

ПОДСЧИТАЙТЕ СУММУ НОМЕРОВ ВЫБРАННЫХ ВАМИ ОТВЕТОВ,
И ВЫ ПОЛУЧИТЕ РЕЗУЛЬТАТ ТЕСТА В БАЛЛАХ.

ВСЕГО:

Степень риска алкогольных проблем и
проблем со здоровьем (тип потребления алкоголя)

- 0 - 7** небольшая (потребление с минимальным риском)
- 8 - 10** слегка повышенная (рискованное потребление)
- 11 - 14** значительно повышенная (рискованное потребление)
- 15 - 19** высокая (опасное потребление)
- 20 - 40** очень высокая (зависимое потребление)

Если согласно тесту степень риска повышена или, как минимум, хотя бы один раз в течение недели Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл крепленого вина, 600 мл. сухого вина, 1,5 л. пива), стоит задуматься над ситуацией и уменьшить прием алкогольных напитков.

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 и пить меньше.

Если Вы решили сократить количество выпиваемого алкоголя или полностью прекратить его прием, можете попробовать сделать это сами.

Но у Вас всегда есть право обратиться за помощью к специалисту.

Особенно, если сумма набранных Вами баллов превышает 10, Вам стоит посоветоваться со своим участковым (цеховым) врачом. Вы сможете получить разъяснения по поводу того, как алкоголь влияет именно на Вас и Ваше здоровье. Если Вы захотите, Вам помогут уменьшить прием алкогольных напитков или полностью прекратить его.

Если Вы не смогли сократить количество выпиваемого алкоголя или полностью прекратить его прием, а также чувствуете, что проблемы с алкоголем, зашли слишком далеко, Вы всегда можете обратиться за анонимной консультацией к врачу-наркологу по адресу: г. Минск, ул. П. Бровки, 7

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

10 ВОПРОСОВ О ПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ



**ВЫ УПОТРЕБЛЯЕТЕ АЛКОГОЛЬ "КАК ВСЕ", В "МЕРУ"
И ДУМАЕТЕ, ЧТО ЭТО "НЕ МНОГО"?**

**НО ВАМ НЕ БЕЗРАЗЛИЧНО ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ,
ОТНОШЕНИЯ С БЛИЗКИМИ И ВАША РАБОТА?**

Оцените, как вы выпиваете, с помощью теста и узнайте,
к какой группе потребителей алкоголя вы относитесь,
и какая степень риска проблем с алкоголем у Вас имеется

ТЕСТ РАЗРАБОТАН ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**ПОМЕТЬТЕ (поставьте значок ✓ или X в □), ПОЖАЛУЙСТА,
ТОТ ВАРИАНТ ОТВЕТА, КОТОРЫЙ НАИБОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЕТ
ВАШЕЙ СИТУАЦИИ В ОТНОШЕНИИ ПРИЁМА АЛКОГОЛЯ.**

1. Как часто Вы употребляете алкогольные напитки (водка, коньяк и другие крепкие напитки, вино крепленое, вино сухое, шампанское, пиво, слабоалкогольные напитки)? Постарайтесь припомнить также и те случаи, когда Вы принимали спиртное в небольшом количестве, например, полбутылки пива, немного ликера, вина или коньяка.

- | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (0) никогда | <input type="checkbox"/> (3) 2-3 раза в неделю |
| <input type="checkbox"/> (1) 1 раз в месяц или реже | <input type="checkbox"/> (4) 4 и более раз в неделю |
| <input type="checkbox"/> (2) 2-4 раза в месяц | |

2. Если Вы употребляете алкоголь, то какова Ваша обычная доза алкогольных напитков в типичный день употребления алкоголя (с утра до вечера или за сутки)? Если Вы употребляли его ранее, а сейчас не пьете, то ответьте, как Вы выпивали раньше? Если Вам подходят несколько вариантов ответов (например, Вы обычно выпиваете водку и пиво вместе), отметьте все подходящие ответы в соответствующих графах.

	Водка, коньяк (мл) 40 об %	Крепленое вино (мл) 17-20 об %	Сухое вино (мл) 11-13 об %	Пиво (бут. по 0,5 л.) 4-6 об %
(0)	30 - 60	75 - 150	100 - 150	0,5 бут. - 1 бут.
(1)	90 - 120	225 - 300	300 - 400	1,5 бут. - 2 бут.
(2)	150 - 180	375 - 450	500 - 600	2,5 бут. - 3 бут.
(3)	210 - 240	525 - 600	700 - 900	3,5 бут. - 4 бут.
(4)	300 и более	750 и более	1000 и более	5 бут. и более

3. Как часто Вы выпиваете более 180 мл водки (450 мл крепленого вина, 600 мл. сухого вина, 1,5 л. пива), в течение одного дня (с утра до вечера дня, в течение которого Вы выпивали, или за сутки)?

- | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (0) никогда | <input type="checkbox"/> (3) 1 раз в неделю (еженедельно) |
| <input type="checkbox"/> (1) менее, чем 1 раз в месяц | <input type="checkbox"/> (4) ежедневно или почти ежедневно |
| <input type="checkbox"/> (2) 1 раз в месяц (ежемесечно) | |

4. Удается ли Вам контролировать ситуацию? Сколько раз в течение прошлого года случалось так, что Вы были не в состоянии остановиться, прекратить употребление спиртного после того, как начали его принимать?

- | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (0) никогда | <input type="checkbox"/> (3) 1 раз в неделю (еженедельно) |
| <input type="checkbox"/> (1) менее, чем 1 раз в месяц | <input type="checkbox"/> (4) ежедневно или почти ежедневно |
| <input type="checkbox"/> (2) 1 раз в месяц (ежемесечно) | |

5. Сколько раз в течение прошлого года из-за употребления алкоголя остались невыполненными дела, которые Вы обычно делаете (которые Вы запланировали)?

- | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (0) никогда | <input type="checkbox"/> (3) 1 раз в неделю (еженедельно) |
| <input type="checkbox"/> (1) менее, чем 1 раз в месяц | <input type="checkbox"/> (4) ежедневно или почти ежедневно |
| <input type="checkbox"/> (2) 1 раз в месяц (ежемесечно) | |

6. Как часто в течение прошлого года утром (или в течение дня) Вам необходимо было выпить пива или другого алкогольного напитка, чтобы прийти в себя после чрезмерного приема спиртного накануне (опохмелиться)?

- | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (0) никогда | <input type="checkbox"/> (3) 1 раз в неделю (еженедельно) |
| <input type="checkbox"/> (1) менее, чем 1 раз в месяц | <input type="checkbox"/> (4) ежедневно или почти ежедневно |
| <input type="checkbox"/> (2) 1 раз в месяц (ежемесечно) | |

7. Сколько раз за последний год Вы после употребления алкоголя испытывали чувство вины перед близкими, раскаяния или угрызения совести за свое поведение?

- | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (0) никогда | <input type="checkbox"/> (3) 1 раз в неделю (еженедельно) |
| <input type="checkbox"/> (1) менее, чем 1 раз в месяц | <input type="checkbox"/> (4) ежедневно или почти ежедневно |
| <input type="checkbox"/> (2) 1 раз в месяц (ежемесечно) | |

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

- | | |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (0) никогда | <input type="checkbox"/> (3) 1 раз в неделю (еженедельно) |
| <input type="checkbox"/> (1) менее, чем 1 раз в месяц | <input type="checkbox"/> (4) ежедневно или почти ежедневно |
| <input type="checkbox"/> (2) 1 раз в месяц (ежемесечно) | |

9. Являлось когда-нибудь употребление алкоголя причиной телесных повреждений у Вас или других людей?

- | | |
|------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> (0) никогда | |
| <input type="checkbox"/> (2) да, но это было более чем год назад | |
| <input type="checkbox"/> (4) да, в течение этого года | |

10. Случалось ли, что Ваш родственник, знакомый, доктор, или другой медицинский работник или сотрудник на работе проявлял озабоченность по поводу Вашего употребления алкоголя либо предлагал выпивать меньше (прекратить выпивать)?

- | | |
|------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> (0) никогда | |
| <input type="checkbox"/> (2) да, но это было более чем год назад | |
| <input type="checkbox"/> (4) да, в течение этого года | |