Propedeutika
vnitřního lékařství

J. Malinovská, J. Brož

Adiktologická problematika v praxi lékaře

Propedeutika vnitřního lékařství.

Adiktologická problematika v praxi lékaře

MUDr. Bc. Jana Malinovská
MUDr. Jan Brož, Ph.D.

© MUDr. Bc. Jana Malinovská[1, 2], MUDr. Jan Brož, Ph.D.[1], 2024
Recenzenti: Mgr. et Mgr. Martin Svoboda[3], Mgr. Barbora Švarcová[4]

Vydalo Nakladatelství ing. Slávka Wiesnerová,
Na Botiči 2a/3204, Praha 10
v roce 2024
Vydání první
Obálka, grafická úprava a sazba: Jana Štěpánová, studio Red GreenBlue

ISBN 978-80-87630-25-9
Distribuováno bezplatně

---

[1] Interní klinika 2. LF UK a FN Motol, 2. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha 5
[2] Adiktologická poradna, odborné pracoviště Area fausta, Praha 8
[3] Věznice Pardubice, Pardubice
[4] Psychiatrické oddělení, Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha, Praha 6

Obsah

1. Úvod 6

2. Základní termíny 7
   2.1 Definice závislosti 7
   2.2 Teorie rozvoje závislosti 7
   2.3 Úzus, abúzus, závislost 7
   2.4 Závislost v Mezinárodní klasifikaci nemocí 8
   2.5 Zdroje 8

3. Adiktologická anamnéza 9
   3.1 Význam a právní rámec 9
   3.2 Odběr adiktologické anamnézy 9
   3.3 Obsah adiktologické anamnézy 10
   3.4 Screening a krátká intervence 10
      3.4.1 SBI a SBIRT 11
      3.4.2 Screeningové dotazníky 11
      3.4.3 Další postup dle výsledku screeningu 11
   3.5 Zdroje 11

4. Alkohol 13
   4.1 Anamnéza 13
   4.2 Kategorie rizikovosti pití alkoholu 14
   4.3 Užívání alkoholu v ČR 14
   4.4 Následky užívání alkoholu 15
      4.4.1 Nehody, úmrtí a trestné činy v souvislosti s alkoholem 15
      4.4.2 Onemocnění způsobená alkoholem 15
      4.4.3 Psychické potíže a alkohol 16
      4.4.4 Další důsledky užívání alkoholu 16
      4.4.5 Laboratorní ukazatele spojené s užíváním alkoholu 16
   4.5 Screening a krátká intervence u uživatelů alkoholu 17
      4.5.1 Překážky na straně lékařů 17
      4.5.2 Význam screeningu a krátké intervence 17
      4.5.3 Screeningové dotazníky 18
      4.5.4 Doporučený postup dle výsledku screeningu 21
   4.6 Zdroje 24

5. Tabák a nikotin 26
5.1 Tabákové a nikotinové výrobky 26
5.2 Anamnéza 26
5.3 Metody protitabákové politiky 27
5.3.1 Snížení cenové dostupnosti 27
5.3.2 Snížení místní dostupnosti a regulace reklamy 27
5.4 Prevalence kuřáctví v ČR 28
5.4.1 Elektronické cigarety a zahřívaný tabák 28
5.5 Následky kouření 29
5.5.1 Závislost na nikotinu 29
5.5.2 Zdravotní a sociální konsekvence tabáku a nikotinu 29
5.6 Screening 30
5.7 Krátká intervence 31
5.8 Jak zvýšit motivaci pacienta? 32
5.9 Zdroje 33

6. Nealkoholové návykové látky 34
6.1 Nelegální drogy 34
6.2 Léky 34
6.3 Anamnéza 35
6.3.1 Nelegální drogy 35
6.3.2 Léky 35
6.4 Míra užívání nelegálních drog v ČR 36
6.4.1 Obecná populace 36
6.4.2 Problémoví uživatelé drog 36
6.5 Vybrané důsledky užívání nelegálních drog 37
6.5.1 Krví přenosné nemoci 37
6.5.2 Předávkování a úmrtí 37
6.5.3 Sociální důsledky 37
6.5.4 Důsledky u experimentálních a rekreačních uživatelů 37
6.6 Screening a krátká intervence 38
6.6.1 Význam screeningu a krátké intervence v ordinaci lékaře 38
6.6.2 Screeningové dotazníky 38
6.6.3 Krátká intervence 39
6.6.4 Doporučený postup dle výsledku screeningu 41
6.7 Společná krátká intervence pro více návykových látek 43
6.8 Zdroje 44

7. Hazardní hraní 45
7.1 Definice 45
7.2 Prevalence hazardního hraní 45
7.3 Zdravotní důsledky hazardního hraní 45
7.4 Screening 46
7.4.1 Dotazník o 2 otázkách Lie-Bet 46
7.4.2 Škála PGSI 46
7.5 Krátká intervence 47
7.6 Zdroje 48

8. Přílohy 49
8.1 Obor adiktologie a adiktologická zařízení 49
8.2 Další odborné zdroje 50
8.3 Zdroje pro pacienty 51

1. Úvod

Užívání návykových látek, zejména legálních návykových látek alkoholu a nikotinu, ale i nelegálních návykových látek, je v české populaci významně rozšířené a problémy související s užíváním návykových látek lze pozorovat u dospělých jakéhokoli věku.

Lékař jakékoli specializace se ve své praxi pravidelně potkává s pacienty, kterých se v různé míře adiktologická problematika týká, a díky své odbornosti má příležitost při rozhovoru s pacientem odhalit možné riziko rozvoje závislosti a motivovat pacienta k řešení svého problému. Pacienti, kteří užívají návykové látky, navštěvují ordinace lékařů primární péče a pohotovosti častěji než pacienti, kteří návykové látky neužívají. Lékař v těchto zařízeních je tak významným bodem v systému zdravotní a sociální péče pro identifikaci problémů spojených s užíváním návykových látek a zahájení krátké intervence.

2. Základní termíny

Závislost a škodlivé užívání (abúzus) mohou být někdy v laickém světě užívány jako synonymum. Pro pochopení těchto termínů je proto užitečné vysvětlit alespoň ve stručnosti předpoklady rozvoje závislosti a související termíny.

2.1 Definice závislosti

Závislost jako taková nemá jednotnou definici a definice se liší napříč různými zdroji. Níže uvádíme **definici látkové závislosti** (tj. závislosti na alkoholu, nikotinu či nelegálních drogách, ale ne závislosti na procesech, jako je hraní na automatech, počítačových her atd.), která vychází ze 4. edice Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (**DSM-IV**):

> Diagnózu látkové závislosti lze stanovit, pokud jedinec pokračuje v užívání alkoholu nebo jiných drog nehledě na problémy spojené s užíváním této látky. Kompulzivní opakované užívání může vést k toleranci vůči účinkům drogy a k abstinenčním příznakům, pokud je užívání omezeno nebo přerušeno.

2.2 Teorie rozvoje závislosti

Teorie rozvoje závislosti je v současné době vysvětlována pomocí **bio-psycho-socio-spirituálního modelu**. Tento model říká, že při rozvoji závislosti se do různé míry podílí všechny tyto složky. Biologický předpoklad poukazuje na to, že závislost se rozvíjí na základě biologického působení dané návykové látky. Dalšími faktory jsou předpoklady psychologické, tj. individuální nastavení psychiky, prožitky nebo zkušenosti, dále sociální předpoklady, tj. místo jedince ve společnosti, a jako poslední i spirituální předpoklad rozvoje závislosti, ne nezbytně související s náboženstvím a vírou, ale obecně duchovními hodnotami a smyslem života.

2.3 Úzus, abúzus, závislost

Pokud jedinec užívá návykové látky jednorázově nebo i opakovaně, ale užívání nevede k významnému poškození uživatele, pak hovoříme o **užívání (úzus)**. V případě, že užívání v dané míře má potenciál způsobit uživateli významné poškození, pokud by uživatel pokračoval ve svém chování, pak toto nazýváme **rizikovým užíváním**. U **škodlivého užívání (abúzus)** již dochází k tělesnému, psychickému nebo interpersonálnímu poškození jedince. Vyústěním je pak **závislost**, kdy

dojde k posilnění pozitivní zpětné vazby po užití návykové látky. Závislost progreduje a stává se chronickým onemocněním. Centrálním příznakem závislosti je bažení po látce (**craving**), **odvykací stav** a **zvýšená tolerance** k látce.

Závislost ještě můžeme rozdělit na psychickou a fyzickou. **Psychická závislost** je charakteristická cravingem, narušenou kontrolou užívání, zaujetí užíváním a pokračování v užívání navzdory důsledkům. U **fyzické závislosti** pozorujeme růst tolerance a fyzický odvykací stav. Fyzická a psychická závislost se většinou rozvíjí současně, ale různé návykové látky mohou mít různé zastoupení psychické a fyzické závislosti (např. opioidy a benzodiazepiny mají typicky výraznou složku fyzické závislosti, silná psychická závislost je typická pro amfetaminy (pervitin)).

2.4 Závislost v Mezinárodní klasifikaci nemocí

V 10. revizi **Mezinárodní klasifikace nemocí** (MKN-10) nalezneme poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek pod kódy F10-F19 (například F10 zahrnuje poruchy způsobené užíváním alkoholu, F11 užíváním opioidů atd.). Čtvrté místo kódu (číslo za tečkou) blíže definuje konkrétní stav: například .0 je *akutní intoxikace*, .1 je *škodlivé použití*, .2 *syndrom závislosti*, .3 *odvykací stav* atd.

Škodlivé použití (abúzus) je definováno jako užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické nebo psychické.

Syndrom závislosti je v MKN-10 definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, který se vyvíjí po opakovaném užití látky a který typicky zahrnuje následující projevy:

- silné přání užít drogu, nutkavá potřeba
- porušené ovládání při jejím užívání, ztráta volní kontroly
- přetrvávající užívání i přes škodlivé následky, neschopnost odpoutat se navzdory tělesným i duševním komplikacím
- priorita v užívání drogy před všemi ostatními aktivitami a závazky, převažující orientace na životní styl s drogou, její shánění a zotavování se z jejího účinku
- zvýšená/snížená tolerance
- někdy somatický odvykací stav při nedostatku či vysazení drogy

2.5. Zdroje

MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize klasifikace [online]. Aktualizované vydání k 1. 1. 2023. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022. Dostupné z: https://mkn10.uzis.cz/

KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí.* Praha: Filia nova, 2001, 118 s. ISBN 80-238-8014-4.

WEST, Robert. *Modely závislosti.* Monografie (Úřad vlády České republiky). Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016. ISBN 978-80-7440-157-2.

3. Adiktologická anamnéza

3.1 Význam a právní rámec

Cílené dotazování na užívání návykových látek a případné individuální poradenství či krátká intervence mají významný vliv na snížení užívání návykových látek u pacientů a měly by být součástí návštěv v ordinaci lékaře. Výsledky průzkumů však ukazují, že pouze malá část pacientů je u svého lékaře na užívání návykových látek skutečně tázána, a pokud ano a je u nich problém identifikován, tak většině z nich není poskytnuta následná pomoc v podobě poskytnutí informací a doporučení užívání omezit či ukončit včetně nabídnutí možností další odborné péče.

Povinnost zdravotnických pracovníků dotazovat se na užívání návykových látek je mimo jiné zakotvena v zákoně. Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, konkrétně **§ 26 Zákona č. 65/2017 Sb.** ukládá zdravotnickým pracovníkům při poskytování zdravotní péče **povinnost**, shledá-li k tomu zdravotník důvod, provést **orientační diagnostiku** rizikového a škodlivého užívání návykové látky a diagnostiku adiktologických poruch. U pacientů užívajících návykovou látku nebo ohrožených adiktologickou poruchou mají následně zdravotničtí pracovníci provést tzv. **krátkou intervenci,** tedy informovat o možných důsledcích a rizicích pokračujícího užívání návykové látky, doporučit omezení užívání návykových látek nebo rizik spojených s jejich užíváním a doporučit odbornou péči.

3.2 Odběr adiktologické anamnézy

Anamnéza užívání návykových látek (toxikologická anamnéza) tvoří součást odběru kompletní anamnézy lékařem a lékař každé specializace by měl alespoň při některých návštěvách pacienta adiktologickou anamnézu odebrat. Pro plnohodnotný odběr adiktologické anamnézy je třeba, aby k nám měl pacient důvěru a cítil, že s námi může o této problematice hovořit otevřeně a bez ostychu. Je důležité proto pacienta nesoudit, ale naopak s ním vést **rovnocenný rozhovor**. Lékař není ten, kdo za pacienta činí rozhodnutí, ale je významným bodem, kdy pacient může získat konstruktivní **zpětnou vazbu** na své chování a dozvědět se odborné informace, aby mohl sám učinit **informované rozhodnutí**.

Není chybou lékaře, pokud pacient nadále pokračuje v rizikovém chování. I v tomto případě pacienta nesoudíme, nevyčítáme mu při další návštěvě, že své chování nezměnil. Další kontakt s pacientem využijeme k případnému zjištění více informací o pacientově chování a jeho motivaci, poskytneme mu zpětnou vazbu a zopakujeme mu klíčové relevantní informace.

Je třeba očekávat, že velká část pacientů své chování nezmění nebo že tato změna nebude pozorována ihned. Každý má své tempo, kterým dojde k učinění rozhodnutí. Význam rozhovoru pacienta s lékařem na téma užívání návykových látek se může projevit i o několik let později,

kdy již pacient nemusí být v péči daného lékaře, ale kdy rozhovory s ním v pacientovi zanechaly základ, který mu následně pomohl v moment, kdy byl připraven na změnu.

> Nepodceňujte proto odběr adiktologické anamnézy a nenechte se odradit tím, že od pacienta nemáte okamžitou pozitivní reakci na Vaši zpětnou vazbu.

3.3 Obsah adiktologické anamnézy

V rámci toxikologické anamnézy nás zajímá **užívání všech návykových látek**. Detailně se ptáme jak na současný stav, tak na nedávnou historii – v rámci adiktologie je standardem období posledních 12 měsíců. Díky tomu jsme schopni detekovat i experimentální a rekreační užívání či nárazové užívání při konkrétních příležitostech. Užívání v delší minulosti však také může být relevantní a v rámci adiktologické anamnézy by mělo být uvedeno.

Z návykových látek se ptáme na:

- Tabákové a nikotinové výrobky (cigarety, doutníky, cigarillos = doutníčky, dýmky, tabák (šňupací, žvýkací), zahřívaný tabák, elektronické cigarety, nikotinové sáčky)
- Alkohol (víno, pivo, tvrdý alkohol, likéry)
- Nealkoholové drogy, včetně nových syntetických drog a přírodních produktů (např. kanabidiol v různých formách (CBD), kratom)
- Léky na předpis užívané mimo doporučení lékaře a nadužívání volně dostupných léků

V případě pozitivní odpovědi na otázku užití některé z návykových látek nás dále zajímá **frekvence** užívání a **množství**, případně **vzorce užívání** (např. nárazové, experimentální, ...), dále **způsob** užití a **jak dlouho** pacient užívá (případně jak dlouho užíval a kdy s užíváním přestal).

Závislost se nemusí týkat pouze návykových látek, ale i procesů – mezi tzv. procesní závislosti spadá např. gambling, závislost na počítačových hrách, mobilním telefonu, nebo závislost na nakupování. Procesní závislosti mohou negativně ovlivnit jak psychické, tak fyzické zdraví a je tedy vhodné na tuto souvislost myslet v rámci diferenciálně-diagnostické úvahy a v případě podezření zahrnout do adiktologické anamnézy. Možnými projevy procesních závislostí na psychickém a fyzickém zdraví se detailněji zabývá kapitola 7.

3.4 Screening a krátká intervence

Screening je v lékařství často používaným nástrojem, jehož cílem je včasné rozeznání choroby, kdy je možno účinně zasáhnout a snížit tak vážné následky. V praxi se jedná o použití diagnostických testů a nástrojů k vyhledání rizikových nebo nemocných osob v populaci zdánlivě zdravých osob bez příznaků daného onemocnění.

3.4.1 SBI a SBIRT

V případě prevence poruch v souvislosti s užíváním návykových látek a harm-reduction metod k snížení míry poškození způsobeného užíváním návykových látek byly navrženy postupy vhodné k implementaci v zdravotnickém prostředí. Těmito evidence-based postupy je screening za pomocí ověřených **screening**ových nástrojů (nejčastěji formou krátkého dotazníku) následovaný **radou** či **krátkou intervencí** (často označovanými anglickou zkratkou **SBI** – screening and brief intervention, případně **SBIRT** – screening, brief intervention and referral to treatment).

SBIRT je ze své podstaty **nenáročný** na provedení (časově i technicky), aby jej bylo možné aplikovat rutinně v širší populaci v prostředí primární péče, za účelem odhalení pacientů potenciálně závislých nebo ohrožených závislostí na návykových látkách nebo jinou adiktologickou poruchou a identifikovat osoby, u nichž je vhodné provést krátkou intervenci. V praxi Vám zabere přibližně **3-5 minut**.

3.4.2 Screeningové dotazníky

Screeningové dotazníky slouží k **odhalení rizikových pacientů**, u kterých je vhodné intervenovat; samy o sobě nejsou dostačující pro diagnostikování závislosti. Krátká intervence je účinnou metodou v případě rizikového užívání návykových látek, avšak v případě závažné míry potíží plynoucího z užívání návykových látek, včetně podezření na závislost již pouze krátká intervence nestačí. Tyto pacienty je proto vhodné motivovat k vyhledání odborné pomoci a doporučit je do adiktologického zařízení.

Existují různé screeningové dotazníky, které jsou zaměřeny na konkrétní návykové látky nebo skupiny osob. Jednotlivé screeningové dotazníky představíme blíže v kapitolách k jednotlivým návykovým látkám. Výsledkem screeningového dotazníku je většinou skóre, které orientačně zařazuje pacienta do kategorií dle **odhadované míry rizika** (abstinence, nízké riziko, rizikové užívání, škodlivé užívání, podezření na závislost).

3.4.3 Další postup dle výsledku screeningu

Na základě odhadnuté míry rizika následně volíme další postup. Postupy se mírně liší dle návykových látek (alkohol, tabák/nikotin, ostatní drogy) a míra intervence se stupňuje dle míry rizika. Obecně můžeme říci, že v případě abstinence pacienta oceníme a zopakujeme mu výhody abstinence. S vyšší mírou rizika pak pacientovi poskytneme krátkou intervenci nebo jasnou, jednoduchou radu užívání snížit a v případě podezření na závislost nebo škodlivé užívání pacienta doporučíme do odborného adiktologického zařízení. Konkrétně se postupům věnujeme dále v jednotlivých kapitolách.

3.5 Zdroje

Zákon č. 65/2017 Sb. Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek. In: *Zákony pro lidi* [online]. AION CS, 2010-2023 [cit. 2023-12-30]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-65

ARISTEIGUIETA, Cesar A. Screening patients for alcohol, tobacco, and other drug misuse: the role of brief interventions. Online. *Western Journal of Medicine*. Roč. 172, č. 1, s. 53-57. ISSN 00930415. Dostupné z: https://doi.org/10.1136/ewjm.172.1.53.

BABOR, Thomas F.; MCREE, Bonnie G.; KASSEBAUM, Patricia A.; GRIMALDI, Paul L.; AHMED, Kazi et al. Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT). Online. *Substance Abuse*. 2007, roč. 28, č. 3, s. 7-30. ISSN 0889-7077. Dostupné z: https://doi.org/10.1300/J465v28n03_03.

4. Alkohol

Alkohol (etanol neboli etylalkohol) je široce rozšířenou, legální a v naší společnosti širokou veřejností akceptovanou návykovou látkou, která však při nadměrné konzumaci přináší významné zdravotně-sociální důsledky.

4.1 Anamnéza

V rámci adiktologické anamnézy nás v souvislosti s pitím alkoholu zajímá několik věcí:

1) **Jak často pacient pije?**
Například se pacienta můžeme zeptat, jak často pije v typickém týdnu nebo měsíci. Cílem je získat číselný odhad a nespokojit se pouze s odpovědí „přiměřeně" či „příležitostně", protože každý z nás si pod tím může představit něco jiného a pacient nemusí vědět, jaká frekvence pití a dávka je již riziková pro jeho zdraví.

Zároveň je užitečné se kromě obecné otázky na alkohol i explicitně doptat na pití piva, protože se můžeme setkat s pacienty, kteří nepovažují pivo za alkohol a nezahrnují ho automaticky do výčtu v rámci odpovědi.

2) **Kolik sklenic alkoholu pacient vypije při typické příležitosti, kdy pije?**
3) **Jaký typ alkoholického nápoje pacient typicky pije?**

Otázky 2 a 3 na sebe z pochopitelných důvodů navazují – je třeba si s pacientem vždy upřesnit, o jakém typu alkoholického nápoje se mluví, protože je rozdíl, zda pacient pije malé 10° pivo, nebo velké 12° pivo, 2 dcl vína nebo panáky tvrdého alkoholu.

Pro představu v 10° pivu lze očekávat kolem 3,5-4,5 % alkoholu, v českém 12° pivu typicky 4,5-5,5 % alkoholu, bílá vína mají v sobě zpravidla kolem 11-13 % alkoholu, červená vína kolem 14 % a u tvrdého alkoholu se většinou setkáváme s cca 40 % alkoholu.

4) **Jaký je vzorec pacientova pití alkoholu?**
Může se jednat o nárazové nadměrné pití např. při oslavách a pacient jinak nepije vůbec, nebo může pít pravidelně doma, důležitá může být i informace, zda se pití váže k nějaké konkrétní příležitosti nebo že pacient pije zejména sám. Kromě toho je vhodné se ještě zeptat, zda pacient pije někdy alkohol k obědu – pivo k obědu je jednou z příležitostí, kterou nemusí považovat pacienti za relevantní a nezahrnují jí tedy do odhadu frekvence a množství vypitého alkoholu za den.

4.2 Kategorie rizikovosti pití alkoholu

Z hlediska rozdělení rizikovosti pití alkoholu se v současné době již upouští od dříve užívaného pojmu *bezpečné* užívání alkoholu nebo *bezpečná* dávka alkoholu, jelikož užívání alkoholu v jakémkoli množství může představovat zdravotní riziko. Rizikovost pití alkoholu se dělí do čtyř kategorií dle počtu gramů vypitého alkoholu za den (10 gramů čistého alkoholu představuje např. 1 dcl bílého lehčího vína, malé 10° pivo nebo malý panák tvrdého 40% alkoholu):

a) **úplná abstinence**
b) **nízkorizikové pití:** <20 g čistého alkoholu denně u žen a <40 g čistého alkoholu u mužů
c) **rizikové pití:** užívání alkoholu s vysokým rizikem škodlivých důsledků v oblasti zdravotní, duševní, sociální, společenské atd. (≥20–40 g čistého alkoholu pro ženy a ≥40–60 g pro muže)
d) **škodlivé pití** (či užívání): konzumace alkoholu, která již způsobuje poškození fyzického i duševního zdraví (≥40 g čistého alkoholu žen a ≥60 g u mužů). Tento stav obvykle předchází závislosti, přičemž přechod od škodlivého pití k syndromu závislosti může být poměrně nenápadný.

Doplňující kategorií je ještě tzv. nárazové pití alkoholu neboli časté pití nadměrných dávek alkoholu, těžké epizodické pití nebo anglicky **binge-drinking**. Tato kategorie je nejčastěji definovaná jako **60 a více gramů alkoholu při jedné příležitosti** s frekvencí alespoň jednou týdně. Toto množství odpovídá cca 3 sklenicím vína (2 dcl) nebo 3 velkým pivům.

Diagnóza syndromu závislosti na alkoholu je pak definována jako přítomnost **3 a více** z následujících projevů v posledních 12 měsících:

- silná touha či nutkání pít alkohol
- ztráta kontroly nad pitím alkoholu (vypití více, než jedinec chtěl, nebo pití i v situacích, kdy to nebylo vhodné)
- tělesné projevy po vysazení alkoholu (např. třes končetin)
- zvyšování dávky alkoholu pro dosažení účinku původně vyvolaného nižší dávkou
- zanedbávání zálib nebo jiných činností kvůli alkoholu
- pokračování v pití alkoholu navzdory škodlivým následkům.

4.3 Užívání alkoholu v ČR

Česká republika se dlouhodobě řadí mezi země s nejvyšší mírou spotřeby alkoholu na osobu. Dle údajů WHO za rok 2018 byla Česká republika dokonce na 1. místě se spotřebou 12,93 litrů čistého alkoholu na osobu (přepočteno na osoby ve věku 15 let a výše).

Dle dat za rok 2020 se pití alkoholu denně nebo téměř denně týká téměř 10 % české populace ve věku 15-44 let (z toho výrazně více mužů) a prevalence denní konzumace alkoholu v posled-

ních letech zůstává vysoká. Epizodické pití nadměrných dávek alkoholu (60 gramů alkoholu a více při jedné příležitosti alespoň jednou týdně) udávalo 14,4 % dotázaných ve věku 25-44 let.

Rizikové pití alkoholu se týká dle průzkumů 8,1-8,9 % populace, škodlivé pití 8,8-9,9 % populace. Celkem tedy do kategorie **rizikového a škodlivého pití** spadá **16,9-18,9 %** populace, přepočteno na dospělou populaci v ČR se tedy jedná o téměř 1,5 milionu osob. Rizikové i škodlivé pití alkoholu je dlouhodobě 2-3 x vyšší u mužů než u žen. Průměrná denní spotřeba vyšla v předchozích letech mezi 18 a 19 g čistého alkoholu (cca 22 g při vynechání abstinentů z výpočtu). Nejvyšší průměrná denní spotřeba alkoholu je ve věkové skupině **45-64 let**. Ve věkové skupině 25-44 let je naopak nejvyšší míra častého pití nadměrných dávek (60 a více gramů čistého alkoholu při jedné příležitosti alespoň jednou týdně).

4.4 Následky užívání alkoholu

V ČR patří nadměrná konzumace alkoholu spolu s kouřením tabákových výrobků a obezitou mezi nejvýznamnější zdravotní rizika. Celosvětově je alkohol významným rizikovým faktorem předčasné mortality a invalidity ve skupině osob ve věku 15-49 let a každý rok je celosvětově příčinou 3 milionů úmrtí.

4.4.1 Nehody, úmrtí a trestné činy v souvislosti s alkoholem

Přímá úmrtí v důsledku alkoholu jsou z většiny zapříčiněna alkoholickým onemocněním jater (v posledních 10 letech procentuální zastoupení úmrtí na toto onemocnění významně vzrostlo), nemalý podíl má také předávkování alkoholem. Alkohol je každoročně také příčinou více jak 3 % všech úrazů a více jak 4,5 % všech dopravních nehod. V případě dopravních nehod pod vlivem alkoholu častěji dochází k usmrcení osoby (cca 11 % všech usmrcených při dopravních nehodách nastalo při dopravní nehodě pod vlivem alkoholu). Pod vlivem alkoholu je také každý rok spácháno cca 11 tisíc objasněných trestných činů. Alkohol je také významným faktorem v případě domácího násilí, kdy cca 75 % pachatelů domácího násilí je pod vlivem alkoholu v okamžiku útoku. Zároveň alkohol je u obětí častým prostředkem vyrovnávání se s násilím.

4.4.2 Onemocnění způsobená alkoholem

Užívání alkoholu má celosvětově za následek 5,1 % všech onemocnění a alkohol přispívá k rozvoji či vzniku více než 60 různých onemocnění a úrazů. Největší podíl škodlivého vlivu alkoholu na zdravotní stav obyvatel je patrný zejména ve střední a východní Evropě, Střední a Jižní Americe a zemích bývalého Sovětského svazu. Mezi poruchy přímo vyvolané užíváním alkoholu dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 patří například alkoholická polyneuropatie, skupina alkoholických onemocnění jater, alkoholická gastritida, alkoholická kardiomyopatie, alkoholická psychóza, syndrom závislosti a další.

Alkohol a jeho průměrná spotřeba jsou rizikovým faktorem mnoha chronických onemocnění, jako jsou malignity dutiny ústní, orofaryngu, jícnu, jater a prsu, dále epilepsie, hypertenzní nemoc, hemoragické cévní mozkové příhody, jaterní cirhózy, onemocnění věnčitých tepen, vředové choroby gastroduodenální a dalších.

Nejen průměrná spotřeba, ale i vzorce užívání alkoholu mohou hrát významnou roli v rozvoji některých onemocnění. Tato souvislost byla nalezena v případě nárazového pití nadměrných dávek alkoholu (epizodického pití), které je například spojeno s významně vyšším rizikem úrazů (ať již úmyslných, tak neúmyslných), ischemické choroby srdeční (např. epizody nárazového pití jsou spojeny se zvýšenou srážlivostí krve a sníženým prahem pro fibrilaci komor, které tak zvyšují riziko náhlé srdeční smrti) a cévních mozkových příhod, a to i u mladých dospělých.

4.4.3 Psychické potíže a alkohol

Užívání alkoholu je úzce provázáno i s psychickým zdravím. U pacientů trpících afektivními, úzkostnými nebo psychotickými poruchami je vyšší prevalence škodlivého pití alkoholu a syndromu závislosti na alkoholu než mezi psychicky zdravými jedinci. Zároveň u jedinců v kategorii škodlivého pití alkoholu nebo se závislostí na alkoholu se častěji vyskytují i další psychické poruchy (zejm. poruchy nálady, depresivní poruchy a úzkostné poruchy). Nadměrné pití alkoholu negativně ovlivňuje průběh psychických onemocnění a odpověď na léčbu. U pacientů, kteří pijí alkohol ve škodlivé míře nebo jsou závislí na alkoholu, je také vyšší výskyt sebevražedných myšlenek, pokusů o sebevraždu a dokonaných sebevražd. Alkohol má také významné neurodegenerativní účinky, jeho chronické nadužívání může vést v pokročilých fázích k chronickému zhoršení krátkodobé paměti (amnestický syndrom) či alkoholové demenci.

4.4.4 Další důsledky užívání alkoholu

U pacientů, kteří jsou závislí na alkoholu nebo spadají do kategorie škodlivého pití, můžeme také pozorovat agresivitu, podrážděnost, třes rukou, necitlivost a brnění prstů a nervové bolesti, a u pacientů může docházet k častějším nachlazením a snížené odolnosti vůči infekci. Pití alkoholu v škodlivé míře vede k celkovému strádání, předčasnému stárnutí, nedostatku vitamínů a celkové podvýživě, které mají vliv na celkový zdravotní stav.

Alkohol je teratogenní a jeho nadměrné užívání v těhotenství může vést k rozvoji fetálního alkoholového syndromu, resp. fetálním poruchám alkoholového spektra (FASD), předčasnému porodu a nízké porodní hmotnosti dítěte. Dle průzkumů užívá alkohol 57-70 % těhotných žen v ČR a u cca 19 % těhotných žen se jedná o problémové užívání. Výskyt FASD v české populaci je pravděpodobně významně podhlášen, odhaduje se, že ročně se narodí v ČR stovky až 3 tisíce dětí s FASD.

Alkohol má také negativní vliv na reprodukční zdraví, může být příčinou erektilní dysfunkce, zhoršené kvality spermatu, snížené tvorby mužských i ženských pohlavních hormonů, i zvyšovat riziko spontánních potratů.

4.4.5 Laboratorní ukazatele spojené s užíváním alkoholu

Užívání alkoholu ve zvýšené míře (na úrovni škodlivého pití a závislosti) je možné detekovat laboratorně při vyšetření krve včetně přímého stanovení hladiny etanolu. Nejčastěji užívanými a v praxi běžně dostupnými (nespecifickými) markery jsou jaterní enzymy **alanin aminotransferáza (ALT), aspartát aminotransferáza (AST)** a **γ-glutamyl transferáza (GGT)**, jejichž plazmatické hladiny jsou při jaterním poškození v důsledku pití alkoholu zvýšeny (poměr AST/ALT vyšší než 2 signalizuje možné významnější jaterní změny). U dlouhodobého užívání alkoholu je

také možné pozorovat nárůst **středního objemu erytrocytů (MCV)** a **anémii**. Dalším markerem je **karbohydrát-deficientní transferin (CDT)**, jehož plazmatické koncentrace narůstají během užívání alkoholu. Zvýšení těchto markerů ovšem může být způsobeno řadou dalších faktorů a je tedy nutné je hodnotit v kontextu anamnézy, případně doplnit dalšími vyšetřeními. K ověření krátkodobé abstinence se v praxi využívá stanovení **etylglukuronidu (EtG)** v moči, který je možné detekovat v řádech dní po požití alkoholu.

4.5 Screening a krátká intervence u uživatelů alkoholu

Užívání alkoholu je jedním z hlavních zdravotních rizik současnosti, které je však zároveň rizikem preventabilním. Screening za pomocí ověřených screeningových nástrojů následovaný radou či krátkou intervencí (**SBI** – viz výše) spadá do **evidence-based** postupů prevence rizikového a škodlivého pití alkoholu. SBI je možné aplikovat rutinně v širší populaci v prostředí primární péče, za účelem identifikace pacientů v riziku z užívání alkoholu. U pacientů s rozvinutou závislostí na alkoholu SBI samotný není dostačující. Tyto pacienty je vhodné doporučit do adiktologického zařízení, kde jim bude poskytnuta systematická odborná pomoc.

4.5.1 Překážky na straně lékařů

Jak jsme již uvedli dříve, zdravotničtí pracovníci jsou ze zákona povinni, je-li to důvodné, provádět orientační vyšetření rizikového a škodlivého užívání návykové látky a krátkou intervenci, případně doporučit návaznou odbornou péči. Dle každoročních průzkumů však míra provádění screeningu a krátké intervence je v ČR relativně nízká. Zatímco zhruba polovina pacientů je dotázána na konzumaci alkoholu, méně než desetina pacientů následně dostane doporučení s pitím přestat nebo jej omezit. Zároveň čtvrtina lékařů přiznává, že screening a krátkou intervenci neprovádí vůbec.

Nejčastějšími důvody pro neprovádění screeningu a krátké intervence, které lékaři uvádějí, jsou pochybnosti o pravdomluvnosti nejohroženějších pacientů (tj. předpoklad, že pacienti své pití zlehčují), pocity trapnosti, jak na straně pacienta, tak na straně lékaře, a dále pochybnosti lékařů o svých komunikačních schopnostech, aby téma mohli vhodně otevřít, pocit nedostatku zkušeností a skepse vůči efektu intervencí. Někteří lékaři také pociťují, že screening a krátká intervence v daném rozsahu 10-15 minut na pacienta není dostačující vzhledem k tomu, že pacientovo pití je součástí komplexnějšího problému, který není možné za tento čas pojmout.

4.5.2 Význam screeningu a krátké intervence

Dotázání se pacienta na běžnou konzumaci alkoholu v rámci odběru anamnézy u lékaře má svůj význam nejen z hlediska získání informace o alkoholu jako rizikovém faktoru rozvoje některých onemocnění, ale i z důvodu včasného odhalení rizikového a škodlivého pití u pacientů a poskytnutí krátké intervence. Účinnost krátké intervence u rizikového pití alkoholu byla prokázána řadou studií, kdy u osob po krátké intervenci došlo k snížení míry pití alkoholu a snížil se výskyt epizod rizikového pití. Více osob také udávalo, že pijí méně, než jsou doporučené limity. Tento efekt byl pozorován nejen u dospělých, ale i u mladých dospělých a studentů vysokých škol.

4.5.3 Screeningové dotazníky

Otázka pití alkoholu a problémů s tím souvisejících zůstává v naší společnosti stále stigmatem, může být proto i pro lékaře těžké toto téma s pacientem otevřít. Důležité však je, aby **lékař udělal první krok** a povzbudil pacienta k hovoru na toto téma.

V současné době je v praxi užíváno několik screeningových dotazníků na odhalení míry problémů souvisejících s užíváním alkoholu. Před započetím dotazníku je vhodné se pacienta zeptat, zda je ochoten odpovědět na pár otázek týkajících se pití alkoholu, protože pití alkoholu je úzce spojené se zdravotním stavem, a ujistit jej, že se jedná o běžnou součást vyšetření, na kterou se ptá všech pacientů, a že tento rozhovor zůstane důvěrným. Pro rozhovor je vhodné zajistit maximální možnou míru soukromí. Otázky z dotazníku je nejvhodnější pokládat přirozeně v průběhu rozhovoru tak, že pacient nemá pocit, že je „testován", a odpovídá tak na otázky upřímněji.

4.5.3.1 CAGE

Mezi kratší dotazníky patří **dotazník CAGE** o **4 otázkách** a jednoduchém bodování (viz **Tabulka 1**). Délka trvání administrace dotazníku je odhadována na cca 1 minutu. Dotazník CAGE je administrován pacientům v průběhu odebírání anamnézy, a to ještě před položením dotazů na frekvenci pití alkoholu a množství alkoholu vypitého v typický den. Dotazník je díky své jednoduchosti a stručnosti vhodný zejména do klinického prostředí primární péče. Až po administraci dotazníku se doplňují otázky na typickou denní spotřebu alkoholu, spotřebu alkoholu za týden (např. k odhalení nárazového víkendového pití), frekvenci pití alkoholu a zvyklosti/charakter pití alkoholu.

Tabulka 1: CAGE dotazník

	ANO (1 bod)	NE (0 bodů)
C (cut down): Cítil jste někdy potřebu své pití snížit?		
A (angry): Jsou lidé ve vašem okolí podráždění a kritizují vaše pití?		
G (guilty): Měl jste někdy kvůli pití špatné pocity nebo pocity viny?		
E (eye-opener): Pil jste někdy alkohol ihned po ránu, abyste se uklidnil nebo se zbavil kocoviny? (tzv. ranní doušky)		

© Dr. John Ewing (Bowles Center for Alcohol Studies, University of North Carolina at Chapel Hill), český překlad https://www.adiktologie.cz/screeningovy-dotaznik-cage

Dle původních doporučení je skóre v dotazníku 2 a více klinicky signifikantní; pro zachycení všech potenciálně rizikových pacientů se doporučuje screening považovat za pozitivní již při skóre 1 a více.

Orientačně skóre 1 ukazuje možné ohrožení, skóre 2 podezření na závislost a skóre 3 a více vysokou míru pravděpodobnosti závislosti na alkoholu.

4.5.3.2 AUDIT

V ČR je také hojně využívaným screeningovým **dotazníkem AUDIT** o **10 otázkách** (viz **Tabulka 2**). Dotazník je volně ke stažení na https://auditscreen.org/cmsb/uploads/audit-czech.pdf. Vzhledem k délce dotazníku je možné dát dotazník pacientům k vyplnění již v čekárně a následně

ně jej v ordinaci s pacientem vyhodnotit, nebo je možné otázky z dotazníku pokládat formou rozhovoru v průběhu odběru anamnézy. Ze zkušenosti bývá pokládání otázek formou rozhovoru během odběru anamnézy pro pacienty přirozenější a odpovídají upřímněji.

Tabulka 2: AUDIT dotazník

Otázka	0 bodů	1 bod	2 body	3 body	4 body	SKÓRE
Jak často se napijete nějakého alkoholického nápoje?	Nikdy	1x měsíčně nebo méně často	2–4x měsíčně	2–3x týdně	4x nebo víckrát týdně	
Kolik sklenic alkoholického nápoje si dáte v typický den, kdy něco pijete? (označte počet sklenic alkoholického nápoje)	1 nebo 2	3 nebo 4	5 nebo 6	7 nebo 8	10 nebo více	
Jak často vypijete šest nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
Jak často během posledního roku jste zjistil/a, že nejste schopen/schopna přestat pít, jakmile začnete?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
Jak často během posledního roku jste nebyl/a kvůli pití schopen/schopna udělat to, co se od vás normálně očekávalo?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
Jak často během posledního roku jste se potřeboval/a napít hned ráno, abyste se dostal do formy po nadměrném pití předešlý den?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
Jak často během posledního roku jste měl/a pocit viny nebo výčitek svědomí po pití?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
Jak často se během posledního roku stalo, že jste si nebyl/a schopen/schopna vzpomenout, co se stalo předešlý den večer, protože jste pil/a?	Nikdy	Méně než jednou měsíčně	Každý měsíc	Každý týden	Denně nebo téměř denně	
Utrpěl/a jste vy nebo někdo jiný úraz v důsledku vašeho pití?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
Měl někdo z vašich příbuzných nebo přátel nebo lékař výhrady kvůli vašemu pití nebo Vám doporučoval s pitím přestat?	Ne		Ano, ale ne v posledním roce		Ano, během posledního roku	
Celkové skóre (součet bodů)						

© Thomas F. Babor (Alcohol Research Center, University of Connecticut).

Před vyplněním dotazníku je třeba pacienta upozornit, že **jedním alkoholickým nápojem je v dotazníku myšleno přibližně 330 ml 10° piva, 100 ml 12,5% vína nebo 30 ml 40% destilátu (toto množství odpovídá cca 10 g čistého alkoholu).** Dle získaného počtu bodů v dotazníku AUDIT je následně možno odhadnout míru rizikovosti pití alkoholu. V dotazníku je možné získat 0-40 bodů (čím více bodů, tím větší míra rizika – viz **Tabulka 3.**

Tabulka 3: Vyhodnocení dotazníku AUDIT

Odhadovaná míra rizika	Počet bodů	Doporučený postup
Nízké riziko	0–7	Povzbuzení, edukace
Rizikové pití	8–15	Jednoduchá rada, edukace
Škodlivé pití	16–19	Krátká intervence a další sledování
Závislost	20–40	Doporučení odborné péče

4.5.3.3 AUDIT-C (zkrácená verze AUDIT)

V případě nedostatku času či nemožnosti administrovat celý dotazník AUDIT byla zjišťována úspěšnost záchytu rizikových pacientů pouze za využití **prvních 3 otázek** dotazníku, tj. otázek na frekvenci pití, množství alkoholických nápojů vypitých v typický den, kdy pacient alkohol pije, a frekvenci příležitostí, kdy pacient vypije 6 a více sklenic alkoholických nápojů (CAVE: v AUDIT dotazníku se jednou sklenicí rozumí sklenice o obsahu cca **10-12 g alkoholu**, tj. přibližně 330 ml 10° piva, 100 ml 12,5% vína nebo 30 ml 40% destilátu). Tato **zkrácená verze dotazníku (AUDIT-C)** měla srovnatelné výsledky z hlediska míry záchytu pacientů, kteří pijí alkohol rizikově (≥ 4 bodů u mužů a ≥ 3 bodů u žen pro dosažení maximální senzitivity a specificity). Zároveň u dlouhé i zkrácené verze dotazníku byl významně vyšší záchyt těchto pacientů v porovnání s tím, kdy měl pacient sám zhodnotit, zda pije rizikově.

4.5.3.4 Další screeningové dotazníky

Pro úplnost uvádíme i další stručné screeningové dotazníky na zhodnocení míry problémů z užívání alkoholu: **FAST** (4 otázky vycházející z dotazníku AUDIT), **ASSIST** (orientační test o 8 otázkách na užívání alkoholu, tabáku a jiných návykových látek), **CRAFFT** (dotazník pro dospívající ve věku 14-18 let), **S-MAST** (stručný michiganský test alkoholismu), **T-ACE** (dotazník určený pro těhotné ženy) a další. Žádné tyto screeningové dotazníky si nedávají za cíl stanovit diagnózu abúzu či syndromu závislosti, ale slouží k **orientačnímu vyšetření** a vytipování osob, u nichž hrozí riziko výskytu problémů v souvislosti s pitím alkoholu nebo u nichž už se nějaký takový problém vyskytuje.

4.5.4 Doporučený postup dle výsledku screeningu

Po administraci screeningového nástroje se následný postup liší dle odhadnuté míry rizika u daného pacienta. Lékař pak dle svých zkušeností, znalostí a konkrétního pacienta a jeho zdravotního stavu volí nejvhodnější techniky, aby zvýšil pravděpodobnost účinnosti **intervence** (např. volí techniky, v nichž se cítí jistý, dává do souvislosti pacientův zdravotní stav nebo aktuální laboratorní výsledky a pití alkoholu, využívá při intervenci znalostí o pacientovi).

4.5.4.1 Negativní screening

AUDIT skóre 0–7 bodů

V případě, že nebyla odhalena **žádná nebo pouze nízká míra rizika** z užívání alkoholu, je vhodné pacienta pochválit za jeho přístup k alkoholu, vybídnout k pokračování. Je zároveň užitečné krátce shrnout rizika plynoucí z nadměrného užívání alkoholu, a to z důvodu podpoření pacienta v pokračování nízkorizikové konzumace alkoholu či abstinenci, ale také pro případ, že pacient podhodnotil svou míru užívání alkoholu v dotazníku. V rámci **stručné edukace** je vhodné pacientovi připomenout, do kdy se jedná o nízkorizikové pití alkoholu, a že i tak **neexistuje bezpečná dávka** alkoholu, jelikož užívání alkoholu i v malém množství může představovat riziko.

Nízkoriziková konzumace je Státním zdravotním ústavem pro českou populaci definována jako:

> V jakýkoli den maximálně 1 standardní nápoj denně a maximálně 2 standardní nápoje nárazově a alespoň 2 dny v týdnu alkohol nepít vůbec.

Standardní nápoj pro českou populaci je definován jako 0,5litru 4% piva, 200 ml 11% vína nebo 50 ml 40% destilátu (přibližně odpovídající 20 g čistého alkoholu v nápoji).

Výjimkou jsou pacienti, u nichž je alkohol přímo kontraindikovaný nebo rizikový, například u těhotných žen, kde se nízkorizikovou konzumací rozumí pouze abstinence, nebo konzumace předcházející řízení motorových vozidel.

4.5.4.2 Rizikové pití alkoholu

AUDIT skóre 8–15 bodů

Rizikové pití zatím nepřináší pacientovi zdravotní poškození, ale pokračování konzumace alkoholu v současné míře již představuje riziko do budoucna jak v oblasti duševního a fyzického zdraví, tak v oblasti společenské, pracovní a trestně-právní. Do kategorie rizikového pití patří i pacienti, kteří **nárazově** při jedné příležitosti pijí **3 a více standardních nápojů** (standardní nápoj pro českou populaci je definován jako 0,5litru 4% piva, 200 ml 11% vína nebo 50 ml 40% destilátu, přibližně odpovídající 20 g čistého alkoholu v nápoji).

V tomto případě je na místě **jednoduchá rada** ohledně pití a **jasné doporučení** pro pacienta, aby pití alkoholu omezil nebo úplně přestal. Současně je namístě pacienta **edukovat** o akutních

a chronických následcích takové konzumace alkoholu, např. pomocí edukačních letáků a svépomocných materiálů, či internetových stránek (viz kapitola 8.3. *Zdroje pro pacienty*).

Následně je vhodné se pacienta zeptat, zda by byl ochotný pití alkoholu omezit. Pokud ano, povzbudíme pacienta ve stanovení osobního dosažitelného **cíle** spolu a naplánujeme **kontrolu**, kde jeho naplnění společně zhodnotíme. Stanoveným cílem by ideálně mělo být pití alkoholu maximálně v úrovni nízkého rizika, tj. v jakýkoli den maximálně 1 standardní nápoj denně a maximálně 2 standardní nápoje při nárazovém pití a alespoň 2 dny v týdnu alkohol nepít vůbec.

4.5.4.3 Škodlivé pití alkoholu

AUDIT skóre 16–19 bodů

V případě škodlivého pití alkoholu, kdy alkohol způsobuje zdravotní poškození, je základem dalšího postupu **krátká intervence**, která zahrnuje **5 návazných kroků** (*zeptat se*, *poradit*, *zhodnotit*, *pomoct a naplánovat*), shrnutých v **Tabulce 4**. Součástí krátké intervence jsou předání relevantních informací a **edukace** (i formou předání edukačních materiálů), **motivační rozhovor**, práce s kontrakty (písemné potvrzení pacientem o stanoveném cíli a odhodlání ke změně), psaní deníku (zapisování bažení, relapsů, monitorování stavů, vývoje v čase a podpora motivace) a zadávání úkolů domů (může se jednat i o čtení či zamyšlení).

Tabulka 4: Pět kroků krátké intervence – 5 „A“

5 „A“	Náplň kroku
1. **ASK** (zeptat se)	Doptání se pacienta na užívání alkoholu, frekvenci pití, typické množství vypitého alkoholu denně a týdně, charakter pití – tento bod je proveden již v rámci screeningu.
2. **ADVICE** (poradit)	Edukace o zdravotních a dalších rizicích spojených s pitím alkoholu, jak o těch vyplývajících z dlouhodobého pití, tak o akutních následcích (úrazy, nehody) a o potenciálu vzniku závislosti, doporučení pacientovi pití omezit či přestat.
3. **ASSESS** (posoudit)	Zhodnocení pacientova postoje ke změně, pacientova náhledu na situaci a ochotu pití alkoholu omezit.
4. **ASSIST** (pomoct)	Je-li pacient připraven ke změně, je vhodné s ním prodiskutovat možnosti, jak změny dosáhnout (např. pacientovy představy, plány, časový horizont, podpora v rodině a v sociální síti, změna životního stylu) a poskytnout dle možností a konkrétní situace svépomocné materiály, kontakty na adiktologické služby, doporučit selfmonitoring (zaznamenávání bažení, spouštěčů, relapsů).
5. **ARRANGE** (naplánovat)	Je vhodné stanovit s pacientem cíle a naplánovat kontrolu pro zhodnocení naplnění cílů. Do doby další kontroly by měl být pacient vybaven kontakty na adiktologické a psychiatrické služby a edukačními a svépomocnými materiály.

Motivační rozhovory jsou samostatnou disciplínou, jejich princip lze však shrnout jako podporování motivace ke změně skrze práci s ambivalencí (rozporem mezi vnímáním pacienta

a okolím nebo dotazováním se na klady a zápory pití pro pacienta – co mu pití přináší a co ho na jeho pití naopak trápí), poskytování podpůrného prostředí a součástí jsou i další metody.

V závěru intervence je vhodné povzbudit pacienta v stanovení si **cíle**, jehož naplnění zhodnotíte při další **kontrole**. Cíl vychází z individuálních možností a dohody s pacientem, může se týkat například snižování dávek (u pacientů v této kategorii pití je však vhodné vždy doporučit, aby s pitím přestali úplně), vyhledání svépomocné skupiny nebo psaní deníku (selfmonitoring).

4.5.4.4 Závislost na alkoholu

AUDIT skóre 20 bodů a více

Při podezření na závislost na alkoholu je již třeba **doporučení odborné péče**. **Krátká intervence** v tomto případě může sloužit jako motivace k vyhledání odborné péče. Součástí intervence je **edukace** o rizicích spojených s užíváním alkoholu, riziku závislosti, **poskytnutí náhledu** na pacientovo pití (např. v souvislosti s pacientovým zdravotním stavem, úrazy vlivem alkoholu nebo poukázání na rozpor mezi bagatelizací problému pacientem a výhradám okolí vůči pacientovu pití) a **jasné doporučení** pacientovi vyhledat specializovanou léčbu. Lékař by měl pro tyto případy mít připravený seznam adiktologických zařízení a specialistů, na něž může pacienta odkázat, případně přímo pacienta doporučit/předat do péče odborníka. Stejně tak by měl mít k dispozici **materiály**, které si pacient může odnést s sebou (viz kapitola 8.3. *Zdroje pro pacienty*).

Jedním z důvodů potřeby doporučení odborné péče u těchto pacientů je riziko **odvykacího stavu**, jako projevu fyzické závislosti na alkoholu, který patří k nejnebezpečnějším ze všech návykových látek. Klinicky se může projevit *tremorem*, *pocením*, *nauseou a zvracením*, *cefaleou*, *tachykardií a hypertenzí*, *citlivostí vůči světlu a zvukům a halucinacemi*, ale mohou jej provázet i potenciálně fatální komplikace jako jsou *epileptické paroxysmy a delirium tremens*. Odvykací stav nemusí nastat u každého, kdo užívá alkohol dlouhodobě ve vysokých dávkách, ale vzhledem k potenciálnímu ohrožení života je vhodné, aby pacient s podezřením na závislost **vysazoval alkohol pod odborným dohledem** (ambulantně či během hospitalizace dle zvážení specialisty).

Je možné, že pacient zatím nebude připraven na změnu svého pití a odmítne vyhledat odborníka. V tom případě je vhodné mu zopakovat rizika spojená s pitím alkoholu, vyjádřit ochotu mu pomoci, až bude připraven na změnu, a znovu zhodnotit připravenost ke změně při dalších návštěvách.

4.6 Zdroje

ARISTEIGUIETA, Cesar A. Screening patients for alcohol, tobacco, and other drug misuse: the role of brief interventions. Online. *Western Journal of Medicine*. 2000, roč. 172, č. 1, s. 53-57. ISSN 00930415. Dostupné z: https://doi.org/10.1136/ewjm.172.1.53.

BABOR, Thomas a HIGGINS-BIDDLE, John C., SOVINOVÁ, Hana a CSÉMY, Ladislav (ed.). *Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití: manuál pro použití v primární péči*. 2., upr. vyd. Přeložil Ivana SUCHARDOVÁ. Praha: Státní zdravotní ústav, 2010. ISBN 978-80-7071-316-7.

BEICH, Anders. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. Online. *BMJ*. 2002, roč. 325, č. 7369, s. 870-870. ISSN 09598138. Dostupné z: https://doi.org/10.1136/bmj.325.7369.870.

BRADLEY, Katharine A.; DEBENEDETTI, Anna F.; VOLK, Robert J.; WILLIAMS, Emily C.; FRANK, Danielle et al. AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care. Online. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2007, roč. 31, č. 7, s. 1208-1217. ISSN 0145-6008. Dostupné z: https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x.

EWING, John A. Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. Online. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1984, roč. 252, č. 14, s. 1905-1907. ISSN 00987484. Dostupné z: https://doi.org/10.1001/jama.252.14.1905.

GLASS, Joseph E.; ANDRÉASSON, Sven; BRADLEY, Katharine A.; FINN, Sara Wallhed; WILLIAMS, Emily C. et al. Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). Online. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2017, roč. 12, č. 1. ISSN 1940-0640. Dostupné z: https://doi.org/10.1186/s13722-017-0079-8.

ALCOHOL, DRUGS AND ADDICTIVE BEHAVIOURS UNIT, POZNYAK, Vladimir a REKVE, Dag (ed.). *Global status report on alcohol and health 2018*. Online. Ženeva: World Health Organization, 2018. ISBN 978-92-4-156563-9. Dostupné z: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639. [cit. 2023-12-30].

HNILICOVÁ, Helena a DOBIÁŠOVÁ, Karolína. Alkohol z pohledu veřejného zdraví v ČR: fakta a souvislosti. *Časopis lékařů českých*. 2018, roč. 157, č. 5, s. 248-253.

JONAS, Daniel E.; GARBUTT, James C.; AMICK, Halle R.; BROWN, Janice M.; BROWNLEY, Kimberly A. et al. Behavioral Counseling After Screening for Alcohol Misuse in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Online. *Annals of Internal Medicine*. 2012, roč. 157, č. 9. ISSN 0003-4819. Dostupné z: https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-9-201211060-00544.

KAŠPÁREK, Tomáš; DREISIG, Michal a BARTEČEK, Richard. Alkoholový odvykací stav a delirium – od patofyziologie k léčbě. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*. 2014, roč. 77, č. 2, s. 153-157.

MRAVČÍK, Viktor; CHOMYNOVÁ, Pavla; GROHMANNOVÁ, Kateřina; JANÍKOVÁ, Barbora; ČERNÍKOVÁ, Tereza et al. Zpráva o alkoholu v České republice 2021. MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, 2021. ISBN 978-80-7440-275-3.

PILOWSKY, Daniel J.; WU, Li-Tzy. Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: a review. *Substance Abuse and Rehabilitation*. 2012, roč. 3, č. 1, s. 25–34. ISSN 1179-8467. Dostupné z: https://doi.org/10.2147/SAR.S30057.

RACKOVÁ, Sylva; KITZLEROVÁ, Eva; ANDERS, Martin; RABOCH, Jiří. Screeningové hodnocení míry závažnosti zneužívání alkoholu. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2018; roč. 114, č. 1, s. 24 -28.

REHM, Jürgen; ROOM, Robin; MONTEIRO, Maristela; GMEL, Gerhard; GRAHAM, Kathryn et al. Alcohol as a Risk Factor for Global Burden of Disease. Online. *European Addiction Research*. 2003, roč. 9, č. 4, s. 157-164. ISSN 1022-6877. Dostupné z: https://doi.org/10.1159/000072222.

REHM, Jürgen; ROOM, Robin; GRAHAM, Kathryn; MONTEIRO, Maristela; GMEL, Gerhard et al. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. Online. *Addiction*. 2003, roč. 98, č. 9, s. 1209-1228. ISSN 0965-2140. Dostupné z: https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2003.00467.x.

Recorded alcohol per capita consumption, from 2010. Global Health Observatory Data Repository (European Region), Global Information System on Alcohol and Health, updated May 2021. [cit. 2023–12-30]. Dostupné z: https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en

Screeningové vyšetření na problémové užívání alkoholu a navazující krátká intervence: metodika SBI: příručka pro pracovníky v oblasti veřejného zdraví. Boskovice: Albert, 2013. ISBN 978-80-7326-230-3.

SUCHÁNKOVÁ, M; RUPRICH, J; DOFKOVÁ, M; ŘEHŮŘKOVÁ, I; BISCHOFOVÁ, S a BLAHOVÁ, J. Přehled národních vodítek pro střídmou konzumaci alkoholických nápojů: nízkorizikové dávky etanolu. RUPRICH, J. (Ed.). Státní zdravotní ústav, Centrum zdraví, výživy a potravin: Brno 2015. [cit. 2023–12-30]. Dostupné z: Prehled_voditek_pro_stridmou_konzumaci_alkoholu_etanolu_.pdf (szu.cz)

5. Tabák a nikotin

Tabákový průmysl je dlouhodobě odvětvím s vysokým obratem a s významným vlivem ve společnosti i politice. Ze zisků z tabákových výrobků těží nejen tabákové společnosti samotné, ale také jsou nezanedbatelným zdrojem příjmů státních pokladen díky vysokému daňovému zatížení tabákových výrobků.

5.1 Tabákové a nikotinové výrobky

Mezi tabákové výrobky patří tradiční cigarety, doutníky a cigarillos (= doutníčky), dále dýmky a samotný tabák (žvýkací nebo šňupací). V posledních letech čím dál větší zastoupení mají také moderní formy tabáku a nikotinových výrobků, jako je **zahřívaný tabák** (IQOS, GLO), **elektronické cigarety** (s kapalnou náplní, tzv. e-liquid) a **nikotinové sáčky**.

Formy užití jsou kromě nejvíce zastoupeného kouření a vapování (v případě elektronických cigaret) také vkládání pod ret nebo za líc (nikotinové sáčky nebo tabák), žvýkání či šňupání.

5.2 Anamnéza

V rámci adiktologické anamnézy nás u kuřáků zajímá zejména:

1) **Jak dlouho pacient kouří/kouřil? Resp. kolik let je/byl kuřák?**
2) **Jaké formy tabákových/nikotinových výrobků užívá?**
   Není neobvyklé, že pacienti kombinují více výrobků, např. kouří elektronické cigarety, ale v některých situacích jim elektronické cigarety nestačí a dají si tradiční cigaretu.
3) **Kolik cigaret/krabiček denně vykouří?**
   Případně u jiných tabákových/nikotinových výrobků se snažíme získat odhad frekvence užívání v dané formě. V případě užívání více forem tabákových/nikotinových výrobků je vhodné získat od pacienta odhad rozdělený podle výrobku (např. u zahřívaného tabáku počet náplní denně).
4) **Zkoušel již někdy s kouřením přestat?**
   V případě pozitivní odpovědi je užitečné se doptat pacienta na to, kolikrát se pokusil již přestat a jak pokusy o zanechání kouření probíhaly (např. zda využil nikotinovou substituci, Defumoxan (cytisin) nebo měl předepsán vareniklin), kdy to bylo, jak dlouhé bylo nejdelší období, kdy nekouřil, a co bylo důvodem k navrácení ke kouření.

U pacientů, kteří odpoví negativně na dotaz, zda kouří, je důležité si ověřit, že pacient nikdy v minulosti nekouřil, protože jakékoli delší období kouření cigaret v minulosti může být v rámci anamnézy významné.

Důležité je se na užívání tabáku/nikotinu ptát při každé návštěvě (tak máme přehled o vývoji kuřáckého návyku, případně postupně doplníme informace, které při minulých návštěvách nezazněly).

5.3 Metody protitabákové politiky

5.3.1 Snížení cenové dostupnosti

Na tabákové výrobky je ve vyspělých zemích stanovena velmi **vysoká daň** – jedním z důvodů je snaha států snížit počet kuřáků skrze ovlivnění finanční dostupnosti, ale daň má také reflektovat zdravotní zátěž, kterou tabákové výrobky představují.

Pro představu v ČR v roce 2021 podléhaly cigarety dvojímu zdanění: DPH ve výši 21 % a spotřební dani 30 % + 1,79 Kč za cigaretu. Z krabičky 20 cigaret, která stojí v obchodě 128 Kč, bylo tím pádem státu odvedeno 96,41 Kč na daních.

U nových nikotinových výrobků se prozatím předpokládá nižší zdravotní riziko než u tradičních cigaret z důvodu nepřítomnosti dehtu, který vzniká při spalování cigarety. Z toho důvodu je i zatížení daní u těchto výrobků nižší než u tradičních tabákových výrobků. Je však nutné dodat, že prozatím není dostatek důkazů, které by jednoznačně prokázaly nižší zdravotní riziko zahřívaného tabáku nebo elektronických cigaret v porovnání s tradičními cigaretami.

5.3.2 Snížení místní dostupnosti a regulace reklamy

Mezi další způsoby omezování míry užívání tabákových/nikotinových výrobků patří místní regulace (**omezení prodejních míst**, kde je povolen prodej těchto výrobků) či regulace reklamy a marketingu. Tou je např. **omezení umístění reklamy** (reklama může být pouze v místech prodeje tabákových výrobků), **definování povinných částí reklamy** (alespoň 20 % reklamního sdělení musí obsahovat jasné varování o zdravotních a dalších důsledcích), **omezení obsahu reklamy** (nesmí být zaměřena na osoby mladší 18 let a nabádat ke kouření slovy nebo obrazy, jako je zobrazení otevřené krabičky cigaret nebo lidí, kteří kouří nebo drží cigarety/krabičku cigaret).

V případě cigaret došlo také k zavedení pravidel pro **sjednocení obalů krabiček** od cigaret tak, aby obal krabiček nebyl lákavý/nevybízel ke koupi – na obalech proto najdeme legislativně definované **fotografie a písemná varování**, která musí zabírat pevně definovanou minimální plochu jednotlivých stran krabiček.

Za zmínku stojí také **regulace forem tabákových výrobků**, které mohou být prodávány – příkladem je zakázání prodeje mentolových cigaret, u nichž se předpokládalo, že by mohly být lákavější pro adolescenty a mladé dospělé, když začínají kouřit, a také sváděly k mylnému předpokladu, že se jedná o méně rizikovou („zdravější“) formu cigaret.

5.4 Prevalence kuřáctví v ČR

Zhruba **pětina až čtvrtina české populace** nad 15 let jsou **současní kuřáci**. Naopak celoživotními nekuřáky je více jak polovina naší populace (61,6 % v r. 2020). V české populaci ve věku 15 let a více bylo dle různých průzkumů v r.2020 **23,1-33,6 % současných kuřáků** (tj. těch, kteří kouřili v posledních 30 dnech), s výraznou převahou mužů. Denně nebo téměř denně kouřilo 16,6-23,9 % dotázaných a 6,5 % kouřilo příležitostně (méně často než denně, ale alespoň jednou měsíčně). Celkem 15,3 % populace tvořili ex-kuřáci.

Výskyt současného i denního kuřáctví zůstává relativně stabilní od r. 2015 po výrazném poklesu v předcházejících letech a dlouhodobě je pozorován pokles prevalence současného kouření v nejnižší věkové skupině 15-24 let. V případě současných kuřáků jsou zajímavá čísla ohledně míry užívání. Současní kuřáci (denní a příležitostní) vykouřili v r. 2020 nejčastěji 15-24 cigaret denně (dle každoročního průzkumu NAUTA – Národního výzkumu užívání tabáku a alkoholu), u denních kuřáků se jednalo v průměru o 12,7 cigaret denně. Počet kusů cigaret vykouřených za den dlouhodobě mírně roste u žen i mužů.

5.4.1 Elektronické cigarety a zahřívaný tabák

Elektronické cigarety v posledních 30 dnech užilo dle průzkumů z r. 2020 4,7-4,8 % dotázaných (téměř 2x více mužů), nejvíce v nejnižší věkové kategorii **15-24 let** (10,7 %). V této věkové skupině došlo k nejvýraznějšímu nárůstu užívání elektronických cigaret, kdy denně elektronické cigarety užívalo 5,8 % osob ve věku 15-24 let (ve srovnání denní užívání elektronické cigarety uvádělo 2,3 % populace starší 15 let).

V případě elektronických cigaret necelá polovina uživatelů **současně kouří i klasické cigarety**. Tento podíl však v posledních letech klesá (čím dál méně uživatelů užívá oba typy výrobků současně) a naopak roste podíl osob, které přešly z klasických cigaret kompletně na užívání pouze elektronických cigaret. Elektronické cigarety se mezi kuřáky stávají prostředkem pro **ukončení či omezení spotřeby** klasických cigaret, snížení škodlivosti pro zdraví a omezení nepříjemného pachu pro okolí.

Užívání **zahřívaných tabákových výrobků** je méně prevalentní – dle průzkumu NAUTA 4,1 % dotázaných s podobným zastoupením žen a mužů užilo zahřívané tabákové výrobky v posledních 30 dnech, 2,1 % je užívalo denně. Největší zastoupení uživatelů v r. 2020 bylo ve věkové kategorii 25-34 let, kde bylo 7,1 % současných uživatelů a 3,8 % užívalo zahřívané tabákové výrobky denně.

Bezdýmné nezahřívané tabákové výrobky (např. porcovaný nebo žvýkací tabák) mají také své zastoupení – v průzkumech uvedlo jejich užívání v současnosti 3,4 % respondentů. Užívání nikotinových sáčků v r. 2020 uvádělo 1,7 % dotázaných.

5.5 Následky kouření

5.5.1 Závislost na nikotinu

Nikotin je **vysoce návykovou látkou**. **Závislost** u nikotinu tvoří dvě složky – **psychosociální** (tj. kouření v určitých situacích, kdy si pacient nedokáže představit nějakou situaci bez cigarety, např. pití kávy) a **fyzickou**. Závislost na nikotinu je přítomna **asi u 80 % kuřáků**, a pro mnoho kuřáků je velmi těžké přestat kouřit. Pokud se závislý na nikotinu rozhodne přestat kouřit, je úspěšný jen v malém procentu případů, pokud mu není poskytnuta odborná pomoc. V případě, že se kuřák rozhodne zkusit přestat sám, pouze 3-5 % takových kuřáků nekouří ještě za rok, po krátké intervenci od lékaře je úspěšnost mírně vyšší (8-10 %), nejvyšší je u intenzivní léčby s farmakologickou terapií (25-35 %).

Mezi **abstinenční příznaky** z vysazení nikotinu patří *zlost*, *podrážděnost*, *nespokojenost*, *úzkost*, *nervozita*, *špatná nálada*, *smutek*, *touha kouřit*, *obtížné soustředění*, *zvýšená chuť k jídlu*, *hlad*, *zvyšování hmotnosti*, *nespavost*, *obtížné usínání*, *buzení v noci*, *neschopnost odpočívat*, *netrpělivost*, *zácpa*, *závratě*, *kašel*, *neobvyklé sny*, *noční můry*, *nevolnost* a další. U každého může dojít k různému zastoupení jednotlivým abstinenčních příznaků, některé se nemusí projevit vůbec.

5.5.2 Zdravotní a sociální konsekvence tabáku a nikotinu

Kouření má vliv na rozvoj mnoha onkologických, kardiovaskulárních a chronických plicních onemocnění. V ČR i v Evropě je **příčinou každého 6. úmrtí** a kouření významně zkracuje život velké části kuřáků. Tabákový kouř obsahuje několik tisíc chemických látek, z nichž je část karcinogenní. Nikotin jako takový není karcinogenní, ale má **vysoký potenciál závislosti**. Mezi jeho přímé účinky patří také zvýšení srdeční frekvence a tlaku. Patologické účinky tabákového kouře zahrnují mimo karcinogenního též účinky **aterogenní a prozánětlivé.**

U kuřáků dochází vlivem kouření ke **zhoršení chronických onemocnění** (jako je diabetes mellitus, plicní a kardiovaskulární onemocnění, psychická onemocnění včetně deprese), a kouření je také rizikovým faktorem mnoha onemocnění z různých oborů: onkologických (např. **karcinom plic**), kardiovaskulárních (např. **infarkt myokardu, ischemická choroba srdeční**), plicních (**chronická bronchitida a chronická obstrukční plicní nemoc**), metabolických (**diabetes mellitus 2. typu**). Pozorována však byla vyšší prevalence kouření i u některých méně častých onemocnění (např. Goodpasture syndrom). Kouření může také způsobovat **akné**, horší pleť a její rychlejší stárnutí, vyšší **kazivost zubů** a zápach z úst.

Tabákový kouř má negativní dopady i na reprodukční zdraví – má podíl na **poruchách erekce** i schopnosti **reprodukce**. Při kouření v těhotenství je zvýšené riziko **nižší porodní váhy novorozence**, **předčasného porodu** a **syndromu náhlého úmrtí kojence** (SIDS). Dle průzkumu z r. 2016 12,5 % dotázaných během těhotenství kouřilo, 5 % kouřilo i po zjištění těhotenství.

Kouření je **finančně náročnou** činností a stává se víc a víc zatěžujícím pro rozpočet kuřáka nejen se zvyšujícími se daněmi, kterými jsou cigarety zatíženy, ale i s tím, jak se zvyšuje **tolerance** kuřáka a potřebuje denně vykouřit více cigaret. Kuřáci představují také vyšší ekonomickou zátěž pro zaměstnavatele (byla u nich pozorována vyšší míra nepřítomnosti v práci, snížena produktivitu práce kvůli neefektivnímu trávení pracovního času a také vyšší míra čerpání dávek nemocenské).

5.6 Screening

Na začátku kapitoly jsme popsali, jaké informace jsou pro lékaře důležité při odběru kuřácké anamnézy. V rámci screeningu je pro nás navíc důležité zjistit, **jak silná je míra závislosti** u daného pacienta. Typickým screeningovým dotazníkem pro tyto případy je **Fagerströmův test nikotinové závislosti** (viz **Tabulka 5**), který má **6 otázek**, pacient jej může vyplnit v čekárně nebo v průběhu rozhovoru a zabere pouze pár desítek vteřin.

Tabulka 5: Fagerströmův test nikotinové závislosti

	Odpovědi	Body
1. **Jak brzy po probuzení si zapálíte svou první cigaretu?**	Do 5 minut	3
	Za 6-30 minut	2
	Za 31-60 minut	1
	Po 60 minutách	0
2. **Je pro Vás obtížné nekouřit v místech, kde není kouření dovoleno?**	Ano	1
	Ne	0
3. **Kterou cigaretu byste nerad postrádal?**	První ráno	1
	Kteroukoli jinou	0
4. **Kolik cigaret denně kouříte?**	0-10	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 a více	3
5. **Kouříte častěji během dopoledne?**	Ano	1
	Ne	0
6. **Kouříte, i když jste nemocen nebo upoután na lůžko?**	Ano	1
	Ne	0

Na základě dosaženého počtu bodů je možné zhodnotit odhadovanou míru závislosti: 0–1 bodů předpokládají žádnou nebo velmi malou závislost; 2–4 body značí střední závislost; 5–10 bodů ukazují na silnou závislost

Abstinenční příznaky se mohou vázat na fyzickou i psychosociální složku závislosti a obě složky jsou zjišťovány ve Fagerströmově dotazníku. Fyzickou závislost je možné pozorovat na potřebě pacienta zapálit si cigaretu hned po probuzení – účinek nikotinu v průběhu noci vyprchá

a pacient si ráno musí zakouřit, aby tělu poskytl přísun nikotinu. Pokud toto musí udělat do hodiny od probuzení, značí to fyzickou závislost. V rámci psychosociální závislosti může mít pacient například potřebu kouřit i v místech, kde to není možné (například v restauracích, kde sedí s přáteli, protože v této situaci typicky kouřil).

5.7 Krátká intervence

Po screeningu a vyhodnocení míry závislosti následuje u pacientů **krátká intervence**. Krátkou intervenci provádíme **u všech kuřáků**, Fagerströmův test nám však umožňuje poznat míru závislosti u daného pacienta a zastoupení fyzické a psychosociální závislosti. Krátká intervence lze shrnout do metody **„5A“**, která zahrnuje následující kroky, včetně již výše zmíněného screeningu a odběru anamnézy:

1) **ASK = zeptejte se na kuřácký návyk**
   *Tento bod zmiňujeme v detailu výše, jedná se o odběr **kuřácké anamnézy** a screeningové testy pro odhadnutí míry závislosti (v případě časové tísně je možné zůstat pouze u odběru anamnézy následované ostatními kroky krátké intervence).*
2) **ADVISE = jako lékař jasně doporučte pacientovi přestat**
   *Ideální je jasné doporučení přestat doplnit informací/souvislostí, která je specifická pro pacienta (například dát do souvislosti se zdravotním stavem pacienta), a zdůraznit **zdravotní rizika** kouření (výše uvádíme zdravotní konsekvence kouření, z nichž lze vybrat konkrétní rizika, u nichž se domníváme, že mají největší relevanci pro daného pacienta).*
3) **ASSESS = zhodnoťte ochotu pacienta přestat kouřit**
   *Pokud pacient chce s kouřením přestat, pokračujte krokem 4. V případě, že pacient nechce přestat kouřit/není v současné chvíli motivován přestat, uvádíme níže možný postup/doporučení, jak podpořit **zvýšení motivace** pacienta. Je důležité pamatovat na to, že ač pacient v současné chvíli s kouřením přestat nechce, toto se může do další návštěvy změnit. Proto je vhodné se k **tématu kouření vracet** i při dalších návštěvách a průběžně kontrolovat aktuální motivaci pacienta.*
4) **ASSIST = pomozte pacientovi v jeho odhodlání přestat kouřit**
   *Dle časových možností a kompetencí může lékař pacientovi přímo nabídnout podpůrnou farmakologickou léčbu a psychobehaviorální intervenci. Jako základ je vhodné doporučit pacientovi připravit **náhradní nekuřácká řešení** pro typicky kuřácké situace (například najít si náhradní odměnu místo cigarety, připravit si relaxační techniky, které pomohou se stresem namísto cigarety, po každém jídle si vyčistit zuby, aby přešla chuť na cigaretu). Pacientovi je také vhodné doporučit užitečné webové zdroje, kde najde **svépomocné materiály**, které mu pomohou v odvykání. V rámci farmakologické léčby jsou používány volně dostupný **Defumoxan** (cytisin), dále na předpis **vareniklin** (v době přípravy publikace delší čas na českém trhu nedostupný), **bupropion** a **náhradní nikotinová terapie**. U náhradní nikotinové terapie je potřeba pacienta zároveň poučit o správném způsobu užívání nebo jej aktivně odkázat na materiály, kde tyto informace získá (např. v případě žvýkaček je potřeba, aby je nežvýkal jako klasické žvýkačky, ale aby je žvýkal postupně, po chvílích, protože skousnutím dojde k vyplavení dávky nikotinu – v opačném případě dojde k většímu vyplavení nikotinu najednou, které může způsobit nauseu).*

Pacienta také můžete odeslat do nejbližšího ***Centra pro závislé na tabáku*** *(viz kapitola 8.3. Zdroje pro pacienty), kde jsou schopni pacientovi poskytnout vhodnou farmakoterapii doplněnou psychoterapií.*

5) **ARRANGE = domluvte si s pacientem termín kontrolní návštěvy**
V případě, že pacientovi pomáháte s odvykáním přímo vy, je vhodné si pacienta pozvat na další ***kontrolu*** *optimálně za 1 týden od návštěvy. V případě odeslání pacienta do Centra pro závislé na tabáku je možné si s pacientem domluvit termín další návštěvy dle běžné praxe – při další návštěvě je pak důležité se pacienta zeptat, zda kontakt využil, tj. zda Centrum pro závislé na tabáku navštívil. V případě negativní odpovědi je vhodné zjistit důvody pacienta k tomu, že pomoci nevyužil, a dále posilovat jeho motivaci s kouřením přestat.*

5.8 Jak zvýšit motivaci pacienta?

V případě, že pacient není zatím rozhodnutý přestat kouřit, je vhodné **posilovat jeho motivaci**. Pro efektivní zvýšení motivace a účinnou intervenci jsou doporučovány následující postupy:

- **Intervenci cilte na konkrétního pacienta**
Využijte informací, které o pacientovi víte, abyste zdůraznili ***relevantní souvislosti*** *a poskytli personalizované doporučení. Můžete využít informace jako např. jeho stav, onemocnění, nález, individuální rizika, rodinná či sociální situace, předchozí zkušenosti s odvykáním či jiné charakteristiky.*
- **Upozorněte na konkrétní rizika ve vztahu k pacientovi**
Diskutujte s pacientem ***konkrétní zdravotní dopady*** *kouření (např. v souvislosti s jeho onemocněním, rodinnou anamnézou, ...) a poukažte na* ***rizika kouření*** *(pacient si nemusí rizika uvědomovat nebo je může podceňovat). Je vhodné edukovat pacienta o rizicích souvisejících s kouřením, jak akutních, tak dlouhodobých. Vhodné je také zdůraznit rizika pasivního kouření. V případě alternativních forem užívání tabáku/nikotinu ke klasickým cigaretám je také třeba pacienty upozornit na přetrvávající zdravotní rizika.*
- **Zdůrazněte pacientovi potenciální benefity zanechání kouření**
Mluvte s pacientem o tom, co získá, pokud přestane užívat tabák/nikotin. Prospěch pro pacienta můžete personalizovat, vybrat konkrétní příklady ve vztahu k jeho stavu a onemocněním. Pro inspiraci uvádíme příklady toho, co pacient může získat, pokud přestane kouřit: ***zlepší se mu zdraví****, včetně* ***chuti*** *a* ***čichu****,* ***ušetří peníze*** *(zde lze pacientovi dát konkrétní příklad dle počtu krabiček, které vykouří za měsíc, a průměrné ceny za krabičku cigaret), bude mít* ***lepší pocit*** *sám ze sebe a* ***půjde příkladem*** *pro děti,* ***nebude ohrožovat blízké*** *okolí tabákovým kouřem,* ***zlepší se mu kondice****,* ***pleť*** *a* ***nehty****, bude mít* ***více energie****, poklesne mu kardiovaskulární riziko. Dalším potenciálním benefitem může být i získání více volného času – na tento aspekt je vhodné upozornit, aby pacient měl připravenou strategii vyplnění volného času a snížil riziko relapsu.*
- **Zjistěte od pacienta, co mu brání přestat, a čeho se obává**
Pracujte s ***pacientovou motivací****, zjistěte, proč pacient nechce přestat, co mu brání (může se jednat o* ***obavy ze selhání****,* ***strach z abstinenčních příznaků****,* ***obava ze zvýšení hmotnosti****,* ***předchozí zkušenost*** *s neúspěšnými pokusy,* ***nedostatek podpory*** *v okolí,* ***deprese****,* ***postrádání společnosti*** *kuřáků,* ***nedostatečné znalosti*** *o možnostech léčby*

(farmakoterapii, psychoterapii). S obavami pacienta je následně možné pracovat, bavit se o jeho obavách, poskytnout mu relevantní informace, které mu mohou pomoci obavy snížit nebo vyvrátit. Je důležité pacienta také informovat o možnostech podpůrné farmakoterapie a substituční léčbě. Na lékařský předpis je na českém trhu schválený ***vareniklin****, dále volně prodejný* **Defumoxan** *(cytisin) a* ***náhradní nikotinová terapie*** *ve formě náplastí, spreje, žvýkaček nebo pastilek.*

- **Opakujte motivační rozhovor s pacientem při každé návštěvě**
  Mluvte s pacienty o jejich kouření a zvyšujte jejich motivaci s kouřením přestat. Povzbuďte pacienty, kteří se již v minulosti pokusili přestat a selhali, vysvětlete jim, že většina kuřáků zkouší přestat opakovaně, že selhání léčby nemusí brát jako neúspěch, ale jako poučení, které jim pomůže na cestě za odvykáním, a že odborná pomoc při odvykání kouření výrazně zvyšuje šance na úspěch.

5.9 Zdroje

KRÁLÍKOVÁ, Eva. Jak pomoci pacientům přestat kouřit? *Interní medicína pro praxi*. 2011, roč. 13, č. 11, s. 453-454.

KRÁLÍKOVÁ, Eva; ČEŠKA, Richard; PÁNKOVÁ, Alexandra; ŠTĚPÁNKOVÁ, Lenka; ZVOLSKÁ, Kamila et al. Doporučení pro léčbu závislosti na tabáku. *Vnitřní lékařství*. 2015, roč. 61, č. Supplementum 1, s. 3-15.

MRAVČÍK, Viktor; CHOMYNOVÁ, Pavla; GROHMANNOVÁ, Kateřina; JANÍKOVÁ, Barbora; ČERNÍKOVÁ, Tereza et al. Zpráva o tabákových, nikotinových a souvisejících výrobcích v České republice 2021. MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, 2021. ISBN 978-80-7440-276-0.

6. Nealkoholové návykové látky

V běžné praxi lékaře se nejčastěji setkáme s lidmi, kteří užívají nelegální drogy rekreačně či experimentálně nebo kteří nadužívají léky na předpis nebo volně dostupné léky. Problémových uživatelů nelegálních návykových látek a osob závislých na nelegálních návykových látkách je v ambulancích lékařů méně (s výjimkou pohotovosti a urgentního příjmu v nemocnicích), ale i s těmi je možné se setkat. Pro tyto uživatele však krátká intervence zpravidla není dostačující a těžit budou spíše ze specializovaného adiktologického zařízení (je vhodné je tedy odkázat na vhodné služby dle jejich potřeby a motivace).

6.1 Nelegální drogy

Do nelegálních drog spadají například:

- **konopné drogy:**
  hašiš, marihuana, hašišový olej, výrobky obsahující kanabinoidy (kanabidiol – CBD, tetrahydrokanabinol – THC, hexahydrokanabinol – HHC), konopí
- **halucinogeny:**
  LSD, psilocybin – lysohlávky, extáze, DMT, mezkalin, ketamin, PCP (andělský prach)
- **opiáty a opioidy:**
  heroin, opium, morfin, kodein, buprenorfin (Subutex, Suboxone), fentanyl, tramadol
- **stimulační drogy:**
  pervitin, MDMA, amfetamin, kokain, kratom
- **rozpouštědla:**
  toluen, chloroform, trichloretylen, benzen, amylnitrity („poppers“)

Výše uvedený seznam není vyčerpávající, spíše poskytuje hrubou představu drog, které očekávat. Zejména situace na trhu s drogami užívanými experimentálně na tanečních akcích a festivalech se může velmi rychle měnit (přichází nové drogy, které rychle mohou vystřídat jiné). Zároveň je nutno podotknout, že některé látky uvedené v seznamu výše nejsou v době vydání této publikace z pohledu české legislativy nelegální.

6.2 Léky

Předpokládá se, že významná část pacientů užívá léky na předpis mimo doporučení lékaře (častěji nebo déle, než by měli, nebo získávají stejný lék na předpis od více lékařů) nebo nadužívají volně dostupné léky. Nejčastěji se jedná o tyto léky:

- **léky proti bolesti:**
  nesteroidní analgetika (ibuprofen, indometacin, ...), triptany (sumatriptan, eletriptan), ergotaminové preparáty, paracetamol, propyfenazon, dextrometorfan (kapky na kašel), opioidy (tramadol, fentanyl, kodein, ...), léky na neuropatickou bolest (gabapentin (např. Neurontin), pregabalin (např. Lyrica) a další
- **tlumivé léky:**
  benzodiazepiny (midazolam, nitrazepam, diazepam, triazolam, ...), z-hypnotika (zolpidem, zaleplon, zopiclon), v minulosti zejména barbituráty (fenobarbital)

6.3 Anamnéza

V rámci anamnézy a screeningu se obecně pacientů ptáme na nealkoholové drogy a také na charakter užívání léků na předpis i volně prodejných léků.

6.3.1 Nelegální drogy

V případě drog je důležité se pacienta zeptat kromě typu drogy také na:

1) **frekvenci** užívání
2) **dobu** užívání (jak dlouho již užívá/kdy poprvé užil)
3) **dávku** (typickou nebo průměrnou dávku)
4) zda je dávka **dlouhodobě stejná nebo se mění**
5) **kontext** užívání (v jakém prostředí, při jakých příležitostech)
6) **způsob** užití (intravenózní, sublingvální, inhalační, ...)

Tyto informace nám pomohou odhadnout, jaký typ uživatele pacient je (zda se jedná o rekreační užívání, experimentální, rizikové, ...).

Téma užívání nelegálních drog může být pro pacienty citlivé téma a něco, o čem jim nemusí být příjemné mluvit a co pro ně může být nezvyk rozebírat se svým lékařem. Je proto důležité s pacientem mluvit věcně, nesoudit ho a ocenit pacientovu otevřenost se o tomto tématu bavit. Pokud můžeme, pomáhá také pacientovi připomenout, že vše, co řekne, zůstane důvěrné.

6.3.2 Léky

Pacienti se mohou bát přiznat užívání léků jinak, než jim bylo předepsáno. Je proto vhodné toto téma načít opatrně a vyjádřit pochopení, že k situaci, kdy pacient začne brát častěji, může dojít, když například pacient prochází náročným obdobím.

Zároveň je třeba upozornit, že léky mohou způsobovat vážné nežádoucí účinky a že užívání léků ve větších dávkách nebo častěji než předepsáno, jim může ublížit, ač to třeba nyní tak nevnímají. Abychom byli schopni pacientovi doporučit vhodný další postup, je potřeba pacienta vyslechnout a pochopit jeho náhled na situaci.

V rámci anamnézy nás zajímá, zda pacient někdy bral léky jinak, než jak mu bylo doporučeno lékařem, nebo zda si je někdy obstarával ještě někde jinde. Dále zjišťujeme, **jak často** pacient léky bere, zda jsou nějaké **situace**, které braní léků **vyvolávají**, **jak dlouho** již bere léky v této

frekvenci/**dávce** a zda jim daný lék **předepisuje** ještě někdo další. Pouze na základě pochopení pacientovy motivace můžeme s pacientem plnohodnotně probrat možnosti/alternativy léčby, které závisí od typu zneužívaného léku (může se jednat např. o doplnění farmakologické léčby nefarmakologickou – psychoterapií).

6.4 Míra užívání nelegálních drog v ČR

6.4.1 Obecná populace

Nejčastěji užívanou nelegální drogou v české populaci jsou nepřekvapivě **konopné drogy** a míra prevalence užití jakékoli nelegální drogy alespoň jednou v životě je velmi vysoká. **Zkušenost** s užitím nelegální drogy někdy v životě mělo **30,7-36,4 %** dotázaných ve věku 15-64 let dle průzkumů v roce 2020 (výrazně častěji muži). Nelegální drogou, s kterou měla zkušenost největší část populace, byly konopné látky (26,0-34,8 %), následované **extází** (6,1-9,1 %) a **halucinogenními houbami** (5,7-7,5 %), **pervitinem a amfetaminy** (2,5-3,4 %) a **kokainem** (2,1-2,7 %).

Důležitou skupinou jsou i nové psychoaktivní látky, s nimiž mělo v průzkumech v r. 2020 zkušenost až 4,4 % dotázaných. Mezi tyto drogy byly zahrnuty např. mefedron, pentedron, 3-methylmethcathinone (3-MMC), clephedron (4_CMC), alfa-PVP, el magico, cherry; syntetické kanabinoidy označované jako syntetická marihuana či Spice, nebo nové syntetické halucinogeny, např. DMT, 2C-B, 3-MEO-PCP, alfa-metyltryptamin, nebo rostlinné drogy jako kratom, kanna, marihuanilla (Leonurus sibiricus), wild daggy (Leonotis leonurus), durman, šalvěj divotvorná, calea, damiána a kolovník.

V obecné populaci ve věku 15-64 let byla dle dat za rok 2020 prevalence užívání nelegálních drog v posledních 30 dnech a v posledních 12 měsících velmi nízká s výjimkou konopných drog, které v posledních 12 měsících užilo 10,2-12,2 % dotázaných, v posledních 30 dnech 3,3-6,8 % dotázaných. Ve skupině **mladých dospělých** (věková kategorie 15-34 let) byla zkušenost s užitím jednotlivých nelegálních návykových látek **až dvakrát vyšší** než v obecné populaci.

6.4.2 Problémoví uživatelé drog

Problémoví uživatelé drog (PUD) jsou definováni pro českou populaci jako **injekční** a/nebo **dlouhodobí** nebo pravidelní uživatelé **pervitinu** a **opioidů**). PUD je v ČR dlouhodobě odhadováno kolem **40-45 tisíc**, z toho **přes 30 tisíc uživatelů pervitinu** a kolem 10 tisíc uživatelů opioidů. Uživatelé opioidů tvoří z více jak poloviny uživatelé **buprenorfinu** (např. preparáty Subutex, Addnok, Ravata), dále uživatelé **heroinu** a nemalou část i uživatelé jiných opioidů (**fentanyl**ové náplasti, **morfin** (Vendal Retard), **oxykodon** (OxyContin) a další). Čistě injekčních uživatelů je odhadováno o něco méně, dlouhodobě kolem 40 tisíc (cca 95 % všech problémových uživatelů drog).

6.5 Vybrané důsledky užívání nelegálních drog

6.5.1 Krví přenosné nemoci

U injekčních uživatelů drog jsou sledovány zejména krví přenosné **hepatitidy** a **HIV** a související ukazatele, které riziko těchto nebo jiných onemocnění zvyšují. Míra **sdílení jehel** a **stříkaček** dlouhodobě postupně klesá, ale nadále zůstává významná. Cca 7 % klientů nízkoprahových zařízení („kamenná" kontaktní centra a terénní programy v prostředí klienta) uvádí, že použilo při poslední aplikaci nesterilní injekční jehlu a stříkačku, a 21,8 % sdílelo injekční náčiní v posledních 30 dnech.

Podíl injekčních uživatelů drog na nově hlášených případech HIV infekcí v ČR je dlouhodobě nízký (v r. 2020 se jednalo o 14 případů, tj. 5,6 % nových záchytů HIV). **Prevalence HIV** mezi injekčními uživateli drog v ČR je stabilně velmi nízká, **pod 1 %.** Počet nově hlášených případů **hepatitidy typu B** (VHB) má od r. 2000 díky zavedenému očkování klesající tendenci, mezi injekčními uživateli drog se jedná o **jednotky** nově hlášených případů ročně. Počet nově hlášených případů **hepatitidy typu C** (VHC) u injekčních uživatelů drog dlouhodobě tvoří **více než polovinu všech případů**. Podle průzkumů mezi injekčními uživateli drog, kteří jsou klienty nízkoprahových center, někdy v životě prodělalo VHC až 40 % z nich; v případě vězněných PUD séroprevalence VHC dosahuje 90 %.

6.5.2 Předávkování a úmrtí

Smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami je každoročně evidováno kolem **40 případů**, v r. 2020 tento počet mírně vzrostl (58 případů). Nejčastěji se jedná o opioidy, především **opioidní analgetika** (fentanyl, morfin, dihydrokodein, oxykodon). Mezi příčiny nepřímých úmrtí pod vlivem nelegálních drog nebo psychoaktivních léků patří zejména nehody a sebevraždy. Více jak 200 dopravních nehod je každý rok způsobeno pod vlivem nelegálních drog.

6.5.3 Sociální důsledky

Jako sociální konsekvence užívání nelegálních drog, pozorované mezi problémovými uživateli, můžeme uvést nestabilní ubytování, nestabilní či nelegální příjem, neplatný nebo ztracený občanský průkaz a průkaz zdravotní pojišťovny, zadlužení a nelegální činnost vedoucí k výkonu trestu odnětí svobody. Dluhy mohou dosahovat až milionových částek u jednotlivců, nejčastěji se pohybují v řádu sto tisíců korun. Injekční užívání drog je významně zastoupené mezi problémovými uživateli i během pobytu ve vězení a nese s sebou zpravidla zvýšenou míru rizika (vyšší míra sdílení injekčního náčiní, nejistá čistota drog a riziko předávkování). Více jak třetina odsouzených je problémovými uživateli drog a míra zkušenosti s užitím nějaké nelegální drogy dosahuje až 80 % mezi odsouzenými před nástupem výkonu trestu odnětí svobody.

6.5.4 Důsledky u experimentálních a rekreačních uživatelů

Výše uvedené zdravotní a sociální konsekvence se týkají problémových uživatelů nelegálních drog, u uživatelů v prvních fázích užívání většinou přítomny nejsou. U experimentálních a rekreačních uživatelů nepozorujeme následky z užívání jako u injekčních či obecně problémových uživatelů drog. Je však nutné si uvědomit, že i u těchto uživatelů je riziko nepřímých důsledků

užívání, a to již při jednorázovém užití – jedná se např. o **úrazy** nebo **dopravní nehody** pod vlivem nelegální drogy nebo předávkování. Zároveň užití nelegální drogy může **zhoršit již existující onemocnění** nebo uspíšit rozvoj dosud neprojevené nemoci, včetně **psychiatrických**. Pravidelné užívání drog může vést k dalším zdravotním důsledkům, které se odvíjí od konkrétního typu drogy. Užívání nelegálních drog může mít také negativní dopady na **duševní stav** jedince.

Méně známým důsledkem užívání nelegálních drog je i jejich vliv na reprodukční zdraví. Např. u pravidelných uživatelů marihuany (alespoň 1x týdně) byla zjištěna významně snížená koncentrace spermií, tento pokles byl výrazně vyšší v případě užívání ještě jiných rekreačních drog. U těhotných žen užívajících marihuanu během těhotenství bylo pozorováno vyšší riziko anémie, nižší porodní hmotnosti novorozence a neonatálních komplikací.

6.6 Screening a krátká intervence

6.6.1 Význam screeningu a krátké intervence v ordinaci lékaře

Lidé užívající nealkoholové návykové látky navštěvují ordinace lékařů primární péče a pohotovosti častěji než lidé tyto látky neužívající. Tato zařízení se tak stávají významným bodem v systému zdravotní a sociální péče pro identifikaci problémů spojených s užíváním návykových látek a pro zahájení krátké intervence.

Screeningové nástroje a postupy by měly být ze své podstaty **jednoduché**, **nenáročné** na čas a s **minimálními náklady** na administraci. Představují návod, jak s pacientem otevřít téma užívání drog a zmapovat jeho postoje k užívání a případné léčbě. Zároveň umožňují podchytit problém **včas**, a tak dávají prostor pro **časnou intervenci**. **Zpětná vazba** přímo od ošetřujícího lékaře se může stát významnou motivací ke změně chování v oblasti užívání návykových látek, a proto by screening v rámci odběru anamnézy a případnou návaznou krátkou intervenci žádný lékař neměl opomíjet.

Vliv screeningu na míru užívání nelegálních drog v lékařských zařízeních, krátké intervence a doporučení následné odborné péče ukázaly rozsáhlé studie, kdy u intervenovaných pacientů došlo k **snížení míry užívání** drog při kontrole v odstupu několika měsíců, dále ke zlepšení v oblasti **celkového zdraví**, **duševního zdraví**, zaměstnání a kriminální činnosti.

6.6.2 Screeningové dotazníky

Screening ve formě krátkého dotazníku je jednoduchým nástrojem, jak odhalit osoby závislé nebo ohrožené závislostí na návykových látkách (nebo jinou adiktologickou poruchou) a odhalit rizikové a škodlivé užívání návykových látek (tj. užívání ohrožující zdraví, resp. již způsobující poškození zdraví s možnými příznaky závislosti), a tak identifikovat osoby, u nichž je vhodné provést krátkou intervenci.

Screening na užívání nelegálních drog by měl být prováděn **u všech pacientů bez výjimky**, a to i u starších pacientů, kde může odhalit nadužívání **psychoaktivních léků** nebo užívání léků mimo doporučení lékaře, které je v rámci screeningových dotazníků také zahrnuto.

Co se týče charakteristik uživatelů, tak muži užívají nelegální drogy 2x častěji než ženy a jejich užívání klesá s věkem, dalšími rizikovými faktory jsou nízké vzdělání, chudoba, kouření, abúzus

alkoholu a jakékoliv mentální onemocnění. Nicméně v případě screeningu není možné se řídit statistikou, která nám pouze říká, u koho je užívání nelegálních drog častější – neznamená to však, že by v ostatních skupinách užívání nelegálních drog nebylo vůbec.

6.6.2.1 Test o jedné otázce

Nejjednodušším screeningovým nástrojem v primární péči je **test o jedné otázce**: „*Kolikrát jste v minulém roce užil/a nelegální drogu nebo lék na recept mimo doporučení lékaře?*“. Tento test má podobné výsledky s ohledem na záchyt rizikových pacientů v oblasti užívání nealkoholových drog jako dotazník DAST-10, který je celosvětově jedním z nejčastěji užívaných screeningových nástrojů v klinickém provozu pro vyhodnocení úrovně problémů spojených s užíváním návykových látek vyjma alkoholu a nikotinu (tabáku). V případě pozitivní odpovědi v testu o jedné otázce je následně možné pokračovat od druhé otázky v dotazníku **DAST-10** (jeho první otázka „Užil/a jste během posledního roku nějaké nelegální drogy?“ ve své podstatě odpovídá uvedenému testu).

6.6.2.2 DAST-10

Dotazník **DAST-10** obsahuje **10 otázek** na užívání drog v **posledních 12 měsících** a je určen pro starší mládež a dospělé (viz **Tabulka 6**). Pod pojmem drogy se v tomto dotazníku rozumí nelegální návykové látky jako je **marihuana**, **extáze**, **heroin**, **kokain**, **pervitin** a jiné. Také se sem řadí **léky s psychoaktivním účinkem**, pokud jsou užívány v nadměrném množství anebo bez doporučení lékaře, a dále **těkavé látky** (ředidla, lepidla) vdechované za účelem intoxikace.

Kromě rychlého zhodnocení úrovně problémů spojených s užíváním nelegálních návykových látek je dotazník DAST-10 vhodný i pro případný **monitoring vývoje** problémů daného pacienta a jako **standardizovaný test** pro porovnání skóre u daného pacienta napříč zdravotnickými a adiktologickými zařízeními. Ač je obsah a cíl otázek zřejmý, a tudíž pacient může záměrně odpověďmi klamat, je prokázáno, že rutinní a plošné užití v ordinaci lékaře zachytí významnou část rizikových pacientů a umožní provést časnou intervenci.

6.6.3 Krátká intervence

Krátká intervence je **jednoduchou**, **časově nenáročnou** metodou, která má za cíl poskytnout pacientovi informaci či **radu**, zvýšit jeho **motivaci** k vyhýbání se užívání drog, případně ho naučit techniky změny chování směřující ke snížení užívání drog a rizik s užíváním spojených. Aby krátká intervence byla efektivní, je třeba vytvoření optimálního terapeutického vztahu, kdy lékař vyjadřuje zájem o pacienta a jeho problém, naslouchá mu, nesoudí ho, respektuje jeho autonomii a vytváří bezpečný prostor pro řešení jeho problému. Klíčová je **pozitivní motivace** pacienta, kdy lékař posiluje pacientovu vůli a sebedůvěru, oceňuje dílčí pokrok a **posiluje rozhodnutí** pacienta s užíváním přestat či jej omezit. Během krátké intervence jsou pacientovi poskytovány **nové pohledy** na problém, jeho problémy jsou dávány do souvislosti s užíváním drogy a je zvyšováno jeho povědomí o aspektech užívání, rizicích a následcích.

Mezi techniky v rámci krátké intervence patří poskytnutí **zpětné vazby** (např. souvislost zdravotního stavu pacienta s užíváním nelegálních drog a doporučení), poskytnutí **jasné a přímočaré rady** a **motivační rozhovor**, aby si pacient za vhodně kladených otázek a využití motivací

důležitých pro daného pacienta uvědomil rizika užívání návykových látek, výhody abstinence a nakročil na cestu pozitivní změny. Dalšími postupy jsou doporučení **selfmonitoringu** (např. formou jakéhosi diáře, kam si pacient zapisuje stavy bažení (chutí) a okolností s nimi spojených, relapsy užívání a identifikuje spouštěče vedoucí k užití drogy), doporučení ohledně **životního stylu** a volnočasových aktivit, poskytnutí **svépomocných materiálů**, doporučení účasti na **svépomocných skupinách (Anonymní narkomani)** a předání kontaktů na **služby telefonické pomoci** (v ČR lze doporučit **Národní linku pro odvykání**, https://chciodvykat.cz/, tel. 800 350 000), více v kapitole 8.3. *Zdroje pro pacienty*. Dle individuálních potřeb je do intervence možné zahrnout i práci s rodinou, nácvik dovedností pro nahrazení návykového chování a vytvoření **terapeutického kontraktu** (dohody ohledně dalšího plánu, léčby). Výše zmíněné možnosti se kombinují dle konkrétního pacienta, zkušeností lékaře a dle jeho uvážení (během jedné intervence se nepoužijí všechny postupy).

Tabulka 6: Screeningový dotazník DAST-10 k rychlému zhodnocení úrovně problémů s užíváním nealkoholových drog

	Během posledních 12 měsíců:	**ANO**	**NE**
1.	Užil/a jste během posledního roku nějaké nelegální drogy?		
2.	Užil/a jste současně více než jednu drogu?		
3.	Jste vždy, když chcete, schopen/schopna přestat s užíváním drog?		
4.	Měl/a jste „okna“ nebo „flashbacky“ v důsledku užívání drog?		
5.	Měl/a jste výčitky nebo pocity viny kvůli užívání drogy?		
6.	Vyčítali Vám partner nebo rodiče Vaše užívání drog?		
7.	Zanedbával/a jste svou rodinu kvůli užívání drog?		
8.	Dopustil/a jste se nelegálního jednání, abyste získal/a drogy?		
9.	Měl/a jste abstinenční příznaky, když jste přestal/a brát drogy?		
10.	Měl/a jste zdravotní problémy v důsledku užívání drog? (např. ztráta paměti, žloutenka, křeče, krvácení, atd.)		

© 1982 Harvey A. Skinner, PhD, Department of Public Health Sciences, University of Toronto – volně k nekomerčnímu použití

Za každou kladnou odpověď (ANO) se přičítá 1 bod s výjimkou otázky č. 3, kdy se 1 bod přičítá za odpověď NE. 0 bodů značí, že screening neidentifikoval žádný problém (ne nezbytně však pacient drogy neužívá), 1–2 body ukazují na nízké riziko problémů, 3–5 bodů značí zvýšené riziko problémů, 6–8 bodů výrazné riziko problémů a 9–10 bodů ukazuje na těžké problémy s užíváním drog.

6.6.3.1 5 kroků krátké intervence

Pro zjednodušení jednotlivých kroků krátké intervence se používá akronym **5 „A“:**

1) **Ask (Zeptat se)**
   Při každé návštěvě lékaře má být pacient dotázán na užívání drog, na typ, množství a frekvenci užívání (tento bod vychází ze screeningu).
2) **Advice (Poradit)**
   Lékař by měl následně pacienta edukovat/informovat o zdravotních rizicích spojených s užíváním drog a o potenciálu vzniku závislosti a jasně doporučit pacientovi přestat.
3) **Assess (Posoudit)**
   Lékař následně zhodnotí pacientův postoj ke změně, pacientův náhled na situaci a ochotu přestat drogy užívat.

V případě, že pacient není připraven na změnu, pak je vhodné mu zopakovat rizika spojená s užíváním, vyjádřit ochotu mu pomoci, až bude připraven na změnu a znovu zhodnotit připravenost ke změně při dalších návštěvách. V bodě 4 a 5 se již nepokračuje.

4) **Assist (Pomoci)**
   Je-li pacient připraven ke změně, je vhodné s ním prodiskutovat možnosti, jak změny dosáhnout, a pomoci mu v realizaci změny (např. pacientovy představy, časový horizont, kdy chce přestat s užíváním, plány, jak chce pracovat s bažením po droze nebo spouštěči, podpora v rodině a v sociální síti, změna životního stylu) a poskytnout dle možností a konkrétní situace svépomocné materiály, kontakty na adiktologické služby, doporučit selfmonitoring (zaznamenávání bažení, spouštěčů, relapsů).
5) **Arrange (Plánovat)**
   Je vhodné stanovit s pacientem cíle a naplánovat kontrolu pro zhodnocení naplnění cílů. Do doby další kontroly by měl být pacient vybaven kontakty na adiktologické a psychiatrické služby a edukačními a svépomocnými materiály (např. zdroji uvedenými v kapitole 8.3. Zdroje pro pacienty).

Poskytnutí intervence i jen v krátkém časovém rozsahu je u mnoha pacientů účinné a pomůže jim v jejich cestě omezit užívání návykových látek nebo úplně přestat, případně je povzbudí v jejich rozhodování směrem k léčbě. Chybou naopak je odkazovat paušálně všechny pacienty na adiktologické služby nebo psychiatrickou péči bez poskytnutí krátké intervence. Doporučení k odborníkovi pacienti mnohdy nevyužijí a ztratí se tak s nimi kontakt a možnost časné intervence.

6.6.4 Doporučený postup dle výsledku screeningu

6.6.4.1 Negativní screening

DAST-10 skóre 0 bodů

U pacientů, kteří na přímý dotaz uvedli, že v posledním roce neužili žádné nealkoholové drogy, je vhodné toto ocenit, podpořit je a potvrdit svůj souhlas s jejich negativním postojem k braní drog. Pro podpoření jejich postoje je dobré zdůraznit výhody zdravého životního stylu

a nepříznivé účinky drog na zdravotní stav i další aspekty života. Screening je vhodný při dalších návštěvách zopakovat, nejen z důvodu, že pacient nemusel při prvním screeningu udat přesnou informaci ohledně svého užívání drog, ale i proto, že se jeho postoj k užívání nelegálních drog může s odstupem času změnit.

6.6.4.2 Nízké riziko

DAST-10 skóre 1-2 body

Pacienta, u něhož bylo během screeningu odhaleno nízké riziko problémů (1-2 body v DAST-10), jedná se pravděpodobně o pacienta experimentujícího s drogami), je v rámci krátké intervence třeba edukovat o rizicích, které užívání drog přináší, a případně mu poskytnout na pozdější čtení materiály s dalšími informacemi. Pacienta nesoudíme, respektujeme jeho autonomii, ale zároveň ho jasně a srozumitelně informujeme o nebezpečích plynoucích už z jednorázového užití drog a o rizicích rozvoje závislosti a dalších nebezpečí v případě pravidelnějšího užívání. Pokud by se užívání drog prohlubovalo, je vhodné mu nabídnout kontrolní návštěvu pro zhodnocení míry problémů a případnou intervenci.

6.6.4.3 Rizikové užívání

DAST-10 skóre 3-5 bodů

Pacientovi v pásmu zvýšeného rizika problémů (3-5 bodů v DAST-10, znamenající zvýšené riziko poruch z užívání drog, pracovní, sociální či trestněprávní problémy) kromě edukace o zdravotních rizicích, potenciálu vzniku závislosti při pokračování v užívání a poskytnutí informačních materiálů, příp. odkázání na užitečné webové stránky (viz kapitola 8.3. *Zdroje pro pacienty*) je třeba jasně doporučit s užíváním přestat a k tomu ho motivovat. Pokud pacient spolupracuje, nejlepším krokem je stanovení dílčího cíle a jeho časového rámce a na další kontrole výsledek jeho snahy vyhodnotit. Na mezidobí může být pacientovi zadán i „úkol“ monitorovat touhu po droze, užití drogy a možných spouštěčů, které mu mohou pomoci v náhledu na jeho užívání. V závěru pacientovi nabídneme možnost dřívějšího kontaktu v případě, že by jej potřeboval.

6.6.4.4 Škodlivé užívání nebo závislost

DAST-10 skóre 6 a více bodů

V případě vyššího rizika problémů (6 a více bodů v DAST-10) již krátká intervence samotná většinou nestačí (jedná se o pokročilou závislost nebo významné zdravotní, pracovní, sociální i trestně-právní problémy spojené s pravidelným užíváním drog). V tom případě je třeba navíc doporučit pacientovi odbornou péči, předat mu kontakty na adiktologická a léčebná zařízení, příp. pacientovi návštěvu specializovaného pracoviště přímo domluvit. Na paměti je potřeba mít též riziko odvykacího stavu a jeho závažnost dle užívané nealkoholové drogy. Seznam zařízení

poskytující léčbu, poradenství a prevenci v oblasti závislostí dle typu zařízení a kraje lze najít v Mapě pomoci na webu Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti: https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/.

6.7 Společná krátká intervence pro více návykových látek

Spojení nadužívání více či všech návykových látek u jednoho pacienta je minimálně s ohledem na alkohol a kouření relativně časté. Stran případné integrace krátké intervence všech návykových látek (alkohol, tabák, nelegální drogy) v jednom sezení neexistují jednoznačná doporučení. Spojení screeningu a krátké intervence pro nelegální návykové látky a alkohol má srovnatelný vliv na snížení užívání jak alkoholu, tak nelegálních návykových látek v porovnání se studiemi soustředícími se jen na jednu z kategorií. V některých případech se však lékař může přiklánět raději k postupnému provedení **více intervencí**, případně k rozložení intervencí do **více setkání**, záleží pak na konkrétním pacientovi, jeho osobnostních dispozicích, konkrétní situaci i časových možnostech lékaře.

V praxi se k tématu přistupuje spíše **individuálně** podle zvyklostí lékaře a podle konkrétního pacienta. Existují různé standardizované screeningové nástroje zaměřené buď na užívání alkoholu nebo na kouření. Screeningové dotazníky se liší délkou, a tedy i časovou náročností administrace, v praxi si tedy lékař nebo jiný zdravotnický pracovník volí screeningové nástroje a realizuje intervence i dle svých **časových možností**. Krátká intervence může obsáhnout současně více návykových látek užívaných rizikově, zejména tehdy, je-li možné dát aktuální **zdravotní stav do souvislosti s užíváním** konkrétních látek (například v rámci jedné intervence lze poukázat na zhoršené jaterní testy v důsledku nadměrného užívání alkoholu a také na nález na RTG hrudníku v důsledku kouření). Tento postup je praktický z hlediska časové náročnosti i lepší srozumitelnosti pro pacienta, kdy získá informace uceleně a v souvislostech.

Není cílem v rámci jedné krátké intervence říct pacientovi vše, co k tématu můžeme říct, naopak je vhodnější **krátkou intervenci opakovat** při dalších návštěvách, **navázat** na to, co bylo řečeno minule, a přidat další informaci či další souvislost – díky tomu je možné i krátkou intervenci uzpůsobit časovým možnostem v daný moment. Každá krátká intervence by však vždy měla **zahrnout kroky** uvedené výše v textu, aby pokaždé byla pacientovi předána **jasná rada,** od pacienta byla získána **zpětná vazba** na jeho motivaci a byl naplánován **„follow-up“**.

6.8 Zdroje

ARISTEIGUIETA, Cesar A. Screening patients for alcohol, tobacco, and other drug misuse: the role of brief interventions. Online. *Western Journal of Medicine*. Roč. 172, č. 1, s. 53-57. ISSN 00930415. Dostupné z: https://doi.org/10.1136/ewjm.172.1.53.

FROUZOVÁ, Magdalena. Možnosti intervence v oblasti rizikového a problémového užívání drog. In: CSÉMY, Ladislav a ČÁPOVÁ, Eva. *Prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé*. CEPROS, 2013, s. 23-30. ISBN 978-80-260-7070-2.

GUNDERSEN, Tina Djernis; JØRGENSEN, Niels; ANDERSSON, Anna-Maria; BANG, Anne Kirstine; NORDKAP, Loa et al. Association Between Use of Marijuana and Male Reproductive Hormones and Semen Quality: A Study Among 1,215 Healthy Young Men. Online. *American Journal of Epidemiology*. 2015, roč. 182, č. 6, s. 473-481. ISSN 0002-9262. Dostupné z: https://doi.org/10.1093/aje/kwv135.

GUNN, J K L; ROSALES, C B; CENTER, K E; NUÑEZ, A; GIBSON, S J et al. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. Online. *BMJ Open*. 2016, roč. 6, č. 4. ISSN 2044-6055. Dostupné z: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009986.

CHERPITEL, Cheryl J. a YE, Yu. Drug use and problem drinking associated with primary care and emergency room utilization in the US general population: Data from the 2005 national alcohol survey. Online. *Drug and Alcohol Dependence*. 2008, roč. 97, č. 3, s. 226-230. ISSN 03768716. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.03.033.

MADRAS, Bertha K.; COMPTON, Wilson M.; AVULA, Deepa; STEGBAUER, Tom; STEIN, Jack B. et al. Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and 6 months later. Online. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009, roč. 99, č. 1-3, s. 280-295. ISSN 03768716. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.08.003.

MRAVČÍK, Viktor; CHOMYNOVÁ, Pavla; GROHMANNOVÁ, Kateřina; JANÍKOVÁ, Barbora; ČERNÍKOVÁ, Tereza et al. Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021. MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, 2021. ISBN 978-80-7440-274-6.

PILOWSKY, Daniel J.; WU, Li-Tzy. Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: a review. *Substance Abuse and Rehabilitation*. 2012, roč. 3, č. 1, s. 25–34. ISSN 1179-8467. Dostupné z: https://doi.org/10.2147/SAR.S30057.

SKINNER, Harvey A. The drug abuse screening test. Online. *Addictive Behaviors*. 1982, roč. 7, č. 4, s. 363-371. ISSN 03064603. Dostupné z: https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90005-3.

SMITH, Peter C.; SCHMIDT, Susan M.; ALLENSWORTH-DAVIES, Donald a SAITZ, Richard. A Single-Question Screening Test for Drug Use in Primary Care. Online. *Archives of Internal Medicine*. 2010, roč. 170, č. 13. ISSN 0003-9926. Dostupné z: https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.140

7. Hazardní hraní

Problémové hraní hazardních her není v ČR zanedbatelným problémem a může se promítat nejen do psychického, ale i do fyzického zdraví pacienta. Z toho důvodu jsme zahrnuli i krátkou kapitolu na toto téma pro lepší představu o této problematice, na kterou i v ambulanci lékaře a v případě diferenciálně diagnostických potížích může být nápomocné pomyslet.

7.1 Definice

Hazardní hraní (gambling) zahrnuje široké spektrum hazardních her, jako jsou automaty, kurzové sázky, loterie, živé hry v kasinu, elektromechanická ruleta či kostky, elektrický karetní stůl, stírací losy a další.

Problémové hráčství se vyznačuje ztrátou kontroly nad hráčským chováním, kdy hráč tráví více času hrou, zvyšuje frekvenci epizod hraní a vkládá vysoké finanční částky do hraní, navzdory negativním dopadům pro hráče a jeho okolí. **Patologické hráčství** je uvedeno v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 jako diagnóza **F63.0** a je definováno jako dvě nebo více epizody hráčství, které se opakují, přestože vyvolávají tíseň a narušují každodenní život a nejsou pro jedince výnosné. Zároveň pacient prožívá silné puzení k hazardní hře, kterou není schopen silou vůle ovládnout, a je zaujat myšlenkami a představami hraní a souvisejících okolností.

V rámci MKN-10 je možné najít také diagnostickou kategorii **Z72.6 Hráčství a sázkařství**, kdy pacient často hraje pro pocit vzrušení nebo jako pokus vyhrát peníze. Z pohledu klinického významu se jedná o faktor ovlivňující zdraví a kontakt se zdravotnickými zařízeními, ne o duševní poruchu.

7.2 Prevalence hazardního hraní

Na základě populačních průzkumů dle různých screeningových škál se v kategorii rizika v souvislosti s hraním hazardních her v roce 2020 nacházelo 2,4–4,5 % populace ve věku 15 let a více, z toho významně převyšoval podíl mužů. Významným zjištěním bylo, že až polovina osob, které v posledních 12 měsících hráli hazardní hry s výjimkou loterie, byla v riziku problémového hráčství.

7.3 Zdravotní důsledky hazardního hraní

Problémové hazardní hraní se nevykazuje typickými viditelnými změnami a často může zůstat neodhaleno až do momentu, kdy je pacient významně zadlužený a finanční problémy se mu již

nedaří skrývat. Problémové a patologické hráčství však přináší velmi vysoké riziko zdravotních a psychických potíží a je asociováno s významně vyšší mírou sebevražd.

Z psychických potíží se může jednat dále o úzkosti, poruchy spánku, ztrátu chuti k jídlu, změnu sexuálního chování či sníženou chuť na sex, poruchy pozornosti, nálad a náhlé výbuchy hněvu. Jak již bylo zmíněno výše, u hráčů pozorujeme častěji depresivní nálady a sklony k sebevraždě, a také zvýšené užívání návykových látek, včetně alkoholu.

Mezi gamblery se můžeme setkat nejen s psychickými, ale i somatickými potížemi, které mohou přímo souviset s časem stráveným hrou nebo nepřímo se stresem a obtížnou situací, kterou závislý dlouhodobě prožívá.

Mezi somatické potíže mohou patřit problémy související s dlouhým časem stráveným hraním (potíže s krční páteří, zápěstím, lokty), vysoký krevní tlak, bolesti hlavy, žaludeční vředy či gastrointestinální potíže.

7.4 Screening

V případě podezření na riziko problémového hráčství existují krátké screeningové dotazníky pro zhodnocení, zda je vhodné pacienta podpořit ve vyhledání odborné péče a podrobnějšímu zhodnocení. Situace, které mohou vést lékaře k myšlence, zda pacient není ohrožen problémovým hráčstvím, může být např. nadužívání alkoholu či drog, nově vzniklé finanční problémy, kriminální činnost nebo psychické poruchy.

7.4.1 Dotazník o 2 otázkách Lie-Bet

S ohledem na limitovaný čas, který lékař ve své praxi na pacienta má, byl vytvořen screeningový nástroj Lie-Bet o dvou otázkách, který má rychle zhodnotit, zda se může jednat o patologické hráčství. V rámci screeningu se ptáme na tyto otázky:

1.. **Pocítil(a) jste někdy potřebu sázet více a více peněz?**
2. **Lhal(a) jste někdy lidem, kteří jsou pro vás důležití, o tom, jak moc hrajete?**

V případě kladné odpovědi na alespoň jednu ze dvou otázek je vhodné pacienta odkázat do specializovaného zařízení a poskytnout pacientovi užitečné odkazy, kam se může obrátit o pomoc (viz kapitola 8.3.4).

7.4.2 Škála PGSI

Delším screeningovým dotazníkem, škálou pro zhodnocení míry rizika související s hazardním hraním je Problem Gambling Severity Index (PGSI) o 9 otázkách, který je mimo adiktologických zařízení často používán i v rámci národních a populačních průzkumů. V rámci klinické neadiktologické praxe se používá méně s ohledem na větší časovou náročnost na provedení.

Na každou z otázek může respondent odpovědět na škále: nikdy (0 bodů), někdy (1 bod), většinou (2 body) nebo téměř vždy (3 body).

Dotazník PGSI zahrnuje tyto otázky, které se vždy vztahují na období posledních 12 měsíců:

1. **Vsadil(a) jste někdy více peněz, než jste si mohl(a) dovolit prohrát?**
2. **Potřeboval(a) jste hrát se stále větším obnosem peněz, abyste dosáhl(a) požadovaného vzrušení?**
3. **Vrátil(a) jste se hned druhý den, abyste vyhrál(a) zpět prohrané peníze?**
4. **Měl(a) jste pocit, že by vám hraní mohlo způsobovat problémy?**
5. **Způsobilo vám hraní nějaké zdravotní problémy, včetně stresu nebo úzkosti?**
6. **Kritizovali někdy jiní lidé vaše hraní, nebo vám říkali, že máte s hraním problém, ať už to byla podle vás pravda, nebo ne?**
7. **Způsobilo vám nebo vaší rodině hraní nějaké finanční problémy?**
8. **Cítil(a) jste někdy vinu nad tím, že hrajete, nebo nad tím, jaké má vaše hraní následky?**
9. **Půjčil(a) jste si peníze na hru nebo jste prodal(a) nějaký majetek, abyste získal(a) peníze na hru?**

Skóre 0 odpovídá žádnému riziku/neproblémovému hraní.

Skóre 1-2 hazardní hraní v úrovni nízkého rizika (málo nebo žádné negativní důsledky hraní, např. hráč občas utratí více, než zamýšlel, nebo občas má špatné pocity kvůli svému hraní).

Skóre 3-7 již značí střední míru rizika, tj. hazardní hraní s negativními důsledky (utracení více peněz, než si může hráč dovolit, nebo ztráta pojmu o čase během hraní atd.).

Skóre 8 a více je typické pro problémové hráče, kde je vysoké riziko ztráty kontroly nad svým hraním.

7.5 Krátká intervence

V případě pozitivního screeningu je nutné pacienta doporučit do specializovaného zařízení, kde mu bude poskytnuta odborná pomoc, a předat mu kontakty na odborná zařízení, včetně nepřetržité telefonické pomoci a odkazy na svépomocné skupiny (Anonymní hráči) a materiály s dalšími informacemi. U patologických hráčů je potřeba též zhodnotit riziko sebevražedného jednání a zvážit případnou hospitalizaci.

V každém případě by pacientovi mělo být jasně doporučeno přestat hrát a podpořit jeho motivaci ke změně. Kromě obecného doporučení je možné poskytnout pacientovi konkrétní rady:

- Vyhnout se jakémukoli rizikovému prostředí, kde se provozuje hazard
- Aktivně se vyhnout jakékoli formě hazardu, kde je možnost výhry
- Vyhnout se alkoholu a nelegálním drogám, které snižují míru sebeovládání
- Znemožnit si přístup k volným finančním prostředkům (např. podmínit nakládání s prostředky podpisem někoho z rodiny)
- Nesnažit se splatit všechny dluhy co nejrychleji (zvyšuje míru stresu), vhodné je využít odborné pomoci pro dlužníky

Další informace je možné najít ve svépomocných materiálech pro pacienty. Při další kontrole je vhodné u pacienta krátkou intervenci zopakovat a dále ho sledovat. Krátká intervence je účinná

v případě nepatologického hráčství a sázkařství. V případě patologického hráčství je však třeba zdůraznit, že je nutná komplexní a dlouhodobá léčba v odborném zařízení.

7.6 Zdroje

FERRIS, Jackie; WYNNE, Harold J. The Canadian Problem Gambling Index Final Report. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse, 2001.

JOHNSON, Edward E.; HAMER, Robert; NORA, Rena M.; TAN, Benito; EISENSTEIN, Norman et al. The Lie/Bet Questionnaire for Screening Pathological Gamblers. Online. *Psychological Reports*. 1997, roč. 80, č. 1, s. 83-88. ISSN 0033-2941. Dostupné z: https://doi.org/10.2466/pr0.1997.80.1.83.

MORASCO, Benjamin J.; PIETRZAK, Robert H.; BLANCO, Carlos; GRANT, Bridget F.; HASIN, Deborah et al. Health Problems and Medical Utilization Associated With Gambling Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Online. *Psychosomatic Medicine*. 2006, roč. 68, č. 6, s. 976-984. ISSN 0033-3174. Dostupné z: https://doi.org/10.1097/01.psy.0000238466.76172.cd.

MRAVČÍK, Viktor; ROUS, Zdeněk; CHOMYNOVÁ, Pavla; GROHMANNOVÁ, Kateřina; JANÍKOVÁ, Barbora et al. Zpráva o hazardním hraní v České republice 2021. 2., upravené vydání. MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky, 2021. ISBN 978-80-7440-287-6.

NEŠPOR, Karel. Problémy působené hazardní hrou. In: CSÉMY, Ladislav a ČÁPOVÁ, Eva. *Prevence rizikového a škodlivého užívání návykových látek a péče o závislé*. CEPROS, 2013, s. 38-46. ISBN 978-80-260-7070-2.

8. Přílohy

8.1 Obor adiktologie a adiktologická zařízení

Adiktologie je dle definice „*obor či odborná disciplína zabývající se zneužíváním drog, drogovými závislostmi a odbornou pomocí osobám a skupinám, které jsou drogami ohroženy*“. Může být vnímána jako čistě medicínský obor nebo obor interdisciplinární, vycházející zejména z oblastí psychologie, sociální práce a medicíny.

Termín **droga** je v rámci definice adiktologie chápán jako širší pojem, označující jakékoli látky, které jsou užívány pro svůj **psychoaktivní efekt**, tj. zahrnuje nejen drogy nezákonné (opiáty, amfetaminy, kokain, taneční drogy a další), ale také legální návykové látky jako alkohol a nikotin. Adiktologie však zároveň pomáhá i v oblasti nelátkových závislostí, kde nefiguruje žádná konkrétní návyková látka – zejména pomáhá se závislostí na hazardních hrách a sázení, závislostí na internetu či počítačových hrách a dalších.

V rámci adiktologie funguje v České republice síť adiktologických zařízení, které dohromady poskytují celé spektrum adiktologických služeb:

- terénní služby
- nízkoprahová kontaktní centra
- substituční léčba pro osoby závislé na opioidech
- detoxifikační oddělení
- ambulantní programy
- denní stacionáře
- krátkodobé a střednědobé pobytové programy léčby
- psychiatrická oddělení pro léčbu závislosti
- terapeutické komunity
- následná péče a doléčování
- primárně preventivní programy
- terénní práce na tanečních akcích
- služby pro odvykání kouření
- a další

Seznam zařízení poskytující léčbu, poradenství a prevenci v oblasti závislostí v České republice rozčleněných dle druhu služby a dle lokality lze nalézt na webu Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti www.drogy-info.cz – záložka *Mapa pomoci*.

8.2 Další odborné zdroje

V případě, že byste se rádi o adiktologické problematice dozvěděli více, doporučujeme kromě zdrojů uvedených na konci každé kapitoly například tyto zdroje:

- **Výroční zprávy o stavu ve věcech drog a výroční zprávy o hazardním hraní**
  Výroční zprávy vydávané každý rok Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti (Úřad vlády České republiky) poskytují detailní informace na aktuální epidemiologickou situaci, nejdůležitější výsledky průzkumů, informace o aktuální protidrogové politice a o aktuální drogové situaci v ČR. Volně ke stažení na: https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocni-zpravy/
- **Časopis Adiktologie**
  Odborný časopis Kliniky adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Časopis byl zaštíten odbornou společností adiktologů ISSUP (International Society of Substance Use Professionals). Dostupné na: https://adiktologie-journal.eu/
- **Časopis Adiktologie v preventivní a léčebné praxi**
  Odborný adiktologický časopis zaměřený zejména na předávání praktických zkušeností, sdílení kasuistik atd. Podporován Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky Úřadu vlády ČR. Dostupné na: https://www.aplp.cz/
- **Webové stránky Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS)**
  NMS je součástí odboru protidrogové politiky Úřadu vlády České republiky. Stránky obsahují publikace NMS (výroční zprávy, časopis Zaostřeno na drogy, monografie vydané či přeložené za podpory NMS), mezioborový glosář pojmů, informace o národní protidrogové strategii, mapu adiktologických zařízení v ČR a aktuální informace o drogové situaci u nás. Dostupné na: http://www.drogy-info.cz
- KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6.
  První publikace shrnující na jednom místě adiktologické základy pro odborníky pracující v oboru závislostí.
- KALINA, Kamil a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1411-0.
  Publikace v něčem rozšiřující kapitoly z publikace Drogy a drogové závislosti a přidávající kapitoly z klinické adiktologie.
- KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN isbn978-80-247-4331-8.
  Nejobsáhlejší česká publikace zabývající se adiktologickou problematikou v českém prostředí, poskytující podrobné klinické souvislosti o závislosti, návykových látkách, systému péče, léčby a prevence, včetně detailního vysvětlení neurovědeckého podkladu závislosti.
- KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova, 2001, 118 s. ISBN 80-238-8014-4.
  Publikace poskytuje vysvětlení nejčastěji používaných pojmů v adiktologii, pomáhá v pochopení odborných publikací, výsledků průzkumů a výročních zpráv v oboru adiktologie.

Výše uvedený seznam zdrojů není vyčerpávající, ale spíše má sloužit jako vodítko ověřených zdrojů, které vám mohou pomoci se v problematice lépe zorientovat a inspirovat se, kde hledat odborné informace v adiktologii.

V případě zájmu o konkrétní problematiku více do hloubky doporučujeme vyhledat si aktuální zahraniční články skrze odborné bibliografické databáze **PubMed, Scopus, Web of Science** či **Embase**. V případě českých publikací mnohdy poslouží velmi dobře vyhledávač Google či databáze Google Scholar. Zde však upozorňujeme na nutnost pečlivě zvážit zdroj informací, který přes vyhledávač najdete. Ověřenými zdroji informací jsou stránky českých odborných časopisů (lékařských, adiktologických, epidemiologických – viz výše) nebo webové stránky drogy-info.cz Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti.

8.3 Zdroje pro pacienty

Níže uvádíme užitečné webové stránky, které je možné doporučit pacientům jako součást krátké intervence. Odkazy jsou rozděleny dle hlavních kapitol této publikace – alkohol, tabák a nikotin a nealkoholové návykové látky. Navíc jsme ještě přidali zdroje informací pro pacienty závislé na hazardním hraní.

V případě, že chcete pacientovi doporučit specializované adiktologické zařízení pro odbornou péči v blízkosti jeho bydliště, je nejlepší se podívat na záložku *Mapa pomoci* na webu www.drogy-info.cz, kde najdete aktuální seznam akreditovaných adiktologických zařízení dle kraje a dle typu zařízení.

Cenným pomocníkem je také **Národní linka pro odvykání** na telefonním čísle **800 350 000**, kam se pacienti mohou obrátit v pracovní dny **od 10 do 18 hod**. Služba je **bezplatná** a poskytuje pacientům pomoc s odvykáním, včetně screeningu a následných pravidelných konzultací.

Níže uvedené tabulky uvádíme na samostatných stránkách tak, aby je v případě potřeby bylo možné jednoduše vytisknout a předat pacientovi.

8.3.1 Alkohol

Název	Odkaz	Shrnutí
Alkohol škodí	https://www.alkohol-skodi.cz/	Národní stránky pro podporu omezení konzumace alkoholu, edukační materiály, příběhy, rady
Alkohol pod kontrolou	https://www.alkoholpodkontrolou.cz/	Informační texty o alkoholu a další užitečné informace, web pod záštitou Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN
Online adiktologická poradna	https://poradna.adiktologie.cz/kategorie/alkohol	Online poradenství a screening, otestování míry problémů, odkázání na vhodné adiktologické a jiné odborné služby
Anonymní alkoholici	https://www.anonymnialkoholici.cz/	Svépomocná skupina pro pomoc s problémy s alkoholem, setkání probíhají v mnoha městech ČR (seznam míst na webu)
Dr. Nešpor	http://www.drnespor.eu/Pomoc.html	Svépomocné manuály a informační texty při překonávání návykových problémů (alkohol, drogy, hazard, videohry a další)
KLUS – Klub lidí usilujících o střízlivost	www.klushb.estranky.cz	Svépomocná skupina sdružující lidi závislé na alkoholu, drogách a hracích automatech. Skupina byla založena doc. Skálou u Apolináře, později vznikla skupina v Havlíčkově Brodě. Spolupracují mimo jiné s občanskými sdruženími v Hradci Králové (A-P Klub), KLUSem Svitavy a KLUSem Pardubice.
Mapa pomoci	https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/	Seznam zařízeních poskytující léčbu, poradenství a prevenci v oblasti závislostí v ČR dle krajů a typu zařízení
Národní linka pro odvykání	https://chciodvykat.cz/ linka 800 350 000 (pondělí až pátek 10–18hod)	Bezplatná služba pro pomoc s odvykáním, poskytované služby: úvodní konzultace včetně screeningu, pravidelné konzultace, krizová intervence, motivační rozhovory, odkázání na jiné služby dle potřeb klienta

8.3.2 Tabák a nikotin

Název	Odkaz	Shrnutí
Kouření zabíjí	https://www.koureni-zabiji.cz/	Národní stránky pro podporu odvykání kouření
Online adiktologická poradna	https://poradna.adiktologie.cz/kategorie/tabak	Webové poradenství pro závislosti, v sekci o závislosti na tabáku najdete informační články o závislosti a léčbě, vstup do svépomocné aplikace, dotazník k zhodnocení míry závislosti a online poradnu pro pokládání dotazů.
Mobilní aplikace pro pomoc s odvykáním kouření	https://www.slzt.cz/mobilni-aplikace	Odkazy na mobilní aplikace pomáhající přestat s kouřením
Společnost pro léčbu závislosti na tabáku	https://www.slzt.cz/	Seznam Center pro závislé na tabáku a ambulancí, kde hledat pomoc
Stop kouření	https://www.stop-koureni.cz/	Články o kouření, informační texty, poradna lékaře, svépomocné materiály a dotazník k zhodnocení míry závislosti
Mapa pomoci	https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/	Seznam zařízeních poskytující léčbu, poradenství a prevenci v oblasti závislostí v ČR dle krajů a typu zařízení
Národní linka pro odvykání	https://chciodvykat.cz/ linka 800 350 000 (pondělí až pátek 10–18hod)	Bezplatná služba pro pomoc s odvykáním, poskytované služby: úvodní konzultace včetně screeningu, pravidelné konzultace, krizová intervence, motivační rozhovory, odkázání na jiné služby dle potřeb klienta

8.3.3 Nelegální drogy

Název	Odkaz	Shrnutí
Anonymní narkomani	https://www.anonymninarkomani.cz/	Svépomocná skupina pro pomoc s problémy s drogami, pravidelná setkání probíhají v Praze, Plzni, Olomouci (seznam míst a časů setkání na webu)
Končím s hulením	https://koncimshulenim.cz/	Informační texty o rizicích intenzivního užívání konopí a podpůrná online léčba pro uživatele konopných látek
Drogová poradna Sananim, z. ú.	http://www.drogovaporadna.cz/	Informační texty o drogách a drogové problematice, anonymní online poradna a archiv dotazů
Web České psychedelické společnosti	https://czeps.org/potrebujes-pomoc/	Informační materiály o psychedelicích a první pomoci při náročné psychedelické zkušenosti, poradna a odkazy na odborníky
Dr. Nešpor	http://www.drnespor.eu/Pomoc.html	Svépomocné manuály a informační texty při překonávání návykových problémů (alkohol, drogy, hazard, videohry a další)
Internetová poradna Společnosti Podané ruce, o. p. s.	http://www.extc.cz/	Internetová poradna pro osoby užívající psychoaktivní látky a zdroj informačních textů o drogové problematice
KLUS – Klub lidí usilujících o střízlivost	www.klushb.estranky.cz	Svépomocná skupina sdružující lidi závislé na alkoholu, drogách a hracích automatech. Skupina byla založena doc. Skálou u Apolináře, později vznikla skupina v Havlíčkově Brodě. Spolupracují mimo jiné s občanskými sdruženími v Hradci Králové (A-P Klub), KLUSem Svitavy a KLUSem Pardubice.
Online adiktologická poradna	https://poradna.adiktologie.cz/kategorie/drogy	Online poradenství a screening, otestování míry problémů, odkázání na vhodné adiktologické a jiné odborné služby
Mapa pomoci	https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/	Seznam zařízeních poskytující léčbu, poradenství a prevenci v oblasti závislostí v ČR dle krajů a typu zařízení
Národní linka pro odvykání	https://chciodvykat.cz/ linka 800 350 000 (pondělí až pátek 10–18hod)	Bezplatná služba pro pomoc s odvykáním, poskytované služby: úvodní konzultace včetně screeningu, pravidelné konzultace, krizová intervence, motivační rozhovory, odkázání na jiné služby dle potřeb klienta
Časopis eDekontaminace	http://www.edekontaminace.cz	Časopis předává zejm. preventivní a zdravotnické informace drogově závislým klientům nízkoprahových center

8.3.4 Hazardní hraní

Název	Odkaz	Shrnutí
Anonymní gambleři	https://anonymnigambleri.cz/	Svépomocná skupina pro pomoc s problémy s hraním, pravidelná setkání probíhají v Praze a Brně (seznam míst a časů setkání na webu)
Hazardní hraní	https://www.hazardni-hrani.cz/	Národní stránky pro snížení rizik hazardního hraní, informační texty,
Neprohraj se	https://www.neprohraj.se/	Informační texty o gamblerství, otestování, kontakty a aplikace Deník hráče
KLUS – Klub lidí usilujících o střízlivost	www.klushb.estranky.cz	Svépomocná skupina sdružující lidi závislé na alkoholu, drogách a hracích automatech. Skupina byla založena doc. Skálou u Apolináře, později vznikla skupina v Havlíčkově Brodě. Spolupracují mimo jiné s občanskými sdruženími v Hradci Králové (A-P Klub), KLUSem Svitavy a KLUSem Pardubice.
Končím s hraním	https://koncimshranim.cz/	Informační texty o gamblerství, otestování a podpůrná online léčba pro hráče
Centrum Naberte kurz	https://www.nabertekurz.cz	preventivní e-terénní sociální práce pro hráče, skupinové i individuální chaty s odborníky, dluhové a sociální poradenství mobilní aplikace PORT pomáhající držet přehled o penězích a času věnovaných hře
Mapa pomoci	https://www.drogy-info.cz/mapa-pomoci/	Seznam zařízeních poskytující léčbu, poradenství a prevenci v oblasti závislostí v ČR dle krajů a typu zařízení
Národní linka pro odvykání	https://chciodvykat.cz/ linka 800 350 000 (pondělí až pátek 10–18hod)	Bezplatná služba pro pomoc s odvykáním, poskytované služby: úvodní konzultace včetně screeningu, pravidelné konzultace, krizová intervence, motivační rozhovory, odkázání na jiné služby dle potřeb klienta
Online adiktologická poradna	https://poradna.adiktologie.cz/kategorie/hazard	Online poradenství a screening, otestování míry problémů, odkázání na vhodné adiktologické a jiné odborné služby (právní, sociální, dluhové poradenství)
Dr. Nešpor	http://www.drnespor.eu/Pomoc.html	Svépomocné manuály a informační texty při překonávání návykových problémů (alkohol, drogy, hazard, videohry a další)