10 ВОПРСОВ

ТЕСТ НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Согласно этому тесту можно достаточно точно оценить степень риска употребления алкогольных напитков

ПОМЕТЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ТОТ ВАРИАНТ ОТВЕТА, КОТОРЫЙ НАИБОЛЕЕ СООТВЕСТВУЕТ ВАШЕЙ СИТУАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ПРИЕМА АЛКОГОЛЯ

1. Как часто вы употребляете пиво, вино или другие алкогольные напитки? Постарайтесь припомнить также и те случаи, когда Вы принимали спиртное в небольшом количестве, например, бутылку пива средней крепости или немного вина.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 |  | никогда |
| 1 |  | примерно раз в месяц или реже |
| 2 |  | 2-4 раза в месяц |
| 3 |  | 2-3 раза в неделю |
| 4 |  | 4 раза в неделю или чаще |

1. Сколько **доз** Вы обычно принимаете в те дни, когда употребляете спиртное?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 |  | 1-2 дозы |
| 1 |  | 3-4 дозы |
| 2 |  | 5-6 доз |
| 3 |  | 7-9 доз |
| 4 |  | 10 и более доз |

|  |
| --- |
| **Одна доза алкоголя:**Бутылка (330 мл.) пива средней крепости или сидраБокал (120 мл.) легкого винаРюмка (80 мл.) крепкого винаРесторанная порция (40 мл.) крепких спиртных напитков**Примеры:**0,5 л. кружка пива средней крепости или слабого сидра 1,5 дозы0,5 л. кружка крепкого пива или крепкого сидра 2 дозы0,75 л. бутылка легкого вина (12%) 6 доз0,5 л. бутылка крепкого алкогольного напитка 13 доз(коньяк, водка, ликер)  |

1. Как часто вы принимали шесть и более доз?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 |  | ни разу |
| 1 |  | реже, чем раз в месяц |
| 2 |  | раз в месяц |
| 3 |  | раз в неделю |
| 4 |  | ежедневно или почти ежедневно |

**Удается ли Вам контролировать ситуацию?**

1. Сколько раз в течение прошлого года случалось так, что Вы были не в состоянии остановиться, прекратить употребление спиртного после того, как начали его принимать?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 |  | ни разу |
| 1 |  | реже, чем раз в месяц |
| 2 |  | раз в месяц |
| 3 |  | раз в неделю |
| 4 |  | ежедневно или почти ежедневно |

**Остались ли дела невыполненными?**

1. Сколько раз в течение прошлого года из-за употребления алкоголя остались невыполненными дела, которые вы обычно делаете?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 |  | ни разу |
| 1 |  | реже, чем раз в месяц |
| 2 |  | раз в месяц |
| 3 |  | раз в неделю |
| 4 |  | ежедневно или почти ежедневно |

**Самочувствие после приема алкоголя?**

1. Как часто по утрам в течение прошлого года после чрезмерного накануне приема спиртного Вам необходимо было выпить пива или другого алкогольного напитка для того, чтобы прийти в себя?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 |  | ни разу |
| 1 |  | реже, чем раз в месяц |
| 2 |  | раз в месяц |
| 3 |  | раз в неделю |
| 4 |  | ежедневно или почти ежедневно |

**Испытывали ли Вы угрызения совести?**

1. Сколько раз за последний год Вы после выпивки испытывали чувство вины перед близкими или угрызения совести за свое поведение?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 |  | ни разу |
| 1 |  | реже, чем раз в месяц |
| 2 |  | раз в месяц |
| 3 |  | раз в неделю |
| 4 |  | ежедневно или почти ежедневно |

**Были ли «провалы в памяти»?**

1. Сколько раз в течение прошлого года на следующее утро после приема алкоголя Вы не могли вспомнить, что было накануне вечером?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 |  | ни разу |
| 1 |  | реже, чем раз в месяц |
| 2 |  | раз в месяц |
| 3 |  | раз в неделю |
| 4 |  | ежедневно или почти ежедневно |

**Были ли пострадавшие?**

1. Получали ли Вы или кто-то другой физические повреждения или увечья, как следствие употребления Вами алкогольных напитков?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 |  | нет |
| 2 |  | да, но не в течение последнего года |
| 4 |  | да, в течение последнего года |

**Реакция окружающих?**

1. Озабочены ли Ваши близкие, друзья, врач или кто-то другой тем, что вы выпиваете? Предлагали ли они Вам сократить прием алкогольных напитков?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 0 |  | нет |
| 2 |  | да, но не в течение последнего года |
| 4 |  | да, в течение последнего года |

|  |
| --- |
| **Сосчитав сумму номеров выбранных Вами ответов, Вы получите результат в баллах.**Всего:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Степень риска0 – 7 небольшая8 – 10 слегка повышенная11-14 значительно повышенная15-19 высокая20-40 очень высокая |

* Если согласно тесту степень риска повышена или вы принимаете в течение недели, как минимум, 65 доз алкогольных напитков, стоит задуматься над ситуацией и уменьшить их прием.
* Подумайте, какие изменения в приеме алкоголя вам стоит сделать и какая польза от этого могла бы быть. Что подходит вам больше, только сократить прием алкоголя или полностью прекратить его употребление?
* Даже если Вы озабочены результатом теста, стоит помнить, что вред и проблемы, вызванные приемом алкоголя, обычно можно уменьшить или исправить полностью, если вовремя остановиться.
* Если решите сократить количество выпиваемого Вами алкоголя или полностью прекратить его прием, Вы можете сделать это и самостоятельно. Повторите тест через несколько месяцев и сосчитайте количество полученных баллов.
* Обратитесь за помощью к специалисту, у Вас есть на это право. Особенно, если сумма набранных вами баллов превышает 10, стоит посоветоваться с врачом. Вы сможете получить разъяснения по поводку того, как алкоголь влияет именно на вас и ваше здоровье. Вам помогут уменьшить или прекратить прием алкогольных напитков.

**Тест разработан Всемирной организацией здравоохранения WHO**

**Контактные адреса и телефоны, обратившись по которым, вы сможете получить ответы на интересующие вас вопросы и помощь специалиста:**

**ГБУЗ «Тверской областной клинический наркологический диспансер»:**

**г.Тверь, ул.Королева, д.10**

**Тел.: (4822) 51-52-80**

**Тел. поддержки: (4822) 55-95-90**

**Сайт:** [**http://tverond.ru/**](http://tverond.ru/)

**Электронная почта:** [**www.tverond@mail.ru**](http://www.tverond@mail.ru)