

Всемирная организация здравоохранения Европейское  
региональное бюро Копенгаген

## **АЛКОГОЛЬ И ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ**

Peter Anderson

*Отдел "Алкоголь, наркотики и табак" Европейское региональное бюро ВОЗ  
Публикации Регионального бюро ВОЗ, Европейская серия, № 64*

### **Серия публикаций по Европейскому плану действий по борьбе с потреблением алкоголя**

*Оценка и контроль действий по алкоголю, Peter Anderson и  
Juhani Lehto. Подходы к политике контроля над алкоголем, Juhani  
Lehto. Экономика алкогольной политики, Juhani Lehto. Алкоголь и  
средства массовой информации, Marjatta Montonen.*

*Действия по проблемам алкоголя на местном и муниципальном  
уровне, V nice Ritson.*

*Алкоголь и первичная медико-санитарная помощь, Peter  
Anderson. Терапевтические подходы к алкогольным проблемам, Nick  
Heather. Молодые люди и алкоголь, наркотики и табак, Kellie  
Anderson. Алкоголь и рабочее место, Marion Henderson, Graeme  
Hutcheson и John Davies.*

Всемирная организация здравоохранения - специализированное  
учреждение Организации Объединенных Наций, основная функция  
которого состоит в решении международных проблем здравоохранения  
и охраны здоровья населения. С помощью этой Организации, которая  
была создана в 1948 г., работники здравоохранения более 180 стран  
обмениваются знаниями и опытом для того, чтобы сделать возможным

достижение всеми жителями Земли такого уровня здоровья, который позволит им вести жизнь, полноценную в социальном и экономическом отношении.

Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением в 850 млн. человек простирается от Гренландии на севере и Средиземного моря на юге до тихоокеанских берегов России. Поэтому программа Европейского региона ВОЗ главное внимание уделяет как проблемам, характерным для индустриального и постиндустриального общества, так и проблемам находящимся в процессе становления демократии стран Центральной и Восточной Европы и бывшего Советского Союза. В своей стратегии достижения здоровья для всех Региональное бюро осуществляет деятельность по трем основным направлениям: обеспечение образа жизни, способствующего сохранению и укреплению здоровья, здоровой окружающей среды и соответствующих служб профилактики, лечения и ухода.

Для Европейского региона характерны также наличие большого числа языков, на которых говорят населяющие его народы, и связанные с этим трудности распространения информации среди тех, кто в ней нуждается. Региональное бюро охотно удовлетворяет просьбы о предоставлении прав на перевод своих книг на другие языки.

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку либо перевод публикации частично или полностью. Заявления и запросы следует направлять в Бюро публикаций

Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Sherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen, Denmark. Бюро охотно предоставит последнюю информацию о каких-либо изменениях в тексте, о планах новых изданий, а также об уже имеющихся перепечатках и переводах.

### **Всемирная организация здравоохранения, 1998 г.**

На публикации Всемирной организации здравоохранения распространяются, с сохранением за ней всех прав, положения протокола 2 Всемирной конвенции по охране авторских прав.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приведенные в ней материалы не отражают мнение Секретариата Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города либо района и их органов власти либо взгляды о делимитации их границ. Названия стран или территорий, используемые в настоящей публикации, соответствуют названиям, известным в период подготовки издания данной книги на языке оригинала.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их или отдаст им предпочтение перед другими компаниями или изготовителями, не упомянутыми в тексте. За исключением ошибок и пропусков, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Взгляды, выраженные в настоящей публикации, являются взглядами автора и не обязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

## НАПЕЧАТАНО В ДАНИИ

Содержание	Стр
<i>Введение</i>	1
1. Потенциал сектора первичной медико-санитарной помощи	7
Роль первичной медико-санитарной помощи	
2. Риск, возникающий в результате потребления алкоголя	10
Алкоголь и физический ущерб	10
Алкоголь и социальный ущерб	14
Алкоголь и ущерб от насилия	14
Размеры риска	15
Распределение риска	15
3. Эффективность краткой интервенции	17
Результаты исследований	18
4. Обследование	23
Выявление вредного потребления алкоголя	24
Выявление опасного потребления алкоголя	25
5. Рекомендации санитарного просвещения	28
Индивидуальные рекомендации	28
Рекомендации обществу	31
6. Интервенция	33
Интервенция при опасном потреблении алкоголя	33
Интервенция при вредном потреблении алкоголя	36
7. Препятствия на пути реализации	42
Преодоление препятствий	43
Фаза III совместного исследования ВОЗ	47
8. Пакеты и протоколы	52
Пакеты материалов	52
Протоколы работы	52
9. Образование и обучение	56
Принципы образования	56
Модели образования и обучения	58
Курс обучения "Помогите людям измениться"	59
Компетентность и рекомендации по обучению	60
10. Семья и друзья	64
Работа с членами семьи и друзьями	65
Семья как проводник укрепления здоровья	66

11. Действия на местном уровне	68
Укрепление здоровья и профилактика заболеваний	69
Организация проектов на местном уровне	74
Вовлечение первичной медико-санитарной помощи	77
Демонстрационный и оценочный проект ВОЗ	80
12. Алкогольная политика	82
Элементы алкогольной политики	83
13. Задачи	87
Стандарты, задачи и показатели	89
14. Заключение	91
Список литературы	94
Приложение 1	100
Приложение 2	102

## **Введение**

В масштабах всей Европы потребление алкоголя приводит к огромным страданиям и затратам, которые оказывают свое влияние на здоровье и благосостояние мужчин и женщин, детей и взрослых, бедных и богатых, тех, кто пьет и тех, кто страдает от поведения пьющих (1).

Связанные с алкоголем проблемы имеют множество причин, возникают в разных ситуациях и воздействуют на различных людей. Поэтому ответные меры по этим проблемам должны быть многосторонними, включая государственную политику, местные программы и действия на уровне первичной медико-санитарной помощи. К работникам первичной медико-санитарной помощи относится широкий круг различных специалистов. В этой книге ими называются врачи и медсестры, работающие в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

В 1980 году комитет экспертов ВОЗ (2) подчеркнул необходимость разработки эффективных методов выявления людей, потребляющих алкоголь в особо вредных количествах, до того как проявятся медицинские и социальные последствия и призвал развивать стратегии, которые можно применять с минимальной затратой времени и ресурсов в учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Эти рекомендации появились в то время, когда в некоторых странах предпринимались действия для внедрения подхода к связанным с алкоголем проблемам, который нацелен на здоровье всего общества. К числу других причин возрастания интереса к выявлению злоупотребления алкоголем и краткой интервенции относятся: эффективность методик изменения поведения, как в области злоупотребления алкоголем, так и в других сферах образа жизни, необходимость экономить ресурсы здравоохранения, в привлекательность интервенций на ранней стадии в качестве средства профилактики серьезных алкогольных проблем и алкогольной зависимости, признание необходимости расширить основы или изменить направленность определений и подходов к алкогольным проблемам (3), а также наличие данных о том, что испытываемое обществом бремя болезней, вызываемое потреблением алкоголя в опасных и вредных размерах, превышает ущерб от алкогольной зависимости.

В 1992 году, в резолюции EUR/RC42/R8 Европейского регионального комитета ВОЗ был всемерно поддержан Европейский план действий по борьбе с потреблением алкоголя (4). Этот документ настоятельно призывает европейские государства: рассмотреть, и в случае необходимости переработать, их политику в отношении потребления алкоголя для обеспечения того, чтобы их политика в

данной области носила всеобъемлющий характер и соответствовала принципам, изложенным в Плане действий; обеспечить эффективное выполнение такой политики с тем, чтобы предупредить опасность для здоровья и социально-экономические проблемы, вызванные потреблением алкоголя, признавая важность многосекторальных действий и существенную роль действий на местном уровне; и разработать комплексную политику и программы предупреждения и решения проблем, связанных с алкоголем, в рамках первичной медико-санитарной помощи.

В Европейском плане действий подчеркивается, что система здравоохранения, традиционно занимающаяся разрешением алкогольных проблем, должна играть более значимую роль в выявлении и профилактике наносимого алкоголем ущерба. Первичная медико-санитарная помощь рассматривается, как важная структура для выявления тех, кто подвергается риску в результате злоупотребления алкоголем и оказания им помощи в сокращении потребления. Помимо этого она является основным источником поддержки семей и групп самопомощи, а также выступает в роли защитника общественного здоровья на местном уровне. Стратегия, основанная на работе служб первичной медико-санитарной помощи, может также дополнять инициативы, нацеленные на всё население (7).

В своем исследовании роли врачей общей практики в выявлении и решении алкогольных проблем. Thorn & Tellez (5) приводят следующие слова одного врача общей практики:

Чего я не делаю, так это не задаю большого количества вопросов, потому что не хочу раскрыть множество вещей, с которыми я не могу справиться. Звучит ужасно, но моя методика состоит в том, чтобы ждать до тех пор, пока что-нибудь не привлечет моего внимания в

целом. Я не собираюсь выявлять проблемы, которые не знаю, как лечить. Мне придется тратить затем на это много часов ежедневного труда, чтобы пытаться справиться с ними. Если бы было очевидно, как я могу с ними эффективно справиться, тогда я бы попытался выявить таких пациентов.

Надеемся, что эта книга даст в некоторой степени ответы на вопросы, как предотвращать и справляться с тем ущербом, который приносит с собой алкоголь, в структурах первичной медико-санитарной помощи. Значительная часть этой книги посвящена обсуждению стратегий и подходов, которые могут применять работники первичной медико-санитарной помощи в своей повседневной работе с пациентами и семьями. Здесь признаётся, что работникам первичной медико-санитарной помощи отводится своя роль в охране общественного здоровья, и описываются возможности их участия в деятельности на местном уровне и в защите ориентированной на здоровье государственной политики относительно алкоголя.

В книге рассматривается роль первичной медико-санитарной помощи в проведении интервенций при потреблении алкоголя в опасных и вредных количествах. Здесь не обсуждается выявление или лечение пациентов с алкогольной зависимостью или взаимосвязь первичной медико-санитарной помощи с другими лечебными учреждениями, так как это недавно широко обсуждалось (6,7).

Хотя основной акцент здесь сделан на алкоголь, необходимо поощрять интегрированный подход к профилактике в рамках общей стратегии укрепления здоровья. Превентивная деятельность по алкоголю должна быть связана с действиями по другим вопросам образа жизни, такими как курение, питание и физическая активность.

На самом деле, большинство из того, что написано про алкоголь применимо и к другим вопросам образа жизни.

## **1 Потенциал сектора первичной медико-санитарной помощи**

Потребление алкоголя и связанные с этим проблемы существуют в виде непрерывной шкалы (3). Потребление алкоголя варьирует от трезвости или потребления в небольших дозах до злоупотребления, а связанные с алкоголем проблемы колеблются от нулевых до значительных или серьезных проблем (Рис. 1). Концепция непрерывной шкалы привела к новым определениям понятий потребления алкоголя и алкогольных проблем. Потребление алкоголя в опасных количествах может быть определено, как уровни или виды потребления, которые, скорее всего, приведет к ущербу, если подобное потребление будет продолжаться. Потребление алкоголя во вредных дозах - это то, что наносит ущерб психическому или физическому состоянию человека (8,9).

Если существует непрерывная шкала, как потребления алкоголя, так и связанных с этим проблем, то существует также и непрерывная шкала ответных мер по этим проблемам. Последние варьируют от первичной профилактики, затем идет краткая интервенция, а далее специализированное лечение (Рис. 2).

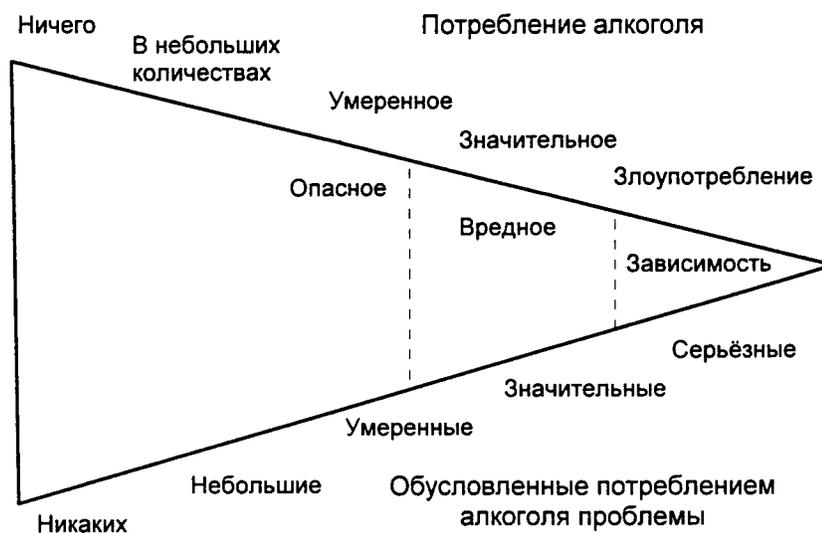
Концепция непрерывной шкалы хорошо разъясняется в докладе Королевского колледжа общих практиков Соединенного Королевства "Алкоголь - сбалансированная точка зрения" (10):

Мы не согласны с той точкой зрения, что алкоголизм сам по себе является болезнью. Вместо этого, мы предлагаем рассматривать

потребление алкоголя, как единое явление, которое можно измерить непрерывной шкалой, на одной стороне которой безвредное потребление, а на другой - потребление, приносящее большой ущерб. Питейное поведение личности изменяется под влиянием его опыта; на любой стадии оно определяется балансом преимуществ и недостатков, удовольствия и ущерба в результате потребления. У каждого, каков бы ни был уровень его потребления на данный момент, есть выбор двигаться вперед или назад по этой шкале.

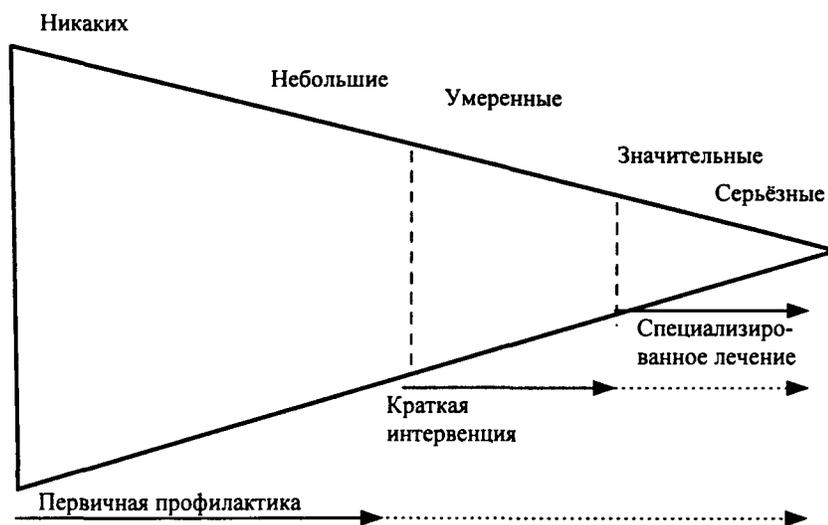
- многие люди, имеющие алкогольные проблемы, справляются с ними сами, без какого-либо официального лечения;
- у некоторых пациентов, прошедших курс официального лечения, алкогольные проблемы затем обостряются; и некоторые люди, которые проходят курс лечения, чувствуют себя не лучше тех, кому не оказывается никакого лечения.

**Рис. 1. Потребление алкоголя и связанные с этим проблемы**



*Источник: Институт медицины (3). Воспроизводится по разрешению Издательства Национальной академии, Вашингтон, США.*

**Схема 2. Обусловленные потреблением алкоголя проблемы и соответственные ответные меры**



**Источник:** Институт медицины (3). Воспроизводится по разрешению Издательства Национальной академии, Вашингтон, США.

Современные познания по службам лечения могут быть суммированы следующим образом (3).

1. Не существует единственного подхода в лечении, который был бы эффективен для всех людей с алкогольными проблемами.
2. Предоставление соответствующих и конкретных методик лечения может значительно улучшить результат.
3. Краткие интервенции могут быть достаточно эффективными по сравнению с отсутствием лечения, и они могут быть весьма затрато-эффективными, по сравнению с более интенсивным лечением.
4. Помощь в урегулировании других личных проблем, связанных с потреблением алкоголя, может улучшить результат лечения самих алкогольных проблем.
5. Способности врача очень сильно влияют на результат.

6. Результаты частично определяются такими факторами, как процесс лечения и последующей адаптации, характер пациента, характер его проблем и взаимодействием этих факторов.

7. Пациенты, лечащиеся от алкогольных проблем, достигают результата, который располагается на непрерывной шкале, также как потребление алкоголя и связанные с ним проблемы.

8. У тех, кто значительно сократил уровень потребления или полностью отказался от алкоголя, обычно наблюдается улучшение и в других сферах жизни, особенно по мере увеличения периода нового отношения к алкоголю.

Другими словами, необходим спектр действий, который бы соответствовал спектру проблем (6). Сектор специализированной помощи по алкогольным проблемам не может быть единственным местом оказания помощи. Более того, если мы хотим, чтобы связанные с алкоголем проблемы существенно сократились, характер их распределения среди населения подсказывает, что действия должны быть направлены на тех, у кого проблемы небольшие или умеренные.

## РОЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

С увеличением знаний об эффективности краткой интервенции, все более подчеркивалась роль первичной медико-санитарной помощи в профилактике и решении алкогольных проблем (11). Сектор первичной медико-санитарной помощи обладает огромным потенциалом (12).

- Во многих странах первично медико-санитарная помощь отвечает за определенное население, и большая часть населения зарегистрирована за своим конкретным врачом.

- Уровень посещаемости служб первичной медико-санитарной помощи населением довольно высок. В некоторых странах от двух

третьей до трех четвертей населения консультируются со своим врачом общей практики ежегодно, а уровень посещаемости составляет от трех до четырех консультаций на каждого пациента в год.

- Службы первичной медико-санитарной помощи являются уважаемым источником информации, более половины населения в своих ответах на опросы указали, что считают своего врача общей практики единственным наиболее важным источником советов по связанным с алкоголем вопросам. Всё больше повышаются ожидания населения, что службы первичной медико-санитарной помощи будут предоставлять поддержку и советы по вопросам образа жизни.

- Те, кто пьет много, посещают своих врачей общей практики в два раза чаще, чем пьющие в небольших количествах, что увеличивает возможность попутного воздействия в учреждениях первичной медико-санитарной помощи на тех, кто больше всего нуждается в этой помощи.

- Первичная медико-санитарная помощь имеет возможность использовать "момент обучения", связывая причину визита пациента к врачу с потреблением алкоголя пациентом.

- Службы первичной медико-санитарной помощи работают на постоянной основе, и до двух третей консультаций могут включать в себя повторные посещения. Повторные посещения являются идеальными условиями для проведения консультаций по процессу модели изменений (13) и для проведения мотивационного собеседования (14). Исследования продемонстрировали эффективность и затрато-эффективность действий служб первичной медико-санитарной помощи (15).

Первичная медико-санитарная помощь и управление степенью риска

Потенциальная схема проведения интервенций в структурах первичной медико-санитарной помощи может быть построена на модели, где потребление алкоголя рассматривается, как фактор риска возникновения заболеваний. Роль работника первичной медико-санитарной помощи будет определяться уровнем риска данной группы населения (Таблица 1). Для населения с низкой степенью риска, основной акцент воздействия - это первичная профилактика, кроме того в функции первичной медико-санитарной помощи входит санитарное просвещение, пропаганда и собственный пример.

**Таблица 1. Схема проведения интервенций в учреждениях первичной медико-санитарной помощи**

Уровень риска (группы населения)	риск	Интервенция	Роль работника первичной медико-санитарной помощи
Низкий (люди с низким уровнем потребления)	с	Первичная профилактика	Санитарное просвещение Пропаганда Собственный пример
Повышенный (люди, потребляющие в опасных или вредных дозах)	люди, в опасных	Краткая интервенция	Выявление проблемы Оценка ее сложности Краткая консультация Дальнейшее наблюдение
Высокий (люди, зависимые от алкоголя)	люди, зависимые от алкоголя	Специализированное лечение	Выявление проблемы Оценка ее сложности Направление к специалисту Дальнейшее наблюдение

*Источник:* Роль сектора общей практики с точки зрения предупреждения и борьбы с негативными последствиями употребления алкоголя (16).

Для людей из группы повышенного риска, вызванного их потреблением алкоголя, основным методом является краткая

интервенция, и роль первичной медико-санитарной помощи состоит в выявлении проблемы, оценке ее сложности, краткой консультации и последующем наблюдении.

Для людей из группы высокого риска, вызванного их потреблением алкоголя, или тех, у кого имеются серьезные проблемы, связанные с алкоголем, основное воздействие - это специализированное лечение, и в функции первичной медицинской помощи входит выявление проблемы, оценка ее сложности, направление к специалистам и последующее наблюдение.

## **2 Риск, возникающий в результате потребления алкоголя**

Имеются данные, говорящие о наличии взаимосвязи "доза - ответная реакция" между потреблением алкоголя и риском возникновения цирроза печени и рака ротовой полости, глотки, гортани, пищевода, печени и рака груди у женщин. Взаимосвязь между потреблением алкоголя и сердечно-сосудистыми заболеваниями более сложная; по-видимому, алкоголь сокращает риск возникновения коронарной болезни сердца, несмотря на его отрицательный эффект на кровяное давление и связанное с этим повышение риска возникновения инсульта (1).

Также имеются данные о взаимосвязи "доза - ответная реакция" между потреблением алкоголя и опасностью для семьи, работы, а также риском возникновения социальных последствий, алкогольной зависимости, несчастных случаев, совершением нападений, правонарушений, нанесением случайных травм, проявлением насилия и совершением самоубийств (1).

## **АЛКОГОЛЬ И ФИЗИЧЕСКИЙ УЩЕРБ**

### **Алкоголь и рак**

В обзоре данных Международного агентства исследований рака сделано заключение, что алкоголь имеет причинную взаимосвязь с раком ротовой полости, глотки, гортани, пищевода и печени (17). После учета потенциальных составляющих, таких как табакокурение, в большинстве исследований проявилась взаимосвязь "доза - ответная реакция", которая, по-видимому, действительна как для женщин, так и для мужчин. Данная взаимосвязь не является прямолинейной, а показывает подъем кривой при высоких уровнях потребления.

За последние несколько лет был опубликован ряд исследований на тему алкоголь и рак груди у женщин (18). Накапливаются данные по взаимосвязи "доза - ответная реакция", показывающие относительно медленное, но стабильное повышение риска с увеличением потребления алкоголя. Существуют некоторые различия в результатах, и относительный риск невелик, хотя сходен по величине со многими другими установленными факторами риска рака груди у женщин. Взаимосвязь остается действенной при учете некоторых потенциальных составляющих факторов риска, таких как показатель массы тела и уровень жиров в питании.

### **Алкоголь и коронарная болезнь сердца**

Хотя не все данные исследований совпадают, существует, по-видимому, L-образная взаимосвязь между потреблением алкоголя и риском возникновения коронарной болезни сердца. Потребление алкоголя в объеме от менее 10 до 50 г чистого алкоголя в день сокращает риск возникновения коронарной болезни сердца на 25-50% (1).

Отрицательная взаимосвязь между потреблением алкоголя и риском возникновения коронарной болезни сердца действительно для всех возрастов для мужчин и женщин, хотя она, по-видимому, ярче выражена у пожилых людей. Самое большое сокращение риска может быть достигнуто путем потребления менее 10 г в день. Сокращение риска не строго взаимосвязанно с дозой: в некоторых исследованиях было показано повышение риска при уровне потребления более 60 г в день.

Отрицательная взаимосвязь между потреблением алкоголя и риском возникновения коронарной болезни сердца выражена сильнее, когда потребление распределено регулярно по всем дням недели, а не происходит один раз в неделю. Всё еще не ясно, имеет ли данная взаимосвязь как длительный, так и краткосрочный характер или же только краткосрочный; также неизвестно является ли данная взаимосвязь равнозначно действительной для всех типов напитков.

### **Алкоголь и инсульт**

Потребление алкоголя повышает риск возникновения инсульта, путем влияния на возникновение кровоизлияния в мозг. Небольшие дозы алкоголя могут сокращать риск возникновения различных видов инсульта, но не кровоизлияния в мозг, хотя не во всех исследованиях авторы согласны с этим (1). Из-за существующей взаимосвязи "доза - ответная реакция" между потреблением алкоголя и кровяным давлением, контроль кровяного давления снимает некоторую часть воздействия алкоголя на риск возникновения инсульта.

### **Алкоголь и общая смертность**

В большинстве развитых стран наблюдается J-образная общая взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью от всех причин для обоих полов (1).

Принимая во внимание различные возрастные группы, взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью от всех причин является более прямолинейной в более молодых возрастных группах (здесь уклон сильнее выражен у женщин), а в группах старшего возраста - J-образной. Эта возрастная модель образуется из-за того, что причины смерти в разных возрастных группах различны: в молодых возрастных группах более распространены несчастные случаи и отравления, в то время как в старших группах основной причиной смерти становятся сердечно-сосудистые заболевания. В развитых странах возраст, при котором взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью из прямолинейной превращается в J-образную, составляет около 50 лет. Нижняя точка J-образной кривой соответствует потреблению 5-20 г алкоголя в день, а точка пересечения - порядка 30-40 г в день.

### **Почему возникает сокращение риска возникновения коронарной болезни сердца?**

Было выдвинуто по крайней мере четыре аргумента в пользу того, что данные о снижении риска возникновения коронарной болезни сердца (КБС) у потребляющих алкоголь в умеренных количествах не соответствуют действительности (1).

Во-первых, было высказано предположение, что группа непьющих включает в себя людей, которые прекратили пить алкогольные напитки из-за своего состояния здоровья. Следует ожидать, что среди этих людей уровень различных заболеваний

должен быть выше. Хотя и у бывших пьющих и у тех, кто никогда не пил, уровень возникновения КБС выше, чем у пьющих в небольших или умеренных количествах, бывшие пьющие характеризуются большей степенью риска возникновения КБС, чем те, кто никогда не пил.

Во-вторых, было высказано предположение, что трезвенники обладают большим уровнем заболеваемости вне зависимости от того, пили ли они ранее или нет. Тем не менее, связанное с небольшим или умеренным потреблением сокращение риска возникновения КБС сохраняется даже когда те, у кого были сердечно-сосудистые заболевания или факторы риска, исключались из анализа (хотя далеко не все исследования пришли к такому заключению). Более того, сокращение риска сохранялось на протяжении всего периода последующего наблюдения.

В-третьих, было выдвинуто предположение, что непьющие представляют собой необычную группу среди общества, где потребление алкоголя является нормой. Как бывшие пьющие, так и полные трезвенники обладают свойствами, которые могут вносить свой вклад в повышение уровня смертности по сравнению с немного или умеренно пьющими. Когда соответствующие психо-социальные переменные (такие, как психологическое благополучие, классовая принадлежность и социальная изолированность) адекватно учтены, J-образная взаимосвязь между потреблением алкоголя и общей смертностью выражена в значительно меньшей степени.

В-четвертых, хотя во многих исследованиях контролировалось влияние курения, ясно, что курение вносит свой значительный вклад во взаимосвязь между алкоголем и общей смертностью. J-образная функция более ясно выражена среди тех, кто курит в данное время, и

наибольший уровень смертности был обнаружен среди тех, кто не пьет, но курит.

Если сокращение риска возникновения КБС реально, то в чём состоит биологический механизм этого? Защитный эффект может возникать опосредованно через артеросклеротические процессы, включая повышение уровня липопротеинов высокой плотности в крови, а также антитромбозный эффект, включая сокращение уровня фибриногена в плазме крови и снижение агрегации тромбоцитов.

Возможно, антитромбозный эффект наиболее важен; это может объяснить, почему защитный эффект возникает при небольших дозах алкоголя и наличие эффекта среди пожилых людей.

## **АЛКОГОЛЬ И СОЦИАЛЬНЫЙ УЩЕРБ**

Негативные последствия в таких областях жизни, как дружба, здоровье, счастье, домашняя жизнь, учебные и рабочие возможности, стабильно увеличиваются с увеличением потребления. Как показывают данные канадских ученых, при уровне потребления 20 г в день, 20% населения страдают от двух или более негативных последствий в данных областях жизни в течение года (19). Среди мужчин и женщин, число зависимых от алкоголя людей постоянно увеличивается с увеличением потребления алкоголя. При уровне 20 г в день, более 10% мужчин и женщин Северной Америки являются, согласно десятой редакции Международной классификации заболеваний (ICD-10), зависимыми от алкоголя (20).

## **АЛКОГОЛЬ И УЩЕРБ ОТ НАСИЛИЯ**

Повышение частоты выпивок связано с повышением риска возникновения несчастных случаев и умышленного применения насилия, как по отношению к себе, так и к другим (самоубийство, насилие в домашних условиях и другие типы насильственных

преступлений, включая грабеж и изнасилование). Для всех этих форм ущерба существует взаимосвязь "доза - ответная реакция" при отсутствии фактов, свидетельствующих о пороговом эффекте (1).

## **РАЗМЕРЫ РИСКА**

Для определенного ряда последствий наблюдается взаимосвязь типа "доза - ответная реакция" без признаков порогового эффекта. Согласно оценкам, при уровне потребления алкоголя около 20 г в день, относительный риск, по сравнению с трезвостью, повышается на 100% для цирроза печени, на 20-30% для рака ротовой полости, глотки, гортани, на 10% для рака пищевода, на 14% для рака печени, на 10-20% для рака груди у женщин и, по-видимому, на 20% для инсульта. Также, по-видимому, существует отрицательная взаимосвязь, L-образная и независимая от дозы, между потреблением алкоголя и риском возникновения коронарной болезни сердца. При уровне потребления алкоголя от нескольких грамм до 40 г в день, относительный риск возникновения коронарной болезни сердца, по сравнению с полной трезвостью, сокращается на 25-50%. Для людей младше 50 лет, при потреблении около 20 г в день уровень смертности в результате всех причин повышается на 15-20%; для людей старше 50 лет 20 г в день - это та граница, выше которой риск смертности переходит в верхнюю часть J-образной кривой. При среднем уровне потребления 20 г в день, 20% людей испытывают значительные негативные последствия потребления алкоголя, 10% сообщают о зависимости от алкоголя и 10% сообщают, что подвергались нападению со стороны кого-либо из пьющих.

## **РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА**

Во многих развитых странах значительное количество населения потребляет алкоголь в опасных или вредных дозах. В Европейском регионе ВОЗ в целом, приблизительно один из трех мужчин и одна из десяти женщин пьют более 20 г алкоголя в день (21). Это количество больше в странах с высоким уровнем потребления, и меньше - с низким уровнем.

Потребление алкоголя связано с рядом факторов, включая социально-демографические, экономические и региональные (22). Уровень потребления алкоголя выше среди мужчин, чем среди женщин, и снижается с возрастом для обоих полов. Уровень потребления в молодом возрасте определяет питейные привычки последующей жизни. Статус холостяка или незамужней, разведенной(ого) или вдовца/вдовы связан с повышенным потреблением, определенные категории работ, включая алкогольную промышленность и индустрию досуга, промышленную рыбную ловлю и строительство, связаны с повышенным уровнем потребления. Кратковременная безработица приводит к повышенному потреблению, в то время как длительный период без работы связан со снижением потребления.

Женщины из класса профессионалов, потребляют больше алкоголя, чем представительницы других классов общества. Для мужчин не проявляется какой-либо определенной взаимосвязи потребления с классовой принадлежностью, но таковая обнаруживается для людей с разным уровнем доходов. Как среди мужчин, так и среди женщин, с повышением дохода количество населения, которое потребляет алкоголь в больших количествах, увеличивается.

### **3 Эффективность краткой интервенции**

Краткая интервенция или воздействие включает в себя оценку уровня потребления алкоголя, информацию об опасных и приносящих вред уровнях и четкий совет человеку сократить его потребление. Проведение кратких воздействий часто сопровождается выдачей информационных буклетов и сообщением деталей о дальнейших вспомогательных средствах, которые есть в наличии в этой местности. Хотя и не все выводы исследований совпадают, показано, что краткая интервенция является эффективным средством сокращения потребления алкоголя для более чем 20% людей, потребляющих алкоголь в опасных или вредных дозах (75).

При сравнении краткого воздействия со специализированным лечением не было получено никаких данных о преимуществах последнего (15). Тем не менее, это общее заключение, и подбор лечения, соответствующего конкретным нуждам особых подгрупп может повысить его эффективность, хотя это должно еще быть наглядно показано.

Помимо этого, краткие интервенции сокращают затраты здравоохранения и ведут к улучшению состояния здоровья населения (3). Затраты на обследование и проведение программ интервенций низкие. Например, в Великобритании, согласно произведенной оценке, затраты на проведение обследования врачом общей практики составляют 2,4 фунта на каждого обследованного пациента, а затраты на проведение краткого воздействия - 20 фунтов. Затраты врача общей практики, включая все наглядные пособия и оплату работы персонала, составляют 1.20 фунтов в минуту. Таким образом, общая стоимость выявления и консультирования одного человека с опасным или

вредным уровнем потребления составляет 40 фунтов, и при этом ведет к среднему сокращению потребления алкоголя среди 24% пациентов.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Двумя примерами крупных исследований являются исследование по образу жизни и здоровью, проведенное Медицинским исследовательским советом (МИС) в Великобритании и исследование, проведенное ВОЗ.

### **Исследование МИС по образу жизни и здоровью**

В исследовании МИС, с помощью вопросника по состоянию здоровья были отобраны 917 мужчин и женщин, злоупотребляющих алкоголем (еженедельное потребление более 350 г для мужчин и 210 г для женщин) (23). Они были произвольно распределены: в контрольную группу, где было проведено лишь оценочное интервью, и в группу воздействия. Участники группы воздействия получили 15-минутный совет своего врача общей практики сократить свое потребление. Мужчины контрольной группы (Кол-во=322) сократили свое потребление алкоголя в среднем с 640 г до 560 г в неделю в течение года последующего наблюдения. Мужчины из группы воздействия (Кол-во=318) сократили свое потребление в среднем с 620 г до 440 г в неделю. Проявилась весьма значительное различие между контрольной группой и группой воздействия ( $P < 0.001$ ), что было подтверждено значительным различием в уровне сыворотки гамма глутамил трансферазы (ГГТ). Позитивный эффект воздействия также наблюдался и среди женщин, хотя величина его была меньше. Женщины контрольной группы (137 человек) сократили свое среднее потребление с 370 г до 300 г в неделю в течение года последующего наблюдения, в то время как участницы группы воздействия (130

человек) сократили свое среднее потребление с 350 г в неделю до 240 г в неделю ( $P < 0.05$ ). Значительной разницы в уровнях ГГТ контрольной группы и группы воздействия за период последующего наблюдения обнаружено не было. Исследование также показало, что доля злоупотребляющих снижается в соответствии с количеством консультаций врача общей практики, которые они посетили. Из тех мужчин, которые посетили одну консультацию, 79% продолжали злоупотреблять алкоголем в течение года последующего наблюдения, из посетивших пять консультаций - 41% продолжали злоупотреблять алкоголем. Соответствующие цифры для женщин составляют 67% и 31%.

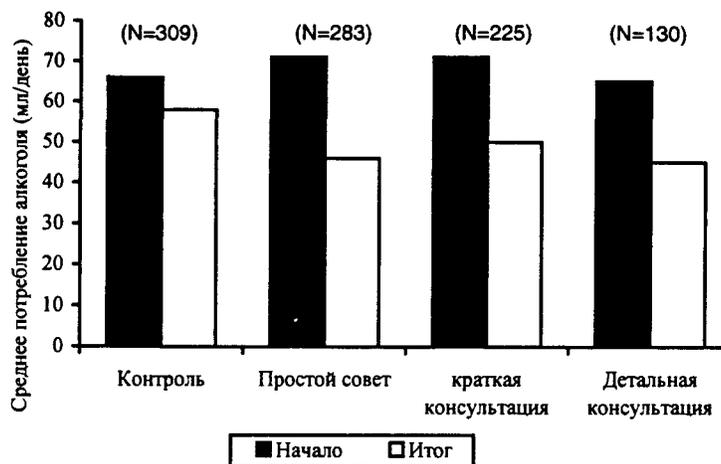
### **Исследование ВОЗ**

Исследование ВОЗ производилось на базе многих центров в форме межнационального клинического испытания процедур краткой интервенции, разработанных с целью сокращения риска для здоровья, связанного с потреблением алкоголя в опасных дозах (24). В общем, 1655 злоупотребляющих алкоголем (1356 мужчин и 299 женщин) были отобраны из больниц, клиник первичной медико-санитарной помощи, предприятий и учреждений образования. Люди отбирались либо на основе данных об их потреблении алкоголя (350 г в неделю или больше - для мужчин, и 225 г в неделю или больше - для женщин), либо на основе данных о частоте случаев опьянения у этого человека (100 г за один прием дважды в месяц или более - для мужчин, и 65 г или более за один прием дважды в месяц или более - для женщин). Восемь центров выполняли основную схему исследования, которая состояла из произвольного распределения злоупотребляющих алкоголем: в контрольную группу, где проводилось оценочное

интервьюирование; в группу простого совета, где дополнительно пять минут посвящалось совету о важности разумного потребления или трезвости; или в группу краткой консультации, где дополнительно выдавалось пособие по самопомощи и дополнительная 15-минутная консультация. Медработником, выполнявшим процедуру, были для 46% пациентов - медсестра, для 18% - психолог, для 18% - врач и для 18% - другие специалисты.

Что касается мужчин, контрольная группа сократила свое обычное ежедневное потребление на 10,1%, пациенты из группы простого совета сообщили о сокращении на 37,8% ( $P < 0.05$ ) и группа краткой консультации - 31,9% ( $P < 0.05$ ) (Рис. 3).

Рис. 3. Среднее ежедневное потребление чистого алкоголя в начале исследования и при последующем наблюдении, все центры, мужчины.



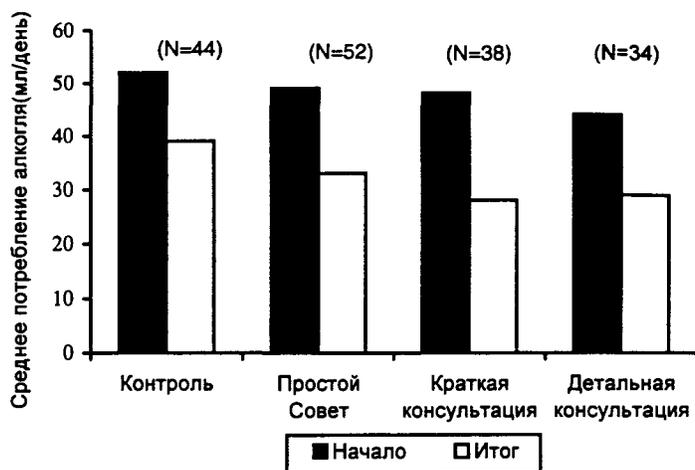
Источник: Babor & Grant (24)

У женщин сокращение потребления алкоголя наблюдалось и в контрольной группе и в группах, где была проведена консультация, без значительной разницы между ними (Рис. 4)

## Эффективные компоненты кратких интервенций

Целью краткой интервенции должно быть сокращение потребления алкоголя как таковое, и, вероятно, полезно выделить *очень краткие* интервенции, состоящие из 5-10-минутного простого совета плюс информационный листок, и *краткие* интервенции, состоящие из сознательно-поведенческой терапии в сжатой форме, использования пособий по самопомощи и последующих посещений (72). На настоящий момент имеются некоторые, хотя и не всегда подтверждающиеся данные, свидетельствующие о большем эффекте кратких интервенций по сравнению с очень краткими интервенциями (25). Включение принципов процесса модели изменений (13) и техник мотивационного интервью (14) может привести к улучшению результатов.

Рис. 4. Среднее ежедневное потребление чистого алкоголя в начале исследования и при последующем наблюдении, все центры, женщины.



Источник: Vabor & Grant (24)

Возраст, социально-экономическое положение и семейное положение, по-видимому, не могут предсказать результата. В

некоторых исследованиях на результате сказывался первоначальный уровень потребления. Те, кто пил много, в течение последующего наблюдения сокращали потребление значительно больше, чем малопьющие, но эти выводы не стабильны и могут представлять собой эффект регрессии по направлению к среднему.

В ходе исследования ВОЗ, краткая консультация действовала лучше всего среди пациентов, которые не испытывали проблем на то время. Среди пациентов со свежими проблемами лучше действовал краткий совет. Видимо, эффект минимальной интервенции усиливался, когда пациент недавно пережил связанную с алкоголем проблему.

Имеется больше данных о том, что эффективность воздействия больше среди мужчин, чем среди женщин: во время некоторых исследований женщины из контрольных групп сокращали свое потребление в той же степени что и женщины из групп воздействия. Необходимо провести дальнейшую работу в этой области, и, вероятно, необходимо провести оценку особых для каждого пола стратегий интервенций.

Интерпретация этих исследований может вызвать трудности (26), а из-за проблемы репрезентативности результатов, нужно быть очень осторожным при их истолковании в плане влияния на здоровье общества в более широких масштабах (27).

## **4 Обследование**

Для того чтобы выявить пациентов, которым пойдет на пользу краткая интервенция, необходимо проводить опросы населения. Необходимо обследовать всё взрослое население, предпочтительно

путем введения касающихся алкоголя вопросов в вопросники по образу жизни (22).

Опросник для обследования, имеющий высокую чувствительность, сможет выявить большинство тех, кто действительно потребляет алкоголь в опасных или вредных количествах. Например, чувствительность 90% означает, что вопросник для обследования выявит в качестве позитивных 90 из 100 человек, о которых известно, что они потребляют алкоголь в опасных или вредных количествах; и при этом пропустит 10 человек, которые будут называться "ложно негативными". Специфичность обозначает способность вопросника исключать фальшивые случаи; то есть, чем больше специфичность, тем меньше вероятность, что вопросник даст позитивный результат относительно людей, которые реально не потребляют алкоголь в опасных или вредных количествах.

К преимуществам обычного обследования относятся:

- информирование пьющих об опасностях злоупотребления алкоголем;
- выявление проблем до того, как разовьется серьезная зависимость;
- мотивирование пациентов изменить свое питательное поведение
- проведение кратких, но эффективных интервенций для тех, кто подвергается риску.

Пациенты обычно отвечают наиболее точно на вопросы обследования, когда:

- тот, кто опрашивает, настроен дружелюбно и вызывает доверие;
- цель вопросов четко взаимосвязана с диагнозом их состояния здоровья;

- во время обследования пациент не находится под влиянием алкоголя или других наркотических веществ;
- информация считается конфиденциальной; и
- вопросы легко понять.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ОПАСНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

Для измерения уровня потребления алкоголя можно использовать различные методы, включая количественно-частотное измерение и описание случаев потребления (28). В количественно-частотных вопросниках респондентов спрашивают об их потреблении каждого из трех типов алкогольных напитков, а именно пива, вина и крепких спиртных напитков. Записывается обычная частота потребления каждого типа напитка за один месяц, три месяца или за более длительный период. Респонденты также сообщают об обычном количестве каждого типа напитка, которое выпивается за один случай потребления (Рис. 5).

Хотя этот метод широко используется, могут возникнуть определенные трудности в интерпретации относительно уровня потребления. Во-первых, неясно, как респонденты поняли вопросы, которые, очевидно, требуют сообщить о наиболее обычной структуре потребления, а не об общей средней частоте и количестве, которые часто бывают куда большими. Вторая сложность касается возможных эффектов формулировки вопросов и категории ответа. Здесь нужно учитывать заниженные ответы путем определения очень высокой категории ответа.

***Схема 5. Количественно-частотное измерение уровня потребления алкоголя***

За последний месяц: выпивали ли вы алкогольные напитки вообще? Да Нет

Если да: пожалуйста, ответьте на вопросы A and B

А. Насколько часто вы выпивали любой из следующих типов напитков за последний месяц?									
Пиво, сидр и т.п.		Н	Реже	1-	3	5	К		
и разу		раза	в 2	раза	в -4	раза	в -6	раза	в аждый
		неделю	неделю		н	н	день		
					еделю	еделю			
Вино, шерри		Н	Реже	1-	3	5	К		
вермут и т.п.		и разу	раза	в 2	раза	в -4	раза	в -6	раза
		неделю	неделю		н	неделю	день		
					еделю				
Джин, водка, ром,		Н	Реже	1-	3	5	К		
бренди, виски и т.п.		и разу	раза	в 2	раза	в -4	раза	в -6	раза
		неделю	неделю		н	неделю	день		
					еделю				
В. Когда вы выпивали в течение последнего месяца, сколько из следующих типов напитков вы обычно выпивали в день (24 часа)?									
Кружки		Н			3	4	6	8	
пива, сидра и т.п.		исколько	.5-1	-2	-5	-7	или более		
Бокалов вина,		Н			5	7	1	15	
шерри, вермута и т.п.		исколько	-2	-4	-6	-9	1-14	или более	
Дозы крепких		Н			5	7	1	15	
спиртных напитков (джин, водка, ром, бренди, виски и т.п.)		исколько	-2	-4	-6	-9	1-14	или более	

Источник: Anderson (22).

Количественно-частотное измерение является более надежным, когда измеряется структура регулярного потребления, а не описываются случаи выпивки. Количественно-частотные вопросники обладают высокой надежностью тестирования и вторичного тестирования, а также значительной ценностью. Как инструмент обследования в общей практике с целью выявления опасного

потребления алкоголя, количественно-частотные вопросники обладают сенситивностью 70% и специфичностью 76%.

Вторым подходом измерения уровня потребления алкоголя является метод ведения дневника потребления за неделю до посещения. Основная сложность этого подхода заключается в изменчивости индивидуального потребления.

Было изучено сообщение заниженных данных при заполнении вопросников по потреблению алкоголя. Респонденты обычно недооценивают частоту потребления и переоценивают количество потребляемого за один типичный случай. Сознательное сообщение неполных данных о потреблении алкоголя также может иметь место из-за негативного представления об излишнем потреблении алкоголя и его воздействии на поведение. Имеются данные, что уровень в сообщениях повышается, если контакт с респондентом ограничен или вообще исключается. Например, методика компьютеризированных опросов показывает выявление более высоких уровней потребления по сообщению респондентов, чем личные опросы.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ВРЕДНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ**

### **Тест по выявлению приносящего вред потребления алкоголя**

ВОЗ разработала простой инструмент для выявления людей с первичными признаками наличия связанных с алкоголем проблем (29): тест по выявлению приносящего вред потребления алкоголя (AUDIT). Основной инструмент скрининга состоит из десяти простых вопросов (см. Приложение 1).

Каждый пункт оценивается путем выбора категории ответа, которая ближе всего к ответу пациента, счет восемь или более дает

наивысшую чувствительность и используется как разделительная граница. В целом, высокие баллы ответов на первые три вопроса при отсутствии повышенных баллов на все остальные вопросы предполагают наличие опасного потребления алкоголя. Повышенные баллы ответов на вопросы 4-6 подразумевают наличие или возникновение алкогольной зависимости. Высокие баллы ответов на вопросы 7-10 предполагают вредное потребление алкоголя.

Чувствительность в среднем оценивается в 92%, и она выше среди мужчин, чем среди женщин. Специфичность в среднем оценивается в 93%, и она выше среди женщин, чем среди мужчин. Две трети тех, чей счет был восемь или выше согласно опроснику AUDIT столкнутся с алкогольными проблемами в течение последующих трех лет, по сравнению с 10% тех, у кого общий балл ниже (30).

Этот инструмент включает в себя дополнительную процедуру, куда входят история травм, состоящая из двух вопросов, краткое медицинское обследование и анализ крови.

AUDIT обладает преимуществом, которое заключается в его международной стандартизации, так как он разрабатывался в учреждениях первичной медико-санитарной помощи шести стран. Дополнительные преимущества состоят в том, что

- он выявляет опасное и вредное потребление алкоголя;
- он краток, его можно быстро и гибко использовать;
- он разработан для работников первичной медико-санитарной помощи;
- он соответствует определениям алкогольной зависимости и вредного потребления алкоголя из ICD-10; и
- он сконцентрирован на потреблении алкоголя за последнее время.

### **Другие средства измерения**

К другим средствам измерения психосоциальных последствий потребления алкоголя относятся: Мичиганский тест по выявлению алкоголизма (MAST), состоящий из 25 вопросов, и его укороченная версия из 10 вопросов, а также состоящий из 4 пунктов вопросник CAGE. Ни один из них не разрабатывался для использования в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (28). CAGE является более чувствительным тестом, чем вопросник MAST в выявлении людей с алкогольными проблемами в больницах общего профиля и на участках общей практики. Два или более позитивных ответа на вопросник CAGE говорят о наличии проблемного потребления. Хотя, как сообщается, в условиях больниц общего профиля он обладает высокой чувствительностью (85%) и специфичностью (89%), тест CAGE предоставляет меньше информации для интервенции, чем более длинный вопросник AUDIT.

### **Биологические показатели**

Наиболее часто используемые биологические показатели злоупотребления алкоголем: средний объём эритроцитов (СОЭ) и уровень ГТТ (22). ПТ является более точным показателем из этих двух. Хотя СОЭ связан с потреблением алкоголя, повышенный СОЭ - очень ненадёжное средство выявления.

Существует положительная взаимосвязь между потреблением алкоголя и уровнем ГТТ. Повышенная активность ПТ в сыворотке может наблюдаться после нескольких недель потребления алкоголя. После сокращения потребления уровень ГТТ в сыворотке возвращается к норме за период 2-4 недель. Повышение количества

ферментов в сыворотке возникает в основном из-за воздействия ферментов печени. Тем не менее, ГТТ не очень хорошее средство скрининга. Количество злоупотребляющих алкоголем с повышенным уровнем ГТТ (более 50 iu/l) составляет около 50%. Уровень ложно позитивных ответов колеблется между 10% и 20%. Другими причинами повышения ГТТ могут быть заболевания печени, печеночного тракта и поджелудочной железы. Наиболее важное применение показателя ГТТ заключается в контроле изменений в потреблении алкоголя

## **5 Рекомендации санитарного просвещения**

### **ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Для пьющих, которые находятся в зоне низкого риска и для тех, кто находится ниже границы, определяющей необходимость проведения интервенции по поводу опасного потребления (см. главу б), роль работника первичной санитарно-медицинской помощи состоит в предоставлении индивидуальных медицинских рекомендаций (см. главу 1). Существуют разнообразные последствия потребления и множество руководств о наилучших советах людям по поводу потребления алкоголя с низким риском. Представленные далее рекомендации и разъяснительный текст были разработаны Фондом Исследований Аддикций из Торонто после международного симпозиума, который состоялся в 1993 году (31). Они могут применяться в большинстве развитых стран. Они описывают структуры потребления алкоголя, ведущие к низкому риску возникновения любых негативных последствий потребления. В Северной Америке стандартная доза содержит около 12 г чистого алкоголя, а в Европе - 10 г.

*1. Общее правило: люди не должны потреблять более двух стандартных доз в день.*

Это ограничение основано на уровнях потребления взрослых мужчин средней комплекции имеющих хорошее состояние здоровья. Риск возникновения проблем со здоровьем минимален, если потребление алкоголя не превышает этой границы.

*2. Для отдельных групп необходим более низкий уровень потребления.*

Более низкий уровень потребления необходим для целого ряда людей, что вызвано различием в массе тела, его строении и обмене веществ. Даже одна доза в день может быть связана с повышенным риском возникновения рака груди у женщин. Имеются и другие обстоятельства, например, кормление грудью, при которых потребление алкоголя должно быть сведено к минимуму даже среди тех, кто находится в группе низкого риска. Для неопытных пьющих и тех, у кого масса тела невелика, необходим более низкий предел.

*3. Те, кто воздерживается от потребления алкоголя, не должны начинать его потребление, чтобы сократить риск возникновения проблем со здоровьем.*

Точная структура потребления низкого риска, которая приведет к максимальному сокращению возможности возникновения коронарной болезни сердца (КБС), до сих пор неизвестна. Для многих, если не для большинства трезвенников риск, связанный с потреблением, перевесит любое сокращение риска возникновения КБС. Хотя для некоторых трезвенников риск может сократиться, тем не менее, им нужно обдумать альтернативные пути, такие как регулярные физические упражнения и сокращение содержания жиров в пище.

*4. Те, кто пьет не каждый день, не должны повышать свое потребление для сокращения риск возникновения проблем со здоровьем.*

Любое сокращение общего риска в результате потребления алкоголя, по-видимому, связано с низкими уровнями потребления. Наибольшее сокращение риска КБС можно получить, потребляя одну дозу через день. Хотя точная структура потребления, сокращающий риск КБС, до сих пор неизвестна, вполне вероятно, что увеличение потребления теми, кто пьет эпизодически, во многих случаях повысит риск негативного влияния на здоровье.

*5. Те, кто потребляет более двух доз в течение любого одного дня, должны сократить свое потребление алкоголя.*

Предел в размере двух стандартных доз в любой один день пригоден как для индивидуальной рекомендации санитарного просвещения, так и для клинической интервенции, нацеленной на сокращение потребления, которое превышает верхнюю границу потребления низкого риска. Те, кто потребляет больше, вряд ли получат дальнейшее сокращение риска КБС, а приобретут они более высокую степень риска возникновения круга различных медицинских и социальных последствий.

*6. Чтобы свести к минимуму риск развития алкогольной зависимости, должен быть хотя бы один день в неделю, когда алкоголь не потребляется совсем.*

Во многих исследованиях была продемонстрирована взаимосвязь между ежедневным потреблением и высоким потреблением.

*7. Те, кто потребляют алкоголь, должны избегать потребления до состояния опьянения.*

Потребление до состояния опьянения существенно повышает риск возникновения отрицательных последствий для здоровья и социальной жизни.

*8. Беременные женщины должны воздерживаться от потребления алкоголя*

Эта рекомендация основывается на возможности возникновения риска алкогольного синдрома плода (АСП) и влиянии алкоголя на плод (ВАП). Чёткую границу потребления алкоголя, выше которой возникает явный и значительно повышенный риск АСП и ВАП, еще необходимо установить. Риск отрицательного результата беременности в результате потребления в небольших дозах еще не установлен. В некоторых исследованиях было обнаружено воздействие "умеренного" потребления во время беременности, в других нет. Эпизодическое потребление и потребление во время первого триместра беременности, по-видимому, является наиболее рискованным. В одном длительном исследовании была обнаружена прогрессивная взаимосвязь между уровнем потребления алкоголя во время беременности и лицевыми аномалиями младенца, причем это проявлялось даже при самых низких уровнях потребления. Так как безопасный уровень потребления алкоголя не установлен, благоразумно будет беременной женщине вообще отказаться от алкоголя. Более того, зная об относительно высоком уровне риска потребления в первые три месяца беременности, желательно, чтобы планирующие забеременеть женщины отказались от потребления алкоголя.

*9. Потребление алкогольных напитков противопоказанно при некоторых других обстоятельствах и для определенных групп людей. Эти группы включают в себя тех, кто:*

- страдает от определенных психических и физических заболеваний и состояний;
- принимает определенные медикаменты или психотропные вещества;
- управляют транспортными средствами или механизмами;
- отвечают за общественный порядок или безопасность;
- постоянно проявляет неспособность контролировать свое потребление;
- те, кому пить запрещено законом, например, молодые люди, которые не достигли допустимого законом возраста.

*10. Люди, которые думают повысить свое потребление по причинам здоровья, должны сначала проконсультироваться со своим врачом.*

Семейный врач может определить факторы, в силу которых алкоголь может быть противопоказан. Доктор также может определить медикаменты, которые могут взаимодействовать с алкоголем, и может предоставить информацию об альтернативных путях сокращения риска возникновения КБС.

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ОБЩЕСТВУ**

Рекомендации санитарного просвещения, которые предоставляются работниками первичной медико-санитарной помощи в условиях поликлиники, могут видоизменяться в зависимости от конкретного человека. Для общественного санитарного просвещения необходим другой подход (32). Основная рекомендация, которая соответствует индивидуально подобранному совету, - это "чем меньше, тем лучше". За исключением КБС, эпидемиологические данные могут быть сведены к следующему: при

любом уровне потребления алкоголя, чем ниже уровень его потребления, тем лучше для здоровья.

Если учитывать КБС, выводы для разных возрастных групп должны быть разделены. Для молодых людей, для которых почти отсутствует риск возникновения КБС, чем ниже уровень потребления, тем лучше для здоровья. Для пожилых людей с повышенным риском возникновения КБС, действует тот же принцип, за исключением того, что при уровне потребления ниже одной дозы через день, теряется большая часть преимуществ сокращения риска возникновения КБС.

Индивидуальная рекомендация трезвенникам с высоким риском возникновения КБС должна информировать их об альтернативных способах сокращения данного риска, таких как повышение физической активности, изменение питания, прекращение курения.

Точный возраст, который отделяет младшую группу от старшей в этом случае, зависит от уровней смертности этой категории в данной стране. Во многих развитых странах этот возраст составляет около 50 лет. При снижении уровня смертности в результате КБС этот возраст в некоторых странах может повышаться

## **6 Интервенция**

Роль работника первичной медико-санитарной помощи в работе с пациентами, которые потребляют алкоголь в опасных или вредных количествах, состоит в предоставлении индивидуального совета по сокращению потребления (см. Главу 1). В этой главе обсуждаются интервенции при опасном потреблении алкоголя и мотивационные беседы при потреблении алкоголя во вредных количествах. Между ними существует некоторое совпадение, и обе методики можно использовать при обоих типах потребления.

## **ИНТЕРВЕНЦИЯ ПРИ ОПАСНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ**

Потребление алкоголя в опасных количествах может быть определено, как уровень или структура потребления, которая, с большой степенью вероятности вызовет ущерб, если потребление в таких дозах будет продолжаться. Оно означает потребление в среднем более 20 г чистого алкоголя в день или более 40 г в течение любого одного дня.

Тем не менее, при введении программ обследования и кратких интервенций в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, в качестве границы необходимости проведения кратких интервенций можно взять более высокие уровни. Более высокие уровни предлагаются, чтобы обеспечить эффективное проведение целевых интервенций с учетом временных и экономических ограничений сектора первичной медико-санитарной помощи. Соответствующие уровни регулярного потребления составляют 350 г чистого алкоголя или больше в неделю для мужчин и 210 г или более в неделю для женщин. Эти уровни использовались в качестве точки раздела во многих исследованиях, проверявших эффективность кратких интервенций. В среднем, для Европейского региона в целом, приблизительно один из шести мужчин и одна из двенадцати женщин будут потреблять больше данных уровней. Соответствующая точка раздела частоты состояния опьянения составляет 100 г за один случай потребления дважды или чаще в месяц для мужчин, и 65г или более за один случай потребления дважды в месяц или чаще для женщин.

Пятиминутный совет - вот всё, что необходимо, чтобы добиться сокращения потребления в опасных количествах (33). Необходимо

твердо, но дружески посоветовать сократить потребление алкоголя. Пациента нужно убедить, что вы не считаете его алкоголиком, но если он собирается продолжать пить в тех же количествах, у него повышается риск ущерба для здоровья и возникновения производственных и личных проблем.

Можно разъяснить пациенту типы ущерба, которые могут возникнуть в результате излишнего потребления. Сюда входит: повышенное кровяное давление, головные боли, расстройства желудка, беспокойства и депрессии, сложности в сексуальном плане, излишний вес, проблемы со сном, неспособность сконцентрироваться, ухудшение исполнения работы, травмы в результате аварий, заболевания печени, похмелье, рак, раздражительность и финансовые проблемы.

Можно указать на позитивные причины потребления в меньших количествах. Сюда входит: снижение риска возникновения несчастных случаев, повышения кровяного давления или заболеваний печени, возможное снижение веса, улучшение способности сконцентрироваться, ясная голова, более редкое состояние похмелья, меньше головных болей и расстройств желудка, более глубокий сон и меньшая утомляемость в общем, больше энергии и времени для новых занятий, меньше ссор с друзьями и семьей, больше удовольствия от секса, новое чувство контроля своей жизни и ощущение себя в хорошей форме, дополнительные деньги, и если вы собираетесь завести ребенка, больше шансов на успех как у мужчин, так и у женщин.

Конечная задача пациента должна быть следующей: не более 40 г в любой один день и не более 140 г в неделю. Некоторые люди захотят или им будет необходимо совсем отказаться от алкоголя.

Важно, чтобы пациент согласился, что задача реально выполнима, а для тех, кто пьет очень много, нужно установить промежуточную задачу, с последующей долгосрочной целью продолжать сокращение.

Пациента нужно побуждать регулярно вести дневник потребления, как средство измерения прогресса и для поддержания нового уровня потребления алкоголя. Если есть время, можно просмотреть потребление за последние 7 дней, отмечая потребление каждого дня в единицах алкоголя, и подсчитать общее потребление за неделю. Это поможет проверить, что пациент понимает, как использовать дневник, и даст точку отсчета для дальнейшего контроля прогресса.

Мотивация пациента усилится, если дать ему понять, что в дальнейшем его прогресс будет отслеживаться. Существуют буклеты самопомощи, которые можно использовать в качестве дополнения к совету врача. В этих буклетах содержится совет о том, как подготовиться к сокращению потребления алкоголя и ряд советов о том, как его сокращать.

Цель простого совета состоит в том, чтобы спокойно убедить пьющего изучить буклет самопомощи, который ему выдается для того чтобы обдумать, нужно ли ему изменить свои питейные привычки и установить предел потребления, которым может быть и полная трезвость.

В общем, цели простого совета состоят в том, чтобы:

- выявить любую известную связанную с алкоголем проблему, подчеркивая возможную взаимосвязь между этой проблемой и потреблением алкоголя;

- представить любой буклет по самопомощи и проверить, что пациент понял, что он относится к категории тех, кто пьет в опасных количествах; и
- подчеркнуть идею об ограничении потребления, включая желательность, по крайней мере, двух-трех дней без алкоголя в неделю.

## **ИНТЕРВЕНЦИЯ ПРИ ВРЕДНОМ ПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ**

Потребление алкоголя во вредных количествах - это потребление, наносящее ущерб психическому или физическому состоянию человека (8,9). С пациентами, пьющими во вредных количествах должно проводиться краткое мотивационное интервью, такое как было разработано Rollnick et al. (34). Этот подход широко одобрен врачами и медсестрами общей практики и его также можно использовать при опасном потреблении алкоголя. Он основывается на том факте, что двойственное чувство пациента по поводу изменения потребления алкоголя является распространенной проблемой медицинских консультаций.

Медработники обычно говорят пациентам о необходимости пить меньше. Тем не менее, так как наиболее общая форма консультации включает в себя медицинский совет медработника, обсуждение сокращения вредного потребления часто принимает форму убеждения. Хотя, как показывают исследования, медицинский совет о сокращении вредного потребления явно воздействует на некоторых людей, уровень успеха может быть выше. Одна из проблем данных советов состоит в том, что многие пациенты еще не готовы

меняться и поэтому прямое убеждение вызывает у пациентов защитную реакцию.

Двойственное чувство по поводу сокращения потребления алкоголя - это обычное и нормальное явление. У людей с алкогольными проблемами существует конфликт между снисходительным и сдерживающим отношением к потреблению алкоголя, каждое из которых имеет для них свои недостатки и преимущества. Интенсивность выраженности этого конфликта очень сильно варьирует и, по-видимому, повышается, как только человек начинает принимать какое-либо решение. Наиболее эффективный способ помощи пациенту в этом случае - это исследовать этот конфликт и просить пациента высказать причины своей озабоченности и аргументы в пользу изменения.

Пациенты, потребляющие алкоголь во вредных количествах, находятся в различных точках шкалы соответственно степени их готовности к изменению (Рис. 6). У одного края шкалы будут находиться те, кто совсем не готов думать об изменении. У другого края шкалы, будут находиться те, кто принимает решение и выполняет изменение, в то время, как в промежутке между этими крайностями будет состояние сомнения по поводу изменения потребления. Среди потребляющих алкоголь во вредных количествах, четверть-треть из них будут не готовы к изменению, четверть-треть из них будут готовы к изменению, и треть-половина из них будут сомневаться по поводу изменения. Люди могут двигаться назад и вперед вдоль шкалы. Помощь в продвижении вперед, даже если пациент не принял решение изменяться, не говоря уже о том, чтобы выполнять изменение, - приемлемый результат консультации. Если медработник будет говорить с пациентами так, будто они находятся в

более продвинутой вперед позиции на прямой, чем они есть на самом деле, наиболее вероятным результатом будет сопротивление. Первая задача медработника, таким образом, состоит в определении степени готовности пациента к изменению и затем в выборе стратегии, соответствующей данному уровню мотивации.

Рис 6. Процесс изменений

Пациенты,	Пациенты,	Пациенты,
которые не готовы	которые испытывают	находящиеся
обдумывать изменения	сомнения по поводу	процессе
	изменений	принятия решения об
		изменении

---

### **Краткое мотивационное интервью**

Подход, разработанный Rollnick et al. (34), включает в себя набор из восьми стратегий, выполнение каждой из которых занимает 5-15 минут:

1. вводная стратегия: образ жизни, стрессы и потребление алкоголя
2. вводная стратегия: здоровье и потребление алкоголя
3. типичный день/неделя/случай потребления
4. хорошее и не очень
5. предоставление информации
6. будущее и настоящее
7. исследование опасений
8. помощь в принятии решения.

По мере продвижения медработника вниз по набору стратегий, требуется всё большая степень готовности пациента к изменению. В то время как стратегии из верхней части списка могут использоваться

почти со всеми пациентами, пункты нижней части списка могут использоваться только с небольшим числом пациентов, которые принимают решение меняться. Стратегии 1 и 2 - вводные стратегии. Стратегии 3 и 4 формируют доверительные отношения и помогают медработнику понять обстоятельства жизни пациента. Дальнейшее продвижение по списку зависит от степени готовности к изменению. Если пациент открыто выражает озабоченность своим потреблением, можно использовать стратегии 7 и 8. Если пациента, похоже, не волнует его потребление, нужно использовать стратегии 5 и 6.

*Вводная стратегия: образ жизни, стрессы и потребление алкоголя*

Эта стратегия включает в себя общую беседу об образе жизни пациента на данный момент и затем затрагивание темы о потреблении алкоголя, с открытым вопросом: "Какова роль алкоголя в вашей повседневной жизни?"

*Вводная стратегия: здоровье и потребление алкоголя*

Эта стратегия особенно полезна для применения на участках общей практики, когда медработник считает, что потребление алкоголя пациентом приводит к проблемам. За общим опросом о состоянии здоровья следует простой, открытый вопрос, например, "Какова роль алкоголя в вашей повседневной жизни?" или "Как Ваше потребление алкоголя влияет на Ваше здоровье?"

*Типичный день/неделя/случай потребления*

В функцию этой стратегии входит следующее: установить доверительные отношения, помочь пациенту детально рассказать о его нынешнем поведении без связи с какой-либо патологией и оценить более детально его степень готовности к изменению. Так как медработник не ссылается ни на какую проблему или опасение, эта

стратегия особенно полезна для пациентов, которые, по-видимому, не готовы обдумывать изменения. Это также полезная стартовая стратегия для других пациентов с большей степенью готовности, так как она помогает медработнику понять контекст поведения по этому вопросу и помогает собрать нужную для оценки информацию.

Определяется типичный день, неделя или случай потребления, и медработник начинает следующим образом:

"Можем мы потратить следующие 5-10 минут и описать весь этот день (неделю, случай потребления) от начала до конца? Что тогда происходило, что вы чувствовали и какова роль алкоголя в вашей повседневной жизни? Давайте начнем сначала". Основная цель провести пациента через последовательность событий, обращая внимание на поведение и чувства, с простыми и открытыми вопросами, что будет основным вкладом медработника в беседу.

#### *Хорошее и не очень*

Эта стратегия помогает установить доверительные взаимоотношения, предоставляет информацию и помогает произвести оценку готовности к изменению. Здесь мы приближаемся к оценке сомнений, избегая при этом таких слов, как проблема или озабоченность. Пациента можно спросить: "Что хорошего дает Вам Ваше потребление алкоголя?" или "Что Вам нравится в Вашем потреблении алкоголя? Затем пациента спрашивают: "Что не особо хорошего вы находите в вашем потреблении алкоголя?" или "Что вам не нравится в связи с вашим потреблением алкоголя?" После ответов на оба вопроса медработник должен подвести итог хороших и плохих сторон, сказав например: «Итак, потребление алкоголя помогает вам расслабиться, вам нравится выпивать с друзьями и это помогает вам, когда вы действительно чувствуете себя угнетенным. С другой

стороны, вы говорите, что вы иногда чувствуете, что алкоголь контролирует ваше поведение, и по утрам в понедельник вам сложно выполнять любую работу".

### *Предоставление информации*

Предоставление информации пациенту является обычной задачей медработника. Тем не менее, способ подачи информации может оказывать решающее влияние на то, как пациент отвечает и реагирует. Существует три фазы предоставления информации: обеспечение готовности пациента воспринимать информацию, сообщение информации в нейтральном, общем ключе и исследование реакции пациента с помощью открытых вопросов, таких как "Что вы думаете по этому поводу?" Вначале полезно спросить разрешения у пациента на сообщение информации, используя такие вопросы, как "Скажите, интересно ли вам узнать немного больше о влиянии алкоголя на здоровье?" Информацию лучше всего сообщать нейтрально, ссылаясь на то, что обычно случается с людьми в общем, а не с конкретным пациентом.

### *Будущее и настоящее*

Эта стратегия может использоваться только с теми пациентами, кто хоть немного озабочен своим потреблением. Сосредоточив внимание на контрасте между обстоятельствами жизни пациента на данный момент и тем, каким он/она хотят быть в будущем, можно обнаружить противоречие, которое может быть очень сильной мотивирующей силой. Полезный вопрос: "Как бы вы хотели, чтобы положение дел изменилось в будущем?". Затем медработник переключает внимание на настоящий момент вопросом: "Что мешает вам сейчас сделать то, что вы хотите?" и "Как ваше потребление алкоголя влияет на вас на данный момент?". Это часто приводит к

прямому изучению озабоченности потреблением алкоголя и к постановке вопроса об изменении питательных привычек.

### *Исследование опасений*

Эта стратегия является самой важной, так как она определяет направление работы, цель которой получить информацию от пациента о его опасениях, касающихся потребления им алкоголя. Ее можно использовать только с пациентами, у которых есть такие опасения, и, таким образом, она не может быть использована с пациентом, который не думает над изменением. После вводного вопроса пациенту: "Какие опасения у вас есть по поводу вашего потребления алкоголя?", стратегия просто состоит в подведении итога первому опасению и в последующем вопросе: «Какие еще опасения у вас имеются?» и так далее, до тех пор пока все опасения не будут высказаны. Эта стратегия завершается общим подведением итогов, где подчёркиваются не только эти опасения, но также высказанные пациентом преимущества потребления алкоголя; это делается, чтобы сравнить контрастные элементы баланса сомнений пациента.

Часть внутреннего конфликта пациента состоит из представления о том, что может случиться, если он изменит свои питательные привычки. Сходная стратегия, таким образом, может быть составлена и для опасений по поводу изменений. Вводный вопрос может быть типа: "Какие опасения есть у вас по поводу сокращения потребления алкоголя?".

### *Помощь в принятии решения*

Эта стратегия может быть использована только с пациентами, где наблюдается некоторое желание принять решение измениться. Пациента не нужно торопить с принятием решения. Нужно представить скорее варианты планов на будущее, чем единственное

направление действий. Можно описать, что другие пациенты делали в сходной ситуации. Медработник должен подчеркнуть, что "вы сами являетесь лучшим судьёй того, что для вас лучше". Информацию нужно сообщать в нейтральном, общем ключе. Неудачная попытка достичь решения об изменении, не означает неудачу консультации. Решения измениться часто срываются; пациент должен понимать это, и ему необходимо сказать о том, что будущий контакт состоится даже в том случае, если всё пойдет не так, как намечено. Приверженность изменению часто неустойчива, медработник должен ожидать этого и сочувствовать, если пациент попал в затруднительное положение.

Этот метод индивидуального подхода к пациенту при обсуждении изменения поведения является новым навыком для многих медработников. Хотя это забирает больше времени, метод индивидуального подхода к пациенту является более эффективным, чем просто совет, и, таким образом, будет более полезным для пациента в длительной перспективе.

В заключение, необходимо повторить, что описанные в этом обзоре краткие интервенции разработаны для пациентов, потребляющих алкоголь в опасном или вредном количестве. Пациенты, у которых проявляются признаки зависимости или серьёзного физического заболевания в результате их потребления алкоголя требуют другого подхода. Цель воздействий в этом случае может состоять в полной трезвости и в направлении в специализированные службы (6).

## **7 Препятствия на пути реализации**

Хотя работники первичной медико-санитарной помощи понимают важность проведения кратких интервенций по поводу

потребления алкоголя в опасных и вредных количествах, они, как правило, мало их используют (27). Даже когда они их проводят, они обычно больше полагаются на методики, являющиеся неэффективными, и редко используют более эффективные методики изменения поведения.

Причины, на которые обычно ссылаются медработники, почему они не проводят больше кратких интервенций, включают в себя:

- недостаток позитивной поддержки, возникающий из-за относительно низкого уровня эффективности индивидуальной работы с пациентами, что ведет к её потенциально плохому восприятию;
- предполагаемая ненужность вопросов о потреблении алкоголя каждому взрослому человеку;
  - недостаточная подготовленность;
  - нехватка времени;
  - несоответствующая оплата;
  - нехватка систематических стратегий и протоколов;
  - ограниченное наличие соответствующих материалов, включая средства обследования;
  - минимальная поддержка другого персонала.

Другие преграды включают в себя: недостаточные знания последних рекомендаций; проблемы личного отношения, такие как недостаток уверенности, нереальные ожидания, ложные убеждения этического плана, и недостаток основных навыков, касающихся психологии поведения и обучения. Даже когда все эти барьеры на пути реализации учтены, работникам первичной медико-санитарной помощи, тем не менее, не удаётся проводить краткие интервенции так, как это рекомендовано. Одна из причин этого состоит в неопределенности того, какие услуги следует предложить.

Другая возможная причина нежелания работников медико-санитарной помощи проводить краткие интервенции состоит в скептицизме по отношению к их эффективности в условиях поликлиники. Часто неясно, могут ли определенные превентивные интервенции значительно снизить смертность или заболеваемость, связанные с потреблением алкоголя. Также неясно, как сравнить относительную эффективность различных превентивных действий, что осложняет решение занятого медработника о том, какое воздействие является наиболее важным во время краткого визита пациента. Общее опасение может состоять в том, что некоторые действия могут принести больше вреда, чем пользы.

Важно, таким образом, разработать согласованные на международном уровне всесторонние рекомендации по кратким интервенциям и обеспечить поддержку и обучение реализации этих действий.

## **ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ**

Некоторые из этих препятствий можно преодолеть путем соответствующей профессиональной подготовки и постоянного обучения, признавая, что работники первичной медико-санитарной помощи понимают важность выявления и принятия мер по потреблению алкоголя в опасных и вредных количествах, и эти действия соответствуют их широкому пониманию функций здравоохранения.

Некоторые выборочные контрольные обследования показали, что готовность к проведению профилактики заболеваний и контрольных режимов может быть повышена путем использования практичной системы напоминаний. Среди использованных приёмов:

таблицы-напоминания и таблицы-схемы, компьютерные подсказки по записям о пациенте, записи самих пациентов и различные формы осуществления обратной связи. Эффективность также может быть повышена путем соответствующей системы отслеживания пациента.

Обучение и последующее наблюдение побуждает работников первичной медико-санитарной помощи участвовать в деятельности по укреплению здоровья. Например, было продемонстрировано, что стратегия подбора персонала, основанная на личном контакте с работниками первичной медико-санитарной помощи, является в десять раз эффективнее, чем подбор через письменные почтовые приглашения. Более того, прошедшие обучение медработники с большей вероятностью участвуют в превентивных программах и добиваются больших успехов в работе, чем необученные работники. Продолжение поддержки после обучения также приводит к повышению уровня постоянного участия в превентивных программах.

### **Организаторы**

Существуют разные способы поддержки программ укрепления здоровья в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. В некоторых странах проводятся организационные программы, чтобы вызвать и поддержать далее организационные изменения в рамках первичной медико-санитарной помощи, включая введение программ воздействия на степень риска, принятие минимальных стандартов обследования и интервенции, а также ведения контрольных записей. Как было продемонстрировано, наличие организаторов приводит к повышению уровня фиксирования факторов риска в записях о пациенте. Организаторы могут сыграть решающую роль в

мотивировании бригад первичной медико-санитарной помощи для выполнения работы по укреплению здоровья.

При определении модели организатора Rush et al.(5J) сделал следующие предложения.

- Организатора необходимо рассматривать, как связующее звено между исследованием и внедрением на практике новшеств в области алкоголя и первичной медико-санитарной помощи - с одной стороны, и врачом или другим членом бригады первичной медико-санитарной помощи на местном уровне - с другой.

- Организатор должен действовать, как проводник изменения, активно способствуя и помогая установлению новых типов поведения или отношений, необходимых для реализации ведения протоколов по алкоголю и проведения интервенций в целевых группах.

- Организатор должен работать с медработниками учреждения, с целью выявить хотя бы небольшие успехи в работе с пациентами, на основе которых может возникнуть позитивное отношение и более сильная мотивация работать с этими пациентами.

- Роль организатора непосредственно в консультировании пациентов, которая обычно не выходит за пределы помощи в случаях, когда об этом просит врач, должна быть ясно показана во всех информационных стратегиях и материалах.

- Организатор должен иметь медицинское образование или квалификацию по санитарному просвещению, а также должен уверенно владеть навыками межличностного общения.

- Протоколы обследований и интервенций должны касаться широкого круга вопросов об образе жизни и обязательно включать в себя компоненты алкоголя и табака.

- Работа организатора должна соответствовать условиям каждого отдельного участка практики; структуры должны быть достаточно гибкими, чтобы позволять врачам и другому персоналу обладать некоторой свободой для адаптации программы к своему стилю работы и складу характера.

- Модель организатора содержит основные характеристики личного контакта и дальнейшей поддержки; организатор, таким образом, должен сознательно развивать способность семейного врача и бригады первичной медико-санитарной помощи постоянно проводить процесс адаптации модели.

- Организатор должен добиваться введения протоколов по алкоголю и табаку и любых других соответствующих сопутствующих материалов на различных уровнях медицинской практики; это подразумевает работу с медицинским и административным персоналом.

## **Контракты**

Структура системы здравоохранения и схема оплаты важны для определения степени участия работников первичной санитарно-медицинской помощи в профилактике заболеваний и работе по укреплению здоровья.

Например, Великобритания при воплощении в жизнь стратегии по вопросам здоровья, признала важность контрактов, сроков и условий работы врачей общей практики (36,37). В контракте по общей практике 1990 года и пересмотренных условиях работы было твердо определено, что укрепление здоровья и профилактика заболеваний входят в круг обязанностей служб общей практики. С 1990 года а

рамках их обязанностей и условий работы, работники общей практики должны:

- давать, где необходимо, совет пациенту в связи с его общим состоянием здоровья, и особенно относительно важности правильного питания, физической нагрузки, курения, потребления алкоголя и других наркотических и летучих веществ;

- проводить консультации с пациентами и, где это необходимо, физическое обследование с целью выявления или сокращения риска возникновения заболевания или травмы; и

- при необходимости предлагать пациентам пройти иммунизацию против таких заболеваний, как корь, свинка, краснуха, коклюш, полиомиелит, дифтерия и столбняк.

С 1993 г. для врачей общей практики была введена система оплаты соответственно объему предоставляемых услуг согласно трем категориям программ укрепления здоровья, каждая из которых предусматривает разный уровень оплаты (27). Категория 1, минимальная программа, требует, чтобы врач общей практики проверял наличие привычки к курению, давал совет и проводил другие соответствующие воздействия, чтобы сократить курение. Категория 2, в дополнение к работе над сокращением курения, требует, чтобы врач проводил обследование на наличие повышенного кровяного давления и соответствующие воздействия с целью снизить кровяное давление. Категория 3, которая предполагает максимальную оплату, также требует, чтобы врач общей практики проводил обследование и предоставлял советы по другим вопросам образа жизни, включая потребление алкоголя, питание и физическую активность.

Целевая оплата была введена для иммунизации и цитологического мазка из цервикального канала, и может быть расширена включением других профилактических действий по укреплению здоровья. Относительно алкоголя, задачи могут быть разработаны для врачей общей практики по их заинтересованности, мотивации, знаниям и навыкам и распространенности риска среди пациентов. Более того, выплачивается пособие на последипломное образование, если в течение пятилетнего периода врач общей практики 25 дней посещает два или более официальных курса обучения в области укрепления здоровья и профилактики заболеваний.

### **ФАЗА III СОВМЕСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЗ**

Опираясь на многие элементы, которые обсуждались в этой главе, ВОЗ проводит Фазу III совместного исследования, чтобы провести обзор и проверку методов, применяемых в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, разработанных для увеличения объема проведения интервенций на ранней стадии для тех, кто потребляет алкоголь в опасных или вредных количествах. Исследование Фаза III последовала за Фазой I, где был разработан вопросник AUDIT (29), и Фазой II, где была продемонстрирована эффективность кратких интервенций на ранней стадии (24).

Исследования Фазы III имеют две задачи. Первая заключается в том, чтобы в ряде стран с установившейся системой первичной медико-санитарной помощи исследовать и задокументировать отношение, практические действия и мотивы работников этой системы в области интервенций на ранней стадии по поводу потребления алкоголя в опасных и вредных количествах. Вторая -

оценить и задокументировать выполнимость проведения интервенций на ранней стадии и стратегий укрепления здоровья в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Программа исследований, которая координируется Отделением психиатрии Сиднейского университета, Австралия, основана на трех направлениях исследований.

### **Направление 1**

Цель Направления I состоит в том, чтобы оценить и задокументировать существующую практику работников первичной медико-санитарной помощи и их мнение на тему ранних интервенций, профилактики и лечения выявленной алкогольной зависимости, а также их роль в проведении данных воздействий (38).

Систематическое изучение мнений медработников по поводу введения стратегий ранних интервенций и связанных с этим действий считается фундаментально важным. Чтобы выполнять стратегии воздействия на ранней стадии широко и успешно, чрезвычайно важно, чтобы эти действия и лежащие в их основе принципы были приняты медработниками, которые будут их выполнять. Согласно теории распространения, важным компонентом успешного выполнения и распространения является соответствие нововведения существующей роли работников, от которых требуется выполнение этого нововведения. Уровень профессиональной компетенции будет значительно влиять на его или её способность использовать новые методики. Для изучения этого вопроса используется набор соответствующих методов исследований, включая традиционный количественный опрос или метод вопросников и качественные

подходы, такие как индивидуальные опросы и обсуждение в небольших группах.

Сравнения между странами предоставят важную информацию и более солидную основу для разработки программ образования и обучения, приёмов интервенции и средств обследования, а также для выпуска вспомогательных материалов для медработников. В большинстве стран врач общей практики, по-видимому, оказывает основную часть услуг первичной медико-санитарной помощи, хотя в некоторых странах это вполне может быть ролью медсестёр, социальных работников или кого-то другого.

## **Направление II**

Цель Направления II состоит в том, чтобы оценить и задокументировать положительные и отрицательные мотивы выполнения ранних интервенций, медицинской профилактики и лечения алкогольной зависимости в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (39).

Основная часть вопросов, которые необходимо обдумать, включает в себя организацию первичной медико-санитарной помощи в каждой участвующей стране. Среди разных стран существуют значительные различия организационных и административных структур обеспечения всесторонней первичной медико-санитарной помощи. Например, в некоторых странах действует система полной или частичной оплаты или оплаты за каждого пациента. В других странах услуги врача общей практики обеспечиваются через систему полного оклада или систему, состоящую из комбинации разных компонентов. К числу других вопросов организации и инфраструктуры, которые необходимо рассмотреть при оценке

положительных и отрицательных мотивов относится и такой вопрос как не существует ли здесь сокращенная схема обследования.

Важный вопрос состоит в степени, в которой стратегии интервенции на ранней стадии, по мнению медработников, будут конкурировать с другими элементами системы здравоохранения, или угрожать аспектам предоставления медицинских услуг, которые дают доход. Ограничения во времени, существующие в рамках системы первичной медико-санитарной помощи, могут также значительно препятствовать проведению интервенций на ранней стадии. Кроме того, время или его нехватка часто прямо влияют на доход клинициста.

Была разработана модель, которая пытается обозначить основные области, влияющие на вероятность проведения интервенций по алкогольным проблемам пациента в условиях клиники (40). Эта модель определяет четыре основных фактора, которые могут влиять на эту вероятность, каждый фактор содержит различные компоненты, определяющие его эффект.

Первый фактор - это *условия*, которые включают в себя структуру вознаграждения и оплаты, государственные требования, профессиональные инструкции и систему медицинского старшинства; обстановку: соотношение формального и неформального в медицинском учреждении; наличие оборудования, средств и сопутствующих служб; а также наличие времени в соотношении с другими требованиями и приоритетами.

Второй фактор - это *пациент*. Данный компонент включает в себя состояние здоровья пациента, поднимает ли пациент эту проблему; демографические характеристики, личные качества и хочет ли пациент сотрудничать с вами или нет.

Третий - это *взаимоотношения доктора и пациента*, сюда входит длительность периода взаимоотношений с пациентом, частота общения, результат предыдущих консультаций и сходство или различие личных качеств и социальных характеристик пациента и доктора.

Последний фактор - это *врач*, в этот фактор входят демографические характеристики врача, личные качества, знания, необходимые для выявления и лечения данного состояния, прошлый опыт (успех или неудача) в лечении этого состояния, обладание необходимыми клиническими навыками на данный момент и желание проводить воздействие.

### **Направление III**

Цель Направления III состоит в оценке реальности проведения стратегий интервенции на ранней стадии в первичной медико-санитарной помощи (41).

Основная задача, центральная для исследования ВОЗ, состоит в определении эффективных способов влияния на понимание и внедрение опробованных стратегий интервенции. Использование стратегий маркетинга, по-видимому, имеет значительный потенциал в этой области: при многих попытках убедить работников первичной медико-санитарной помощи использовать техники интервенций на ранней стадии явно были использованы стратегии маркетинга. В частности, подходящими оказались подходы социального маркетинга. Социальный маркетинг перенял некоторые принципы маркетинга управления, разработанного в сфере бизнеса, и применил их к маркетингу социальных вопросов и проблем.

Основная проверяемая гипотеза состоит в том, что реализация

стратегий, предусматривающих личный контакт, особенно, если это сопровождается специальными обучающими занятиями, приведет к значительно большему объему проведения интервенций на ранней стадии, чем те стратегии, которые опираются только на рассылку материалов о ранней интервенции или телефонный контакт. Необходимо сравнить три стратегии маркетинга в организации использования пакетов материалов для интервенции: рассылка почтой с письмом получателю и информационным листком, описывающим материалы пакета; телевизионный маркетинг, индивидуальный телефонный звонок, с описанием и обсуждением использования пакета; и непосредственное посещение участка, демонстрация и описание пакета. Для тех участков, которые приняли и решили использовать данный пакет, сравниваются три типа условий обучения и поддержки в организации использования пакета: контроль, не был ли пакет просто доставлен на участок практики без демонстрации или обсуждения; никакой поддержки, хотя программа продемонстрирована и внедрена, но дальнейшей постоянной поддержки не оказывается; и поддержка, осуществляемая путем регулярных телефонных контактов или непосредственных посещений после внедрения и демонстрации пакета

## **8 Пакеты и протоколы**

Нехватка пакетов материалов и протоколов является одной из причин, которую приводят медработники для оправдания того, что они не проводят кратких интервенций по поводу потребления алкоголя в опасных и вредных количествах. Существует много примеров пакетов материалов (42,43), протоколов (44,45) и клинических руководств (46,47), все они очень похожи, включая пакет

"Пить меньше", разработанный в ходе Фазы III совместного исследования ВОЗ (48).

### ***ПАКЕТЫ МАТЕРИАЛОВ***

Хороший пример пакетов материалов представляет собой пакет, разработанный в результате выполнения проекта по оценке риска потребления алкоголя и последующей интервенции (ARAI) Коллегии семейных врачей Канады (49). Этот пакет содержит в себе вспомогательное пособие для семейных врачей, схему ведения пациента для врача, рабочую тетрадь записей пациента по прекращению или сокращению потребления и информационный листок для пациентов.

### ***ПРОТОКОЛЫ РАБОТЫ***

Одним из примеров протокола работы служит план действий по алкоголю в секторе первичной медико-санитарной помощи, содержащийся в Плане Здоровья Каталонии на 1993-1995 годы (50) (см. Приложение 2). В цели плана действий входит:

- регулярное выявление злоупотребляющих алкоголем
- раннее выявление связанных с алкоголем нарушений
- краткое консультирование пьющих из группы риска
- методики работы и критерии направления тех, кто зависит от алкоголя.

Минимальные общие критерии обследования и последующего наблюдения за пьющими группы риска это:

- группа населения
- процедуры обследования
- диагностические критерии

- критерии эффективности
- процедуры интервенции.

Целевую группу населения составляют мужчины и женщины старше 15 лет. Специальное внимание уделяется подросткам, мужчинам возраста 18-40 лет, беременным женщинам и людям, в семейной истории болезней которых есть алкогольная зависимость. Процедуры обследования включают в себя подсчет потребления алкоголя за неделю, выявление связанных с алкоголем нарушений и общее впечатление врача относительно состояния здоровья пациента. Диагностические критерии - это потребление алкоголя за неделю более 280 г для мужчин и более 168г для женщин, любой уровень потребления алкоголя беременными женщинами, молодыми людьми моложе 18 лет и теми, кто должен воздерживаться от потребления алкоголя по медицинским показаниям. Критерий эффективности состоит в сохранении потребления низкого риска или полной трезвости в течение года. Процедуры интервенции включают в себя краткие консультации по сокращению потребления для тех, кто пьет больше допустимых пределов; краткое воздействие, нацеленное на трезвость для тех, кто моложе 18 лет, для беременных женщин, тех, кто соответствует критериям алкогольной зависимости по ICD-10 и для тех, кому потребление алкоголя противопоказано в силу их состояния здоровья; а также направление в специализированные центры тех, кто отвечает критериям направления.

### ***Контроль и проверка качества***

Хорошая практика требует эффективной организации, включая командную работу и взаимосвязь между ними, установление задач, точные записи, эффективное общение с местными менеджерами и

доступность поддержки и ресурсов. Эффективное управление программой включает в себя обеспечение врачей общей практики местной информацией, проведение специального обучения, вовлечение врачей общей практики в процесс планирования и оказание соответствующей поддержки. Контроль качества может проводиться через консультативно-контрольные группы медиков, чья задача будет состоять в осуществлении поддержки контроля над действиями в секторе первичной медико-санитарной помощи, и через группы улучшения качества, которые будут поддерживать улучшения качества помощи.

К числу возможностей проверки относятся следующие.

1. Всегда ли потребление алкоголя фиксируется в граммах в неделю? Есть ли под рукой у каждого работника участка медицинской практики таблица для перевода стандартных доз в граммы в неделю?

2. Когда большую часть пациентов спрашивают об их потреблении (например, при возникновении возможности, в ходе обследования здоровья при регистрации или при других типах обследования)? Насколько хороши каждый из этих методов в охвате тех пациентов, которые с наибольшей вероятностью много пьют, например, взрослые молодые мужчины?

3. После того, как зафиксировано потребление, отмечается ли уровень риска (низкий риск, потребление в опасных или вредных количествах, высокий риск несчастных случаев в результате состояния опьянения)? Спустя некоторое время, сколько пациентов уменьшают свой уровень риска?

4. Сколько пациентов, которые потребляют алкоголь в опасных или вредных количествах были выявлены за предыдущие шесть месяцев/ год?

5. Записывается ли степень готовности каждого пациента к изменениям (например, не готов, обдумывает изменение, готовится к изменению или выполняет изменение)? Спустя некоторое время, сколько пациентов продвинулись с одной стадии на следующую?

6. Сколько пациентов направлено в специализированные учреждения для консультации или детоксикации?

7. Насколько успешны направления в эти учреждения; какая часть пациентов приходит в назначенное для них время и проходит курс консультаций или лечения?

8. Можно ли улучшить процесс направления путем улучшения контактов с задействованными учреждениями или путем более тщательного обсуждения возможных вариантов с пациентом?

Повышение качества может сопровождаться согласованием минимальных уровней компетентности для профессиональных работников. В некоторых странах коллегии общих практиков разработали стандарт хороших практических действий по поводу потребления алкоголя в опасных и вредных количествах. К ним относятся Голландская коллегия общих практиков (51) и Королевская коллегия общих практиков Великобритании (10).

## **9 Образование и обучение**

Изменение поведения работников первичной медико-санитарной помощи является сложным процессом. Образование может сыграть свою роль в изменении структуры их практической

деятельности. Другие воздействия, которые должны быть включены в общий план, включают в себя изменения в оплате, определение минимальных стандартов помощи, обеспечение возможности направления к специалистам и изменение ожиданий пациентов. Изменения в клинической практике требуют длительных усилий специалистов санитарного просвещения и медицинского образования.

Эта глава посвящена принципам и моделям образования, разработанным Fleming (неопубликованные данные, 1994), которые оказались эффективными в улучшении клинических навыков врачей и медсестёр. Второй аспект образования состоит во внедрении этих принципов образования в методику курсов и других видов образования.

## ***ПРИНЦИПЫ ОБРАЗОВАНИЯ***

### ***Стратегии обучения, ориентированные на обучаемого***

При использовании стратегии обучения, ориентированной на обучаемого, учащиеся просят поработать совместно с организаторами курса при разработке задач и методов обучения, отвечающих их ожиданиям и нуждам. К методам, которые можно использовать для воплощения этого подхода обучения относятся: вовлечение намеченной для обучения группы в процесс разработки материалов курса, просьба участникам в начале семинара или курса определить задачи и периодически спрашивать, выполняет ли организатор курса задачи аудитории с тем, чтобы оценить программу и переработать курс на будущее.

### ***Изучение отдельных случаев***

Изучение отдельных случаев, знакомая форма работы для аудитории, довольно полезна, особенно при работе в условиях негативного отношения, которое нередко выражают работники первичной медико-санитарной помощи.

### ***Обучение на основе опыта***

Обучение на основе опыта включает в себя обсуждение личных историй, ролевые игры, активное участие в групповых процессах и работу в малых группах. Просьба к слушателям рассказать о своем опыте, дает возможность сосредоточиться на личных чувствах, что часто важно для процесса обучения. Ролевые игры играют решающую роль в формировании навыков и позволяют участникам практиковать методики.

### ***Длительный опыт***

Преобразование понятий обучения в долгосрочные практические изменения требует вовлечения обучающихся как до, так и после периода обучения. К примерам успешных стратегий относятся: рассылка материалов для чтения перед курсом, просьба участникам выполнить задания до посещения курсов, просьба участникам разработать конкретный план работы в конце курса, чтобы реализовать то, чему они научились, и последующее наблюдение с помощью телефонных звонков или посещений, для поддержки внедрения и перемен.

### ***Связи***

Многие работники первичной медико-санитарной помощи не знают о наличии имеющихся в данной местности ресурсов, которые могут помочь пациентам справиться с потреблением алкоголя в

опасных или вредных количествах. Налаживание связей с такими ресурсами и предоставление совета являются важными составляющими успешных обучающих программ.

### ***Изменение норм практики***

Обучение участников тому, как изменить их обычную практику, является следующим важным компонентом успешной обучающей программы.

## ***МОДЕЛИ ОБРАЗОВАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ***

### ***Непрерывное медицинское образование***

В некоторых странах непрерывное медицинское образование является обязательным, если доктора и медсестры хотят сохранить свой профессиональный статус и лицензию на работу. В других странах, это требуется, чтобы получить финансовое вознаграждение. Преобладающим методом обучения традиционно является лекция с последующим кратким опросом. Это позволяет быстро сообщить новую информацию, особенно если прилагаются соответствующие материалы для чтения. Использование некоторых упомянутых выше принципов образования может помочь справиться с проблемами низкого уровня закрепления материала и минимальных перемен в клинической практике, являющихся результатом использования традиционных форм обучения.

### ***Программы обучения преподавательского состава***

Такие программы посвящены развитию учебных и клинических навыков у тех, кто проводит обучение работников первичной медико-санитарной помощи. Обучение преподавателей, по сравнению с

индивидуальным обучением медработников, увеличивает количество работников первичной медико-санитарной помощи, которые могут применять навыки, полученные в результате программ обучения. Подготовка критической массы преподавателей и создание их сети необходимо для поддержания обучающей деятельности. Обучение преподавателей также может помочь изменить нормы практики, а обученный преподавательский состав может взять на себя ведущую роль в изменении стандартов помощи путем использования программ обеспечения качества.

### ***Консультации по месту работы***

Существует много моделей консультаций по месту работы, сходных с моделью организатора, которая обсуждалась в Главе 7. В ходе обучения по месту работы организатор может встретиться с основными административными и медицинскими работниками, чтобы попытаться определить возможную поддержку и сопротивление. Можно предложить набор разных превентивных действий, таких как программы обследования, методики интервенции, профилактические рекомендации и направление в программы специализированного лечения. Организатор может попытаться достичь согласия и попросить персонал и врачей выбрать вид превентивной деятельности. Можно исследовать барьеры и разработать план реализации. При посещении в будущем можно обсудить проблемы и основные барьеры на пути реализации. Можно обсудить планы долгосрочного действия программ, а также выбрать представителя персонала, отвечающего за программу профилактики.

### ***Системный подход***

Врачей можно научить тому, как изменить свое медицинское расписание и установить нормы хорошей практической деятельности. Системный подход к обучению также можно использовать, чтобы помочь работникам первичной медико-санитарной помощи расширить свои взгляды по программам укрепления здоровья на местном уровне и помочь им проводить превентивную работу на их участках.

### ***КУРС ОБУЧЕНИЯ "ПОМОГИТЕ ЛЮДЯМ ИЗМЕНИТЬСЯ"***

Курс для преподавателей, специально разработанный для внедрения многих принципов обучения, называется "Помогите людям измениться". Он был подготовлен Национальным отделом по укреплению здоровья в секторе первичной медико-санитарной помощи Управления санитарного просвещения Англии (52). Его задачи для специалистов первичной медико-санитарной помощи состоят в том, что они по окончании курса обучения смогут:

- объяснить концепцию управления риском в процессе укрепления здоровья,
- объяснить процесс изменений и соответствующие типы интервенции на каждой стадии,
- применять данные принципы для проведения кратких интервенций по укреплению здоровья в отношении проблем курения, потребления алкоголя, а также питания и физической активности.

Программа обучения, которая была адаптирована и переведена на русский язык, содержит основной модуль, состоящий из 12 занятий по часу, и 4 тематических модуля, каждый из которых состоит из 4 занятий по часу и посвящен теме курения, потребления алкоголя, питанию и физической активности. Теоретическую основу изменения

поведения составляет модель процесса изменений Prochaska & DiClemente (75) и навыки изменения поведения, основанные на методике мотивационного интервью (14). Методология представляет собой обучение навыкам участия в работе; основной модуль содержит такие темы: понимание процесса изменений, постановка проблемы, обдумывание изменений, подготовка к изменению, выполнение изменения, сохранение изменения и предотвращение срыва. В алкогольном модуле применяются принципы основного модуля и затрагиваются такие темы: осознание фактов; обследование; выявление таких пациентов, которым краткая интервенция принесет пользу и проведение кратких интервенций.

Пособие по обучению включает в себя детальные инструкции по проведению курса, наглядные пособия и материалы для раздачи участникам. Материал курса сопровождается серией буклетов для медработника и пациента, охватывающих четыре темы.

## ***КОМПЕТЕНТНОСТЬ И РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБУЧЕНИЮ***

### ***Компетентность***

Рабочая группа ВОЗ (16) определила следующие 12 факторов компетентности, необходимых для того, чтобы помочь пациентам справиться со своими потенциальными или действительными проблемами, связанными с потреблением алкоголя. Врачи и бригады первичной медико-санитарной помощи должны:

- обладать знаниями о распространенности практики опасного и вредного потребления алкоголя, а также о связанных с этим физических, психологических и социальных проблемах;

- хорошо знать о том влиянии, которое злоупотребление алкоголем оказывает на партнеров и семьи пьющих, а также давать ему должную оценку;

- понимать личное отношение пациента к алкоголю;

- уметь выявлять различные, физические, психологические и социальные признаки злоупотребления алкоголем;

- уметь донести в подходящем для этого контексте точную информацию об алкоголе и связанных с его потреблением проблемах до пациентов или их родственников;

- уметь различать такие уровни потребления алкоголя, как уровень низкого риска, уровень опасного/вредного потребления и уровень алкогольной зависимости;

- уметь принимать необходимые меры в случае физических последствий или осложнений острой алкогольной интоксикации;

- уметь собрать точный анамнез употребления алкоголя;

- уметь распознать признаки обусловленного потреблением алкоголя заболевания;

- уметь правильно интерпретировать результаты лабораторного обследования;

- уметь выбирать правильный план ведения пациента (краткий совет/интервенция или направление пациента к соответствующим врачам-специалистам или в клинику); и

- уметь организовать и провести необходимый курс детоксикации пациента на дому.

План действий по алкоголю в секторе первичной медико-санитарной помощи Плана Здоровья для Каталонии на 1993-1995 годы (50) предлагает, что обучающие программы по алкоголю для

работников первичной медико-санитарной помощи должны добиться, чтобы медработники:

- знали когда и как спрашивать о потреблении алкоголя;
- были знакомы с единицами стандартных доз;
- знали, как использовать вопросник AUDIT;
- умели классифицировать пациентов соответственно их степени риска развития связанных с алкоголем проблем;
- помогали пациентам без алкогольной зависимости; и
- направляли пациентов с алкогольной зависимостью в специализированные центры.

### ***Обучение***

Рабочая группа ВОЗ (16) разработала рекомендации по подготовке и обучению в области алкоголя и связанных с этим проблемам, которые должны быть приняты в медицинских вузах или факультетах общей практики в Европейском регионе.

1. Обучение и подготовка должны развивать такие знания, навыки и взгляды врачей общей практики, которые позволят им справляться с проблемами, связанными с потреблением алкоголя.

2. Вопросы по потреблению алкоголя и связанным с этим проблемам, должны быть включены в программы обучения врачей общей практики на всех уровнях: преддипломного образования, последипломной специализации по общей практике и непрерывного медицинского образования.

3. На преддипломном уровне такое обучение должно координироваться академическим отделом общей практики и/или общественного здравоохранения там, где они имеются.

4. Программы обучения и подготовки должны давать:

- знания о поведенческих и социальных факторах потребления алкоголя и связанных с этим проблем;

- знания о медицинских, психологических и социальных последствиях потребления алкоголя и умение выявлять их и принимать меры по их предупреждению и лечению;

- знания о роли личности, семьи, общественности, медработников, специалистов смежных профессий, а также правительства в решении связанных с алкоголем проблем; и

- знание принципов и методов укрепления здоровья, профилактики заболеваний и скрининга.

5. На всех уровнях обучения следует пропагандировать использование много дисциплинарного подхода.

6. Врачам следует осознать необходимость межсекторального сотрудничества в деле профилактики и решения связанных с алкоголем проблем.

7. Программы обучения и подготовки должны быть основаны на данных современных научных исследований.

## **10 Семья и друзья**

В течение любого одного года порядка 12% мужчин и 4% женщин будут зависимы от алкоголя. При уровне потребления 20 г чистого алкоголя в день 20% мужчин и женщин испытывают вызванный потреблением алкоголя ущерб в двух или более областях жизни таких, как семья, друзья и работа.

Вызываемый алкоголем ущерб испытывает не только сам пьющий, но и его окружение. Финские данные свидетельствуют, что почти половина населения имеет в своем близком окружении человека, который пьет слишком много, для женщин это чаще всего

родственник, а для мужчин - коллега или друг (53). Четверть населения (30% женщин и 16% мужчин) лично пострадали в результате потребления алкоголя другим человеком.

Семья и друзья людей с алкогольными проблемами важны по двум причинам. Во-первых, они важны сами по себе, как люди, подвергающиеся риску в результате стрессовой ситуации, которая может привести к физическому или психическому ущербу. Связанные с алкоголем проблемы у родственника или друга являются одной из наиболее часто называемых причин стрессовой ситуации. Существует сходство между тем, как семьи справляются с проблемой алкогольной зависимости у члена семьи и тем, как они справляются с другими хроническими стрессовыми обстоятельствами, такими как физическое заболевание, инвалидность, безработица и нищета. Во-вторых, члены семьи наиболее часто считаются источником поддержки при лечении родственников с алкогольными проблемами.

### ***РАБОТА С ЧЛЕНАМИ СЕМЬИ И ДРУЗЬЯМИ***

В ВОЗ имеется проект по урегулированию алкогольных проблем в семье (54). Философия этого проекта состоит в том, что когда кто-либо злоупотребляет алкоголем, его или её близкие родственники страдают в результате хронической стрессовой ситуации, что может привести к физическому или психическому заболеванию. Родственники принимают прямое участие в происходящем и Хорошо знают о том, что происходит и как лучше всего справиться с этим и как сократить их собственный риск возникновения заболеваний. Одни пути решения проблемы родственниками будут в большей степени, чем другие оказывать желаемое влияние на потребление алкоголя членом семьи или другом,

это будет зависеть от обстоятельств жизни родственника. Работники первичной медико-санитарной помощи могут помочь родственникам найти пути сокращения риска их здоровью, помогая сократить излишнее потребление алкоголя членом семьи или другом.

Orford (54) описал четыре вещи, которые работник первичной медико-санитарной помощи может сделать, чтобы помочь родственнику или другу справиться с проблемой злоупотребления близкого человека.

#### Выслушать без осуждения

Нужно попросить родственника или друга рассказать об обстоятельствах, с которыми он сталкивается дома, отвечать ему без осуждения и с выражением поддержки. Это нужно делать с глазу на глаз, конфиденциальность должна соблюдаться. Необходимо предоставить достаточное количество времени, чтобы данный родственник мог рассказать свою историю, выразить подавленность, которую он, возможно, испытывает, и дать ему почувствовать, что его понимают.

Можно затронуть следующие темы: влияние злоупотребления алкоголем на пьющего и на других членов этой семьи, как пьющий пытался справиться со своим злоупотреблением, поддержка, которая была оказана другим членам семьи, их состояние здоровья, благосостояние, нужды и ожидания.

#### ***Предоставить информацию***

Информация является одним из основных типов поддержки, которую люди при стрессовых обстоятельствах находят полезной, и позитивная информация - вот что больше всего хотят услышать члены

семьи, хотя медработники отдают этому относительно низкий приоритет.

### ***Обсудить пути решения проблемы в недирективной форме***

Требуется применять недирективный подход при изучении альтернативных путей нейтрализации потенциально стрессовых событий и обстоятельств в данной семье. Членам семьи и друзьям нужно позволить высказывать альтернативные решения и пытаться использовать различные подходы, постепенно переходя к всё более обоснованному выбору методов решения проблемы. Родственники и друзья обычно пытаются справиться с проблемой несколькими способами, например, через эмоции, терпимость, отсутствие активности, избегание, контроль, конфронтацию, поддержку пьющего и независимость (54). В общем, большинство родственников, по-видимому, считают терпимость и отсутствие активности бесполезными, а конфронтацию - полезной.

### ***Помочь усилить социальную поддержку и совместное решение проблем в семье***

Сюда входят такие средства, как побуждать злоупотребляющего алкоголем пройти лечение, заручиться помощью других членов семьи пьющего и друзей, попытаться улучшить взаимопонимание и решение проблем в рамках всей семьи и определить дополнительные источники поддержки в, и вне семьи.

### ***СЕМЬЯ КАК ПРОВОДНИК УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ***

Семья, какое бы определение ей не давалось, является местом, где образ жизни приобретает, сохраняется и меняется со временем.

Именно в условиях семьи часто приобретается и сохраняется отношение к алкоголю и связанное с ним поведение. Это главная потребительская единица для покупок, продуктов и услуг, влияющих на состояние здоровья. Это основной источник стрессов и социальной поддержки. Семья, таким образом, предоставляет главную возможность для изменения образа жизни. Тем не менее, не нужно ждать, что семья возьмёт на себя эти обязательства самостоятельно. Необходимо, чтобы в достижении и поддержании хорошего здоровья, особенно в условиях лишений, семью поддерживало местное сообщество.

## **11 Действия на местном уровне**

Всё большее признание получает тот факт, что наиболее обещающим подходом является тот, который действует на местном уровне, в рамках местного сообщества и концентрируется на поведении отдельного человека и влияниях окружения (55). Эффективными стратегиями являются те из них, которые разработаны с целью повлиять не только на отдельного человека, но и на социальные нормы более широкого окружения, где человек живёт и работает. Социальные нормы формируются с помощью различных институтов, включая учреждения образования, законодательные органы и средства массовой информации. Чтобы ввести и закрепить укрепляющие здоровье типы практики, необходимо активно привлекать местное население к созданию окружения, которое поддерживает действия отдельного человека. Как показывают другие буклеты этой серии, активное вовлечение многих секторов социальной жизни (школ, рабочих мест, местных органов управления,

деловых кругов, органов здравоохранения и общественных организаций) повышает потенциал совершения бесповоротных изменений поведения и обретения преимуществ для здоровья (56-58).

Индивидуальной интервенции самой по себе недостаточно для создания широкого позитивного подхода к профилактике связанных с алкоголем проблем. Действия на местном уровне ставят себе целью изменение образа жизни посредством использования комбинированного подхода, влияющего не только на личное поведение человека, которое сказывается на здоровье, но и на общую обстановку. Очевидно, вполне обоснованы старания работников первичной медико-санитарной помощи влиять на создание здорового окружения, одновременно способствуя укреплению соответствующих типов здорового поведения отдельного человека.

В исследовании ВОЗ, которое проводилось по изучению ответных мер в отношении вредного потребления алкоголя на местном уровне, для работников первичной медико-санитарной помощи было выявлено множество возможностей участия в работе местных проектов действий (59). Основная задача работников первичной медико-санитарной помощи состоит в том, чтобы заглянуть за рамки работы в форме индивидуальных консультаций, или даже помощи семье, и признать, что их роль -это совместная с другими работа для того, чтобы сообщество в целом смогло сократить связанные с алкоголем проблемы.

На данный момент многие программы по образования и обучения работников первичной медико-санитарной помощи упускают профилактику среди всего местного населения. Непрерывное медицинское образование должно специально заниматься вопросом организации проектов действий на местном

уровне и развивать навыки особенно необходимые для организации сотрудничества со специалистами других профессий и решения проблем реализации программ действий на местном уровне.

### ***УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ***

Один из подходов к пониманию укрепления здоровья и профилактики заболеваний вытекает из Оттавской хартии Укрепления Здоровья (60), которая определяет укрепление здоровья, как "процесс, позволяющий людям следить за своим здоровьем и улучшать его". Это определение было связано с пятью стратегиями укрепления здоровья: создание ориентированной на здоровье государственной политики, создание благоприятной окружающей среды, усиление действий на местном уровне, развитие личных навыков и переориентацию служб здравоохранения на первичную медико-санитарную помощь, укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

Программы на местном уровне могут включать в себя любой или все из этих подходов (61). Например, ориентированной на здоровье государственной политикой является та, которая превращает здоровый выбор в легкий выбор, определяя условия окружения, способствующие позитивному поведению в плане здоровья. Местные действия по контролю и сокращению потребления алкоголя можно рассматривать, как часть ориентированной на здоровье государственной политики.

Люди живут и действуют в социальном, физическом, политическом и экономическом окружении, которое может способствовать или препятствовать усилиям по улучшению здоровья.

Люди могут организовывать свои собственные проекты по изменению окружения или быть значительной частью процесса планирования.

Действия местного населения содержат в себе самый большой потенциал реализации подхода. Сюда входят действия групп самопомощи, проекты на местном уровне и развитие структур данной местности и общества, все они могут контролироваться самим обществом.

С точки зрения действий, укрепление здоровья можно определить, как сочетание просветительной, организационной, экономической и прочей поддержки действий, способствующим укреплению здоровья. Чтобы эффективно справляться со своими нуждами и действиями по укреплению здоровья, людям необходима информация и навыки, наряду с финансовой, профессиональной и организационной помощью в использовании этих знаний и навыков.

### *Местное население*

Местное население можно определить, как группу проживающих в одной местности или имеющих одинаковые интересы людей, состоящую из относительно небольших неформальных объединений, сплоченных общей задачей или целью. Наиболее эффективным средством действий по укреплению здоровья, направлены ли они на создание политики, изменение окружения или развитие личных навыков, является группа людей, коалиция со всеми ее аспектами социальной поддержки и организационной власти. Группы местного населения могут устанавливать приоритеты укрепления здоровья, давать советы представителям государственной власти и помогать друг другу самыми различными способами. Как говорит Оттавская хартия (60):

Укрепление здоровья действует через конкретные и эффективные действия по определению приоритетов, принятию решений, планированию стратегий и по их реализации, чтобы достичь улучшения состояния здоровья населения. Центром этого процесса является предоставление полномочий местному населению, им самим принадлежат их начинания и их судьба и контроль за ними.

В контексте первичной медико-санитарной помощи, термин "сообщество" обычно используется для описания географической единицы, которую обслуживает бригада первичной медико-санитарной помощи. Он также может применяться в рамках населения данного участка практики для группы, представляющей особый интерес, например, молодые люди или люди с обусловленными потреблением алкоголя нарушениями.

### *Изменения на местном уровне*

В то время как многое из того, что было опубликовано по проектам на местном уровне, касается результатов воздействий на факторы риска или эффективных мест проведения (например, школы), всё больше признаётся, что успех воздействий, нацеленных на всё население, зависит от эффективности применения теории и принципов организации общества. Активное вовлечение местного населения, его лидеров и его организаций являются необходимым компонентом успешной стратегии действий в масштабах всего населения. Всесторонние подходы к здоровью населения обычно представляют собой сочетание принципов организации местного населения и вовлечения горожан с опробованными стратегиями изменения образа жизни и/или политики на местном уровне. Подходы, нацеленные на местное население, возникают в результате

объединения теории многих дисциплин, от биомедицины до умения общаться.

Три темы объединяют эти различные взгляды по поводу процесса социальных и поведенческих изменений в масштабах всего сообщества (62). Первая делает акцент на мощные социальные силы, влияющие на поведение человека. Идея заключается в том, что поведение формируется и поддается влиянию доминирующей культуры, как это случается с социальными взаимоотношениями среди местного населения. Общество формирует поведение человека и символически, и реально, передавая ценности и нормы.

Вторая тема состоит в том, что местное население само по себе может быть мобилизовано, чтобы быть проводником изменения общества и поведения. Общество придает легитимность ценностям и нормам желаемого типа поведения и делает социальное и физическое окружение более благоприятным для желаемого типа поведения человека.

Третья тема состоит в том, что для реализации программ принадлежности проектов населению и постоянного действия проектов необходимо участие представителей и лидеров местного населения с ранних стадий программ и затем постоянно.

Подход укрепления здоровья всего местного населения в сочетании с клиническим или индивидуальным подходом обладает следующими преимуществами.

1. Бремя обусловленного потреблением алкоголя вреда испытывает большинство секторов сообщества. Причины этого сложны и, в основном, кроются в феномене культуры.

2. Подходы, нацеленные на всё местное население, влияют на социальное окружение людей, их задача состоит в изменении норм, ценностей и политики, касающихся поведения людей.

3. Подходы, нацеленные на всё местное население, лучше реализуются, так как воздействие производится на основе уже существующих административных структур.

4. Подходы, нацеленные на всё местное население, лучше всего приводят к устойчивому изменению, так как общество запрещает определенные типы поведения и чувство принадлежности проекта обществу порождает непрерывное чувство ответственности.

5. Подходы, нацеленные на всё местное население, являются всесторонними и лучше контролируют распределение и координацию ограниченных ресурсов здравоохранения.

6. Подходы, нацеленные на всё население, отражают взаимную ответственность за состояние здоровья и увеличение способности человека изменяться.

### ***Системный подход к изменениям на местном уровне***

Многие стратегии здравоохранения основывают свой подход на определении некоторого числа областей образа жизни, например, курение, алкоголь, питание и физическая активность, которые, как было показано, связаны с основными причинами возникновения заболеваний и инвалидности в обществе. Эти факторы поведенческого риска могут быть высчитаны на индивидуальном уровне и стать конкретной задачей на уровне стратегического планирования.

Альтернативный подход состоит в системном взгляде, с учетом социального, экономического, политического, административного, культурного, законодательного, промышленного и физического

окружения, в котором существует данный тип поведения. Воздействия, нацеленные на поведение человека, неадекватны, так как система является более мощным и убедительным определяющим фактором поведения и состояния здоровья, чем решения человека. Акцент на индивидуальное поведение позволяет властям избежать ответственности за социальные изменения. Кроме того, он влечет за собой такой тип укрепления здоровья, который очень удобен для среднего класса и приводит к осуждению жертв, когда появившиеся в результате неправильного образа жизни (например, злоупотребления алкоголем) заболевания, рассматриваются скорее как вина человека, а не результат социальных условий, в которых этот человек проживает.

Усиление внимания к сообществу в целом в деле укрепления здоровья частично возникло в результате всё большего признания, что на поведение очень сильно влияет окружение, в котором человек живёт. Ценности и нормы общества оказывают значительное влияние на формирование отношения и поведения человека. Вместо акцента на индивидуальные изменения, ориентированный на всё население подход утверждает, что устойчивых, значительных перемен поведения можно лучше всего достичь путем изменения норм сообщества, которые касаются влияющего на здоровье поведения. Сообщество можно организовать и изменить так, чтобы оно поддерживало более здоровый образ жизни. Данные перемены вызовут сокращение рискованного для здоровья поведения человека что, в свою очередь, приведет к сокращению заболеваемости и смертности.

## ***ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОЕКТОВ НА МЕСТНОМ УРОВНЕ***

### **Общее планирование проекта**

Организация населения - это планируемый процесс, стимулирующий население использовать свои социальные структуры и любые имеющиеся ресурсы (внутренние или внешние), чтобы достичь целей, которые первоначально определяются представителями местного населения и созвучны ценностям данного региона. Целенаправленные воздействия с целью достижения социальных изменений организуют отдельные люди, группы или организации внутри сообщества, чтобы получить и затем сохранить улучшения и/или новые возможности.

В нескольких крупных демонстрационных проектах общественного здравоохранения по профилактике заболеваний, возникающих в результате неправильного образа жизни, успешно использовались стратегии работы на местном уровне, и компоненты организации общества можно выделить во всех этих стратегиях.

Существует пять стадий организации проекта на местном уровне (61).

*Стадия 1: анализ сообщества.*

1. Определить, что подразумевается под словом "сообщество". Необходимо установить географические или другие границы действия проекта.

2. Собрать данные. Анализ состояния сообщества включает в себя сбор и анализ различных данных, чтобы составить всестороннее представление о населении.

3. Оценить способность общества поддержать изменения.

4. Оценить имеющиеся в сообществе препятствия в виде существующих или потенциальных факторов, которые мешают переменам или создают им сопротивление.

5. Оценить готовность к изменению.

6. Синтезировать данные и определить приоритеты. *Стадия 2: разработка и введение в действие*

1. Определить основную группу планирования и избрать местного организатора или координатора.

2. Выбрать организационную структуру, включая, в зависимости от обстоятельств, совещательную комиссию, совет или бюро, коалицию, основное учреждение, неформальную систему и общественные движения.

3. Определить, выбрать и подключить к работе представителей всех крупных институтов и групп населения, включая такие сектора, как коммерческий, общественный, политический, меньшинств, отдыха, медицины и общественного здравоохранения, а также средства массовой информации.

4. Определить миссию и цель проекта. Основное утверждение определяет главную цель и видение проекта. Оно должно четко и кратко сообщать, чего необходимо достигнуть. Кроме того, важно определить разумные и измеримые цели и задачи.

5. Уточнить роли и обязанности членов комиссии, персонала и добровольцев.

6. Обеспечить обучение и признание. Так как активное участие населения в принятии решений, планировании и воплощении является необходимым, часто важную роль играет ориентированное на приобретение навыков обучение.

*Стадия 3: реализация*

1. Обеспечить широкое участие жителей, постоянно обращаясь к людям и поощряя их поддержку.

2. Разработать последовательный план работы. Разработка практического плана включает в себя краткосрочное решение проблем и долгосрочное планирование.

3. Использовать всесторонние интегрированные стратегии. Необходимы всесторонние и скоординированные усилия, с использованием многих стратегий и с большим потенциалом влияния на нормы этого сообщества.

4. Ввести систему ценностей данного сообщества в программы, материалы и рекомендации. В программе должны использоваться термины и взгляды сообщества.

#### *Стадия 4: поддержка и закрепление программы*

1. Включить деятельность по проекту в работу структур сообщества с тем, чтобы создать условия для адаптации и поддержки типов поведения и норм, способствующих укреплению здоровья.

2. Установить позитивную организационную культуру. Позитивный климат является решающим в укреплении и сохранении успешного проекта.

3. Установить план непрерывного привлечения к работе. Смена добровольцев и даже оплачиваемого персонала в ходе долгосрочного проекта весьма вероятна.

4. Распространять информацию о результатах. Распространение информации о действиях проекта и об оценке его первичных результатов повышает наглядность проекта, его приемлемость и участие местного населения.

#### *Стадия 5: распространение и вторичная оценка*

1. Пересматривать анализ состояния общества, что включает в себя поиск возможных изменений в руководстве, ресурсах и в организационных взаимосвязях в сообществе.

2. Оценивать эффективность воздействий и программ. План оценки, который подразумевает непрерывный контроль за программами и деятельностью, может также определять периодический контроль за состоянием и прогрессом каждого вида деятельности.

3. Намечать будущие направления и модификации. Процесс планирования будущих направлений часто является официальным процессом, что включает в себя пересмотр и вторичное написание целей и задач, отражающих последний анализ состояния общества и оценку программ.

4. Подводить итоги и сообщать о результатах. Продолжение работы проекта частично зависит от сохранения его яркой наглядности путем эффективного общения с ключевыми группами сообщества.

## ***ВОВЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ***

### ***Установление партнерства и укрепление межсекторальной работы***

Проекты на местном уровне, видимо, будут более успешными, если будут созданы альянсы или установлено партнёрство с разными людьми или организациями. Потенциальными партнерами для межсекторальной работы могут быть:

- местные и муниципальные власти
- средства массовой информации
- другие работники и учреждения охраны здоровья
- образовательные учреждения
- правительственные учреждения

- финансовые и коммерческие организации
- трудовые организации
- религиозные группы
- общественные и негосударственные организации
- группы самопомощи
- группы пациентов.

Межсекторальная работа с представителями городских властей является особенно важной. Встречи совета и комитета должны быть открытыми для публики. Совместные проекты могут проводиться со многими отделами, включая отдел здравоохранения и отдел организации досуга. Совместный проект с отделом организации досуга может определять, как лучше всего сотрудничать с местными врачами общей практики, чтобы обеспечить доступные и приемлемые для людей в экономическом плане условия для отдыха.

### *Средства массовой информации*

Средства массовой информации, включая местную и национальную печатную продукцию, радио и телевидение, являются важными партнерами проектов на местном уровне (62). Телевидение является особенно важным, так как оно занимает большую часть свободного времени многих людей и является их основным источником информации и развлечения.

За последние годы было выявлено, что измеримые эффекты краткосрочных просветительных кампаний средств массовой информации, по-видимому, невелики, если они не сопровождаются изменениями окружающей обстановки. Считается, что просветительные действия будут более эффективными, если они

дополняют изменения в социальном окружении, а не просто оказывают прямое краткосрочное воздействие на человека.

По-видимому, нацеленные на отдельного человека рекомендации могут оказывать более широкое воздействие на здоровье общества, включая обеспечение поддержки населением ориентированной на здоровье государственной политики. Таким образом, альтернативная роль средств массовой информации в деле укрепления здоровья состоит в поддержке инициатив политики, что является частью процесса пропаганды через средства массовой информации. Пропаганда через средства информации была описана, как стратегическое использование данных средств для продвижения социальных и других политических инициатив. Средства массовой информации эффективны в определении повестки дня общества и в стимулировании общественных дискуссий.

### *Лидеры общественного мнения*

Во всех сообществах существуют лидеры общественного мнения, формальные и неформальные. Они важны, как потенциальные защитники изменений в обществе и как потенциальный пример.

Формальные лидеры общественного мнения включают в себя тех, кто являются таковыми в силу своего положения в обществе, а именно:

- избираемые представители (советники и члены парламента)
- лидеры церкви
- лидеры в сфере бизнеса
- лидеры организаций предпринимателей и наемных работников

- люди, возглавляющие государственные и негосударственные организации

- редакторы средств массовой информации

- судьи, руководители органов правопорядка и других служб.

Неформальные лидеры общественного мнения включают в себя тех, кого местное население считает влиятельными людьми в плане определения общественного мнения или влияния на местное окружение. Сюда могут входить активные деятели политических и пропагандистских групп; владельцы магазинов, репортеры, содержатели баров или кафе; активные члены групп самопомощи или групп местного населения, а также молодежные лидеры.

### ***Центры здоровья***

Совокупный эффект индивидуальных советов будет оказывать влияние на распространение заболеваний и понимание инициатив по укреплению здоровья. Индивидуальные воздействия, проводимые врачами общей практики, на данный момент находятся на довольно низкой отметке своего полного потенциала. По-видимому, их общее влияние возрастет в результате поддержки врачей общей практики в выполнении их полномочий и продолжении освещения этих вопросов в средствах массовой информации.

Тем не менее, существует много других возможностей действий по укреплению здоровья в центрах здоровья и других учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Сюда входят:

- программы, нацеленные на отдельные слои населения, например, на молодых людей, владельцев домов или этнические группы;

- кампании по вопросам здоровья;

- введение практики работы в качестве учреждений укрепления здоровья для своих работников и клиентов;
- группы с участием пациентов;
- группы самопомощи;
- занятия в таких областях как физическая активность, управление стрессом, приготовление пищи и т.д.
- выездные классы и группы;
- группы местного населения с целью определения их нужд;
- программы контроля наличия и доступности услуг и деятельности по укреплению здоровья; и
- местная многодисциплинарная и межсекторальная работа.

### ***ДЕМОНСТРАЦИОННЫЙ И ОЦЕНОЧНЫЙ ПРОЕКТ ВОЗ***

Проект Лахти является совместным демонстрационным проектом всесторонней программы на местном уровне по предотвращению вреда, наносимого потреблением алкоголя (63). Место реализации проекта - город Лахти в Финляндии. Проект опирается во многом на работу местных специалистов и включает в себя организацию дискуссий о политике в отношении алкоголя на местном уровне, образование и информацию, интервенции в учреждениях здравоохранения для тех, кто много пьет, работу с молодёжью и группы самопомощи для злоупотребляющих алкоголем и их семей. Влияние проекта оценивается с помощью формативной оценки, оценки процесса и результатов.

Профилактическая работа была разработана в соответствии со следующими принципами:

- профилактическая работа выполняется в рамках существующих ресурсов и структур города;

- цель состоит в том, чтобы влиять на общество в целом, так и на отдельного человека;
- алкогольные проблемы и средства их сокращения, рассматриваются, как часть повседневной жизни горожан; и
- стиль работы состоит в открытой дискуссии без каких-либо жёстких планов относительно целей или методов.

Проект был разделён на независимые модули. В дополнение к уже упомянутым темам, сюда входили беседы с ключевыми людьми, воздействие на предложение алкоголя, ответственность обслуживающего персонала и роль семьи. И хотя эти сферы работы велись независимо, они соединялись через кампании средств массовой информации и мероприятия на местном уровне. Проект продемонстрировал, что деятельность на местном уровне в течение всего нескольких лет может привести к изменениям в представлении об алкогольных проблемах, к изменению знаний людей об алкоголе, к системным изменениям на всех уровнях организации, в объеме и методах профилактической работы и к изменениям ответных мер общества в отношении алкогольных проблем с помощью новых форм лечения и вторичной профилактики.

## **12 Алкогольная политика**

Здравоохранение и санитарное просвещение обладают давней традицией пропагандировать ориентированную на здоровье государственную политику по алкоголю (10, 64-66). Без реализации эффективной алкогольной политики, такие действия, как краткие интервенции в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, могут оказаться ничтожными и бесполезными. Через свои

профессиональные ассоциации и другие средства работники первичной медико-санитарной помощи имеют полное право пропагандировать ориентированную на здоровье государственную политику по алкоголю.

Анализ взаимосвязи между индивидуальным потреблением и индивидуальным риском, который обсуждался в Главе 3, определяет основу для взаимосвязи между уровнем потребления населением в целом и распространенностью связанных с алкоголем проблем в обществе.

Существует значительная взаимосвязь между уровнем потребления алкоголя населением и общей смертностью в результате цирроза печени, алкогольного психоза, алкоголизма, панкреатита, отдельных видов рака и смертностью от всех причин. Существует положительная взаимосвязь между общим потреблением и уровнем самоубийств, смертей в дорожных авариях и насилием. Общий уровень потребления алкоголя населением тесно взаимосвязан с уровнем обусловленных алкоголем проблем так, что 10%-ое снижение потребления на душу населения привело бы к 15%-ому снижению связанной с алкоголем смертности среди мужчин и 5%-ому сокращению количества смертельных аварий, самоубийств и убийств среди всего населения (67).

### ***ЭЛЕМЕНТЫ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ***

Edwards et al. обозначили элементы эффективной алкогольной политики (1).

Алкогольная политика не должна ограничиваться действиями относительно "алкоголизма", алкогольной зависимости или серьезных физических заболеваний, а обязана учитывать как связанные с

алкоголем проблемы, так и зависимость от алкоголя. Она должна быть равноприоритетной как к острым проблемам и несчастным случаям, так и к хроническим патологиям. Политика должна касаться как социальных и психологических, так и физических проблем. Она должна заниматься небольшими и распространёнными проблемами наряду с крупными и менее распространёнными последствиями. Политика должна касаться негативного влияния потребления на семью и других людей, а также на самого пьющего. Политика должна заниматься такими явлениями, как вождение в нетрезвом состоянии и другими аспектами связанных с алкоголем нарушений общественного порядка и насилия.

При определении сферы действий общественного здравоохранения политика должна принимать во внимание всё пьющее население. На общие проблемы общества, которые связаны с алкоголем, можно эффективно воздействовать только через понимание и влияние на всю динамичную систему, составляющую потребление общества; эффективная политика не может быть составлена путем концентрации на лишь небольшом отрезке шкалы, или попыткой влиять на крайности в поведении.

Профилактические меры, влияющие на всех пьющих, также окажут воздействие на тех, кто злоупотребляет алкоголем. Всё пьющее население ведет себя скорее, как единая система, а не как несколько отдельных частей. Повышение или снижение в общем потреблении приведет к изменениям во всём спектре потребления, включая тех, кто пьет много.

Многие связанные с алкоголем проблемы широко распространены среди всего пьющего населения, а не сосредоточены только среди тех, кто пьет много. Политика, нацеленная на более

широкие слои населения с меньшей степенью риска, но большим объемом совокупных проблем, чаще приведет к большим преимуществам в плане здоровья, чем политика, нацеленная на меньшее количество населения с высокой степенью индивидуального риска.

Общая стратегия алкогольной политики должна создавать окружение, которое помогает людям совершать здоровый выбор, а нездоровый делает выбор более трудным или дорогим. Поэтому любые меры, потенциально повышающие доступность алкоголя в стране (в результате торговых соглашений, сокращения реальной цены напитков или сокращения или отмены ограничений розничной торговли), нужно расценивать с точки зрения общественного здоровья и общественной безопасности в дополнение ко всем остальным соображениям.

### ***Налогообложение алкоголя***

Налогообложение алкоголя является эффективным механизмом сокращения связанных с алкоголем проблем. Существует множество данных о том, что потребление алкоголя населением связано с его ценой. Повышение цены ведет к сокращению потребления и наоборот (68). В результате взаимосвязи между потреблением с одной стороны и индивидуальными и общими проблемами с другой, налогообложение алкоголя является государственным рычагом влияния на здоровье огромной потенциальной эффективности.

Точная взаимосвязь между ценой алкоголя и уровнем его потребления зависит от населения, типа напитка, и времени исследования. В общем, приблизительно 10% повышение цены ведет к сокращению на 5% - потребления пива, на 7.5%-потребления вина и

на 10% - потребления крепких спиртных напитков. Существуют ряд данных о непропорционально повышенном влиянии некоторых мер на тех, кто пьет много, так как повышение цены ведет к большему сокращению смертности в результате цирроза печени, чем к сокращению в уровне потребления алкоголя.

### *Доступность алкоголя*

Меры внешнего порядка, влияющие на физический доступ к алкоголю, могут внести значительный вклад в профилактику связанных с алкоголем проблем. Такие меры включают в себя минимальный допустимый возраст потребления алкоголя, ограничение часов и дней продажи, а также меры, касающиеся количества, типа и расположения точек продажи (69).

Когда в не производящих вино странах открываются магазины продажи вина или ликвидируется монополия розничной продажи вина, потребление вина возрастает. Повышение доступности крепких спиртных напитков для потребления как внутри, так и вне заведения, повышает потребление. Возможность купить пиво в бакалейных магазинах, а не только в монопольной розничной торговле, приводит в результате к значительному увеличению потребления алкоголя. Увеличение плотности точек продажи и количества часов и дней продажи ведет к повышению потребления. Увеличение минимального допустимого возраста потребления ведет к сокращению дорожных происшествий со смертельным исходом. Ответственное обслуживание, программы обучения персонала и усиление юридической ответственности продающего алкоголь персонала, ведет к сокращению количества связанных с алкоголем дорожных аварий.

### ***Вождение в нетрезвом состоянии***

Меры против вождения в нетрезвом состоянии являются эффективными, если тщательно выполняются и широко освещаются в обществе. Сдерживание и строгое выполнение законов, касающихся вождения в нетрезвом состоянии, являются фундаментально важными. Другие меры включают в себя обучение персонала, введение юридической ответственности тех людей или заведений, которые продают алкоголь уже нетрезвым клиентам, за последствия этого.

### ***Ограничение рекламы***

Существует ряд данных о том, что ограничение рекламы ведет к сокращению потребления алкоголя и связанного с этим вреда (62). В условиях стабильного, насыщенного рынка основная роль рекламы состоит в обеспечении замены старых потребителей новыми, а также того, чтобы рекомендации просвещения не сокращали потребления алкоголя. Современная реклама больше сообщает о значении и желаемости продукта и о социальном контексте его потребления, чем о самом продукте. Реклама алкоголя изображает его потребление, как безопасное и беспроблемное занятие, убирая акцент с потенциального риска здоровью и возможных негативных последствий. Через свои рекомендации реклама алкоголя поддерживает желаемость потребления в обществе, отводя на второй план риск в результате потребления алкоголя для отдельного человека и здоровья общества, что противоречит задачам профилактики. Это не прямое влияние само по себе является достаточным, чтобы понять необходимость контроля объема и содержания рекламы алкоголя.

## **Всесторонняя политика**

Всесторонней политикой, поддерживающей роль работников первичной медико-санитарной помощи в профилактике и нейтрализации наносимого потреблением алкоголя вреда, является политика, которая: использует налогообложение и контроль физического доступа, поддерживает контрмеры по вождению в нетрезвом состоянии, вкладывает средства в лечение, особенно в структуры первичной медико-санитарной помощи. Для обеспечения долговременных преимуществ она должна быть дополнена образовательными стратегиями и ограничением рекламы. Кампании просвещения общества и программы всесторонних действий на местном уровне могут повысить понимание и, таким образом, общественную поддержку других мер политики, нацеленных на изменение обстановки.

## **13 Задачи**

Одно из основных положений 38 задач Европейской политики ВОЗ по достижению здоровья для всех гласит, что для осуществления эффективной ориентированной на здоровье государственной политики нужны чёткие цели и задачи, и достижение или продвижение к выполнению этих задач должно контролироваться и оцениваться. Данные по контролю и оценке должны возвращаться к тем, кто принимает политические решения, к администраторам и всем, кто отвечает за воплощение политики. Этим людям необходима информация, чтобы развивать, пересматривать или изменять политику и её компоненты, а также оценивать пути её реализации.

Задача 17 утверждает, что:

К 2000 году во всех государствах членах должно быть значительно сокращено потребление таких причиняющих ущерб здоровью и вызывающих зависимость веществ, как алкоголь, табак и психотропные средства.

Далее текст гласит:

Данная задача может быть выполнена, если на всех уровнях и в различных секторах будут внедряться сбалансированные программы и политика в отношении потребления и производства этих веществ для:...

- уменьшить потребление алкоголя на 25%, обращая особое внимание на уменьшение потребления, ведущего к наибольшему ущербу...

Разные страны приняли свои собственные задачи действий по алкоголю. Например, в стратегии Англии (71) определена задача сократить количество мужчин, потребляющих более 21 единицы алкоголя в неделю, с 28% до 18%, и количество женщин, потребляющих более 14 единиц в неделю, с 11% до 7% к 2005 году. В Плане действий по вопросам здоровья Каталонии (50) определена задача сократить до 4.5% количество общего населения возраста 15-65 лет, потребляющих более 75 мл чистого алкоголя в день.

Задача 28 Европейской политики по достижению здоровья для всех касается первичной медико-санитарной помощи (70):

К 2000 г. службы первичной медико-санитарной помощи во всех государствах-членах должны удовлетворять основные потребности населения в области здравоохранения путем предоставления широкого спектра услуг по укреплению здоровья, лечению, реабилитации и оказанию поддержки, а также путем

активного содействия отдельным лицам, семьям и группам в их деятельности по оказанию самопомощи.

Далее текст гласит:

Эта задача может быть выполнена, если государства-члены:

- обеспечат предоставление и укрепление профилактического и лечебного медико-санитарного обслуживания, включая диагностику, лечение, уход и реабилитацию через организованные на местах системы оказания соответствующей помощи;

- будут оказывать местному населению техническую, финансовую, информационную и другие формы поддержки и обеспечат его активное участие в работе по развитию первичной медико-санитарной помощи;

- устранят все препятствия (финансового, физического и культурного характера), мешающие использованию первичной медико-санитарной помощи;

- укрепят механизмы активной работы с населением и сотрудничество с другими секторами с целью достижения эффективного использования служб здравоохранения;

- обеспечат соответствующее количество надлежащим образом подготовленных семейных врачей и медсестёр для первичного медико-санитарного обслуживания;

- организуют первичную медико-санитарную помощь таким образом, чтобы обеспечить интеграцию служб, основанных на бригадном методе работы всех работников здравоохранения;

- обеспечат эффективные механизмы направления больных к специалистам и взаимодополняющее предоставление технической поддержки на всех уровнях медико-санитарного обслуживания.

## **СТАНДАРТЫ, ЗАДАЧИ И ПОКАЗАТЕЛИ**

Рабочая группа ВОЗ (16) предложила круг стандартов и задач (Таблица 2). Потенциальные показатели (72) включают в себя:

- количество персонала здравоохранения, получившего основное образование по вопросам профилактики и урегулированию алкогольных проблем;
- количество персонала здравоохранения, обладающее оговоренным минимумом навыков для проведения профилактики и урегулирования проблем;
- количество бригад первичной медико-санитарной помощи, которые оказывают профилактическую помощь по вопросам, касающимся алкоголя; и
- количество обслуживаемого населения.

*Таблица 2. Предложенные стандарты и задачи для врачей первичной медицинской помощи (ВПМП) по профилактике и нейтрализации связанного с алкоголем ущерба*

Вопросы и задачи	Интересы и мотивация ВПМП	и навыки поведение ВПМП	Знания, и риска пациентов	Распространённость
Индивидуальный уровень, вопросы задачи	1. Заинтересован ли ВПМП в том, чтобы и заниматься оценкой риска его пациентов?	1. Оценивает ли ВПМП риск пациента, или ее связанный с ее потреблением алкоголя?	1. Распространённость и риска пациентов	1. Регистрирует ли уровень риска вредных, опасных/опасный/вредный, всех пациентов?

2. Если бы у ВПМП была случая оценки возможность, был бы способности он/она заинтересован ВПМП в улучшении его/ее диагностировать работы по связанные с потреблению алкоголем алкоголя проблемы пациентами?

2. Сценарий

Задачи для местного уровня	1. Измерить число ВПМП, ответивших: "да", "может быть" или "нет" на приведенные выше вопросы 1 и 2	1. Измерить число ВПМП, ответивших: "да" или "нет" на приведенный выше вопрос 1	1. Определить количество всех пациентов ВПМП на каждом уровне риска
		2. Оцените использование вышеуказанного сценария случая	
Задачи для национального уровня	1. Подсчитайте процент ВПМП в стране, ответивших: «да», "может быть" или "нет" на приведенные выше вопросы 1 и 2	1. Где возможно, определите процент ВПМП, специализирующихся на лечении связанных с алкоголем проблем	1. Проведите оценку потребления алкоголя на душу населения
	2. Определите, есть ли у организаций ВПМП политика по алкоголю и по Плану образования	2. Выясните наличие обязательного факультативного образования по дорожным авариям и циррозу	2. Создайте национальные базы данных смертности, заболеваемости, количеству

действий ВОЗ по вопросам алкоголя печени  
борьбе с в медицинском  
потреблением образовании  
алкоголя

3. 3. Определить  
Определить процент населения,  
процент ВПМП, подвергающегося риску  
которые постоянно  
проводят оценку  
риска пациентов

Задачи 1. Определить 1. Создать  
Европейского число стран, Определить Европейские базы данных по  
уровня поддерживающих процент потреблению алкоголя на  
принятый ВОЗ план Европейских стран, душу населения и по  
действий где обязательный показателям  
или смертности/заболеваемости  
факультативный  
курс обучения по  
вопросам алкоголя  
присутствует в  
программе  
медицинской  
подготовки

2. Определить  
процент организаций  
ВПМП, имеющих  
политику по  
алкоголю

---

*Источник: Роль сектора общей практики с точки зрения предупреждения и борьбы с негативными последствиями употребления алкоголя (16).*

## 14 Заключение

Благодаря своей распространенности, доступности и охвату, первичная медико-санитарная помощь обладает потенциалом сокращения риска, возникающего в результате потребления алкоголя в опасных и вредных количествах.

Основой ответных мер первичной медико-санитарной помощи является концепция о том, что алкоголь представляет собой фактор риска возникновения заболеваний. Существует взаимосвязь "доза - ответная реакция" между потреблением алкоголя и множеством видов широким кругом физического, социального и насильственного ущерба. Значительное повышение риска проявляется при уровне потребления 20 г чистого алкоголя в день. Хотя алкоголь сокращает риск возникновения коронарной болезни сердца (КБС), это действительно только относительно населения старше 50 лет, и большей части этого сокращения можно достигнуть, потребляя менее 10 г алкоголя через день.

Значительная часть населения подвергается риску, а именно каждый третий мужчина и каждая десятая женщина, которые потребляют более 20 г чистого алкоголя в день. Уровень потребления в молодости определяет уровень потребления далее в жизни.

Краткие интервенции при низких затратах сокращают потребление алкоголя в среднем более чем на 20%. Для выявления пациентов, которым необходима краткая интервенция, взрослое население нужно обследовать с использованием количественно-частотных вопросников по потреблению алкоголя или AUDIT (см. Приложение 1).

Рекомендации санитарного просвещения для потребляющих группы низкого риска должны состоять в том, что при любом уровне потребления, чем меньше алкоголя, тем лучше. Для людей старше 50

лет при потреблении менее 10 г чистого алкоголя через день потенциальное преимущество сокращения риска возникновения КБС теряется. Тем не менее, те, кто не пьет на данный момент, не должны начинать это делать с целью сократить риск возникновения проблем со здоровьем.

При опасном и вредном потреблении необходим лишь 5-10 минутный совет, чтобы сообщить нужную информацию, посоветовать сократить потребление и снабдить пациента нужной литературой. Мотивационное интервью поможет тем, кто сомневается по поводу изменений своих питательных привычек.

Те, кто занимаются организационными изменениями, могут помочь преодолеть некоторые барьеры, с которыми сталкиваются работники первичной медико-санитарной помощи при попытках проводить краткие интервенции. Эти изменения нужно поддержать контрактными соглашениями и системой оплаты за работу по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

Работников первичной медико-санитарной помощи нужно обеспечить пакетами материалов и протоколов, чтобы помочь им проводить эффективные краткие интервенции. Обеспечение обучения навыкам важно для расширения практики этих интервенций. Подход, нацеленный на подготовку преподавателей обеспечит широкий охват обучения. Обучение должно быть поддержано рекомендациями профессиональных ассоциаций.

Алкоголь является обычной причиной стрессов и депрессий в семье. Работники первичной медико-санитарной помощи могут помочь членам семьи и друзьям пьющих предотвратить вредные последствия их потребления для семьи.

Семейное окружение играет важную роль в укреплении здоровья, но только тогда, когда это поддерживается местным населением. Наиболее многообещающим подходом является подход, нацеленный на местное население в целом, с акцентом на индивидуальное поведение и влияние окружения.

Для работников первичной медико-санитарной помощи существует масса возможностей выразить свой интерес к зданию здоровой обстановки и пытаться действовать в этом направлении. Действия первичной медико-санитарной помощи можно считать ничтожными и бесполезными, если они не сопровождаются реализацией эффективной алкогольной политики. Политика, эффективно сокращающая вред от потребления алкоголя, это та политика, которая использует налогообложение, контроль за физическим доступом к алкоголю и ограничение рекламы.

Необходимо, чтобы действия первичной медико-санитарной помощи сопровождалась эффективной стратегией и задачами здравоохранения, а также системами контроля и оценки действий.

#### Приложение 1

### ***ВОПРОСНИК AUDIT***

*Обведите число, которое наиболее точно соответствует ответу пациента.*

#### ***1. Как часто вы пьете напитки, содержащие алкоголь?***

- (0) Никогда*
- (1) Раз в месяц или реже*
- (2) 2-4 раза в месяц*
- (3) 3-4 раза в неделю*
- (4) 4 или более раз в неделю*

**2. Сколько напитка, содержащего алкоголь, вы употребляете обычно в день, когда вы пьете? (обозначьте количество стандартных доз)**

- (0) 1 или 2
- (1) 3 или 4
- (2) 5 или 6
- (3) 7 или 8
- (4) 10 или более

**3. Как часто вы выпиваете шесть или более доз за один раз?**

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

**4. Сколько раз за прошедший год вы обнаруживали, что не можете прекратить пить, если уже начали?**

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

**5. Сколько раз за прошедший год вы не могли выполнить то, что обычно должны делать, из-за выпивки?**

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц

- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

**6. Сколько раз за прошедший год вам нужно было выпить с утра, чтобы заставить себя делать что-то после крупной выпивки вчера?**

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

**7. Сколько раз за прошлый год вы ощущали чувство вины или угрызения совести после выпивки?**

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

**8. Сколько раз за прошлый год вы не могли вспомнить, что было вчера из-за того, что вы были пьяны?**

- (0) Никогда
- (1) Менее раза в месяц
- (2) Ежемесячно
- (3) Еженедельно
- (4) Ежедневно или почти

**9. Случались ли у вас или у кого-то другого травмы из-за вашего употребления спиртного?**

*(0) Нет*

*(2) Да, но не в прошлом году*

*(4) Да, в прошлом году*

**10. Выражал ли кто-нибудь из ваших родственников или врач или другие медработники озабоченность по поводу вашей выпивки или предлагали ли вам сократить потребление?**

*(0) Нет*

*(2) Да, но не в прошлом году*

*(4) Да, в прошлом году*

° При определении категории ответа предполагалось, что одна "доза" содержит 10 г чистого алкоголя. В странах, где алкогольное содержание стандартной дозы отличается от 10 г более чем на 25%, категория ответа должна быть пересмотрена соответственно.

Здесь запишите сумму всех ответов \_\_\_\_\_.

*Источник: Vabor, T.F. et al. (29).101*

Приложение 2

***ПЛАН ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ КАТАЛОНИИ***

План здоровья для Каталонии на 1993-1995 годы (50) включает в себя план действий по вопросам алкоголя, цели которого состоят в следующем:

- обеспечить информацией и образованием по вопросам здоровья;
- усилить информационную систему по злоупотреблению алкоголем и распространять данные исследований;
- провести работу с участием профессионалов по принятию критериев профилактики, выявления, контроля и последующего наблюдения за потреблением в опасных и вредных количествах, и ввести их в действие;
- разработать систему непрерывного обучения работников первичной медико-санитарной помощи;
- координировать работу первичной медико-санитарной помощи, специализированных организаций и других ресурсов общества;
- выявлять практику опасного и вредного потребления путем медицинских записей и постоянной регистрации на участках первичной медико-санитарной помощи.

Оперативные задачи Плана включают в себя следующее:

**А 49.** К 1995 году количество населения, знающего о негативных

последствиях злоупотребления алкоголем, должно возрасти до 85%.

**А 50.** К 1994 году должны быть установлены минимальные общие критерии Каталонии по профилактике (индивидуальной и всего населения), выявлению, контролю и по последующему наблюдению опасного и вредного потребления алкоголя на уровне

первичной медико-санитарной помощи, с поощрением методов работы, помогающих достигнуть соглашения между специалистами.

**А 52.** К 1995 году органы здравоохранения регионов должны сформулировать протокол работы по профилактике и выявлению злоупотребления алкоголем и связанных с этим проблем, который должен включать в себя минимальные общие критерии для Каталонии.

**А 53.** К концу действия Плана действий по вопросам здоровья 90% специалистов здравоохранения регионов будут иметь информацию о принятом протоколе работы.

**А 54.** В 1994 и в последующие годы органы здравоохранения регионов, в соответствии с реальностью критериев, будут способствовать постепенному распространению использования данного протокола работы по профилактике и выявлению злоупотребления алкоголем и связанных с этим проблем.

**А 55.** К концу действия Плана действий по вопросам здоровья Основные учреждения здравоохранения, которые существуют и действуют более года, должны согласовать и принять протокол работы по профилактике и выявлению злоупотребления алкоголя и связанных с этим проблем, т

**А 56.** К концу действия Плана действий по вопросам здоровья основные учреждения здравоохранения, которые существуют и действуют более трех лет, должны иметь записи о потреблении алкоголя в более 60% историях болезней взрослого населения (согласно критериям, утверждённым в протоколе, за исключением людей, посещающих кабинет врача менее трех раз за предыдущие два года).

**А 57.** К концу действия Плана действий, 90% тех, у кого выявлено злоупотребление алкоголем, получают просветительные консультации по сокращению потребления алкоголя.

**А 58.** В 1993 и в последующие годы органы здравоохранения регионов определяют стратегии координации уровня первичной медико-санитарной помощи с другими уровнями здравоохранения, наряду с межсекторальными органами, по проблеме злоупотребления алкоголем.

**А 59.** В 1993 и в последующие годы органы здравоохранения регионов будут обеспечивать, чтобы все проводящие обучение организации гарантируют включение в программы непрерывной деятельности, нацеленной на улучшение знаний, отношения и навыков по работе над проблемами со здоровьем, возникших в результате потребления алкоголя, а также по профилактике злоупотребления алкоголем.

Определение конкретных задач действий по алкоголю является важным шагом в достижении согласия и политической поддержки основным целям государственной алкогольной политики, ориентированной на здоровье (72). Это также помогает соединить алкогольную политику с общей стратегией здравоохранения на местном, национальном и международном уровнях. Как утверждается в Европейских задачах ВОЗ по достижению здоровья для всех (70), действия по алкоголю вносят свой вклад в выполнение многих задач здравоохранения и они должны быть взаимосвязаны с развитием политики здравоохранения.

## ***СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ***

1. EDWARDS, G. ET AL. *Alcohol policy and the public good*. Oxford, Oxford University Press, 1994.
2. *Problems related to alcohol consumption*. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, World Health Organization, 1980 (WHO Technical Report Series, No. 650).
3. INSTITUTE OF MEDICINE. *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC, National Academy Press, 1990.
4. *European Alcohol Action Plan*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (document ICP/ADA 035).
5. THOM, B. & TELLEZ, C. A difficult business: detecting and managing alcohol problems in general practice. *British journal of addiction*, **81**: 405-418 (1986).
6. HEATHER, N. *Treatment approaches to alcohol*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).
7. MAKELA, K., ED. *Alcoholics Anonymous as a mutual-help movement: a study in eight societies*. Madison, Wisconsin University Press (in press).
8. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva, World Health Organization, 1992.
9. *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva, World Health Organization, 1994.
10. *Alcohol - a balanced view*. London, Royal College of General Practitioners, 1986.
11. BABOR, T. ET AL. Alcohol related problems in the primary health care setting: a review of early intervention strategies. *British journal of addiction*, **81**: 236 (1986).

12. RICHMOND, R. & ANDERSON, P. Research in general practice for smokers and drinkers in Australia and the UK: I. Interpretation of the results. *Addiction*, **89**: 35-40 (1994).

13. PROCHASKA, J.O. & DiCLEMENTE, C.C. *The transtheoretical approach*. Homewood, IL, Dow Jones-Irwin, 1984.

14. MILLER, W.R. & ROLLNICK, S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behaviour*. New York, Guilford Press, 1991.

15. *Brief interventions and alcohol use*. Leeds, Nuffield Institute for Health, 1993 (Effective Health Care Bulletin, No. 7).

16. *The role of general practice settings in the prevention and management of the harm done by alcohol use*. Report on a WHO meeting. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992 (document EUR/ICP/ADA 038).

17. *Alcohol drinking*. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 1988 (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, No. 44).

18. ROSENBERG, L. ET AL. Alcohol consumption and risk of breast cancer: a review of the epidemiological evidence. *Epidemiological reviews*, **15**: 133-144(1993).

19. ROOM, R. ET AL. The risk of harm to oneself from drinking, Canada \9S9. *Addiction*, **90**: 499-513 (1995).

20. MIDANIK, L. Alcohol consumption and consequences of drinking in general population surveys. In: Holder, H. & Edwards, G., ed. *The scientific rationale for alcohol policy*. Oxford, Oxford University Press, 1995.

21. *Profiles of alcohol in the Member States of the European Region of the World Health Organization*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document ICP/ALDT 94 02/MT09/BD 4).

22. ANDERSON, P. *Management of drinking problems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991.

23. WALLACE, P.J. ET AL. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *British medical journal*, 297: 663-668 (1988).

24. BABOR, T. & GRANT, M., ED. *Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care*. Geneva, World Health Organization, 1992 (document WHO/PSA/91.5).

25. RICHMOND, R. ETAL. Controlled evaluation of a general practice based brief intervention for excessive drinking. *Addiction*, 90: 119-132(1995).

26. RICHMOND, R. & ANDERSON, P. Research in general practice for smokers and drinkers in Australia and the UK. II. Representativeness of the results. *Addiction*, **89**: 41-48 (1994).

27. RICHMOND, R. & ANDERSON, P. Research in general practice for smokers and drinkers in Australia and the UK. III. Dissemination of interventions. *Addiction*, **89**: 49-62 (1994).

28. ANDERSON, P. Self-administered questionnaires for diagnosis of alcohol abuse. In: Watson, R.R., ed. *Diagnosis of alcohol abuse*. Boca Raton, FL, CRC Press, 1989.

29. BABOR, T.F. ET AL. *The alcohol use disorders identification test*. Geneva, World Health Organization, 1989 (document WHO/PSA/92.4).

30. CONIGRAVE, K.M. ET AL. Predictive capacity of the "AUDIT" questionnaire for alcohol-related harm. *Addiction* (in press).

31. *Moderate drinking and health. Report of an International Symposium, Toronto, Ontario, 29 April - 1 May 1993.* Toronto, Addiction Research Foundation, 1994.

32. *Population levels of alcohol consumption.* Report of a WHO Working Group. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (document EUR/ICP/ADA 035).

33. BIEN, T.H. ET AL. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88: 315-335 (1993).

34. ROLLNICK, S. ET AL. Negotiating behaviour change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of mental health*, 1: 25-37(1992).

35. RUSH, B.R. ET AL. Substance abuse facilitator model: health promotion training for family physicians. *Addiction* (in press).

36. *General practice in the National Health Service: the 1990 contract.* London, H.M. Stationery Office, 1989.

37. *Terms of service for doctors in general practice.* London, Department of Health, 1990.

38. *Phase III WHO Collaborative Study. Procedures manual strand I.* Sydney, NSW, University of Sydney, 1994.

39. *Phase III WHO Collaborative Study. Procedures manual strand II.* Sydney, NSW, University of Sydney, 1994.

40. ROCHE, A.M. & RICHARD, G.P. Doctors' willingness to intervene in patients' drug and alcohol problems. *Social science and medicine*, 33: 1053-1061 (1991).

41. *Phase III WHO Collaborative Study. Procedures manual strand III.* Sydney, NSW, University of Sydney, 1995.

42. *Cut down on drinking pack.* London, Health Education Authority, 1991.

43. *Screening and brief intervention package*. Rockville, MD, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995.
44. *Alcohol risk assessment and intervention in primary care*. Plinius Maior Society, 1995.
45. DIIBRUSSY, L. *Prevention in primary care. Recommendations for promoting good practice*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (document EURACP/CIND 94 01/PB01).
46. FOWLER, G. ET AL., ED. *Prevention in general practice*. 2nd ed. Oxford, Oxford Medical Publications, 1993.
47. *Guide to clinical preventive services. Report of the US Preventive Services Task Force*. Baltimore, Williams and Wilkins, 1989.
48. *Drink-Less*. Sydney, NSW, University of Sydney, 1994.
49. *Alcohol risk assessment and intervention (ARAI) package*. Ontario, College of Family Physicians of Canada, 1994.
50. *Health Plan for Catalonia 1993-1995*. Barcelona, Generalitat de Catalunya, 1993.
51. *NHG standard on problematic alcohol consumption*. Amsterdam, Dutch College of General Practitioners, 1993.
52. *Helping people change*. London, Health Education Authority, 1994.
53. HOLMILA, M. Excessive drinking and significant others. *Drug and alcohol review*, **13**: 431-436 (1994).
54. ORFORD, J. Empowering family and friends: a new approach to the secondary prevention of addiction. *Drug and alcohol review*, 13:417-129(1994).
55. GIESBRECHT, N. ET AL., ED. *Research, action and the community: experiences in the prevention of alcohol and other drug*

*problems*. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1990 (OSAP Prevention Monograph, No. 4).

56. RITSON, B. *Community and municipal action on alcohol*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 63).

57. ANDERSON, K. *Young people and alcohol, drugs and tobacco*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 66).

58. HENDERSON, M. ET AL. *Alcohol and the workplace*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 67).

59. HANNIBAL, J.U. ET AL. *Alcohol and the community. Report on an international collaborative study on community response to alcohol-related problems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (document, in press).

60. Ottawa Charter for Health Promotion. *Health promotion*, 1(4): iii-v (1986).

61. BRACHT, N. *Health promotion at the community level*. Newbury Park, CA, Sage Publications, 1990.

62. MONTONEN, M. *Alcohol and the media*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 62).

63. HOLMILA, M. *The Lahti community project*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1994 (document ICP/ALDT 94 02/MT11/WP 5).

64. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. *A great and growing evil - the medical consequences of alcohol abuse*. Report of a working party. London, Tavistock, 1987.

65. ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS. *Alcohol - our favourite drug*. London, Tavistock, 1986.

66. ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. *Alcohol and the public health*. Basingstoke, Macmillan Education, 1991.

67. HOLDER, H.D. ET AL. Potential consequences from possible changes to Nordic retail alcohol monopolies resulting from European Union membership. *Addiction* (in press).

68. LEHTO, J. *The economics of alcohol policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 61).

69. LEHTO, J. *Approaches to alcohol control policy*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 60).

70. *Health for all targets: the health policy for Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (European Health for All Series, No. 4).

71. *The health of the nation. A strategy for health in England*. London, H.M. Stationery Office, 1992.

72. ANDERSON, P. & LEHTO, J. *Evaluation and monitoring of action on alcohol*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 59).