

Metoda časné identifikace a krátké intervence rizikového chování

Východiska – teoretický základ

Metodika zde popsané Časné identifikace a krátké intervence rizikového a škodlivého chování (Dále jen Krátké intervence) vychází z práce A. Guala, Petera Andersona, Lydie Segury a spolupracovníků „ *Alcohol and Primary Health Care: Training Programme on Identification and Brief Intervention*“, kterou vydalo katalánské Ministerstvo zdravotnictví v Barceloně v roce 2005. Jednalo se o hlavní výstup z evropského projektu PHEPA (Primary Health Care European Project of Alcohol), na němž spolupracovalo mnoho dalších organizací a také Světová zdravotnická organizace (WHO). Výstupy z projektu jsou k dispozici na <http://www.phepa.net>.

Jako spolupracující organizace (pozorovatel, od r. 2006 spoluřešitel) za Českou republiku se do projektu PHEPA zapojil Státní zdravotní ústav Praha. Ten také v návaznosti na PHEPA projekt vyškolil v metodice provádění Krátkých intervencí lektory prostřednictvím kurzu, certifikovaného Ministerstvem zdravotnictví ČR. Současně Ministerstvo zdravotnictví ČR podpořilo realizaci tříletého projektu, jehož cílem bylo vyškolit v provádění Krátkých intervencí v praxi pracovníky zdravotní a sociální sféry. Původní modelové zaměření na intervenci u rizikového pití alkoholu (pozor: nezaměňovat se závislostí na alkoholu-bude pojednáno dále) bylo rozšířeno na další rizikové chování – zneužívání dalších návykových látek, kouření, nevhodný životní styl obecně včetně sociálně patologického chování. V rámci projektu vznikl také český web <http://www.kratkeintervence.cz>. V letech 2010 – 2012 tak bylo vyškoleny 40 lektorů a proškoleny cca 700 osob.

Z hlediska obecných východisek a teoretických přístupů vychází metodika z transteoretického modelu změny chování (transtheoretical model of change)¹ a motivačního rozhovoru (motivational interviewing)² Motivační rozhovor³ se v USA stal jedním z velmi rozšířených přístupů v poradenství a krátké intervenci, a současně v modifikované podobě velmi vlivným psychoterapeutickým směrem (Motivational Enhancement Therapy – MET, terapie založená na motivaci)⁴ Motivační rozhovor je nedirektivní přístup, kde se setkáváme s prvky, které v mnohém připomínají cíle jednotlivých stadií u transteoretického modelu změny. K propojení těchto východisek došlo v rozsáhlém výzkumu, který sledoval účinnost terapeutické intervence u pacientů závislých na alkoholu⁵ a od 80. let minulého století se metody krátké intervence rychle šíří v praxi zejména v oblasti rizikového chování, ačkoliv doposud není v Evropě praxe krátkých intervencí tak rozšířena jako v USA.⁶

¹Procházka, DiClemente, 1994; Procházka, Velicer, 1997

²Miller, Sanchez, 1994.

³Miller, Rolnick, 1991; Miller, Sanchez, 1994

⁴Miller, 1995.

⁵NIAAA; Project MATCH Research Group, 1993

⁶Csémy, L.a kol. *Vodítka pro krátkou intervenci zaměřenou na redukci užívání drog a alkoholu prostřednictvím krátké intervence praktického lékaře pro děti a dorost*

Význam a cíl

Smyslem krátké intervence je motivovat lidi ke změnám těch nevhodných způsobů chování, které mají vliv na jejich zdraví a život. Samokrátká intervence je zaměřena na redukci či eliminaci takového chování a jeho důsledků pro zdraví⁷, tj. např. vznik závislosti, nemoci, předčasné smrti apod. V širším slova smyslu ovšem pozitivní změna eliminuje i společenské důsledky rizikového chování.

Z výše uvedeného vyplývá, že krátké intervence jsou vhodným nástrojem pro lékařskou praxi. Jsou vhodnou formou prevence sociálně patologických i zdravotně rizikových jevů a splňují požadavek na nízké náklady, snadnou dostupnost a efektivitu.

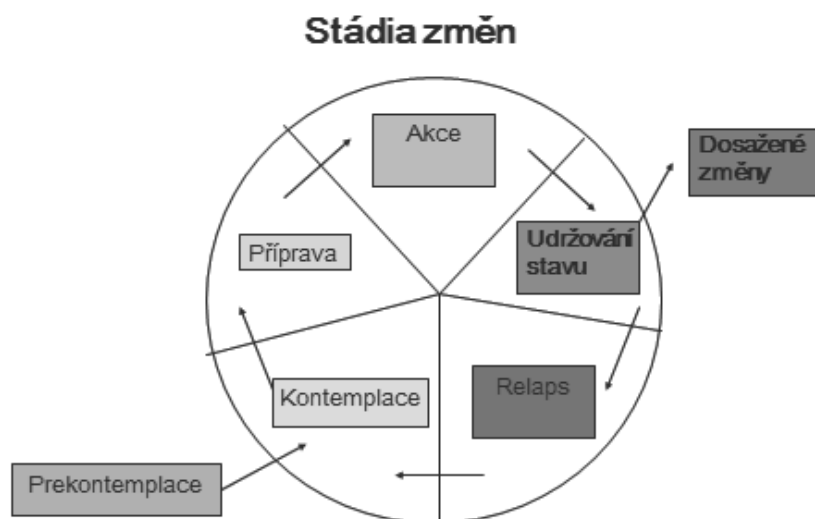
Cílem metodiky je tedy poskytnout lékařům jasný návod, v jakých situacích je vhodné použít intervenční pohovor, jak postupovat při provádění pohovoru, jaké pomocné materiály lze využít i jak dále postupovat v případě, že situaci se pomocí krátké intervence nedaří zvládnout. Klientům potom správně použitá metodika umožňuje změnit chování, aniž by cítili potřebu reagovat negativně. Konečným cílem projektu je zkvalitnění preventivní lékařské péče.

Metoda vedení pohovoru – postup

Stadia změn⁸

V rámci krátkých intervencí určitého problému klienta/pacienta se pracuje s modelem se stadii změny (obr. 1), která jsou charakterizována různou úrovní reflexe problému na straně klienta/pacienta a různými úkoly na straně lékaře/zdravotního pracovníka.

Vývojový diagram 2: Stadia změn



⁷Faden, Goldman, 2005

⁸Sovinová: Časná identifikace a krátké intervence rizikového chování s modelovým zaměřením na škodlivé užívání alkoholu, ppt prezentace, Státní zdravotní ústav 2010, PPZ NPZ

Klient při řešení problémů prochází uvedenými stadii, která jsou charakterizována takto:

Stadium **prekontemplace** (před-rozjímání) je charakterizováno tím, že klient nereflexuje potřebu změny svého chování. Neuvědomuje si rizika ani zdravotní a společenské důsledky špatného jednání, a nemá tudíž subjektivní důvod a zájem měnit své chování (např. kouření tabáku, pití alkoholu apod.). Typický postoj: „Netuším... nevím... je mi to jedno...no a co?“

Stadium **kontemplace** (rozjímání): klient si již uvědomuje možné následky nevhodného chování, ale je ambivalentní, pokud jde o potřebu změny chování. Vnitřně zvažuje výhody a nevýhody obou modelů chování – špatného i správného. Často si již uvědomuje potřebu změny, ale zatím se neodhodlal ji realizovat v praxi. Typický postoj: „Chtěl bych, ale...Vím, že bych měl, ale... Možná...“

Stadium **přípravy**: klient si je vědom nutnosti změnit své chování a již konkrétně zvažuje, co by mohl a měl dělat. Typický postoj: „Já vím, že musím ... přečetl jsem si o tom... naplánoval jsem si“

Stadium **akce**, které následuje, představuje vlastní změnu chování. Je charakterizované aktivním přístupem klienta. Typický postoj: „Teď se snažím...teď řeším...“

Stadium **udržování** je pokračováním pozitivní změny a může vést v trvale **dosazené změny**. Typický postoj: „Dokázal jsem...už si hlídám...měl jsem problém, ale už to zvládám... “

Často ale dochází k **relapsu**, kdy se dostatečně nezafixované nebo neoceněné vhodné jednání nepodaří udržet a klient se vrací ke špatným návykům. Může následovat opětovná snaha o zvládnutí problému (kontemplace nebo příprava), ale také může dojít k trvalému zhoršování problému a nezájmu o jeho řešení.

Zásadní pro úspěšný pohovor je rozpoznat z chování a postojů klienta, ve kterém stadiu změny se nachází, a na základě toho potom dosáhnout v pohovoru maximální možný cíl. Základní chybou při vedení různých intervenčních či výchovných pohovorů totiž bývá, že lékař/zdravotnický pracovník nezkoumá, zda klient má zájem problém řešit. Lékař se pak snaží navrhnout řešení, která klient odmítá, protože na změnu není vnitřně připraven. To vede k negativnímu postoji obou stran: lékař mívá pocit, že jeho snaha nemá smysl a není klientem oceňována, a klient mívá dojem, že mu lékař nerozumí a vyvíjí na něj nátlak. Proto je nutné volit cíl pohovoru s ohledem na stadium změny klienta:

Ve stadiu **prekontemplace** je cílem lékaře vzbudit u klienta povědomí o existenci problému, resp. o důsledcích jeho chování a jednání. Podat plnou a pravdivou informaci, může následovat podnět, ale bez naléhání na okamžité řešení.

Ve stadiu **kontemplace** je vhodnou strategií komunikovat o potřebě změny, vyzdvihnout přednosti změny (co přinese pozitivního), neutrálně nabídnout pomocnou ruku a informaci, jak změny dosáhnout – opět bez naléhání, bez nabízení konkrétního postupu.

Nabízet konkrétní postupy a rady, jaký cíl si stanovit, jak změnit chování, jak kontrolovat výsledky, je vhodné až ve stadiu **přípravy**. V tomto stadiu je také vhodné klást otázky, vedoucí k tomu, aby si klient sám stanovil konkrétní strategii (nikoliv stanovovat strategii a termíny za něj).

Podaří-li se dosáhnout toho, že klient vstoupí do stadia **akce**, je cílem lékařklienta ocenit, pochválit a povzbuzovat. V této fázi je vhodné omezit rady k dalšímu zlepšování, spíš opakovaně diskutovat úspěšnou strategii a vyhnout se ironii a pochybování. Zdůraznit víru ve schopnosti klienta.

Ve stadiu **udržování** pokračuje lékař v oceňování a podpoře klienta. Je potřeba poukázat na dlouhodobé výhody, které změna přinese.

Dojde-li k **relapsu**, je důležité je vyhnout se kritice a je potřeba, aby lékař pomohl klientovi přijmout selhání. To je nezbytný předpoklad k zahájení nového pokusu o změnu. Součástí komunikační strategie ve fázi relapsu je povzbuzení k nové snaze a snaha o zvýšení sebeúcty klienta.

Motivační rozhovor

Aby lékař/zdravotnický pracovník dosáhl cíle (viz předchozí část), je nutné, aby pohovor s klientem byl zaměřen motivačně, nikoliv edukačně. Hlavním cílem lékaře totiž není informovat klienta o jeho špatném chování a důsledcích, nebo naučit ho fakta např. o zdravotních důsledcích opíjení se či kouření – to vše většinou klient velmi dobře zná – ale motivovat ho k tomu, aby sám své chování změnil. K tomu se využívá v krátké intervenci prvků tzv. motivačního pohovoru.

Hlavní principy motivačního rozhovoru lze charakterizovat následovně⁹:

- motivace ke změně vychází z klienta, ne z vnějšku
- odpovědnost za formulování nerozhodnosti a protichůdných pocitů a jejich řešení je úkolem klienta a ne lékaře
- direktivní přesvědčování se nepovažuje za účinný postup k řešení pochybností
- styl práce s klientem je klidný a neagresivní
- připravenost klienta ke změně není jeho rysem (charakteristikou), ale výsledkem komunikace a spolupráce probíhající mezi lékařem a klientem
- vztah je spíše partnerstvím než vztahem mezi expertem a laikem
- lékař respektuje autonomii klienta a jeho svobodu volby

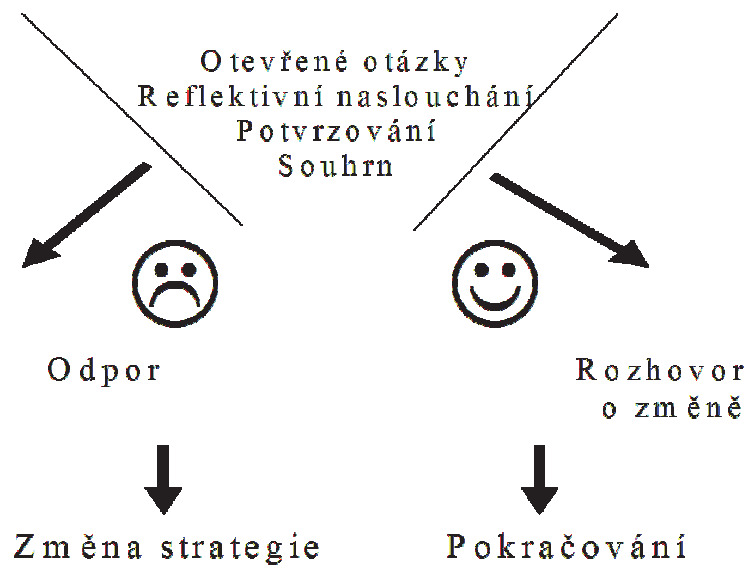
⁹ podle Center for Health Communications Research, University of Michigan

Lékař využívá v průběhu motivačního rozhovoru následující komunikační strategie:

- **Otevřené otázky:** jsou to takové otázky, na něž nelze odpovědět jednoduchým ano-ne a které tedy vedou k pokračování a prohloubení rozhovoru a k tomu, aby klient více přemýšlel nad svým názorem, formuloval ho a vyjádřil nahlas.
- **Reflektivní naslouchání:** potvrzuje zájem a pozornost lékaře.
- **Empatie:** představuje nenásilnou snahu lékaře o porozumění pohnutkám a osobnosti klienta. Pochopení neznamenaá souhlas, ale respekt, podporu a angažovanost.
- **Objektivita:** lékař se při kritice nebo nesouhlasu soustředí na věcnou stránku, tj. na problematické chování, nepaušalizuje kritiku, nekritizuje osobnost a názory klienta. Umožňuje lékaři vyjádřit nesouhlas nekonfliktním způsobem.
- **Ujištění:** omezuje vznik nedorozumění. Lékař si takto potvrzuje, že oba sklientem pochopili danou informaci shodně.
- **Jasná rada:** emočně neutrální informace, rada nebo podnět pro klienta, bez soudů a kritiky. Minimalizuje možnost nedorozumění. Radu podává lékař vždy se svolením klienta.
- **Povzbuzení:** je součástí podpory klienta a vede ke zvýšení sebedůvěry a posílení víry ve vlastní schopnosti.
- **Vyjednání cílů a postupů:** informuje o přijatelnosti cílů z hlediska klienta, ukáže klientovy hodnoty a priority, posílí klientovo odhodlání dosáhnout vyjednaných cílů, poskytne užitečné informace o klientových schopnostech a silných stránkách. Součástí je vhodné strukturování.
- **Sumarizace:** účinná strategie závěrečného shrnutí na konci pohovoru, která opět předchází vzniku nedorozumění a zpevňuje dohodnuté závěry.
- **Sledování pokroku:** plynulý dlouhodobý proces, potvrzující zájem obou stran na pozitivním řešení. Vychází se stadia změny klienta.

V případě, že tato komunikační strategie je úspěšná, vede směrem k žádoucí změně. V případě, že se lékař setká s odmítavým postojem, je nutné změnit strategii – často se jedná o neodhadnutí správného stadia změny, klient se např. nachází ve fázi prekontemplace a je potřeba omezit rozhovor pouze na nezávazný podnět a nabídku pomoci (viz výše).

Způsob vedení pohovoru¹⁰



Motivační rozhovor za použití uvedených komunikačních strategií v žádném případě neznamená, že lékař souhlasí s nesprávnými názory a postoji klienta. Pochopení neznamená souhlas. Lékař může dát najevo, že chápe klientovy pohnutky pro nevhodné chování nebo selhání, pokud on mu tyto sdělí, ale vždy by měl bez kritiky a hodnocení sdělit své (správné) stanovisko. Zároveň by měl lékař respektovat příp. odlišný názor klienta a být připraven nabídnout alternativní možnosti změny.

Ze všech výše uvedených zásad vyplývá, že v pozadí rozhovoru musí stát vždy respekt k osobnosti klienta, jakkoliv se může jednat o problematickou a konfliktní osobnost. Vzájemný respekt partnerů by měl být jistě zásadou při jakékoliv mezilidské komunikaci.

Komunikační zlovyky

Při krátké intervenci by se lékař/zdravotnický pracovník měl vyvarovat nevhodných prvků interpersonální komunikace, a to verbálních i neverbálních. Řada z nich tvoří běžné „komunikační zlovyky“, jejichž užívání a destruktivní působení si v každodenním shonu ani neuvědomujeme. Zejména prvky neverbální komunikace, řeč těla (postoj, gesta, mimika, oční kontakt, neverbální hlasové projevy ad.), je často opomíjenou oblastí, ačkoliv hraje zásadní roli při navození atmosféry vedení rozhovoru. Ačkoliv je neverbální komunikace z velké části neuvědomělá, je možné a potřebné věnovat záměrnou pozornost odstranění nevhodného chování při rozhovoru. V oblasti „naslouchání“ se jedná zejména o:

¹⁰Sovinová: Časná identifikace a krátké intervence rizikového chování s modelovým zaměřením na škodlivé užívání alkoholu, ppt prezentace, Státní zdravotní ústav 2010, PPZ NPZ

- **Ne-naslouchání „tu a tam“**
- **Ne-naslouchání „uši otevřené – mysl zavřená“**
- **Ne-naslouchání „duchem nepřítomný“**

Uvedené prvky bývají častým nešvarem v komunikaci. Vychází z uvědomělého nebo neuvědomělého pocitu lékaře, který argumenty svého protějšku už třeba mnohokrát slyšel, že podstatě problému rozumí, případně vyjadřuje, že problém či partner pro něj nejsou dostatečně důležití, nebo je unavený a nesoustředěný.

V případě, že problém je druhou stranou komunikován pro nás nepochopitelně, může chybět snaha o jeho pochopení:

- **Ne-naslouchání věcem, „které jsou příliš hluboké“**
- **Ne-naslouchání „argumentům mimo náš způsob myšlení“**

Podstatou motivačního pohovoru a krátké intervence je „posunout“ (motivovat) klienta k tomu, aby sám aktivně přistoupil k řešení problému. K tomu je nutné sice objektivně popsat a hovořit o problematice (např. o nadváze), ale nepodlehnout pokušení redukovat záležitost na „technický“ problém a zvolit neosobní přístup:

- **Zájem o „něco“ namísto o „někoho“**
- **Naslouchání „faktům“**
- **Naslouchání „s tužkou“**

Z nešvarů neverbální komunikace lze vybrat:

- **Neklidné/nervózní chování a gesta**
- **Nedívání se na klienta**
- **Pohrávání si s oděvem, tužkami atd.**
- **Fyzické bariéry (stůl s hromadou sešitů apod.)**
- **Pohledy na hodiny/hodinky**
- **Dominantní postoj a gesta**
- **Nevhodné grimasy, úšklebky**

A doplnit lze i další nevhodné komunikační strategie, ve kterých se mísí verbální i neverbální prvky:

- **Příliš paternalistické chování**
- **Blahosklonné chování**
- **Neoceňování kladných aspektů a změn, absence pochvaly**
- **Činění závěrů a vyjadřování soudů**
- **Hovoření příliš mnoho**

- **Příliš chvilkových odmlk**
- **Přerušování hovořícího**
- **Nařizování**
- **Dávání rad bez svolení**

Chování usnadňující rozhovor

V rozhovoru se naopak doporučují prvky komunikace, které rozhovor a naslouchání usnadňují. Jsou to v oblasti v neverbální i verbální komunikace tyto strategie:

- **Vhodné uspořádání místa pro rozhovor**
- **Vyhýbání se fyzickým bariérám**
- **Oční kontakt**
- **Vhodné potřásání hlavou**
- **Úsměv, výrazy obličeje a gesta rukou apod.**
- **Uvolněná pozice těla**
- **Umožnění kratších odmlk/chvílek ticha**
- **Pozorování řeči těla klienta**
- **Mluvení jasným hlasem**
- **Soustředění se na to, co druhý říká**

Přirozené komunikační schopnosti jsou u lidí rozdílné. Vyplynají z vrozeného typu osobnosti. Na rozložení komunikačních vloh můžeme aplikovat Gaussovu křivku normálního rozdělení pravděpodobnosti. Znamená to, že v populaci existuje určité (malé) procento lidí, jejichž přirozené komunikační schopnosti jsou mimořádně dobré a zvolit správný způsob vedení rozhovoru jim nečiní žádné potíže. Na druhé straně existují mimořádně nekomunikativní jedinci, pro něž je zvládnutí intervenčního pohovoru složité, stresující, až nemožné – ovšem tito jedinci by se neměli mezi lékaři, u nichž je komunikace důležitým pracovním prostředkem, objevovat. V praxi je samozřejmě tvar křivky komunikačních dovedností ovlivněn řadou dalších proměnných, jako jsou výchova, vzdělání, prostředí, praxe ad. Pro většinu populace platí, že správná komunikace lze naučit a zlepšit tréninkem a zejména motivovaností a snahou.

Rozsah použití

Rozsah, ve kterém lze v lékařském prostředí použít krátké intervence, byl zmíněn již v předchozích kapitolách. Je to obecně jakékoliv zdravotně a sociálně rizikové chování klientů, zejména:

- Nadváha a obezita
- Vysoký krevní tlak
- Vysoká glykémie
- Vysoká hladina cholesterolu
- Užívání alkoholu
- Experimentování s návykovými látkami
- Kouření tabáku
- Rizikové chování ve vztahu k úrazům

Důležitá je míra problému u klienta. Je nutné zdůraznit, že krátké intervence **nejsou vhodným postupem při řešení rozvinutých problémů, které vyžadují odborný léčebný (terapeutický) přístup nebo tam, kde je výrazným způsobem narušena osobnost klienta nebo jeho psychické zdraví.** Krátké intervence se tedy nehodí například v případě rozvinuté závislosti na alkoholu nebo jiných návykových látkách, v případě psychického onemocnění klienta, v případě, že je problém způsoben mentální retardací apod.

Z uvedeného postupu krátké intervence (viz předchozí kapitola) také jasně vyplývá, že velmi důležité je načasování pohovoru se klientem. **Krátká intervence v klasickém provedení není vhodnou komunikační strategií v průběhu speciálního vyšetření nebo při kratičkém setkání v čekárně.** Je nutné si vyčlenit čas v rozsahu 10 – 30 minut, vybrat vhodnou příležitost (preventivní prohlídka) a čas a na rozhovor se připravit, aby mohlo být dosaženo cíle. Lékaři často namítají, že na vedení takového pohovoru se klienty není v běžném provozu ordinace dostatek času. Je ale nutné si uvědomit, že správně provedená intervence (obvykle několik základních rozhovorů a následné sledování výsledků dohodnuté strategie) sice zatíží lékaře celkem cca 1-2 hodinami „ztráty času“, a to nikoliv naráz, ale v průběhu několika měsíců, ale v případě úspěchu vyřeší problém

V lékařské praxi je ovšem nutné absolvovat i kratší pohovory s klienty i okamžitě reagovat na okamžité problémy a volit adekvátní řešení. Pro běžné krátké intervence je možné použít tzv. **minimální intervenci.**

Rozdíl mezi informací o riziku, minimální a krátkou intervencí

| Informace o riziku | Minimální | Krátká |
|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| Příležitostná | Příležitostná | Obvykle naplánovaná |
| Založená na informaci, příp. poučení | Založená na radě | Založená na motivaci |
| Bez sledování | S následným sledováním nebo bez sledování | S formálním následným sledováním |
| 1-2 minuty | 2-10 minut | 10-30 minut |
| Bez svépomocných materiálů | Se svépomocnými materiály | Se svépomocnými materiály |

Efektivita pohovoru a rizika neúspěchu

Při prokazování účinnosti metody Krátkých intervencí existují důkazy v sektoru zdravotnictví, pro který byla metoda vyvinuta. Během posledních dvaceti let byla provedena řada randomizovaných klinických studií, prováděných v prostředí různých forem zdravotní péče, a to v řadě zemí¹¹. Tyto studie zahrnovaly tisíce pacientů. Důkazy byly zveřejněny v několika přehledných textech, z nichž vyplývá, že „krátké intervence jsou často stejně účinné jako rozsáhlejší léčba“ (Bien a spol., 1993). Byla zpracována doporučení, že „vzhledem k doložené účinnosti krátkých intervencí a jejich minimálním nárokům na čas i práce se lékařům doporučuje zavést tyto postupy ve své praxi“ (Kahan a spol., 1995). Moyer a spol. prozkoumali v r. 2000 studie, srovnávající krátkou intervenci s neintervenovanými kontrolními skupinami i se skupinami, které procházely rozsáhlejší léčbou. Zjistili další pozitivní doklady o účinnosti, zejména u pacientů s méně závažnými problémy, což koreluje s doporučeními pro použití i v mimozdravotnické prostředí, zejména ve školství.

Na druhé straně je nutné si uvědomit, že zdaleka ne každá intervence končí úspěchem. To by odporovalo i biologické podstatě člověka. Lékař by tedy měl vycházet při zpětné vazbě a sebehodnocení především z toho, zda intervenci provedl správně. Pokud v tomto ohledu jednal podle svého nejlepšího vědomí a profesionálních dovedností, není jeho zodpovědností, jak se klient nakonec rozhodl. To je také konečně v souladu se smyslem celého intervenčního postupu. Pro srovnání uvádíme data, která opět vychází ze zkušeností ve zdravotnictví a udávají poměr úspěšných a neúspěšných případů:

Doporučení přestat kouřit: 20 intervencí na 1 úspěšný případ (5%)

¹¹Babor T.F., Higgins-Biddle J. C. – Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití, Státní zdravotní ústav, Praha 2010

Doporučení omezit škodlivé pití (ne závislost): 8 intervencí na 1 úspěšný případ (12%)

Doporučení omezit zneužívání antidepresiv: 6 intervencí na 1 úspěšný případ (17%)¹²

Neúspěch v intervenčním pohovoru může mít řadu důvodů, ať už na straně klienta nebo lékaře. Každý neúspěšný pohovor by měl být lékařem reflektován. Lékař by se měl při hledání příčin neúspěchu pokusit zodpovědět otázky, směřující k různým aspektům:

KLIENT – partner při pohovoru

- Jaké má komunikační schopnosti? Je schopen naslouchat?
- Vidí možnost řešení – problémové situace/problémového chování?
- Je schopen (v nejširším slova smyslu) řešit problémovou situaci/problémové chování?

JÁ - lékař

- Zvolil jsem vhodný čas a místo rozhovoru?
- Vedl jsem rozhovor metodicky správně?
- Vedl jsem rozhovor korektně, nebyl jsem indisponován?
- Zním důvody, proč klientnespolupracuje?
- Jsem ochoten akceptovat odlišný názor/postoj?
- Jsem ochoten zkusit jiný přístup?
- Jsem ochoten připustit „minimální řešení“?
- Jsem ochoten akceptovat neúspěch? (být mnou nezaviněný)

Použitá literatura: Text byl vytvořen na základě materiálů certifikovaného kurzu Státního zdravotního ústavu „Časná identifikace a krátké intervence u rizikového a škodlivého pití alkoholu“, odborný garant MUDr. Hana Sovinová. Další použité písemné a internetové zdroje viz text a poznámky pod čarou.

¹²Sovinová: Časná identifikace a krátké intervence rizikového chování s modelovým zaměřením na škodlivé užívání alkoholu, ppt prezentace, Státní zdravotní ústav 2010, PPZ NPZ

Autor: MUDr. Kateřina Janovská, odborná recenze: MUDr. Pavel Kabíček

Tisk a grafická úprava: GEOPRINT, s.r.o., Krajinská 1110, Liberec

Vydal: Národní síť podpory zdraví, z.s., Šrobárova 48, Praha 10

1. vydání, Praha 2014, © Národní síť podpory zdraví

Tisk této brožury byl financován z prostředků programu MZ ČR - Národní akční plány a koncepce Ministerstva zdravotnictví, projekt č. 3/14/NAP

NEPRODEJNÉ