

Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice

Hana Sovinová
a Ladislav Csémy

Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice

**Sestavili:
Hana Sovinová a Ladislav Csémy**



STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV, PRAHA

© Hana Sovinová, Ladislav Csémy, Věra Kernová, Vladimír Kebza, Karel Hampl,
Karel Nešpor, Jarmila Klimešová, Petr Sadílek

© Státní zdravotní ústav

Publikace byla připravena s podporou Výzkumného záměru SZÚ (CEZ: L 31/98: 23795),
cíl I/V: Analýza zdravotně rizikového chování různých skupin populace, jeho vlivu na zdraví a možnosti prevence.

ISBN - 80 - 7071 - 230 - 9

Obsah:

| | |
|---|----|
| Kouření v České republice | 4 |
| Prevence kuřáctví a možnosti odvykání kouření | 19 |
| Spotřeba alkoholu v České republice | 34 |
| Zdravotní následy abúzu alkoholu | 48 |
| Poruchy vyvolané alkoholem, prevence, diagnostika a krátká intervence | 59 |
| Národní strategie kontroly tabáku a její perspektivy v souvislosti s evropským vývojem | 82 |
| Přehled současné platné legislativy | 83 |
| Poznámky | 85 |
| Slovníček pojmů | 87 |

Kouření v České republice

Hana Sovinová, Ladislav Csémy a Petr Sadílek

Úvod

Návrat České republiky mezi demokratické země s ekonomikou budovanou na tržních principech přinesl nejen výrazné změny v ekonomické a společenské oblasti, ale odrazil se také překvapivě na vývoji zdravotního stavu obyvatelstva. V období mezi rokem 1989 a 2002 se očekávaná střední délka života prodloužila u mužů z 68,1 na 72,1 let a u žen z 75,4 na 78,5 let. Za stejné období se standardizovaná míra úmrtnosti (evropský standard) snížila u mužů z 1528,7 na 1146,2 a u žen z 902,9 na 685,8 na 100 000 obyvatel [1]. K těmto výrazným pozitivním změnám za relativně krátké období došlo v důsledku působení více faktorů. Je zřejmé, že vedle zkvalitnění léčebné péče svou roli sehrály i změny v životním stylu a výživových zvyklostech obyvatelstva. Podobně jako ve vyspělých zemích i v České republice se na celkové nemocnosti a úmrtnosti populace největší měrou podílí nemoci oběhové soustavy a nádorová onemocnění. Kouření tabáku je nejzávažnějším známým a preventabilním rizikovým faktorem, ovlivňujícím vznik, rozvoj a průběh mnoha z těchto onemocnění. Peto et al. (2003) [2] odhadli na základě mortalitních statistik ČR, že kouření lze připsat v roce 2000 celkem 17 700 úmrtí a každé úmrtí související s kouřením vede k průměrné ztrátě 15 let života. Soustředěné úsilí vyspělých společností omezovat kouření, a tím i nežádoucí zdravotní škody, které působí, je proto nejen pochopitelné, ale v posledních letech také stále zřetelnější (Rámcová dohoda o kontrole tabáku iniciovaná WHO). Pro formulování preventivních cílů, ale také pro sledování efektu již dříve přijatých opatření omezujících kuřáctví se ve vyspělých zemích provádějí specializovaná šetření zjišťující prevalenci kuřáctví v populaci. Nedávno byly publikovány práce o vývoji kuřáctví mezi dospělou populací [3, 4]. Tyto práce ukazují, že mezi dospělými dochází v devadesátých letech k poklesu prevalence kuřáctví, přičemž tento pokles je výraznější u mužů. Zcela opačné trendy byly zjištěny o výskytu kuřáctví mezi dospívajícími [5]. Cílem této práce je shrnout

novější poznatky o rozsahu kouření u dospělé populace a dospívajících školního věku a sledovat některé další souvislosti kuřáckého chování.

Kouření tabáku v dospělé populaci

Epidemiologické výzkumy, přinášející poznatky o výskytu kuřáctví v populaci a jeho sociálně-demografickém kontextu, mají významné místo v politice omezování kuřáctví. Jejich výsledky jsou jednak odrazem úspěšnosti dosavadních opatření proti kuřáctví a pak také zdrojem detailnějších poznatků, které lze využít pro koncipování dílčích priorit prevence v budoucnosti.

V České republice jsou dostupné výsledky několika reprezentativních studií, které sledují výskyt různých forem kuřáctví v dospělé populaci i v populaci dětí školního věku a dospívajících. Nedávno publikované výsledky ze studie WHO MONICA [3] naznačují zřetelný pokles prevalence kuřáctví u dospělých mužů v období od roku 1985 do roku 1997 ze 49 % na 37 % (viz tabulka 1). V souboru žen se podíl kuřáků nezměnil (28 % v roce 1985 a 26 % v roce 1997/98). Muži jsou nejen častěji kuřáky než ženy, ale také kouří v průměru více cigaret. Průměrná denní spotřeba cigaret byla u mužů 16,4 (8,6), zatímco u žen 11,3 (7,0).

Ústav zdravotnických informací a statistiky zjišťuje rozšířenost kuřáctví v rámci Výběrového šetření o zdravotním stavu české populace. Jde o dotazové šetření prováděné vždy jednou za tři roky metodikou WHO HIS - Health Interview Survey. Podrobné výsledky šetření HIS ČR jsou dostupné na internetové stránce ÚZIS (www.uzis.cz). Počet kuřáků v populaci se podle této studie mění jen málo (viz tabulka 1). Při podrobnějším rozboru je patrné, že v období 1993 až 2002 mírně poklesl podíl silných kuřáků a vzrostlo procento současných nekuřáků (ÚZIS, 2002).

Tabulka 1 Prevalence kuřáctví v dospělé populaci na základě výsledků výběrových šetření

| Název studie | Rok sběru dat | Definice kuřáctví | Prevalence kuřáctví v % | |
|--------------------------------|-----------------------------|---|-------------------------|------|
| | | | Muži | Ženy |
| HIS CR (ÚZIS) | 1993 | současní denní kuřáci | 31,9 | 21,0 |
| HIS CR (ÚZIS) | 1996 | současní denní kuřáci | 32,3 | 20,2 |
| HIS CR (ÚZIS) | 1999 | současní denní kuřáci | 29,6 | 17,4 |
| HIS CR (ÚZIS) | 2002 | současní denní kuřáci | 30,9 | 18,1 |
| MONICA(IKEM) | 1992 | všichni současní kuřáci bez další specifikace | 44 | 29 |
| MONICA(IKEM) | 1997 | všichni současní kuřáci bez další specifikace | 37 | 26 |
| Zdraví a škodlivé návyky (SZÚ) | 1996 (další roky zvlášť) | současní denní kuřáci | 28 | 21,7 |

Státní zdravotní ústav provádí vlastní šetření kouření v populaci od roku 1996. Základní soubor otázek, které se týkají kouření, je ve stejné formě kladen při každém opakování výzkumu. Zpočátku byl výzkum opakován s dvouletou periodicitou, od roku 1999 běží každý rok. Souhrnná zpráva za období 1997 až 2002 s detailními informacemi je dostupná na internetové stránce SZÚ.

Výsledky studie z roku 1996 potvrdily statisticky významnou souvislost mezi intenzitou kouření, resp. stupněm závislosti na nikotinu a subjektivními a objektivními indikátory zdravotního stavu. (Sovinová et al., 1999).

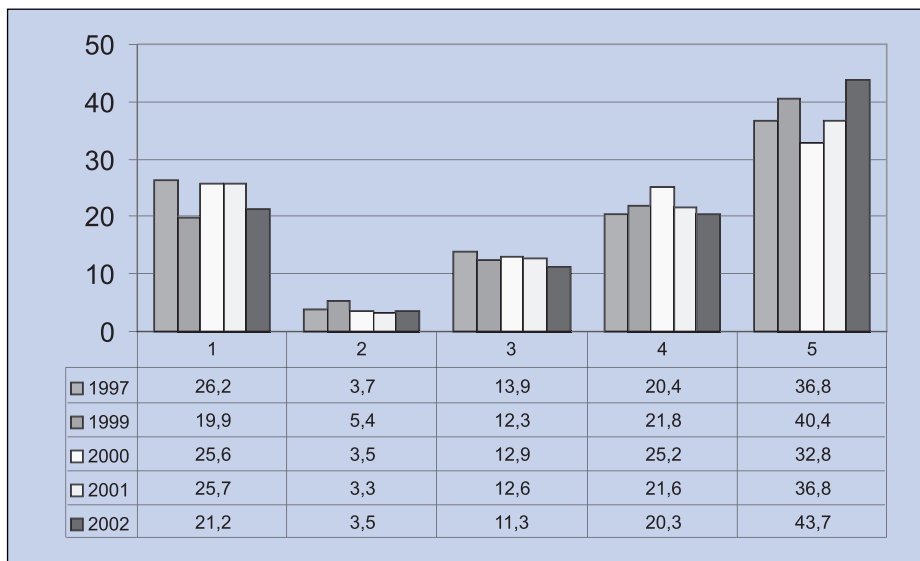
Prevalence kuřáctví v dospělé populaci v roce 2002 na základě studie SZÚ s ohledem na vývoj od r. 1997

Vyhodnocení odpovědí respondentů, týkajících se jejich vztahu ke kouření, signalizuje v roce 2002 snížení prevalence kouření v populaci. Interpretace tohoto poklesu však musí být velmi obezřetná. Jde o pokles, který se pohybuje ještě v rozmezí statistické chyby a nelze jej tedy zatím v současném období interpretovat jako počátek trendu, znamenajícího snížení prevalence kouření v populaci ČR. To ukáží až zjištění dalších let. Skutečnost, že se současně zvýšil podíl těch respondentů, kteří uvedli, že nikdy v životě nekouřili, může být způsobena nejen tím, že do výběru byli v důsledku přirozené obměny zařazeni noví patnáctiletí, ale též náhodným posunem ve výběru respondentů pro výzkum, se kterým reprezentivní sociologická šetření musejí počítat.

V České republice lze více než 1/5 občanů označit za pravidelné kuřáky, kouřící v současné době více než 1 cigaretu denně. Dalších 3,5 % tvoří

nepravidelní kuřáci, kteří kouří méně než 1 cigaretu denně. Znamená to, že dle vlastní výpovědi 25 % občanů České republiky v roce 2002 kouřilo a lze je označit jako kuřáky. Mezi bývalé kuřáky, kteří v životě vykouřili více než 100 cigaret, avšak v současné době již nekouří, se zařadilo cca 11 % dotázaných. U této části populace lze konstatovat, že se jí podařilo závislosti na nikotinu zbavit (alespoň ke dni výzkumu), i když není jisté, zda se ke kouření v budoucnosti opět někdy nevrátí. Za nekuřáky se označuje 64 % dotázaných. Z nich 20 % má s kouřením zkušenosti (i když v životě vykouřilo méně než 100 cigaret) a zbývajících cca 44 % uvádí, že nikdy v životě nevykouřilo cigaretu.

Graf 1 Prevalence kouření v populaci (v %) N = 1346 (1997); N = 1340 (1999); N = 1419 (2000); N = 1265 (2001); N = 1315 (2002)



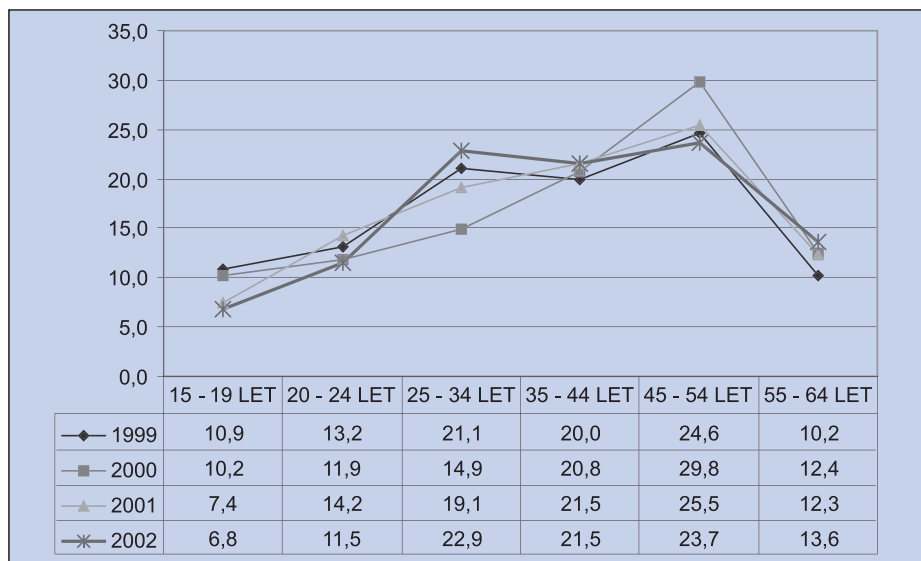
Legenda: (1) Kuřák v současné době kouřící nejméně 1 cigaretu denně. (2) Kuřák v současné době kouřící méně než 1 cigaretu denně. (3) Bývalý kuřák, který v životě vykouřil více než 100 cigaret, ale v současné době nekouří. (4) Nekuřák, i když kdysi zkoušel kouřit (bylo to však méně než 100 cigaret v životě). (5) Nekuřák, který nikdy nekouřil.

Jak již bylo konstatováno, nelze výsledky získané v roce 2002 ještě považovat za počátek příznivého trendu v podobě snižování prevalence kouření v populaci. Podobně tomu bylo i v případě poklesu, konstatovaného v roce 1999, který se rovněž ukázal jako jednorázový. Jaký je skutečný trend, se ukáže až ve výzkumech v následujících letech. Výkyvy mohou být způsobeny nejen statistickou chybou, se kterou je nezbytné v každém výzkumu počítat, ale též např. skutečností, že společnost v České republice prochází složitou ekonomickou situací. To může vést k omezení spotřeby v nejrůznějších oblastech, tedy i k tomu, že část kuřáků, zejména slabších, pod ekonomickým tlakem omezí, případně zanechá kouření.

Analýza statisticky významných souvislostí ukázala, podobně jako v roce 2000 a 2001, že muži významně častěji kouří více než 1 cigaretu denně a jsou rovněž častěji bývalými kuřáky. Ženy oproti tomu významně častěji uvádějí, že nikdy nekouřily.

Zajímavé, i když logické jsou výsledky analýzy souvislostí mezi věkem a kouřením. Ukazují, že nejvyšší podíl kuřáků, kouřících více než 1 cigaretu denně, je ve věku 25 - 54 let, poté rychle klesá a vrací se fakticky zpět na úroveň věkové skupiny 15 - 19 let.

Graf 2 Vztah kouření a věku (ti, kteří kouří více než 1 cigaretu denně) (v %) N = 363 (2000); N = 325 (2001); N = 279 (2002)



Podobně jako v letech 1999 - 2001, tak i v roce 2002 jsou kuřáci, pravidelně kouřící minimálně 1 cigaretu denně, nejvíce zastoupeni ve věkové skupině 45 - 54 let. Jejich podíl se ve srovnání s rokem 2001 snížil. Zda jde o dlouhodobý trend v případě poklesu podílu pravidelných kuřáků ve věkové skupině 15 - 19 let ukáže teprve šetření v budoucích letech. Z hlediska vztahu věku a kouření však platí, že se podíl kuřáků s přibývajícím věkem zvyšuje a vrcholí v období okolo 50 let, poté prudce klesá, zřejmě v souvislosti se zhoršujícím se zdravotním stavem.

V další části uvádíme statisticky významné souvislosti, zjištěné mezi kouřením a ostatními socio-demografickými znaky.

Z hlediska rodinného stavu byl v roce 2002, podobně jako v roce 2000 a 2001, jako statisticky významný identifikován vyšší podíl pravidelných kuřáků, kouřících více než 1 cigaretu denně u rozvedených, zatímco u ženatých (vdaných) a ovdovělých byl zjištěn významnější podíl bývalých kuřáků. Svobodní zase častěji uvádějí, že nikdy nekouřili - zde jde zřejmě o zprostředkovanou souvislost s věkem.

V případě vazby kouření na stupeň dosaženého vzdělání platí dlouhodobý trend, zjištěný v letech 2000 a 2001, spočívající v tom, že vyšší podíl pravidelných kuřáků je mezi respondenty, kteří uvedli, že jsou vyučeni, zatímco u respondentů s maturitou a VŠ vzděláním bylo pravidelných kuřáků méně.

Kouření tabáku mezi dospívajícími

Velmi dobré možnosti sledovat vývoj kuřáctví mezi dospívajícími dávají reprezentativní a pravidelně se opakující mezinárodní studie WHO Mládež a zdraví (HBSC) a ESPAD (viz informace v poznámkách).

Studie GYTS

V roce 2002 byla provedena opět v mezinárodním kontextu ojedinělá studie The Global Youth Tobacco Survey (Státní zdravotní ústav, 2002). Její výsledky je možné velmi dobře srovnat s výsledky studie HBSC z roku 2002. GYTS přinesl nejen poznatky o rozšířenosti kouření, ale také o expozici mladých lidí pasivnímu kouření, o postojích dětí ke kouření atd. Tyto výsledky jsou v současné době v tisku. Zde uvedeme jen základní přehled o prevalenci kuřáctví s ohledem na věk dotázaných.

Tabulka 2 Formy kouření podle tříd a věku v procentech (intervaly spolehlivosti)

| | školní třída | | | věk | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 7 | 8 | 9 | 13 | 14 | 15 |
| Současné kouření (alespoň 1 cigareta během posledních 30 dní) | 28,2 (±4,8) | 37,1 (±5,1) | 42,4 (±4,1) | 25,8 (±4,0) | 35,5 (±4,2) | 44,1 (±4,4) |
| Současné časté kouření (ve 20 a více dnech během posledních 30 dní) | 6,7 (±1,2) | 12,0 (±2,1) | 20,5 (±2,4) | 5,8 (±1,3) | 11,0 (±1,6) | 21,7 (±2,5) |
| Denní kouření | 4,2 (±1,6) | 7,6 (±2,5) | 13,6 (±3,3) | 3,7 (±1,9) | 6,5 (±1,8) | 13,7 (±3,0) |
| Těžké denní kouření (denní spotřeba více než 10 cigaret za den) | 1,4 (±0,5) | 3,5 (±1,0) | 4,4 (±1,0) | 1,3 (±0,6) | 3,2 (±0,8) | 4,3 (±1,0) |

Prevalence kouření mezi žáky ve věku 13 - 15 let je vysoká (35 %), mnohem vyšší než mezi dospělými (29 %). Přestože výsledky GYTS neukazují žádné významné rozdíly v prevalenci kouření mezi chlapci a děvčaty, je výskyt kouření u těchto mladých dívek (33,4 %) mnohem vyšší než u dospělých žen (22 %). Zarážející je podíl žáků, kteří dosud nikdy nekouřili (23 %), ale uvedli, že pravděpodobně začnou kouřit během příštího roku (dívký 28 %, chlapci 17,5 %).

Studie HBSC 1994 až 2002

Studie HBSC dává k dispozici data za roky 1994, 1998 a 2002, proto budeme vývoj trendů sledovat na datech z této studie. Dotazníkem byl vyšetřován reprezentativní soubor žáků 5., 7. a 9. tříd ZŠ, odpovídající věkové skupiny jsou 11, 13 a 15 let. V práci jsou použita data z roku 1994, 1998 a 2002.

Charakteristiky souboru byly do značné míry podobné v každém z uvedených roků. Lišilo se celkové N, které v roce 1994 bylo 3585, v roce 1998 3703 a v roce 2002 5012 žáků. Podle pohlaví bylo zastoupení shodné s populací odpovídajícího věku. Nábor dat byl prováděn mezinárodně standardizovaným dotazníkem, v každé zúčastněné zemi unifikovaným postupem (jednotná instrukce pro žáky, stejný způsob administrace ve třídě, odevzdávání vyplněných nepodepsaných dotazníků v neoznačených obálkách).

Pro statistické zpracování dat byl použit program SPSS.

Výsledky

V první části výsledků jsou využita data ze všech dosavadních tří vln studie. Druhá část, zaměřená na analýzu kontextových vztahů, se opírá pouze o data z roku 2002 (věková skupina 15letých, N = 1660).

Vývoj kuřáckých zvyklostí dospívajících od roku 1994 do 2002

Prevalenci pravidelného kouření (definované jako kouření alespoň jednou týdně nebo častěji) ve sledovaných letech zachycuje tabulka 3. Ve věkové skupině 11letých je pravidelné kouření ještě vzácným jevem a rozdíly mezi roky 1994 až 2002 nejsou významné. U 13letých efekt roku měření je již zřetelný u obou pohlaví. Podíl pravidelných kuřáků se v roce 2002 prakticky zdvojnásobil proti roku 1994, a to u obou pohlaví. Nejstrmější nárůst kouření je patrný u věkové skupiny 15letých, kde v roce 2002 kouřilo již 30 % všech dotázaných. Pro poslední období je také charakteristické stírání rozdílu ve výskytu kuřáctví podle pohlaví. Při měření v letech 1994 a 1998 bylo vždy statisticky významně více kuřáků mezi chlapci, v roce 2002 se tento poměr zcela vyrovnal. Změny trendů je možné také dobře sledovat na grafech 3A a 3B. Druhá část tabulky 1 shrnuje informace o průměrné týdenní spotřebě cigaret u kuřáků. Tabulka 4 doplňuje tabulku 3 o informaci o prevalenci denního kuřáctví mezi patnáctiletými žáky a žačkami. Nárůst mezi roky 1994 a 2002 je zde ještě markantnější než u pravidelného kouření. Každý pátý žák v posledním ročníku základní školy byl v roce 2002 denním kuřákem, zatímco v roce 1994 to bylo méně než 9 % žáků.

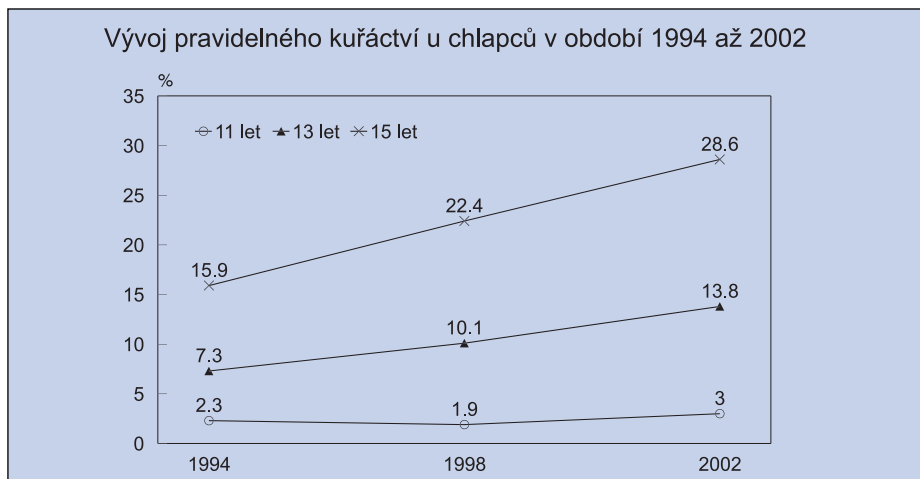
Tabulka 3 Porovnání kuřáctví u reprezentativního souboru českých dětí a dospívajících v letech 1994 a 1998

| | Věková skupina | | | | | | | | | |
|---|----------------|--------|------|------|--------|------|------|--------|------|------|
| | Rok | 11 let | | | 13 let | | | 15 let | | |
| | | 1994 | 1998 | 2002 | 1994 | 1998 | 2002 | 1994 | 1998 | 2002 |
| Pravidelní kuřáci v % (kouří 1x týdně nebo častěji) | Chl.+D. | 1,9 | 1,4 | 2,0 | 5,8 | 8,6 | 11,1 | 13,9 | 19,9 | 29,7 |
| | Chlapci | 2,3 | 1,9 | 3,0 | 7,3 | 10,1 | 13,8 | 15,9 | 22,4 | 28,6 |
| | Dívky | 1,5 | 1,0 | 1,0 | 4,2 | 6,9 | 8,6 | 11,9 | 17,6 | 30,6 |
| Průměrná týdenní spotřeba cigaret (v kusech/kuřák) | Chl.+D. | 5,1 | 7,3 | 13,8 | 7,9 | 13,9 | 16,1 | 27,8 | 24,3 | 33,6 |
| | Chlapci | 4,2 | 8,4 | 15,9 | 8,3 | 16,0 | 16,7 | 30,3 | 25,2 | 35,1 |
| | Dívky | 6,6 | 5,0 | 8,0 | 7,1 | 11,1 | 15,3 | 24,1 | 23,2 | 32,3 |

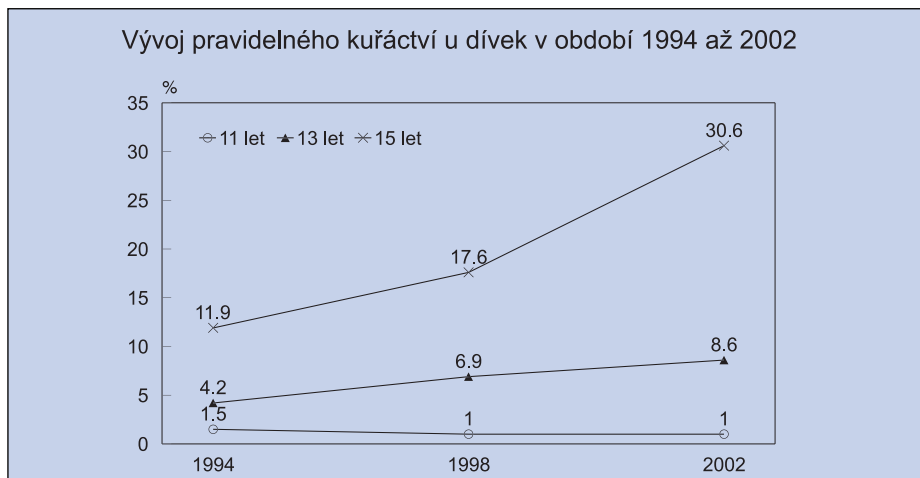
Tabulka 4 Prevalence denních kuřáků ve věkové skupině 15 let v roce 1994, 1998 a 2002

| Rok | 1994 | 1998 | 2002 |
|---------|--------|--------|--------|
| Chl.+D. | 8,8 % | 13,3 % | 21,6 % |
| Chlapci | 11,4 % | 15,5 % | 20,2 % |
| Dívky | 6,2 % | 11,3 % | 22,9 % |

Graf 3A



Graf 3B



Kontext kuřáckého chování

V této části budeme analyzovat vybrané rodinné, sociální a psychologické souvislosti kuřáckého chování.

Typologie kuřáků

Nejprve jsme se pokusili o trochu jemnější typologii kouření u 15letých z posledního výzkumu v roce 2002. Podle vztahu ke kouření jsme soubor rozdělili do těchto 4 kategorií: nekuřáci, slabí kuřáci (udávají o sobě, že kouří, ale méně často než jednou týdně), kuřáci (jsou to všichni ti, kdo udávali, že kouří alespoň jednou týdně nebo častěji, ale týdně nevykouří více než 40 cigaret) a silní kuřáci (za ty považujeme pravidelné kuřáky, kteří současně vykouří více než 40 cigaret týdně). Distribuce kuřáckého statusu definovaného podle výše uvedených kategorií je shrnuta v tabulce 5. Statisticky významný rozdíl podle pohlaví nebyl zjištěn.

Tabulka 5 Kuřácký status podle pohlaví

| Typ kuřáka | Chlapci | Dívky |
|-------------|---------|--------|
| Nekuřák | 66,6 % | 62,2 % |
| Slabý kuřák | 4,7 % | 7,3 % |
| Kuřák | 19,6 % | 21,3 % |
| Silný kuřák | 9,1 % | 9,3 % |

Kuřáctví a formální struktura rodiny

Mezi formální strukturou rodiny, v níž dospívající vyrůstá, a jeho kouřením existuje vztah, který nasvědčuje tomu, že nejvyšší výskyt nekuřáků a nejnižší výskyt kuřáků je u dospívajících, kteří vyrůstají v úplné rodině s oběma vlastními rodiči. U dětí v rodinách jednoho rodiče, nejčastěji je to vlastní matka, je již výskyt kuřáků výrazně vyšší (37 % oproti 25 % u dětí z úplných rodin). Nejvyšší je výskyt kuřáctví v rodinách restrukturovaných (nejčastěji jde o rodinu, kde se o děti stará vlastní matka a nevlastní otec, příp. druh). V těchto rodinách kouří 44 % z dotázaných dospívajících. Záměrně nebereme do úvahy skupinu, kde kompozice rodiny je jiná, protože je zastoupena jen marginálně. V tabulce 6 je uveden procentový výskyt formy kuřáctví podle struktury rodiny.

Tabulka 6 Výskyt kouření podle struktury rodiny

| Struktura rodiny | Nekouří | Kouří slabě | Kouří (kategorie kuřáci a silní kuřáci) | Statistická významnost (χ^2) |
|------------------------|---------|-------------|---|-------------------------------------|
| Úplná rodina | 68,7 % | 6,2 % | 25,1 % | |
| Restrukturovaná rodina | 52,7 % | 3,6 % | 43,7 % | |
| Jeden (vlastní) rodič | 56,8 % | 6,6 % | 36,6 % | |
| Jiná | 41,0 % | 10,3 % | 58,7 % | p<0,01 |

Kromě struktury rodiny má kuřáctví dospívajícího dítěte vztah také k dalším parametrům rodiny, např. k její socioekonomické úrovni, která je určena jednak vzděláním rodičů, a pak charakteristikami jejich zaměstnání. Výskyt kuřáctví je v nepřímé úměře k výši socioekonomického statusu. U rodin s nejvyšším statusem kouří 21,4 % dětí, zatímco v kategorii nejnižší je to 46,7 % dospívajících ($\chi^2 = 22,7$; $df = 12$; $p < 0,05$).

Kouření rodičů a přátel

Díky rozsáhlé datové bázi jsme mohli sledovat i souvislosti mezi kouřením dospívajícího a kouřením jeho rodičů a přátel. Hodnoty v tabulce 7 udávají výskyt forem kouření u dospívajícího podle toho, zda otec, matka a kamarád/ka jsou nekuřáci nebo kouří (denní kouření). U kuřících rodičů je kuřáctví dětí dvojnásobné proti rodičům, kteří nekouří. Ještě zřetelnější je vrstevnická souvislost. V případě nekuřícího kamaráda nekouří 90 % dotázaných, avšak kuřákem je 59 % těch dospívajících, jejichž kamarád je denním kuřákem.

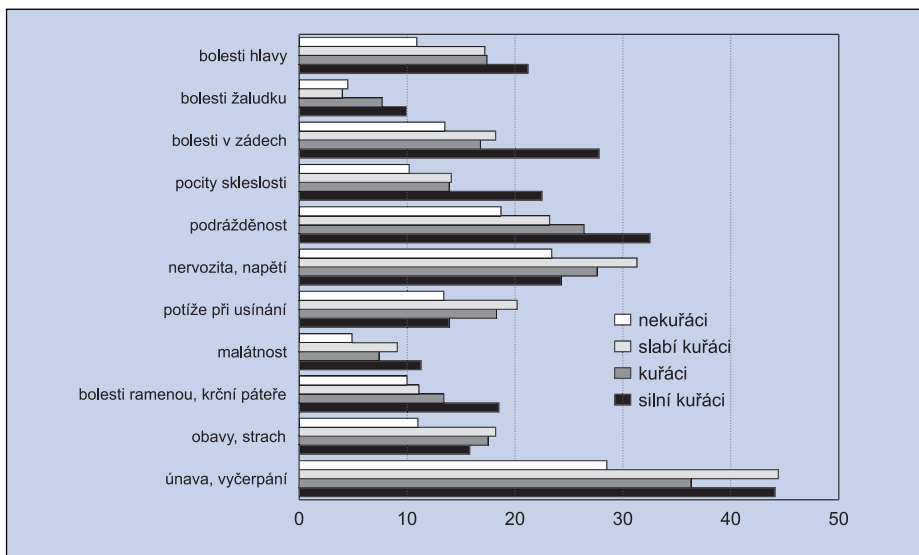
Tabulka 7 Kouření v závislosti na kouření rodičů a blízkých přátel

| | Nekouří | Kouří slabě | Kouří (kategorie kuřáci a silní kuřáci) | Statistická významnost (χ^2) |
|--------------------------|---------|-------------|---|-------------------------------------|
| Otec nekuří | 72,2 % | 6,5 % | 21,3 % | |
| Otec kouří (denně) | 48,9 % | 5,0 % | 46,1 % | p<0,001 |
| Matka nekuří | 72,6 % | 6,3 % | 21,1 % | |
| Matka kouří (denně) | 54,5 % | 5,4 % | 40,1 % | p<0,001 |
| Kamarád/ka nekuří | 89,9 % | 4,0 % | 6,1 % | |
| Kamarád/ka kouří (denně) | 34,9 % | 5,8 % | 59,3 % | p<0,001 |

Kouření a psychosomatické zdraví

V anonymním dotazovém šetření není možné spolehlivě zjišťovat objektivní zdravotní stav. Měli jsme však možnost sledovat výskyt obtíží psychosomatického charakteru v závislosti na kouření. Celkem šlo o 11 zdravotních problémů, které odrážejí somatické i psychologické aspekty aktuálního zdravotního stavu.

Graf 4 Výskyt psychosomatických obtíží v závislosti na kuřáckém statusu



Přítomnost zdravotních problémů byla zjišťována pomocí frekvenční škály. Na grafu 4 jsou naneseny hodnoty, které reprezentují výskyt problémů s frekvencí častější než jednou týdně. Srovnání podle kuřáckého statusu ukazuje, že mezi kuřáky a silnými kuřáky je častý výskyt zdravotních problémů udáván v podstatně větší míře než u nekuřáků. Silní kuřáci udávají nejvíce zdravotní problémy, jako jsou únava, podrážděnost, bolesti v zádech a bolesti hlavy. Výzkum však neumožňuje zodpovědět otázku, zda kouření je jedním ze způsobů, kterým se kuřáci vyrovnávají s fyzickým a psychologickým dyskomfortem.

Kouření a výskyt jiných návykových rizik

Z jiných návykových rizik, s nimiž se aktuálně v adolescentním věku setkáváme, jsme sledovali výskyt nadužívání alkoholu (opilost častěji než

3x za život a pití nadměrných dávek alkoholu 3x nebo častěji během posledního měsíce) a užívání nejrozšířenějších ilegálních drog (kanabis a extáze, užití během posledního roku). U všech čtyř forem rizikového chování byla zjištěna statisticky vysoce významná souvislost s kouřením ($p < 0,001$). Dobře patrný je nárůst výskytu těchto forem chování u kuřáků a silných kuřáků v tabulce 8.

Tabulka 8 Výskyt jiných forem návykového chování podle kuřáckého statusu

| Typ kuřáka | Opilost | Pití nadměrných dávek alkoholu | Užití marihuany v posledním roce | Užití extáze v posledním roce |
|-------------|---------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Nekuřák | 4,6 % | 6,5 % | 10,3 % | 1,0 % |
| Slabý kuřák | 9,0 % | 15,0 % | 29,6 % | 3,1 % |
| Kuřák | 31,2 % | 30,3 % | 55,8 % | 5,0 % |
| Silný kuřák | 57,2 % | 53,3 % | 78,5 % | 15,5 % |

Nejde o nijak novou souvislost, nicméně jde o velmi přesvědčivé potvrzení známé asociace na nových datech.

Diskuze a závěry

Výsledky výzkumů svědčí o tom, že mezi dospělou populací kouření mírně klesá. Je to více dáno poklesem kouření mezi muži. Také se ukazuje, že mezi muži klesá podíl silných kuřáků, tj. těch, kteří udávají, že kouří více než 20 kusů cigaret denně. Zdá se také, že značná část kuřáků (minimálně 40 %) by ráda s kouřením skončila. Zde je také velký prostor pro aktivnější angažovanost specializovaných center pro odvykání kouření.

Nárůst prevalence kuřáctví u dospívajících v ČR byl zaznamenán již dříve díky datům ze studie ESPAD [10] a starším datům ze studie HBSC [5]. Prevalence kuřáctví u věkové skupiny 15 let ze studie HBSC z roku 2002 publikované v této práci se velmi dobře kryjí také s prevalencí kuřáctví ze studie Global Youth Tobacco Survey, která byla v ČR provedena rovněž v roce 2002 [9]. Na základě poznatků, které máme, můžeme s určitostí konstatovat zřetelný nárůst kuřáctví u naší dospívající mládeže. Všechny příčiny této výrazné změny neznáme, domníváme se však, že souvisí se snahami výrobců a prodejců dosáhnout zisků v zemích střední a východ-

ní Evropy. Tabákový průmysl se stal cílem jedné ze dvou největších zahraničních investic do ČR v devadesátých letech. Výrobci vyvíjejí v ČR neobyčejně dravou reklamní kampaň, která zřejmě nejvíce oslovuje mladé lidi (v roce 1998 přesáhly celkové výdaje na reklamu tabákových výrobků 500 mil. Kč) [8]. Celospolečenská opatření v oblasti kontroly tabáku přišla až později a některé legislativní úpravy v oblasti ochrany zdraví postupují těžkopádně. Dalším problémem je laxní přístup k prosazování významných změn, které byly zavedeny - např. zvýšení minimálního legálního věku pro dostupnost cigaret ze 16 na 18 let.

Kouření dětí a dospívajících je v centru pozornosti odborníků z oblasti veřejného zdraví z více důvodů. Hlavním důvodem jsou samozřejmě pozdější zdravotní následky kouření a obtížnost zbavit se závislosti v případě návyku, který se rozvíjel dlouhá léta: výzkumy ukázaly, že více než jedna třetina současných dospělých kuřáků se opakovaně, ale neúspěšně pokusila zanechat kouření [4]. Dalším důvodem, který je u nás někdy opomíjen, je fakt, že kouření je rizikovým faktorem i pro jiné zdraví ohrožující podmínky. Podobné nálezy, jaké jsme uvedli v této práci, byly zjištěny i ve studii ESPAD z roku 1999. Denní kuřáci jsou i zde častěji konzumenty nadměrných dávek alkoholu: opakovanou opilost uvedlo 31 % denních kuřáků a jen 5 % ostatních dotázaných. Obdobně tomu bylo i s užíváním drog. Lifetime prevalence užívání marihuany byla 71,8 % mezi denními kuřáky a 18,2 % mezi ostatními ($p < 0,001$), heroínu 10,6 % oproti 1,4 % ($p < 0,001$). Na škále měřící výskyt symptomů deprese dosahovali kuřáci statisticky významně vyššího průměrného skóru než nekuřáci [10].

Problém kuřáctví mezi adolescenty a mladými dospělými nás musí velmi znepokojovat. Neuspokojivé výsledky v oblasti omezování kuřáctví mládeže netrápí jen nás. Sasco a Kleihues [11] v nedávno publikované práci uvádějí tři příčiny neúspěchu: nedostatečné vynucování legislativně stanovených opatření, uniformní přístup k rozdílným populacím a příliš omezené prostředky, které je možné věnovat na omezování kuřáctví. Pro nás platí každá z těchto příčin dvojnásob. Část české společnosti stále vnímá opatření omezující kouření jako omezování osobní svobody. Na začátku jsme uvedli, že se zdravotní stav české populace zlepšuje. Omezování kuřáctví může významně přispět k pokračování příznivého trendu. V podpoře zdraví bychom měli usilovat o to, aby se nekouření stalo společenskou normou, která není omezením, ale naopak přináší lepší zdraví a vyšší kvalitu života.

Literatura

1. Ústav zdravotnických informací a statistiky. Údaje o zdraví - dynamické tabulky. <http://www.uzis.cz/cz/dps>
2. Peto R., Lopez A. D., Boreham J., Thun M. and Heath Jr C.: Mortality from Smoking in Developed Countries 1950 - 2000. Oxford University Press, Oxford, 1994. (Second edition; data updated 15 July 2003).
3. Škodová Z. et al.: Development of smoking habits in the population of Czech Republic during 1985 -1997/98 [in Czech]. Čas. Lék. čes., 139, 2000, 5, p. 143 -147.
4. Sovinová H., Sadílek P., Csémy L.: Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR a postoje občanů k tabákovým výrobkům a jejich užívání v letech 1997 - 2002. Výzkumná zpráva. Vydal Státní zdravotní ústav, Praha, 2003. Dostupné na http://www.szu.cz/dokumenty_soubory/ZPR2A.pdf
5. Sovinová H., Csémy L.: The changing smoking and health scene in the Czech Republic. Nutrition 2000; 16 (11 - 12): 1112 -1113.
6. King A., et al.: The health of youth. A cross - national survey. WHO regional publications. European series, No 69. 1996.
7. Currie C., et al. (Eds): Health and health behaviour among young people. Health policy for children and adolescents (HEPCA) series, No. 1. WHO, 2000.
8. Sovinová H., Csémy L.: Marketing, use and health effects of tobacco in Eastern Europe. Journal of Substance Use 2000; 5. (Suppl.): 185 - 189.
9. Sovinová H., Csémy L.: Smoking Behaviour of Czech Adolescents: Results of the Global Youth Tobacco Survey in the Czech Republic, 2002. CEJPH - v tisku.
10. Csémy L., Sovinová H., Sadílek P.: ESPAD 1999 Unpublished research report. Praha, 2000.
11. Sasco A. J., Kleihues P.: Why can't we convince the young not to smoke? Eur. J. Cancer 1999, 35, 1933 - 1940.

Prevence kuřáctví a možnosti odvykání kouření

Věra Kernová a Vladimír Kebza

Všechny formy spotřeby tabáku, tj. kouření cigaret, doutníků, dýmky, žvýkání tabáku nebo šňupání, ale i pasivní vystavení produktům hoření tabáku významně přispívají ke vzniku více než 20 různých nemocí a předčasnému úmrtí na ně.

Kouření se stává významným a závažným problémem zdravotnickým, ale i celospolečenským nejen u nás, ale i ve světě. Podle odhadů WHO tvoří kuřáci asi jednu třetinu dospělé populace, zvyšuje se prevalence kuřáctví v mladších věkových skupinách u obou pohlaví. Významný je i rostoucí počet kuřáček v mladších věkových skupinách.

Zdravotní následky kouření jsou mnohoznačné a mnohdy končí smrtí. Tabák je nebezpečný v každé formě a v každém způsobu užívání. Neexistuje forma tabákového výrobku, která by byla méně nebezpečná. Nikdy nemůžeme spolehlivě říci, že příčinou nemoci je ten či onen způsob chování. Je prokázán vztah výše rizika k výši dávky a době trvání pravidelného kouření, a proto lze říci že „**Bezpečná cigareta a neškodlivé kouření neexistují**“.

WHO považuje kouření za návykové a závislost vyvolávající. Do Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize - je zařazen též **syndrom závislosti na tabáku - kód F17.2**. Užívání tabáku je charakterizováno pravidelností a nutkavostí a abstinence tabáku je obvykle provázena syndromem z odnětí. Farmakologické, psychické a behaviorální procesy, určující rozvoj návyku na tabák, jsou podobné drogové závislosti. Je to naučené chování, které u většiny kuřáků komplikuje dříve či později fyzickou závislost na nikotinu.

Experimentování s kouřením začíná v dětství a v dospívání, a to nejčastěji ve věku 10 až 14 let, a je ovlivněno sociálním prostředím, především vztahem k vrstevníkům, touhou patřit ke skupině, ale i nápodobou vzorů ze světa dospělých. Návyk kouření nevzniká rychle, ale prochází několika stádii příprav, prvních pokusů a příležitostného kouření, než se utvoří vzorce prožitků a chování typické pro pravidelné kuřáctví.

Nejzávažnějším chronickým následkem užívání nikotinu je **závislost** (angl. dependence, addiction). Stane-li se jednou člověk kuřákem, je fyzicky a psychicky s tímto návykem obtížné skoncovat. To spolu s často opakovaným rituálem manipulace s cigaretou, doutníkem či dýmkou, zapalování („hrátek s ohněm“), táhnutí z cigarety či jiného tabákového výrobku a vypouštění dýmu způsobuje, že se z kouření stane ritualizované, výrazně nutkové chování.

Zanechání kouření

Hlavní cíl kontroly kouření a zlepšení zdraví v sobě zahrnuje proces přerušování fyzické i psychické závislosti a úpravu naučeného chování. Kouření je návyk, který je velmi obtížné přerušit, a jen málokterí kuřáci se úspěšně stanou nekuřáky, aniž by podstoupili několik vážných pokusů. Bylo zjištěno, že klíčovým klinickým pozorováním při výzkumu zanechání kouření je cykličnost pokusů, tedy, že u kuřáků, kteří přestávají kouřit, je vysoké riziko selhání (relapsu). Je nutno si uvědomit, že mnozí kuřáci musí často podstoupit tři až čtyři pokusy, aby mohli úspěšně skoncovat s kouřením.

Podobně jako u jiných typů závislosti je i závislost na nikotinu a kouření způsobena celou řadou příčin a motivů. Protože se s kouřením začíná často ve velmi nízkém věku, příčiny vzniku závislosti je možné hledat i zde. Mezi nejčastější příčiny kouření tabáku a tabákových výrobků patří móda, experiment spojený s touhou poznat něco nového, zakázaného, revolta proti okolnímu světu. U mladých lidí převažuje touha přizpůsobit se partě, stát se jejím plnoprávným členem, patřit k ní, vyrovnat se dospělým. Jak se závislost postupně vyvíjí, mění se i důvody, proč začínáme či pokračujeme v kouření. Chceme se vyrovnat partnerovi, cigareta nám pomáhá vyrovnat se stresem, citovou deprivací. Někdy se na principech rozvoje naučeného chování vytváří spojení kouření s určitými sociálními situacemi, jako je např. káva po obědě spojená s cigaretou, sledování televize, sportovních zápasů, nebo čekání na autobus. V těchto případech se rozlišuje psychická, či psychosociální závislost na kouření ve smyslu rituálu od fyzické závislosti na nikotinu jako na droze (viz dále). V současném náročném životním tempu a společnosti založené na výkonu a úspěchu nás tlak společenských požadavků často nutí potlačovat naši emotivitu (citovost), a tak se stydíme za projevy emocí, za radost,

stydíme se projevit pláč a uklidňujeme se raději cigaretou. Někteří kuřáci mají pocit, že po vykouření cigarety se mohou lépe soustředit nebo uvolnit.

Fyzická závislost na nikotinu

Fyzická (drogová) závislost na nikotinu se vyvíjí po určité době a může být u různých osob velmi odlišná, většinou se závislost objevuje do dvou let po zahájení kouření. U velmi malé skupiny kuřáků nemusí fyzická závislost vzniknout nikdy. Jsou to ti, kteří kouří celý život jen příležitostně, epizodicky a málo, a to jak z hlediska frekvence kouření v čase, tak z hlediska počtu vykouřených cigaret. Dále existuje velké množství kuřáků, kteří přestanou kouřit, a zakrátko se opět ke své neřesti vrací. Hlavním důvodem nutkání kouřit je snaha o udržení hladiny nikotinu v krvi. Když jeho hladina klesne pod určitou hranici, toto nutkání je velmi intenzivní, kuřáci začínají být podráždění, rozladění, nervózní a zapalují si další cigaretu.

V mozku člověka (ale i jinde v těle) jsou nikotinové receptory. U pravidelného závislého kuřáka s pravidelným přísunem nikotinu z cigaret se tyto receptory zmnožují. Účinky nikotinu na organismus jsou jemné a okamžité. Po prvním potažení z cigarety se droga nikotin dostává do organismu během 10 sekund. Nikotin v první cigaretě má vliv na zvýšení srdeční činnosti, zvýšení krevního tlaku, zvýší se výdej krve ze srdce a dojde k zúžení cév. Jak stoupá hladina nikotinu, dostavuje se jeho uklidňující účinek, v mozku se uvolňují hormony endorfiny (přezdívané také hormony štěstí), což jsou látky, které ovlivňují nejen náladu, ale mohou mít vliv na krátkodobé zlepšení koncentrace pozornosti, k němuž prokazatelně při kouření dochází.

K abstinčním příznakům při nedostatku nikotinu patří nervozita, deprese, podrážděnost, neschopnost soustředit se, které jsou vždy provázeny nutkavou touhou po cigaretě. U těžkých závislostí se nedostatek drogy projevuje i fyzickou nevolností.

Rizikovost kouření je dána především samotnou charakteristikou procesu spalování: hořící cigareta produkuje kouř, obsahující více než 4000 složek. Z nich je 200 látek prudce jedovatých a 50 patří mezi známé rakovinné látky. Základní součásti cigaretového kouře jsou nikotin, dehty, oxid uhelný, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, arzenik atd.

Všechny tyto látky ovlivňují velmi negativně téměř všechny orgány a tkáň lidského těla. Kouření je rizikovým faktorem pro vznik onemocnění srdce a cév, rakoviny plic a dalších orgánů, vývojových poruch plodu, vředového onemocnění žaludku atd.

K překonání fyzické závislosti na nikotinu se s úspěchem užívá postupů nikotinsubstituční terapie (žvýkačky, náplasti, nasální spreje atd. obsahující v přesně vymezených dávkách nikotin), často v kombinaci s psycho-terapeutickými postupy.

Psychosociální závislost na cigaretě

Zapálená a vdechovaná či inhalovaná chemická továrna, kterou je cigareta, nemá pro kuřáka význam pouze z hlediska závislosti na nikotinu, ale vzniká na ni závislost psychosociální. Proti této nebezpečné závislosti často kuřáci, kteří překonali fyzickou potřebu nikotinu, prohrávají. Psychosociálně závislý je každý kuřák, tedy i ten, který není fyzicky (drogově) závislý.

Psychosociální závislost na kouření bývá spojena s první cigaretou. Většina lidí, kteří vdechli poprvé cigaretový kouř, pocítili negativní účinky kouření. Mezi ně patří pocit nevolnosti, oblužení, bolest břicha apod. Na tyto pocity vzniká tolerance. Toleranci doprovází psychosociální závislost na situacích a vztazích, které kouření provází. Pro kuřáka jsou situace, při kterých si zapaluje cigaretu, velmi osobní, typická je pouze ta cigareta. Vzniká zde závislost na cigaretě jako předmětu či prostředku komunikace, bez ohledu na její obsah. Vše úzce souvisí s rituály nabízení cigaret, zapalováním, pozorováním plamene zápalek či cigaretového dýmu. U mnoha osob rituál zapalování a kouření cigaret znamená dočasné snížení stresu, úzkosti, překonání osobních komunikačních bariér s kolegy, partnery, neznámými lidmi.

Překonání psychosociální závislosti je pro řadu osob hlavní příčinou opakovaného selhání a návratu ke kuřáctví, přestože zvládli fyzickou závislost. K překonání situací, ve kterých člověk selhává, slouží řada psycho-terapeutických postupů, takže i tento problém je řešitelný. Mezi nejznámější patří techniky kognitivně-behaviorální terapie, nácvik vhodných způsobů chování, asertivní techniky vedoucí ke změně či ovlivnění konkrétních situací atd.

V anglosaských zemích se jako doplňující složky těchto metod užívá často postupu, jehož součástí je uzavření smlouvy (kontraktu) o zane-

chání kouření k určitému datu, přičemž splnění tohoto cíle je pozitivně posíleno předem stanovenou prémie (malý věcný dárek nebo úhrada nikotinsubstituční terapie pojišťovnou), nesplnění je naopak spojeno s propadnutím této prémie.

Kromě těchto dvou základních druhů závislosti se v literatuře rozlišuje ještě řada dalších závislostí podle nejrůznějších kritérií, např. kombinovaná či zkřížená závislost ("cross dependence", "interdependence"), vyjadřující spojení jedné závislosti (např. kouření) s jinou nebo jinými (alkohol, gambling), nebo sdílená závislost ("shared dependence"), vyskytující se v případě stejné závislosti u životních partnerů, při níž zpravidla pokus jednoho z nich o abstinenci není druhý schopen realizovat atd.

Pasivní kouření

Tabákový kouř, který vdechují i nekuřáci, je směsí několika tisíc chemických látek. Bylo prokázáno, že více než 40 látek, obsažených v tabákovém kouři vdechovaném při pasivním kouření, způsobuje zhoubné bujení.

Pasivní kouření má okamžitý i dlouhodobý vliv na lidské zdraví. Mezi okamžité účinky patří podráždění očí, nosu, hrdla a plic. Toxický tabákový kouř u citlivějších nekuřáků vyvolává bolesti hlavy, pocity nevolnosti a závratí. Astmatici a alergici by se měli v zakouřených místnostech pohybovat velmi málo, neboť tabákový kouř pro ně představuje okamžité ohrožení vyvoláním záchvatu. Pasivní kouření zatěžuje srdce a postihuje hospodaření organismu s přijímáním a využíváním kyslíku. Dlouhodobě pasivní kouření zvyšuje riziko výskytu nádorových onemocnění a onemocnění srdce.

Nejzranitelnější v souvislosti s pasivním kouřením jsou malé děti. Kouření budoucích matek či jejich pasivní kuřáctví výrazně zvyšuje riziko syndromu náhlého úmrtí kojenců. Pobyt dětí v zakouřených prostorách může být příčinou vyššího výskytu zánětu průdušek, zápalu plic, zánětů středního ucha, funguje jako spouštěč astmatických záchvatů.

Pasivním kouřením jsou lidé ohroženi také na svém pracovišti, zvláště dnes, kdy většina pracovníků není v pozici, která by jim dovolovala změnit pracovní prostředí nebo opustit zaměstnání z důvodu ochrany zdraví. Často jsou nuceni pobývat v zakouřených místnostech, autech či dílnách. Každý nekuřák se však může velmi účinně bránit. Přímo v novele Zákoníku práce platné od 1. 1. 2001 je v § 133 odst. 1 písm. j) zakotvena povinnost zaměstnavatele zajistit dodržování zákazu kouření na praco-

vištích stanoveného zvláštními právními předpisy. Práva a povinnosti zaměstnanců upravuje § 135 odst. 4, písmeno e) mezi práva a povinnosti zaměstnanců zařazuje nekouření na pracovištích, kde pracují nekuřáci. Každý z nekuřáků má právo na dodržování zákonů.

Možnosti prevence

Úspěšný globální program na zanechání kouření musí být propracovaný. Musí zahrnovat zdravotnickou edukaci, veřejnou politiku a programy na šíření informací. Vzdělávání musí probíhat v médiích, ve školách a zdravotnických institucích.

Komplexní plán boje proti kouření

- zákaz reklamy a podpory distribuce tabákových výrobků, včetně sponzorství a ostatních forem nepřímé reklamy
- účinné varování před zdravotními důsledky kouření, spolupráce s médii
- je nutné předkládat informace strategickým způsobem s cílem přesvědčit o tématu a o smyslu sdělení, podporujícím změnu prostředí směrem k nekuřáckému životnímu stylu
- plán opatření na ochranu práv nekuřáků a zákonná úprava nároku na nekuřácké prostředí
- plán daňových a cenových opatření a ekonomická alternativa, která by nahradila ztráty z produkce a prodeje tabákových výrobků
- pro podporu zdravého chování a zdravé společnosti je třeba využívat globálních dat o nebezpečnosti kouření, která jsou veřejnosti předkládána
- programy k zanechání kouření musí zahrnovat společenskou podporu, nácvik dovedností a řešení problémů, osvojení si zdravého životního stylu, možnost substituční terapie a behaviorální léčbu
- základním kamenem úspěchu intervence proti kouření je, že sami zdravotníci se zapojí do boje proti celosvětové epidemii kuřáctví
- ukončení kouření není jen otázkou výchovy a prevence, ale je součástí léčby a rehabilitace
- lékař a sestra by měli být nekuřáky, měli by být modelem zdravého způsobu života
- informační kampaň a zdravotní výchova

Doporučené postupy

Obecné zásady

1. poselství pro děti: NEKUŘ! NIKDY ANI KOUŘIT NEZKOUŠEJ!
2. nekuřáctví jako pozitivní model úspěšného, resp. normálního chování ve společnosti
3. problém kouření a jeho zvládnutí je nutno chápat jako kterýkoliv jiný medicínský, diagnostický a terapeutický problém
4. motivace kuřáků v jejich rozhodnutí přestat
5. poradny pro odvykání kouření

Praktické postupy pro lékaře a sestry

Nejen v ordinaci primární péče, ale i při všech kontaktech je třeba dodržovat jednoduchý seznam postupů zajišťujících pro všechny kuřáky nabídku motivačně podložených postupů a účinné léčby k překonání závislosti, který se v literatuře vžil pod označením systém 4A:

1. krok PTÁT SE (ASK) = systematická identifikace kuřáckého statusu všech uživatelů tabáku při každé návštěvě u lékaře
2. krok PORADIT (ADVISE) = naléhavá pobídka každého kuřáka k zanechání kouření
3. krok POMOCI (ASSIST) = pomoci kuřákovi v odvykání
4. krok PŘIPRAVIT (ARRANGE) = připravit schéma kontrolních sledování

Rada lékaře přestat kouřit je důležitou motivací pro pokus odvyknutí, a je proto důležité:

- zjišťovat u všech pacientů, zda on sám nebo někdo v jeho rodině kouří
- zabezpečit, aby zdravotní záznamy obsahovaly informaci, zda pacient kouří či nekouří
- vyhledávat příležitost hovořit o problému kouření, diskutovat názory na kouření a zdraví při jakékoliv návštěvě ordinace, návštěvě v rodině
- zejména se zaměřit na dospívající, těhotné ženy, rodiče školních dětí, pacienty s hypertenzí, hypercholesterolémií, kardiovaskulárním onemocněním, respiračním onemocněním a osoby, které se mají podrobit operaci
- poradit všem kuřákům, jak přestat kouřit a využít možnosti substituční nikotinové terapie (nikotinové náplasti, žvýkačky a jiné) vyjma zvláštních případů zdravotních kontraindikací

- zdůraznit výhody nekuřáctví, podpořit pacientovo odhodlání a připravit ho pro intervenci
- nenutit ty, kteří se ještě nerozhodli
- pomoci těm, kteří jsou připraveni pokusit se zanechat kouření, a pomoci jim naplánovat individuální strategii, zásobit je zdravotně-výchovnými materiály, poskytnout klíčové rady k řešení problémů a sociální podporu, zjistit závislost pomocí různých psychologických dotazníků
- zajistit pravidelnou kontrolu a v případě relapsu povzbudit pacienta k novému pokusu
- pokud je to nezbytné, odeslat pacienta do poradny pro odvykání kouření

Poradenství - odvykání kouření

Základem metody individuálního a skupinového odvykání je zájem každého lékaře a sestry o kuřáky a postup odvykání, který by měl být standardním doplňkem jakékoliv primární prevence. Aktivita odvykání kouření zahrnují diagnostickou část a část intervenční. Obě části jsou vzájemně propojeny a nelze je při běžném postupu striktně oddělit.

Diagnostická část

Diagnóza kuřáctví je především založena na dotazníkových metodách a individuálním pohovoru. Objektivní hodnocení pomocí analýzy vydechovaných plynů a biochemické hodnocení jsou na této úrovni spíše pomocnou metodou potvrzující výpovědi klientů.

- Fagerströmův dotazník závislosti na nikotinu (FTQ) umožňuje jednoduchým způsobem určit stupeň závislosti na nikotinu jako na droze (příloha 1). Vystihuje hlavní projevy závislosti na nikotinu. Dotazník je tvořen devíti položkami, z nichž osm je hodnotitelných skórem, poslední položka je kvalitativní. Při součtu bodů 0 - 4 ještě pravděpodobně nejde o fyzickou závislost v pravém slova smyslu, při součtu nad 5 je již třeba o závislosti na nikotinu jako na droze uvažovat. Úroveň závislosti se zvyšuje s hodnotou skóru.
- Dotazník kuřáckých návyků (HSBI - Heavy Smokers Baseline Inventory) (příloha 2) je používán především jako úvodní diagnostická orientace v kurzech odvykání kouření. Je zaměřen na zjištění hlavních

tendencí ve spotřebě kuřáckých produktů, detekci počátku kouření, jeho dynamiky, potenciální role pasivního kuřáctví a zaznamenání dřívějších odvykacích pokusů. Protože charakter dotazníku umožňuje odpovídat kvantifikací nebo odpovědí typu ano - ne, není možno použít skór. Ostatně by to ani nebylo vhodné. Jednotlivé otázky je nutno hodnotit samostatně, neboť každá může představovat možnou nejschůdnější intervenční cestu. Analýza jednotlivých položek a jejich syntetický rozbor umožní určit jakýsi „kuřácký profil“.

- Dotazník na míru odolnosti vůči nutkání kouřit v různých životních situacích (CQ-Confidence Questionnaire) (příloha 3) je založen na vytipovaných situacích, v nichž dochází nejčastěji k podlehnutí kouřit, a na hodnocení osobního vztahu každého člověka k těmto situacím včetně osobní úrovně rezistence v každé z nich. Celkem 16 položek hodnotí schopnost odolávat kouření na hodnotící škále dělené po 10 v rozsahu 1 - 100, jako by šlo o určování procent. Intervence potom může být zaměřena přesněji na ty situace, kde klientovi nejvíce hrozí, že v nich selže.
- Analýza vydechaného vzduchu přístrojem Micro Smokerlyzer. Přístroj umožňuje okamžité zjištění hladiny vydechaného CO (v ppm/l) a karboxy-hemoglobinu (v %).

Intervenční část

Metody odvykání jsou individuální a hromadné, resp. skupinové. I skupinový postup však vychází z principů individuální prevence či terapie.

Postup při odvykání kouření obecně vychází z postupů kognitivně-behaviorální terapie a měl by obsahovat následující základní kroky, ať už je volena jakákoliv metoda.

- Vychází z úvodních analýz podle již uvedených dotazníků a podle výsledků anamnestického rozhovoru. V úvodu je třeba alespoň orientačně zjistit úroveň klientovy motivace k odvykání, resp. abstinenci, a podle její výše i struktury naplánovat postupnou eliminaci situací, stavů a vzorců chování, které kouření provázejí (využíváme přitom výše popsaných diagnostických metod, zvl. CQ a HSBI). Současně je třeba postupně začít snižovat denní počet vykouřených cigaret, postupně se zbavovat „postradatelných“, a to až na cílovou minimální denní spotřebu max. 5 - 8 cigaret, jež jsou v této fázi odvykání považovány za nejnížší představitelný počet.
- Zjistíme též počet event. dřívějších pokusů o abstinenci včetně příčin neúspěchu, okolností jejich realizace a délky průběhu.

- Mezníkem je přesné určení dne, v němž se zanechává kouření naráz a úplně. Tento den je třeba stanovit předem, s předstihem několika týdnů, a klienta postupně připravovat na důsledné dodržování plánované abstinence. V některých případech bývá výhodné akcentovat tento den písemnou smlouvou s klientem a informovat o tom co největší počet lidí z okolí, kteří by měli být klientovi nápomocni. Jak jsme však již výše uvedli, tento postup se osvědčil spíše v zemích s anglosaskou kulturou, více orientovaných na výkon a odměnu. Důležité je uvědomit si event. stereotypy chování i prožitků souvisejících s kouřením (např. pití kávy, siesta po obědě, čekání na autobus, prožitky napětí či nervozity), změnit je a najít si v těchto oblastech odpovídající náhradní činnosti.
- V souladu s poznatky získanými z psychologického výzkumu sociálního učení, zvl. sociálně kognitivní teorie učení amerického psychologa A. Bandury, se doporučuje využít klientovy víry ve vlastní schopnosti a v možnost jejich uplatnění ("self-efficacy"), identifikovat v průběhu kontaktu s klientem její současnou úroveň a posilovat její růst plněním snadných, krátkodobých a dobře plnitelných cílů. Tato víra ve vlastní schopnosti a v možnost jejich uplatnění je všeobecně považována za základ nového (nekuřáckého) chování a její podpora by měla postupovat celým procesem odvykání kouření.
- Dobře se osvědčuje zařadit do denního režimu více pohybové aktivity, a tím současně od samého začátku „nekuřácké“ životní éry ozdravit i další složky chování. Při chuti na cigaretu se osvědčuje osvojení jednoduchého náhradního manévru - rychlými vdechy a výdechy proventilovat plíce a vydržet co možná nejdéle v maximálním nádechu. Osvědčuje se též použití „light“ žvýkaček, konzumace na malé kousky nakrájeného ovoce nebo zeleniny a důsledné dodržování pitného režimu.
- Chuť na cigaretu bývá mnohdy nahrazována jídlem, a to vede k obavám ze zvyšování hmotnosti v souvislosti se zanecháním kouření. To je pro mnohé i hlavní obavou a důvodem ke kouření se vracet. Je proto třeba od samého počátku nepodlehnout chuti po náhradě cigarety jídlem. Vhodné je pít větší množství neslazených nápojů a do jídelníčku zařadit hodně ovoce a zeleniny, která zasytí a současně přináší ochranné živiny. Tím se dále rozvíjí zdravé stravovací návyky, a nekuřáctví se tak podílí i na naplnění modelu zdravého moderního způsobu života.
- Stěžejním principem terapie je absolutní kuřácká abstinence, jež začíná v předem dohodnutém termínu. Jediná vykouřená cigareta většinou

znamená návrat ke kuřáctví. Na druhou stranu je však třeba i v případě podobného jednorázového selhání posilovat klientovu sebedůvěru a vštěpovat mu zásadu, že o abstinenci je třeba usilovat vždy a stále a že jednotlivé selhání neznamena totální prohru.

Jestliže se prokáže u klienta závislost na nikotinu, osvědčuje se v řadě případů doplnění kognitivně-behaviorálního postupu odvykání o metody náhrady nikotinu pomocí žvýkaček nebo náplastí (nikotinsubstituční terapie).

Nikotinové žvýkačky je nutno používat přesně podle návodu výrobce. Používá se v průměru 8 - 10 žvýkaček denně s obsahem nikotinu 2 - 4 mg nikotinu podle stupně nikotinové závislosti. Postupně se množství snižuje tak, aby během 6 - 8 týdnů potřeba nikotinu zcela zanikla. Pomalé žvýkání podle návodu zaručuje správně dávkovaný příjem nikotinu. Rychlejší žvýkání vede k vyššímu příjmu s vedlejšími účinky nikotinového předávkování. Nikotin se ze žvýkaček vstřebává pouze v zásaditém prostředí vytvářeném vehikulem žvýkačky, proto se nesmí při žvýkání pít. Při používání žvýkaček je přísně kontraindikováno kouření, které by mohlo zvýšením dávky nikotinu vést k intoxikaci. Metodicky snazší je používání nikotinových náplastí. Rovněž při užívání náplastí je nutno se řídit pokyny výrobce, které se liší v délce aplikace. Tato délka se pohybuje v rozmezí 16 - 24 hodin. Léčba začíná náplastmi s obsahem 15 mg nikotinu. Náplast se aplikuje na neochlupenou část těla - rameno, předloktí, hrudník, hýždě aj. Po určené době se náplast odstraní a aplikuje se na jiné místo. Na totéž místo se může aplikovat až po 3 dnech. Léčba náplastmi 15 mg trvá 3 měsíce. Poté se 3 týdny aplikují náplasti s obsahem 10 mg nikotinu a další 3 týdny s obsahem 5 mg. Tím léčba končí.

Hromadně realizované odvykání má několik výhod. Je časově efektivnější, zvyšuje odhodlání klienta, vytváří možnost srovnávání a soutěže, poskytuje možnosti předávání zkušeností v odvykání a v případě skupinové terapie lze též využít dynamiky vztahů vznikajících a rozvíjejících se mezi členy skupiny. Pomáhá také měnit chování na individuální úrovni, neboť důležitou součástí úspěchu je změna původně kuřáckého chování na nekuřácké. Skupina je vhodná i pro prevenci selhání („relapsů“) a recidiv formou psychodramatu, v němž jsou prakticky nacvičovány běžné každodenní situace, v nichž by mohlo dojít vlivem uplatnění rizikových okolností k akcentování tendence návratu k minulým (tj. „kuřáckým“) pro-

žitkům a chování. Tento nácvik odolnosti čelit rizikovým situacím je pro udržení abstinence zcela zásadní.

Literatura:

Albright, C. L., Farquhar, J. W.: Principles of behavior change.
In: Greene, H. M. (Ed. In Chief): Clinical Medicine (2nd Edition).
St. Louis, Mosby, 1996, 762 - 767.

Bandura, A.: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change.
Psychological Review, 1977, 84, 191 - 215.

Beňa, F., Brázdová, Z., Čadová, L., Fiala, J., Holoubek, I., Hrubá, D., Hrubá, M., Foretová, L., Kolářová, L., Kolářová, M., Kozák, J. T., Marečková, J., Navrátilová, M., Vít, M., Závřelová, M.: Onkologická rizika.
Brno, Mysarykův onkologický ústav a GAD STUDIO s.r.o., 2001.

DiClemente, C. C.: Self-efficacy and smoking cessation maintenance:
A preliminary report.
Cognitive Therapy and Research, 1981, 5, 175 - 187.

Janovská, J., Kebza, V., Komárek, L., Šoltysová, T.: Metody a postupy
v poradnách podpory zdraví.
Praha, Státní zdravotní ústav a České centrum zdraví, 1996.

Kebza, V.: Možnosti ovlivnění chování.
Postgraduální medicína, 1999, 1, 45 - 48.

Komárek, L., Drbal, J., Kernová, V., Kodl, M., Komárek, D.:
Prevence nádorových onemocnění v primární péči.
Praha, Státní zdravotní ústav a Centrum zdraví Praha s.r.o., 2000.

Kozák, J. T.: Nekuřme. Škola odvykání kouření.
Praha, Liga proti rakovině, 2000.

Králíková, E., Kozák, J. T.: Odvykání kouření v denní praxi lékaře.
Praha, Maxdorf Jessenius, 1997.

Provazník, K., Komárek, L.: Manuál prevence v lékařské praxi. VII. Doporučené
preventivní postupy v primární péči.
Praha, Státní zdravotní ústav a nakladatelství Fortuna, 1999.

Rážová, J., Tučková, P., Kebza, V., Komárek, L., Šoltysová, T., Tučková, V.:
Metody a postupy v poradnách podpory zdraví.
Praha, Státní zdravotní ústav a Centrum zdraví Praha s.r.o., 2001.

PŘÍLOHY - ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ

Příloha 1

FAGERSTRÖMŮV DOTAZNÍK ZÁVISLOSTI NA NIKOTINU (FTQ)

Jméno a příjmení

Datum narození Datum

SKÓRE

A = 0

B = 1

C = 2

| | A = 0 | B = 1 | C = 2 |
|--|----------------------------------|--------------|--------------|
| 1. Za jak dlouhou dobu po probuzení si ráno zapálíte první cigaretu? | po 30 min | do 30 min | |
| 2. Je pro Vás obtížné nekouřit na místech, kde je to zakázáno, např. v knihovně, divadle, lékařské ordinaci? | ne | ano | |
| 3. Která ze všech cigaret, jež vykouříte během dne, Vám přináší největší uspokojení? | kterákoliv jiná, než první ranní | první ranní | |
| 4. Kolik cigaret denně vykouříte? | 1 - 15 | 16 - 25 | více než 25 |
| 5. Kouříte více ráno než během zbývajících částí dne? | ne | ano | |
| 6. Kouříte také, když jste nemocen(a) a ležíte převážnou část dne v posteli? | ne | ano | |
| 7. Jak často vdechujete cigaretový kouř? | nikdy | občas | vždy |
| 8. Jakou značku cigaret nejčastěji kouříte? | | | |
| 9. Má značka cigaret, které kouříte, nízký, střední nebo vysoký obsah nikotinu? | nízký | střední | vysoký |

Vaši odpověď označte X, případně doplňte.

HODNOCENÍ:

1) 0 - 4 body - nejde o závislost

2) 5 - 6 bodů - střední závislost

3) 7 - 9 bodů - silná závislost

4) 10 - 11 bodů - velmi silná závislost

Příloha 2

DOTAZNÍK KUŘÁCKÝCH NÁVYKŮ (HSBI)

Jméno a příjmení

Datum narozeníDatum

Rádi bychom Vám položili několik otázek o Vašich kuřáckých návycích:

1. Kolik Vám bylo let, když jste začal(a) pravidelně kouřit?
2. Kolik cigaret vykouříte průměrně během dne?
3. Kolik cigaret jste průměrně vykouřil(a) během dne před šesti měsíci?
4. Kolik cigaret jste vykouřil(a) za den v době, kdy jste kouřil(a) nejvíce?
5. Jste vystaven(a) v zaměstnání vlivu cigaretového kouře druhých lidí?
6. Zkoušel(a) jste někdy zanechat kouření? ANO NE
7. Jaká byla nejdelší doba, po kterou jste vydržel(a) nevykouřit ani jednu cigaretu denně?
Roků
Měsíců
Dní
8. Kolikrát jste se vážně pokoušel(a) zanechat kouření v uplynulých 12 měsících?

PŘÍLOHA 3

DOTAZNÍK ODOLNOSTI VŮČI NUTKÁNÍ KOUŘIT (CQ)

Jméno a příjmení

Datum narozeníDatum

Máte před sebou soupis 15 situací, ve kterých lidé často kouří. Pečlivě si každou z nich pročtete a zakroužkujete číslo, vyjadřující v procentech pravděpodobnost, s níž byste mohli být schopni odolat nutkání ke kouření, jestliže byste se do této situace dostali.

Pokud jste si zcela jisti, že můžete cigaretě za těchto okolností zítra odolat, zakroužkujte 100 %, pokud nemáte o své schopnosti odolat kouření vysoké mínění, zakroužkujte nějaké číslo od levého kraje stupnice - 0 % nebo 10 %, nebo samozřejmě cokoli mezi tím, podle vlastního realistického odhadu.

1. Když pocítuji nervozitu.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
2. Když chci relaxovat.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
3. Když mi někdo nabídne cigaretu.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
4. Když se nudím.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
5. Když nevím, co s rukama.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
6. Když se chci soustředit.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
7. Když si dám nějaký alkoholický nápoj.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
8. Když se cítím nepříjemně, rozmrzele.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
9. Když řídím auto.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
10. Když jsem ve společnosti lidí, kteří kouří.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
11. Když piji kávu nebo čaj.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
12. Když pocítuji netrpělivost, neklid.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
13. Když se dívám na televizi.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
14. Když telefonuji.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
15. Po dobrém jídle.
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %
16. Jaká je pravděpodobnost, že budete schopni odolat kouření celkově v průběhu zítřka, bez ohledu na jednotlivé situace?
0 % 10 % 20 % 30 % 40 % 50 % 60 % 70 % 80 % 90 % 100 %

Spotřeba alkoholu v České republice

Ladislav Csémy a Hana Sovinová

Výsledky epidemiologických studií potvrzují, že na kvalitě zdraví populace se podílí vedle biologických činitelů také faktory životního způsobu či chování. Vedle nesprávné výživy patří ve vyspělých zemích mezi rizikové faktory ohrožující zdraví také kouření a pití alkoholu. Zneužívání ilegálních drog je faktorem, jehož vliv sice v posledních desetiletích vzrůstal, ve srovnání s tabákem a alkoholem je však podstatně menší. Z pohledu veřejného zdravotnictví je zájem o problematiku alkoholu určen jednak místem alkoholu v současné společnosti, jednak (a zejména pak) složitými interakcemi alkoholu ve vztahu ke zdraví.

Dopady alkoholu na zdraví obyvatelstva se stále studují. Je prokázáno, že se alkohol negativně podílí na celkové mortalitě, a to nejen s ohledem na zřejmou souvislost s úrazy, ale také vzhledem k řadě onemocnění, na jejichž vzniku či průběhu se spolupodílí. Jde zde především o nádorová onemocnění a onemocnění trávicího systému, dále onemocnění srdce a oběhového systému. Her a Rehm (1998) prokázali na datech z 25 evropských zemí, že při nárůstu průměrné spotřeby alkoholu na obyvatele dochází k nárůstu celkové míry mortality a naopak. Němcov (2001) publikoval několik prací, které uvádějí lidské ztráty, které v Rusku způsobil alkohol, včetně zvýšené sebevražednosti. Evstifeeva, MacFarlane a Robertson (1997) srovnávali vývoj úmrtnosti na nádorová onemocnění v průběhu 20 let ve třech západoevropských a třech východoevropských zemích (včetně bývalého Československa). Zjistili, že ve všech sledovaných zemích došlo k nárůstu úmrtí na nádorová onemocnění související s kouřením tabáku a pitím alkoholu.

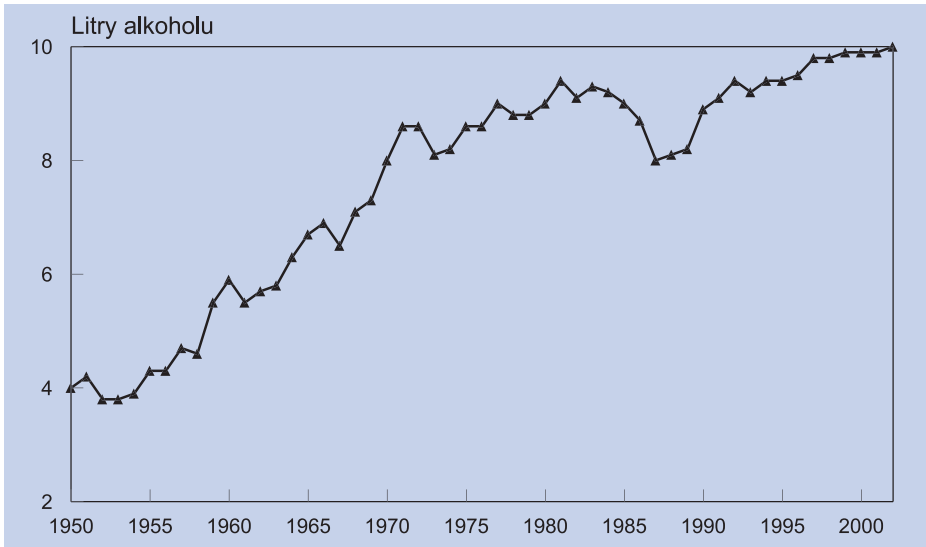
Vedle prací, které přinášejí poznatky o devastujícím vlivu alkoholu na zdraví, se v posledních letech dost často objevují také práce, které naznačují, že alkohol konzumovaný ve velmi malých dávkách má kardioprotektivní účinky. Pearson (1997) a Eagles a Martin (1998) uvádějí, že při denním konzumu 1 - 2 drinků (obsah alkoholu v drinku se liší podle zemí, zpravidla však odpovídá asi 8 - 12 gramům alkoholu) dochází ke snížení rizika koronárního onemocnění srdce o 30 - 50 %. Také Doll (1998) soudí,

že v současnosti existuje dostatečná evidence pro to, že malé dávky alkoholu snižují riziko vaskulárních onemocnění přibližně o třetinu a výrazně redukuje mortalitu ve středním a vyšším věku.

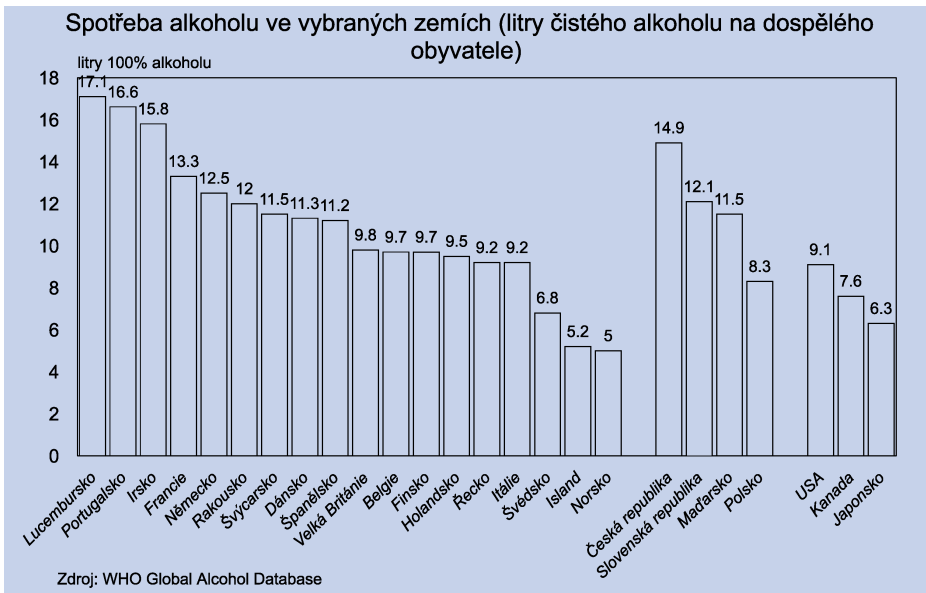
I když byl protektivní účinek alkoholu vzhledem ke koronárnímu onemocnění prokázán v mnoha studiích, existují i dobře dokumentované práce, které význam protektivní funkce alkoholu přinejmenším relativizují (Lindeman a spol., 1999).

Problém alkoholu a zdraví populace je v České republice aktuální vzhledem k vysoké průměrné spotřebě alkoholu na obyvatele. Graf 5 ukazuje, že s výjimkou krátkého období v polovině 80. let, kdy spotřeba alkoholu poklesla možná v souvislosti s domácí imitací Gorbačovovy protialkoholní kampaně, vzrůstala průměrná spotřeba alkoholu, až v roce 2002 dosáhla 10,0 litrů na obyvatele (včetně dětí). Nepříznivá je rovněž skladba spotřeby, kdy sice přibližně polovina celkové spotřeby se vypije v pivu, ale jednu třetinu celkové spotřeby reprezentují destiláty. Postavení ČR ve světě, pokud jde o spotřebu alkoholu, přibližuje graf 6. Ve srovnání s USA, Kanadou, Japonskem a skandinávskými zeměmi je spotřeba v ČR výrazně vyšší. Je také vyšší než spotřeba na Slovensku, Maďarsku a Polsku. Na Slovensku a v Maďarsku může být vliv neregistrované spotřeby poměrně významný, tak že u těchto zemí si nemůžeme být jistí, zda je reálná spotřeba opravdu nižší než v ČR. Statistické údaje o spotřebě, jak jsme je uváděli, jsou sice důležité pro řadu porovnání, ale málo informativní, pokud jde o spotřební zvyklosti populace a odhad případných zdravotních rizik. Pro detailní poznání konzumních zvyklostí různých segmentů populace se ve vyspělých zemích provádějí rozsáhlá populační šetření. V ČR bylo takové šetření provedeno naposledy v roce 2002. Projekt GENACIS (Gender, Alcohol and Culture - An International Study) sleduje transkulturální rozdíly a genderové rozdíly ve vztahu k alkoholu. Data z české části projektu přináší novější poznatky o pití alkoholu dospělými Čechy.

Graf 5 Vývoj průměrné spotřeby alkoholu na obyvatele v ČR



Graf 6 Spotřeba alkoholu na dospělého obyvatele. (Vybrané země, poslední dostupné údaje [rok 2000, příp. 1999], alkoholová databáze Světové zdravotnické organizace.)



Pití alkoholu u dospělých dle šetření GENACIS 2002

V rámci studie GENACIS bylo v ČR náhodně vybráno a dotázáno 2551 dospělých ve věku 18 až 64 let. Další informace o studii GENACIS viz část Poznámky.

Průměrná denní spotřeba alkoholu vypočítaná na základě odpovědí na otázky o frekvenci a kvantitě pití alkoholických nápojů byla 16,6 gramů, spotřeba mužů byla pochopitelně vyšší (26,4 g) ve srovnání s průměrnou spotřebou žen (7,2 g). Značně se liší spotřeba alkoholu podle věkových skupin (viz tabulka 9). Nejvyšší je u mužů ve středním věku, tj. mezi 35. a 44. rokem věku. Nejnižší spotřeba u mužů je ve věkové skupině 18 - 24 let, tedy u nejmladších mužů našeho souboru. Rozdíly mezi ženami nejsou tak markantní, pokud sledujeme věk. Nejnižší spotřebu udávají ženy ve věku nad 54 let. I mezi ženami je spotřeba nejvyšší ve věkové kohortě 35 až 44 let. Vyšší spotřeba alkoholu ve středním věku může mít souvislost s tím, že v tomto životním období jsou lidé na vrcholu svých fyzických sil, mají již odrostlejší děti a zpravidla jsou i po ekonomické stránce zajištěni. Nižší spotřeba alkoholu ve vyšším věku má patrně souvislost s přibývajícimi zdravotními omezeními. Naopak v nižším věku může být limitujícím faktorem studium, resp. příprava na povolání, dále péče o dítě atp.

Tabulka 9 Průměrná denní spotřeba alkoholu v gramech podle věkových skupin a pohlaví

| | Věkové kategorie | | | | |
|----------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 18 - 24 let | 25 - 34 let | 35 - 44 let | 45 - 54 let | 55 - 64 let |
| Muži (g) | 20,7 | 23,0 | 35,2 | 27,1 | 24,8 |
| Ženy (g) | 7,8 | 7,2 | 8,9 | 7,1 | 5,0 |

Rozložení průměrné spotřeby alkoholu podle výše dosaženého vzdělání potvrzuje nepřímý vztah (viz tabulka 10). Lidé s vyšším vzděláním pijí méně alkoholu. Zejména u mužů je tento vztah velmi zřetelný. Muži, kteří mají jen základní vzdělání nebo jsou vyučení, vypijí denně v průměru o 10 gramů alkoholu více než vysokoškoláci. Tento jeden drink denně navíc se nezdá být podstatný, musíme si však uvědomit, že vyjádřeno v litrech čistého alkoholu za rok jde o spotřebu vyšší o 4,6 litru. Velmi podobný

vztah se vzděláním jsme zjistili i ve studii SZÚ Zdraví a škodlivé návyky v roce 1996 (Sovinová et al., 1999), včetně zjištění, že u žen není tento vztah vyjádřen tak silně jako u mužů.

Tabulka 10 Průměrná denní spotřeba alkoholu v gramech podle výše vzdělání a pohlaví

| | Vzdělání | | |
|----------|--------------|----------------|------|
| | ZŠ + vyučení | SŠ s maturitou | VŠ |
| Muži (g) | 29,5 | 23,5 | 19,5 |
| Ženy (g) | 8,1 | 6,1 | 6,5 |

Data, která jsme získali, umožňují pochopitelně více pohledů na spotřebu alkoholu. Za důležité považujeme sledovat distribuci spotřeby dle její výše. V tabulce 11 je výše průměrné spotřeby kategorizována do čtyř skupin. Celkově nízkou spotřebu, tj. do 20 g alkoholu má 59 % mužů a 90 % žen. Pokud se přidržíme názorů expertů WHO (např. in Anderson, 2003) na zdravotně rizikové dávky alkoholu, tj. 40 gramů pro muže a 20 gramů pro ženy, pak podle našeho šetření 23 % mužů a 10 % žen se vystavuje riziku zdravotních problémů působených alkoholem.

Tabulka 11 Distribuce spotřeby alkoholu podle pohlaví

| | Průměrná denní spotřeba alkoholu v gramech | | | |
|----------|--|-----------|-----------|-------------|
| | do 20 g | 20 - 39 g | 40 - 59 g | 60 g a více |
| Muži (g) | 58,7 | 18,7 | 9,6 | 13,0 |
| Ženy (g) | 89,9 | 6,6 | 1,8 | 1,6 |

Výskyt zdravotně rizikové spotřeby, pro kterou jsme přijali hranici 40 g resp. 20 g průměrné denní spotřeby, je různý podle věku, pohlaví i vzdělání. Pokud jde o věk, opět se rizikový konzum nejvíce vyskytuje ve středním věku, v pásmu 35 až 44 let (viz tabulka 12). V této věkové skupině pije téměř jedna třetina mužů dávky alkoholu vyšší, než je rizikový limit. U žen je výskyt rizikového pití oproti mužům nižší a také rozdíly ve věkových skupinách jsou poměrně malé. Výrazně nižší výskyt je zde ve věkových skupině 55 až 64 let.

Tabulka 12 Výskyt zdravotně rizikové spotřeby alkoholu podle věkových skupin a pohlaví

| | Věkové kategorie | | | | |
|-----------------------------|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 18 - 24 let | 25 - 34 let | 35 - 44 let | 45 - 54 let | 55 - 64 let |
| % mužů pijících 40 g a více | 16,3 | 19,6 | 32,8 | 21,3 | 21,4 |
| % žen pijících 20 g a více | 11,1 | 10,1 | 13,0 | 10,3 | 6,2 |

Výskyt rizikového konzumu ve vztahu ke vzdělání je u mužů prakticky lineární, nejnižší je u vysokoškoláků, nejvyšší u mužů s nejnižším vzděláním (viz tabulka 13). U žen se pití rizikových dávek vyskytuje nejméně u těch, které mají středoškolské vzdělání. Data, která máme k dispozici, nevysvětlují, proč tomu tak je. Lze předpokládat, že úroveň vzdělání partnerů je přibližně stejná, tak že ženy s nižším vzděláním mají za partnery nejčastěji muže s nižším vzděláním, vyšší výskyt rizikového pití zde může souviset s pitím partnera. V případě žen s vysokoškolským vzděláním je možné, že zde zvýšený výskyt může souviset s častějšími pracovními a sociálními kontakty, jejichž součástí je i pití alkoholu.

Tabulka 13 Výskyt zdravotně rizikové spotřeby alkoholu podle dosaženého stupně vzdělání a pohlaví

| | Vzdělání | | |
|-----------------------------|--------------|----------------|------|
| | ZŠ + vyučení | SŠ s maturitou | VŠ |
| % mužů pijících 40 g a více | 27,2 | 17,8 | 12,9 |
| % žen pijících 20 g a více | 11,8 | 7,2 | 10,9 |

Pití nadměrných dávek alkoholu při jednom posezení (jedné konzumní epizodě) je indikátor, který bývá standardně zařazován do dotazových šetření. Nadměrnou dávkou při jednom posezení se myslí vypití pěti nebo více sklenek alkoholu, přičemž sklenka je definovaná jako 2 dl vína, 0,5 l piva nebo 0,5 dl destilátu. V přepočtu jde o spotřebu vyšší než 80 g alkoholu. Ukazuje se, že časté pití nadměrných dávek alkoholu je docela spolehlivým ukazatelem problémů souvisejících s alkoholem. Tabulka 14 zachycuje četnost pití nadměrných dávek alkoholu během posledního roku. Alespoň jednou do měsíce pije nadměrné dávky alkoholu 29 % mužů a 10 % dospělých žen. Pití nadměrných dávek týdně nebo častěji přiznává 12 % mužů a 2 % dotázaných žen.

Tabulka 14 Frekvence pití nadměrných dávek alkoholu během posledních 12 měsíců

| | nikdy | 1x - 2x/rok | 3x - 11x/rok | 1x - 2x/měsíc | týdně či častěji |
|----------|-------|-------------|--------------|---------------|------------------|
| Muži (%) | 25,4 | 19,9 | 25,8 | 16,4 | 12,4 |
| Ženy (%) | 55,3 | 17,4 | 17,3 | 8,1 | 2,0 |

Pití alkoholu má celou řadu nežádoucích souvislostí. Existují také škály, které problémy s alkoholem měří. Jednou z nejznámějších škál je AUDIT. Ve studii GENACIS jsou zařazeny také některé otázky z AUDITU a je také možné vypočítat průměrný problémový skór. V tabulce 15 jsme shrnuli výskyt problémů s alkoholem v devíti položkách. Hodnoty uvedené v tabulce udávají míru výskytu problému s frekvencí alespoň jednou za měsíc v posledním roce. Jde tedy o problémy objevující se výjimečně, ale s určitou pravidelností. Z uvedených problémů je nejčastěji udávána amnézie po pití nadměrných dávek alkoholu, v dotazníku formulovaná jako neschopnost vybavit si události z předchozího večera. Taková „okna“ mívá alespoň jednou za měsíc 23 % mužů a 5 % žen. Poměrně často se vyskytuje také ovlivnění alkoholem (vrávorání, zhoršená řeč atp.). Jde v podstatě o výskyt opilosti, bez ohledu na její stupeň. Udává ji 19 % mužů a 8 % žen. Poměrně rozšířené jsou také bolesti hlavy a pocity na zvracení, které uvádí každý desátý dotázaný. Za pozornost stojí i to, že dotázaní udávají i somatické příznaky závislosti (třes po vysazení alkoholu, neschopnost přestat s pitím, ranní doušky).

2,3 % dotázaných uvedlo, že v posledním roce měli úraz, který souvisel s alkoholem, totéž, ale v celoživotní perspektivě, udává 12 % dotázaných.

Tabulka 15 Problémy s alkoholem udávané s frekvencí alespoň jednou za měsíc nebo častěji během posledního roku (uvedené hodnoty jsou procenta)

| Problém | Muži | Ženy | Celkem |
|---|------|------|--------|
| Ovlivnění alkoholem - vratká chůze, obtíže při artikulaci | 19,2 | 7,6 | 13,7 |
| Bolesti hlavy nebo pocit na zvracení | 12,8 | 6,9 | 10,0 |
| Pití ke zmírnění následků po předešlém pití | 2,0 | 1,1 | 1,5 |
| Třes po omezení či vysazení alkoholu | 2,2 | 1,5 | 1,9 |
| Neschopnost přestat s pitím | 5,6 | 2,2 | 4,0 |
| Nezvládnutí běžných úkolů kvůli pití | 6,0 | 1,2 | 3,7 |
| Pití alkoholu hned po ránu | 6,1 | 2,5 | 4,4 |
| Pocity viny či výčitky kvůli pití | 7,1 | 1,0 | 4,2 |
| Neschopnost vybavit si události z předchozího večera | 22,5 | 5,1 | 14,1 |

Již zmíněná souvislost mezi průměrnou denní spotřebou a celkovým skórem problémů s alkoholem je naznačena v tabulce 16. Interpretace skóru je podobná jako u AUDITu, tj. osoby se skórem vyšším než 9 by měly vyhledat odborníka a problém s alkoholem s ním konzultovat.

Tabulka 16 Průměrný skór problémů s alkoholem podle výše spotřeby

| Průměrná denní spotřeba alkoholu | do 20 g | 20 - 39 g | 40 - 59 g | 60 a více g |
|---|---------|-----------|-----------|-------------|
| Průměrný skór na škále problémů s alkoholem | 1,5 | 4,0 | 6,1 | 10,1 |

V dotazníku byla také zařazena otázka zjišťující negativní dopad pití alkoholu na různé oblasti života. Odpovědi jsou shrnuty v tabulce 17. Vůbec nejvíce jsou alkoholem postiženy mezilidské vztahy. Partnerské vztahy, vztahy v rodině, vztahy k přátelům představují 31 % odpovědí. Jistě není překvapivé, že nejčastěji se uvádí negativní dopad alkoholu na finance. Další oblastí, která je alkoholem postižena, je oblast vztahová. Je známo, že abúzus alkoholu je jednou z nejčastěji uváděných příčin rozvodovosti, a naše poznatky tuto skutečnost jen potvrzují. Relativně často je alkohol také překážkou v práci v domě nebo na chalupě. Výsledky ukazují i to, že část dotázaných vnímá negativní vliv alkoholu na oblast práce, studia, případně profesní kariéry.

Tabulka 17 Oblasti negativně ovlivněné pitím alkoholu během posledního roku

| Oblast negativně ovlivněná alkoholem | Výskyt |
|---|--------|
| Práce, studium, postup v zaměstnání | 7,0 % |
| Práce doma, na chatě a na chalupě | 12,9 % |
| Manželství, partnerské vztahy | 14,9 % |
| Vztahy s dalšími členy rodiny včetně dětí | 9,1 % |
| Přátelství, společenský život | 6,8 % |
| Finance | 17,1 % |

Pití alkoholických nápojů u dětí školního věku

Alkohol a tabák jsou psychoaktivní látky, s nimiž získávají děti první zkušenosti již ve věku 11 až 13 let. Práce zabývající se vlivem iniciace naznačují, že jedním z významných rizikových faktorů pro rozvoj problémů

v pozdějším věku je raný začátek užívání návykové látky. Školní dotazová šetření jsou jedním z mála zdrojů, které umožňují poznat, jaké zkušenosti mají děti s užíváním alkoholu a jiných návykových látek. Již výsledky studie HBSC (viz Poznámky) v roce 1994 poukázaly na značné rozšíření pití alkoholu mezi dětmi školního věku. V této části kapitoly chceme prezentovat data o pití alkoholu u dětí ze dvou posledních vln studie, tj. z roku 1998 a 2002. Tabulka 18 shrnuje informace o výskytu relativně pravidelného pití (tj. pití daného druhu alkoholického nápoje alespoň jednou týdně) u dětí ve věku 11 let, 13 let a 15 let (žáci 5., 7. a 9. tříd ZŠ). Ve věkové skupině 11 let je s výjimkou piva pití alkoholu relativně řídké, s rostoucím věkem se pak pití stává běžnějším. Sledujeme-li změny mezi rokem 1998 a 2002, nejvýraznější posuny jsou patrné ve věkové skupině patnáctiletých. Až na pití míchaných nápojů je výrazný nárůst pití u všech druhů alkoholických nápojů a u obou pohlaví. V pití piva se rozdíly mezi chlapci a dívkami zmenšují. Podle dat z roku 2002 pije pivo běžně více než jedna třetina patnáctiletých chlapců a téměř čtvrtina děvčat. Obliba míchaných alkoholických nápojů může být ovlivněna skutečností, že konzumace alkoholických nápojů v této formě je sociálně méně viditelná (legální věk pro požívání alkoholu je 18 let).

Tabulka 18 Pití alkoholických nápojů alespoň jednou týdně nebo častěji podle druhu nápoje, pohlaví a věkové skupiny

| Druh nápoje | Pohlaví | Věková skupina | | | | | |
|----------------|---------|----------------|------|--------|------|--------|------|
| | | 11 let | | 13 let | | 15 let | |
| | | 1998 | 2002 | 1998 | 2002 | 1998 | 2002 |
| Pivo | Chlapec | 14,1 | 9,3 | 15,0 | 21,1 | 29,3 | 36,9 |
| | Dívka | 6,7 | 4,0 | 8,5 | 8,0 | 14,2 | 23,1 |
| Víno | Chlapec | 3,0 | 2,1 | 2,5 | 6,4 | 4,7 | 10,9 |
| | Dívka | 0,5 | 1,0 | 1,8 | 3,3 | 6,5 | 12,1 |
| Lihoviny | Chlapec | 1,9 | 1,4 | 2,8 | 2,7 | 5,5 | 10,6 |
| | Dívka | 0,7 | 0 | 0,8 | 0,5 | 3,2 | 6,4 |
| Míchané nápoje | Chlapec | 5,2 | 3,7 | 4,9 | 5,3 | 8,4 | 9,8 |
| | Dívka | 1,6 | 1,1 | 3,3 | 3,0 | 7,9 | 9,1 |

Tabulka 19 přináší informaci o počtu těch, kteří uvedli, že se za svůj život už dvakrát anebo vícekrát napili takového množství alkoholu, že byli „opravdu opilí“. Opakovaně alkoholem intoxikovaných chlapců tedy bylo 14,4 % mezi 13letými, ale již 36 % mezi 15letými v roce 1998 a tato čísla se podstatně nezměnila ani v roce 2002 (12 % a 38 %). U dívek došlo ke statisticky významnému nárůstu jen ve věkové skupině 15 let.

Tabulka 19 Opakovaná opilost (2x nebo častěji) podle pohlaví a věkových skupin (studie HBSC)

| Pohlaví | Věková skupina | | | |
|---------|----------------|------|--------|------|
| | 13 let | | 15 let | |
| | 1998 | 2002 | 1998 | 2002 |
| Chlapec | 14 % | 12 % | 36 % | 38 % |
| Dívka | 6 % | 6 % | 22 % | 29 % |

Pití alkoholu u dospívajících

Poznatky o pití alkoholu mezi dospívajícími opíráme o data ze studie ESPAD 1995, 1999 a 2003. Tato studie sleduje vždy reprezentativní soubor středoškoláků ve věku 16 let. (Další informace o ESPADu viz Poznámky).

V případě spotřeby alkoholických nápojů sledujeme tyto ukazatele: výskyt častého konzumu alkoholických nápojů v posledním měsíci (tabulka 20) a výskyt zdravotně rizikových forem konzumu alkoholu, tj. časté pití nadměrných dávek alkoholu (5 a více sklenic alkoholu 3x a častěji v posledních 30 dnech) a opilost udávanou 3x a častěji v posledních 30 dnech (viz tabulka 20).

Časté pití alkoholických nápojů udávají více chlapci, přičemž nejvíce preferovaným nápojem je u nich pivo. U dívek není preference nápoje tak výrazná jako chlapců. V roce 1995 byly dokonce destiláty u dívek nejčastěji konzumovaným druhem alkoholu, postupně však narůstala u dívek obliba piva. Ve srovnání s rokem 1995 je v roce 1999 více častých

konzumentů alkoholických nápojů u obou pohlaví a u všech druhů nápojů. Mezi rokem 1999 a 2003 není již nárůst tak výrazný. U dívek je relativní nárůst vyšší než u chlapců, a pokud jde o druh nápoje, největší nárůst je u piva.

Za indikátory již zcela nepochybně zdravotně rizikových forem konzumu alkoholu, případně také již forem problémového pití, lze považovat výskyt časté alkoholové intoxikace (v našem případě opilost udávaná častěji než 3x v posledním měsíci) a výskyt častého pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě (v našem případě konzumace ekvivalentu 100 a více ml čistého lihu 3x anebo častěji v posledním měsíci).

Výsledky naznačují, že zdravotně nežádoucí formy pití jsou velmi rozšířené u chlapců a stávají se stále běžnějšími u dívek. Výskyt v tomto smyslu definovaného rizikového pití lze v roce 2003 odhadnout na 17 až 23 % populace chlapců a 8 až 13 % populace dívek ve věku 16 let. Rozdíly mezi rokem 1999 a 2003 nebyly významné a pouze u dívek byl zjištěn mírný nárůst (viz tabulka 21).

Tabulka 20 Pravidelné pití alkoholických nápojů u 16 letých středoškoláků v letech 1999 až 2003 (uváděné hodnoty jsou v %)

| Alkohol za posledních 30 dnů | Chlapci | | | Dívky | | | Studenti celkem | | |
|------------------------------|---------|------|------|-------|------|------|-----------------|------|------|
| | 1995 | 1999 | 2003 | 1995 | 1999 | 2003 | 1995 | 1999 | 2003 |
| Pivo 6x* | 26,7 | 37,4 | 33,6 | 6,9 | 12,1 | 14,4 | 17,8 | 24,1 | 23,1 |
| Víno 6x* | 5,8 | 6,3 | 7,8 | 3,7 | 7,5 | 9,4 | 4,8 | 7,0 | 8,7 |
| Destiláty 6x* | 13,0 | 15,5 | 14,0 | 9,7 | 10,1 | 11,4 | 11,5 | 12,7 | 12,6 |

* znamená „a více“ nebo „a častěji“

Tabulka 21 Pití nadměrných dávek alkoholu a opakovaná opilost u 16 letých středoškoláků v letech 1999 až 2003 (uváděné hodnoty jsou v %)

| Alkohol za posledních 30 dnů | Chlapci | | | Dívky | | | Studenti celkem | | |
|--|---------|------|------|-------|------|------|-----------------|------|------|
| | 1995 | 1999 | 2003 | 1995 | 1999 | 2003 | 1995 | 1999 | 2003 |
| Časté pití nadměrných dávek alkoholu (3x+) | 19,9 | 24,0 | 23,1 | 6,6 | 10,4 | 12,6 | 13,9 | 16,8 | 17,5 |
| Opilost 3x+ | 14,3 | 18,5 | 17,2 | 5,5 | 8,2 | 10,3 | 10,3 | 13,1 | 13,5 |

* znamená „a více“ nebo „a častěji“

Sledujeme-li konzumní zvyklosti dospívajících z hlediska typu navštěvované střední školy, pak musíme konstatovat, že rizikové formy pití, tj. časté pití nadměrných dávek a častá alkoholová intoxikace, se statisticky významně častěji vyskytují u žáků středních odborných učilišť. Je to zřejmě dáno jejich sociálním prostředím včetně takových činitelů, jako je více volného času, a oproti studentům středních odborných škol a gymnázií také více finančních prostředků.

Závěry

Česká společnost je tradičně velmi tolerantní nejen vůči pravidelnému pití alkoholických nápojů, ale také vůči excesivnímu pití. Tolerantní normy dospělých utvářejí postoje dětí a mladých lidí k alkoholu. Ti potom velmi brzy přijímají pití jako normální (rozuměj společensky schvalovanou) součást sociálních kontaktů a téměř neodmyslitelnou součást oslav a zábav. Výsledky šetření ukázaly, že dospělí v Čechách vypijí v průměru 14 litrů alkoholu za rok. (Touto spotřebou se řadí na přední místo evropského žebříčku.) Třetina dospělých mužů a nezanedbatelná část žen konzumuje alkohol v dávkách, které jsou obecně považovány za zdravotně rizikové. Výskyt zdravotních a sociálních problémů přímo souvisejících s pitím alkoholu naznačuje, že alkohol nepříznivě ovlivňuje oblast mezilidských vztahů v nejbližším okolí, osobní i rodinný život a také práci a finance části obyvatelstva. V kontextu uvedené diskuse o účincích alkoholu na zdraví je otázkou, jaké mohou být implikace poznatků šetření pro oblast zdravotní politiky. Konzumní zvyklosti české společnosti nás utvrzují v přesvědčení, že v případě alkoholu by prioritou pro podporu zdraví populace mělo být mnohem spíše úsilí o snižování jeho konzumace než podpora umírněné konzumace s odkazem na zmiňované protektivní účinky. S podobnými závěry se setkáváme i v odborné literatuře. Respektovaní odborníci (např. Chic, 1998) nepovažují za vhodné doporučovat pacientovi mírnou konzumaci alkoholu. Upozorňují, že takové doporučení je oprávněné pouze v případě osob ve středním věku, u nichž je vysoké a nekontrolovatelné riziko koronárního onemocnění srdce a kteří jsou současně abstinenty nebo pijí alkohol výjimečně. Friedman (1998) uvádí, že vědecké poznatky nepřinášejí argumenty, které by opravňovaly doporučovat pití alkoholu ze zdravotních důvodů. Píše: „Zavádění mírného pití do života abstinentů je spojeno s nepředvídatelnými riziky ztráty kontroly, s možností jejich sociální a zdravotní dezintegrace“. Na druhé straně

soudí, že neexistují důvody, proč by mírní konzumenti měli měnit svou životosprávu. Kanadští autoři (Ashley a spol., 1997) upozorňují, že v souvislosti s protektivními účinky alkoholu se často zapomíná na to, že i mírné pití alkoholu může být spojeno se zdravotními riziky (např. s některými nádorovými onemocněními, úrazy, mrtvicí, psychosociálními problémy). Uzavírají, že zvýšení spotřeby alkoholu mívá zpravidla za následek zhoršení zdravotního stavu.

V České republice se dosud nepodařilo účinným způsobem ovlivňovat postoje a zvyklosti dospělého obyvatelstva, pokud jde o užívání alkoholu. Cesta k účinné prevenci jistě nevede přes jednorázové kampaně, bez ohledu na míru jejich mediální intenzity, protože ta nikdy nemůže soupeřit s objemem reklamy, kterou zadávají výrobci či prodejci alkoholu. Reálná cesta ke změně spočívá v zapojení praktických lékařů do prevence a časných intervencí problémů s alkoholem. To by však v současných podmínkách vedle příslušného vzdělávání vyžadovalo vytvořit podmínky, které by lékaře motivovaly k této aktivitě.

V případě mládeže je situace složitější o to, že společnost nemá dostatečnou politickou vůli efektivně prosazovat zákonná omezení dostupnosti alkoholu. Výchova ke zdravému životnímu způsobu není dostatečně podporována v prostředí škol, ani v zájmových organizacích mládeže, a bohužel často ani sami rodiče nejsou svým dopívajícím dětem vhodným vzorem, pokud jde o požívání alkoholu, případně nejsou důslední ve vlastních výchovných přístupech.

Zmírnění negativních dopadů nadměrného požívání alkoholu bude v nastávajícím století důležitým úkolem nejen pro veřejné zdravotnictví, ale také pro celou společnost.

Literatura

Ashley, M. J.; Ferrence, R.; Room, R.; Bondy, S.; Rehm, J.; Single, E.: Moderate drinking and health: Implications of recent evidence. *Canadian Family Physician*, 43: 687 - 694, 1997.

Csémy, L.: Zdraví a škodlivé návyky: Alkohol - konzumní zvyklosti dospělé české populace. *Demografie*, 42, 2000, 1, 31 - 36.

Doll, R.: Benefit of alcohol in moderation. *Drug and Alcohol Review*, 17(4): 353 - 363, 1998.

Eagles, C.J.; Martin, U.: Non-pharmacological modification of cardiac risk factors: Part 3. Smoking cessation and alcohol consumption. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 23: 1 - 9, 1998.

Evstifeeva, T. V.; MacFarlane, G. J.; Robertson, C.: Trends in cancer mortality in central European countries: The effect of age, birth cohort and time-period. *European Journal of Public Health*, 7(2):169 - 176, 1997.

Freidman, H. S.: Cardiovascular effects of alcohol. In: M. Galanter, Ed., *Recent Developments in Alcoholism: Volume 14. The Consequences of Alcoholism*, New York, NY: Plenum Press, 1998. 499 p. (pp. 135 - 166).

Gillis, K.,J.; Hirdes, J.,P.: Quality of life implications of health practices among older adults: Evidence from the 1991 Canadian General Social Survey. *Canadian Journal on Aging*, 15(2): 299 - 314, 1996.

Her, M.; Rehm, J.: Alcohol and all-cause mortality in Europe 1982 - 1990: A pooled cross-section time-series analysis. *Addiction*, 93(9): 1335 - 1340, 1998.

Chick, J.: Alcohol, health, and the heart: Implications for clinicians. *Alcohol and Alcoholism: International Journal of the Medical Council on Alcoholism*, 33(6): 576 - 591, 1998.

Keil, U.; Chambless, L. E.; Doring, A.; Filipiak, B.; Stieber, J.: Relation of alcohol intake to coronary heart disease and all-cause mortality in a beer-drinking population. *Epidemiology*, 8(2): 150 - 156, 1997.

Lindeman, R. D.; Romero, L. J.; Allen, A. S.; Liang, A. C.; Baumgartner, R. N.; Koehler, K. M.; Garry, P. J.: Alcohol consumption is negatively associated with the prevalence of coronary heart disease in the New Mexico Elder Health Survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(4): 396 - 401, 1999.

Nemtsov, A. V.: Alcohol-related human losses in Russia in the 1980s and 1990s *Addiction*. 2002 Nov; 97(11): 1413 - 1425.

Pearson, T. A.: AHA Science Advisory: Alcohol and heart disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 65(5): 1567 - 1569, 1997.

Price, J.: Alcohol screening and early intervention: An achievable advance in management. *Medical Journal of Australia*, 149(7): 345 - 346, 1988.

Sovinová, H., Csémy, L., Sadílek P.: *Zdraví a škodlivé návyky*. Státní zdravotní ústav Praha, 1999.

Svardsudd, K.: Moderate alcohol consumption and cardiovascular disease: Is there evidence for a preventive effect? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(7 suppl.): 307 - 314, 1998.

Zdravotní následky abúzu alkoholu

Karel Hampl

Většina uživatelů alkoholických nápojů si neuvědomuje, že pití alkoholu může mít rozsáhlé zdravotní a sociální následky. Často pak bývají překvapeni zdravotními potížemi, a ani pak nechtějí připustit to, že na zhoršení jejich zdravotního stavu má svůj podíl i alkohol.

Zdravotní a sociální následky pití alkoholu jsou ale dnes dostatečně známé a řada onemocnění má svoje místo v mezinárodní klasifikaci nemocí jako specifické onemocnění způsobené alkoholem.

Zdravotní poškození se vyskytuje jak v oblasti somatických, tak i psychických onemocnění. Mezi somatické poškození patří infekční nemoci, poškození žláz s vnitřní sekrecí, nemoci krve a krevetvorných orgánů a nemoci soustavy oběhové, dýchací, nervové, trávicí, močopohlavní, dále zhoubné nádory, komplikace těhotenství, nemoci kůže a svalů, poranění a otravy.

Mezi psychická poškození patří rozvoj psychické složky závislosti na alkoholu, postižení intelektu, poruchy orientace, vnímání a jednání nejen ve stavu opilosti, ale i v následné době. Alkohol je příčinou řady psychotických stavů.

Přehled zdravotního poškození ukazuje tabulka 22.

Tabulka 22 Přehled zdravotního poškození

| Zdravotní následky abúzu alkoholu | |
|--|----------------------------------|
| somatické | psychické |
| Infekční nemoci | Psychická závislost na alkoholu |
| Zhoubné nádory | Postižení intelektu |
| Nemoci žláz s vnitřní sekrecí | Poruchy osobnosti |
| Poruchy výživy a přeměny látek | Syndrom z odnětí |
| Nemoci krve a krevetvorných orgánů | Delirium tremens |
| Nemoci nervové | Alkoholická halucinóza |
| Nemoci oběhové soustavy | Korzakovova alkoholická psychóza |
| Nemoci trávicí soustavy | Paranoidní alkoholická psychóza |
| Nemoci kůže a svalů | Patická opilost |
| Úrazy a otravy | |
| Fetální alkoholový syndrom | |

Somatická poškození alkoholem

Infekční nemoci

Alkohol má nepříznivý vliv na vznik a rozvoj infekčních onemocnění, protože potlačuje buněčnou a humorální imunitu. Mobilizace alveolárních makrofágů a neutrofilů je snížena, snížena je i baktericidní aktivita séra. Průběh infekčních onemocnění se tak značně komplikuje.

Příkladem může být plicní tuberkulóza, která se u abuzérů alkoholu vyskytuje daleko častěji než u ostatního obyvatelstva. Dochází k nečekaným reinfekcím a superinfekcím, k rozpadu plicní tkáně a vylučování BK sputem. Takový pacient je pak nebezpečným zdrojem nákazy pro ostatní.

Alkohol přispívá i k šíření venerických onemocnění, protože potlačuje zábrany a vede k nevybíravému střídání partnerů.

Zhoubné nádory

Další skupinou onemocnění jsou zhoubné nádory. V řadě případů vystupuje alkohol jako kokancerogen, ale uvažuje se i o jeho přímém karcinogenním působení.

Výskyt rakoviny dutiny ústní a nosohltanu je u pijáků alkoholu 2,5krát vyšší než u abstinentů a u pijáků, kteří kouří, je toto riziko 24krát vyšší. Byla konstatována i úzká souvislost mezi konzumací piva a rakovinou rekta.

Zvýšený výskyt je i u rakoviny jícnu, žaludku, tenkého střeva, jater a slinivky břišní. V klinickém a pitevním materiálu byl zjištěn stoupající trend rakoviny jater a pankreatu.

Nemoci žláz s vnitřní sekrecí

Alkohol zasahuje nepříznivě i do hormonální regulace organismu. Kromě jiného vede ke snížení hodnot testosteronu a může zavinit atrofii varlat a impotenci.

Nedostatek jaterního glykogenu a pravděpodobná stimulace sekrece inzulínu může vést po požití alkoholu k hypoglykémii až k hypoglykemickému kómatu. Pacient pak zůstává v bezvědomí i při nízké hladině alkoholu. Alkohol se může podílet i na vzniku diabetu.

Poruchy výživy a přeměny látek

Tyto poruchy jsou velmi časté a mohou mít různé klinické projevy. Abúzus alkoholu může vést na jedné straně k proteinoenergetické podvýživě, na

druhé straně k obezitě, zejména u pijáků piva. Většinou dochází k výrazným vitamínovým karencím, zvláště vitamínů skupiny B.

Poruchy metabolismu glycidů byly již zmíněny. Někteří pacienti mají typický průběh křivky tolerance glukózy: hypoglykémii nalačno, značné zvýšení glykémie po zátěži glukózou a přechod do posthyperglykemické hypoglykémie.

Poruchy metabolismu proteinů se projevují ve změnách spektra krevních bílkovin. U poloviny chronických abuzérů alkoholu dochází k poklesu albuminů pod 35 g/l a současně je utlumena i tvorba hemokoagulačních bílkovin v játrech. Změny ve spektru krevních bílkovin se objevují ještě dříve, než dojde k jaterní cirhóze. Klinickým projevem je snížená srážlivost krve.

Poruchy metabolismu lipidů se staly středem zájmu v posledních letech, protože alkohol zvyšuje hladinu HDL (high density lipoproteins), které se podílejí na zpětném návratu cholesterolu z cév do jater. Protektivní vliv HDL se připisuje enzymové složce paraoxynáze, která inhibuje LDL s předpokládaným negativním účinkem na aterosklerózu.

Zvýšení HDL, které by mělo snižovat riziko u pijáků malého množství alkoholu, pozorujeme i u pijáků větších množství alkoholu, u kterých ale riziko kardiovaskulárních onemocnění eliminováno není. Důvodem může být současné zvýšení celkového cholesterolu v hodnotách 5,3 až 8,45 mmol/l, které nalézáme téměř u 70 % abuzérů alkoholu. Dochází i k posunu hodnot triacylglycerolu, kde ale u poloviny abuzérů alkoholu jsou normální hodnoty (1,6 - 2,0 mmol/l). U ostatních jsou hodnoty snížené nebo zvýšené.

Další poruchy metabolismu se týkají kyseliny močové, kde alkohol zvyšuje její tvorbu, tak že dochází k hyperurikémii, může dojít i ke zvýšení hladin draslíku v krvi a ke zvýšení resorpce železa s jeho následným ukládáním v játrech, které může vést v krajním případě ke vzniku sekundární hemochromatózy. Porucha metabolismu porfyrinů se nejčastěji projevuje změnami na kůži jako porfyria cutanea tarda.

Pití alkoholu ovlivňuje výrazně i tvorbu některých enzymů. Nejčastěji vyšetřovaným enzymem je gamma-glutamyl-transferáza (GGT), která je jedním z nejcitlivějších ukazatelů jaterního poškození alkoholem. Dalším enzymem vázaným na buněčnou membránu je alkalická fosfatáza, která je ale na vliv alkoholu méně citlivá. Na známky zánětlivého procesu v játrech pak ukazují zvýšené hodnoty cytoplazmatických enzymů asparátaminotransferázy (AST) a alaninaminotransferázy (ALT).

Nemoci krve a krvetvorných orgánů

Nejzávažnějším poškozením je porucha hemokoagulace, způsobená narušením funkce trombocytů a nedostatkem koagulačních bílkovin. Dochází k těžkému krvácení po zranění nebo k masivnímu krvácení do zažívacího systému zejména po prasknutí jícnových varixů nebo i po difúzním krvácení ze sliznice žaludku. Následkem je kromě jiného i sideropenická anémie.

Může se ale objevit i makrocytární anémie, nebo izolovaná makrocytóza, která při hodnotách 100 fl a více je jedním z markerů abúzu alkoholu. Častým nálezem při abúzu alkoholu je trombocytopenie. Po odnětí alkoholu může dojít k rebound fenoménu s následnou trombocytémií.

Nemoci nervové

Alkohol poškozujee vedení nervového vzruchu, zvyšuje práh citlivosti pro bolest, ale snižuje křečový práh. Poškozujee REM spánek a může vyvolávat změny na EEG.

Známý je alkoholický tremor u abuzérů alkoholu projevující se třesem víček, rukou, někdy i celého těla. Zvyšuje se po odnětí alkoholu.

Byla prokázána, jako následek pití alkoholu, mozková atrofie postihující mozkové hemisféry, která může vést až k demenci. Atrofický proces postihuje i mozeček, projevující se poruchou koordinace hybnosti, nejistou chůzí a třesem.

Alkohol způsobuje řadu dalších neurologických onemocnění, z nichž nejčastější je výskyt epileptických záchvatů typu GM a alkoholická polyneuropatie.

Výskyt epileptických záchvatů je způsoben snížením křečového prahu, například inhibicí kyseliny gamma aminomáselné (GABA). Epileptické záchvaty mohou být vyvolány jak abúzem alkoholu, tak i jeho náhlým odnětím. Někdy jsou úvodem do deliria tremens. Jsou vázány výhradně na alkohol a po delší abstinenci zcela vymizují. EEG je bez specifických epileptických fenoménů a pacienti neužívají žádná antiepileptika.

Alkoholická polyneuropatie je nejčastějším onemocněním periferních nervů u abuzérů alkoholu. Charakteristický je symetrický nález na distálních partiích dolních končetin, později se může objevit i na horních končetinách. Projevuje se paresteziemi, svalovou slabostí a křečemi, palpační bolestivost je v průběhu periferních nervů. Onemocnění je značně rezistentní na léčbu a obtíže přetrvávají do doby abstinence, která je pro úspěšnost léčby nezbytná.

Nemoci oběhové soustavy

Srdeční a cévní choroby patří mezi nejzávažnější a nejčastější onemocnění. V posledních letech jsme svědky masivní propagace ochranného vlivu malých dávek alkoholu na kardiovaskulární onemocnění. Prokázány je ale jen protektivní účinek malých, pravidelných dávek alkoholu na vznik infarktu myokardu. Za protektivní faktor se obecně pokládá zvýšení vysokodenzitních lipoproteinů (HDL). Sami se ale domníváme, že základem protektivního mechanismu je antiagregační účinek alkoholu, bránící rozvoji trombembolických komplikací, vedoucích ke vzniku infarktu myokardu.

Nebylo zatím prokázáno, že by alkohol snižoval výskyt a rozvoj aterosklerózy. Tato hypotéza byla vyslovena na podkladě zvýšených hodnot HDL po pití alkoholu. Ale k izolovanému zvýšení HDL, tj. bez současného zvýšení hodnot celkového cholesterolu, dochází u abuzérů alkoholu nejvýše ve 3 %. Také pitevní nálezy i mladých abuzérů alkoholu ukazují často přítomnost aterosklerózy.

Pití většího množství alkoholu může vyvolat systémovou arteriální hypertenzi, která je nezávislá na obezitě, spotřebě kávy a cigaret. Při déle trvající abstinenci se krevní tlak vrací do normálních hodnot. Kombinovaný vliv hypertenze a alkoholu může vést k alkoholické kardiomyopatii se srdečním selháním.

Alkoholická kardiomyopatie je uznávána za samostatnou klinickou jednotku. Na jejím vzniku se podílí i karence vitamínů skupiny B, nahromadění lipidů a pokles magnézia. Dochází k rozšíření sarkoplazmatického retikula, ztrátě myofibril a k poškození mitochondrií ve svalových srdečních vlákních. Obtíže pacientů nemusejí být zpočátku výrazné, ale postupem doby může dojít k srdečnímu selhání.

Nemoci trávicí soustavy

Alkohol výrazně ovlivňuje motilitu trávicího systému. Peristaltika duodena a tenkého střeva se zvýší jak po vypití alkoholu, tak i po jeho nitrožilním podání. Větší množství požitého alkoholu může vyvolat pylorospasmus a zvracení.

U pacientů se závislostí na alkoholu se vyskytují divertikly jícnu šestkrát častěji ve srovnání s ostatní populací. Častější jsou i hiátové hernie. Závažným onemocněním jsou jícnové varixy, které se objevují jako komplikace jaterní cirhózy. Bývají příčinou masivního krvácení do zažívacího traktu. U některých abuzérů alkoholu způsobuje časté zvracení trhliny

v mukóze spojení mezi jícnem a žaludkem. Po zvracení žaludečního obsahu pak následuje zvracení krve. Toto onemocnění je známé jako Mallory-Weissův syndrom, se kterým se setkávají hlavně chirurgové při ošetřování svých pacientů.

Podíl alkoholu na vzniku vředové choroby žaludku a dvanácterníku není zatím objasněn. Alkohol ale může způsobit krvácení do žaludku i bez výskytu žaludečních vředů nebo poranění sliznice.

Významné postavení u abuzérů alkoholu mají jaterní onemocnění označovaná souborně jako alkoholická choroba jaterní nebo alkoholická hepatopatie. Důležité je vědět, že ke změnám v jaterní tkáni může dojít již při denní konzumaci 15 g alkoholu (1 pivo).

U abuzérů alkoholu dochází velice často ke zvětšení jater, způsobené většinou jaterní steatózou (ztukovatěním). Většina pacientů je bez subjektivních potíží a laboratorní nálezy jsou nevýrazné. Palpačně zjištěné zvětšení jater lze ověřit sonograficky. Jaterní steatóza je onemocněním reverzibilním, které se upraví při zachování abstinence. Pokud pacient dále pije alkohol, dojde k dalším poškozením jater, která ale již nejsou plně reverzibilní.

Fibrotické změny na játrech jsou již projevem trvalým a hepatomegalie přetrvává i v době abstinence, zejména tehdy, kdy již došlo k alkoholické jaterní cirhóze. Uvádí se, že vznik jaterní cirhózy je možný již za pět let při denním konzumu 60 g alkoholu u mužů a 20 g alkoholu u žen. V populaci je nejméně 50 % jaterních cirhóz alkoholického původu a se stoupající spotřebou alkoholu stoupá i počet úmrtí na jaterní cirhózu. Pokud pacient abstínuje, může dojít ke klidovému procesu inaktivní alkoholické cirhózy, při kterém je část jaterního parenchymu ireverzibilně změněna ve vazivo a jaterní funkce zajišťuje zbytek parenchymu, který se zachoval nebo nově přebudoval. Cirhotická játra jsou vhodným terénem pro vznik rakoviny jater.

Abuzéři alkoholu mají často známky chronické alkoholické hepatitidy, které lze zjistit zejména biochemickým vyšetřením, při kterém nacházíme zvýšené hodnoty gamaglutamyltransferázy, alkalické fosfatázy a transamináz. Klinický obraz může být jen málo výrazný, nejčastějšími obtížemi je zvýšená únava a nechutenství. Vždy ale hrozí přechod do chronické agresivní hepatitidy a cirhózy.

Časté je také u abuzérů alkoholu onemocnění slinivky břišní. Za 12 až 48 hodin po alkoholovém excesu může dojít k akutní pankreatidě pod obrazem náhlé příhody břišní. Pacient se dostává na chirurgické oddělení, kde

se rozhoduje o radikálním nebo konzervativním postupu léčby. Asi ve 12 % se jedná o hemoragicko nekrotickou formu s velmi špatnou prognózou. Chronický zánět slinivky břišní je asi u poloviny pacientů způsoben alkoholem. U chronických kalcifikujících pankreatitid je na vině alkohol v 60 %. Onemocnění slinivky břišní způsobené alkoholem je nutné pokládat vždy za závažné onemocnění vedoucí někdy i k invaliditě.

Nemoci kůže a svalů

Při abúzu alkoholu dochází ke změnám na kůži, které mohou být diagnostickým vodítkem. Jako projev vegetativní stimulace můžeme pozorovat červený a bílý dermatografismus a mramorování kůže.

Dochází k atrofii podkožní tukové tkáně v obličeji, k teleangiektáziím, na nose se objevuje rosacea až rinofyma. Vytváří se tak facies alcoholica doplněná zarudnutím očních víček, překrvením spojivek a ragádami ústních koutků.

Při jaterní cirhóze se mohou na kůži objevit pavoučkovité névy a rozšíření povrchních žil na břicho a hrudníku označované jako caput medusae. Někdy můžeme pozorovat symetrické bílé proužkování nehtů - leukonychia striata vysvětlované přítomností hypalbuminémie.

Při poškození metabolismu porfyrinu v játrech se objevuje onemocnění porfyria cutanea tarda s největším výskytem ve středním věku. Na kůži se objevují puchýřky, tmavé zbarvení, které se zvýrazní po slunečním ozáření (fotodermatóza).

Nezávisle na periferní neuropatii se může objevit chronická alkoholická myopatie se svalovými bolestmi, ochablostí a hypotrofií svalů.

Úrazy a otravy

V souvislosti s abúzem alkoholu dochází často k úrazům a otravám. Pokud dojde k úrazu v ebrietě, může být komplikován zvětšeným krvácením. Úrazy a otravy mívají těžší průběh a horší hojení. Z 200 pacientů pijících alkohol byly úrazy a otravy u lidí do 40 let na prvním místě v příčinách smrti.

Fetální alkoholový syndrom

Teratogenní vliv alkoholu byl již plně prokázán. Pití alkoholu během těhotenství může závažně poškodit plod s následným porodem dítěte se somatickým a psychickým poškozením, označovaným jako fetální alkoholový syndrom (FAS). Může být vyjádřen v různém stupni. Dochází

k postižení růstu, dysfunkci centrálního nervového systému, vzhledu obličeje, na kterém jsou patrné různé anomálie, nejčastěji široký, nízký nosní můstek, úzká červec horního rtu s vymizelým nebo plochým fitrem. Bývají úzké oční štěrby, pokleslá víčka, antimongoloidní postavení očí a nízká položené uši.

Psychická poškození alkoholem

Psychická závislost na alkoholu

Piják se stává postupně na alkoholu somaticky a psychicky závislým. Psychická závislost je charakterizována nepřekonatelnou touhou po alkoholu (craving) spojenou se ztrátou kontroly nad pitím. Dochází k zanedbávání povinností, upřednostňování pití alkoholu před ostatními zájmy a povinnostmi.

Zpočátku dochází ke zvyšování tolerance, tj. ke snášenlivosti stále vyšších dávek alkoholu, které provází zvyšování vypitého množství alkoholu. Časem pak dochází k vyrovnání tolerance a pak k následnému jejímu poklesu, tak že pacient jeví známky opilosti již po malých dávkách alkoholu. V pití alkoholu ale pokračuje, přesto, že byl upozorněn na hrozící nebezpečí nebo již nastalé komplikace.

Postižení intelektu

Pití alkoholu postupně snižuje intelektové schopnosti pijáka. Zhoršuje se paměť, abuzér zapomíná, co chtěl říci, co udělat, kde by měl být. Svě povinnosti nejen zanedbává, ale i na ně zapomíná. Dochází i k takovým stavům, kdy somaticky relativně zdravý pacient odchází do invalidního důchodu s diagnózou alkoholické demence, při které má globální postižení kognitivních funkcí i osobnosti.

Poruchy osobnosti

U abuzérů alkoholu dochází k poruchám orientace, vnímání a jednání, vedoucím k opatřování si příjemných prožitků pomocí alkoholu. Objevují se projevy nedostatečné vůle a podléhání jiným osobám. Postupem času se tak rozvíjí specifická porucha osobnosti označovaná jako osobnost nezdrženlivá.

Syndrom z odnětí

Nazývaný také odvykací stav. Dochází k němu za několik hodin až dní po přerušení nebo ukončení pití alkoholu. Má jak somatické, tak i psychické projevy.

Z psychických projevů je nejčastější psychomotorický neklid, někdy zrakové, sluchové nebo taktilní halucinace či iluze, úzkost, poruchy spánku a pocity slabosti. Mohou se objevit křeče a epileptické záchvaty typu GM. Při progresi příznaků může odvykací stav přejít do deliria tremens.

Delirium tremens

Delirium tremens je závažnou komplikací, která může ohrozit život pacienta. Vyžaduje proto hospitalizaci a léčbu nejlépe na specializovaném psychiatrickém pracovišti.

Při deliriu tremens dochází k poruchám vědomí a k poruše kognitivních funkcí. Časté jsou zrakové halucinace, někdy halucinace sluchové a taktilní. Je značný psychomotorický neklid, při kterém je pacient schopen „odejít“ oknem ve vyšším patře, bez toho, že by si uvědomil, co dělá. Je přítomna tachykardie, pocení, mohou být záchvaty křečí. Může dojít k inverzi spánku (noční bdění, denní spánek). Dochází k hypoglykémii a k poruše rovnováhy elektrolytů.

Alkoholická halucinóza

Může se objevit u některých pacientů závislých na alkoholu po vypití určitého množství alkoholu. Pacient je přitom dobře orientován místem, časem i vlastní osobou a má neporušené vědomí. Věří ale halucinacím a reaguje na ně. Jedná se převážně o sluchové halucinace, při kterých slyší různé rozhovory, někdy o své osobě. Zapojuje se do hovoru, rozmlouvá se svými hlasy, podřizuje se tomu, na čem se s hlasy dohodl.

Nebezpečné mohou být sluchové halucinace imperativního charakteru, které nemocnému nařizují, aby něco provedl, například napadl někoho ve své blízkosti.

Stav se dá zlepšit psychofarmaky, ale po odeznění alkoholické halucinózy by se měl pacient podrobit ústavní protialkoholní léčbě a trvale abstinovat.

Korzakovova alkoholická psychóza

Objevuje se v průběhu abúzu alkoholu nebo po proběhlém deliriu tremens. Hlavním znakem jsou výrazné poruchy paměti, zejména krátkodo-

bé. Pacient je proto dezorientován, vymýšlí si, aby doplnil mezery v paměti. Je přesvědčen, že všechno je v pořádku, proto bývá zpočátku v dobré náladě. Po delší době se ale uzavírá do sebe, ztrácí zájem o okolí. Dochází k degradaci osobnosti a pacient může skončit v invalidním důchodu.

Paranoidní alkoholická psychóza

Nejčastějším projevem paranoidní alkoholické psychózy je bludná představa o nějaké situaci nebo dění. Jako příklad se uvádí bludná představa abuzéra alkoholu o nevěře své partnerky. To značně narušuje vzájemné vztahy a vede k rozchodu partnerů.

Důvodem je to, že pacient se stává agresivní nejen ke své partnerce, ale i k domnělému milenci. Stačí, když doma nalezne pozvání na preventivní gynekologickou prohlídku své partnerky, a odjede napadnout nic netušícího gynekologa, podepsaného na pozvánce.

Patická opilost

Jedná se o zvláštní stav, ke kterému dochází i po vypití malé dávky alkoholu. Objeví se kvalitativní porucha vědomí projevující se zcela neadekvátním chováním, zcela odlišným od chování postiženého, když není pod vlivem alkoholu.

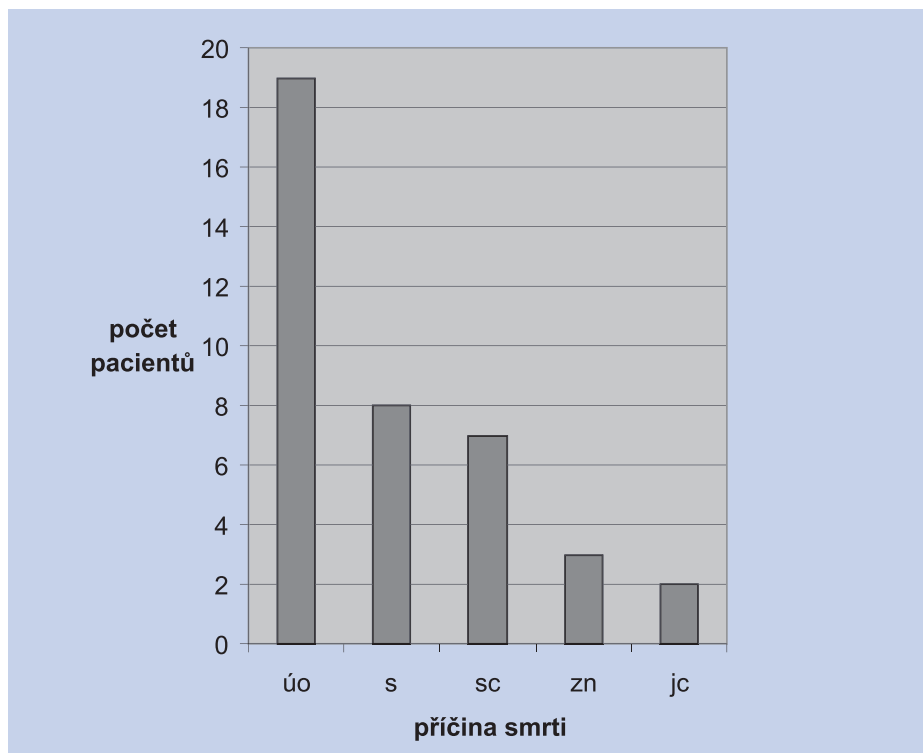
U pacientů se objevuje strach, úzkost, nezvládá svoje emoce. Mohou být poruchy vnímání, zrakové a sluchové halucinace, paranoidně perzekuční bludy.

Může dojít k agresivnímu jednání, které se pokládá za projev embriety, ale množství alkoholu neodpovídá chování jedince. Může dojít i k trestné činnosti. Stav trvá několik minut nebo hodin a končí spánkem, po kterém je přítomna retrográdní amnézie (dotyčný si pamatuje jen něco nebo vůbec nic).

Úrazy a otravy

Úrazy a otravy jsou na prvním místě v příčinách smrti abuzérů alkoholu do čtyřiceti let. Z pacientů evidovaných v ordinaci AT OÚNZ Mělník zemřelo, podle dostupné dokumentace, v době studie celkem 200 pacientů. Z toho bylo 39 pacientů ve věku do 40 let. Na grafu 6 je vidět pět nejčastějších příčin smrti této věkové kategorie

Graf 6 Příčiny smrti pacientů OAT do 40 let



úo - úrazy a otravy (19 pacientů)

s - sebevraždy (8 pacientů)

sc - sdeční a cévní onemocnění (7 pacientů)

zn - zhoubné nádory (3 pacienti)

jc - jaterní cirhózy (2 pacienti)

Poruchy vyvolané alkoholem, prevence, diagnostika a krátká intervence

Karel Nešpor

V České republice je nejvyšší spotřeba piva na jednoho obyvatele na světě a spotřeba alkoholu se zde dlouhodobě pohybuje kolem 10 litrů 100% alkoholu. Vzhledem k uvedenému se prevence, časná intervence a léčba problémů působených alkoholem týkají každého, kdo se vážně zabývá zdravotní prevencí nebo klinickou praxí.

Některé problémy působené alkoholem

(částečně podle Edwards a spol., 2003)

Tělesné

Vyvolává nebo komplikuje jaterní nemoci, nemoci slinivky břišní i žaludku, zvyšuje riziko nádorů v řadě lokalizací (např. rakoviny prsu), podílí se podstatně na úrazech, otravách. Alkoholová myopatie a kardiomyopatie, fibrilace síní a arytmie. Kožní nemoci. Nežádoucí interakce alkoholu a řady léků. Zhoršuje průběh tuberkulózy. Makrocytární anémie, vyšší krvácivost, karence železa, vitaminů i bílkovin, hormonální poruchy, vyšší náchylnost k nejrůznějším infekcím, vyšší riziko sexuálně přenosných chorob. Fetální alkoholický syndrom. Dekompenzuje např. hypertenzní nemoc, diabetes a řadu dalších nemocí.

Neurologické a psychiatrické

Delirium tremens, psychotické stavy vyvolané alkoholem, Korsakovova psychóza, Wernickeho encefalopatie, alkoholická demence, atrofie mozku, alkoholová polyneuropatie, epileptické záchvaty v odvykacích stavech a zhoršování průběhu epilepsie jiné etiologie, vyšší riziko cévní mozkové příhody, nežádoucí interakce alkoholu a většiny psychofarmak,

deprese, úzkosti, sebevražednost (sebevražednost údajně koreluje se spotřebou alkoholu v dané zemi lépe než úmrtnost na jaterní cirhózy). V dospívání alkohol zvyšuje riziko ve vztahu k jiným drogám.

Sociální

Nižší produktivita práce, dlouhodobá nezaměstnanost, nedokončení vzdělání, bezdomovectví, rodinné problémy, zanedbávání dětí, rozvody, trestná činnost (zejména násilná), alkohol zvyšuje riziko, že se někdo stane obětí trestné činnosti, řízení pod vlivem alkoholu. Finanční a existenční problémy. Zvýšené nároky na zdravotní a sociální služby.

Prevence

Ideální systém prevence je provázaný a zahrnuje různé komponenty, které harmonicky spolupůsobí. Někdy se v této souvislosti také hovoří o „prevenci zakotvené ve společnosti“ („community based prevention“). Uvedené lze schematicky znázornit následovně.

Tabulka 23 Systém prevence

| | | |
|---|---|----------|
| Rodiče | | |
| Pracovníci v oblasti zdravotní prevence | | |
| Praktický lékař | | |
| Lékaři různých klinických oborů | | |
| Specializovaná protialkoholní ústavní i ambulantní zařízení | | |
| Pracoviště telefonické pomoci | | |
| Školy všech stupňů | | |
| Pedagogicko-psychologické poradny | ↘ | |
| Kulturní zařízení | | |
| Orgány státní správy | → | Prevence |
| Organizace národnostních menšin | | |
| Policie | ↗ | |
| Regionální zdravotnické a školské orgány | | |
| Sdělovací prostředky | | |
| Soukromý sektor | | |
| Místní společenství | | |
| Zájmové a sportovní organizace | | |
| Círky | | |
| Nevládní organizace a občasná iniciativy | | |

Není snad třeba podotýkat, že k takto komplexnímu, provázanému a koordinovanému systému prevence máme u nás zatím daleko. Některé dále uvedené principy prevence budeme ilustrovat citacemi z Evropského akčního plánu o alkoholu Světové zdravotnické organizace, k němuž se připojila i Česká republika. Jedná se o autoritativní mezinárodní dokument, který prošel důkladnou odbornou a posléze i politickou diskuzí.

Co může udělat jednotlivec

Citace z Evropského akčního plánu o alkoholu Světové zdravotnické organizace, kde se ukládá:

Do roku 2005 by všechny země Evropského regionu měly:

- rozvíjet veřejné povědomí o škodlivosti alkoholu a zdravotních i sociálních následcích pití alkoholu pro jedince, rodinu i společnost;
- podporovat ty postupy a programy veřejného zdravotnictví, které jsou ve shodě s Evropským akčním plánem proti alkoholu;
- vybavit děti a mladistvé účinnými dovednostmi, které povedou ke zdravým rozhodnutím, a posílit jejich důvěru ve vlastní schopnost čelit tlaku požívat alkohol před dosažením dospělosti.

Jak může jednotlivec předejít problémům působeným alkoholem a závislosti

- U alkoholu je možné střídmé pití do dávky 24 g alkoholu za den u mužů a 16 g alkoholu u žen (to odpovídá zhruba půl litru piva nebo 0,2 litru vína). Jsou však lidé, kteří by měli od alkoholu zcela abstinovat. K nim patří nemocní chorobami, které alkohol zhoršuje (nemoci jater, epilepsie, onemocnění slinivky břišní atd.), ti, kdo jsou léčeni léky, jež se s alkoholem nesnášejí, ti, kdo řídí automobil (i velmi nízká hladina alkoholu zvyšuje riziko dopravní nehody) a věnují se jiným rizikovým činnostem, lidé se zhoršeným sebeovládáním a sklony k násilí, těhotné ženy, děti a dospívající, závislí na alkoholu a jiných návykových látkách. Jsou také lidé, kteří se alkoholu vyhýbají z morálních, náboženských nebo jiných důvodů. To je třeba respektovat.
- Není vhodné se soustavně stýkat s lidmi, kteří nadměrně pijí alkohol nebo berou drogy. Je třeba si najít takovou společnost, která usnadní zdravý způsob života.
- Naučit se odpočívat, zvládat stres, pěstovat kvalitní zájmy a koníčky, při kterých se obnoví síly. Relaxační techniky jsou při zvládnutí nadměrného stresu velmi prospěšné (jógová relaxace, autogenní trénink, progres-

sivní relaxace, podrobněji viz zdarma na Internetu na adresách www.plbohnice.cz/nespor nebo www.muweb/veda/nespor).

- Dávat si dosažitelné a realistické cíle. K péči o vlastní duševní i tělesné zdraví přistupovat stejně odpovědně jako k důležitým pracovním úkolům.
- Pokud je to možné, vést jasnou hranici mezi zaměstnáním a soukromím.
- Zvládat negativní duševní stavy jako hněv, smutek, strach nebo úzkost. Zde se osvědčují zejména tělesná cvičení, relaxační techniky a některé psychoterapeutické postupy. Po cvičení se často spontánně dostavuje stav relaxace, a prokazatelně se tak mírní úzkosti i deprese. Některé emoční problémy, jako např. těžší deprese, vyžadují lékařskou pomoc.
- Vést zdravý životní styl. Sem patří výživa (odpovídající výdej energie, málo živočišných tuků a jednoduchých cukrů, dostatek nestravitelných zbytků a vitamínů, jíst pokud možno v klidu), přiměřeně spánku i aktivního odpočinku, dobrá organizace času atd.
- Předcházet bolestivým problémům (např. cvičením nebo dobrým držení těla). Pokud se vyskytuje bolest, naučit se ji bezpečně mírnit (lékařská pomoc, relaxace, rehabilitační cvičení, fyzikální léčba atd.). Zásadně nekombinovat léky proti bolesti a alkohol, jinak hrozí nebezpečí vážných zdravotních škod.
- Užitečná je mediální gramotnost (např. vybírat si jen takové televizní programy, které nevyvolávají chuť na alkohol nebo drogy), která povzbudí člověka ke zdravému a inteligentnímu způsobu života.

Prevence na úrovni rodiny

Citace z Evropského akčního plánu o alkoholu Světové zdravotnické organizace: „Zajistit širokou dostupnost a uplatňování programů prevence v rodině a rodinné terapie...“

Principy prevence na úrovni rodiny jsme se podrobněji zabývali jinde (Nešpor a Csémy, 1997, Nešpor, 2001), zde uvádíme jen hlavní zásady.

Zásady prevence v rodině

- * Získat důvěru dítěte a umět mu naslouchat.
- * Umět s dítětem o alkoholu a drogách informovaně hovořit.
- * Předcházet nudě.
- * Pomáhat dítěti přijmout hodnoty, které usnadní odmítání alkoholu a drog.
- * Vytvořit zdravá rodinná pravidla.

- * Pomoci dítěti se ubránit nevhodné společnosti.
- * Posílit sebevědomí dítěte.
- * Spolupracovat s dalšími dospělými.

Prevence na úrovni společnosti

Základním principem prevence na úrovni společnosti patří snižování spotřeby alkoholu. Toho lze dosáhnout řadou způsobů zmiňovaných dále. Her a Rehm (1998) uvádějí, že snížení spotřeby v některých evropských zemích o 1 litr 100% alkoholu na osobu a rok (v České republice se pohybuje spotřeba alkoholu kolem 10 litrů) by snížilo o 1,3 % celkovou mortalitu.

1. Cena, daňová regulace

Citace z Evropského akčního plánu o alkoholu, kde se ukládá:

- vytvořit takovou daňovou politiku, která zajistí vysoké reálné ceny alkoholu a zdanění podle množství alkoholu (tj. vyšší daně u alkoholických nápojů s vyšším obsahem alkoholu); usilovat o nízké ceny nealkoholických nápojů;
- využít daně z alkoholu na financování aktivit zaměřených na zvládnání problémů působených alkoholem, což zahrnuje zdravotní výchovu, výzkum týkající se efektivity opatření ve vztahu k alkoholu a podporu zdravotnictví na místní i celostátní úrovni.

O vlivu ceny na spotřebu existují přesvědčivé důkazy (Chaloupka a spol., 2002). Cenová regulace ovlivňuje i spotřebu u osob závislých nebo alkohol zneužívajících. Tento nástroj se u nás využívá nedostatečně.

2. Dostupnost alkoholu, nutnost licence k jeho prodeji apod.

Citace z Evropského akčního plánu o alkoholu, kde se požaduje:

- kontrola dostupnosti alkoholu při velkých veřejných akcích, kde dochází ke škodám v souvislosti s alkoholem;
- zákaz alkoholu při sportovních událostech nebo rekreačních aktivitách pro mladistvé a zajištění bohatého výběru pokrmů a nealkoholických nápojů;
- regulovat dostupnost alkoholu omezováním počtu licencí a prodejních hodin či dnů a snižováním a kontrolou celkového počtu míst, kde lze alkohol koupit;
- pomocí vhodných nástrojů, např. kolkováním etiket alkoholických nápojů, bránit pašování alkoholu a zajistit účinnou cenovou politiku a výběr daní všeho druhu;

- navrhovat legislativu, která by zajistila, aby osoby, které se při podávání alkoholu chovají nezodpovědně, byly právně postižitelné, postižitelné odebráním licence a dalšími mechanismy, považovanými z hlediska úřadů za přiměřené.

Opět se jedná o efektivní strategie, které se u nás téměř nevyužívají.

3. Věková omezení

Citace z Evropského akčního plánu o alkoholu, kde se ukládá: „...omezovat pití nezletilých stanovením věkové hranice, obvykle nad 18 let, jako podmínky pro kupování alkoholu a pití alkoholu na veřejnosti...“

Zákonná hranice sice takto v České republice je stanovena, nedostatečně se však prosazuje v praxi. O tom, jak důležitá je tato oblast svědčí následující výzkumná práce. Autoři v ní sledovali 10 let soubor čítající kolem 3400 osob, které byly na počátku výzkumu žáky 7. ročníků základních škol. 31 % z nich pilo alkoholické nápoje 3x nebo častěji v posledním roce nebo nejméně 1x v průběhu posledního měsíce před šetřením (autoři je označují jako „pijáky“). Pijáci byli 19x častěji kuřáky nebo užívali tvrdé drogy a 4,5 x častěji v posledním roce kradli v porovnání s těmi, kdo alkohol nepili. Uvedené rozdíly přetrvávaly i ve 12. třídě. Pijáci ve 12. ročníku 5x častěji kouřili každý týden marihuanu, 3x častěji užívali tvrdé drogy nebo měli kvůli drogám závažné problémy, 2x častěji byli ze škol vylučováni a 2x častěji se dopustili násilného nebo kriminálního jednání. Podobně i ve věku 23 let pijáci užívali 2 - 3x častěji tvrdé drogy, měli mnohočetné drogové problémy či se pro alkoholový a drogový problém léčili, 3x častěji byli uvězněni za řízení pod vlivem alkoholu a 2x častěji se dopustili násilného jednání nebo trestné činnosti. Autoři studie uvádějí, že alkohol v časném dospívání patří k nejdůležitějším rizikovým faktorům ve vztahu k řadě problémů. Jedním z možných vysvětlení je to, že alkohol narušuje rozvoj sociálních a jiných dovedností, které jsou potřebné pro úspěch v dalším životě. Autoři také připomínají, že alkohol se v USA podílí na všech nejčastějších příčinách smrti v dospívání. Podobně je tomu i u nás. Csémy zjistil, že v České republice roste relativní riziko zkušenosti s heroinem nebo pervitinem 3,4x u dospívajících, kteří měli v posledním měsíci zkušenost s alkoholem (Ellickson a spol., 2003, Nešpor a Csémy, 2002).

4. Omezení týkající se rizikových činností, zejména řízení a pracovního prostředí

Citace z Evropského akčního plánu o alkoholu, kde se ukládá:

- podporovat na pracovištích strategie ve vztahu k alkoholu, které budou založené na výchově, prevenci, časném rozpoznání a léčbě, což by se mělo integrovat do podnikových zdravotních programů ve veřejném i soukromém sektoru;
- zajištění vysoké vynutitelnosti současné právní úpravy o řízení pod vlivem alkoholu;
- prosazování provádění namátkových dechových zkoušek a jejich větší zviditelnění;
- zvážení povinných vzdělávacích a léčebných programů pro řidiče, kteří mají problémy s pitím a opakovaně se dopouštějí dopravních přestupků.

Uvedené by se mělo týkat všech profesí a pracovních činností, nejen těch, které jsou spojeny s výrazným ohrožením okolí (jako řízení). Výše zmíněné povinné vzdělávací a léčebné programy pro řidiče jsou efektivní (u nás neexistují), ještě účinnější však bývá okamžitá a dlouhodobé nebo trvalé odebrání řidičského oprávnění.

5. Prevence za pomoci médií

Citace z Evropského akčního plánu o alkoholu, kde se ukládá:

- prostřednictvím veřejného vzdělávání a sdělovacích prostředků šířit informace o škodlivosti alkoholu s ohledem na zdraví a kvalitu života jednotlivce, rodiny i společnosti;
- pořádat mediální kampaně k získání podpory veřejnosti pro existující nebo nové způsoby prevence škod, ke které může působit pití alkoholu.

K tomu, aby byly preventivní kampaně efektivní, je nutná jejich provázanost s aktivitami na místní úrovni (kam se obrátit o pomoc, co udělat, kde získat další informace apod.).

6. Regulace reklamy alkoholu

Citace z Evropského akčního plánu o alkoholu, kde se ukládá:

- omezení reklamy na pouhou informaci o výrobku a jen na tiskoviny pro dospělé, pokud není možné uplatnit ještě zásadnější zákaz;
- v oblastech, kde je reklama povolena, vytvoření kodexu pro reklamu, který by bránil glorifikaci účinků alkoholu a využívání mladistvých

- v reklamě na alkohol;
- vytvoření kodexu praktických postupů s cílem zabránit propagaci a reklamě alkoholických nápojů, zejména reklamě zaměřené na děti a mládež;
 - zakázat alkoholovému průmyslu sponzorovat jakékoli aktivity k využití volného času mladistvých;
 - omezit sponzorování sportovních akcí ze strany výrobců alkoholických nápojů;
 - zavést přísná omezení akcí, zaměřených na propagaci alkoholických nápojů, např. alkoholové slavnosti a závody v pití piva.

Nebezpečnost reklamy alkoholu spočívá mimo jiné v negativním působení na děti a dospívající. Prokázalo se také, že televizní reklamy na alkohol mohou u závislých vyvolat craving neboli bažení (Sobell a spol., 1993).

7. Prevence ve školním prostředí

Citace z Evropského akčního plánu o alkoholu, kde se ukládá: „Vybavit děti a mladistvé účinnými dovednostmi, které povedou ke zdravým rozhodnutím, a posílit jejich důvěru ve vlastní schopnost čelit tlaku požívat alkohol před dosažením dospělosti.“

Malé interaktivní programy využívající nácvik sociálních dovedností jsou prokazatelně účinné (např. Botvin a spol. 1995). Žádný podstatný efekt v prevenci problémů působených alkoholem a jinými návykovými látkami se ale neprokázal u tzv. komponovaných programů, přednášek a podobných namnoze stále rozšířených aktivit.

8. Léčba

Citace z Evropského akčního plánu o alkoholu, kde se ukládá: „Zajistit dostupnou a účinnou léčbu pro osoby (včetně jejich rodin), počínaje těmi, kdo konzumují alkohol nebezpečně nebo škodlivě, až po ty, kdo jsou na něm závislí.“

Hranice mezi léčbou a primární prevencí není ostrá, např. úspěšná léčba závislosti na alkoholu je zároveň primární prevencí u dětí v rodině závislého.

9. Integrace

V Evropském akčním plánu o alkoholu se ukládá, aby do roku 2005 všechny země evropského regionu zajistily:

- vytvoření národního programu, obsahujícího akční plán týkající se alkoholu, s jasně specifikovanými cíli;
- ustanovení orgánu, který by koordinoval celostátní program, zajišťoval jeho financování a připravoval časový rozvrh pro realizaci a monitorování národních akčních plánů;
- zavedení účinného systému monitorování a hodnocení spotřeby alkoholu a sledování ukazatelů škod působených alkoholem a odezvy na protialkoholní opatření (tento postup bude možná vyžadovat vývoj vhodných standardizovaných výzkumných nástrojů).

Koordinace preventivních aktivit různých složek společnosti zvyšuje efektivitu prevence, jak již bylo uvedeno výše v souvislosti s „community besed prevention“.

Diagnostika

Při diagnostice je třeba vycházet z Mezinárodní klasifikace nemoci (MKN-10). Diagnostika poruch působených alkoholem a jinými psychoaktivními látkami se z velké části překrývá, pojem „psychoaktivní látka“ samozřejmě zahrnuje i alkohol. Nejčastější diagnostické kategorie, týkající se alkoholu i jiných psychoaktivních látek, zahrnují:

Akutní intoxikace

1. Musí být jasně prokázané nedávné užití psychoaktivní látky (nebo látek), a to v dostatečně vysokých dávkách odpovídajících intoxikaci.
2. Musí se vyskytovat příznaky intoxikace v souladu se známými účinky určité látky (látek) tak, jak jsou specifikovány níže, a musí být natolik závažné, aby vyvolávaly poruchy vědomí, kognitivních funkcí, poruchy vnímání, afektivní poruchy nebo klinicky významné poruchy chování.
3. Přítomné příznaky nemohou být vysvětleny tělesnou poruchou, která nesouvisí s užitím psychoaktivní látky, a nemohou být přičteny jiné duševní poruše.

Akutní intoxikace vyvolaná požitím alkoholu

- A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro akutní intoxikaci (F1x.0).
- B. Jsou přítomny poruchy chování, projevující se alespoň jedním z následujících znaků: (1) dezinhibice, (2) hádavost, (3) agrese, (4) labilita nálady, (5) zhoršená pozornost, (6) zhoršený úsudek, (7) narušení osobních činností.
- C. Musí být přítomen alespoň jeden z následujících znaků: (1) kolísavá chůze, (2) špatná rovnováha, (3) setřelá řeč, (4) nystagmus, (5) porucha vědomí (např. stupor, kóma), (6) zarudlý obličej, (7) zarudlé spojivky.

Škodlivé užívání alkoholu

- A. Musí být jasně prokázáno, že požití látky je zodpovědné za tělesné nebo duševní poškození (nebo k němu podstatně přispívá), včetně zhoršeného úsudku nebo dysfunkčního chování, a může vést k neschopnosti nebo k nepříznivým důsledkům v interpersonálních vztazích.
- B. Charakter poškození by měl být jasně prokazatelný (a specifikovaný).
- C. Užívání trvalo alespoň 1 měsíc nebo se vyskytovalo opakovaně během 12 měsíců.
- D. Porucha nespĺňuje kritéria pro žádnou jinou duševní nebo behaviorální poruchu nebo poruchu chování, spojenou s užitím stejné látky ve stejném časovém období (s výjimkou akutní intoxikace).

Diferenciální diagnostika

Rozlišení od akutní intoxikace je jasné z výše uvedené definice. Při odlišení od závislosti je třeba vycházet z dále uvedených kritérií závislosti. Důležitou diagnostickou kategorií, která není uvedena v MKN-10, je rizikové pití alkoholu. To budeme diagnostikovat v případě, že ještě nedošlo ke zdravotním škodám, ale takové riziko v případě pokračujícího pití alkoholu hrozí. V tomto případě je indikována krátká intervence nebo by pacient alespoň měl být varován.

Syndrom závislosti

- A. Po dobu alespoň 1 měsíce nebo opakovaně v kratších obdobích během 12 měsíců by se měly vyskytovat společně tři nebo více z následujících znaků:
 - (1) silná touha nebo nutkání užít látku;

- (2) zhoršená schopnost kontrolovat chování spojené s užíváním látky, ve smyslu začátku a ukončení nebo množství látky, projevující se takto: jedinec látku užívá ve větším množství nebo po delší dobu, než měl v úmyslu, nebo si stále přeje či se bezúspěšně snaží snížit nebo kontrolovat užívání látky;
- (3) fyziologické projevy odvykacího stavu, jestliže se užívání látky omezí nebo se s užíváním přestane, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku, nebo z užívání stejné (nebo blízce příbuzné) látky se záměrem zmenšit nebo vyhnout se odvykacím příznakům;
- (4) průkaz tolerance k účinku látky, jako je potřeba značně zvýšených dávek látky, aby se dosáhlo intoxikace nebo žádoucího účinku, anebo se dosahuje zřetelně zmenšeného účinku, při trvalém užívání stejného množství látky;
- (5) zaujetí užíváním látky, projevující se postupným zanedbáváním jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a věnování zvýšeného množství času činností nezbytným k získání nebo užívání látky nebo k zotavování se z jejího účinku;
- (6) trvalé užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivosti následků, kdy jedinec pokračuje v užívání, i když si je vědom nebo lze očekávat, že si je vědom povahy a rozsahu škodlivosti.

Diferenciální diagnostika: Rozlišení proti škodlivému užívání vychází z výše uvedené definice. Většina znaků závislosti však není pozorovatelná v době vyšetření a závislý pacient je může zatajit. S touto možností je třeba počítat a být připraven diagnózu revidovat po získání údajů z okolí nebo podle dalšího průběhu. Příkladem může být pacientka závislá na alkoholu, která se za svoji závislost styděla. Proto uváděla jako hlavní problém deprese, ty ale byly druhotné v důsledku pití alkoholu a souvisejících problémů. Léčba pro deprese (včetně elektrokonvulzivní terapie) byla neúspěšná a stav podstatně ovlivnila až odvykací léčba. Užitečným skrínigovým nástrojem závislosti je dotazník CAGE.

Dotazník CAGE

- 1) Cítí(a) jste někdy potřebu své pití snížit?
- 2) Dráždila Vás někdy kritika Vašeho pití?
- 3) Měl(a) jste kvůli pití pocity viny?
- 4) Pil(a) jste někdy po ránu, abyste se probral(a)?

Vyhodnocení:

3 a 4 kladné odpovědi znamenají vysokou míru pravděpodobnosti, že je člověk na alkoholu závislý.

2 kladné odpovědi znamenají podezření, že by se o závislost mohlo jednat, zejména jedná-li se o ženu.

1 kladná odpověď má být podnětem pro další lékařská vyšetření.

F1x.3 Odvykací stav po alkoholu

- A. Musí být jasný důkaz o nedávném úplném vysazení nebo snížení dávek látky po opakovaném a obvykle dlouhodobém užívání anebo používání vysokých dávek této látky.
- B. Příznaky odpovídají známým projevům odvykacího stavu u určité látky nebo látek, což v případě alkoholu je, že musí být přítomny tři z následujících znaků: (1) třes jazyka, očních víček nebo napřažených rukou, (2) pocení, (3) nauzea, dávení nebo zvracení, (4) tachykardie nebo hypertenze, (5) psychomotorický neklid, (6) bolesti hlavy, (7) nespavost, (8) malátnost nebo slabost, (9) přechodné zrakové, hmatové nebo sluchové halucinace nebo iluze, (10) křeče typu grand mal.
- C. Příznaky nelze přičíst zdravotní poruše, která nesouvisí s užíváním látky, ani je nelze lépe přičítat jiné duševní poruše nebo poruše chování.

Diferenciální diagnostika: Pokud na odvykací stav nasedne delirium tremens, měla by se stanovit diagnóza odvykacího stavu s deliriem (delirium tremens). Odvykací stavy po alkoholu, pokud nejsou neodborně léčeny sedativy a jejich průběh tak modifikován, většinou nečiní diagnostické obtíže.

Odvykací stav po alkoholu s deliriem

A. Musí být splněna všeobecná kritéria pro odvykací stav.

B. Musí být splněna kritéria pro delirium.

Diferenciální diagnostika: U deliria tremens je zdánlivě snadná vzhledem k výraznému třesu, zrakovým halucinacím a zvýšeným hodnotám jaterních testů. Je ovšem třeba odlišit jiná deliria. Ta se v případě posttraumatických stavů CNS mohou s alkoholovým deliriem družít. Existuje i možnost centrálních febrilií až hyperpyrexii po traumatu CNS s možným intrakraniálním krvácením mylně považovaným za projev deliria tremens. Na mužském odd. pro léčbu závislostí v Psychiatrické léčebně Bohnice jsme se během 14 dnů setkali u pacientů poslaných jako delirium tre-

mens se dvěma mozkovými nádory a dvěma případy nitrolebního krvácení. Neurologické vyšetření bylo ve všech případech negativní, nález se zjistil až na CT. Proto je třeba CT indikovat i v případě netypických klinických obrazů.

Psychotická porucha působená psychoaktivní látkou

- A. Začátek psychotických příznaků se musí vyskytnout v průběhu užívání nebo do 2 týdnů po užívání látky.
- B. Psychotické příznaky musí trvat déle než 48 hodin.
- C. Trvání poruchy nesmí být delší než 6 měsíců.

Pro výzkumné účely se doporučuje, aby změna poruchy z neppsychotického stavu na jasně psychotický byla blíže určena buď jako náhlá (začátek do 48 hodin), nebo akutní (začátek později než za 48 hodin, ale dříve než za 2 týdny).

Diferenciální diagnostika: U psychotických poruch působených alkoholem bývají časté sluchové halucinace a paranoidní symptomatologie, stav při léčbě obvykle rychle odezní a po delší abstinenci se nevrací.

Amnestický syndrom

- A. Zhoršení paměti se projevuje oběma uvedenými způsoby: (1) narušení krátkodobé paměti (učení se nové látce), a to v míře narušující každodenní život, (2) snížená schopnost vybavit si minulé zážitky.
- B. Následující znaky chybí (nebo relativně chybí): (1) porucha bezprostřední paměti (testováno např. číselnou řadou), (2) zastřené vědomí a porucha pozornosti, (3) celkové zhoršení intelektu (dementia).
- C. Tělesné ani neurologické vyšetření, ani laboratorní testy, ani anamnéza objektivně neprokazují žádnou poruchu nebo onemocnění mozku (zvláště postihující bilaterální diencefalické a mediotemporální struktury), kromě těch, které souvisí s užíváním léků, a je možné předpokládat, že vyvolávají klinické projevy popsané pod kritériem A.

Diferenciální diagnostika: Definice neuvádí, jak dlouho musí výše uvedené poruchy přetrvávat. Přechodná narušení paměti, která se upravují po abstinenci, jsou častá. Nutno ale vždy myslet na incipientní fáze demencí celého etiopatogenetického spektra s ohledem na nebezpečí z prodlení při nenasazení kognitiv.

Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem působená alkoholem

Stavy a poruchy, které splňují kritéria pro jednotlivé příznaky uvedené níže, by měly jasně souviset s užíváním látky. Vznikne-li porucha vzápětí po požití látky, vazba by měla být jasně prokázána.

Diferenciální diagnostika: Pracovní diagnóza alkoholické demence nebo demence vyvolané jinou návykovou látkou by měla být stanovena až na základě psychologického vyšetření na organicitu po nejméně měsíční abstinenci s ohledem na možnou reverzibilitu i výrazných kognitivních poruch. Definitivní diagnóza např. alkoholické demence je podle definice demence MKN-10 možná až po 6 měsících trvání poruchy.

Některé průvodní příznaky problémů působených alkoholem

(nejedná se o kritéria závislosti, ale jen o nálezy, které by měly lékaře přimět pátrat po problémech s alkoholem).

Závislost na alkoholu v rodinné anamnéze, jaterní choroby, úrazy, včetně úrazů hlavy, plicní choroby, epileptické záchvaty, vředová choroba, kuřáctví, řada subjektivních příznaků (poruchy spánku, nechutenství, ranní nevolnost, bolesti končetin, pokles hmotnosti, závratě, poruchy chůze a slabost dolních končetin). Ze znaků zjistitelných fyzikálním vyšetřením to byly edémy tváře, teleangiektázie, hyperémie spojivek, ikterus, hepatomegalie, jizvy, kožní defekty, tremor a titubace. Z laboratorních a jiných vyšetření pak zejména vyšší hodnoty jaterních testů a nižší počet erytrocytů, staré zlomeniny žeber na RTG apod. (např. Novotný a spol., 1991). Závažným příznakem je, jestliže je pacient pod vlivem alkoholu v době plánovaného lékařského vyšetření.

Krátká intervence

Krátkou intervenci lze definovat jako časově omezené poradenství s cílem změnit pacientovo chování (zjednodušeně podle Fleming a Manwell, 1999). Léčba obrovského počtu lidí, kteří mají problémy s alkoholem, přesahuje možnosti nemnoha specialistů na léčení závislostí. Proto lze v této oblasti očekávat zřetelný pozitivní efekt na zdraví populace jen v případech, že pomoc lidem, kteří mají problémy s alkoholem, budou poskytovat zdravotníci všech klinických oborů. Krátkou intervenci v této indikaci doporu-

čuje Světová zdravotnická organizace. Ta také zorganizovala multicetrickou studii týkající se její efektivity (informace o studii např. WHO, 1996). U experimentální a překvapivě i u kontrolní skupiny osob nadměrně pijících alkohol došlo k výraznému poklesu spotřeby alkoholu. Signifikantně větší v porovnání s kontrolní skupinou byl pokles spotřeby alkoholu u mužů. Tzv. „velmi krátká intervence“ sestávající s doporučení, aby pacient přestal pít, a předání letáku byla stejně účinná jako rozsáhlejší krátká intervence. Efektivita zmíněné „velmi krátké intervence“ se ukazovala zvláště u pacientů, kteří v souvislosti s alkoholem prodělali nedávno závažný problém, a byli tím silněji motivováni ke změně. Pokles spotřeby alkoholu u kontrolní skupiny lze vysvětlit efektem sledování skupiny a tím, že zde proběhla skrytá krátká intervence ve formě opakovaných dotazů na konzum alkoholu, což mohlo pacienty varovat před nadměrným pitím. Charakter krátké intervence je vhodné přizpůsobit motivačnímu stadiu, což povede k zvýšení efektivity (o stádiích motivace podrobněji dále).

Zweben a Fleming (1999) shrnují výsledky 14 studií týkající se efektivity krátké intervence a dospívají k následujícím závěrům: Krátká intervence vede k nižšímu pití alkoholu u mužů i u žen (jiné studie dokonce naznačují, v rozporu s citovanou studií WHO, že krátká intervence je u žen ještě efektivnější), usnadňuje vstup do specializované léčby (pokud je potřebná) a vede k nižšímu využívání jiných zdravotnických služeb (např. interních, chirurgických nebo neurologických). Krátká intervence je účinná u pacientů, kteří pijí alkohol rizikově, kteří ho zneužívají, i u závislých, jestliže není z nějakého důvodu možná intenzivnější léčba. Nepanuje shoda v tom, jaký je v rámci krátké intervence optimální počet následných kontrol.

Proběhly i výzkumy, které se týkaly efektivity jednotlivých komponent krátké intervence (přehled viz Zweben a Fleming, 1999). Jako efektivní se ukázalo používání svépomocných materiálů. Původní české manuály pro závislé na alkoholu a pro závislé na jiných psychoaktivních látkách jsme zpracovali i pro naši populaci (Nešpor, 1999, Nešpor a Müllerová, 2000) a jsou volně dostupné na internetových adresách www.plbohnice.cz/nespor nebo www.muweb.cz/veda/nespor.

Za prokazatelně efektivní lze považovat i jasné a srozumitelné doporučení přestat pít alkohol nebo pití omezit. Efektivní je také krátká intervence za pomoci rodiny.

Strategie krátké intervence ve studii Světové zdravotnická organizace

1. Obecnější hovor o životním stylu pacienta a úlohy alkoholu v něm.
2. Téma alkohol a zdravotní rizika. To se může dít např. pomocí otázky „Jak pití alkoholických nápojů působí na vaše zdraví?“
3. Pak je možné nechat si popsat typický den nebo týden pacienta. Lze tak získat cenné informace, které se týkají způsobu pacientova života, a to i v jiných oblastech, než je pití alkoholu.
4. Pak se lékař ptá na pozitivní očekávání pacienta od alkoholu a problémy, které alkohol působí (např. „Co se vám na pití alkoholu nelíbí?“).
5. Následuje poskytnutí relevantní informace týkající se zdravotních rizik alkoholu.
6. U pacientů, kterým pití začíná vadit, je pak možné se zeptat např.: „Co byste si přál v tomto směru změnit?“
7. Důležité je také zabývat se pacientovými vlastními obavami týkajícími se jeho konzumu alkoholu a možné změny.
8. Nakonec je třeba pacientovi pomoci se rozhodnout v souladu s jeho skutečnými zájmy.

Poněkud odlišný a jednodušší přístup nabízí přední americká výzkumná instituce NIAAA.

Kroky při krátké intervenci podle americké NIAAA

1. Vhodné dotazy (Ask).
2. Posouzení stavu (Assess) za pomoci diagnostického rozhovoru, případně jednoduchých dotazníků.
3. Rada nebo doporučení (Advice)
4. Sledování (Monitor).

Rozhovor s pacientem se má vést nekonfrontačně a s porozuměním. S výjimkou situací, kdy jsou zákonné důvody k nedobrovolné léčbě z důvodů zřejmé nebezpečnosti sobě nebo okolí, je třeba respektovat pacientovu odpovědnost a právo se informovaně rozhodovat. Lékař by měl posilovat pacientovo přesvědčení, že změna k lepšímu je možná. U nespolupracujících pacientů je třeba opakovaně vyjadřovat obavy o jejich zdraví, být připraven pomoci ve vhodnou dobu, pokračovat ve sledování, znovu navrhnout specializovanou léčbu, případně i spolupracovat s rodinou pacienta, navrhnout alespoň abstinenci na zkoušku na omezený časový úsek (The Physicians' Guide ..., 2003).

Tabulka 24 Kroky při krátké intervenci podle NIAAA

| | | |
|---|--|--|
| Zeptat se na pití alkoholu ↓ | | |
| Jestliže muž pije nad 168 g ¹ a alkoholu týdně nebo 48 g při jedné příležitosti a žena pije nad 84 g alkoholu týdně nebo 36 g při jedné příležitosti nebo jestliže je pozitivní odpověď na jednu nebo více otázek dotazníku CAGE ² . ↓ | | |
| Zhodnotit problémy působené alkoholem a zda se jedná o závislost (o závislosti viz výše) ↓ | | |
| Doporučit vhodný postup ↙ ↘ | | |
| Závislost či jiné důvody k abstinenci (tyto důvody viz dále): Doporučit abstinenci, případně navrhnout specializovanou léčbu. | | Nejedná se o závislost, nejsou důvody k abstinenci, jiné problémy působené alkoholem či jejich riziko: Doporučení omezit pití alkoholu (tj. denně pod 24 g alkoholu u mužů a pod 12 g alkoholu u žen nebo osob nad 65 let) |
| Sledovat průběh a pacientovy pokroky | | |

¹ Velmi zhruba lze říci, že dávka 20 g alkoholu odpovídá půl litru 12° piva, 200 ml vína nebo 50 ml destilátu.

² Viz výše v části týkající se diagnostiky závislosti.

Důvody k abstinenci mimo jiné zahrnují:

- Závislost na alkoholu.
- Dřívější pokusy o kontrolované pití selhávaly.
- Abstinence ve vztahu k alkoholu je vhodná také u lidí závislých na jiných psychoaktivních látkách. Předejde se tak možnému přesmyku závislosti. Příklady pacientů dříve závislých na ilegálních drogách, kteří si později vytvořili závislost na alkoholu, jsou časté.
- Těhotenství nebo plánování těhotenství.
- Choroby, které alkohol zhoršuje (nemoci jater, epilepsie, onemocnění slinivky břišní atd.).
- Léčení léky, které vstupují s alkoholem do nebezpečných interakcí. Takových léků je nejméně sto.
- Pro lidi, kteří řídí automobil (i velmi nízká hladina 0,2 promile alkoholu v krvi zvyšuje riziko dopravní nehody asi 2x) nebo se věnují jiným rizikovým činnostem.

- Pro lidi se zhoršeným sebeovládáním a sklony k násilí. Podstatná část násilných trestných činů bývá páchána pod vlivem alkoholu.
- Věk pod 18 let. U dětí dochází k otravě i po malých dávkách alkoholu a závislost na něm se v dětství a v dospívání rozvíjí velmi rychle. Navíc zkušenost s alkoholem v nízkém věku zvyšuje riziko pozdějších problémů s ilegálními drogami.

Praktické a přehledné je i následující schéma.

Schéma krátké intervence FRAMES (Cyr a McGarry, 2002)

Feedback. Zpětná vazba týkající se negativních účinků alkoholu: „Ačkoli se zdá, že díky alkoholu spíte lépe, jste přesto unavený(á), protože Vás alkohol probouzí během noci.“

Responsibility. Zodpovědnost za změnu návyků týkajících se pití alkoholu: „Jedině vy se můžete rozhodnout, že přestanete pít, abyste se přesvědčil(a), co to udělá s Vaší únavou.“

Advice. Rada ohledně požívání alkoholu: „Přestaňte na dva týdny zcela pít a uvidíme, jak vám bude.“

Menu. Alternativní možnosti: „Pokud se ukáže, že se alkoholu na dva týdny nejste schopen (schopna) vzdát, měli bychom zvážit nějakou jinou možnost, například skupinovou či individuální terapii nebo účast v organizaci Anonymní Alkoholici.“

Empathy. Vcítění vůči pacientovi: „Chápu, že to pro Vás může být obtížné, protože alkohol podle všeho potlačuje Vaši úzkost a ve Vašem životě se v poslední době nahromadila řada stresových situací.“

Self-efficacy. Sebeovlivnění: „Těší mě, že jste se rozhodl(a) pro tuto změnu. Vaše odhodlání vám pomůže k úspěchu.“

Prvky používané při krátké intervenci v přehledu

Posouzení stavu a informovat pacienta o výsledku

Posouzení stavu může podle potřeby vyžadovat anamnézu, anamnézu z okolí, psychiatrické a somatické vyšetření, vyšetření jaterních testů, toxikologické vyšetření a další laboratorní vyšetření dle potřeby (např. screening hepatitid, HIV, vyšetření na syfilis), RTG plic při podezření na tuberkulózu, vyšetření CT při podezření na nitrolební krvácení apod. Důležitým nástrojem posouzení je diagnostický rozhovor. Při správně prováděném diagnostickém rozhovoru si pacient připomene problémy, které mu návykové chování působí, a uvědomí si rizika. Otázky je třeba klást srozumitelně. Diagnostický rozhovor by měl zahrnovat otázky týkající se množství

alkoholu nebo jiné psychoaktivní látky a frekvence jejího užívání v týdenních nebo delších obdobích a to, jak dlouho užívání trvá. U ilegálních drog je důležitá cesta aplikace (injekčně, šňupáním apod.). Potřebné jsou otázky týkající se sebevražedných tendencí anebo pokusů. U pacientů, kteří se pro návykovou nemoc léčili, je třeba se ptát, jakou formou a co se při léčbě osvědčilo. Cenná bývá i anamnéza z okolí, protože údaje od pacienta mohou být neobjektivní.

Příklady vhodných otázek

- Druh alkoholického nápoje nebo psychoaktivní látky, množství, frekvence užívání (denní, týdenní apod.) a možné kombinace různých látek.
- Emoční stavy předcházející pití alkoholu či užívání látky a objevující se po odeznění jejího účinku.
- Zevní okolnosti užívání (např. ve společnosti, o samotě, na určitých společenských nebo „kulturních“ akcích).
- Zdravotní problémy související s návykovým problémem nebo zhoršované alkoholem či jinou psychoaktivní látkou.
- Jiné následky v dalších oblastech života (práce, rodina, právní záležitosti).
- Komplikace, které lze očekávat při pokusu o překonání problému.
- Problémy, které lze očekávat při pokusu o překonání problému.
- Otázky na diagnostické znaky závislosti (bažení, zhoršené sebeovládání, odvykací stavy, tolerance, zanedbávání zájmů, pokračování vzdor nepříznivým následkům).
- Průběh odvykacích stavů v minulosti (lze tak do jisté míry usuzovat na průběh nynějšího odvykacího stavu).
- Otázky na předchozí pokusy o léčbu, co se osvědčilo, co ne a proč (např. nesoustavnost nebo obtížná dostupnost).
- Otázky na životní problémy, které zdánlivě nebo i skutečně nesouvisejí s psychoaktivními látkami.

Cyr a McGarry (2002) správně doporučují, aby lékař v případě, že si není jist diagnózou závislosti či škodlivého užívání, tuto nejistotu vhodně vyjádřil, např. „Obávám se, že Vaše problémy s dcerou a se spánkem mohou částečně souviset s tím, že pijete více alkoholu. Jaký je Váš názor na tuto věc?“

Jasná rada nebo doporučení

Jasná rada nebo doporučení přestat pít nebo užívat psychoaktivní látku patří k prokazatelně efektivním postupům. Je třeba být specifický a např. zdůraznit, že alkoholickým nápojem je i pivo a že doporučujeme trvalou abstinenci nebo abstinenci na zkoušku na omezený časový úsek.

Motivační rozhovor

Podrobněji viz dále.

Sebemonitorování

Znamená zaznamenávání si, kdy a za jakých okolností se objevil craving (bažení), co ho pomohlo zvládnout, kdy docházelo k recidivě apod.

Terapeutický kontrakt a dohoda o léčebných cílech

Účastníky terapeutického kontraktu mohou být i rodinní příslušníci, podrobněji viz Nešpor (2000).

Svépomocné manuály a další tištěné materiály

Svépomocné manuály jsou k dispozici zadarmo na internetu www.plbohnice.cz/nespor nebo www.mujweb.cz/veda/nespor.

Svépomocné organizace

Sem patří např. poskytnutí kontaktů na organizaci Anonymní alkoholici.

Poskytnutí telefonního čísla na službu telefonické pomoci

Může se tak mimo jiné snížit riziko sebevraždy nebo usnadnit zvládnutí krize.

Spolupráce s rodinou

Nejčastěji se pracuje s manželkami závislých na alkoholu středního věku a rodiči u mladších lidí závislých na alkoholu nebo jiných látkách.

Následné kontroly

Důležité je také formulování jasných cílů. Zweben a Fleming (1999) správně poukazují na to, že efektivitu krátké intervence lze zvýšit pozitivním a optimistickým přístupem.

Předání ke specializované léčbě.

Úspěšnost předání ke specializované léčbě je ovlivněna řadou faktorů. Tak je známo, že jí může zvýšit tzv. aktivní předání, při kterém zdravotník návštěvu předem dohodne nebo pacienta k první návštěvě doprovodí někdo z rodiny, sociální pracovnice apod. Poněkud komplikovanější přehled jsem volně zpracoval podle Donovana a Rosengrena (1999).

Tabulka 25 Co ovlivňuje úspěšnost předání

| Zvyšuje úspěšnost předání | Snižuje úspěšnost předání |
|--|--|
| Dobrá informovanost o zařízení, případně navíc aktivní předání. | Nedostatek informací o zařízení. |
| Snadná dosažitelnost a dostupnost (např. zařízení je blízko bydliště). | Obtížná dosažitelnost a dostupnost. |
| Vážné či bolestné problémy v různých oblastech života působené psychoaktivní látkou. | Pozitivní očekávání od alkoholu nebo drog, minimum problémů. |
| Pocit ztráty kontroly ve vztahu k psychoaktivní látce. | Sebedůvěra ve vztahu k psychoaktivní látce (ať oprávněná nebo neoprávněná). |
| Touha po změně. | Neochota ke změně. |
| Ochota přijmout pomoc. | Neochota přijmout pomoc. |
| Pozitivní očekávání od léčby a zejména jejího výsledku. | Negativní očekávání od léčby a jejího výsledku. |
| Nepřítomnost finančních či jiných překážek v léčbě. | Finanční, jazykové, časové a jiné překážky. |
| Důvěra v povinnou mlčenlivost terapeutů. | Obava ze stigmatizace, nedůvěra v povinnou mlčenlivost. |
| Tlak ke změně ze strany pro pacienta důležitých lidí v okolí. | Okolí usnadňuje návykové chování, ať vědomě nebo nevědomě. |
| Pacient projevuje o léčbu aktivní zájem. | Těžký odvykací stav se sebevraždnými tendencemi, zmatenost, psychotické příznaky, závažná porucha kognitivních funkcí. V těchto případech bývá třeba aktivně zorganizovat nedobrovolnou léčbu. |

Literatura

- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M.: Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA*, 273, 1995, s. 1106 - 1112.
- Claassen, C. A., Adinoff, B.: Alcohol withdrawal syndrome. *CNS Drugs*, 12, 1999, 4, s. 279 - 291.
- Cooney, N. L., Kadden, R. M., Litt, M. D., Getter, H.: Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-year follow-up results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59, 4, s. 598 - 601.
- Csémy, L. a kol.: Zneužívání alkoholu a jiných návykových látek adolescence: analýza rizikových faktorů. Závěrečná zpráva výzkumného úkolu IGA MZČR 2886-4. Psychiatrické centrum Praha, 1999.
- Duševní poruchy a poruchy chování, MKN-10, diagnostická kritéria pro výzkum. Psychiatrické centrum Praha 1996; 180.
- Etheridge, R. M., Craddock, S. G., Hubbard, R. L., Rounds-Bryant, J. L.: Relationship of counseling and self-help participation to patient outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 1999, 57, 2, s. 99 - 112.
- Ellickson, P. L., Tucker, J. S., Klein, D. J.: Ten-Year Prospective Study of Public Health Problems Associated With Early Drinking. *Pediatrics*, 111, 2003, 5, s. 949 - 955.
- Fleming, M., Manwell, L. B.: Brief Intervention in Primary Care Settings. *Alcohol Research & Health*, 23, 1999, 2, s. 129 - 137.
- Her, M., Rehm, J.: Alcohol and all cause mortality in Europe 1982 - 1990: a pooled cross-selection time-series analysis. *Addiction, Supplement I*, 1998, s. 21 - 32.
- Chaloupka, F. J., Grossman, M., Saffer, H.: The Effects of Price on Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems. *Alcohol Research & Health, Volume 26*, 2002, 1, s. 22 - 34.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R. (Eds.): *Relapse prevention*. Guilford Press, New York, 1985.
- Nešpor, K.: Jak překonat problémy s alkoholem. 2., rozšířené vydání. Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, 1999, s. 120.
- Nešpor, K.: Jak překonat problémy s hazardní hrou. 2., rozšířené vydání. Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha, 1999, s. 104.
- Nešpor, K.: Návykové chování a závislost. *Portál*, Praha, 2000, s. 152 (2003 vyjde rozšířené vydání).
- Nešpor, K.: Vaše děti a návykové látky. *Portál*, Praha, 2001, s. 160.
- Nešpor, K.: Organizace Anonymní alkoholici představuje efektivní pomoc závislým. *Alkoholizmus a drogové závislosti (Bratislava)*, 37, 2002, 3, s. 167 - 175. *Těž Praktické lékařství*, 12, 2002, 6, s. 25 - 31.
- Nešpor, K., Csémy, L.: Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je rozpoznávat, jak je zvládat. 4., rozšířené vydání. Sportpropag, Praha, 1997, s. 129.
- Nešpor, K., Csémy, L.: „Průchozí“ drogy. Co by měli vědět rodiče a další dospělí,

kteří se starají o děti a dospívající. Státní zdravotní ústav v nakladatelství Fortuna, Praha, 2002, s. 28.

Nešpor, K., Csémy, L., Prokeš, B., Matanelli, O., Mráčková, E.: Alkohol, drogy, hazardní hra a život ohrožující události. Česká a slovenská psychiatrie, 99, 2003, 1, s. 16 - 22.

Nešpor, K., Müllerová, M.: Jak přestat brát (drogy). 3. rozšířené vydání. Vydal Sportpropag pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2000, s. 144.

Novotný, V., Kolibáš, E., Heretík, A.: Možnosti detekcie alkoholizmu V. Náš inventár markerov alkoholizmu. Protialkoholický obzor, 26, 1991, 1, s. 1 - 10.

The Physicians' Guide to Helping Patients with Alcohol Problems. K dispozici na adrese: www.niaaa.nih.gov/publications/physicn.htm.

World Health Organization Brief Intervention Study Group. A cross-national trial of brief interventions with heavy drinkers. American Journal of Public Health, 86, 1996, s. 948 - 955.

Zweben, A., Fleming, M. F.: Brief interventions for alcohol and drug problems. In: Tucker, J., Donovan, D. M., Marlatt, G. A.: Changing addictive behavior. Guilford, New York, 1999, s. 251 - 282.

Na webové stránce www.plbohnice.cz/nespor nebo www.mujweb.cz/veda/nespor jsou četné další materiály k bezplatnému stažení včetně manuálu pro závislé na alkoholu.

Národní strategie kontroly tabáku a její perspektivy v souvislosti s evropským vývojem

Jarmila Klimešová

Vzhledem k velmi nepříznivému vývoji užívání tabáku v České republice je nutné, aby byla přijata přísnější legislativní opatření pro efektivnější kontrolu tabáku. V loňském roce se podařilo prosadit zákaz reklamy na tabákové výrobky, který vstupuje v platnost 1. července 2004. Došlo také ke zvýšení spotřebních daní z tabákových výrobků.

Dne 30. října 2002 byl vládním usnesením č. 1046 přijat dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR - Zdraví pro všechny v 21. století. Součástí tohoto programu je cíl 12, který obsahuje opatření vedoucí ke snížení spotřeby tabáku v Čechách. Vzhledem k tomu, že tabakismus je meziresortním problémem, je nutná zainteresovanost i dalších resortů. Vývoj v této oblasti by měl dospět k postupnému omezení zákazu kouření na místech, kde se vyskytují nekuřáci a kde dochází k přímému poškozování zdraví pasivním kouřením. Není možné zapomínat na účinnější osvětu populace včetně sběru dat souvisejících s užíváním tabákových výrobků a jejich prezentace veřejnosti i politicky činným subjektům. Společnost musí být informována, jaké jsou následky užívání výše uvedené komodity včetně finančních dopadů na státní rozpočet.

Dne 16. června 2003 podepsala ministryně zdravotnictví z pověření prezidenta ČR v Ženevě Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku, která bude pro Českou republiku závazná po její ratifikaci. Lze předpokládat, že na základě této ratifikace bude nutné přistoupit ke změně legislativy mimo jiné i v oblasti kontroly obchodu s tabákovými výrobky, a to s důrazem na nelegální obchod. Nelze opomenout brzký vstup České republiky do společenství Evropské unie. Po vstupu České republiky bude nutné přijmout veškerá legislativní opatření v oblasti tabákové kontroly.

Celosvětový trend zpřísnění legislativních opatření a větší důraz na prevenci ve výše uvedené oblasti jasně ovlivňuje i pozici České republiky, která nemůže zůstat v pozadí.

Přehled současné platné legislativy

Jarmila Klimešová

Zákon č. 587/1992 Sb., o spotřebních daních, poslední novelizace 255/2002 Sb.: stanoví se podmínky zdaňování piva, lihu, vína a tabákových výrobků spotřebními daněmi a způsob značení některých tabákových výrobků.

Z opatření uvedených v tomto zákoně vyplývá, že daň na tabákové výrobky je v současné době (dle výpočtů ze zákona) 35 %. Tabákové výrobky musí být značené tabákovou nálepkou, tato povinnost se ovšem nevztahuje na prodej cigaret, doutníků a cigarillos na palubách letadel zahraničních linek a v prodejnách DUTY FREE, které jsou oprávněny k prodeji za ceny bez daně.

Zdaňování piva, vína a lihu obsaženého v alkoholických nápojích je uskutečněno na základě typu alkoholického nápoje.

Vyhláška 415/2001 Sb., kterou se mění vyhláška ministerstva financí č. 11/1994 Sb., kterou se stanoví podrobnosti ke značení některých tabákových výrobků, ve znění vyhlášky č. 257/1994 Sb. a vyhlášky č. 309/1995 Sb.

Touto vyhláškou se stanoví přesný vzhled a umístění tabákové nálepky na tabákových výrobcích.

Zákon č. 65/1965 Sb., zákoníku práce, který obsahuje opatření na ochranu nekuřáků na pracovišti a zákaz požívání alkoholických nápojů na pracovišti.

Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy, jehož část obsahující opatření vztahující se k reklamě na tabákové výrobky, byla změněna zákonem č. 132/2003 Sb., který nabývá účinnosti dne 1. července 2004. Schválení takto zásadní změny znamená zákaz veškerých forem reklamy na tabákové výrobky s výjimkou oznámení určeného výhradně profesionálům v oblasti obchodu s tabákovými výrobky, reklamy ve specializovaných prodejnách tabákových výrobků. Výjimkou je také ustanovení o sponzorování motoristických soutěží, které ovšem pozbývá dnem 1. ledna 2007 účinnosti.

Zákon č. 231/2001 Sb., o provozování rozhlasového a televizního vysílání, obsahující usnesení, kde provozovatelé jsou povinni nezařazovat do vysílání reklamy na tabák a tabákové výrobky, skryté a podprahové reklamy a reklamy, které podporují chování ohrožující morálku a zájmy spotřebitele anebo zájmy ochrany zdraví, bezpečnosti nebo životního prostředí.

Zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích, jehož účelem je stanovit povinnosti podnikatelů při výrobě potravin a tabákových výrobků a jejich uvádění do oběhu a upravit státní dozor nad dodržováním povinností vyplývajících z tohoto zákona. Z Usnesení vyplývají povinnosti pro výrobu tabákových výrobků včetně jejich uvádění na trh. Tabák pro orální užití je zakázáno uvádět do oběhu.

Vyhláška č. 325/1997 Sb., kterou se provádí §18 písm. a), d), j), k), l) a m) zákona č. 110/1997Sb. Obsahem vyhlášky je vymezení pojmů vztahujících se k tabákovým výrobkům, označování, požadavků na jakost a uvádění do oběhu tabákových výrobků. Dále je zde stanoven výčet látek povolených a látek zakázaných, které smějí být použité pro výrobu výše uvedených výrobků.

Zákon č. 37/1989 Sb., o ochraně před alkoholizmem a jinými toxikomaniemi, který mimo jiné obsahuje opatření vztahující se k výchově k ochraně před alkoholizmem a jinými toxikomaniemi včetně kouření, opatření omezující prodej tabákových výrobků, prodej a podávání alkoholických nápojů. V současné době probíhá legislativní proces návrhu zákona o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a návykovými látkami, který by měl nahradit zákon č. 37/1989 Sb.

Nový návrh zákona byl připraven na základě zastaralé a nevyhovující současné právní úpravy vedoucí k ochraně před škodami výše uvedených komodit.

Poznámky

Charakteristiky studií

Mezinárodní studie Mládež a zdraví (HBSC)

Národní centrum podpory zdraví (1994), Státní zdravotní ústav (1998), Psychiatrické centrum (2002). The Health Behaviour in School-Aged Children, dále jen HBSC, je významným dlouhodobým výzkumným projektem Světové zdravotnické organizace. Cílem projektu je sledovat v mezinárodním kontextu trendy v chování, které spoluurčují zdravotní stav mladé generace. Česká republika se poprvé účastnila studie v roce 1994. Dotazový formulář použitý při studii vycházel z mezinárodní anglické verze dotazníku, která byla vypracována koordinačním pracovištěm WHO. Každá z participujících zemí měla možnost doplnit základní verzi dotazníku o vlastní otázky. Dotazník pokrýval několik tematicky odlišných domén. Vedle základních sociodemografických ukazatelů to byly specifické oblasti chování, které mají významný vztah k tělesnému a duševnímu zdraví dětí a mládeže: kouření, užívání alkoholu, psychosomatické obtíže, užívání léků, výživa a stravovací zvyklosti, prostředí školy a aktivity volného času, rodina, úrazy, týrání a šikana ve škole.

Školní projekt o alkoholu a jiných drogách (ESPAD)

Studie ESPAD byla realizována pod záštitou Rady Evropy (Pompidou Group) poprvé v roce 1995 ve 26 evropských zemích jako školní dotazové šetření. Druhá vlna výzkumu proběhla v roce 1999 a zatím poslední v roce 2003. Podmínkou účasti bylo přijetí jednotné metodiky, která zahrnovala jak dotazníkový formulář, tak principy konstrukce výběrového souboru a způsob náboru dat. Cílem bylo, aby mezinárodní projekt, koordinovaný Švédskou radou pro informace o alkoholu a drogách (CAN), přinesl srovnatelná data o užívání návykových látek mezi mládeží v Evropě. Dotazníkový formulář obsahově pokrýval oblast užívání legálních i ilegálních návykových látek a postojovou oblast vztahující se k návykovým látkám. Vedle základních sociodemografických údajů byla také sledována další témata, např. způsob využití volného času atd.

Celosvětová studie kuřáctví mezi mládeží WHO/CDC (GYTS 2002)

Studie GYTS byla školním dotazníkovým šetřením mezi žáky 7. až 9. tříd, které proběhlo v březnu až dubnu 2002. K vytvoření reprezentativního vzorku žáků 7., 8. a 9. tříd všech škol v České republice bylo použito

dvoustupňového skupinového výběru. Celkem tak bylo vybráno 204 tříd s celkovým počtem 4 716 žáků. Studie GYTS dosud proběhla v 76 zemích po celém světě. Studie se zaměřila na pět oblastí: kouření školních dětí, pasivní kuřáctví, média a reklama, přístup nepinoletých k tabákovým výrobkům a školní osnova. Záměrem GYTS také bylo poskytnout standardní výzkumnou metodiku a protokol pro shromažďování informací, použitelných ke srovnání mezi různými zeměmi a při vývoji účinných opatření a programů k prevenci kouření mezi mladistvými. V České republice bylo toto šetření poprvé provedeno v roce 2002 a jeho výsledky budou sloužit jako důležitý zdroj pro rozšíření našich znalostí o kouření mládeže.

Studie Zdraví a škodlivé návyky - prevalence kuřáctví v dospělé populaci

Státní zdravotní ústav, Praha, 1996, 1997, 1999 a dále každý rok do roku 2003.

Datová základna vychází z informací získaných strukturovaným rozhovorem. Dotázané osoby jsou vybírány kvótní metodou, celkové N je vždy vyšší než 1000 osob. Vzorek se dobře shoduje s populací, pokud jde o distribuci podle pohlaví, věkových skupin a místa bydliště. V souboru byly pouze dospělé osoby do věku 64 let. Výzkumný dotazník zahrnuje základní sociodemografické znaky, otázky týkající se kouření, zdravotního stavu apod.

Slovníček pojmů

Abstinence. Zdrženlivost, znamená to zdržet se pití alkoholu, braní drog nebo hazardní hry.

Abstinenční syndrom, hovorově absták. Správně se říká odvykací příznaky, tedy příznaky, které se dostávají po vysazení některých drog.

AIDS. Projevuje se oslabením schopnosti organismu bránit se infekcím a nádorům. Je působen virem HIV. Prevence AIDS zahrnuje následující způsoby: 1. vyhnout se drogám podávaným nitrožilně, 2. věrnost a odpovědnost v sexuálním životě, 3. vyhýbání se zejména rizikovému sexu, při kterém dochází k míšení tělních tekutin, případně ochrana s prezervativem, 4. vyhýbání se sexu s lidmi, u nichž je vyšší riziko nakažení (zejména ti, kdo berou drogy nitrožilně, prostitutky, ti, kdo střídají často partnery). Vyšetření na AIDS je zdarma.

Alkohol. Chemicky etylalkohol (C₂H₅OH). Silně návyková legální droga.

Asertivita. Zdravé sebeprosazení. Asertivní člověk jedná tak, aby nepoškozoval druhé, ale současně dokáže přiměřeně hájit vlastní zájmy.

Časná intervence. Intervence (léčba) zahájená co nejdříve. Tak má lepší výsledky, je kratší a je jednodušší.

Deprese. Stavy smutku. Deprese vyvolávají často návykové látky, jsou časté v kocovinách po alkoholu, po pervitinu. Deprese také vznikají jako následek problémů, které návykové látky vyvolaly. U většiny lidí, kteří mají problémy s návykovými látkami, deprese při delší abstinenci vymizí. Pokud ne, může pomoci psychoterapie, tělesné cvičení, relaxační techniky a také některé bezpečné léky. Těžší deprese vyžadují spolupráci s lékařem.

Detoxifikace. Cílem detoxifikace je pomoci tělu zbavit se jedovatých látek a překonat případné obtíže po vysazení drogy. Někdy se také hovoří o detoxifikaci, při které se používají léky, odlišuje se „detoxikace“, při které se léky nepoužívají. Tyto dva výrazy se ale v praxi často používají jako synonyma.

Droga. Jakákoliv přírodní nebo syntetická látka, která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí. Drogou se ale většinou myslí užší skupina látek, které ovlivňují psychiku.

HIV. Virus, který vyvolává AIDS.

Intoxikace. Ovlivnění látkou, otrava. Většinou přechodný stav po alkoho-

lu nebo jiné návykové látky. Vede k poruchám vnímání, myšlení, citění nebo chování.

Kombinace více látek. Kombinování více drog zvyšuje nebezpečí otrav a zdravotních problémů. Kombinace různých látek může vyvolat účinky, které by žádná z nich sama o sobě nevyvolala.

Komunikace. Český dorozumívání se. Při komunikaci dochází k předávání a přijímání informací. Komunikace mezi lidmi se děje jednak za pomoci slov, jednak i mimoslovně. Příkladem mimoslovní (neverbální) komunikace je výraz tváře, tón hlasu nebo gesta. Schopnost dobře komunikovat (dorozumět se s lidmi) se dá naučit.

Linky důvěry. Poskytují volajícímu bezplatnou telefonickou pomoc. Některé je možné i navštívit, jestliže si to volající přeje. Pracovníci linek důvěry bývají informováni o možnostech pomoci v okolí. V České republice pracuje přes 40 linek důvěry. Telefonická pomoc se poskytuje zdarma, na Linku bezpečí se dá dokonce volat i bez telefonního poplatku (tel. 800 155 555).

Motivace. Jsou to činitele, které podněcují a usměrňují chování člověka. Motivace může vycházet z vnitřních potřeb nebo zvenčí. Následují příklady motivace ke zdravému způsobu života a k vyhýbání se návykovým látkám: přání být zdravý, přání dosáhnout nějakého dobrého životního cíle, přání dokončit školu nebo vyučit se, přání mít jednu zdravé děti atd.

Motivační trénink. Technika užitečná v prevenci i v léčbě návykových nemocí. Pomáhá uvědomit si výhody zdravého způsobu života a nevýhody zneužívání drog a pití alkoholu.

Násilí. Sklon k násilí zvyšuje riziko alkoholu a drog. Násilí ve sdělovacích prostředcích je dobré se vyhýbat. Alkohol, kokain, pervitin a jiné látky zvyšují sklon k násilnému jednání. Pod vlivem alkoholu a drog bývají i oběti trestných činů.

Nikotin. Tato látka vyvolává závislost na tabáku. Nikotin zužuje cévy, může být příčinou náhlé srdeční smrti, zhoršuje vysoký krevní tlak. Není to ale jediná škodlivina v tabáku, k těm dalším patří např. rakovinou tvorné dehty.

Odmítání. Je součástí asertivity neboli zdravého sebeprosazení. Odmítání umožňuje člověku se svobodně rozhodovat a nedat se druhými zneužívat. Důležité je např. umět odmítat drogy a alkohol. Způsoby odmítání dělíme na rychlé (nevidět - neslyšet, odmítnutí gestem, jasné „ne“),

zdvořilé (s vysvětlením, nabídnutí lepší možnosti, s převedením řeči jinam), důrazné (porouchaná gramofonová deska, odmítnutí protiútokem) a královské (odmítnutí jednou provždy, odmítnutí jako pomoc).

Odvykací syndrom. Hovorově „absták“. Nastává po vysazení některých drog, hlavně alkoholu, opiátů a tlumivých léků. Odvykací syndrom vyvolá obvykle až delší braní vyšších dávek. Odvykací příznaky mohou být tělesné (např. křeče) nebo duševní (např. deprese).

Ordinace AT. Ambulantní zařízení zabývající se léčením problémů působených alkoholem anebo jinými návykovými látkami. Pracují v řadě pražských obvodů a v mnoha okresních městech.

Paměť. Řada návykových látek zhoršuje paměť. To se týká marihuany, tlumivých léků, jako je diazepam, alkoholu, organických rozpouštědel i některých dalších drog.

Pedagogicko-psychologické poradny. Mohou pomoci dětem a dospívajícím s různými problémy, včetně problémů s užíváním návykových látek.

Peer program (čte se „pír“ program). Je to program za aktivní účasti předem připravených vrstevníků (věkový rozdíl mezi peer aktivisty a těmi, s nimiž pracují, bývá 1 - 2 roky). Je vhodný pro normální děti a dospívající. Chlapci a děvčata podobného věku, kteří žijí zdravě, pomáhají při peer programu normálním vrstevníkům, aby žili zdravě i oni.

Poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy. Obrací se na ně lidé s různými partnerskými a rodinnými problémy. Čísla těchto poraden hledejte v telefonních seznamech větších měst.

Poškození plodu návykovými látkami. Alkohol i drogy mohou poškodit dítě ještě před narozením, jestliže je žena přijímá v těhotenství.

Prevence. Cílem prevence je předcházet nemoci před jejím vznikem. Tomu se také někdy říká primární prevence.

Průchozí drogy. Drogy jako alkohol, tabák a marihuana zvyšují riziko problémů působených jinými drogami. Neznamená to, že každý, kdo má zkušenosti s průchozí drogou, se stane později závislý na jiné droze. Setkání s průchozí drogou v mladém věku ale toto riziko zvyšuje. Naprostá většina dospívajících v České republice, kteří si vytvořili závislost na heroinu nebo pervitinu, se k těmto drogám dostala přes alkohol, tabák a marihuanu.

Předávkování. Otrava návykovou látkou. Předávkování nastává, když si člověk vzal silnější drogu, než si myslel. Může nastat i tehdy, jestliže se někomu změnila odolnost vůči droze nebo když došlo ke kombinaci s jinou drogou.

Psychiatrie. Je to lékařská disciplína zabývající se léčbou duševních poruch.

Psychoterapie. Je to léčení za pomoci psychologických prostředků (rozhovorem, relaxací, za pomoci hudby, kreslení atd.). Ve vyspělých zemích se psychoterapie často používá. Může nahradit návykové léky.

Recidiva. U léčení závislosti se tím míní návrat k alkoholu nebo k drogám po určité době abstinence. Recidivu je třeba co nejdříve zastavit. Recidiva může posloužit jako zkušenost a vést člověka k větší opatrnosti.

Rehabilitační léčba. Za pomoci vhodného cvičení, masáží, prohřívání částí těla apod. se dají mírnit nebo odstraňovat bolestivé obtíže, jako jsou bolesti zad, pouřazové stavy, bolesti kloubů apod. Rehabilitační léčba tak může nahradit návykové léky.

Relaxace. Znamená uvolnění. V těle nastávají při relaxaci opačné změny, než při stresu. K navození relaxace se používá Schultzův autogenní trénink, Jacobsonova progresivní relaxace a jógové relaxační techniky. Relaxace je užitečná při prevenci i léčbě problémů s návykovými látkami a s hazardní hrou. Používá se také např. k léčbě nespavosti, u bolestivých stavů, u některých kožních nemocí, astmatu atd. Osvědčila se i u úzkostí, depresí a stavů vyčerpání.

Rizikové činitele. Zvyšují nebezpečí problémů s alkoholem a drogami. Patří k nim např. známí, kteří berou drogy nebo mají sklon k násilí.

Rodinná terapie. Při rodinné terapii se pracuje s celou rodinou nebo alespoň s více členy rodiny. Cílem bývá zlepšit fungování rodiny jako celku nebo pomoci některému jejímu členu. Jedna z velmi užitečných forem léčby.

Snižování dostupnosti návykových látek. Je v prevenci účinné. Příklady snižování dostupnosti jsou věková omezení pro koupi alkoholických nápojů, zvyšování ceny tabáku a zákaz některých drog. Současně se snižováním dostupnosti je třeba snižovat i poptávku po návykových látkách.

Snížení poptávky po návykových látkách. Poptávku snižuje nabízení lepších možností, peer programy, spolupráce různých složek společnosti při prevenci a léčba.

Sociální dovednosti. Dovednosti v mezilidských vztazích. Patří k nim schopnost navazovat kontakt, udržovat konverzaci, domluvit se s druhými lidmi, pochválit druhé, vyjádřit nespokojenost, přijímat kritiku, porozumět různým situacím. Sociální dovednosti se dají naučit.

Stres. Nadměrná, dlouhotrvající nebo nepřiměřená zátěž. Označuje také to, jak člověk na zátěž reaguje. Přirozeným opakem stresu je relaxace. V prevenci účinků nadměrného stresu se osvědčily následující postupy: vyvážený životní styl s dostatkem odpočinku, zdravá výživa s dostatkem vitamínů (zejména vitamínu C), dobré vztahy k druhým lidem, relaxační techniky, tělesný pohyb a dobré zájmy.

Svépomocné příručky. Svépomocnou příručku si často přečte i člověk, který by nebyl ochoten se někomu svěřit. V zahraničí i u nás jsou běžné svépomocné příručky pro lidi, kteří mají problémy s alkoholem, hazardní hrou nebo s jinými návykovými látkami.

Škodlivé užívání návykových látek. Člověk si může poškodit zdraví alkoholem nebo drogami a nebyt při tom na nich závislý. Příkladem jsou např. jaterní nemoci nebo deprese. V takovém případě se mluví o škodlivém užívání nebo zneužívání návykové látky.

Štěstí. Vědci zjistili, že šťastnější lidé mívají sebedůvěru, žijí v dobrém manželském nebo partnerském vztahu, jsou nábožensky nebo duchovně založení, společenší, mají dobrý spánek, pravidelně cvičí a mají práci. Alkohol a drogy přinášejí po delším čase jen utrpení, ne štěstí.

Tabák. V České republice umírá předčasně každý den asi 63 lidí na následky kouření tabáku. Návykovou látkou v tabáku je nikotin. Tabák obsahuje i další škodliviny jako dehty nebo kysličník uhelnatý. Zhruba 7 z 10 mladých lidí, kteří začali kouřit, toho později lituje. Podle britských a amerických pramenů si kuřák zkracuje život o 20 až 25 let, každý druhý kuřák zemře na následky kouření, polovina předčasných smrtí nastává už ve středním věku. Kouření tabáku vede k poklesu tělesné výkonnosti a může vyvolat bolesti žaludku. Pleť kuřáka rychleji stárne. Kouření způsobuje rakovinu, onemocnění dýchacích cest a srdeční nemoci dávkou asi dvou cigaret denně. Některé způsoby, jak odvyknout kouření: uvědomit si výhody nekouření, rozpoznat nebezpečné situace a vyhnout se jim (např. zakouřená hospoda), prostě přestat, naučit se relaxaci nebo jógu

(zvláště pokud kouření souvisí se stresem), rozptýlení a přeladění (např. sport), psychoterapie, znechutit si kouření, zvládnutí recidivy, více cvičit, zvýšit příjem zdravých nápojů jako minerálek, více zeleniny, ovoce, celozrnných výrobků, méně tučného a sladkého.

Tolerance. Po delším užívání návykových látek klesá účinek, a proto často dochází k zvyšování dávek. Např. u opiátů závislý člověk přijímá někdy dávku, která přesahuje smrtelnou dávku u člověka bez závislosti. Tolerance roste i na tlumivé léky a na alkohol.

Toxikologické vyšetření. Vyšetření moči nebo krve na přítomnost jedovatých látek (např. alkoholu nebo drog).

Úzkost. Úzkost, podobně jako deprese, může být příčinou, proč se někteří lidé uchylují k návykovým látkám. Jenže úzkosti a deprese bývají také následkem užívání (např. pervitinu, halucinogenů nebo konopí). K dobrým způsobům, jak mírnit úzkost, patří relaxační techniky, psychoterapie a tělesné cvičení.

Záchraná služba Má telefonní číslo 155. Volá se v naléhavém ohrožení zdraví nebo života, např. při vážné otravě.

Závislost na alkoholu a jiných návykových látkách. K příznakům závislosti patří silná touha po droze, horší sebeovládání vůči droze, odvykací potíže, zvyšování dávek, zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů a pokračování v braní drog přes jasný důkaz škodlivých následků. Závislý člověk nemusí vykazovat všechny uvedené známky, stačí pouze tři. Závislost se u dětí a dospívajících rozvíjí rychleji než v pozdějších letech.

Zdraví. Zdravý člověk není omezován nemocí a je mnohem svobodnější. Zdraví umožňuje být prospěšnější sobě i druhým lidem. Zdravý člověk se také lépe cítí a může žít spokojeněji. Proto je správné zdraví chránit. Světová zdravotnická organizace definuje zdraví takto: „Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné poruchy.“

Žloutenka (latinsky hepatitis). Ti, kdo berou drogy, jsou více ohroženi žloutenkami. To bývá způsobeno jejich horší hygienou a nižší celkovou odolností. Navíc se některé typy žloutenek (virový zánět jater - zejména typ B a C) přenášejí nesterilními jehlami a stříkačkami, krví a pohlavním stykem.

