

1 standardní nápoj denně pro ženy a maximálně 2 pro muže a alespoň 2 dny v týdnu alkohol nepít vůbec (16).

## Škodlivé pití alkoholu dle screeningu

V případě škodlivého pití alkoholu, kdy alkohol způsobuje zdravotní poškození, je základem dalšího postupu krátká intervence (16), která zahrnuje 5 návazných kroků (zeptat se, poradit, zhodnotit, pomoci a naplánavat), shrnutých v Tabulce 4 (19). 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). 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 podpurného prostředí a součástí jsou i další metody. V závěru intervence je vhodné povzbudit pacienta v stanovení si cíle, jehož naplnění lékař zhodnotí při další kontrole (14). Cíl vychází z individuálních možností a dohody s pacientem, může se týkat například snižování dávek (u těchto pacientů je vhodné, aby s pitím přestali úplně), vyhledání svépomocné skupiny nebo psaní deníku (sebemonitoring) (16).

## Závislost na alkoholu

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.

## LITERATURA

1. Recorded alcohol per capita consumption, from 2010. Global Health Observatory Data Repository (European Region), Global Information System on Alcohol and Health, updated May 2018. [cit. 2020–05–01]. Dostupné z WWW: <<https://apps.who.int/gho/data/node.main.A1039?lang=en>>.
2. Mravčík V, Chomynová P, Grohmannová K et al. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018. Mravčík V. (Ed.). Úřad vlády České republiky: Praha 2019.
3. Csémy L, Fialová A, Kodl M, Skývová M. Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2018. Státní zdravotní ústav: Praha 2019.
4. Hnilicová H, Dobiášová K. Alkohol z pohledu veřejného zdraví v ČR: fakta a souvislosti. Čas. Lék. čes. 2018; 157: 248–253.
5. Nešpor K. Návykové chování a závislost. Portál: Praha 2011. ISBN 978-80-7367-908-8.
6. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization: Geneva 2018. ISBN 978-92-4-156563-9.
7. Zemřelí podle seznamu příčin smrti, pohlaví a věku v ČR, krajích a okresech – 2008 až 2017. Český statistický úřad. [cit. 2020–05–01]. Dostupné z WWW: <<https://www.czso.cz/csu/czso/ceska-republika-podle-pohlavi-a-veku-2007-2016-770xpsf8rn>>.
8. Rehm J, Room R, Monteiro M et al. Alcohol as a risk factor for global burden of disease. Eur Addict Res 2003; 9: 157–164.
9. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro et al. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. Addiction 2003; 98: 1209–1228.
10. Racková S, Kitzlerová E., Anders M, Raboch J. Screeningové hodnocení míry závažnosti zneužívání alkoholu. Čes a slov Psychiatr 2018; 114(1): 24–28.

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 (užitečné odkazy v Tab. 5) (16).

Jedním z důvodů potřeby doporučení odborné péče u těchto pacientů je odvykací stav, jako projev fyzické závislosti na alkoholu, který patří k nejnebezpečnějším ze všech návykových látek. Klinicky se projevuje 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) (20).

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 (16).

## Závěr

Pacienti, kteří pijí alkohol v nadměrné míře, mohou být v ordinaci lékaře zachyceni jednoduchým screeningovým nástrojem (v podobě dotazníkového šetření) a následně u nich může být pomocí ověřených postupů krátké intervence či jednoduché rady účinně docíleno snížení běžné denní spotřeby alkoholu. Screening tíže problémů spojených s užíváním alkoholu a následná krátká intervence či poskytnutí jednoduché rady jsou snadnou, efektivní a časově a finančně nenáročnou prevencí rizikového a škodlivého pití alkoholu. Rutinní zavedení těchto postupů do praxe lékaře má tak zásadní význam v snižování míry užívání alkoholu v české populaci.

11. Glass JE, Andréasson S, Bradley KA et al. Rethinking alcohol interventions in health care: a thematic meeting of the International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs (INEBRIA). Addict Sci Clin Pract. 2017; 12(1): 14.
12. Jonas DE, Garbutt JC, Amick HR 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. Ann Intern Med. 2012; 157: 645–654.
13. Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. BMJ. 2002; 325(7369): 870.
14. Pilowsky DJ, Wu LT. Screening for alcohol and drug use disorders among adults in primary care: a review. Subst Abuse Rehabil 2012; 3(1): 25–34.
15. Erwing JA. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. JAMA: Journal of the American Medical Association 1984; 252: 1905–1907.
16. Babor T, Higgins-Biddle JC, Sovinová H. Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití: manuál pro použití v primární péči. 2., upr. vyd. Státní zdravotní ústav: Praha 2010. ISBN 978-80-7071-316-7.
17. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, et al. AUDIT-C as a Brief Screen for Alcohol Misuse in Primary Care. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2007; 31: 1208–1217.
18. Screeningové vyšetření na problémové užívání alkoholu a navazující krátká intervence: metodika SBI: příručka pro pracovníky v oblasti veřejného zdraví. Albert: Boskovice 2013. ISBN 978-80-7326-230-3.
19. Aristeiguieta CA. Screening patients for alcohol, tobacco, and other drug misuse: the role of brief interventions. West J Med 2000; 172(1): 53–57.
20. Kašpárek T, Dreisig M, Barteček R. Alkoholový odvykací stav a delirium – od patofyziologie k léčbě. Cesk Slov Neurol N 2014; 77/110(2): 153–157.