptujúci, pritom však riešiteľský postoj experta, ktorý ho aj napriek tomu, že je možno „ťažký pijan“, alebo už „alkoholik“, nemieni moralisticky odsudzovať (ako to robí jedna časť jeho sociálneho prostredia), ale ani s ním problém zľahčovať (ako to robí jeho druhá časť).

PIATA LEKCIA

Závislosť od alkoholu

Cieľ a úlohy

Cieľ

Dať účastníkom jasný návod ako postupovať, aj dostatočné zdroje na riešenie prípadov závislosti od alkoholu.

Úlohy

Po tejto lekcii by mali účastníci vedieť:

- Ako diagnostikovať závislosť od alkoholu;
- Ako rozlíšiť ktoré prípady je treba odoslať ďalším odborníkom a ktoré možno ponechať v primárnej zdravotnej starostlivosti;
- Ako stanoviť vhodné pravidlá pre detoxifikáciu a rehabilitáciu.

Materiály

Papierová tabuľa a ceruza alebo tradičná tabuľa a krieda

Pracovné listy

14. Diagnostické kritériá závislosti od alkoholu
15. Farmakologická liečba závislosti od alkoholu

Priesvitky:

35. Náčrt piatej lekcie
36. Diagnostické kritériá
- 36.1 Diagnostické vodidlá – súhrn
- 36.2 Krátke skriningové škály v SR
37. Liečba v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti
38. Kedy treba odporúčať na špecializovanú liečbu
39. Kritériá detoxifikácie
40. Podmienky potrebné na ambulantnú detoxifikáciu
41. Kontraindikácie ambulantnej detoxifikácie
42. Ambulantná detoxifikácia postupným znižovaním dávok
43. Rehabilitačná liečba
44. Kritériá pre spoločnú liečbu

Plán piatej lekcie: Závislosť od alkoholu

Čas	Metódy
5 min	<p>1) Brainstorming</p> <p>Na úvod do lekcie použite priesvitku 35. Povedzte účastníkom, aby vysvetlili, čo je podľa nich alkoholová závislosť a aké sú kritériá na jej stanovenie. Zdôraznite, že majú spomenúť všetky nápady, ktoré im zídu na rozum, a zapisujte ich myšlienky na tabuľu. Nezabudnite, že v tejto fáze sa o ich nápadoch ešte nemá diskutovať.</p>
10 min	<p>2) Diagnostické kritériá – vysvetlenie</p> <p>Pomocou priesvitky 36 a 36.1 vysvetlite kritériá MKCH-10. Nekomplikujte poslucháčom situáciu inými kritériami (ak sa napr. spýtajú na DSM-IV, tak sa k tomu len stručne vyjadrite). Môžete tu použiť pracovný list 14.</p>
10 min 20 min	<p>3) Kritériá na liečbu v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti</p> <p>Začnite so skupinovou diskusiou na tému ‘Ktorých pacientov by bolo treba odoslať špecialistovi a ktorí by mali byť liečení na úrovni primárnej zdravotnej starostlivosti’. Vytvorte k tomu zoznam ich návrhov. Použite tu priesvitku 36.2 k skríningu a detekcii závislosti (CAGE, TS a ADS). Vysvetlite navrhované kritériá pre liečbu s použitím priesvitiek 37 a 38 a s účastníkmi ich prediskutujte.</p> <p>Detoxifikačné a rehabilitačné odporúčania: vysvetlite liečbu a indikácie na základe priesvitiek 39-43 a s použitím pracovného listu 15. Ak budú nejaké pochybnosti, podajte k nim vysvetlenie.</p>
10 min	<p>4) Kritériá pre spoločnú liečbu</p> <p>Za použitia priesvitky 44 vysvetlite kritériá, ktoré sa používajú v prípade spoločnej liečby a prediskutujte ich s účastníkmi. Položte dôraz hlavne na princíp flexibility a koordinácie.</p>

PIATA LEKCIA

Závislosť od alkoholu

Poznámky

1) Brainstorming

Cieľom tejto aktivity je získať predstavu o doterajších znalostiach účastníkov o alkoholovej závislosti, aby sme prispôbili svoj výklad. Takto sa dá vyhnúť zbytočným vysvetleniam vecí, ktoré účastníci poznajú, alebo naopak, nepreskočiť také témy, o ktorých účastníci zase nič nevedia.

Môže to tiež pomôcť účastníkom získať lepší prehľad o tom, čo vlastne vedia a čo nie. Je to aj dobrá príležitosť na prekonávanie tradičných predsudkov voči ľuďom závislým od alkoholu, ktorí sa často vnímajú ako slabosi a skazení ľudia.

2) Diagnostické kritériá – vysvetlenie

Má ísť o jednoduché vysvetlenie, založené na pracovnom liste 14 a na priesvitke 36 a 36.1. Je vhodné zmieniť sa o tom, že kritériá na definovanie závislosti od alkoholu (WHO 2003) sú kvalitatívne a nie kvantitatívne. Pripomeňte im tiež, že na definíciu rizikového pitia boli použité kritériá, ktoré sú prevažne kvantitatívne.

Aj keď možno použiť tak kritériá DSM, ako aj MKCH, ak sa zameriame iba na jednu z týchto dvoch klasifikácií, znížime tým pravdepodobnosť, že účastníkov popletieme. Keďže tento program výcviku je súčasťou európskeho projektu a vyšiel z predchádzajúcich výcvikových materiálov WHO, odporúčame v prvom rade používať kritériá MKCH-10.

3) Kritériá na liečbu v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti

Začnite túto časť skupinovú diskusiu o tom, ktorých pacientov by bolo treba odoslať do špecializovaných centier a ktorých možno liečiť v ordináciách praktických lekárov. Tu možno čakať živú diskusiu, a preto venujte pozornosť časovému rozvrhu, aby ste nestratili priveľa času. Keď už sa nanesú všetky hlavné otázky, použite priesvitky 36.2, 37 a 38 a pokúste sa dosiahnuť konsenzus o kritériách, ktoré sa tu prezentujú (Servei Català de la Salut 1996; Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2003). Nezabudnite, že tieto otázky sa budú znova rozoberať v šiestej lekcii, a to podľa špecifik jednotlivých krajín alebo regiónov.

Vysvetlite proces detoxifikácie s priesvitkami 39-42 a s pracovným listom 15. Dbajte o čo najväčšiu jednoduchosť a zdôraznite, že sú to jednoduché techniky, ktoré možno bezpečne použiť v ordinácii praktických lekárov, ak títo absolvovali príslušný výcvik. Uvedte, že liečba ďaleko presahuje hranice detoxifikácie, ktorú tu možno pokladať za počiatočný bod.

Upozornite na význam vytvorenia pevnej terapeutickej aliancie a dodržovania pravidelných kontrolných návštev v priebehu rehabilitácie. V tejto etape je dôležité povzbudiť účastníkov

kurzu, aby sa menej spoliehali na okamžité odozvy získané užitím liekov, ale viacej si uvedomovali význam ľudskej spolupatričnosti a reálnej podpory.

Spôsob, akým túto problematiku vysvetlíme a zdôrazníme, sa môže líšiť podľa miestnych preferencií, aj čo do typu používanej medicíny. V tomto bode je dôležité neprezentovať tie lieky, ktoré pôsobia proti baženiu po návykovej látke (akamprosát, naltrexon, a pod.) alebo averzívne lieky (typu disulfiram, atď.) ako nejaké „zázračné pilulky“. Podstatné je sprostredkovať myšlienku, že lieky sú užitočné nástroje, ktoré možno použiť pri procese rehabilitácie (priesvitka 43), ale kľúčovým prvkom je vždy terapeutické spojenectvo, ktoré podporuje záväzok pacienta riešiť svoj problém s pitím.

4) Kritériá pre spoločnú liečbu

Na základe kritérií stanovených v tejto lekcii (priesvitky 38 a 44) by mala prebehnúť krátka diskusia o rozpoznávaní toho, ktorí pacienti budú vhodnejší pre spoločnú liečbu. Majte pritom na pamäti, že hlavným cieľom týchto lekcii je podporovať detekciu rizikových pijanov odborníkmi v primárnej zdravotnej starostlivosti. Neočakáva sa od nich, že budú skutočne liečiť ľudí s ťažkou závislosťou od alkoholu, takže odporúčanie k príslušnému špecialistovi je spôsobom, ako zmierniť u pracovníkov v primárnej zdravotnej starostlivosti ich neochotu zaoberať sa rizikovými pijanmi.

Tu sa vám môže stať, že nebudete už mať dost' času. V takom prípade odporúčame, aby ste túto záverečnú časť presunuli do šiestej lekcie.

ŠIESTA LEKCIA

Implementácia programu EIBI

Cieľ a úlohy

Cieľ

Dosiahnuť konsenzus so zdravotníkmi z PZS o tom, ako implementovať program včasnej identifikácie a krátkej intervencie (EIBI: „Early Identification and Brief Intervention“) pri rizikovom pití v ich vlastnej práci v zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti.

Úlohy

Ku koncu tejto lekcie by sa mal dosiahnuť konsenzus v nasledujúcich otázkach:

- Úroveň implementácie techník EIBI, ktorú možno uplatniť v zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti
- Kritériá na odporúčanie, vrátane jasných smerníc o tom kedy, ako a komu odporúčať ťažkých pacientov
- Úroveň výcviku a potrebnej podpory na vykonávanie činností EIBI
- Podrobná dohoda o tom, ktorí pacienti sa majú podrobiť spoločnej liečbe a ako ju treba koordinovať.

Materiály

Papierová tabuľa a ceruza alebo tradičná tabuľa a krieda

Pracovné listy

16. Formulár na vyhodnotenie kurzu

Priesvitky:

- 2. Obsah programu výcviku
- 20. Úrovne implementácie

Pretože táto lekcia by sa mala prispôbiť potrebám a špecifikám tej-ktorej krajiny, čaká sa od lektorov, že si vyberú miestne doplnujúce materiály, o ktorých si myslia, že by mohli byť užitočné.

Plán šiestej lekcie: Implementácia programu EIBI pre alkohol

Čas	Metódy
10 min	<p>1) Úvod</p> <p>Veľmi stručne zosumarizujte obsah minulých 5 lekcí. Zdôraznite pritom, že v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti by aktivity EIBI mali byť prioritou. Môžete na to použiť priesvitku 2.</p>
10 min	<p>2) Skupinová diskusia</p> <p>Začnite diskusiu o argumentoch pre a proti riešeniu problémov s alkoholom v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti. Buďte neutrálni a pokúste sa zabezpečiť, aby sa každý názor objavil v zozname, ktorý môže vidieť každý. Vlastnou úlohou tu nie je debata o argumentoch pre a proti, ale to, že s nimi našich účastníkov oboznámime.</p>
20 min	<p>3) Práca v malých skupinách</p> <p>Účastníkov rozdeľte do malých skupín po 3-4 ľuďoch. Na základe predtým urobeného zoznamu a s pomocou priesvitky 20 ich požiadajte, aby sa každá skupina pokúsila dosiahnuť konsenzus v nasledujúcich témach:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aká úroveň implementácie by sa dala uskutočniť v ich zariadení – Akú úroveň podpory by potrebovali od špecializovaných centier – Aké sú podľa nich ďalšie bezprostredné kroky, ktoré je treba podniknúť
10 min	<p>4) Plénum</p> <p>Prejdite predchádzajúce 3 body a pokúste sa podnieť všeobecnú motiváciu na implementáciu EIBI, založenú hoci na najnižšej úrovni vzájomnej dohody. Majte na pamäti, že lepšie je dosiahnuť nižšiu úroveň implementácie, avšak s veľkou mierou motivovanosti, než naopak.</p>
10 min	<p>5) Vyhodnotenie a záver</p> <p>Veľmi stručne pripomeňte účastníkom celkový obsah kurzu, čo sa v ňom dosiahlo, program výcviku, dosiahnuté dohody, a tiež to, aké by budú ďalšie kroky. Prediskutujte krátko všetky pripomienky, ktoré sa vyskytli a lekciu ukončíte poďakovaním sa účastníkom za ich záujem. Zdôraznite dôležitosť vyplnenia dotazníka na vyhodnotenie kurzu (pracovný list 16) predtým, ako opustíte prednáškovú miestnosť. Na túto činnosť vyčleňte 5 minút.</p>

ŠIESTA LEKCIA

Implementácia programu EIBI

Poznámky

1) Úvod

Úvodom je treba podať prehľad o obsahu celého programu. Cieľom je prezentovať alkohol ako komplexný a dôležitý fenomén a zdôrazniť pritom 2 základné myšlienky: a) pracovníci v primárnej starostlivosti majú kľúčové postavenie pri včasnej identifikácii osôb, ktoré pijú rizikovo; b) ak pri skríningu rizikového pitia vyjdú najavo aj závažnejšie problémy, budú mať teraz k dispozícii nástroje pre to, aby sa rozhodli, či títo pacienti potrebujú byť odoslaní do špecializovaného zariadenia na liečbu. V tomto štádiu výkladu je treba dať jasný a zrozumiteľný odkaz: ‘Robte skríning konzumácie alkoholu, poskytujte rady pijanom, ktorí pijú rizikovo, identifikujte problémy súvisiace s alkoholom a tých pacientov, ktorých liečiť nemôžete, odosielajte k špecialistom.’

2) Skupinová diskusia

Cieľom skupinovej diskusie je mobilizovať účastníkov. Buďte však pri nej neutrálni. Tému alkoholu predostrite ako veľmi komplexnú, siahajúcu od malých problémov až po veľmi závažné ochorenia. Skúšajte podporovať živú diskusiu sústredenú na expertov. Cieľom nie je rozoberaním alkoholu zvyšovať povedomie o jeho význame, ale podnietiť realistickú debatu o argumentoch ‘pre a proti’ pri riešení problémov súvisiacich s alkoholom v zariadeniach primárnej zdravotnej starostlivosti. Preto sa treba venovať najmä témam ako je etika, praktické dôsledky toho, že sa alkoholom zaoberáme alebo nie, atď. Niektoré z tém, ktoré môže lektor ponúknuť do diskusie, sú uvedené nižšie:

- Aké sú etické dôsledky používania/nepoužívania EIBI vo vašej klinickej praxi?
- Aké sú hlavné prekážky pre širšie použitie EIBI na vašom pracovisku?
- Aké by boli ideálne podmienky pre vykonávanie EIBI na vašom pracovisku?

Diskusiu je treba zastaviť o čosi skôr, než sama prestane – vtedy, keď účastníci ešte chcú hovoriť. Všetky dôležité body a podstatné témy je treba zviditeľniť formou zoznamu, pričom ich súpis nám posluži ako úvod do ďalšej časti lekcie.

3) Práca v malých skupinách

Rozdeľte poslucháčov do malých skupín (najviac 3 až 5 osôb). Dôležité je, aby to boli malé skupiny, lebo pri väčších je spravidla ťažšie dospieť k zhode. Tieto skupiny požiadajte, aby sa dohodli o témach a problémoch, ktoré sa vynorili počas skupinovej diskusie. Na základe konsenzu by potom mali účastníci odpovedať na 3 položené otázky:

- Akú úroveň implementácie EIBI možno dosiahnuť na vašom pracovisku?
- Akú mieru podpory by ste potrebovali od špecializovaných centier pre liečbu?
- Aké ďalšie bezprostredné kroky by sa podľa vás mali podniknúť?

Môžete ich tiež požiadať, aby si tieto 3 otázky zapísali a odpovedali na ne až neskôršie. V tejto časti treba viesť účastníkov k značnej presnosti, praktickosti a realizmu, aby pracovali s reálnymi podmienkami a hovorili o aktivitách, ktoré sú uskutočniteľné. Veľmi dôležité sú tu konkrétne a praktické veci typu: kedy a kde sa stretávať, kam zatelefonovať, atď. Zdôrazňujte, že je nevyhnutné venovať pozornosť aj nasledujúcim krokom, ktoré by sa podľa nich mali podniknúť ihneď.

4) Plénum

Tu by mali všetky skupinky prezentovať svoje písomné stanoviská k trom položeným otázkam. Požiadajte ich, aby veľmi stručne predniesli svoje závery. Úloha lektora spočíva v tom, aby zdôrazňoval to, čo je spoločné a poukázal vždy na najnižšie možné úrovne zhody, ktorá sa predsa len dosiahla. Tieto najnižšie úrovne zhody je treba prezentovať ako minimálne štandard, na ktorých by sa mohli zhodnúť aj druhí. Lektori by sa mali snažiť o navodenie motivácie, čo znamená, že konsenzus o žiaducich úrovniach realizácie EIBI sa musí dosiahnuť na základe skutočnej snahy účastníkov vykonávať program. Pritom je však treba dať prednosť aj nízkej úrovni implementácie, no s vysokou motiváciou, ako stavať si príliš ambiciózne ciele, ktoré môžu vyvolať v niektorých účastníkoch skôr odpor.

5) Vyhodnotenie a záver

Hodnotenie a záver sú veľmi dôležité, pretože trvalý dojem z kurzu bude ovplyvnený tým, čo sa odohrávalo v posledných minútach. Podstatné je tiež kontrolovať časový rozpis, aby mal lektor istotu, že mu zostane ešte najmenej 10 minút na záverečnú časť lekcie. Záver si možno zorganizovať rôznym spôsobom, mal by ale vždy obsahovať tieto základné prvky:

- Poďakujte sa všetkým účastníkom za ich prítomnosť a účasť
- Dajte im najavo, aké zaujímavé pre vás bolo pracovať s nimi
- Veľmi stručne zhrňte celkový obsah programu kurzu
- Požiadajte účastníkov, aby aj oni povedali svoje názory
- Podrobne opíšte dohody dosiahnuté počas kurzu
- Na záver prezentujte súhrn ďalších krokov, čo majú nasledovať

Túto časť lekcie je treba viesť živo, aby sme sa vyhli situáciám, že ľudia začnú jeden po druhom odchádzať zo sedenia. Dajte tiež pozor na to, aby ste dostali hodnotiace formuláre od všetkých účastníkov kurzu. Aby ste predišli strate hodnotení od tých účastníkov, ktorí popri prípade musia odísť skôr, povedzte ihneď na začiatku sedenia, aby aj tí, ktorí sa musia ponáhľať, vyplnili formulár ešte predtým ako odídu.

PRACOVNÉ LISTY

PRACOVNÝ LIST 1

Zdravotné a spoločenské náklady – vysvetlenie

Európska únia je oblasťou sveta s najvyšším podielom pijanov alkoholu a má najvyššie úrovne spotreby alkoholu na obyvateľa. Alkohol je po fajčení a zvýšenom krvnom tlaku tretí najvýznamnejší rizikový faktor predčasných úmrtí, významnejší ako sú vysoké hladiny cholesterolu v krvi a nadváha. Okrem toho, že alkohol je droga vyvolávajúca závislosť a existuje asi 60 typov chorôb a zdravotných poškodení, na ktorých sa podieľa, spôsobuje alkohol rozsiahle sociálne, duševné a emočné škody, vrátane kriminality a násillia v rodinách, čo vedie k enormným nákladom pre spoločnosť. Alkohol však neškodí iba pijanovi, ale aj ľuďom z jeho okolia, ako sú deti, vrátane ešte nenarodených, členovia rodiny, obeť kriminálnych činov, násillia a nehôd pri jazde pod vplyvom alkoholu.

Alkohol zvyšuje riziko výskytu širokého spektra spoločenských škôd v závislosti od dávky, pričom neexistuje dôkaz prahového efektu. Pre pijana ako jednotlivca platí, že čím vyššia je spotreba alkoholu, tým väčšie je riziko. Škody spôsobované pitím niekoho iného siahajú od nepríjemností, ako je rušenie nočného pokoja, k závažnejším dôsledkom typu ohrozenia manželstva, zneužívania detí, zločinov, násillia a vrážd. Platí všeobecné pravidlo, že čím je trestný čin alebo úraz závažnejší, tým pravdepodobnejšia je účasť alkoholu. Poškodovanie iných je silný popud na to, aby sme proti rizikovému a škodlivému pitiu alkoholu zasiahli.

Alkohol zapríčiňuje zranenia, poruchy psychiky a správania, ochorenia zažívacieho traktu, rakovinu, srdcovocievne choroby, poruchy imunity, ochorenia kostí, vedie k reprodukčným a prenatálnym poškodeniam. Alkohol zvyšuje riziko všetkých týchto chorôb a poškodení v závislosti od užitej dávky, pričom dôkaz prahového efektu neexistuje (t.j. neexistuje tzv. „bezpečná dávka“). Platí len to, že čím vyššia je spotreba alkoholu, tým vyššie je aj riziko.

Malé dávky alkoholu znižujú riziko ochorenia srdca, aj keď o presnom rozsahu zníženia rizika a úrovni spotreby alkoholu, pri ktorej nastáva najväčšie zníženie kardiovaskulárneho rizika sa stále diskutuje. Kvalitné štúdie a tie, ktoré rátali s korekciou iných ovplyvňujúcich faktorov, zistili menej rizika pri menšej úrovni konzumácie alkoholu. Najvýraznejšie zníženie rizika sa zistilo pri priemernej konzumácii 10g alkoholu každý druhý deň. Avšak pri spotrebe viac ako 20g alkoholu denne sa riziko ischemickej choroby srdca už zvyšuje. Zdá sa pritom, že to, čo znižuje riziko ochorenia srdca, je skôr samotný etylalkohol a nie špecifický typ nápoja. Pitie väčšieho množstva alkoholu pri jednej príležitosti zvyšuje riziko srdcových arytmií a náhlejš smrti v dôsledku zlyhania srdca.

Riziko úmrtia v dôsledku pitia alkoholu sa vyvažuje pomerom medzi rizikom ochorení a úrazov, ktoré alkohol zvyšuje a rizikom srdcového ochorenia, ktoré pitie malých dávok alkoholu zasa znižuje. Tento pomer však ukazuje, že s výnimkou starších ľudí nie je konzumácia alkoholu bez rizika. Úroveň konzumácie alkoholu, ktorá sa spája s najnižším rizikom smrti, je nulová alebo skoro nulová pre ženy mladšie ako 65 rokov a nie viac ako 5g alkoholu denne pre ženy vo veku 65 rokov alebo viac. U mužov je úroveň konzumácie spojená s najnižším rizikom smrti nulová do 35 rokov veku, okolo 5g denne v strednom veku a nie viac ako 10g denne vo veku 65 rokov alebo viac.

Zníženie alebo zastavenie konzumácie alkoholu je prospešné pre zdravie. Ak sa odstráni alkohol, odpadnú aj všetky akútne riziká s ním spojené. Aj pri chronických ochoreniach, akými sú cirhóza pečene a depresia, sa zníženie spotreby alebo úplné stopnutie konzumácie alkoholu spája s rýchlym zlepšením zdravotného stavu. Svedčia pre to aj výsledky našich štúdií o úprave telesného a psychického zdravia pri krátkodobej a pri dlhodobej abstinencii u ambulantne i ústavne liečených alkoholikov.²

Alkohol súvisí s veľkým počtom telesných a duševných problémov v závislosti od vypitého množstva, a preto poskytovatelia primárnej zdravotnej starostlivosti môžu identifikovať tých dospelých pacientov, ktorých pitie alkoholu je rizikové, alebo už škodlivé. Pretože do primárnej zdravotnej starostlivosti patrí aj liečba mnohých bežných telesných aj duševných porúch, je treba pátrať i po alkohole ako novej príčine a pokúsiť sa ju zvládnuť. Obzvlášť dôležité je zníženie rizika poškodenia iných osôb.

² Pozri: Nociar, A.: Alkohol a osobnosť. Bratislava, Veda 1991.

PRACOVNÝ LIST 2

Štandardné dávky alkoholu a spôsoby pitia

Štandardná dávka alkoholu

Poskytovatelia primárnej zdravotnej starostlivosti môžu definovať konzumáciu alkoholu u svojich pacientov v gramoch čistého alkoholu alebo v štandardných dávkach vypitého alkoholu, kde jedna štandardná dávka sa v Európe udáva ako cca 10g čistého alkoholu.

Z vedeckého hľadiska je treba uvádzať údaje o množstve alkoholu v gramoch čistého alkoholu (t.j. v prepočte na 100% lieh), aby sa dali medzinárodne porovnať.

Pojem štandardná dávka alkoholu sa používa na zjednodušenie kvantifikácie spotreby alkoholu. Aj napriek určitej nepresnosti je treba ho odporúčať ako metódu na zaznamenanie spotreby alkoholu za rôznych okolností, vrátane primárnej zdravotnej starostlivosti, pri nehodách a na pohotovosti a tiež u hospitalizovaných pacientov.

Okrem výhod, spojených s pojmom štandardnej dávky alkoholu, sa vyskytujú aj ťažkosti:

- Obsah alkoholu v nápojoch značne kolíše, od 1% do vyše 45%, čo môže ľahko viesť k chybným výpočtom;
- Ten istý druh nápoja sa môže predávať v rôznych baleniach, aj s rozličným obsahom alkoholu;
- Ten istý typ nápoja môže mať rôznu koncentráciu alkoholu podľa toho, kde a ako sa vyrába;
- Bežné množstvá, v ktorých sa alkohol pije sa líšia od krajiny ku krajine; a napokon
- Vo väčšine krajín sa obsah alkoholu v jednej štandardnej dávke alkoholu stanovil na základe konsenzu, ale bez predchádzajúceho vedeckého výskumu.

Svetová zdravotnícka organizácia (Babor a Higgins-Biddle 2001) opísala štandardnú dávku ako také množstvo nápoja, ktoré obsahuje cca 13g alkoholu. Takáto štandardná dávka alkoholu sa blíži štandardom v USA, avšak väčšina krajín v Európe definuje štandardnú dávku ako množstvo nápoja s obsahom 10g alkoholu. Používanie štandardných dávok zjednodušuje hodnotenie spotreby alkoholu a uľahčuje jeho systematické používanie v podmienkach primárnej zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom na rozdiely medzi krajinami by však bolo treba obsah alkoholu v štandardných dávkach alkoholických nápojov definovať pre každú krajinu na základe výskumu, nie iba na základe konsenzu.

Jedna štandardná dávka v Európe obvykle obsahuje 10 g alkoholu. Napríklad:

- 250 ml piva s 5% obsahom alkoholu
- 125 ml vína s 12% obsahom alkoholu
- 70 ml dezertného vína (napr. sherry, portské) s 18% obsahom alkoholu
- 50 ml likéru alebo aperitívu s 25% obsahom alkoholu
- 25 ml destilátu so 40% obsahom alkoholu

Spôsoby pitia

Rizikové pitie je taká úroveň konzumácie alkoholu alebo taký spôsob jeho pitia, ktorých výsledkom bude pravdepodobne škoda, ak súčasné pijanské návyky budú trvať aj naďalej; podľa pracovnej definície Svetovej zdravotníckej organizácie je to viac ako 20g alkoholu denne pre ženy a viac ako 40g alkoholu denne pre mužov.

Škodlivé pitie sa definuje ako 'spôsob pitia, ktorý spôsobuje škody na zdraví, buď telesnom alebo duševnom'. Ťažké epizodické pitie (občas označené ako pijanský záťah alebo "binge drinking"), ktoré môže byť obzvlášť škodlivé vo vzťahu k niektorým formám poškodenia zdravia, možno definovať ako vypitie najmenej 60g alkoholu pri jednej príležitosti.

Závislosť od alkoholu je zoskupenie fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych javov, kedy má pitie alkoholu u daného jednotlivca vyššiu prioritu ako iné druhy správania, ktoré pre neho mali predtým väčšiu hodnotu.

Úrovně rizika a kritériá intervencie

Úroveň rizika	Kritériá	Intervencia	Úloha PZS
Nízka	<280 g/týždenne muži <140 g/ týždenne ženy* AUDIT-C <5 muži AUDIT-C <4 ženy AUDIT <8	Primárna prevencia	Zdravotná výchova, podpora zdravia, rolové modely
Riziková*	280-349 g/ týždenne muži 140-209 g/ týždenne ženy* AUDIT-C ≥5 muži AUDIT-C ≥4 ženy AUDIT 8-15	Jednoduchá rada	Stanovenie a hodnotenie rozsahu problému, krátka rada
Škodlivá	≥350 g/ týždenne muži ≥210 g/ týždenne ženy* Prítomnosť škôd AUDIT 16-19	Jednoduchá rada plus krátke poradenstvo s pokračujúcim monitoringom	Stanovenie a hodnotenie rozsahu problému, krátka rada, katamnesticke sledovanie
Vysoká (závislosť od alkoholu)	Kritériá podľa MKCH-10 AUDIT ≥20	Špecializovaná liečba	Stanovenie a hodnotenie rozsahu problému odoslanie k odborníkovi, katamnesticke sledovanie

* Akákoľvek konzumácia alkoholu u tehotných žien, u detí pod 16 rokov, u chorých alebo liečiacich sa osôb, alebo u tých, ktorí vykonávajú činnosti, pri ktorých sa neodporúča pitie alkoholu.

PRACOVNÝ LIST 3

Identifikácia rizikového a škodlivého pitia

Podstatné sú dve veci. Prvou je zhromaždiť dostatočné množstvo informácií o návykoch pijúceho vo vzťahu k jeho konzumácii alkoholu, aby sme sa rozhodli, či je máme tohto pacienta liečiť my alebo niekto iný. Druhá vec je pomôcť mu, aby sa rozhodol, či táto situácia pre neho predstavuje problém a či chce modifikovať svoju spotrebu alkoholu.

Rizikové a škodlivé pitie možno rozpoznať buď zmeraním vypitého alkoholu, alebo použiť skriningový nástroj zostavený zvlášť na tento účel. Spotreba alkoholu sa dá merať pomocou otázok na množstvo alebo frekvenciu pitia, alebo s použitím odhadu pitia za jeden deň. Tieto otázky a metódy možno podávať ústne, pomocou písomne podaných dotazníkov alebo s použitím počítačov. Medzi skriningové nástroje patrí dotazník WHO – AUDIT a jeho rôzne verzie. AUDIT bol špeciálne stavaný na identifikáciu rizikového a škodlivého pitia v podmienkach primárnej zdravotnej starostlivosti.

Test na rozpoznanie porúch vyvolaných pitím alkoholu (AUDIT)

Dotazník AUDIT bol vyvinutý WHO na detekciu rizikového, škodlivého, alebo ťažkého pitia. Jeho desať otázok pokrýva tri oblasti – rizikové pitie, alkoholovú závislosť a škodlivú konzumáciu alkoholu. AUDIT sa ľahko vyhodnocuje. Ku každej z otázok patrí skupina odpovedí, z ktorých si treba jednu vybrať, pričom každá odpoveď má skóre v rozsahu od 0 do 4. Súčtom jednotlivých bodov dostaneme celkové skóre.

Pacienti lepšie a ochotnejšie vyplnia dotazník vtedy, keď:

- sa osoba, ktorá s nimi robí interview, správa priateľsky a nie ohrozujúco.
- sa zmysel otázky sa zreteľne týka diagnostikovania zdravotného stavu užívateľa.
- užívateľ odpovedá na otázky v čase, keď nie je pod vplyvom alkoholu alebo drog.
- sa poskytnuté informácie považujú za dôverné.
- sú otázky ľahko zrozumiteľné.

Najlepší spôsob, ako zadávať otázky z AUDIT, je poskytnúť klientovi všeobecnú predstavu toho, čo dotazník obsahuje, vysvetliť mu cieľ testovania a potrebu jeho presných odpovedí, k čomu patrí i poznámka o tom, čo máme na mysli pod pojmom alkoholický nápoj. Uveďte tiež aké množstvo alkoholu sa skonzumuje podľa skupín, do ktorých tieto nápoje patria a nezabudnite ani na nápoje, ktoré podaktorí nepokladajú za alkoholické, ako napr. mušty, či pivo s nízkym obsahom alkoholu a pod.

Otázky je treba klásť v rovnakom poradí, v akom sú uvedené vo vytlačenej dotazníku. Presne si zaznamenajte odpovede, ale dávajte pozor aj na ďalšie informácie, ktoré vám môže užívateľ poskytnúť o svojich pijanských zvyklostiach a svojich názoroch aj pocitoch vo vzťahu k svojmu návyku. Tieto informácie budú mať cenu pri spoločnom interpretovaní výsledkov AUDIT a rozhodovaní sa, či ide o významný a pre pacienta dôležitý nález.

Skóre nám pomôže stanoviť šablóna a na základe výsledku sa budeme môcť rozhodnúť, ktorú formu zásahu si zvolíme. Zaznačíme si získané body pri každej odpovedi (napríklad ak pacient na prvú otázku odpovie “raz za mesiac alebo menej,” pridáte k skóre jeden bod). Celkové skóre 8 alebo viac svedčí pre to, že u pacienta môžu existovať problémy a že by bolo dobre pohovoriť si o jeho situácii a isté aspekty jeho pitia preskúmať podrobnejšie.

Vysoké skóre v položkách 7-10 svedčí pre “škodlivú” konzumáciu alkoholu, t.j. nielen že sa zvyšuje riziko budúcich problémov, ale pijan už vlastne problémy má. Vysoké skóre v položkách 4-6 svedčí pre začínajúcu sa závislosť. Tieto skóre možno vziať do úvahy ako základ pre zvažovanie rôznych možností prípadnej liečby po tomto úvodnom hodnotení. V niektorých prípadoch môže byť najprimeranejšou akciou odoslanie pijana k špecialistovi.

AUDIT-C

Sú aj skrátené verzie Auditu s obdobnou presnosťou, ktorým dáva prednosť veľa pracovníkov v oblasti PZS: AUDIT-C, Fast Alcohol Screening Test (FAST) (Health Development Agency and University of Wales College of Medicine 2002) a tiež Five shot questionnaire (Seppä et al. 1998). AUDIT-C obsahuje len prvé tri otázky Auditu, kým FAST je dvojstupňový dotazník založený na otázkach 3, 8, 5 a 10 z AUDITu. Five Shot Questionnaire kombinuje 2 otázky z AUDITu s tromi otázkami z CAGE.

SIAC (Systematic Inventory of Alcohol Consumption)ⁱ

Dotazník AUDIT preukázal účinnosť ako skriningový nástroj na rozoznávanie rizikových pijanov a bol preložený do mnohých jazykov. Niektorí zdravotníci však prejavujú neochotu k jeho používaniu a dávajú prednosť priamym otázkam v rozhovore.

Dotazník SIAC vznikol v Španielsku v snahe o štandardizáciu priameho rozhovoru. Má tri otázky na množstvo a frekvenciu užívania alkoholu.

Tento dotazník sa musí vyplňať podľa nasledovných inštrukcií:

- V **otázke 1** musí užívateľ presne uviesť počet dávok alkoholu vypitých každý deň, v ktorom konzumoval alkohol (ak napr. pacient povie, že si dal 2 pívá, 2 poháre vína a jeden štamperlík brandy, skonsumovaný počet štandardných dávok alkoholu bude $2+2+1=5$). Získaný výsledok v štandardných dávkach alkoholu je treba napísať do zodpovedajúceho riadku (pracovné dni alebo dni voľna) a do stĺpca “kvantita”.
- V **otázke 2** musí užívateľ uviesť presne počet dní, v ktorých pil alkohol a napísať to do zodpovedajúceho riadku (pracovné dni alebo dni voľna) a do stĺpca “dni”.
- Ak na **otázku 3** odpovie “Nie”, vyplní sa príslušné pole. Ak je odpoveď “Áno”, testovaný sa musí vrátiť k otázkam 1 a 2 a napísať odpovede do zodpovedajúceho riadku (pracovné dni alebo dni voľna), aby sa dotazník vyplnil.
- Aby sme získali informáciu o množstve alkoholu, ktoré sa vypilo za týždeň, vynásobí sa počet dní, kedy sa konzumoval alkohol, jeho skonsumovaným množstvom; a po spočítaní pracovných a voľných dní dostaneme celkové množstvo za týždeň, vyjadrené v štandardných dávkach alkoholu. Majte na pamäti, že riziková konzumácia sa začína od 280 gramov týždenne pre mužov a 140 gramov pre ženy (čo predstavuje 28 štandardných dávok u mužov a 14 štandardných dávok u žien).

ⁱ Prispôbte na miestne podmienky

Krvné testy

Biochemické testy na identifikáciu porúch spôsobených alkoholom, ako napr. hodnoty pečeňových enzýmov [napr. sérová gama-glutamyl transferáza (GGT) a aminotransferázy], karbohydrát deficientný transferrin (CDT) a priemerný objem erytrocytov (MCV) nie sú najvhodnejšie na skrining spotreby alkoholu, pretože ich zvýšené hodnoty majú nízku senzitivitu a identifikujú len malú časť pacientov s rizikovým alebo škodlivým pitím.

Ak sa v AUDITe zistia vysoké skóre, odporúča sa vykonať základné vyšetrenia, vrátane analýzy ukazovateľov funkcií pečene s použitím vyššie uvedených testov, pretože ich výsledky môžu doplniť informácie získané v interview a pomôcť určiť mieru existujúceho poškodenia. Abnormálne výsledky krvných testov kvôli vysokej konzumácii alkoholu sa môžu stať významným faktorom, ktorý bude pijana motivovať k tomu, aby sa rozhodol pre zmenu správania.

Hľadisko konzumenta alkoholu

Aby sa intervencia vykonávala správnym smerom, je dôležité brať do úvahy aj odpovede konzumenta na otázku aké sú ZA a PROTI pitia alkoholu. Výhody a nevýhody pitia sa môžu týkať spoločenských, finančných aspektov, zamestnania, psychologických alebo právnych či zdravotných aspektov.

Ľudia pijú alkohol, aby tým získali určité výhody, a ich pitie sa stáva problémom vtedy, keď:

- a) Alkohol nepriniesol výhody, ktoré pijan od neho spočiatku očakával; tak napríklad, "Pijem, aby som sa rozjaril, ale tlmivé účinky vedú k tomu, že sa cítim horšie", alebo "Pijem, aby som si dodal sebadôveru a spravil dojem na dôležitých ľuďoch, ale vypijem si priveľa a potom vystrájam hlúposti".
- b) Pitie alkoholu môže priniesť krátkodobú výhodu, ale môže tiež viesť k dlhodobým negatívnym následkom, napríklad "Vypijem si, aby som v noci spal, ale potom sa každé ráno zobúdzam s kocovinou", alebo "Pijem, aby som zapadol do partie, ale ukazuje sa, že si to odnáša moja pečeň".

Celostný pohľad na situáciu uľahčuje proces seba-prehodnocovania a spoločné pochopenie zložitosti celého problému môže pacientovi napomôcť k zmene.

PRACOVNÝ LIST 4

Nástroje na identifikáciu – Skupinové cvičenie

Fiktívny prípad

45-ročný muž si dohodoví návštevu u lekára, pričom ide o odporúčanie zamestnávateľa na preventívne prehliadky. Je ženatý, má dve dospievajúce deti a pracuje ako manažér v textilnej firme.

Obvykle si vypije pohár vína pri jedle. Často si večer, po odchode z továrne, vypije zopár pív s kolegami a v sobotu večer, keď vyrazí von s kamarátmi, toho popije ešte viac, asi tak 6 alebo 7 pív. Jeho žena sa sťažuje, že jej dostatočne nepomáha s domácnosťou; očakáva od neho, že jej bude po večeroch s prácou pomáhať, ale (podľa nej) si manžel len sadne pred televízor a relaxuje pri pohárikú brandy.

Pred tromi mesiacmi ho závodný lekár upozornil, že má vysoký krvný tlak a povedal mu, aby pil menej alkoholu. To ho trochu zarazilo, pretože v rodinnej anamnéze má embóliu a srdcové problémy. Je však toho názoru, že ak je v rodine sklon k vysokému krvnému tlaku, beztak sa tomu nevyhne. V každom prípade mu alkohol pomáha relaxovať a myslí si tiež, že mu pomáha znižovať stres, aj keď raz, keď si trochu viac vypil, začal byť podráždený a správal sa násilne k manželke.

Pokiaľ ide o jeho lekára, pozná ho už dlho, dôveruje mu a myslí si, že je úprimný a čestný. Odpovedal na otázky v AUDIT a získal celkové skóre 12.

PRACOVNÝ LIST 5

Účinnosť krátkych intervencií – Vysvetlenie

Krátke intervencie sú v oblasti primárnej zdravotnej starostlivosti účinnými prostriedkami na zníženie rizikovej a škodlivej konzumácie alkoholu. Je známe, že ak sa poskytne rada ôsmim pacientom, pri jednom z nich sa dosiahne úspech. Je to priaznivý pomer oproti účinnosti krátkej rady pre fajčiarov cigariet, kde takto prestane fajčiť jeden z 20 pacientov. Uvedený pomer sa však zvýši asi na 1 : 10, ak radu doplníme o farmakoterapiu. Je iba málo dôkazov o závislosti účinku na dávke a nezdá sa ani, že rozšírené intervencie sú účinnejšie ako krátke intervencie. Účinnosť sa určite udrží počas jedného roka a môže pretrvávať do štyroch rokov.

Krátke intervencie sú účinné v podmienkach primárnej zdravotnej starostlivosti pri redukcii problémov súvisiacich s alkoholom u ľudí so škodlivou konzumáciou alkoholu, ale bez alkoholovej závislosti. Takáto intervencia je úspešná v jednom prípade z ôsmich. Krátke intervencie sú tiež efektívne pri znižovaní úmrtnosti. Aby sa zabránilo jednému úmrtiu ročne, musí byť podaná krátka rada 282 pacientom.

Krátke intervencie sa zdajú byť rovnako účinné u mužov aj u žien, u mladších aj u starších. Zdajú sa byť tiež účinnejšie u menej závažných problémov. Z doterajších dôkazov vyplýva, že krátke intervencie počas tehotenstva sú neúčinné.

PRACOVNÝ LIST 6

Model štádií zmeny

Je veľa štúdií, v ktorých sa preukázalo, že zamýšľaná zmena návykového správania môže nastať s odbornou pomocou i bez nej. Prochaska a DiClemente (1986) skúmali, ako sa ľudia usilujú zámerne meniť svoje správanie s pomocou psychoterapie i bez nej a opísali, že ľudia meniaci svoje správanie, prechádzajú cez sled štádií od štádia prekontemplácie k štádiu udržiavania sa. V každom štádiu prežíva jednotlivec rôzne pocity a prichádzajú mu na um rôzne myšlienky a zisťuje, že existujú rôzne aktivity, ktoré mu pomáhajú, aby sa dostal ďalej. Tento model sa skoro vždy znázorňuje v podobe kruhu alebo špirály. Pred samotným vstupom do kruhu zmien sa osoba nachádza v štádiu prekontemplácie. **Prekontemplácia** je štádium, v ktorom ešte niet zámeru zmeniť v dohľadnej budúcnosti svoje správanie. Veľa ľudí si v tomto štádiu svoje problémy vôbec neuvedomuje, alebo si ich uvedomuje len veľmi nedostatočne. Niektorí ani nevedia, že pitie alkoholu spôsobuje ich problémy, alebo že alkohol pre nich predstavuje riziko. Inokedy si zase plne uvedomujú riziká, ktoré vyplývajú z tohto ich správania, lenže sa nechcú zmeniť pre iné pre nich veľmi významné príčiny. Ich rodiny a priatelia však často veľmi dobre vedia, že tieto osoby v prekontemplačnom štádiu majú problémy a často na nich vyvíjajú tlak, aby vyhľadali pomoc. Kým tento ich tlak trvá, prejaví sa u pijúcich dokonca aj určitá zmena, no sotva tlak poľaví, často sa veľmi rýchlo vrátia k svojim starým zvykom.

Je to uvedomenie si rizík a problémov súvisiacich s daným správaním, alebo obavy z ich prejavovania sa, čo zvyčajne donúti človeka presunúť sa do štádia **kontemplácie**. V tomto štádiu si už ľudia uvedomujú existenciu problému a seriózne sa zamýšľajú nad tým, ako ho prekonať, ešte sa však nerozhodli niečo aktívne podniknúť. Síce si už uvedomujú, že zmena je nevyhnutná, ale ešte stále sú pripútaní k problematickému správaniu. Ešte nie sú pripravení zmeniť sa a môžu v tomto štádiu uviaznuť na dlhú dobu. Pre toto štádium je typická ambivalencia a zvažovanie presných “PRE” a “PROTI” vo vzťahu k ich problému. Ľudia, ktorí sú v štádiu kontemplácie, zápasia s vlastným kladným hodnotením svojho návykového správania a množstvom úsilia, energie a strát, ktoré ich bude stáť prekonanie ich problému, aj keď sú často už odhodlaní zmeniť svoje správanie zhruba tak do polroka.

V nasledujúcom, **prípravnom** štádiu sú tí ľudia, ktorí už plánujú zmeniť svoje návyky v blízkej budúcnosti. Majú v úmysle pustiť sa do toho a urobiť to na budúci mesiac, keď sa im to už nepodarilo povedzme minulý rok. Uvádzajú už určité malé zmeny vo svojom správaní, ale ešte stále nenapĺňajú kritérium účinnej akcie, takého rozhodujúceho kroku, akým je obmedzenie svojho pitia. Začínajú rozprávať druhým ľuďom, že sa pokúšajú meniť svoje návyky a stavajú si do budúcnosti zreteľné plány, ako to chcú dosiahnuť.

V štádiu **akcie** ľudia menia svoje správanie, prostredie a prežívanie tak, aby prekonalí svoje problémy. Tieto zmeny sú už viditeľné a zaslужujú si maximálne uznanie zvonka. Hlavnými znakmi akcie sú zmena cieľového správania na prijateľnú mieru a významné viditeľne vynaložené úsilie pre uskutočnenie tejto zmeny. V tomto štádiu už títo ľudia hľadajú pomoc a sú zväčša v kontakte s odborníkmi alebo so svojpomocnými skupinami.

Po tomto aktívnom období nasleduje obdobie **udržiavania** sa, v ktorom sa ľudia usilujú predísť relapsu a skonsolidovať to, čo dosiahli v predchádzajúcom štádiu. Zmena ich správania je plynulá a jej súčasťou môže byť aj niekoľko dočasných výkyvov a zmien. Ak nenastane konsolidácia, môže dôjsť k **relapsu** a prichádza návrat do skoršieho štádia. Hlavnými znakmi udržiavacieho obdobia sú stabilizácia dosiahnutej zmeny správania a vyhýbanie sa relapsu.

Väčšina ľudí, ktorí sa pokúšajú zmeniť svoje návykové správanie, nedokáže udržať svoje dosiahnuté výsledky hneď na prvý pokus. Relaps a vstup do nového cyklu, s prechodom cez predošlé štádia, sú u osôb usilujúcich sa zanechať svoje návykové správanie vcelku dosť časté. Priamy pokrok a úspech na prvý pokus je síce možný, ale aj pomerne zriedkavý jav. Postup od jedného k druhému štádiu zmeny sa dá dobre znázorniť pomocou špirály.

Sú ľudia, ktorí postupujú veľmi rýchlo z jedného štádia do druhého, prípadne niektoré zo štádií preskočia. Keď ale prejdú príliš rýchlo štádiom kontemplácie alebo prípravným štádiom, vzniká vysoké riziko relapsu, pretože ich rozhodnutie zmeniť návyky, ako i plán na podporu tohoto ich rozhodnutia, nie sú ešte dostatočne silné.

Rozoberaný model je *transteoretický*, t.j. opisuje štádia, ktorými ľudia prechádzajú, a to bez ohľadu na to, ako sú vysvetľované samotné problémy, alebo to, či pacient má alebo nemá prístup k odbornej starostlivosti. Aj v prípade, že tento prístup pacient má, nezáleží na tom, akú teóriu a techniky terapeut používa.

PRACOVNÝ LIST 7

Procesy zmeny

Na pochopenie zmeny správania potrebujeme vedieť, ako sa ľudia presúvajú z jedného štádia do druhého. Nasleduje 10 stratégií zvládania, ktoré ľudia používajú pri postupe cez jednotlivé štádiá zmeny:

- Zvyšovanie uvedomenia si problému
- Sociálne oslobodenie
- Silná emočná úľava
- Prehodnotenie prostredia
- Prehodnotenie seba samého
- Seba-oslobodenie – prijatie záväzku
- Posilňovanie snahy o zmenu – odmena
- Proti-podmieňovanie
- Kontrola podnetov z prostredia
- Pomáhajúce vzťahy

Ľudia, ktorí úspešne zmenia svoje správanie, používajú na zmeny tie procesy, ktoré sú pre každé zo štádií najvhodnejšie. Procesy kognitívnej zmeny pomáhajú ľuďom v raných štádiách, zatiaľ čo procesy behaviorálnej zmeny im pomáhajú prejsť neskoršími štádiami.

Zvyšovanie uvedomenia si problému

To znamená vedieť viac o sebe samom a o povahe svojho problému. Uvedomenie si je možné dosiahnuť napr. prečítaním informácií o veciach okolo zdravotnej starostlivosti alebo tým, že si uvedomíme vlastné spôsoby správania na základe sebazpoznania či pomocou odzvy od ostatných. Ľudia si obvykle lepšie uvedomia svoj problém v priebehu štádií *prekontemplácie* a *kontemplácie*.

Sociálne oslobodenie

Ide o vonkajšiu silu, ktorá sa objavuje bez ohľadu na zmeny prostredia. Tieto zmeny sú v rôznej miere zjavné podľa toho, ktoré štádium zmeny práve prebieha. Napríklad keď zazrieme značku "Zákaz fajčenie" v prostriedku hromadnej dopravy (autobus, vlak atď.), tí z nás, ktorí sú v *prekontemplačnom* štádiu si skôr uvedomia aký význam má pre nich fajčenie a aké ťažké pre nich je, že musia cestovať z práce domov, byť unavení a napätí bez toho, aby si mohli vyfajčiť cigaretu. To ich napr. privedie k úvahe o ich vlastnej závislosti na tomto návyku. Na druhej strane tí, ktorí sú v tej istej situácii a pritom v *udržiavacom* štádiu, a dokážu si poradiť, vlastne prekonajú v ten deň silný rizikový faktor.

Silná emočná úľava

Ide tu skôr o katarziu, silný emočný zážitok, ktorý spustí nejaká skutočnosť súvisiaca s problémom. Môže to byť nešťastie, čo sa niekomu v živote stane (často sa uvádza, že vážne choroby alebo smrť známych či rodičov, posunú ľudí z *prekontemplačného* štádia do *kontemplačného*). Aj filmy a divadelné predstavenia môžu podnecovať takéto emócie. Táto metóda býva zvyčajne užitočná v *kontemplačnom* a *prípravnom* štádiu.

Prehodnotenie prostredia

Nastáva vtedy, keď človek zhodnotí ako jeho problémové správanie dopadá na ostatných a na spoločnosť vôbec. Obvykle to pomôže presunúť sa od *prekontemplácie* ku *kontemplácii*.

Prehodnotenie seba samého

Nastáva vtedy, keď sa človek zamýšľa nad tým, ako vníma sám seba, aké sú jeho hodnoty a ciele, a ako pozmeniť vlastné "problematické" správanie a jeho dôsledky. Použitie tejto metódy obvykle obsahuje zvažovanie všetkých pre a proti svojho vlastného správania a tiež plánovanej zmeny. Táto metóda sa obvykle používa v *kontemplačnom* a *prípravnom* štádiu.

Seba-oslobodenie – prijatie záväzku

Nastáva vtedy, keď si človek osvojí rozhodnutie zmeniť sa a pracuje na ňom. Prijatý takýto záväzok je dôležitý v *prípravnom*, *akčnom* a *udržiavacom* štádiu. Vtedy už človek záväzne preberá zodpovednosť za výber spôsobu zmeny a podnikne potrebné kroky. V prípade, že sa tento súkromný záväzok zverejní, vytvára to spoločenský tlak na uskutočnenie zmeny. Aj to je dôvod, prečo svojpomocné skupiny obvykle povzbudzujú ľudí k tomu, aby svoj záväzok prijímali verejne.

Proti-podmieňovanie

Ide pri ňom o otázku náhrady nezdravého správania za zdravšie. Spája sa v prvom rade s tými formami správania, pri ktorých sa ľudia pokúšajú vzdať sa určitých návykov (napr. fajčenia, pitia a prejedania sa). Keďže je treba kompenzovať naše emočné potreby, je nutné nájsť si alternatívne činnosti (počúvanie hudby, telesné cvičenie alebo relaxačné techniky). Akákoľvek činnosť, ktorá nás odvádza od premýšľania o našom probléme alebo od úzkosti, ktorá sa s ním spája, mení naše správanie.

Kontrola podnetov z prostredia

Kontrola podnetov z prostredia je užitočná v *akčnom* a *udržiavacom* štádiu, pretože sa tým znižuje pokušenie a osvojenie si zdravých návykov je ľahšie než osvojenie si tých menej zdravých. Napríklad osoba, ktorá chce zmeniť svoje návyky v stravovaní a v pití alkoholu, bude mať doma čo najmenej nevhodných potravín a alkoholických nápojov. Niektorí ľudia si zase píšú rôzne upomienky, ktoré si nechávajú na strategických miestach doma aj v práci.

Posilňovanie snahy o zmenu – odmena

Ľudia zvyknú odmeniť seba samých rôznymi spôsobmi; pre niektorých to je uznanie od priateľov, kolegov alebo rodiny, iní si kupujú darčeky za peniaze, ktoré ušetrili tým, že prestali fajčiť alebo piť alkohol. V *akčnej* fáze sú odmeny veľmi dôležité ako vnútorný prínos, ktorý je spätý s uvedomením si, že zmena je už očividná. Občas sa ľudia, ktorí prestanú fajčiť, piť alebo začnú s telesnou aktivitou, cítia spočiatku horšie. Avšak už po niekoľkých týždňoch alebo mesiacoch im zmeny správania začnú prinášať odmenu.

Pomáhajúce vzťahy

Každý z nás môže podať pomocnú ruku vo forme vzťahu - zdravotník, člen svojpomocnej skupiny, rodinný príslušník, priateľ, kňaz, kolega. Pomáhajúci vzťah je dôležitý proces. Tí, ktorí hľadajú tento typ podporného vzťahu, sú najpravdepodobnejšie ľudia, ktorí by chceli zmeniť svoje návyky, pričom sa nachádzajú *akčnom* a *udržiavacom* štádiu. Dá sa pritom predpokladať, že zdravotníci chcú poskytnúť takýto pomáhajúci vzťah tým, ktorí sú v

prekontemplačnom a kontemplačnom štádiu, ale aj tým, ktorí sa pripravujú na dosiahnutie zmeny. Ľudia potrebujú rôzne druhy pomoci v rôznych štádiách zmeny a táto pomoc sa musí spájať s ďalšími metódami, ktoré používajú (napríklad osoba, ktorá načúva a kladie pacientovi zodpovedajúce otázky pri seba-prehodnocovaní, alebo iná, čo zas dáva odmeny).

Súhrn

V rôznych štádiách zmeny sa používajú rozličné postupy, tak ako je to uvedené nižšie:

Prekontemplácia	Kontemplácia	Príprava	Akcia	Udržiavanie
	Uvedomovanie si problému			
	Sociálne oslobodenie			
	Emočná úľava			
	Prehodnotenie prostredia			
		Prehodnotenie seba samého		
			Rozhodnutie sa pre zmenu	
			Posilňovanie snahy o zmenu	
			Proti-podmieňovanie	
			Kontrola podnetov z prostredia	
			Pomáhajúce vzťahy	

PRACOVNÝ LIST 8

Štádiá zmeny – cvičenie v skupine: otázky do diskusie

Zamyslite sa nad desiatimi činnosťami v nižšie uvedenom zozname. Pri každej zakrúžkujte jednu alebo viac odpovedí, ktoré ukazujú, v ktorom štádiu alebo štádiách zmeny môže byť táto činnosť užitočná (možno zakrúžkovať aj viacero odpovedí). Pokúste sa dosiahnuť súhlas so skupinou a v prípade, že nesúhlasíte, diskutujte o tom prečo je to tak.

1) Viest' si denník o svojom spôsobe stravovania, pitia alkoholu alebo fajčenia

prekontemplácia kontemplácia príprava akcia udržiavanie

2) Navštevovať stretnutia Anonymných alkoholikov

prekontemplácia kontemplácia príprava akcia udržiavanie

3) Povedať priateľom a rodine, že ste sa rozhodli zvýšiť svoju telesnú aktivitu

prekontemplácia kontemplácia príprava akcia udržiavanie

4) Dostať výsledky lekárskeho vyšetrenia, ktoré ukazujú, že váš spôsob života začína poškodzovať vaše zdravie

prekontemplácia kontemplácia príprava akcia udržiavanie

5) Zvažovať *Pre* a *Proti* fajčenia

prekontemplácia kontemplácia príprava akcia udržiavanie

6) Pozerať v televízii film o niekom, kto žije nezdravým spôsobom života a kto zomrie na srdcovú chorobu

prekontemplácia kontemplácia príprava akcia udržiavanie

7) Čítať článok o zdravej výžive a stravovaní

prekontemplácia kontemplácia príprava akcia udržiavanie

8) Vytvoriť zo svojej kancelárie, spálne alebo auta nefajčiarsku zónu a vyvesiť tam značku "Zákaz fajčenia"

prekontemplácia kontemplácia príprava akcia udržiavanie

9) Kúpiť si darček ako odmenu za mesiac zdravšieho stravovania

prekontemplácia kontemplácia príprava akcia udržiavanie

10) Naučiť sa relaxačné techniky

prekontemplácia kontemplácia príprava akcia udržiavanie

PRACOVNÝ LIST 9

Štádiá zmeny – cvičenie v skupine: odpovede

Každá z činností, o ktorej sa hovorí v tomto cvičení, môže spustiť jeden aj viac procesov zmeny, a preto v niektorých štádiách môže byť užitočnejšia než v iných. Nižšie nájdete príklady toho, aká môžu ľudia reagovať na tieto činnosti:

1) Viest' si denník o svojom spôsobe stravovania, pitia alkoholu alebo fajčenia

Na základe tejto činnosti si ľudia môžu uvedomiť, ako sa správajú, čo z ich správania vyplýva a aké to má dôsledky. V danej podobe je táto činnosť užitočnejšia v štádiách *prekontemplácie* a *kontemplácie*. Niektorí ľudia si vedú denník, aby si zaznamenali fakt, že sa usilujú o zmenu. Ak sú ich snahy aspoň sčasti úspešné, dá sa denník v štádiu *akcie* používať aj ako odmena.

2) Navštevovať stretnutia Anonymných alkoholikov

Táto činnosť môže spĺňať viaceré funkcie. V globále tvorí súčasť procesu *rozhodnutia* sa pre nový spôsob života, poskytuje *odmeny* a tiež nové *pomáhajúce vzťahy*, a preto môže byť dôležitá v štádiu *prípravy, akcie* a *udržiavania*.

3) Povedať priateľom a rodine, že ste sa rozhodli zvýšiť svoju telesnú aktivitu

Toto by mohol byť ďalší príklad *zaujatia a záväzku*, ktorý môže predchádzať nadviazanie pomáhajúceho vzťahu a poslúžiť aj vo forme *odmeny* alebo *kontroly prostredia*. Táto činnosť je užitočná v štádiu *prípravy, akcie* a *udržiavania*.

4) Dostať výsledky lekárskeho vyšetrenia, ktoré ukazujú, že váš spôsob života začína poškodzovať vaše zdravie

Táto činnosť môže viesť k *uvedomeniu si problému* a k *emočnej úľave*, a preto bude mať väčší vplyv v štádiu *prekontemplácie, kontemplácie* a *prípravy*.

5) Zvažovať *Pre* a *Protí* fajčenia

Táto činnosť môže viesť k *seba-prehodnoteniu* a mala by byť užitočná najmä v štádiu *kontemplácie* a *prípravy*.

6) Pozerať v televízii film o niekom, kto žije nezdravým spôsobom života a kto zomrie na srdcovú chorobu

Táto činnosť môže viesť k *emočnej úľave* alebo k *uvedomeniu si problému*, a preto bude užitočná v štádiu *prekontemplácie* a *kontemplácie*.

7) Čítať článok o zdravej výžive a stravovaní

Táto činnosť môže viesť k *uvedomeniu si problému*, a preto môže byť užitočná v štádiu *prekontemplácie* a *kontemplácie*. Informácie z článku sa môžu použiť napr. na *proti-podmieňovanie*, t.j. na vytvorenie predstavy o novom a zdravom spôsobe jedenia, ktorým sa nahradia menej zdravé stravovacie návyky. Ak by sa skutočne takto využili, boli by užitočné v štádiu *akcie* a *udržiavania*.

8) Vytvoriť zo svojej kancelárie, spálne alebo auta nefajčiarsku zónu a vyvesiť tam značku "Zákaz fajčenia"

Táto činnosť môže posilniť *zaujatie* a poslúžiť aj ako spôsob *kontroly prostredia*. Preto sa asi najskôr použije v štádiu *prípravy, akcie a udržiavania*.

9) Kúpiť si darček ako odmenu za mesiac zdravšieho stravovania

Táto činnosť bude ako odmena užitočná v štádiách *akcie a udržiavania*.

10) Naučiť sa relaxačné techniky

Táto činnosť sa môže použiť ako náhrada alebo alternatíva problematického správania. Môže byť veľmi užitočná v štádiu *akcie a udržiavania*.

Štádium zmeny určitej osoby nám dáva tak opisnú informáciu stavu, ako aj odporúčajúcu informáciu o voľbe liečby. Akčne-orientované terapie môžu byť celkom účinné u tých ľudí, ktorí sú práve v prípravnom alebo akčnom štádiu. Tie isté programy však môžu úplne zlyhať u tých, ktorí sú ešte v prekontemplačnom a kontemplačnom štádiu.. Zhoda liečby a aktivity so štádiom zmeny je veľmi dôležitá. Je nepravdepodobné, že osoba v prekontemplačnej fáze si zvolí pripojenie sa k svojpomocnej skupine, alebo si vyvesí nefajčiarsky znak v pracovni. Na druhej strane nie je veľmi pravdepodobné, že ak je niekto v udržiavacom štádiu, začne tráviť čas čítaním základných zdravotníckych informácií na konkrétnu tému.

PRACOVNÝ LIST 10

Spôsob komunikácie pri pomáhajúcom vzťahu

Jeden z rozhodujúcich faktorov u ľudí meniacich svoje návyky je, že sa nachádzajú v "pomáhajúcich vzťahoch", kde sa o nich niekto stará, chápe ich a ochotne im pomáha. To je obzvlášť cenné pri prechode zo štádia *prekontemplácie* do *kontemplácie*, a taktiež aj v štádiu *udržiavania* sa. Nápomocný vzťah môže poskytovať terapeut, priateľ, partner alebo člen rodiny.

Pre terapeutov, ktorí majú na každého klienta len obmedzený čas, je pozorné a aktívne načúvanie toho, čo im klienti vravia o sebe a svojich problémoch, dôležitým spôsobom nadviazania nápomocného vzťahu. Má to dve funkcie: predovšetkým umožňuje dokonale pochopiť danú osobu a jej problém, čo ich vedie ku skutočnému záujmu o vec a tiež k angažovaniu sa. A potom, klientovi je treba dať najavo toto pochopenie, starostlivosť a vlastné zaujatie pre vec. Skutočnosť, že si vás niekto vypočuje, pôsobí sama o sebe terapeuticky na toho, kto rozpráva, pričom pre načúvajúceho je to tiež spôsob, ako sa dajú zhromažďovať informácie.

Nižšie nasleduje súpis rozličných typov správania, ktoré napomáhajú aktívnemu načúvaniu uľahčujú nadviazanie pomáhajúceho vzťahu, ako aj tých, ktoré takto neúčinkujú.

Typy správania uľahčujúce načúvanie	Typy správania, ktoré neuľahčujú načúvanie
Pohľad hovoriacej osobe do očí	Nervozita, vrtenie a ošívanie sa
Primerané potriasanie hlavou	Nedívanie sa na klienta
Úsmev, výrazy v tvári, gestá rukami, atď.	Pohrávanie sa s odevom, ceruzkami a pod.
Zaujatie uvoľnenej pozície tela	Fyzické prekážky
Umožnenie chvíľ ticha/ odmlky	Pohľady na hodiny/ náramkové hodinky
Pozorovanie reči tela u klienta	Znudenosť, netrpezlivosť, odmietavosť
Hovorenie jasným hlasom	Príliš paternalistické správanie
Opakovanie kľúčových slov	Prejavy blahosklonnosti
Kladenie nesugestívnych otázok	Nevšimanie si určitých aspektov
Kontrolovanie/objasňovanie	Robenie si predčasných záverov
Reflexia toho, čo bolo povedané	Odsudzovanie
Sumarizácia	Priveľa rozprávania
Sústredenie sa na to, o čom je reč	Priveľa ticha/ odmlčaní sa
Štrukturovanie toho, čo sa povedalo	Prerušovanie
Neprítomnosť fyzických prekážok	Nariaďovanie a dávanie rád

Je ťažké udržiavať sa pri aktívnom načúvaní. Nasledujú niektoré z prekážok, ktoré sa pri tom môžu vyskytnúť:

Načúvanie "tu a tam"

Mnohí z nás myslia asi štyrikrát rýchlejšie, ako rozpráva väčšina ľudí, a preto ten, kto počúva, má trištvrte minúty na premýšľanie z každej minúty, v ktorej načúva. Niekedy sa stane, že tento čas navyše na myslenie využijeme na premýšľanie o iných veciach, miesto toho, aby sme počúvali to, čo nám hovorí druhá osoba.

Načúvanie typu "uši otvorené - myseľ zavretá"

Občas sa príliš rýchlo rozhodneme, že to, čo nám hovorí niekto druhý, je nudné, nelogické a nepravdivé. Z toho nám vyplynie, že už vopred vieme, čo bude ďalej, takže záver je, že niet dôvodu na ďalšie načúvanie, lebo beztak už nebudeme počuť nič nové.

Načúvanie typu "pohl'ad do prázdna"

Občas sa pozeráme presne na človeka a bezmála to vyzerá tak, že ho počúvame, aj keď vo svojej mysli preberáme iné veci sme vlastne na míle ďaleko. Začneme sa sústreďovať na svoje vlastné príjemné myšlienky a z prázdneho výrazu našej tváre je zrejmé, že nás vôbec nezaujímá to, čo ten druhý hovorí.

Načúvanie veciam "čo sú na mňa príliš hlboké"

Keď načúvame príliš zložitým a komplikovaným myšlienkam, hrozí nám, že jednoducho "vypneme".

Načúvanie "argumentom, ktoré sú mimo náš spôsob myslenia"

Nepáči sa nám, keď ľudia chcú meniť naše presvedčenia, predsudky alebo názory, a tak isto nemáme radi, keď spochybňujú naše stanoviská alebo názory. Preto keď rozprávajúci človek povie čosi, čo sa nezhoduje s našimi názormi, myšlienkami a presvedčeniami, podvedome prestávame načúvať, alebo sa dokonca začneme brániť a chystáme si protiútok.

Záujem o "predmet hovoru" namiesto "hovoriaceho"

Občas sa sústreďíme na problém a nie na osobu. Podrobnosti a fakty okolo prípadu sú pre nás dôležitejšie, ako to, čo nám ľudia hovoria o sebe samých.

Načúvanie "faktom"

Často sa pri načúvaní snažíme zapamätať si fakty a opakujeme si ich pre seba znova a znova, aby sme na ne nezabudli. Keď to robíme, hovoriaci človek sa môže presunúť k novým skutočnostiam, ktoré však už nebudeme sledovať.

Načúvanie "s ceruzou"

Ak sa usilujeme zapísať si všetko, čo druhý človek povie, môžeme prísť o časť informácií, pretože hovoriaci rozpráva rýchlejšie, ako my dokážeme písať. V takejto situácii je tiež ťažšie udržiavať vizuálny kontakt.

PRACOVNÝ LIST 11

Stratégie nadväzovania vzťahu

Keď ľudia premýšľajú o zmene, obyčajne zvažujú, čo je *pre* a čo je *proti*. Takýto človek sa cíti byť motivovaný vtedy, keď si uvedomí nevýhody plynúce z jeho súčasného správania a výhody či prospech, o ktorých predpokladá, že ich získa zmenou svojho správania. Ľudia však majú v sebe rozpor medzi túhou pokračovať v súčasnom správaní a zároveň želaním svoje správanie zmeniť. Táto "ambivalencia" predstavuje pre nich zdroj konfliktu a keď sa s niekým porozprávajú o zmene svojich návykov (so zdravotníkom, s členom rodiny alebo s priateľom), tento ich vnútorný konflikt sa tým zmierni. Ľudia, ktorí im chcú pomôcť, sú občas v pokušení zapojiť sa do tohto konfliktu, napr. zdôrazňovať nevýhody ich súčasného správania a/lebo výhody plynúce z jeho zmeny, pričom výsledkom býva to, že klient zaujme opačnú pozíciu a vznikne externý konflikt, t.j., medzi klientom alebo užívateľom a tou osobou, ktorá sa mu chce pomôcť.

Bohužiaľ, výsledkom takéhoto dialógu je to, že klienti začnú opakovať a vysvetľovať tým ľuďom, ktorí im chcú pomôcť, všetky možné dôvody prečo zmena ich návykov nie je ani potrebná a vôbec to nebol dobrý nápad, pričom ich súčasné správanie vlastne nie je nijaký zvlášť veľký problém, čo napokon môže upevniť presvedčenie klienta o akceptovateľnosti jeho súčasného správania. Ak sa partneri v dialógu rozvášnia a klient s terapeutom prejdú do konfrontácie, skončí to tak, že klient je menej ochotný zmeniť návyky, ako bol predtým.

"Motivačné interview" (Miller a Rollnick 2002) predstavuje spôsob, ako pomôcť klientovi uvedomiť si tento konflikt a vlastnú ambivalenciu a priviesť ho čo najobjektívnejšiemu pohľadu na situáciu a uľahčiť mu rozhodnúť sa o tom, že ju treba riešiť. Nižšie je uvedený zoznam princípov motivačného interview, ktoré sa môžu zísť pri krátkych intervenciách u tých klientov, ktorí sa zdráhajú meniť svoje návyky.

Úvodný kontakt s pacientami určuje tón všetkých ostatných stretnutí, a preto je nevyhnutné usilovať sa o navodenie priateľskej atmosféry, aby sme čo najviac oslabili rezistenciu. Bolo opísaných niekoľko užitočných stratégií na úvod sedenia, ktoré sa zakladajú na motivačnom prístupe, zhrnutých pod akronymom OARS:

- otázky s otvoreným koncom ("Open ended questions")
- uisťovanie ("Affirming")
- reflektívne načúvanie ("Reflective listening")
- sumarizácia ("Summaries")

O – otázky s otvoreným koncom

Otázky s otvoreným koncom vyzývajú pacientov, aby rozprávali o svojich problémoch tak, ako ich vidia oni sami. To nielen minimalizuje odpor, ale umožňuje aj získanie užitočných informácií o prioritách a vnútornej motivácii pacientov. Praktickí lekári sa ich obvykle boja, pretože môžu byť časovo príliš náročné. Výskum však ukázal, že u pacientov v primárnej starostlivosti bol priemerný čas na jednu takú otázku 92 sekúnd (Langewitz et al. 2002).

Otvorené otázky umožňujú pacientovi prezentovať rôzne témy a perspektívy. Praktik tu má možnosť vybrať si, na ktoré z tém uvedených jeho pacientom bude reagovať.

A – Uisťovanie (“Affirming”)

Pacienti s problémami s alkoholom majú sklon k nízkej sebaúcte. Ak sa im ukáže podporný postoj a zreteľné uznanie pre ich snahu a pokrok, môže to zlepšiť ich sebahodnotenie a podporiť ich pripravenosť pre zmenu. Uisťovanie môže mať povahu výrokov vyjadrujúcich uznanie a pochopenie. Podstatné je, aby terapeut vyberal témy, pri ktorých môže úprimne vyjadriť pozitívne povzbudenie.

R – Reflektívne načúvanie

Ústredným prvkom motivačného interview je reflektívne načúvanie. Dá sa definovať ako snaha o odhad toho, čo si pacient naozaj myslí, keď niečo povie (pozri schému podľa Gordona, priesvitka 29). Ide o formu konštatovania, nie otázky (keď klesne hlas na konci vety), ktoré vyzve pacienta k tomu, aby s ním ďalej narábal. Konštatovania pri reflektívnom načúvaní sa môžu pohybovať od povrchných (opakovanie zopár významných slov), až po hlbšie sentencie (reflektovanie pocitov). Spočiatku by sme mali používať jednoduché formy reflektovania, kým hlbšie sú vhodnejšie len v pokročilých fázach. Je dôležité poznamenať, že na to, aby sme nezvýšili defenzivitu, je treba starostlivo vyberať výrazy (napr. “ste znepokojený” je lepšie než “trápi vás to”).

Reflektívne načúvanie je jemný a zároveň mocný nástroj, ktorý terapeutovi umožňuje byť aj direktívny: výber toho, na čo z hovoru pacienta zareaguje mu dovoľuje rozhodovať, akým smerom sa rozhovor poberie. Každopádne však nesmieme zabúdať, že reflektívne načúvanie je iba odhad. Terapeut musí dávať veľký pozor na pacientove reakcie na jeho odhad a zmeniť smer rozhovoru, ak bol jeho odhad chybný.

S - Sumarizácia

Sumarizáciu možno použiť na zhrnutie tém, o ktorých sa predtým diskutovalo. Pomáha to udržať kurz rozhovoru a vyhnúť sa rozptýleniu. Ak pacienti počujú svoje vlastné slová z úst terapeuta, nielenže si uvedomia to, že im ozaj načúval, ale vzrastie tým aj ich motivácia k zmene. Sumarizácie sú vlastne dlhými reflektovaniami rozhovoru. Nemali by sa využívať ako záverečné vety, ale ako konštatovania, ktoré sú výzvou na budúcu exploráciu.

Stručne povedané

Všetky tieto stratégie nadviazania vzťahu sa majú používať dohromady, aby sme vytvorili priateľskú atmosféru, v ktorej sa pacient cíti dosť bezpečne na to, aby dokázal pátrať po príčinách svojej nerozhodnosti. Hlavný cieľ praktika pri otvorení rozhovoru musí byť vytvorenie tejto atmosféry bezpečia, a to aj vtedy, ak to bude znamenať, že diskutované témy nebudú presne tie, ktoré patria do agendy praktického lekára.

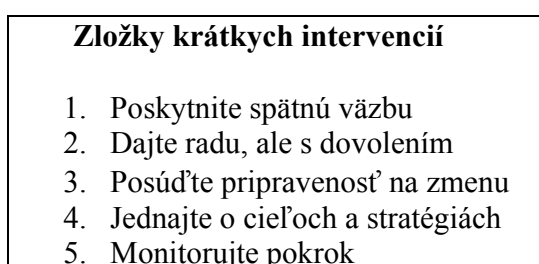
PRACOVNÝ LIST 12

Základné zložky krátkych intervencií ⁱⁱⁱ

Pri realizácii krátkych intervencií je treba venovať zvláštnu pozornosť tak ich obsahu, ako aj povahe. Spôsob ich podania je mimoriadne dôležitý, pretože krátke intervencie sú zostavené tak, aby dokázali spustiť vnútorné popudy, čo sa dá dosiahnuť len prístupom, ktorý zvyšuje motiváciu pacienta.

Prejavte pacientovi empatiu

Vštepujte pacientovi dôveru vo vlastné schopnosti



Zdôraznite zodpovednosť pacienta

Štýl a duch krátkych intervencií

Krátke intervencie sú založené na motivačnom interview a ich štýl možno zhrnúť takto:

- Prejavte empatiu
- Vštiepte pacientovi dôveru vo vlastné schopnosti
- Zdôraznite pacientovu zodpovednosť

Prejavovanie empatie

Empatia je jednou z kľúčových črt úspešného terapeuta. Obsahuje rešpekt, zmysel pre podporu, vrelosť, citovo podfarbené pochopenie a angažovanosť. Miller a Rollnick empatiu opísali ako „špecifikovateľnú a naučiteľnú zručnosť pochopenia názoru iného pomocou reflektívneho načúvania. Vyžaduje si intenzívnu pozornosť voči každému novému výroku klienta a neustálu tvorbu hypotéz o ich vnútornom význame. Váš najlepší odhad tohoto významu sa potom reflektuje späť ku klientovi, často s obsahom doplneným o to, čo sa otvorene povedalo. Klient zareaguje a celý proces sa opäť začne odznova“.³

Je treba zdôrazniť, že empatia je zručnosť, ktorá sa dá naučiť, lebo mnoho ľudí si myslí, že je to prirodzená schopnosť, ktorú niekto má a iný nie, a preto nemá zmysel sa snažiť zlepšiť svoje empatické schopnosti. Empatia značí naučiť sa sústrediť na osobu, nie na chorobu.

ⁱⁱⁱTúto informáciu poskytli *Clinical Tools, Inc.*, a jej copyright patrí *Clinical Tools, Inc*

³ Miller W, Rollnick S. 1991 *Motivational interviewing*. Guilford Press New York

Vštiepenie dôvery vo vlastné schopnosti

Krátke intervencie navodzujú zmeny, pretože dávajú do pohybu vnútorné mechanizmy u pacienta, ktorým on sám už v plnej miere neverí. Tým, že pacientovi pomôžeme veriť vo vlastnú schopnosť zmeniť sa, zvýši sa pravdepodobnosť dosiahnutia zmeny. Často býva užitočné pozrieť sa späť na minulé udalosti, kde sa takáto schopnosť prejavila, ako môžu byť predchádzajúce obdobia abstinencie alebo zníženej konzumácie, či úspechy dosiahnuté v iných oblastiach (zníženie váhy, cvičenie, atď.) Pri pacientoch s veľmi nízkou dôverou vo vlastné schopnosti môže byť užitočné oceniť veľké úsilie, ktoré prejavili už len tým, že sa odhodlali prísť na konzultáciu a hovoriť o svojich problémoch.

Zdôraznite zodpovednosť pacienta

Pacienti sa vždy vyrovnávajú so značnou dávkou vlastnej nerozhodnosti, keď majú niečo urobiť so svojou konzumáciou alkoholu. Práve z tohoto dôvodu, ak ich praktik začne tlačiť jedným smerom (obmedziť alkohol alebo abstinovať) pacient má sklon zastávať opačný názor (zvýši sa jeho odpor). Ak sa praktici chcú vyhnúť tejto pasci, mali by ostať 'neutrálni' a zdôrazňovať, že pacientovo slobodné rozhodnutie sa vždy bude rešpektovať, a že je na ňom, aby si vybral. Tento rešpektujúci postoj a neutralita umožní pacientovi, aby sa vyrovnal s vlastnou vnútornou ambivalenciou. Podstata tejto terapeutickú stratégie spočíva vo vyhnutí sa otvorenej konfrontácii (hovoriť pacientovi, čo by mal robiť), aby sa povzbudila vnútorná konfrontácia, ktorá je omnoho silnejším prostriedkom zmeny.

Obsah krátkych intervencií

Pretože čas je hlavný limitujúci činiteľ vykonávania krátkych intervencií, je potrebné primerane použiť všetky jej hlavné zložky:

- Poskytnúť spätnú väzbu
- Dať radu s dovoľením
- Posúdiť pripravenosť na zmenu
- Dojednať ciele a stratégie
- Monitorovať pokrok

Poskytnutie spätnej väzby

Ak majú byť krátke intervencie úspešné, musia byť osobné. V podmienkach primárnej zdravotnej starostlivosti je prirodzeným spôsobom personalizovania krátkej intervencie podanie spätnej väzby pomocou výsledkov vykonaného vyšetrenia. Spätnú väzbu je treba podať bez predpojatosti a vyhnúť sa akejkoľvek kritike. Pacienta je treba čo najjasnejšie oboznámiť s aktuálnym poškodením jeho zdravia a ďalším rizikom pre jeho zdravie. Je dôležité, aby sa v spätnej väzbe vyskytovali aj pozitíva, t.j. bola aj o schopnosti a sile pacienta prekonať jeho/jej problém.

Danie rady s dovoľením

Ako uviedli Miller a Rollnick (2002) – „Dobre načasovaná a rozvážna rada k zmene býva rozhodujúca“. Faktom je, že krátka rada sa ukázala byť u pacientov účinná v zmene pitia alkoholu a pri fajčení. Ak má byť rada účinná, je treba ju podať práve v tej chvíli, keď je potrebná. Ak ju dáme priskoro, pravdepodobne to len zvýši odpor pacienta. Na druhej strane, ak budeme vyčkávať prídlho, pacient sa môže cítiť trochu zmätený. Najlepší spôsob ako podať 'dobre načasovanú' radu, je požiadať pacienta o dovoľenie, skôr ako s ňou začneme.

Niekoľko možných príkladov nasleduje:

- ‘Vadilo by vám, keby som o tejto veci povedal viac?’
- ‘Chcete, aby som vám povedal, čo si o tom myslím?’
- ‘Môžem zopakovať hlavné veci, o ktorých sme zatiaľ hovorili?’

Tieto úvodné poznámky môžu pomôcť pootvoriť dvere a udržať odpor na nízkej úrovni. Ak pacient odpovie ‘Nie, ďakujem’, je treba to rešpektovať a v danom momente nedávať nijakú radu. Je vhodné skôr povedať ‘Fajn, ak by ste mal o takúto informáciu záujem neskôr, pokojne sa na mňa obráťte’.

Posúdenie pripravenosti na zmenu

Štádiá zmeny sú podrobne opísané v tretej lekcii. Je dôležité, aby praktik rozpoznal, v ktorom štádiu zmeny sa pacient nachádza vo vzťahu k svojmu konkrétnemu problému. Intervencia sa musí prispôbiť pacientovmu „štádiu zmeny“ a terapeut by mal odvodiť svoje zábery práve od toho. Nikdy by sa nemalo stať, že bude očakávať pacientov presun povedzme zo štádia prekontemplácie rovno do akcie. Niekedy je možné aj to, že ten istý pacient je vo vzťahu k rôznym problémom v rôznych štádiách (napr. je prekontemplátor voči alkoholu a pritom kontemplátor vo vzťahu k nadváhe). Inokedy si zas terapeut nemusí byť istý, v ktorom štádiu sa pacient nachádza. V takých prípadoch sa odporúča pristupovať k pacientovi tak, ako keby sa nachádzal v najmenej pokročilom štádiu, pretože takýto postup minimalizuje jeho odpor.

Dohadovanie cieľov a stratégií

Praktik si musí v plnej miere uvedomovať, že zmena návykov je pomalý a ťažký proces. Preto je treba krátke intervencie plánovať tak, aby sa pri nich zvýšila pravdepodobnosť, že rizikové spôsoby pitia pomaly vymiznú. V rámci takejto dlhodobej stratégie sa možno zameriavať aj na postupne dosahované ciele a zohľadňovať pritom nielen klinický stav pacienta, ale aj jeho pripravenosť na zmenu správania voči alkoholu. Je vždy lepšie, ak si kladieme skromnejšie, no dosiahnuteľné ciele, ktoré posilnia dôveru pacienta vo vlastné schopnosti a zvýši sa tým napr. len pravdepodobnosť toho, že bude pravidelne chodiť na kontrolu, než by sme si stavali ambiciózne, lenže ťažko dosiahnuteľné ciele.

Tak ciele, ako aj stratégie na ich dosiahnutie, musíme prediskutovať s pacientmi. Takéto dohováranie sa s pacientmi má mnohé výhody:

- Informuje nás o prijateľnosti cieľov z pacientovho hľadiska
- Veľmi zreteľne nám ukáže hodnoty a priority pacienta
- Posilní pacientovo odhodlanie dosiahnuť dohodnuté ciele
- Dá užitočné informácie o silných stránkach a schopnostiach pacienta.

Je dôležité dať pacientom najavo, že priestor na dohovor je obmedzený dvomi hranicami: z jednej strany slobodou pacienta, z druhej „správnou klinickou praxou“ terapeuta. To znamená, že dohodnuté veci nemôžu byť v rozpore ani so správnou klinickou praxou, ani so slobodnou vôľou pacienta. Dostávame sa tým do zdanlivo paradoxnej situácie, lebo je v záujme zdravotníka podporiť zmenu v správaní pacienta. Zároveň je však treba, aby mu

čo najviac uľahčil cestu k objektívnemu pochopeniu príčin jeho odporu voči zmene a tiež mu pomohol vidieť prekážky, ktoré bude treba prekonať. Je dôležité pomôcť pacientovi vnímať tieto prekážky s určitým nadhľadom a vyhnúť sa tomu, aby pacient v domnení, že mu terapeut nerozumie, nemal tendenciu zdôvodňovať práve týmito prekážkami svoj odpor voči potrebnej zmene.

Monitorovanie pokroku

Zmena je plynulý a pomalý proces. Preto namiesto plánovania intenzívnych krátkodobých intervencií bude rozumnejšie rozkrokovat' si tieto krátke intervencie na dlhšie obdobie. Zariadenia primárnej zdravotnej starostlivosti sú pre takýto postup ideálne, lebo pacienti z rôznych dôvodov zostávajú v kontakte s ich praktickým lekárom, ktorým to poskytuje možnosť zaradiť alkohol do agendy. Na druhej strane, ak pacienti zmenia svoj spôsob pitia, monitorovanie ich pokroku praktikovi umožňuje podať pozitívnu spätnú väzbu vo vzťahu k objektívnym aj subjektívnym zmenám, ku ktorým u pacienta dochádza.

Na krátke intervencie môžu pacienti reagovať odporom alebo záujmom. Pre klinika je veľmi dôležité, aby si pozorne všímal pacientovu reakciu, pretože tá ho musí priviesť k odlišným typom jeho vlastnej reakcie. V nasledujúcom texte opisujeme základné postupy pri reagovaní tak na odpor, ako aj na záujem pacienta.

1) Ako postupovať v prípade odporu k zmene návykov

Ak sa u klienta v prekontemplačnom alebo kontemplačnom štádiu začne prejavovať odmietavý postoj voči zmene návykov a pravdepodobná konfrontácia by tento odpor ešte mohla zvýšiť, je treba použiť iné stratégie.

Pri opise týchto stratégií Miller a Rollnick (2002) našli podobnosť s bojovými umeniami, v ktorých namiesto blokovania úderu, alebo protiútku, sa človek ovládajúci toto umenie "vloží" do úderu protivníka a ide s ním, čím ho vlastne zneškodní.

Vyššie uvedené by sa do pomerov v ordinácii alebo konzultačnej miestnosti snád' mohlo previesť takto:

Ak praktik začne hovoriť o zmene návykov a klient vykazuje známky odporu, tak miesto dohadovania sa má zdravotnícky profesionál tento odpor prijať a uznať a začať používať techniky reflektujúceho načúvania. Len čo sa odpor akceptuje, klient túto tému nechá tak a môže sa presunúť k uvažovaniu o iných stránkach problému.

Takýto prístup môže vlastne pomôcť povzbudiť klienta k tomu, aby sa trochu zamyslel nad tým, prečo sa vlastne odmieta zmeniť, v dôsledku čoho on sám, aj s terapeutom môžu lepšie pochopiť, aké sú skutočné dôvody odporu.

Podľa ďalšej bojovej stratégie je tiež možné odpor "ponechať bokom". Ak klient prejavuje odpor vo vzťahu k určitému okruhu otázok, môžeme presmerovať rozhovor na inú tému, alebo sa k rovnakej téme dostať z iného smeru. Cieľom je pokračovať v rozhovore čo najdlhšie konštruktívnou a spolupracujúcou formou a nenechať sa zastaviť nepodstatnou prekážkou. Medzičasom totiž klient môže ďalej rozprávať a pritom skúmať svoje pocity a myšlienky, čo má priaznivý vplyv na proces kontemplácie.

2) Využite, ak klient hovorí o zmene

Ak klient reaguje pozitívne, sú spôsoby, ako posilniť záväzok klienta k zmene tým, že cielene podnecujeme jeho vlastné výroky o tom, že by sa mal/a zmeniť. Ak nás totiž niekto počúva vtedy, keď svoj názor vyjadrujeme nahlas, zvyčajne to upevní naše presvedčenie o názore, ktorý takto otvorene zastávame. Preto ak chceme podnietiť a uľahčiť zmenu, môže nám veľmi pomôcť, ak vedíme poradenský rozhovor tak, aby sa klient cítil byť vyzvaný na uvádzanie dôvodov, ktoré ho vedú k zmene jeho návykov.

Nižšie je uvedených niekoľko príkladov týchto seba-motivačných viet:

"Je mi jasné, že ak fajčím, dávam tým zlý príklad svojim deťom."

"Keby som mal viac pohybu, pomohlo by mi to vyrovnať sa so stresom v práci."

"Môj otec zomrel na infarkt a ja nechcem skončiť tak isto. Viem, že lepšia životospráva by toto riziko znížila."

"Chcem schudnúť, lebo tučnota mi vadí, nepridáva mi to na kráse a ľahko sa unavím."

Takéto seba-motivačné vety možno vyvolať otázkami, ako napr.:

"Spomenuli ste o nejaké príjemné veci na fajčení. Obávate sa niečoho v súvislosti s týmto návykom?"

"Uvažovali ste o niektorých zmenách na svojom spôsobe života?"

"Myslíte si, že získate nejaký prospech zo toho, že zmeníte svoje návyky?"

Reč o zmene môže mať rozličné formy: vyjadrenia záujmov, obáv, atď. Najúčinnnejšie sú tie seba-motivačné výroky, ktoré vyjadria zaujatie, určité prijatie záväzku.

PRACOVNÝ LIST 13

Prevenia relapsu: Ako pomôcť ľuďom nevzdať sa a pokúsiť sa znova

Prevenia relapsu: Pomoc ľuďom, aby sa nevzdali

Udržiavanie je štádium, v ktorom sa odohráva aktívna a pokračujúca zmena. Ľudia sa naučia nové stratégie zvládnutia problému, čo im umožňuje vyhnúť sa relapsu a vytvoriť si nový a zdravší životný štýl. Len asi 20 percentám osôb sa podarí natrvalo zmeniť svoje dlhodobé problémy na prvý pokus. Väčšina ľudí sa vráti, aspoň dočasne, k problémovému správaniu, kým to skúsia znova.

Najpodrobnejšie sa relapsom pri zmene správania a tým, ako ľuďom pomôcť znova vstúpiť do cyklu zmeny, zaoberal Alan Marlatt. Prácu Marlatta a Gordona (1985) neskôr posúdili a ďalej rozvinuli ďalší (Society for the Study of Addiction 1996), pričom nám poskytli užitočný rámec pre klinickú prácu.

Čo urýchľuje relaps?

Relaps je obvykle spôsob:

- zvládania emočnej krízy (chcú sa cítiť lepšie, keď sa začnú cítiť zle);
- vystupňovania pozitívnych emočných stavov (cítia sa dobre, chcú sa ešte lepšie);
- podľahnutia pokušeniu alebo nutkaniu;
- reakcie na spoločenský tlak.

Vyhnutie sa relapsu

Ľudia potrebujú mať určité zručnosti na zvládnutie takýchto situácií a musia si byť istí, že to dokážu. Vždy keď sa ľudia úspešne vyhnú možnému relapsu, ich sebadôvera vzrastie a zvýši sa pravdepodobnosť, že úspešnú stratégiu použijú aj v budúcnosti. Ľudia, ktorí sú v štádiu udržiavania by sa mali pripraviť na zvládanie vysoko rizikových situácií.

Pri pohľade dopredu si klienti môžu na niekoľko budúcich týždňov prichystať zoznam situácií, v ktorých im hrozí, že by si mohli želať návrat k problémovému správaniu.

Vtedy im môžeme pomôcť vypracovať vhodné stratégie na to, aby to dokázali zvládnuť, t.j. kontrolovať podnety a podmienky prostredia a používať svoje pomáhajúce vzťahy:

- seba-presadzujúce zručnosti na odolanie spoločenskému tlaku;
- narábanie s úzkosťou a zlosťou pri zvládaní týchto negatívnych emočných stavov;
- podporné siete na zvládnutie ďalších emočných ťažkostí;
- spôsoby zmeny nálady a unikanie pred nutkaním a bažením (napr. po alkohole);
- zmeny v zabehnutom programe, aby sa vyhli situáciám, kde je veľké pokušenie.

“Pošmyknutia” a relapsy

Ludia sa často pustia cestou prísneho dodržiavania nového spôsobu života (bez cigarety, zdravá strava, tvrdé cvičenie, atď.), no potom sa pri nejakej príležitosti potknú. Mnohí to hneď vzdajú, len čo k takémuto pošmyknutiu dôjde, pretože sú presvedčení, že zlyhali, a že teraz nevyhnutne nastáva kompletný relaps. Prežívajú pocit viny a vyčítajú si to. Strácajú dôveru v stratégiu zvládania problému a býva dosť ťažké vrátiť ich späť na cestu k zdravému spôsobu života. Každý relaps sa začína potknutím, avšak nie každé potknutie prerastie do relapsu. Ludia sa môžu naučiť ako si poradiť so svojimi potknutiami alebo pošmyknutiami a čo najrýchlejšie, čo najkratšou cestou sa vrátiť späť na svoju predošlú dráhu. Je možné vyfajčiť jednu cigaretu, no nemusíme sa stať znovu fajčiarimi.

Pomoc ľuďom začať znova

Potknutia a relapsy nám môžu veľa povedať o našich návykoch a pokusoch zmeniť sa. Najprv si však musíme priznať, že naša prvá reakcia býva sklamanie, zlosť či frustrácia.

Ak si tieto pocity priznáme a odpútame sa od nich, dokážeme skôr rozpoznať „spúšťače“, ktoré vyvolali toto pokľznutie alebo kompletný relaps, čo nám pomôže lepšie si ujasniť, ktoré situácie sú “vysoko rizikové” a ktoré stratégie je treba rozvíjať alebo aké zručnosti budeme potrebovať na ich zvládnutie.

Môže nám pomôcť, ak preskúmame:

- Bola daná osoba dostatočne vybavená dobrými technikami proti-podmieňovania pre problémové situácie? Je treba vyvinúť ďalšie?
- Bola k dispozícii dostatočná podpora? Možno posilniť existujúci nápomocný vzťah, resp. zapojiť ďalšiu potenciálnu podporu?
- Ukázala táto skúsenosť, že pri tomto probléme je už potrebná pomoc špecialistu?
- Bol klient ozaj pripravený a rozhodnutý zmeniť sa, alebo išlo o predčasný pokus? Bude dobré, keď to klient skúsi hneď znova, alebo je potrebná ďalšia kontemplácia a príprava?

Aj z úspešných pokusov o zmenu sa ľudia môžu podobne poučiť, ako by sa mali vyhýbať pošmyknutiam vo vysoko rizikových situáciách. V týchto prípadoch je totiž možné najlepšie ukázať, ako fungujú stratégie zvládania a ako sa rozvíjajú potrebné zručnosti. A toto napokon ústi do upevnenia sebaistoty.

PRACOVNÝ LIST 14

Diagnostické kritériá závislosti od alkoholu

Je veľmi pravdepodobné, že pri skríningu konzumácie alkoholu nájdeme nielen osoby, ktorých spotreba je riziková, ale aj ľudí, ktorí už začínajú prežívať problémy s alkoholom alebo pijanov s veľmi vysokou spotrebou alkoholu. Správne určenie toho, do ktorej skupiny jednotlivca patrí, je nevyhnutné pre výber vhodnej intervenčnej stratégie v tých prípadoch, kde už je potrebná. Pri diagnostikovaní syndrómu závislosti od alkoholu sa tradične používajú dva medzinárodné klasifikačné systémy: Diagnosticko-štatistický manuál duševných porúch (DSM-IV) a Medzinárodná klasifikácia chorôb (MKCH-10).

Kritériá MKCH-10

Konečná diagnóza závislosti sa obvykle stanoví vtedy, ak sa vyskytnú tri alebo viac z nasledujúcich kritérií dohromady po určitý čas v predchádzajúcich 12 mesiacoch:

- Silná túžba po alkohole alebo pocitované nutkanie napiť sa.
- Ťažkosti s kontrolou pitia, v zmysle jeho začiatku, ukončenia či množstva pitia.
- Fyziologické odvykacie príznaky pri vynechaní alebo redukcii pitia (napr. tremor, potenie, búšenie srdca, úzkosť, nespavosť, či menej obvyklé kľče, dezorientácia alebo halucinácie) či pitie na zmiernenie alebo vyhnutie sa odvykacím príznakom.
- Dôkaz tolerancie, napr. potreba zvýšených dávok alkoholu na dosiahnutie účinkov, na ktoré predtým stačili nižšie dávky.
- Postupné zanedbávanie iných radostí a záujmov v dôsledku toho, že pitie alkoholu a zotavovanie sa z jeho následkov zaberá stále viac času (uprednostnenie pitia).
- Pokračovanie v pití aj napriek uvedomovaniu si zjavne škodlivých dôsledkov, ako sú poškodenie pečene, depresívne stavy po epizóde ťažkého pitia, alebo s alkoholom súvisiace poruchy kognitívnych funkcií.

Pacientov s rizikovou a škodlivou konzumáciou alkoholu a tých, u ktorých je klinické podozrenie na škodlivú konzumáciu alebo na závislosť od alkoholu je vhodné vyšetriť podrobnejšie. Na začiatok je vhodný desať položkový test na identifikáciu chorôb alebo porúch spôsobených pitím alkoholu (Alcohol Use Disorders Identification Test alebo AUDIT), ktorý vyvinula Svetová zdravotnícka organizácia. Skóre 20 a viac v AUDIT svedčia pre alkoholovú závislosť a pacientov je vhodné odoslať k špecialistovi na diagnostické hodnotenie a liečbu. Závislosť od alkoholu možno určovať aj pomocou modulu závislosti z Kombinovaného medzinárodného diagnostického interview WHO (Composite International Diagnostic Interview – CIDI-SF 12 Month, WHO 2002b). Ten obsahuje sedem otázok na meranie závislosti od alkoholu, pričom pozitívna odpoveď na štyri a viacej z nich znamená pravdepodobne diagnózu závislosti. (Otázky 1.1 a 6.1 sa neskórujú).

Kombinované medzinárodné diagnostické interview (CIDI-SF 12 Month) na meranie závislosti od alkoholu.

1) Došlo niekedy za posledných 12 mesiacov k tomu, že vaše pitie alebo následná pl'ušť („kocovina“) dopadli rušivo na vašu prácu v škole, či v zamestnaní, alebo v rodine?

1 Áno 2 Nie

1.1 Ak áno, koľkokrát sa to stalo za minulý rok?

i) Raz alebo dvakrát; ii) 3 až 5-krát; iii) 6 až 10-krát; iv) 11 až 20-krát; v) viac ako 20-krát

2) Boli ste za posledných 12 mesiacov v situácii, kde ste mohli utrpieť úraz – napr. ste riadili auto alebo čln, používali nože alebo zbrane či pracovali so strojom a pod.?

1 Áno 2 Nie

3) Mali ste za posledných 12 mesiacov emočné alebo psychické problémy v dôsledku pitia alkoholu — ako pocit nezájmu o čokoľvek, depresívnu náladu, podozrievavosť voči ľuďom, paranoidné predstavy alebo čudné predstavy či myšlienky?

1 Áno 2 Nie

4) Prišla na vás za posledných 12 mesiacov taká silná a naliehavá túžba po alkohole, že ste nedokázali vydržať bez pitia?

1 Áno 2 Nie

5) Mali ste za posledných 12 mesiacov obdobie v trvaní mesiac alebo aj viac, keď ste strávili množstvo času pitím alkoholu alebo zotavovaním sa z jeho účinkov?

1 Áno 2 Nie

6) Pili ste niekedy počas predchádzajúcich 12 mesiacov viac alebo oveľa dlhšie, ako ste pôvodne chceli?

1 Áno 2 Nie

1.1 Ak áno, koľkokrát sa to stalo za minulý rok?

i) Raz alebo dvakrát; ii) 3 až 5-krát; iii) 6 až 10-krát; iv) 11 až 20-krát; v) viac ako 20-krát

7) Stalo sa počas minulých 12 mesiacov, že ste museli piť oveľa viac ako obvykle, aby ste dosiahli rovnaký účinok, ako ste chceli?

1 Áno 2 Nie

Alkohol má často za následok zvýšenie koncentrácie gama glutamyl transferázy (GMT) a aminotransferáz, CDT (Carbohydrate-deficient transferrin) and MCV (priemerný objem červených krviniek). Pretože tieto testy sa vykonávajú ako rutinná súčasť biochemického vyšetrenia, ich abnormálne hodnoty môžu lekára upozorniť na možnú škodlivú konzumáciu alkoholu, prípadne na závislosť od alkoholu.

Pri skríningu a detekcii majú biologické a biochemické markery status objektívnych dát, ich špecificita, ale najmä senzitivita sú však relatívne nízke. Slabú senzitivitu, t.j. počet správne identifikovaných prípadov do istej miery vyvažuje práve ich zvýšená špecificita, t.j. výlučnosť identifikácie prípadov (vyradenie falošne pozitívnych nálezov). Napr. pre GMT a MCV sa uvádza nízka senzitivita: 26 až 40 %, ale vysoká špecificita - od 88 do 99 %. Najlepšie výsledky sú pri súbežnom použití oboch druhov metód, pričom pre metódy použité alebo vyhodnocované zvlášť je senzitivita najvyššia pri dotazníkovom skríningu (ich špecificitu uvádza priesvitka 19.2). Niektoré naše nálezy v SR ukazujú nasledujúca tabuľka:

Korelácie MALTC so psychometrickými skríninami a rozdiely v biochemických skúškach

MALTC podľa 7 položiek (n = 116)	SKRÍNINGY				
	MASTM	ADS	TS	CAGE	MAST
1. Ochorenie pečene	0,25	0,08	-0,17	0,11	-0,03
2. Polyneuropatia	0,15	0,24	0,16	-0,03	-0,03
3. Delírium tremens	0,27	-0,04	0,06	-0,08	-0,29
4. Max. denná dávka	0,43	0,35	0,21	0,10	0,08
5. Max. dávka mesačne	0,33	0,25	0,27	-0,08	0,15
6. Foetor alcoholicus	0,36	0,34	0,29	0,08	-0,10
7. Hľadanie pomoci	0,05	0,08	0,16	-0,19	0,24
Biochemická skúška	Priemery			Významnosť	
	(n = 59)		(n = 78)		(t-test)
	Kontroly		Alkoholici		
G M T	0,95		2,35		1%
Bilirubín	15,34		20,84		1%
Cholesterol	5,10		5,69		5%
Močovina	5,57		4,58		1%
Hemoglobín	147,10		141,97		1%
Leukocyty	7216,00		6280,60		1%

Pozn.: MALTC = Mníchovský test alkoholizmu (obj. časť vyplňa lekár); MASTM = Modifikovaný MAST; ADS = Škála závislosti od alkoholu; CAGE = 4-položkový skrínin alkoholizmu; TS = Trauma škála – 5-položkový skrínin výskytu fyzických porúch a poškodení, ktoré súvisia s alkoholom; MAST = Michiganský skríninový test alkoholizmu

V skupinách pacientov, ktorí vyplnili skríninové a osobnostné dotazníky sa robili aj bežné biochemické skúšky, tie však s výsledkami seba-opisu v skríninogoch významne nekorelovali. Medzi alkoholikmi (n = 78) a kontrolnou skupinou psychiatrických pacientov bez dg. 303 sa zistili iba niektoré rozdiely, najmä pri gama-glutamyltransferáze, ktorá bola v medziach normy či mierne zvýšená u kontrolných osôb, no značne zvýšená u alkoholikov, čo platilo pre zvýšený bilirubín a nižšiu ureu u alkoholikov a sčasti pre hladiny cholesterolu.

Na doplnenie ešte treba uviesť, že napokon MKCH-10 z pôvodných deväť ponechala **ŠEŠŤ** bio-psycho-sociálnych diagnostických vodidiel pre závislosť:

- Prvý pár = silná túžba užívať + narušenie kontroly (body 1 a 2);
- druhý pár = somatický odvykací stav + dôkaz rastu tolerancie (3 a 4);
- tretí pár = strata záujmov+d'alsie užívanie napriek dôsledkom (5 a 6).

Zvyšné tri, ktoré sa natoľko netýkajú bezprostredne zistiteľných znakov, sú uvedené nižšie:

- Užitie látky s cieľom zmierniť abstinenčné príznaky a s vedomím, že postup je účinný.
- Zúženie osobného repertoáru užívania látky, napr. tendencia piť alkoholické nápoje rovnako cez týždeň i víkendy, bez ohľadu na to, aké spoločenské pravidlá platia na správanie počas pitia.
- Dôkaz, že návrat k užívaniu látky po období abstinencie vedie k rýchlejšiemu návratu ostatných znakov syndrómu ako u osôb bez závislosti.

Iné skriningy so známymi psychometrickými vlastnosťami, používané v SR:

Škála závislosti od alkoholu - ADS

Otázky tohto dotazníka sa týkajú pitia alkoholických nápojov za minulých 12 mesiacov (výrazom „pitie“ sa myslí pitie alkoholu; výrazom „fl'aša“ fl'aša alkoholu).

1. Koľko ste toho vypili/a, keď si posledne pili/a?

- 1 Bol/a som v nálade, alebo menej
- 2 Opil/a som sa
- 3 Nevedel/a som, čo robím

2. Ráno po pití bývate často ako priotrávený/á a máte výčitky svedomia (pl'úšť' či „kocovinu“)?

- 1 Nie
- 2 Áno

3. Stalo sa, že si sa za triezva „rozklepali/a“ (tras rúk, vnútorná triaška), v dôsledku predošlého pitia?

- 1 Nie
- 2 Občas
- 3 Skoro po každom pití

4. Cítite sa telesne zle (vracanie, žalúdočné kŕče a pod.) následkom pitia?

- 1 Nie
- 2 Občas
- 3 Skoro vždy keď pijem

5. Mali ste delírium tremens (t.j. videli, cítili, či počuli nejestvujúce veci), alebo sa ocitli v stave veľkej úzkosti, predráždenosti a nepokoja?

- 1 Nie
- 2 Jeden raz
- 3 Niekoľko ráz

6. Ak sa chcete v spoločnosti dostať do takej nálady ako ostatní, potrebujete si vypiť viac alkoholu než oni (alebo si dať 1-2 poháre vopred)?

- 1 Nie, nikdy
- 2 Občas áno
- 3 Skoro vždy

7. Keď si vypijete začne vás to „vodit“, takže sa tackáte, potkýnate alebo motáte?

- 1 Nie
- 2 Občas
- 3 Často

8. Cítili/a ste niekedy nezvyklé teplo, alebo sa horúčkovo spotili/a v dôsledku predošlého pitia?

- 1 Nie
- 2 Jeden raz
- 3 Niekoľko ráz

9. Videli ste niekedy v dôsledku pitia „veci“ (t.j. ľudí, zvieratá, predmety a pod.), ktoré tam v skutočnosti neboli?

- 1 Nie
- 2 Jeden raz
- 3 Niekoľko ráz

10. Mávate strach z toho, že keď pocítite potrebu vypiť si, nebude nič poruke?

- 1 Nie
- 2 Áno

11. Zvyknete mať fľašu pri posteli (alebo niekde na dosah v spálni)?

- 1 Nie
- 2 Áno

12. Stáva sa, že pijete potajomky, alebo si ukrývate fľaše?

- 1 Nie
- 2 Áno

13. Mávali/a ste „okienka“ (t.j. zabudli/a časť z toho, čo sa stalo alebo povedalo počas pitia)?

- 1 Nie, nikdy
- 2 Občas
- 3 Často
- 4 Skoro pri každom pití

14. Nosíte so sebou fľašu alebo si ju držíte niekde poruke?

- 1 Nie
- 2 Niekedy sa stane
- 3 Väčšinou je to tak

16. Opili/a ste sa niekedy „do nemoty“ (nevedeli/a si čo robíš, hovoríš, alebo si odpadli/odpadla a pod.)?

- 1 Nie
- 2 Tak raz za rok
- 3 Dva razy za rok alebo viac

17. Vyskytli sa u vás svalové zášklby alebo kŕče (prípadne záchvat) po období pitia?

- 1 Nie
- 2 Jeden raz
- 3 Niekoľko ráz

18. Ak už pijete, tak v kuse celý deň („doplňate hladinku“)?

- 1 Nie
- 2 Áno

19. Po riadnej pitke vám to myslelo pomalšie, ťažkopádne alebo nejasno?

- 1 Nie
- 2 Áno, na niekoľko hodín
- 3 Áno, jeden alebo dva dni
- 4 Áno, viacej dní

20. Cítili/a si niekedy, že sa vám prudko rozbúšilo srdce v dôsledku predchádzajúceho pitia?

- 1 Nie
- 2 Jeden raz
- 3 Niekoľko ráz

21. Myslíte takmer neustále na pitie a alkohol?

- 1 Nie
- 2 Áno

22. Počuli ste v dôsledku pitia „veci“ (t.j. hlasy, zvuky, hudbu a pod.), ktoré tam v skutočnosti neboli?

- 1 Nie
- 2 Jeden raz
- 3 Niekoľko ráz

23. Zistili/a si, že účinok 1-2 pohárov alkoholu je slabší, ako bol predtým (alebo trvá kratšie)?

- 1 Účinok je rovnaký
- 2 Účinok sa trochu znížil
- 3 Účinok je značne (zreteľne) slabší

24. Mali/a ste v dôsledku pitia úzkostné stavy a čudné sny či pocity, ktoré vám nahnali strach?

- 1 Nie
- 2 Raz alebo dvakrát
- 3 Často

25. Cítili ste niekedy v dôsledku pitia, že po vás lezú nejaké „veci“, ktoré tam vlastne neboli (chrobáky, červíky, pavúky a pod.)?

- 1 Nie
- 2 Jeden raz
- 3 Niekoľko ráz

26. Vzhľadom na „okná“ (stratu pamäti následkom pitia):

- 1 Nikdy ste nemali/a okno
- 2 Mali/a ste okná, čo trvali menej ako hodinu
- 3 Mali/a ste okná, čo trvali niekoľko hodín
- 4 Mali/a ste okná, čo trvali deň alebo viac

28. Pijete zväčša prvé 1-2 poháre na dúšok („do dna“), alebo zvyknete piť rýchlym tempom?

- 1 Nie
- 2 Áno

29. Dokážete vo väčšine prípadov prestať piť po jednom-dvoch pohároch?

- 1 Nie
- 2 Áno

ADS sa vyhodnocuje tak, že prvá odpoveď, ktorá je prakticky vždy odpoveďou „Nie“ znamená vždy 0 bodov (jediná výnimka je otázka č. 29, kde má hodnotu 1 bod!).

Potom podľa odstupňovania možných odpovedí sa dáva skóre od 1 do maximálne 3 bodov. Podľa slovenských noriem znamená skóre (dané súčtom bodov) od 1 do 12 postupný nárast psychologickej závislosti. Od 13 do 18: postupne pribúdajú známky fyzickej závislosti od alkoholu. Od 19 do 24 ide o podstatnú úroveň závislosť; pri 25 a viac ide o ťažkú závislosť.

Súhrnná informácia o výsledkoch ADS pri jeho štandardizácii je v nasledujúcej tabuľke:

Priemery a SD konečnej verzie ADS u alkoholikov a kontrolných osôb

Skupina/ počet	N (n=170)	P (n=59)	V (n=121)	U (n=568)	A (n=160)	M (n=582)	Ž (n=146)	CK (n=728)
x :	3,53	3,83	2,26	21,3	18,0	20,8	19,6	20,6
SD:	4,01	3,99	2,42	9,2	7,7	9,2	8,4	9,0

Pozn.: N=normálna populácia, P=psychiatrickí pacienti, V=vodiči z povolania; CK=celá konečná verzia.

ADS ústavní (U)-ambulantní (A) sa významne ($t=4,202$; $p<0,01$) líši, muži a ženy nie ($t=1,486$). MAST bol v oboch prípadoch významný: U-A ($t=4,309$; $p<0,01$), aj M-Ž ($t=2,153$; $p<0,05$).

Test-retest po 2 až 3 týždňoch signifikantne koreloval pri konečnej verzii ADS, kde $r = 0,88$ u 105 prípadov. Test-retest po dlhšom období (cca 4-5 týždňov) bol tiež porovnateľný: pri tradičnej verzus automatizovanej verzii $r = 0,83$; pri tradičnej-tradičnej (t.j. „papier-ceruza“) $r = 0,90$.

Pre porovnanie uvedieme výsledky dosiahnuté po vyše desaťročí u stredoškolských študentov na Slovensku v rokoch 2006 a 2007:

. Priemery a SD v ADS u 16 – 19 ročných študentov SŠ v roku 2006 a 2007

Skupina/ počet	Chlapci (n=2804)	Dievčatá (n=3992)	Σ 2006 (n=6796)	Chlapci (n=3831)	Dievčatá (n=3917)	Σ 2007 (n=7748)
x :	7,53	5,81	6,52	7,39	6,25	6,81
SD:	6,21	5,47	5,85	5,76	5,34	5,58

Pozn.: V apríli 2006 bolo ADS použité popri prieskume TAD; v marci 2007 popri prieskume ESPAD.

PRACOVNÝ LIST 15

Farmakologická liečba závislosti od alkoholu

Zvládnutie odvykacích príznakov

Ľudia, ktorí boli fyzicky závislí od alkoholu, pocítia obvykle odvykacie príznaky v čase od 6 do 24 hodín po vypítí posledného pohára alkoholu. Diazepam sa odporúča ako prvá voľba pri liečbe odvykacích príznakov kvôli jeho relatívne dlhému polčasu a dôkazu jeho účinnosti. Štandardný terapeutický režim predstavuje pravidelné dávky diazepamu počas 2 až 12 dní, ale nie dlhšie vzhľadom na návykovosť a riziko závislosti.

Nasledujúca tabuľka ukazuje odporúčané dávky diazepamu. Presné dávkovanie v rozsahu medzi nízkym a vysokým závisí od intenzity príznakov odvykacieho syndrómu

Deň	Diazepam (5 mg)	
	Nízke	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

Ak sa u pacienta vyskytne jeden či viac z nasledujúcich príznakov alebo skutočností v anamnéze, odporúča sa použiť diazepam ako prevenciu odvykacieho syndrómu:

- Už bolo delírium tremens alebo kŕče
- Odvykacie príznaky už boli ráno po pití
- Ako prvá vec ranný dúšok alkoholu
- Klient je ochotný užívať lieky
- Odvykacie príznaky sú aktuálne prítomné
- Vážny fyzický stav

V prípade, že pacient potrebuje detoxifikáciu, musíme posúdiť, či je vhodné odoslať ho do špecializovaného centra, alebo sa dá zvládnuť v rámci primárnej zdravotnej starostlivosti. Ak sú u pacienta prítomné nižšie uvedené príznaky, je treba odoslať ho do nemocnice, alebo na pohotovosť:

- Predchádzajúce neúspešné pokusy o liečbu
- Závažné komplikácie:
 - Stredné až ťažké riziko príznakov odvykacieho syndrómu.
 - Súbežné závažné ochorenie.
 - Rodina nedokáže poskytnúť podporu.
 - Psychiatrická komorbidita.
 - Pravidelné užívanie ďalších návykových látok.
- Team v zariadení primárnej zdravotnej starostlivosti nedokáže poskytnúť liečbu.

Ak sa rozhodneme pre ambulantnú detoxifikáciu v primárnej zdravotnej starostlivosti, musia byť splnené nasledujúce podmienky:

- Denná konzumácia alkoholu pod 25 štandardných dávok (t.j. pod 250 g alkoholu).
- Žiadne medicínske alebo psychiatrické komplikácie.
- Patient sa zaviazá:
 - Abstinovať počas detoxifikácie.
 - Zostane doma.
 - Vyhne sa riskantným činnostiam.
- Jeden príbuzný bez problémov so závislosťou musí prevziať zodpovednosť za to, aby pacient riadne užíval lieky a taktiež dohliadne na liečbu.
- Počas detoxifikácie nesmú byť doma nijaké alkoholické nápoje.
- Musí byť denný kontakt s lekárom alebo sestrou (osobný alebo telefonický)

Kontraindikácie ambulantnej detoxifikácie sú:

- Zmätenosť alebo halucinácie.
- V anamnéze predošlé komplikácie s odvykacím syndrómom.
- V anamnéze epilepsia alebo záchvaty.
- Zlý stav výživy.
- Ťažké zvracanie alebo hnačka.
- Riziko samovraždy.
- Ťažká závislosť spojená s neochotou chodiť na kontrolu.
- Zlyhanie doma vykonávanej detoxifikácie.
- Nekontrolovateľné odvykacie symptómy.
- Akútna telesná alebo psychiatrická choroba.
- Polytoxikománia.
- Domáce prostredie, ktoré nepodporuje abstinenciu.

Liečba závislosti od alkoholu

Niektorí ľudia so závislosťou od alkoholu si najlepšie poradia sami, takže nie každý človek závislý od alkoholu si vyžaduje špecializovanú liečbu, aj keď mnohí ju budú potrebovať. Liečba, ktorú poskytuje špecialista, pozostáva z behaviorálnych postupov a farmakoterapie. Medzi najúčinnšie postupy patrí nácvik sociálnych zručností, posilňovanie v komunite

a behaviorálna manželská liečba, najmä ak sa kladie dôraz na schopnosť pacienta prestať piť, alebo piť menej alkoholu pomocou naučených zručností seba-riadenia, ak sa tým motivuje skvalitnenie a upevnenie podporného systému pacienta.

Účinnými prostriedkami sú akamprosát, antagonistu opiátu naltrexon a disulfiram.

Akamprosát moduluje NMDA-glutamátový systém, pričom preukázateľne zvyšuje svoju účinnosťou podiel abstínujúcich počas 6 až 12-mesačného sledovania detoxifikovaných pacientov závislých od alkoholu. Jeho účinky trvajú kým sa neukončí liečba. Dávka 2g denne sa podáva vo 2 tabletkách každých 8 hodín, alebo 3 tablety každých 12 hodín.

Naltrexon opiátový antagonistu s preukázanou účinnosťou na zníženie percenta relapsov u pacientov závislých od alkoholu, ktorým sa podával počas 3 mesiacov. Jeho účinok mizne s ukončením užívania. Jednotné dávkovanie je 50 mg denne v jednej tablete. Disulfiram účinkuje prostredníctvom inhibície alkohol dehydrogenázy. Aj napriek nejednotným výsledkom štúdií sa zdá byť užitočný pre tých pacientov, ktorí majú problém udržať sa pri abstíncii. Odporúčaná dávka je 250 mg denne v jednej dávke. Kalcium kyanamid (v SR taký preparát nie je) má obdobné účinky ako disulfiram, no s nevýhodou krátkeho účinku, v dôsledku čoho musí byť podávaný dvakrát denne.

Kým akamprosát a naltrexon zmierňujú túžbu piť (látky obmedzujúce baženie), sú účinky disulfiramu a kalcium kyanamidu založené na ich odrádzajúcom účinku na pacienta, ktorý by sa po užití takéhoto lieku napil alkoholu (antidipsotropné látky).

K metódam, ktoré nie sú účinné, patrí edukácia, konfrontácia, liečba šokom alebo podpora náhľadu o povahe a príčinách závislosti od alkoholu, ako aj povinné dochádzanie na stretnutia Anonymných alkoholikov.

Je tiež iba málo dôkazov pre to, že výsledky liečby možno zlepšiť tým, že pacienti sa priradia tomu typu liečby, ktorý je pre nich vhodný.

Nedefinoval sa tiež nijaký jedine optimálny model vzťahu medzi primárnou starostlivosťou a špecializovanými službami, i keď sa zdá, že integrácia primárnej zdravotnej starostlivosti a špecializovanej liečby vedie k lepším výsledkom, ako oddelené fungovanie oboch typov služieb. Riziko relapsu možno znížiť katamnestickým sledovaním pacienta, takže pre poskytovateľov primárnej zdravotnej starostlivosti je dôležité mať dlhodobý s pacientmi liečenými na závislosť od alkoholu, ktorí nie sú v kontakte so špecializovanými službami.

PRACOVNÝ LIST 16

Formulár na vyhodnotenie kurzu

Zaškrtnite, prosím, políčko, ktoré najlepšie zodpovedá Vášmu názoru na nasledujúce otázky. Na konci kurzu – do akej miery sa cítite byť schopný/á:

	<i>Vôbec nie</i>	<i>Len trochu</i>	<i>Do istej miery</i>	<i>Veľmi</i>
• Určiť spotrebu alkoholu v štandardných dávkach za týždeň.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Identifikovať rizikových pijanov podľa týždennej spotreby alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Identifikovať rizikových pijanov pomocou dotazníka AUDIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Identifikovať rizikových pijanov pomocou dotazníka AUDIT-C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Opísať Prochaskov a DiClementeho model štádií zmeny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Opísať základné zložky krátkej intervencie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Podatť krátku radu rizikovému pijanovi s ohľadom na štádium zmeny, v ktorom je	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Opísať typické spôsoby, akými pacienti prejavujú svoj odpor k programu podporujúcemu zdravie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Reagovať na odpor pacienta takým spôsobom, ktorý nevyprovokuje ďalšiu polemiku.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vymieňať si informácie spôsobom zameraným na klienta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vymenovať problémy spojené s ťažkým pitím a intoxikáciou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zadefinovať kritériá MKCH pre závislosť od alkoholu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Opísať základné kritériá na odoslanie pacienta do zariadenia špecializovaného pre liečbu závislých od alkoholu.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Zadefinovať domácu detoxifikáciu pre pacienta, ktorý vypije 150 g alkoholu denne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uveďte ešte, prosím, svoje pripomienky a poznámky k nasledujúcim bodom:

Priebeh kurzu.....

Použité metódy.....

Poskytnuté materiály.....

Ďakujeme vám za spoluprácu.

PRIESVITKY

Alkohol a primárna zdravotná starostlivosť Výcvikový program na identifikáciu a krátke intervencie

Obsah výcvikového programu

- **Lekcia 1: Úvod a základné pojmy**
- **Lekcia 2: Včasná identifikácia**
- **Lekcia 3: Krátka intervencia I**
- **Lekcia 4: Krátka intervencia II**
- **Lekcia 5: Závislosť od alkoholu**
- **Lekcia 6: Implementácia programu EIBI
(„Early Identification and Brief Intervention“)
pri alkohole**

Prvá lekcia: Úvod a základné pojmy

- Úvod
- Zdravotné a spoločenské náklady
- Alkohol a primárna zdravotná starostlivosť
- Štandardné dávky alkoholu
- Spôsoby pitia
- Úrovne rizika
- Kritériá pre intervenciu

Kolaboratívny projekt WHO o identifikácii a riešení problémov spôsobených alkoholom v primárnej zdravotnej starostlivosti

- **FÁZA I (1983-1989)**
Vývoj skriningového nástroja AUDIT
- **FÁZA II (1985-1992)**
Prehľady o účinnosti of krátkych intervencií
- **FÁZA III (1992-1998)**
Marketing, výcvik a stratégie pre podporu realizácie včasných intervencií pri alkohole v oblasti PZS
- **FÁZA IV (1998-2004)**
Šírenie a plošná implementácia včasných intervencií pri alkohole v oblasti PZS

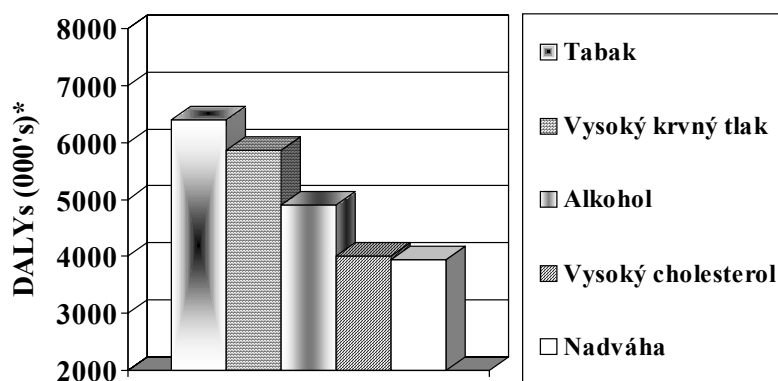
Projekt PHEPA

- **Cieľ:** začleniť intervencie z oblasti podpory zdravia pre rizikové a škodlivé pitie alkoholu do dennej klinickej práce odborníkov v PZS.
- **Aktivity :**
 - ✓ Európske odporúčania a klinické smernice pre prijímateľov a poskytovateľov zdravotnej starostlivosti
 - ✓ Európsky výcvikový program pre odborníkov v PZS
 - ✓ Komprehenzívna internetová databáza príkladov správnej praxe

PHEPA Project

6

Päť hlavných rizikových faktorov pre vznik chorôb a predčasných úmrtí v Európe



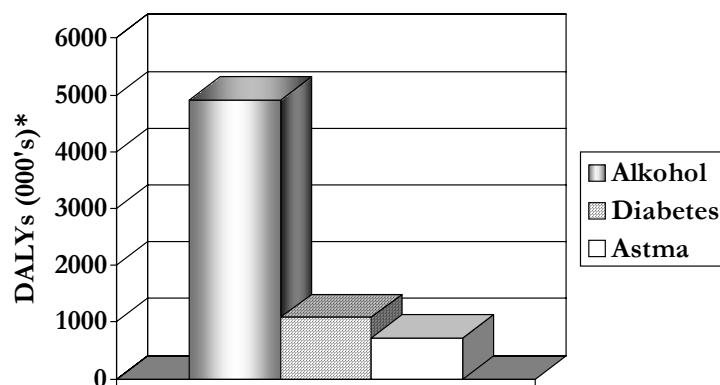
Zdroj: World Health Organization (2002a).

*A disability adjusted life year (DALY) je miera predčasných úmrtí ročne alebo ochorení podľa ich závažnosti

PHEPA Project

6

Alkohol je významnejšia príčina ochorení a predčasných úmrtí ako diabetes alebo astma



Zdroj: World Health Organization (2002a).

*A disability adjusted life year (DALY) je miera predčasných úmrtí ročne alebo ochorení podľa ich závažnosti

PHEPA Project

7

Pripísateľné podiely u európskych mužov (%)

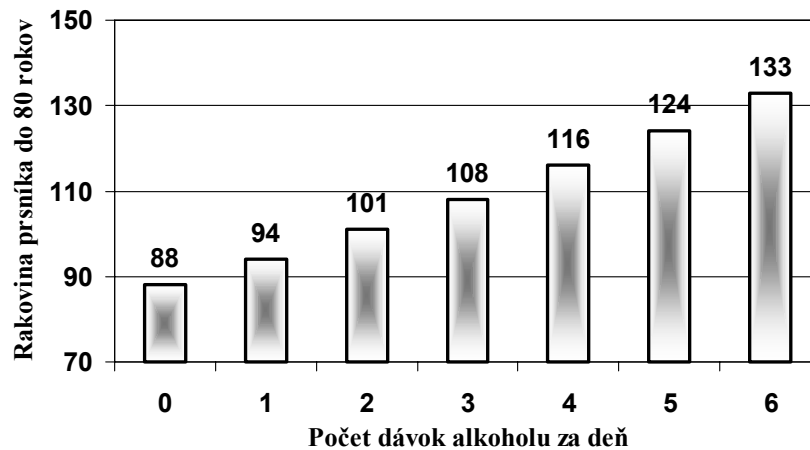
- Cirhóza pečene 63
- Mŕtvica 26
- Rakovina úst a hltanu 41
- Rakovina pažeráku 46
- Iné rakoviny 11
- Vraždy 41
- Iné úmyselné ublíženia 32
- Dopravné nehody 45
- Iné neúmyselné ublíženia 32

Zdroj: World Health Organization (2002a).

PHEPA Project

8

Riziko rakoviny prsníka u žien

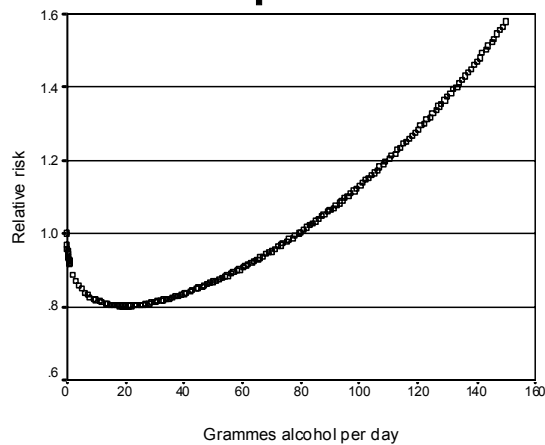


Zdroj: Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2002).
Kumulatívna incidencia rakoviny prsníka na 1000 žien do 80 rokov vo vzťahu k počtu vypitých dávok alkoholu za deň

PHEPA Project

9

Riziko ochorenia koronárnych tepien

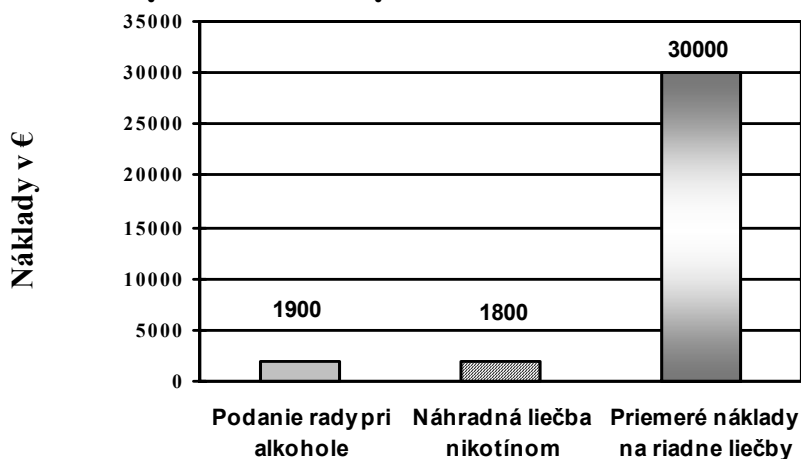


Source: Corrao et al. (2000).

PHEPA Project

10

Ročné náklady na ochorenia alebo na prevenciu predčasného úmrtia



PHEPA Project

11

Štandardná dávka alkoholu

Množstvo alkoholu v najviac používaných nápojoch je rôzne. Pojem štandardná dávka (resp. jednotka) alkoholu nie je na Slovensku ešte zaužívaný; zatiaľ však možno orientačne použiť túto tabuľku:

- PIVO- 0,5 litra (fl'aška) = 15-16 g alkoholu.
- VÍNO- 0,2 litra (2-deci) = cca18 g alkoholu.
- TVRDÉ- 0,05 l.(poldeci)=cca16 g alkoholu.

Výpočet sa robí takto: Podľa stupňa (tzv.%) čistého etylalkoholu určíme počet mililitrov na 1%; napr. 2 pivá=1 liter (tj. 1000 ml.), jedno%=10 ml. **Liter piva** s obsahom 3,7 až 4% alkoholu má teda 37-40 ml. čistého etylu, čo je v gramoch $37(40) \times 0,8/2 = 14,8-16,0$.
Liter vína : víno 11% má 110 ml. etylu, tj. $110 \times 0,8/5 = 17,6$ (2dcl)
Liter tvrdého: tvrdé 40% má 400 ml., tj. $400 \times 0,8/20 = 16,0$ (1/2dcl)

PHEPA Project

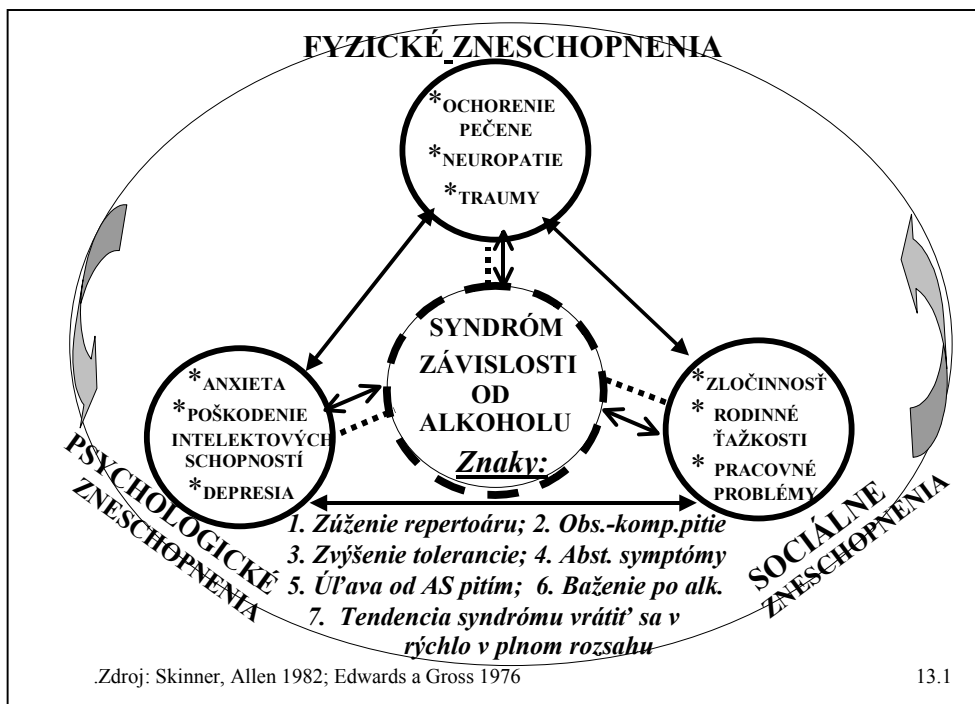
12

Typy konzumácie alkoholu

- **RIZIKOVÉ PITIE:** úroveň konzumácie alkoholu alebo spôsob pitia, ktoré môže viesť k sociálnym a zdravotným problémom, ak súčasne pijanské návyky budú trvať aj naďalej.
- **ŠKODLIVÉ PITIE:** spôsob pitia, ktorý už spôsobuje poškodenie zdravia, buď telesného alebo duševného. Na rozdiel od rizikového pitia, kritériom diagnózy škodlivého pitia je poškodenie, ktoré už u užívateľa nastalo.
- **ZÁVISLOSŤ OD ALKOHOLU:** zoskupenie fyziologických, behaviorálnych a kognitívnych javov, pri ktorom má pitie alkoholu pre jedinca vyššiu prioritu ako iné správanie, ktoré kedysi malo vyššiu hodnotu. Ústrednou charakteristikou je túžba piť alkohol. Návrat k pitiu po období abstinencie je často sprevádzaný rýchlym znovobjavením sa znakov syndrómu závislosti.

PHEPA Project

13



Úrovně rizika a kritéria intervencie

Úroveň rizika	Kritérium	Intervencia	Úloha primárnej zdravotnej starostlivosti
Nízka	<280 g/týždenne muži <140 g/ týždenne ženy* AUDIT-C <5 muži AUDIT-C <4 ženy AUDIT <8	Primárna prevencia	Zdravotná výchova, podpora zdravia, rolové modely
Riziková*	280-349 g/ týždenne muži 140-209 g/ týždenne ženy * AUDIT-C > al. = 5 muži AUDIT-C > al. = 4 ženy AUDIT 8-15	Jednoduchá rada	Identifikácia problému, hodnotenie jeho rozsahu, krátka rada
Škodlivá	> al. = 350 g/ týždenne muži > al. = 210 g/ týždenne ženy * Prítomnosť poškodenia AUDIT 16-19	Jednoduchá rada plus krátke poradenstvo a pokračujúci monitoring	Identifikácia problému, hodnotenie jeho rozsahu, krátka rada, follow-up
Vysoká (závislosť)	MKCH-10 kritéria AUDIT > al. = 20	Špecializovaná liečba	Identifikácia problému, hodnotenie jeho rozsahu, odoslanie, follow-up

*Akákoľvek konzumácia alkoholu u tehotných žien, u osôb mladších ako 16 rokov, u chorých osôb v liečbe, alebo u tých, ktorí vykonávajú činnosti, pri ktorých sa neodporúča pitie alkoholu

Zdroj: Anderson P (1996).

PHEPA Project

14

Identifikácia prípadov ďalšími skrínigami používanými v SR

Metóda pre skrínig	Rozoznávajúce možnosti prípadov: Case finding	Problémy v pití úrazy (TS) pri nadmernom pití alkoholu	Závislosť, alkoholizmus a s ním spojené ťažšie traumy
A D S	HS* = 8 - 9	HS = 12 - 18	HS > 19
MAST (skóre 1 - 0)	HS = 3 - 5	HS = 6 - 13	HS > 14
CAGE	HS = 1	HS = 2	HS = 3 - 4
Trauma škála (TS)	HS = 1	HS > 2 - 3	HS = 4 - 5

*Pozn.: HS = hrubé skóre v teste (prevzaté z Nociar, A.: Alkohol a osobnosť, 1990) 14.1

Druhá lekcia: Včasná identifikácia

- Identifikácia rizikového a škodlivého pitia:
 - ✓ AUDIT
 - ✓ AUDIT-C
- Úrovne implementácie
- Účinnosť krátkej intervencie

PHEPA Project

15

Test na zisťovanie porúch spôsobených alkoholom (AUDIT)-1

1. Ako často si vypijete nejaký alkoholický nápoj?

Nikdy (0 bodov)	Menej často ako 1x mesačne (1 bod)	Každý mesiac (2 body)	Každý týždeň (3 body)	Denne či skoro denne (4 body)
--------------------	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------------

2. Koľko dávok* alkoholu (buď 1 pivo, 2 dcl vína, alebo poldeci tvrdého) vypijete počas typického dňa, keď pijete?

1 alebo 2 (0 bodov)	3 alebo 4 (1 bod)	5 alebo 6 (2 body)	7 alebo 9 (3 body)	10 alebo viac (4 body)
------------------------	----------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------------

3. Ako často vypijete šesť alebo viac dávok alkoholu?

Nikdy (0 bodov)	Menej často ako 1x mesačne (1 bod)	Každý mesiac (2 body)	Každý týždeň (3 body)	Denne či skoro denne (4 body)
--------------------	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------------

4. Ako často ste minulý rok zistili, že keď raz začnete piť, nedokážete prestať?

Nikdy (0 bodov)	Menej často ako 1x mesačne (1 bod)	Každý mesiac (2 body)	Každý týždeň (3 body)	Denne či skoro denne (4 body)
--------------------	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------------

5. Ako často ste minulý rok nedokázali v dôsledku pitia urobiť to, čo sa od vás normálne očakávalo?

Nikdy (0 bodov)	Menej často ako 1x mesačne (1 bod)	Každý mesiac (2 body)	Každý týždeň (3 body)	Denne či skoro denne (4 body)
--------------------	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------------

*(Štandardná dávka = 0,5 l. piva; 0,2 l. vína; 0,05 l. destilátu)

PHEPA Project

16

AUDIT - 2

6. Ako často ste za minulý rok potrebovali napiť sa hneď ráno, aby ste sa prebrali po včerajšom nadmernom pití?

Nikdy (0 bodov)	Menej často ako 1x mesačne (1 bod)	Každý mesiac (2 body)	Každý týždeň (3 body)	Denne či skoro denne (4 body)
--------------------	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------------

7. Ako často ste za minulý rok mali pocit viny alebo výčitky svedomia po pití?

Nikdy (0 bodov)	Menej často ako 1x mesačne (1 bod)	Každý mesiac (2 body)	Každý týždeň (3 body)	Denne či skoro denne (4 body)
--------------------	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------------

8. Ako často ste si za minulý rok nedokázali spomenúť na to, čo sa stalo včera večer pretože ste pili?

Nikdy (0 bodov)	Menej často ako 1x mesačne (1 bod)	Každý mesiac (2 body)	Každý týždeň (3 body)	Denne či skoro denne (4 body)
--------------------	---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------------------

9. Utrpeli ste vy alebo niekto iný úraz v dôsledku vášho pitia?

Nie (0 bodov)	Áno, ale nie za minulý rok (2 body)	Áno, počas minulého roka (4 body)
------------------	--	--------------------------------------

10. Mal niekto z vašich príbuzných, priateľ alebo lekár výhrady k vášmu pitiu, prípadne vám odporúčal obmedziť pitie?

Nie (0 bodov)	Áno, ale nie za minulý rok (2 body)	Áno, počas minulého roka (4 body)
------------------	--	--------------------------------------

**Reprodukované s povolením od WHO*

PHEPA Project

17

The AUDIT-C

1. Ako často si vypijete nejaký alkoholický nápoj?

Nikdy (0 bodov)	1x mesačne či menej často (1 bod)	2-4 x za mesiac (2 body)	2-3 x za týždeň (3 body)	4 či viackrát za týždeň (4 body)
--------------------	---	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

2. Koľko dávok alkoholu (buď 1 pivo, 2 dcl vína, alebo poldecí tvrdého) vypijete počas typického dňa, keď pijete?

1 až 2 (0 bodov)	3 až 4 (1 bod)	5 až 6 (2 body)	7 až 9 (3 body)	10 a viac (4 body)
---------------------	-------------------	--------------------	--------------------	-----------------------

3. Ako často vypijete šesť alebo viac dávok alkoholu pri jednej príležitosti?

Nikdy (0 bodov)	1x mesačne či menej často (1 bod)	2-4 x za mesiac (2 body)	2-3 x za týždeň (3 body)	4 či viackrát za týždeň (4 body)
--------------------	---	-----------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

PHEPA Project

18

Prehľad konzumácie alkoholu za týždeň SIAC (Systematic Inventory on Alcohol Consumption)

- Ak niekedy pijete alkoholické nápoje (víno, pivo, atď.), koľko pohárov vypijete za deň? (Štandardná dávka =0,5 l.piva; 0,2l.vína; 0,05l.tvrdé)
- Ako často vypijete nejaký alkoholický nápoj? (počet dní v týždni spolu)
- Pijete alkoholické nápoje cez víkendy inak, ako v pracovných dňoch?

Registračný hárok pre štandardné dávky alkoholu (SD):

	Koľko pohárov za deň	Koľko dní za týždeň	Spolu
Pitie v pracovných dňoch			
Pitie cez víkendy			
	1 SD = 16 g. pre SR		
Rizikové pitie:	> 18 SD za týždeň pre mužov		
	> 9 SD za týždeň pre ženy		

PHEPA Project

19

Metódy psychometrického skrínungu, ktoré boli používané v SR

Dlhšie škály

- **ADS** – Škála závislosti od alkoholu
- **MAST** – Michiganský skrínung alkoholizmu
- **MALT** – Mníchovský skrínung (C a V)
- **MASTM** – Modifikovaný MAST

Krátke škály

- **CAGE** – 4-položkový skrínung problémov v pití
- **TS** – Trauma škála: 5-položkový skrínung

19.1

Špecificita a senzitivita skrínigov, ktoré boli používané v SR

	<i>Počet prípadov alkoholici</i>	<i>kontroly</i>	<i>Senzitivita (% správne) identifikovaných</i>	<i>Špecificita (100 - % falošne) pozitívnych</i>
• CAGE	158	53	92,4	86,5
• TS	157	53	50,3	94,7
• ADS	728	180	94,1	90,5
• MAST	907	185	97,2	91,3
• MASTM	148	85	94,6	92,9
• MALT	112	-	98,2	-

19.2

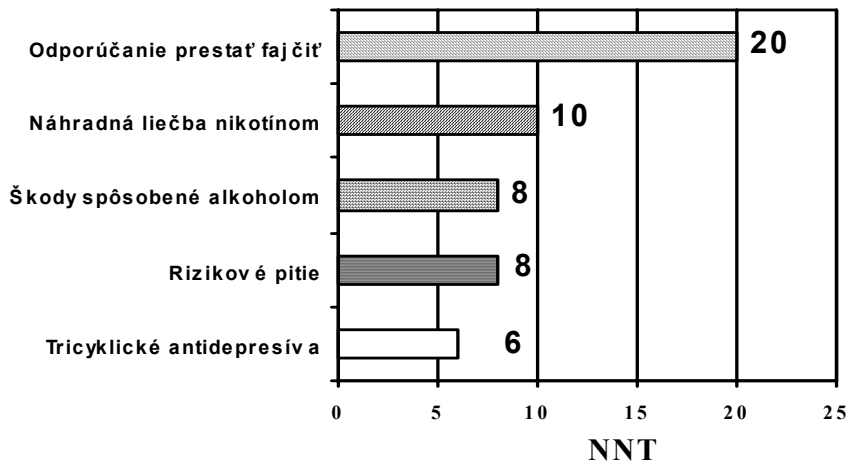
Úrovne implementácie

- **Nízka:** Skrínig rizikového pitia v špeciálnej populácii (napr. pacienti s vysokým krvným tlakom)
- **Štandardná:** Skrínig rizikového pitia v tých skupinách, kde býva vysoká konzumácia (napr. muži vo veku 20-50 rokov, atď.)
- **Maximálna:** Systematický skrínig a krátke poradenstvo vykonávané v celej populácii

PHEPA Project

20

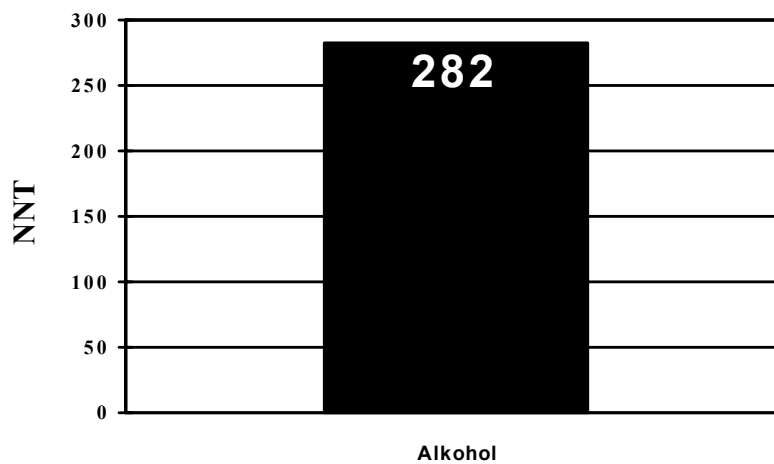
**Počty osôb, u ktorých je potrebná intervencia
(Numbers Needed to Treat: NNT)
na 1 úspešný prípad**



PHEPA Project

21

**Počet osôb, ktoré treba liečiť, aby
sme predišli 1 úmrtiu za 1 rok**



Source: Cuijpers et al. (2004).

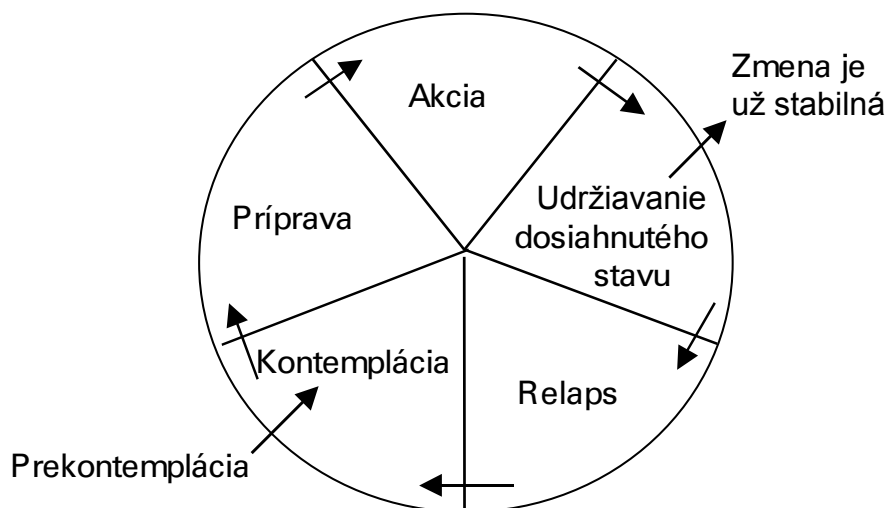
PHEPA Project

22

Tretia lekcia: Krátka intervencia I

- Model štádií zmeny
- Procesy zmeny
- Minimálne intervencie
- Spôsob komunikácie pri nadviazaní pomáhajúceho vzťahu

Model štádií zmeny



* Prevzaté z Prochaska a DiClemente (1986)

Škála štádií zmeny – SCS -1

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Som úplne bez problémov či ťažkostí, ktoré by bolo treba zmeniť2. Myslím, že už dokážem podniknúť niečo na zlepšenie svojho stavu3. Už som sa začal/a zbraťovať problém (zlozvyku), ktorý ma trápi4. Uvažujem, že by stálo za to prekonať svoj problém (zlozvyk, ťažkosť)5. Ja nie som problémový prípad, takže som tu úplne zbytočne6. Mám strach, že skízmem späť do svojho bývalého problému (zlozvyku), čo som už raz prekonal/a, a tak si dávam veľký pozor, aby sa mi to nestalo7. Konečne som sa naozaj pustil/a do prekonávania svojho problému (zlozvyku)8. Premýšľam o tom, že by som mal/a na sebe niečo zmeniť | <ol style="list-style-type: none">9. Svoj problém som prekonal/a (zlozvyk odstránil/a), no ešte potrebujem pomoc10. Občas ma môj problém trápi (zlozvyk vábi), no robím na sebe11. Rozoberať tu akési problémy je nezmysel- mňa sa to vôbec netýka12. Chcem lepšie pochopiť sám/sama seba, a preto venujem dostatok času na riešenie svojho problému13. Mám svoje chyby aj nedostatky, no ani zďaleka nie také, aby som ich musel/a naprávať alebo odstraňovať14. Teraz už tvrdo robím na tom, aby som sa zmenil/a15. Dnes viem, že mám ozajstný problém (zlozvyk) a myslím si, že je načase pustiť sa do jeho odstraňovania16. Prekonávanie problému mi ide čoraz ťažšie (zlozvyk je úpornejší ako sa zdalo), takže sa usilujem aspoň predísť zhoršeniu či upadnutiu do starých koľají |
|--|--|

24.1

Škála štádií zmeny – SCS -2

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none">17. Aj sa mi občas nedarí, stále sa snažím riešiť svoj problém (odstrániť zlozvyk)18. Myslel/a som, že môj problém je vyriešený (zlozvyk prekonaný) a bude pokoj, lenže občas badám, že s ním ešte stále musím bojovať19. Chcel/a by som vedieť viac o tom, ako mám postupovať pri riešení svojho problému (odstraňovaní zlozvyku)20. Začala/a som síce riešiť svoj problém (odstraňovať zlozvyk), ale aj tak by sa mi ešte zišla niečia pomoc21. Spolieham sa na to, že mi niekto predsa len dokáže pomôcť22. Práve teraz potrebujem oporu, aby som zas neupadol/a do svojho problému (nevrátil/a sa k svojmu zlozvyku)23. Občas pripustím, že do istej miery som problémový prípad (neviem zvládnuť svoj zlozvyk), ale vnútorne to odmietam24. Dúfam, že sa nájde niekto, kto mi dokáže dobre poradiť | <ol style="list-style-type: none">25. Každý môže rozprávať, že sa chce zmeniť - no ja pre to ozaaj čosi robím26. Načo tie nudné psychologické reči? Nech ľudia na svoje problémy alebo ťažkosti jednoducho zabudnú a basta27. Som v situácii, že sa už len snažím zabrániť zhoršeniu stavu (návratu problému, alebo obnoveniu zlozvyku)28. Je to na zlosť, ale mám pocit, že sa mi môže vrátiť ten istý problém (zlozvyk), ktorý som pokladal/a za odstránený29. Občas sa zľaknem, že to so mnou zle skončí ak nevyriešim svoj problém (neodstránim zlozvyk), no onedlho na to zabudnem a som tam kde som bol/a30. Usilujem sa zmeniť sám/samu seba a aktívne riešim svoje problémy31. Radšej budem žiť so svojimi chybami a zlozvykmi, ako by som sa mal/a trápiť a usilovať sa ich odstrániť či zmeniť32. Napriek všetkému čo som urobil/a pre odstránenie svojho problému alebo zlozvyku, sa aj tak myšlienky naň vracajú a nedajú mi pokoj |
|--|---|

24.2

Štádiá zmeny a ciele terapeuta

Štádium	Základný prvok	Cieľ terapeuta
Prekontemplácia	Neuvedomovanie si problému	Povzbudzovať uvedomenie si problému
Kontemplácia	Ambivalencia (nerozhodnosť)	Preskúmať problémy. Vyvolať vnútorné rozpory.
Príprava	Ambivalencia (nerozhodnosť)	Podat' neutrálne informácie a rady. Ponúkať riešenia.
Akcia	Snaha o skutočné dosiahnutie zmeny	Posilňovať zmenu a pocit, že dokážu zvládnuť svoj problém
Udržiavanie dosiahnutého stavu	Stabilita	Podpora
Relaps	Beznádej	Vyhnúť sa kritike, zvýšiť sebaúctu, pomôcť obnoviť pôvodné rozhodnutie dosiahnuť zmenu

PHEPA Project

25

Procesy zmeny

Pri postupe cez štádiá zmeny používajú ľudia 10 hlavných procesov (spôsobov) ako si pomáhať:

Prekontemplácia	Kontemplácia	Príprava	Akcia	Udržiavanie
Uvedomovanie si problému				
Sociálne oslobodenie				
Emočná úľava				
Prehodnotenie prostredia				
	Prehodnotenie seba samého			
		Rozhodnutie sa pre zmenu		
			Posilňovanie snahy o zmenu	
			Proti-podmieňovanie	
			Kontrola podnetov z prostredia	
			Pomáhajúce vzťahy	

PHEPA Project

26

Minimálna a krátka intervencia

MINIMÁLNA

- Príležitostná
- Založená na rade
- S ďalším sledovaním aj bez neho
- Asi do 10 minút
- So svojpomocnými materiálmi

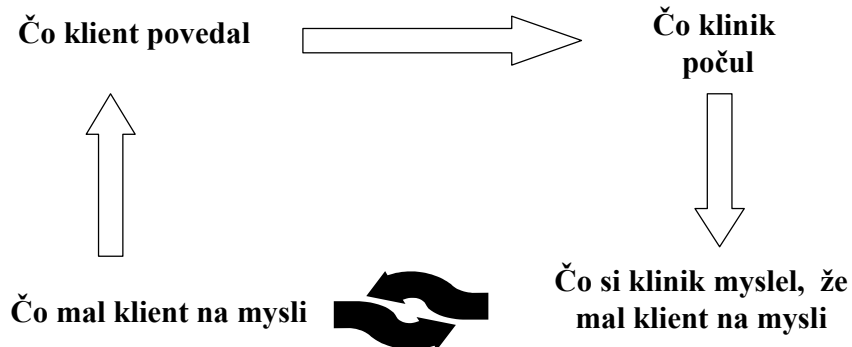
KRÁTKA

- Obvykle naplánovaná
- Založená na motivácii
- S ďalším formálnym sledovaním
- Asi do 30 minút
- So svojpomocnými materiálmi

Minimálne intervencie (Metóda 5 A*, resp. 5 P)

- **Assess:** *Posúďte*, či klient pije alkohol, odhadnite faktory, čo môžu vplývať na zmenu správania, stanovte ciele a metódy.
- **Advise:** *Podajte* jasnú, konkrétnu a personalizovanú radu ako zmeniť správanie, vrátane informácií o možných poškodeniach zdravia a o prospešnosti zmeny.
- **Agree:** *Pokúste* sa vybrať ciele liečby a metódy podľa pripravenosti klienta na zmenu svojho vlastného pijanského správania.
- **Assist:** *Pomôžte* klientovi pri dosahovaní dohodnutých cieľov tak, aby si osvojil potrebné poznatky a postoje, zručnosti a mal dôveru, že okolie podporí zmenu v jeho správaní
- **Arrange:** *Plánujte* podporu a možné ďalšie kontakty s klientom, aby ste mu mohli poskytnúť pomoc, napr. odoslať ho/ju na špecializovanú liečbu

Komunikačný model*



* Prevzaté z Gordon (1970)

PHEPA Project

29

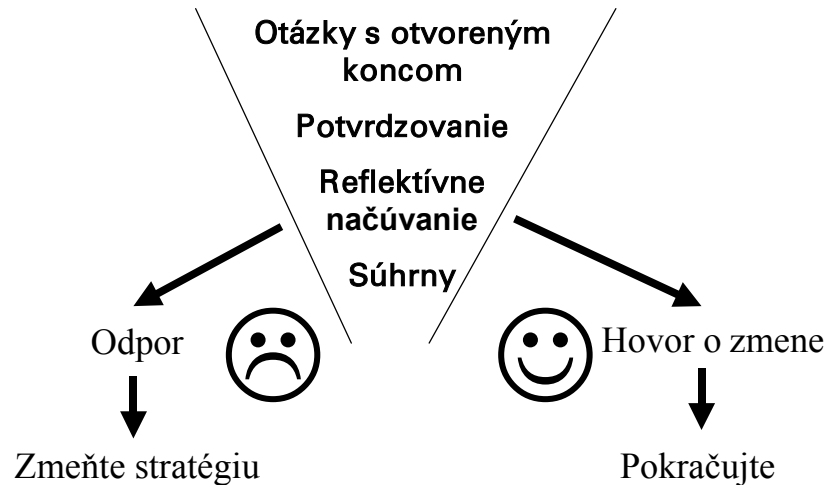
Štvrtá lekcia: Krátka intervencia II

- Stratégie nadväzovania vzťahu
- Základné zložky krátkych intervencií:
 - ✓ Štýl
 - ✓ Obsah
- Prevencia relapsu: pomoc ľuďom, aby začali znova

PHEPA Project

30

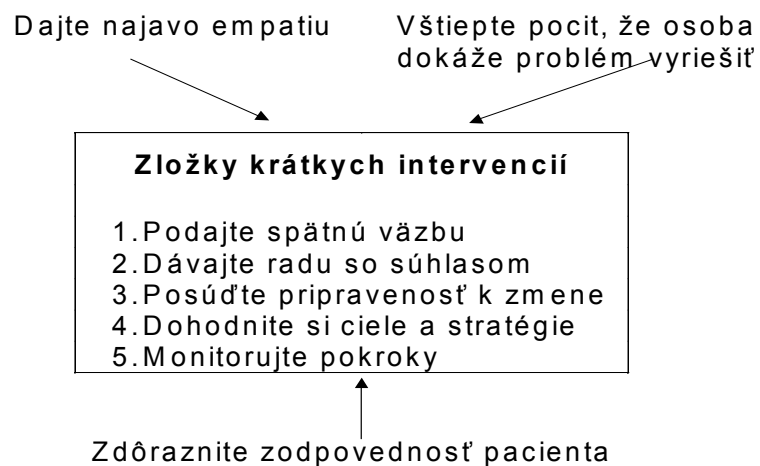
Stratégie nadviazania vzťahu



PHEPA Project

31

Základné zložky krátkych intervencií



* Prevzaté z AlcoholCME 2004.

PHEPA Project

32

Čo prispieva k relapsu?

- Emočná nepohoda, stres
- Túžba zlepšiť si alkoholom beztak pozitívne emočné stavy
- Pokušenie alebo nutkanie piť
- Spoločenský tlak

Pomôcť ľuďom začať znova

- ✓ Uznať pocity zo zlyhania.
- ✓ Zistite: skíznutie alebo relaps?
- ✓ Identifikujte vysoko rizikové situácie.
- ✓ Identifikujte lepšie stratégie na zvládnutie problému.
- ✓ Zistite, či netreba pomoc špecialistu.
- ✓ Zistite pripravenosť na zmenu.

Piata lekcia: Závislosť od alkoholu

- Diagnostické kritériá
- Liečba v zariadeniach PZS
 - ✓ Kritériá liečby
 - ✓ Protokoly detoxifikácie a rehabilitácie
- Odoslanie do špecializovaných centier
- Spoločná liečba

MKCH-10: diagnostické kritériá pre závislosť od alkoholu

Konečná diagnóza závislosti sa obvykle stanoví iba vtedy, keď sa tri alebo viac nasledujúcich znakov vyskytlo spolu počas určitej doby počas predchádzajúcich 12 mesiacov:

- Silná túžba po alkohole alebo pociťované nutkanie napiť sa.
- Ťažkosti s kontrolou pitia, v zmysle začiatku, ukončenia či množstva pitia.
- Fyziologické odvykacie príznaky pri vynechaní alebo redukcii pitia (napr. tremor, potenie, búšenie srdca, úzkosť, nespavosť, či menej obvyklé kŕče, dezorientácia alebo halucinácie) či pitie na zmiernenie alebo vyhnutie sa odvykacím príznakom.
- Dôkaz tolerancie, napr. potreba zvýšených dávok alkoholu na dosiahnutie účinkov, na ktoré predtým stačili nižšie dávky.
- Postupné zanedbávanie iných radostí a záujmov v dôsledku toho, že pitie alkoholu a zotavovanie sa z jeho následkov zaberá stále viac času (uprednostnenie pitia).
- Pokračovanie v pití aj napriek uvedomovaniu si zjavne škodlivých dôsledkov, ako sú poškodenie pečene, depresívne stavy po epizóde ťažkého pitia, alebo s alkoholom súvisiace poruchy kognitívnych funkcií.

Diagnostické vodidlá podľa MKCH10 – súhrn

**MKCH-10 z pôvodných deväť ponechala ŠEŠŤ
bio-psycho-sociálnych vodidiel pre diagnózu závislosti:
*Prvé dva páry pokrýva škála ADS***

**Prvý pár = silná túžba užívať + narušenie či strata kontroly;
Druhý pár = somatický odvykací stav + dôkaz rastu tolerancie;
Tretí pár = strata záujmov+d'alsie užívanie napriek dôsledkom.**

Zvyšné tri, ktoré sa netýkajú bezprostredne zistiteľných znakov, sú:

- Užitie látky s cieľom zmierniť abstinenčné príznaky a s vedomím, že postup je účinný.
- Zúženie osobného repertoáru užívania látky, napr. tendencia piť alkoholické nápoje rovnako cez týždeň i víkendy, bez ohľadu na to, aké spoločenské pravidlá platia na správanie počas pitia.
- Návrat k užívaniu látky po období abstinencie vedie k rýchlejšiemu návratu ďalších znakov syndrómu, ako u osôb bez závislosti.

36.1

Krátke skrínigové škály v SR: CAGE Trauma škála

1. Mali ste pocit, že je načase obmedziť svoje pitie (nie nutne abstinovať, ale piť menej)?
2. Hnevalo vás niekedy, že ľudia kritizujú a ponosujú sa, či poukazujú na vaše pitie?
3. Cítili ste sa kvôli pitiu psychicky zle či depresívne, alebo mali pocit viny za svoje pitie?
4. Už si si ráno museli vypiť („vyraziť klin klinom“) na upokojenie nervov alebo prekonanie zlých pocitov po pití (potenie, tras rúk, či tzv. pľušť, „kocovina“)?

OD SVOJICH 18-tich ROKOV* :

1. Mali ste nejaké zlomeniny kostí alebo vymknutia kĺbov?
2. Utrpeli ste niekedy úraz pri dopravnej nehode?
3. Mali ste úraz hlavy alebo otras mozgu?
4. Utrpeli ste úraz pri bitke, alebo prepadnutí (okrem úrazov v rámci športu)?
5. Prišli ste k úrazu alebo sa zranili po pití (resp. keď ste mali vypité)?

*Pri klientoch pred dosiahnutím plnoletosti kladieme otázku „od 15 rokov“; pri dospelých klientoch „od 18 rokov“.

Odpovede Nie = 0 bodov; Áno = 1 bod (body rozhrania: pozri priesvitku 14.1)

36.2

Liečba v zariadeniach PZS

- Ľudia, ktorých pitie je rizikové
- Ľudia, ktorých pitie je škodlivé
- Alkoholovo závislí v prípade, že:
 - ✓ Pacient/ka akceptuje abstinenciu, aj keď si o sebe nemyslí, že je závislý/á od alkoholu
 - ✓ Pacient/ka odmietne odporúčanie do špecializovaného zariadenia
 - ✓ Pacient/ka nemá závažné psychiatrické, sociálne či iné zdravotné komplikácie

Zdroj: Servei Català de la Salut. (1996)

PHEPA Project

37

Kedy odporúčať klienta na špecializovanú liečbu?

- Predošlé neúspešné pokusy o liečbu
- Závažné komplikácie:
 - ✓ Stredné až veľké riziko odvykacích symptómov.
 - ✓ Súbežné závažné ochorenie.
 - ✓ Rodina nedokáže poskytnúť podporu.
 - ✓ Psychiatrická komorbidita.
 - ✓ Pravidelné užívanie ďalších návykových látok.
- Tím zariadenia PZS nemôže zaistiť liečbu.

PHEPA Project

38

Kritériá na detoxifikáciu

- Už bolo delírium tremens alebo kŕče
- Odvykacie príznaky už boli ráno po pití
- Ako prvá vec ranný dúšok alkoholu
- Klient je ochotný užívať lieky
- Odvykacie príznaky sú aktuálne prítomné
- Vážny zdravotný stav

Podmienky potrebné pre ambulantnú detoxifikáciu

- Spotreba pod 25 štandardných dávok (t.j. 250 g. alkoholu -pod 15 pív; pod 1,5 l.vína; 7 dcl tvrdého) za jeden deň.
- Nie sú ťažké zdravotné alebo psychiatrické komplikácie
- Patient je rozhodnutý:
 - ✓ Abstinovať počas detoxifikácie.
 - ✓ Zdržiavať sa doma.
 - ✓ Vyhýbať sa rizikovým činnostiam.
- Jeden príbuzný bez problémov so závislosťou musí prevziať zodpovednosť za to, že pacient bude brať lieky a dohliadnuť na jeho liečbu.
- Počas detoxifikácie nesmú byť doma dostupné nijaké alkoholické nápoje.
- Musí sa dodržať každodenný kontakt s lekárom alebo sestrou (osobne alebo telefonicky)

Kontraindikácie pre ambulantnú detoxifikáciu

- Zmätenosť alebo halucinácie.
- V anamnéze predošlé komplikácie s odvykacím syndrómom.
- V anamnéze epilepsia alebo záchvaty.
- Zlý stav výživy.
- Ťažké zvracanie alebo hnačka.
- Riziko samovraždy.
- Ťažká závislosť spojená s neochotou chodiť na kontrolu.
- Zlyhanie doma vykonávanej detoxifikácie.
- Nekontrolovateľné odvykacie symptómy.
- Akútna telesná alebo psychiatrická choroba.
- Polytoxikománia.
- Domáce prostredie, ktoré nepodporuje abstinenciu.

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

Odporúčané dávky za deň pri ambulantnej detoxifikácii

Diazepam (5 mg)		
Deň	Nízka	Vysoká
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

Liečba počas rehabilitácie

- **Psychosociálny prístup**
 - ✓ Krátka rada a ďalšie sledovanie
 - ✓ Skupinová terapia
 - ✓ Rodinná podpora

- **Látky na zníženie túžby piť**
 - ✓ Akamprosát 2 g/denne
 - ✓ Naltrexon 50 mg/denne

- **Antidipsotropické látky**
 - ✓ Disulfiram 250 mg/denne
 - ✓ Calcium carbimid 36-75mg/denne

PHEPA Project

43

Kritériá spoločnej liečby

- Stabilne abstinujúci pacienti s psychosociálnou liečbou v špecializovanom zariadení
- Pacienti, ktorí chcú začať s liečbou, odmietajú však ísť do špecializovaného zariadenia
- Nekomplikované prípady schopné podstúpiť detoxifikáciu v domácich podmienkach
- Pacienti s ďalšími chronickými chorobami, ktorých je treba monitorovať v zariadení PZS

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. Royale 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>

POĎAKOVANIE

Tento dokument autori pripravili v mene členov siete Phepa. Autori by chceli týmto oceniť aj podporu a príspevok ďalších expertov a partnerov projektu Phepa.

PARTNERI

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)

OBSERVERS

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)

EXPERTS

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)