



# Krótkie interwencje w podstawowej opiece zdrowotnej – szkolenie WHO



# CZĘŚĆ 1.

## WPROWADZENIE, INFORMACJE O SZKOLENIU, UMOWA GRUPOWA

20 minut

# Przedstawienie się trenerów

- [Wpisz swoje nazwisko]
- [Wpisz swoje doświadczenie zawodowe]
- [Opisz swoje doświadczenie z zakresu badań przesiewowych i krótkich interwencji]
- [Jeśli dotyczy, wpisz informacje o wypełnieniu wstępnego kwestionariusza ewaluacyjnego]

# Przedstawienie się uczestników i oczekiwania

Przedstaw się grupie, mówiąc nam:

- swoje imię i nazwisko,
- swój tytuł i pełnioną funkcję,
- co masz nadzieję wynieść z tego szkolenia.

# Cel i tematy

## Cel

Wypracowanie, na bazie posiadanych przez lekarzy pierwszego kontaktu umiejętności, zdolności kompetentnego, pewnego siebie i adekwatnego rozpoczynania z pacjentami rozmowy o używaniu alkoholu i reagowania na zjawiska związane z nadużywaniem alkoholu za pomocą badania przesiewowego i krótkiej interwencji.

## Tematy

1. Postawy
2. Szkody
3. Porcje standardowe
4. Etapy krótkiej interwencji
5. Wyzwania i możliwości
6. Inicjowanie tematu
7. Przesiew i informacje zwrotne
8. Wsparcie
9. Podstawowe umiejętności krótkiej interwencji
10. Ćwiczenia

# Czym jest krótka interwencja?

- Krótka interwencja to ograniczona w czasie, **empatyczna i ustrukturalizowana rozmowa** z pacjentem, której celem jest – **niekonfrontacyjne** zmotywowanie go do zastanowienia się nad zmianą sposobu używania alkoholu i/albo wsparcie w zaplanowaniu tej zmiany.
- W trakcie niniejszego szkolenia zdobędziesz wiedzę w trzech podstawowych zakresach:
  1. Jak zainteresować pacjenta i rozpocząć rozmowę,
  2. Jak prowadzić przesiew i udzielać informacji zwrotnych,
  3. Jak słuchać i wywoływać i/albo planować zmianę zachowania.

# Etapy krótkiej interwencji



# Umowa grupowa

W trakcie niniejszego szkolenia będziesz się uczyć poprzez uczestnictwo, doświadczanie, dyskusję i próbowanie.

Proponowane są następujące zasady:

- szanujemy siebie nawzajem, nawet jeśli się nie zgadzamy,
- słuchamy innych, nie przerywając im,
- jesteśmy punktualni (jest dość sporo materiału),
- uczestniczymy aktywnie i konstruktywnie – jesteśmy otwarci i szczerzy,
- zadajemy pytania,
- stosujemy zasadę poufności,
- dobrze się bawimy (w końcu to nie takie trudne, prawda?).



# CZĘŚĆ 2.

## POSTAWY WOBEC ALKOHOLU

40 minut

## Po rozpoczęciu etapu:

- będziecie pracować w małych podgrupach,
- przeczytacie stwierdzenia z ulotki 2.1 i przedyskutujecie, czy zgadzacie się z nimi, nie zgadzacie, czy nie macie jednoznacznej opinii,
- każda grupa uzgodni **wspólny** zestaw odpowiedzi,
- weźmiecie udział w dyskusji – **sednem ćwiczenia jest dyskusja**, więc nie należy się nadmiernie spieszyć (nic złego się nie stanie, jeśli nie zdążycie omówić wszystkich punktów),
- pięć minut przed końcem czasu dostaniecie znak – wtedy każda grupa wybierze dwa stwierdzenia, które wywołały największą dyskusję i przygotowuje się do przedstawienia powodów.

# Zagadnienia kluczowe

- Nasze postawy wobec alkoholu, ryzyka związanego ze spożyciem alkoholu oraz różnych poziomów i wzorów picia, a także osób pijących alkohol mają wpływ na nasz sposób prowadzenia krótkich interwencji.
- Krótkie interwencje mogą pomóc ludziom podejmować decyzje dotyczące spożycia alkoholu na podstawie ugruntowanej wiedzy, nie są jednak zamiennikiem polityki społecznej (dotyczącej cen, dostępności, dopuszczalnego zakresu marketingu itd.).
- Najważniejszą przesłanką skutecznego prowadzenia krótkiej interwencji jest empatia wobec pacjenta spożywającego alkohol.

# CZĘŚĆ 3. WPŁYW ALKOHOLU, SPOŻYCIE I SZKODY

40 minut

# Szkody powodowane spożywaniem alkoholu (patrz ulotka 3.1)

- Alkohol ma wieloraki wpływ na jednostki i społeczeństwo: poprzez pogorszenie stanu zdrowia, przemoc, urazy, szkody społeczne i powodowanie nierówności zarówno dla osoby spożywającej alkohol, jak i osób z jej otoczenia.
- Na świecie rocznie 3,3 miliona zgonów jest spowodowanych szkodliwym spożyciem alkoholu, co stanowi 5,9% wszystkich zgonów.
- Szkodliwe używanie alkoholu jest przyczyną ponad 200 chorób i urazów.
- Jak zmierzono za pomocą wskaźnika DALY, 5,1% światowych obciążeń wynikających z chorób i urazów można przypisać działaniu alkoholu.

# Szkody powodowane spożyciem alkoholu (patrz ulotka 3.1)

- Spożycie alkoholu powoduje śmierć i niepełnosprawność w stosunkowo wczesnym wieku – 25% zgonów w grupie wiekowej 20-39 lat.
- Alkohol to czynnik, który przyczynia się do powstawania wielu zaburzeń umysłowych, psychicznych i zaburzeń zachowania oraz innych stanów niezakaźnych.
- Stwierdzono związek przyczynowy między szkodliwym spożyciem alkoholu oraz zapadalnością na takie choroby zakaźne jak gruźlica oraz wpływ na przebieg HIV/AIDS.
- Szkodliwe używanie alkoholu powoduje znaczne straty społeczne i ekonomiczne dla jednostek i społeczeństwa jako całości.

## Ulotka 3.2. — Test

- Znowu będziecie pracować w małych grupkach – każda wypełnia jeden test.
- Macie prawo nie znać odpowiedzi – zastanówcie się jak zaciekawiony laik.
- Nie szukajcie odpowiedzi w internecie/nie googlujcie/nie używajcie aplikacji w telefonach itd.
- Przygotujcie się do uzasadnienia swoich odpowiedzi/przemyśleń (zgadywanie nie jest zakazane).
- Na zakończenie zostanie rozdany klucz odpowiedzi.

# Kluczowe zagadnienia

- Regularne spożywanie alkoholu, nawet na stosunkowo niskim poziomie, zwiększa ryzyko wielu chorób – zwłaszcza nowotworów. Spożycie na wyższym poziomie – nawet okazjonalne – zwiększa ryzyko urazów i wypadków.
- Każde zmniejszenie spożycia alkoholu zmniejsza ryzyko szkód. Krótkie interwencje mogą motywować jednostki do ograniczenia spożycia, umożliwiając im dokonanie wyboru na podstawie rozszerzonej wiedzy.
- Choć krótkie interwencje stworzono głównie z myślą o osobach spożywających alkohol w sposób ryzykowny i szkodliwy, te same techniki motywacyjne mogą być wykorzystywane do zachęcania osób uzależnionych do poszukiwania pomocy.



# CZĘŚĆ 4.

## CELE KRÓTKIEJ INTERWENCJI, UMIEJĘTNOŚCI I ZMIANA PRAKTYKI

40 minut

# Empatia, szacunek, współpraca

- Cel rozmowy, która ma być „**jak taniec**” , a nie „**jak zapasy**”:  
nie konfrontacja, lecz współpraca:
  - pytania otwarte,
  - dowartościowywanie/wzmacnianie pewności siebie,
  - odzwierciedlanie,
  - podsumowywanie.
- Podkreślanie **osobistej odpowiedzialności**.
- **Efekty**:
  - pacjent myśli o zmianie sposobu używania alkoholu **albo**
  - pacjent planuje zmianę sposobu używania alkoholu **albo**
  - pacjent skutecznie ogranicza spożycie alkoholu lub przestaje pić.

## Etapy krótkiej interwencji



# Ćwiczenie

- Jakie wyzwania i możliwości z prowadzenia krótkich interwencji dotyczących problemów związanych z używaniem alkoholu można by dostrzec?
  - **Wyzwania:** wszelkie bariery, niepokoje, trudności.
  - **Możliwości:** wszelkie korzyści, pozytywne skutki, czynniki sprzyjające.
- Zapiszcie **jedno** wyzwanie/możliwość na **jednej** karteczce, następnie umieśćcie je na tablicy w miejscach, w których powinny się waszym zdaniem znaleźć.

# Zagadnienia kluczowe

- Nie ma nic dziwnego w tym, że pracownicy ochrony zdrowia wahają się, czy rozmawiać z pacjentami o ich spożyciu alkoholu – nawet jeśli niepokój ten jest często nieuzasadniony.
- Doświadczenie wskazuje na to, że pacjenci są bardziej chętni do rozmowy na ten temat niż sądzą profesjonaliści.
- Poczucie niepewności jest czymś normalnym w trakcie nauki nowych umiejętności, dobre szkolenie i chęć stosowania nowej umiejętności pozwalają szybko nabrać pewności w zakresie wprowadzania do rozmowy wątku alkoholu i omawiania go, jeśli podejmie się taką decyzję.

# CZĘŚĆ 5.

## ROZPOCZYNANIE ROZMOWY O ALKOHOLU

25 minut

# Rozpoczęcie rozmowy

Kiedy i w jaki sposób problematyka alkoholowa mogłaby się pojawić w rozmowie z twoimi pacjentami?

# Sposoby inicjowania rozmowy o spożywaniu alkoholu

- Z wykorzystaniem **sprzyjającej okoliczności (z inicjatywy lekarza pierwszego kontaktu)**. Okazja do rozmowy o alkoholu może się pojawić jako reakcja na zgłaszany przez pacjenta problem, objaw albo życiowe lub zdrowotne wydarzenie, które mogą mieć związek z używaniem alkoholu. Może to stanowić okazję do rozpoczęcia rozmowy o alkoholu w sposób nawiązujący do niepokoju pacjenta związanego z jego zdrowiem.
- **Z inicjatywy pacjenta**. Pacjent wprowadza tematykę spożycia alkoholu albo szuka informacji związanych z alkoholem. Daje to lekarzowi pierwszego kontaktu automatycznie możliwość podjęcia tematu.
- **Planowana (z inicjatywy lekarza pierwszego kontaktu)**. W ramach rutynowej diagnostyki albo działań lekarz pierwszego kontaktu systematycznie inicjuje rozmowę na temat spożycia alkoholu ze wszystkimi pacjentami albo wszystkimi pacjentami z określonej grupy.



# Znajdowanie odpowiednich słów

Wyobraź sobie następujące sytuacje. Zapisz dokładne słowa, za pomocą których można by zapytać pacjenta o picie alkoholu albo zacząć z nim rozmowę na ten temat.

- Rozpoczęcie z **wykorzystaniem okoliczności (z inicjatywy lekarza pierwszego kontaktu)**. Okazja do rozmowy o alkoholu jako reakcja na nazwany przez pacjenta objaw, zagadnienie lub wydarzenie.
- Rozpoczęcie z **inicjatywy pacjenta**. Pacjent wprowadza tematykę alkoholu albo szuka związanych z nim informacji.
- Rozpoczęcie **planowane (z inicjatywy lekarza pierwszego kontaktu)**. Lekarz pierwszego kontaktu systematycznie, ze wszystkimi pacjentami (albo wszystkimi pacjentami z określonej grupy), rozmawia o alkoholu.

**Które rozpoczęcie jest najtrudniejsze?**

# Zagadnienia kluczowe

- Ważne jest, aby lekarze pierwszego kontaktu nabrali swobody w posługiwaniu się odpowiednim zestawem zwrotów, których można użyć do rozpoczęcia rozmowy o alkoholu.
- Nie osądzaj. Rzeczowy ton głosu może pomóc lekarzowi pierwszego kontaktu w stworzeniu swobodniejszej atmosfery przy omawianiu z pacjentem problematyki alkoholowej.

# CZĘŚĆ 6.

## BADANIE PRZESIEWOWE I INFORMACJE ZWROTNE Z UŻYCIEM TESTU AUDIT

60 minut

# O badaniu przesiewowym...

- Celem badania przesiewowego jest wyznaczenie lekarzowi pierwszego kontaktu i pacjentowi drogi dalszego działania. Uzyskanie ogólnej orientacji co do poziomu spożycia i powodowanych przez to zagrożeń może być wystarczające – bez konieczności tworzenia kompletnej listy, co i ile dana osoba wypija.

# Istnieją różne badania przesiewowe i pytania

- Najbardziej rzetelnym badaniem przesiewowym jest test AUDIT – był walidowany w wielu krajach i w wielu wersjach językowych.
- Składa się z 10 pytań, zgrupowanych w 3 grupach zagadnień

Zagadnienie	Nr pytania	Treść
Ryzykowne spożywanie alkoholu	1 2 AUDIT-C	Częstotliwość spożycia Typowa ilość Częstotliwość intensywnego picia
Objawy uzależnienia	4 5 6	Upośledzenie kontroli nad piciem Rosnąca dominacja picia nad innymi sprawami Picie poranne
Szkodliwe spożywanie alkoholu	7 8 9 10	Poczucie winy po używaniu alkoholu Luki pamięciowe Urazy związane z alkoholem Niepokój innych osób co do używania alkoholu

# Test AUDIT-C

Pomóż pacjentom, na podstawie informacji o tym, co spożywają, określić, czym jest porcja standardowa alkoholu.	Sposób oceny					Wynik
	0	1	2	3	4	
1. Jak często pije Pani/Pan napoje zawierające alkohol?	Nigdy	Raz w miesiącu lub rzadziej	2 do 4 razy w miesiącu	2 do 3 razy w tygodniu	4 razy w tygodniu lub częściej	
2. Ile porcji standardowych alkoholu wypija Pani/Pan podczas typowego dnia, w którym spożywa Pani/Pan alkohol?	1 lub 2	3 lub 4	5 lub 6	7 lub 9	10 lub więcej	
3. Jak często wypija Pani/Pan sześć lub więcej porcji alkoholu przy jednej okazji?	Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	

## Przykład: Julia, 34 lata

Julia zgłosiła się do lekarza z powodu stanów niepokoju.

Lekarz wyjaśnił jej, że jednym z czynników nasilających jej objawy zdrowotne może być alkohol i zapytał, czy może zadać kilka pytań na ten temat. Julia wyraziła zgodę. Oto jej odpowiedzi na trzy pierwsze pytania testu AUDIT:

- *Trzy razy w tygodniu wieczorem wypijam po dwa kieliszki wina. Wypijamy wtedy z mężem butelkę wina.*
- *Kiedyś piłam więcej, ale teraz rzadziej mam dużą wieczorną imprezę – w niektórych miesiącach może 2-3 razy, ale zwykle raz w miesiącu.*
- *Wtedy piję trochę dżinu, wina, piwa – zależy, gdzie jestem. W trakcie dużej imprezy zwykle więcej niż sześć drinków.*

# AUDIT-C. Przykładowy wynik: 6

	Sposób oceny					Wynik
	0	1	2	3	4	
1. Jak często pije Pani/Pan napoje zawierające alkohol?	Nigdy	Raz w miesiącu lub rzadziej	2 do 4 razy w miesiącu	2 do 3 razy w tygodniu	4 razy w tygodniu lub częściej	3
2. Ile porcji standardowych alkoholu wypija Pani/Pan podczas typowego dnia, w którym spożywa Pani/Pan alkohol?	1 lub 2	3 lub 4	5 lub 6	7 lub 9	10 lub więcej	1
3. Jak często wypija Pani/Pan sześć lub więcej porcji alkoholu przy jednej okazji?	Nigdy	Rzadziej niż raz w miesiącu	Raz w miesiącu	Raz w tygodniu	Codziennie lub prawie codziennie	2



# Interpretacja AUDIT-C

Wynik AUDIT-C	Postępowanie
0-4	Poinformuj, że obecny schemat spożycia jest mało ryzykowny. Wyraź uznanie („To bardzo dobrze!”). Kontynuuj zwykłą poradę.
5-12	Zadaj pozostałe 7 pytań testu AUDIT. Jeśli nie było przedtem diagnozy uzależnienia ani pojedynczych objawów uzależnienia, a wynik testu to 5-7 punktów, przejdź bezpośrednio do informacji zwrotnych.

# Test AUDIT (patrz ulotka 6.1)

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

## Przykład: Julia

- *Raz odpuściłam sobie zajęcia dzieci w sobotę rano, bo miałam kaca. To było jakieś pół roku temu. Czułam się nieco winna z tego powodu, ale chyba nie miały nic przeciwko temu.*
- *W tamtym czasie nieco zacierały mi się w pamięci niektóre fragmenty wieczoru.*
- *Nigdy nie piłam rano, zawsze mogłam przestać i nigdy nikogo nie zraniłam. Nie wyobrażam sobie, aby ktokolwiek mógł się niepokoić moim pićiem – niczym się nie różnię od znajomych.*

# AUDIT 10 pytań. Przykładowy wynik: 9

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

# Interpretacja wyniku testu 10 pytań

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

# Nasz przykład: Julia

Wynik AUDIT	Kategoria ryzyka	Postępowanie
0-7	Niski poziom ryzyka	Poinformuj, że obecne spożycie alkoholu jest mało ryzykowne. Wyraź uznanie („To bardzo dobrze!”). Jeśli nie ma innych powodów do niepokoju, kontynuuj zwykłą poradę.
8-15	Spożycie ryzykowne	Udziel informacji zwrotnej (wydobycie – dostarczenie informacji – wydobycie) i kontynuuj, stosując krótką interwencję.
16-19	Spożycie szkodliwe Możliwe uzależnienie od alkoholu	Udziel informacji zwrotnej (wydobycie – dostarczenie informacja – wydobycie) i zaproponuj możliwość wsparcia (w ramach krótkiej interwencji) lub leczenia w placówce leczenia uzależnień. Monitoruj.
>20	Prawdopodobne uzależnienie od alkoholu	Udziel informacji zwrotnej (wydobycie – dostarczenie informacji – wydobycie) i przeprowadź diagnozę uzależnienia albo zaproponuj możliwość diagnozy i leczenia w placówce leczenia uzależnień. Monitoruj.

# Informacja zwrotna: wydobywanie – dostarczenie informacji – wydobywanie

- **Przedstaw wynik jasno, na poziomie faktów, bez osądzania.** *Z tego, co mi Pan/Pani powiedział/-a, wynik testu wynosi X punktów, co oznacza, że Pańskie/Pani spożycie alkoholu może w przyszłości powodować problemy zdrowotne albo szkodzić Pańskiemu/Pani zdrowiu.*
- **Wydobywaj:** *Co Pan/Pani wie o zagrożeniach wynikających ze spożycia alkoholu?*  
[pytanie otwarte]
- **Dostarcz informacje:** *Oznacza to, że ilość, którą Pan/Pani spożywa, stanowi zagrożenie dla Pana/Pani zdrowia albo doprowadzi Pana/Panią do [powstania/pogorszenia choroby/objawów albo urazu]. Może Pan/Pani zmniejszyć to ryzyko/poprawić stan zdrowia/objawy, zmniejszając spożycie alkoholu albo całkowicie je przerywając. Jednak tylko Pan/Pani może sam/sama zdecydować, czy tego chce.* [osobista odpowiedzialność]
- **Wydobywaj:** *Co Pan/Pani o tym sądzi?/Zaskoczyło to Pana/Panią?/Jak to brzmi?*  
[pytanie otwarte albo odzwierciedlenie]

# Informacja zwrotna dla Julii

- **Wynik:** *Z tego, co mi Pani powiedziała, wynik testu wynosi 9 punktów, co oznacza, że spożycie alkoholu może w przyszłości powodować problemy zdrowotne i mieć wpływ na Pani stany niepokoju.*
- **Wydobycie:** *Co Pani wie o ryzyku związanym z piciem alkoholu?*
- *Julia: Chyba nie piję aż tak dużo. To naprawdę może być groźne?*
- **Dostarczenie informacji:** *Jest ryzykowne w tym zakresie, że może zwiększyć w przyszłości zagrożenie takimi zjawiskami jak nadciśnienie czy nowotwór. Jeśli chodzi o aktualną sytuację, może mieć wpływ na to, że odczuwa Pani niepokój. Wiadomo, że gdy ludzie ograniczają spożycie alkoholu, objawy często słabną. Wielu ludzi nie wie także, że alkohol niekorzystnie wpływa na sen, więc ograniczenie albo zaprzestanie używania go może poprawić Pani sen i zmniejszyć niepokój. Jednak tylko Pani może zdecydować, czy chce to zrobić.*
- *Julia: Och... nie wiedziałam. (Ciche jęknienie)*
- **Wydobycie:** *Zaskakuje to Panią.*



# Badanie przesiewowe – ćwiczenie (w parach)

- Jedna osoba jest „pacjentem”. Odpowiada na pytania, wykorzystując informacje zawarte w opisie przypadku A (Jan, ulotka 6.3). Nie ujawnia zbyt wiele, jeśli nie będzie zapytana, ale nie stara się szczególnie utrudniać rozmowy.
- Druga osoba jest „lekarzem pierwszego kontaktu”. Używa testów AUDIT-C i wersji pełnej AUDIT do przeprowadzenia badania przesiewowego „pacjenta” i przekazania mu informacji zwrotnych za pomocą techniki wydobyć – dostarczenie informacji – wydobyć (ulotka 6.2).
- Zamiana ról i praca nad przypadkiem B (Natalia, ulotka 6.3).
- Przed rozpoczęciem oboje czytają informacje zawarte w otrzymanym materiale.

# Wyższe wyniki AUDIT i kierowanie pacjenta do innych specjalistów

- Udzielaj informacji zwrotnych w klarowny sposób. *Pański wynik to 21 punktów. Oznacza to, że spożycie alkoholu szkodzi Pańskiemu zdrowiu i stanowi zagrożenie pojawienia się w przyszłości takich problemów jak... i może oznaczać trudności z ograniczeniem picia alkoholu bez pomocy z zewnątrz.*
- **Wydobywaj – dostarczaj informacji – wydobywaj** jak poprzednio. Badaj i rozwijaj zrozumienie przez pacjenta zagrożeń i możliwości pomocy.
- Jeśli to możliwe, przeprowadź pełną **diagnozę**.
- Tam, gdzie ma to znaczenie, poinformuj, że w przypadku uzależnienia fizycznego znacznego stopnia nagłe zaprzestanie picia może być groźne, ale jest dostępna pomoc.

Omówienie ulotki 6.5. – Reakcja na uzależnienie  
Omówienie dostępnych lokalnych form pomocy i ścieżek leczenia

# Zagadnienia kluczowe

- **Przypomnienie:** Celem badania przesiewowego jest informowanie pacjentów i lekarzy pierwszego kontaktu co mają dalej robić. Zdobyć ogólną orientację, co ludzie piją i jakie powoduje to problemy oraz jakie sprowadza zagrożenia może w zupełności wystarczyć – bez konieczności dokładnego ustalania co i ile dana osoba wypija w określonym czasie.
- Wypełniając test AUDIT, lekarze pierwszego kontaktu powinni unikać wikłania się w obliczanie dokładnej liczby porcji standardowych i zamiast tego skupiać się na uświadamianiu sobie kontinuum zagrożeń powodowanych używaniem alkoholu i rozpoznawaniem zagadnień istotnych dla pacjenta.
- Gdy stwierdzisz, że większość pacjentów, z którymi prowadzisz badanie przesiewowe, to osoby uzależnione od alkoholu, zastanów się, kogo wybierasz do przesiewu.

# CZĘŚĆ 7.

## KRÓTKA INTERWENCJA – PODSTAWOWE UMIEJĘTNOŚCI

45 minut

# Podstawowe umiejętności sprzyjające zmianom i planowaniu

## Rozpoznawanie języka zmiany i języka podtrzymania

Wywoływanie języka zmiany

Używanie pytań otwartych

Poziom zaawansowany: odzwierciedlenia

Planowanie zmiany

Menu możliwości zmiany  
(za pomocą techniki wydobyć – dostarczenie informacji – wydobyć)

Pytania służące wzmacnianiu pewności siebie

Poziom zaawansowany: linijka ważności zmiany/pewności siebie

**Dodatkowo: podkreślanie osobistej odpowiedzialności; wzmacnianie pewności siebie, podsumowanie**

# Ambiwalencja i opór

- W krótkich interwencjach do rozwiązania problemu **ambiwalencji** wykorzystuje się techniki pochodzące z dialogu motywującego. Ambiwalencja jest często punktem kluczowym w sytuacji rozważania zmiany zachowania.
- Większość osób, które nadużywają alkoholu wie, że nie jest to zdrowe. W ich głowach już przemawiają dwa głosy: jeden za zmianą, drugi za zachowaniem status quo – pojawiają się argumenty nie tylko związane ze zdrowiem, ale dotyczą całego życia, wartości, celów itp.
- W kontakcie z lekarzem pierwszego kontaktu, który chce pomóc w zakresie zdrowia i używa argumentów za zmianą, pacjenci kontrargumentują – opierają się, oponują, bronią się i zaprzeczają: „tak, ale...”, „jednakże”.

# Język zmiany i język podtrzymania

- **Język zmiany** to każda samodzielnie wyrażona treść, stanowiąca argument na rzecz zmiany.
  - Język przygotowania: chęć, zdolność, powód, potrzeba zmiany.
  - Język mobilizacji: zaangażowanie, aktywacja, podejmowanie działań.
- **Język podtrzymania** składa się z argumentów, które mają przemawiać przeciwko zmianie i też może być opisywany za pomocą rzeczowników z punktu powyżej (brak chęci, zdolności, powodu, potrzeby, bierność...).
- W przykładzie na następnej planszy zwróć uwagę na „przekładaniec ambiwalencyjny”:
  - język podtrzymania
  - język zmiany
  - język podtrzymania.

# Odróżnij język zmiany od języka podtrzymania

*Cieężko pracuję, a w pracy jest mnóstwo okazji do kontaktów towarzyskich z klientami. Trudno odmówić, gdy ktoś proponuje alkohol. Pod koniec tygodnia jestem dość zmęczony, poza tym tyję. Żona twierdzi, że w ogóle mnie nie widuje, ale weekendy to jedyny czas, gdy mogę się zrelaksować. Lubię wychodzić z kumplami, którzy dość mocno różnią się od nudnych kolegów z pracy i czasami przeginamy. W zeszłym tygodniu przejechałem moją stację i było to dość żenujące, gdy ktoś obudził mnie na bocznicę. No, ale to element zabawy. Wiem, że nie robię się młodszy. Często boli mnie głowa i cały czas jestem zmęczony. Zdaję sobie sprawę z tego, że picie pewnie nie jest dla mnie najlepsze, ale nie chcę być starym, nudnym dziadem. Żyje się tylko raz.*



# Język zmiany ( $\pm 10$ ).

## Język podtrzymania ( $\pm 8$ ).

Ciężko pracuję<sup>1</sup>, a w pracy jest mnóstwo okazji do kontaktów towarzyskich z klientami<sup>2</sup>. Trudno odmówić, gdy ktoś proponuje alkohol<sup>3</sup>. Pod koniec tygodnia jestem dość zmęczony<sup>1</sup>, poza tym tyję<sup>2</sup>. Żona twierdzi, że w ogóle mnie nie widuje<sup>3</sup>, ale weekendy to jedyny czas, gdy mogę się zrelaksować<sup>4</sup>. Lubię wychodzić z kumplami, którzy dość mocno różnią się od nudnych kolegów z pracy<sup>5</sup> i czasami przeginamy<sup>4</sup>. W zeszłym tygodniu przejechałem moją stację<sup>5</sup> i było to dość żenujące, gdy ktoś obudził mnie na bocznicę<sup>6</sup>. No, ale to element zabawy<sup>6</sup>. Wiem, że nie robię się młodszy<sup>7</sup>. Często boli mnie głowa<sup>8</sup> i cały czas jestem zmęczony<sup>9</sup>. Zdaję sobie sprawę z tego, że picie pewnie nie jest dla mnie najlepsze<sup>10</sup>, ale nie chcę być starym, nudnym dziadem<sup>7</sup>. Żyje się tylko raz<sup>8</sup>.

## 3 B. Wydobywanie języka zmiany

- Zachowanie lekarza pierwszego kontaktu może modyfikować ilość i zakres wypowiedzianych przez pacjenta treści dotyczących zmiany.

**Proporcja języka zmiany do języka podtrzymania jest predyktorem prawdopodobieństwa zmiany zachowania.**

- Lekarze pierwszego kontaktu mogą się nauczyć doprowadzać do tego, aby pacjent więcej mówił o zmianie, a mniej o niemożności zmiany.
- Wyzwaniem dla lekarza pierwszego kontaktu jest **zaprzestanie** mówienia ludziom, co jest dla nich najlepsze, **unikanie** doradzania im bez przyzwolenia i **słuchanie** zamiast mówienia.
- Jest to trudniejsze niż mogłoby się wydawać (choć ćwiczyliście to już, dając informacje zwrotne z badania przesiewowego).

# Wydobywanie języka zmiany za pomocą pytań otwartych

## Ćwiczenie praktyczne (patrz ulotka 7.1 A)

- Praca w parach
  - Początek: dokument dotyczący Julii. Jedna osoba gra rolę Julii – ambiwalentnej względem zmiany.
  - „Lekarz pierwszego kontaktu” słucha i reaguje za pomocą pytań otwartych, wydobywających język zmiany i unika pytań generujących język podtrzymania.
  - Julia za każdym razem odpowiada w sposób, jaki uważa za odpowiedni.
- Bądź gotów przekazać informacje zwrotne
  1. Jak „lekarz pierwszego kontaktu” się czuł, zadając pytania otwarte (unikając pytań zamkniętych i porad)?
  2. Na ile różniło się to od zwykłej porady?
  3. Czy pytania otwarte doprowadziły do wydobycia języka zmiany, języka podtrzymania, czy obu?

# Wydobywanie języka zmiany za pomocą odzwierciedleń (poziom zaawansowany)

## Ćwiczenie praktyczne (patrz ulotka 7.1 B)

- Kontynuuj poradę, głównie **odzwierciedlając** wypowiedzi w języku **zmiany** – aby skłonić pacjenta do wzmocnienia języka zmiany.
- **Ignoruj** język podtrzymania.
- Można używać **pytań otwartych**, ale po każdym stosuj 2-3 **odzwierciedlenia**.
- Próbuj używać odzwierciedleń **złożonych**.
- Bądź gotów do przekazania informacji zwrotnych:
  - Jak „lekarz pierwszego kontaktu” poradził sobie z formułowaniem odzwierciedleń? Udało mu się sformułować złożone?
  - Jak odebrał je „Jan”?
  - Czy odzwierciedlenia wydobyły język zmiany, język podtrzymania, czy oba rodzaje? Dlaczego?

## 3 B. Planowanie

- Jeżeli pacjent nie jest ambiwalentny i dostrzega potrzebę zmiany albo chce zmienić swój schemat spożycia alkoholu, dalsze badanie jego powodów do zmiany i motywacji może być kontrproduktywne.
- Zamiast tego stosuj pytania otwarte, aby wygenerować pomysły, jak pacjent może się zmienić.
- W razie potrzeby (za zgodą) przedstaw różne możliwości zmiany.
- Doprowadź do głośnego wyrażenia przez pacjenta jego myśli i uczuć w stosunku do możliwości zmian.

Patrz ulotka 7.2 A. Planowanie zmian – poziom podstawowy.

# Wydobycie: pytania otwarte, służące planowaniu

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

# Zakres możliwości ograniczenia spożycia

- Wydobyć: „*Jakie ma Pan/Pani pomysły na ograniczenie spożycia alkoholu?*”  
– *Co jeszcze? Co najlepiej u Pana/Pani zadziała?*
- [Jeżeli nie ma/jest mało pomysłów – uzyskaj pozwolenie]. *Jeśli ma Pan/Pani ochotę, mogę opowiedzieć o niektórych sposobach, jakie inni ludzie uznawali za użyteczne i powie mi Pan/Pani, czy mogłyby u Pana/Pani zadziałać?*
- Dostarczenie informacji o dostępnych możliwościach: *„Jedną z możliwości jest wprowadzenie większej liczby dni, w które w ogóle nie spożywa się alkoholu – np. znajdując sobie na wieczór inne zajęcia. Inną możliwością jest picie mniejszej ilości napojów, picie napojów o mniejszej pojemności albo napojów o mniejszej zawartości alkoholu (na przykład: ...). Oczywiście może Pan/Pani też zupełnie przestać używać alkohol. Jeśli Pan/Pani sobie tego życzy, mogę na ten temat powiedzieć więcej, najpierw jednak chciałbym usłyszeć, co Pana/Pani zdaniem mogłoby być dla Pana/Pani możliwe. Sam/-a Pan/Pani wie najlepiej, co jest dla Pana/Pani najlepsze.*
- Wydobyć: *„Co Pan/Pani o tym sądzi?”*



# Zakres możliwości w przypadku wysokich wyników

- Wydobyć: „*Co wie Pan/Pani o możliwościach pomocy dla ludzi, którzy chcą ograniczyć spożycie alkoholu albo zaprzestać picia?*”.
- [Jeżeli nie ma/jest mało pomysłów – uzyskaj pozwolenie]. *Jeśli ma Pan/Pani ochotę, mogę opowiedzieć o niektórych możliwościach, żeby sprawdzić, czy Pana/Panią zainteresują. Nie ma Pan/Pani nic przeciwko temu?*
- Dostarczenie informacji o dostępnych możliwościach. *„Zgadza się, Anonimowi Alkoholicy to jedna z możliwości. Istnieją też placówki leczenia uzależnień, mógłbym także dać Panu/Pani materiały, które mogą pomóc samodzielnie ograniczyć picie i porozmawialibyśmy o tym znowu za kilka tygodni. Może Pan/Pani też nic nie robić i jedynie obserwować rozwijanie się zagrożeń i objawów. Mogę udzielić wielu informacji, ale decyzja należy do Pana/Pani”.*
- Wydobyć: „*Co Pan/Pani sądzi?*”.

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



# Formułowanie planu

- Uzgodnijcie cele zmiany, plany, harmonogramy i sposoby kontroli.
- Zwiększenie zaangażowania pacjenta:
  - Podsumowując naszą rozmowę: co zrealizuje Pan/Pani w ciągu najbliższych X tygodni?
  - Jak zamierza Pan/Pani osiągnąć ten cel?
- **Pytania otwarte, służące wzmocnieniu pewności siebie:**
  - **Sukcesy w przeszłości.** Co jeszcze zmienił/-a Pan/Pani w życiu? Co wtedy zadziało?
  - **Wzorce do naśladowania.** Kogo jeszcze Pan/Pani zna, kto zmienił swój styl życia? Jak im się to udało?
  - **Pomocnicy.** Kto udzieli Panu/Pani wsparcia/pomocy? Kto troszczy się o Pana/Pani zdrowie? W jaki sposób mógłby/-aby Pan/Pani skorzystać z pomocy tych osób?

## 7.2 B. Używanie „linijek” (poziom zaawansowany)



- Wyobrażając sobie skalę od 0 do 10, gdzie 0 oznacza „całkowicie nieważne”, a 10 „najważniejsza rzecz dla mnie w tej chwili”, to jak ważne jest dla Pana/Pani zmniejszenie zagrożenia spowodowanego spożyciem alkoholu?
- Gdyby wyobrazić sobie skalę od 0 do 10, na której 0 oznacza „nie mam najmniejszej pewności”, a 10 „mam całkowitą pewność”, jak oceniłby/-aby Pan/Pani swoją zdolność do zmiany sposobu używania alkoholu?
  - Dlaczego tutaj, a nie wyżej lub niżej?
  - A na którym stopniu skali chciałby/-aby Pan/Pani się znajdować?
  - Co musiałyby się wydarzyć, aby znalazł/-a się Pan/Pani na wyższym poziomie?

# Podsumowanie etapu:

## krótka interwencja – podstawowe umiejętności

Rozpoznawanie języka zmiany i języka podtrzymania (plansze)

Wydobywanie  
języka zmiany

Stosowanie pytań otwartych (7.1 A)

Etap zaawansowany – stosowanie odzwierciedleń (7.1 B)

Planowanie zmian

Zakres możliwości zmian (7.2 A) (wydobycie – dostarczenie informacji – wydobycie)

Pytania budujące pewność siebie (7.2 A)

Etap zaawansowany – „linijka” ważności zmiany/pewności siebie (7.2 B)

Także: podkreślanie odpowiedzialności osobistej; wzmacnianie pewności siebie, podsumowanie (poprzednio w 4.1)

# Zagadnienia kluczowe

- Gdy lekarze pierwszego kontaktu starają się stosować w praktyce niniejsze techniki, normą jest stroma (i być może niekomfortowa) krzywa uczenia się, nie powinno to ich jednak zniechęcać.
  - Istnieje dużo potwierdzonych danych, które sugerują, że znaczna część korzyści wynikających z dialogu motywującego jest efektem zaniechania przez lekarzy pierwszego kontaktu działań, które nie są pomocne – nawet jeśli nie wykazali się wszystkimi zalecanymi umiejętnościami.
  - Dotyczy to w pierwszym rzędzie unikania mówienia pacjentom, co mają robić i przekonywanie ich do zmiany oraz poświęcania więcej czasu na słuchanie.

# CZĘŚĆ 8.

## SESJA PRAKTYCZNA KRÓTKIEJ INTERWENCJI

75 minut

# Ćwiczenie – badanie przesiewowe + krótka interwencja

- Praca w grupach po **trzy osoby** – na zmianę przyjmowanie ról pacjenta, lekarza pierwszego kontaktu i obserwatora (patrz ulotka 8.1).
- Podzielcie się rolami, następnie zamieniajcie się nimi według informacji zawartych w tabeli.
- Osoba w roli **pacjenta** potrzebuje odpowiednich danych z opisu przypadku (imiona, patrz w tabeli).
- **Przed** rozpoczęciem pacjent przekazuje pozostałym informacje z wstępu do opisu przypadku.

<b>Runda 1</b>	Pacjent ( <b>Piotr</b> )	Lekarz POZ	Obserwator
<b>Runda 2</b>	Obserwator	Pacjent ( <b>Aleksander</b> )	Lekarz POZ
<b>Runda 3</b>	Lekarz POZ	Obserwator	Pacjent ( <b>Weronika</b> )

# Zaczynamy dopiero na dany znak

- **Lekarz pierwszego kontaktu** będzie potrzebował ulotki 6.1 AUDIT i innych – np. Schemat blokowy (4.1), Rozpoczynanie (5.1), Zadawanie pytań (7.1 A), Odzwierciedlenia (7.1 B), Planowanie (7.2).
- **Obserwator** będzie wypełniał kwestionariusz – ulotkę 8.2 i pilnował czasu.
  - Nawet, gdyby zabrakło czasu na 3 rundy, nie spieszymy się.
  - Zapisuj kluczowe zwroty do udzielania informacji zwrotnych.
- Na każdą rundę jest 10 minut (maksymalnie) + 5 minut na omówienie i przygotowanie informacji zwrotnych dla całej grupy (odpowiedzi na poniższe pytania):
  - **Co poszło dobrze, co nie najlepiej? Najpierw z punktu widzenia lekarza pierwszego kontaktu, potem pacjenta, na koniec obserwatora (z notatek).**

# Zaczynamy!

- **Pacjenci:** Do każdej rundy używajcie kolejnych opisów przypadku.
- **Lekarze pierwszego kontaktu:** Używajcie ulotki 6.1 AUDIT i innych: Schemat blokowy (4.1), Rozpoczynanie (5.1), Zadawanie pytań (7.1 A), Odzwierciedlenia (7.1 B), Planowanie (7.2).
- **Obserwatorzy:** Wypełniacie ulotkę 8.2 (kartę obserwacji) i pilnujecie czasu. **Macie 10 + 5 minut.**

<b>Runda 1</b>	Pacjent ( <b>Piotr</b> )	Lekarz POZ	Obserwator
<b>Runda 2</b>	Obserwator	Pacjent ( <b>Aleksander</b> )	Lekarz POZ
<b>Runda 3</b>	Lekarz POZ	Obserwator	Pacjent ( <b>Weronika</b> )

- **Omówienie.** Co poszło dobrze, co nie najlepiej? Najpierw z punktu widzenia lekarza pierwszego kontaktu, potem pacjenta, potem obserwatora.



# Przerwa. Omówienie Rundy 1

- Co, zdaniem lekarza pierwszego kontaktu, poszło dobrze? A co nie za bardzo?
- Jak czuł się pacjent?
- Jaki był wynik badania przesiewowego AUDIT/AUDIT-C?
- Co, zdaniem obserwatora, poszło dobrze? Co można by poprawić?
- Jakimi możemy się podzielić przykładami dobrych odzwierciedleń i pytań? Które dałoby się poprawić?

# Motywowanie Piotra

Standardowe porcje w tygodniu: **27-30**;

AUDIT-C: **8**; pełen test AUDIT: **10**

- Wygląda na to, że Piotr jeszcze nigdy nie zastanawiał się nad swoim spożyciem alkoholu ani udziałem spożycia alkoholu w tyciu i obciążeniu stresem. Lekarz pierwszego kontaktu powinien uzyskać pewność, że pacjent rozumie, że alkohol jest kaloryczny oraz ma wpływ na odczuwany niepokój, rozwinąć jego świadomość, a następnie zbadać, czy byłby gotów rozważyć zmiany. Piotr mówi dużo językiem zmiany, dając lekarzowi mnóstwo okazji do dokonywania odzwierciedleń, w tym na temat:
  - stresu,
  - wagi,
  - irytacji żony,
  - niedyskrecji,
  - chęci spędzania większej ilości czasu z żoną.

# Zaczynamy

- **Pacjenci:** Do każdej rundy używajcie kolejnych opisów przypadku.
- **Lekarze pierwszego kontaktu:** Używajcie ulotki 6.1 AUDIT i innych: Schemat blokowy (4.1), Rozpoczynanie (5.1), Zadawanie pytań (7.1 A), Odzwierciedlenia (7.1 B), Planowanie (7.2).
- **Obserwatorzy:** Wypełniacie ulotkę 8.2 (kartę obserwacji) i pilnujecie czasu. **Macie 10 + 5 minut.**

<b>Runda 1</b>	Pacjent ( <b>Piotr</b> )	Lekarz POZ	Obserwator
<b>Runda 2</b>	Obserwator	Pacjent ( <b>Aleksander</b> )	Lekarz POZ
<b>Runda 3</b>	Lekarz POZ	Obserwator	Pacjent ( <b>Weronika</b> )

- **Omówienie.** Co poszło dobrze, co nie najlepiej? Najpierw z punktu widzenia lekarza pierwszego kontaktu, potem pacjenta, potem obserwatora.

# Przerwa. Omówienie Rundy 2

- Co, zdaniem lekarza pierwszego kontaktu, poszło dobrze? A co nie za bardzo?
- Jak czuł się pacjent?
- Jaki był wynik badania przesiewowego AUDIT/AUDIT-C?
- Co, zdaniem obserwatora, poszło dobrze? Co można by poprawić?
- Jakimi możemy się podzielić przykładami dobrych odzwierciedleń i pytań? Które dałoby się poprawić?

# Motywowanie Aleksandra

Wypijane porcje standardowe w tygodniu: **45-47**;

AUDIT-C: **11**; pełen test AUDIT: **12**

- Aleksander kiedyś pił znacznie więcej niż teraz, samodzielnie ograniczył spożycie. Martwi się o zdrowie, ale nie chce całkowicie zrezygnować z picia. Lekarz pierwszego kontaktu powinien uzyskać pewność, że pacjent zrozumiał związek alkoholu z nadciśnieniem i innymi zagrożeniami dla zdrowia. Aleksander powinien mówić językiem zmiany, aby lekarz mógł zaoferować odzwierciedlenia na temat:
  - chęci uniknięcia kolejnego zabiegu albo wszczępienia stentu,
  - przejścia picia w nawyk,
  - chęci korzystania z kontaktu z wnukami,
  - chęci lepszego spania i lepszego korzystania z dnia.

# Zaczynamy

- **Pacjenci:** Do każdej rundy używajcie kolejnych opisów przypadku.
- **Lekarze pierwszego kontaktu:** Używajcie ulotki 6.1 AUDIT i innych: Schemat blokowy (4.1), Rozpoczynanie (5.1), Zadawanie pytań (7.1 A), Odzwierciedlenia (7.1 B), Planowanie (7.2 A, 7.2 B).
- **Obserwatorzy:** Wypełniacie ulotkę 8.2 (kartę obserwacji) i pilnujecie czasu. Macie 10 + 5 minut.

<b>Runda 1</b>	Pacjent ( <b>Piotr</b> )	Lekarz POZ	Obserwator
<b>Runda 2</b>	Obserwator	Pacjent ( <b>Aleksander</b> )	Lekarz POZ
<b>Runda 3</b>	Lekarz POZ	Obserwator	Pacjent ( <b>Weronika</b> )

- **Omówienie.** Co poszło dobrze, co nie najlepiej? Najpierw z punktu widzenia lekarza pierwszego kontaktu, potem pacjenta, potem obserwatora.

# Przerwa. Omówienie Rundy 3

- Co, zdaniem lekarza pierwszego kontaktu, poszło dobrze? A co nie za bardzo?
- Jak czuł się pacjent?
- Jaki był wynik badania przesiewowego AUDIT/AUDIT-C?
- Co, zdaniem obserwatora, poszło dobrze? Co można by poprawić?
- Jakimi możemy się podzielić przykładami dobrych odzwierciedleń i pytań? Które dałoby się poprawić?

# Motywowanie Weroniki

Wypijane porcje standardowe w tygodniu: **23**; AUDIT-C: **8**; pełen test AUDIT: **17**

Wysoki wynik AUDIT, ale niskie wyniki pytań 4–6 ⇒ niewielkie uzależnienie/brak uzależnienia

- Choć Weronika zawsze lubiła wypić coś zawierającego alkohol, nigdy nie piła dużo. Ważne jest, aby nie czuła się osądzana i warto skupiać się na tym, co jest dla niej ważne. Nigdy nie zastanawiała się na poważnie nad swoim spożywaniem alkoholu i jest zaskoczona informacją o zagrożeniach. O ile nie chce przestać używać alkoholu, zależy jej na tym, by więcej nie upaść. Lekarz pierwszego kontaktu powinien zwiększyć jej świadomość na temat związku między alkoholem a przewracaniem się i zbadać, na ile jest zainteresowana działaniem. Kluczem jest pomoc w myśleniu o kontaktach społecznych i cieszeniu się życiem bez narażania się na coś, czego chciałaby uniknąć. Weronika mówi w małym stopniu językiem zmiany, co pozwala lekarzowi pierwszego kontaktu sformułować odzwierciedlenia dotyczące:
  - niechęci dopuszczenia do ponownego upadku,
  - chęci zachowania niezależności.
- Weronika prawdopodobnie jest gotowa do dokonania niewielkich zmian, o ile będą sprawiały wrażenie możliwych do realizacji bez większych ingerencji w jej dotychczasowe życie.



# A teraz przejdźmy do Ciebie

- Jakie zmiany (o ile w ogóle) zamierzasz wprowadzić do swojej praktyki po poznaniu krótkich interwencji?
- Czy w trakcie Części 8 pojawiły się jakieś pytania?
- Poczucie niepewności jest u lekarzy pierwszego kontaktu normą podczas uczenia się prowadzenia krótkich interwencji. Niniejsze szkolenie zawiera dużo informacji i natychmiastowe wprowadzenie ich wszystkich w życie jest trudne. Praktycznym rozwiązaniem jest wprowadzanie krótkich interwencji stopniowo, modyfikując poszczególne aspekty rozmowy z pacjentem o zmianie zachowania i zastanawiając się, jaki przynosi to skutek (przykład na następnej planszy).

# Zmiana praktyki krok po kroku

- Tydzień 1. Skup się na rozpoczynaniu rozmowy: wychwytywaniu wymieniania przez pacjentów stanów zdrowotnych, na które może mieć wpływ alkohol i pytania ich, czy spożywają alkohol. Odrzuć nawyk natychmiastowego przeskoku do dawania rad.
- Tydzień 2. Dodaj badanie przesiewowe: pytaj pacjentów, ile piją. Ćwicz szacowanie, ile to daje porcji standardowych i przekazywanie prostych informacji zwrotnych („Spożywa Pan/Pani X porcji standardowych. Ograniczenie picia mogłoby poprawić Pana/Pani stan zdrowia, ale decyzja należy do Pana/Pani”).
- Tydzień 3. Dodaj informacje zwrotne: skup się na przekazywaniu pacjentom informacji zwrotnych dotyczących wyników badania przesiewowego, stosując technikę wydobyć – dostarczenie informacji – wydobyć.
- Tydzień 4. Zaczynaj wykształcać motywację za pomocą pytań otwartych.

## Zmiana praktyki krok po kroku (cd.)

- Tydzień 5. Ćwicz zachęcanie pacjentów do tworzenia planów; wzmacniaj ich pewność siebie.
- Tydzień 6. Stosuj proste odzwierciedlenia.
- Tydzień 7. Stosuj złożone odzwierciedlenia.
- Tydzień 8. Stosuj linijkę ważności zmiany i pewności siebie.

**Rób notatki służące refleksji (patrz ulotka 8.3).**

**W tygodniach 9-12 poświęcaj więcej czasu na konieczne działy albo wracaj do tych, które wymagają udoskonalenia.**

# Dziękujemy za udział w szkoleniu

- [Wpisz nazwisko trenera i dane kontaktowe, aby dać możliwość zadawania dalszych pytań albo poprowadzenia kontroli].
- [Jeżeli dotyczy, wpisz informacje o wypełnieniu poszkoleniowego formularza ewaluacyjnego]