



Legální drogy v České republice

Od užívání alkoholu a tabáku k možnostem prevence a léčby

obsah

- 1 ALKOHOL A TABÁK V CELOSPOLEČENSKÉM KONTEXTU
- 2 POLITICKÝ PŘEHLED
- 3 EPIDEMIOLOGICKÝ PŘEHLED
 - 3/1 Kouření v České republice
 - 3/2 Pití alkoholu v české populaci
- 4 RIZIKA A SOUVISLOSTI UŽÍVÁNÍ LEGÁLNÍCH DROG
 - 4/1 Zdravotní rizika a souvislosti kouření
 - 4/2 Zdravotní rizika a souvislosti nadměrné konzumace alkoholu
 - 4/3 Sociální rizika konzumace alkoholu
- 5 MOŽNOSTI PREVENCE
 - 5/1 Možnosti prevence problémů působených alkoholem
 - 5/2 Možnosti prevence problémů spojených s kouřením
- 6 KRÁTKÁ INTERVENCE
 - 6/1 Krátká intervence na příkladu kouření
 - 6/2 Krátká intervence na příkladu konzumace alkoholu
- 7 LÉČBA
- 8 EKONOMIKA
 - 8/1 Ekonomika alkoholu
 - 8/2 Ekonomika kouření
- 9 LEGISLATIVA

LEDEN 2005

1 ALKOHOL A TABÁK V CELOSPOLEČENSKÉM KONTEXTU

Alkohol a tabák jsou v České republice stejně jako v ostatních evropských státech **nejčastěji užívanou drogou** (Burkhart et al. 2003). Prevalence kouření v české populaci je vysoká (Česká koalice proti tabáku and Česká komise EMASH, 2002; Sovinová and Csémy, 2003), a to jak mezi dospělými, tak i mezi dětmi a mládeží. Obdobně varující je prevalence nadměrného pití alkoholu; nárůst spotřeby alkoholu byl zaznamenán i ve školských studiích mezi dospívajícími (MZ, 2002). V úrovni celkové spotřeby alkoholu na osobu a rok zaujímá dlouhodobě Česká republika přední místo v žebříčku evropských zemí (Csémy et al. 2003).

Alkohol i tabák jsou drogy, které splňují svými vlastnostmi kritéria OSN pro zařazení na seznam kontrolovaných omamných a psychotropních látek. Přesto se ve společenském a kulturním kontextu jedná o natolik rozšířené návykové látky, že jejich výroba a prodej, jsou stejně jako užívání **legální**. Obdobně jako

nelegální drogy vyvolávají alkohol i tabák stav závislosti, změny vnímání, nálady, myšlení a/nebo motorických funkcí, jejich užívání má za následek závažné zdravotní a sociální problémy (MZV, 1989). Konzumace alkoholu není legální pro osoby mladší 18 let, při řízení motorových vozidel, na pracovištích a při řadě dalších činností. U dětí a dospívajících zvyšuje kouření a pití alkoholu riziko problémů s užíváním jiných látek. Konzumace alkoholu i tabáku je spojená se zvýšeným rizikem onemocnění i úmrtí (MZ, 2002). Kromě **zdravotních následků** má konzumace alkoholu i **důsledky sociální** (Klingemann, 2001), jež se projevují zejména v oblasti pracovní a rodinných vztahů (WHO, 2002). U mladých lidí byla prokázána souvislost mezi rizikovým pitím alkoholu a násilným nebo kriminálním chováním (WHO, 2001). Kouření a konzumace alkoholu představují pro společnost nezanedbatelné **dopady ekonomické** ve formě zvýšených nákladů na zdravotní péči, ztráty

produktivity práce v důsledku onemocnění a ušlého zisku v případech předčasného úmrtí nebo daňových úniků souvisejících s pašováním alkoholu a tabáku (WHO, 2000; WHO, 2003). Užívání tabáku a alkoholu je v Evropě celospolečensky **tolerováno** (EMCDDA, 2003a; EMCDDA, 2003b), a to ve velké míře i mladými lidmi, kteří zároveň upozorňují na jejich **snadnou dostupnost** (Csémy et al. 2003; EORG, 2002; Hibell et al. 2000; Settertobulte et al. 2001). Problémy spojené s užíváním alkoholu a tabáku byly donedávna ve světě **podceňovány** (v České republice dosud jsou) i přes existující důkazy o jejich rizicích; dnes již však řada států i mezinárodních institucí upozorňuje na jejich význam při formulování strategií na ochranu a podporu veřejného zdraví (MZ, 2002; Rehn et al. 2001; WHO, 2002). Vzhledem k prokázaným souvislostem mezi užíváním legálních a ilegálních drog a závažnosti dopadů jejich užívání na společnost doporučuje řada odborníků začlenit problematiku alkoholu a tabáku do protidrogové politiky.

2 POLITICKÝ PŘEHLED

Na užívání alkoholu a kouření, jako na **součást životního stylu** a zdraví škodlivé chování, je upozorňováno v jednotlivých dokumentech zdravotní politiky ČR. Negativní vliv kouření, pití alkoholu i užívání nelegálních drog na zdravotní stav obyvatelstva je popisován v materiálu Zdraví 21 i Akčním plánu zdraví a životního prostředí. V jednotlivých materiálech byly stanoveny priority a cíle, kterých by v oblasti kouření a pití alkoholu mělo být dosaženo; ve snaze tuto problematiku zviditelnit a upozornit na mezinárodní aktivity v dané oblasti se Česká republika připojila také k Evropskému akčnímu plánu o alkoholu (WHO) a Rámcové úmluvě o kontrole tabáku (WHO). Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva – **Zdraví pro všechny v 21. století (Zdraví 21)** byl formulován v souladu s obdobným programem Světové zdravotnické organizace (WHO); jedná se o soubor aktivit zaměřených na stálé a postupné zlepšování ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Program formuluje 21 cílů, jeden z nich je věnován alkoholu, tabáku a nelegálním drogám. Cíl 12 byl formulován ve smyslu „snížit škody působené alkoholem, drogami a tabákem, respektive do roku 2015 výrazně snížit nepříznivé důsledky užívání návykových látek jako je tabák, alkohol a psychoaktivní drogy“ (MZ, 2002). Specifické cíle konkrétně stanoví, čeho by mělo být do roku 2015 dosaženo: mezi osobami staršími 15 let by mělo být 80 % nekuřáků a mezi mladšími 15 let by nekuřáci měli představovat téměř 100 % (cíl 12.1); spotřeba alkoholu na osobu by neměla přesáhnout 6 litrů za rok a u osob mladších 15 let by měla být nulová (cíl 12.2). Aktivity navrhované k dosažení těchto cílů zahrnují legislativní a daňová opatření, zákaz reklamy, preventivní programy ve školách i médiích, zajištění dostatečné sítě léčebných zařízení a vznik koordinačního, monitorovacího

a výzkumného střediska pro alkohol a tabák. Zodpovědnost za plnění úkolů má vláda ČR a její Rada pro zdraví a životní prostředí, řídicím centrem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Obdobné cíle a aktivity byly zformulovány již v **Akčním plánu zdraví a životního prostředí** v roce 1998 a dokonce i v **Národním programu zdraví** z roku 1994. K hlavním cílům patřilo snížení spotřeby alkoholu a snížení výskytu kuřáctví, především u mládeže, omezení dostupnosti alkoholu a tabáku, propagace nekuřáctví a pravidelné monitorování situace v oblasti užívání alkoholu a tabáku (MZ, 1998). Všechny zmíněné dokumenty byly schváleny vládou ČR; cíle stanovené v těchto dokumentech však stále nejsou naplňovány, a to především proto, že neexistuje politická a společenská vůle se problematikou alkoholu a tabáku seriózně zabývat, jež patrně pramení z již zmíněného podceňování problému. Česká republika se formálně připojila také k Evropskému akčnímu plánu o alkoholu na období 2000–2005 Světové zdravotnické organizace (WHO) s cílem předcházet a omezovat škody působené alkoholem a k Rámcové úmluvě o kontrole tabáku s obdobným cílem v oblasti kouření. **Evropský akční plán o alkoholu** definoval cíle v deseti oblastech užívání alkoholu (informace a vzdělávání, veřejné, soukromé a pracovní prostředí, řízení vozidla pod vlivem alkoholu, dostupnost alkoholických nápojů, propagace alkoholu, léčba, odpovědnost výrobců alkoholických nápojů, schopnost společnosti čelit škodlivému vlivu alkoholu, nevládní organizace, formulování, realizace a monitorování programů) (WHO, 2000). V plnění úkolů Evropského akčního plánu však nenastal žádný podstatný pokrok, situace v oblasti užívání alkoholu se naopak od roku 2000 spíše zhoršila (Nešpor and Csémy, 2004), a to i přes to, že některé teze se zároveň objevily ve zmíněném vládním dokumentu Zdraví 21.

Česká republika v roce 2003 přistoupila k **Rámcové úmluvě o kontrole tabáku (WHO)**. Hlavním cílem je „ochraňovat současné i budoucí generace před zhoubnými zdravotními, sociálními a ekonomickými následky užívání tabáku a expozice tabákovému kouři“ (WHO, 2003). Podpisem úmluvy se ČR zavázala podporovat veškerá opatření kontroly tabáku, která budou směřovat ke snižování výskytu kuřáctví a vystavování nekuřáků tabákovému kouři.

3 EPIDEMIOLOGICKÝ PŘEHLED

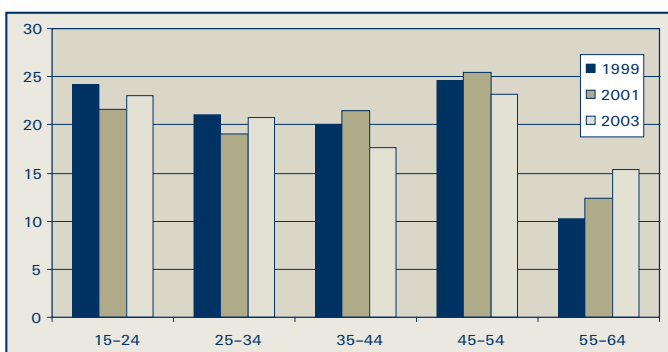
V 90. letech byla v ČR realizována celá řada celopopulačních průzkumů zaměřených na kouření, pití alkoholu a v neposlední řadě i užívání nelegálních drog – od roku 1993 probíhá pravidelně každé tři roky Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (ÚZIS), od roku 1997 probíhá studie Zdraví a škodlivé návyky (SZÚ). V roce 2002 byl realizován průzkum GENACIS zaměřený především na užívání alkoholu v dospělé populaci (PCP). Paralelně byly realizovány průzkumy na školách zaměřené

na zdraví a životní styl – na základních školách se jedná o mezinárodní studii Mládež a zdraví (HBSC), naposledy v roce 2002, a mezi středoškoláky o Evropskou školní studii o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), realizovanou od roku 1995 ve čtyřletých cyklech, naposledy v roce 2003. V roce 2002 byla provedena také studie GYTS (Global Youth Tobacco Survey) mapující rozsah kouření mezi mládeží.

3/1 Kouření v České republice

Podle výsledků poslední studie „Zdraví a škodlivé návyky“ z roku 2003 lze v České republice 30 % občanů ve věku 15–64 let označit za pravidelné kuřáky, kteří kouří více než jednu cigaretu denně. Další 3,4 % tvoří příležitostní kuřáci. Mezi bývalé kuřáky se zařadilo 13,5 % dotázaných. Za nekuřáky se označuje 53 % dotázaných. Nejčastější je pravidelné kouření ve věkových skupinách 45–54 let a 15–24 let (viz Obrázek 3-1) (Sovinová et al. 2003).

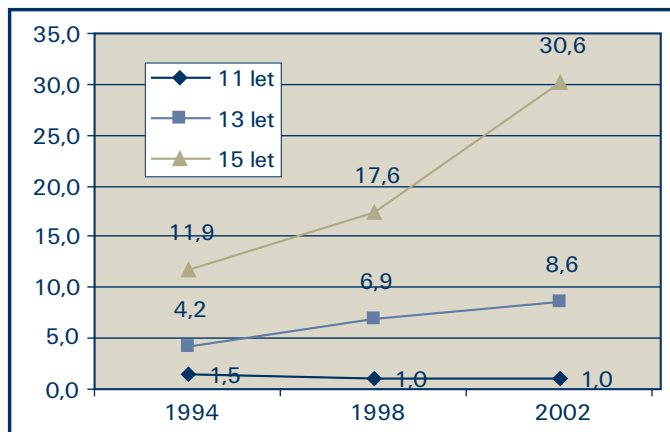
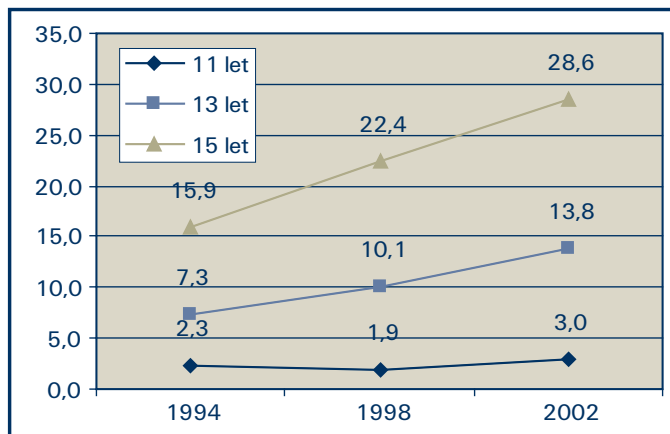
OBRÁZEK 3-1: Podíl pravidelných kuřáků podle věku v letech 1999, 2001 a 2003 (Sovinová et al. 2003)



Z průzkumu ESPAD vyplynulo, že mezi šestnáctiletými je 27 % denních kuřáků (29,2 % chlapců a 25,3 % dívek), mezi silné kuřáky, kteří vykouří denně 11 a více cigaret, patří téměř 8 % šestnáctiletých (Csémy et al. 2003). Podle studie GYTS kouří denně alespoň 1 cigaretu necelá 4 % 13letých, necelých 7 % 14letých a téměř 14 % 15letých (Sovinová and Csémy 2003). Studie HBSC upozornila na trend nárůstu kuřáctví mezi žáky základních škol – zatímco v roce 1994 kouřilo pravidelně (alespoň jednou týdně nebo častěji) 16 % chlapců a 12 % dívek ve věku 15 let, v roce 2002 to bylo již 29 % chlapců a téměř 31 % dívek – viz Obrázek 3-2 (Sovinová and Csémy, 2003). Z analýzy věku při počátku pravidelného kouření vyplývá, že téměř 3/4 dospělých, a to současných i bývalých kuřáků, začaly s kouřením do 18 let věku (včetně) s maximem mezi 13. až 15. rokem.

Mezi současnými **dospělými kuřáky** je 50–60 % silných kuřáků. Tito lidé kouří zpravidla déle než 10 let a kouří již ráno do jedné hodiny po probuzení. Jde o projevy silného kuřáctví s výraznou

OBRÁZEK 3-2: Vývoj pravidelného kuřáctví v letech 1994–2002 u chlapců a dívek (Sovinová and Csémy, 2003)



závislostí na nikotinu. Uvnitř této skupiny je část extrémně silných kuřáků, kteří jsou na nikotinu velmi výrazně závislí. Jde přibližně o 10 % kuřácké populace, charakterizované velkým množstvím denně vykouřených cigaret (více než 20) a kouřením na lačný žaludek ihned po probuzení. Tato skupina je z hlediska vzniku onemocnění vyvolaných kouřením tou „nejrizikovější mezi rizikovými“.

Ze studie Zdraví a škodlivé návyky také vyplynulo, že 36 % kuřáků vůbec neuvažuje o tom, že by přestalo kouřit, dalších 32 % uvedlo možnost až „někdy později“. Zbývajících 32 % bylo schopno stanovit konkrétní termín. Lze předpokládat, že tato skupina to myslí se zanecháním kouření nejvážněji. Takzvané „pasivní kouření“ ohrožuje zdraví 40 % nekuřáků. Většina z nich (75 %) je vystavena tabákovému kouří po dobu 1–6 hodin denně.

3/2 Pití alkoholu v české populaci

V České republice přetrvává dlouhodobě **vyšší spotřeba alkoholu** – v roce 2002 dosáhla průměrná roční spotřeba 10 litrů na 1 obyvatele (včetně dětí). Databáze WHO o spotřebě alkoholu uvádí spotřebu v přepočtu na 1 dospělého obyvatele – v roce 2000 to bylo téměř 15 litrů stoprocentního alkoholu (Sovinová and Csémy, 2003).

Podle studie GENACIS dosahuje průměrná denní spotřeba vypočtená na základě frekvence a kvantitě pití alkoholu 16,6 g (u mužů 26,4 g, u žen 7,2 g). U obou pohlaví je nejvyšší spotřeba alkoholu ve věku 35–44 let.

Zdravotně rizikové užívání alkoholu bývá hodnoceno na základě dvou ukazatelů:

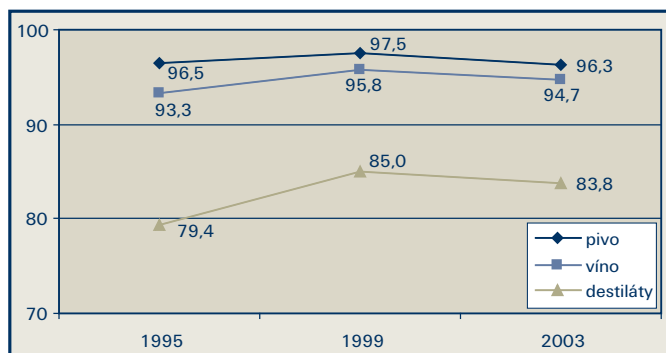
- nadprůměrné denní dávky alkoholu, která odpovídá více než 40 g alkoholu denně u mužů a více než 20 g alkoholu denně u žen,
- pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě, tedy pití 5 a více sklenic alkoholu při jedné příležitosti (1 sklenice alkoholu odpovídá 0,5 l piva, 2 dcl vína a 0,5 dcl destilátu).

Některá ze zdravotně rizikových forem konzumace alkoholu se podle průzkumu vyskytuje u 33,4 % mužů a 14,1 % žen (viz tabulka 3-1).

Zdravotní rizika přinášejí i mnohem nižší dávky alkoholu, a to zejména u určitých skupin populace (např. u těhotných žen). Spotřeba alkoholu významně roste již mezi žáky základních škol – podle studie HBSC došlo k výraznému nárůstu pravidelné konzumace alkoholu mezi 15letými, a to u piva, vína i destilátů. Opakovanou opilost v životě udává 38 % chlapců a 29 % dívek. Nárůst oblíbenosti alkoholu potvrzují i výsledky studie ESPAD mezi 16letými, a to především mezi dívkami. Nadměrné dávky alkoholu konzumovalo 3 a vícekrát v posledním měsíci 23 % chlapců a 13 % dívek, opilost udalo 3 a vícekrát v posledním měsíci 17 % chlapců a 10 % dívek – viz Obrázek 3-3 (Csémy et al. 2003).

V české části Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD) se také ukázalo, že přetrvává velmi vysoká **subjektivně vnímaná dostupnost** alkoholu mezi mládeží. V roce 2003 by si „velmi snadno“ nebo „celkem snadno“ obstaralo pivo více než 96 % studentů, víno téměř 95 % a destiláty téměř 84 % studentů, a to i přesto, že prodej alkoholu je osobám mladším 18 let zakázán – viz Obrázek 3-4 (Csémy et al. 2003).

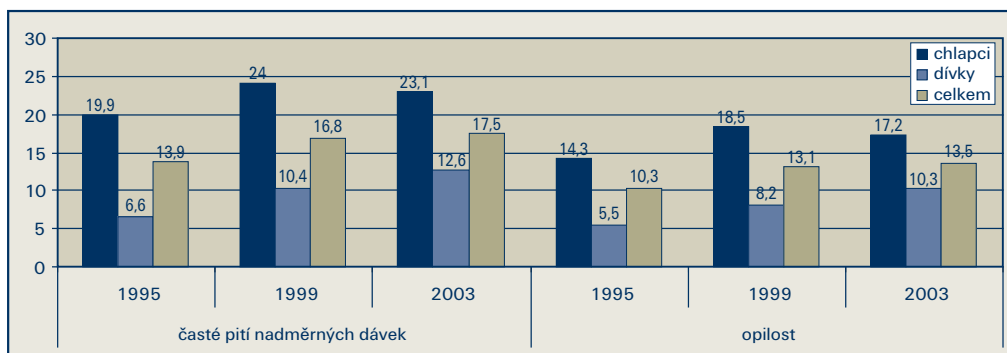
OBRÁZEK 3-4: Subjektivně vnímaná dostupnost alkoholu – % šestnáctiletých, kteří považují obstarání alkoholu za „velmi snadné“ nebo „celkem snadné“ (Csémy et al. 2003)



TABULKA 3-1: Zdravotně rizikové formy užívání alkoholu podle pohlaví, v % (Kubička and Csémy, 2004)

Rizikové formy užívání	Ženy	Muži
nadprůměrná denní konzumace alkoholu	22,6	10,6
časté pití nadměrných dávek	26,1	8,0
nadprůměrná denní spotřeba nebo časté pití nadměrných dávek	33,4	14,1

OBRÁZEK 3-3: Pití nadměrných dávek a opilost 3 a vícekrát v posledním měsíci v % (Csémy et al. 2003)



4 RIZIKA A SOUVISLOSTI UŽÍVÁNÍ LEGÁLNÍCH DROG

4/1 Zdravotní důsledky a souvislosti kouření

Celkově zemře v České republice ročně na nemoci způsobené užíváním tabáku¹ přibližně 18 000 osob (Peto, 2003). Nejvíce úmrtí v důsledku kouření stále způsobují kardiovaskulární nemoci následované nádorovými onemocněními.

Těchto 18 000 úmrtí tvoří tzv. předčasná úmrtí². Ve srovnání s nekuřáky umírají kuřáci v průměru o 15 let dříve.

Úmrtí v důsledku kouření představovala v roce 2000 celkem 26 % ze všech úmrtí mužů a 7 % ze všech úmrtí žen.

Jejich podíl na úmrtí v důsledku kardiovaskulárních onemocnění tvořil 20 % u mužů a 5 % u žen, zatímco podíl na úmrtích pro nádorová onemocnění dosahoval 42 % u mužů a 9 % u žen.

Zdravotní problémy související s kouřením zahrnují kromě kardiovaskulárních a nádorových onemocnění také astma a alergie a další nemoci dýchací soustavy.

Světový den bez tabáku

Světový den bez tabáku WHO 31. 5. 2005 bude na téma „Zdravotníci a kontrola tabáku“.

Světový den bez tabáku podpoří Česká lékařská společnost J.E.P. novým vydáním doporučení pro léčbu závislosti na tabáku, dále Česká koalice proti tabáku a Česká komise European Medical Association Smoking or Health.

Tyto organizace podpořily také Kód praxe, přijatý na zasedání WHO v Ženevě v lednu letošního roku: „Zásady kontroly tabáku pro profesní organizace lékařů a dalších zdravotníků“.

Preamble: v rámci aktivního podílu na snížení spotřeby tabáku a začlenění kontroly tabáku do zdravotních systémů na lokální, národní i globální úrovni mají zdravotnické profesní organizace:

- Podporovat své členy, aby byli osobním vzorem nekuřáctví a propagovali nekuřáckou kulturu.
- Sledovat a hodnotit prevalenci kuřáctví ve vlastních řadách a realizovat příslušná opatření.
- Veškeré akce pořádat jako nekuřácké, nekuřácké mít i vlastní prostory a podporovat v tom i ostatní.
- Zařadit kontrolu tabáku na všechna relevantní fóra kongresů a konferencí týkajících se zdraví.
- Stimulovat své členy, aby se ptali svých pacientů a klientů na spotřebu tabákových výrobků a expozici tabákovému kouři a aplikovali doporučené postupy léčby závislosti na tabáku, včetně intervence a kontrol.

- Působit na zdravotní a vzdělávací centra, aby zařadila problematiku tabáku do svých osnov, do systému celoživotního a dalšího vzdělávání.
 - Aktivně se účastnit Světového dne bez tabáku WHO každoročně 31. května.
 - Nepřijmout žádnou formu podpory tabákového průmyslu – finanční nebo jakoukoli jinou, ani neinvestovat do tabákového průmyslu, a to jak organizace, tak jejich členové.
 - Zajistit, aby každá organizace měla jasně formulované zásady zakazující komerční nebo jakýkoli jiný vztah s partnery, kteří jsou jakkoli zainteresováni v tabákovém průmyslu (prohlášení o zájmech).
 - Zakázat prodej a propagaci tabákových výrobků ve svých prostorách.
 - Aktivně podporovat vládu v podepsání, ratifikaci a implementaci Rámcové úmluvy OSN o kontrole tabáku.
 - Věnovat na kontrolu tabáku finanční i jiné prostředky – včetně určitých prostředků na implementaci této rezoluce.
 - Účastnit se aktivit na kontrolu tabáku v rámci spolupráce zdravotnických profesních organizací.
 - Podporovat vznik nekuřáckých veřejných prostor.
- Přijato v Ženevě na setkání WHO „Zdravotnické profesní organizace a kontrola tabáku“ 28.–30. 1. 2004.
(Další informace na Tobacco-free Initiative:
http://www.euro.who.int/tobaccofree/Projects/20030905_2)

¹ Nemoci způsobené kouřením = nemoci, u nichž se opakovanými a dostatečně velkými epidemiologickými studiemi prokázala souvislost s kouřením. Většinou se jedná vždy jen o odhad v rámci určitého rozmezí a uvádí se dolní mez tohoto odhadu – tedy skutečnost bude pravděpodobně ještě horší.

² Předčasná úmrtí = úmrtí na danou příčinu (v našem případě jako důsledek kouření), zahrnuje osoby, které zemřou dříve než kdyby této příčině nebyli exponováni (v našem případě nekouřili).

4/2 Zdravotní rizika a souvislosti nadměrné konzumace alkoholu

Zdravotní následky nadměrné konzumace alkoholu zahrnují jednak somatické problémy a jednak problémy psychiatrické (Nešpor, 2003):

- Somatické: zhoubné nádory, kardiovaskulární nemoci, nemoci trávicí soustavy, poruchy výživy a přeměny látek, infekční nemoci, nervové nemoci, nemoci krve a krvetvorných orgánů, nemoci kůže a svalů. Významnou roli hrají otravy a úrazy, a to úrazy způsobené neúmyslně i úmyslně.

■ **Psychiatrické:** psychická závislost na alkoholu, syndrom z odnětí, delirium tremens, psychotické stavy vyvolané alkoholem, postižení intelektu, poruchy osobnosti. Konzumace alkoholu zvyšuje riziko deprese a sebevraždy.

4/3 Sociální rizika konzumace alkoholu

Mezi sociální problémy, u kterých byla prokázána určitá souvislost s konzumací alkoholu, patří např. nižší produktivita práce nebo dlouhodobá nezaměstnanost, bezdomovectví a nedokončené vzdělání, rodinné problémy, rozvody, zanedbávání dětí, finanční problémy nebo trestná činnost. Pro společnost znamená nadměrná konzumace alkoholu v populaci také zvýšené náklady na zdravotní péči a sociální služby.

5 MOŽNOSTI PREVENCE

5/1 Možnosti prevence problémů působených alkoholem

Regionální kancelář Světové zdravotnické organizace (WHO) pro Evropu po důkladné analýze odborné literatury a konzultacích s experty shrnula účinné preventivní strategie týkající se alkoholu do Evropského akčního plánu o alkoholu. K tomuto plánu se formálně připojila také Česká republika.

Strategie podle Evropského akčního plánu o alkoholu zahrnují:

■ Vytvoření takové **daňové politiky**, která zajistí vysoké reálné ceny alkoholu a zdanění podle množství alkoholu (vyšší daně u alkoholických nápojů s vyšším obsahem alkoholu). Daně z alkoholu by mohly být využity na financování preventivních aktivit a léčby.

Využití ICT v prevenci závislosti na alkoholu

Tvůrci nejrůznějších preventivních programů stále častěji využívají možností informačních a komunikačních technologií (ICT), a to jak internetových stránek, tak mobilních telefonů, které dnes lze vybavit i softwarem původně určeným pro klasické PC.

V prevenci zneužívání alkoholu se v Evropě osvědčily:

■ Promille SMS a Promille JAVA

- služba funguje prostřednictvím SMS zpráv nebo lze aplikaci stáhnout v podobě JAVA programu do mobilního telefonu;
- podstatou služby **Promille SMS** je na základě dat od zájemce o službu (pohlaví, věk, čas začátku konzumace alkoholu, počet zkonzumovaných alkoholických nápojů přepočítaný na standardní jednotky);
- po zaslání na určené telefonní číslo vypočte aplikace aktuální hladinu alkoholémie a žadatel dostane informace o čase, kdy bude opět schopen řídit motorové vozidlo;
- službu během prvních měsíců, kdy začala být ve Finsku propagována, využívalo v průměru 100 000 klientů měsíčně. Služba byla v hodnocení klienty shledána jako užitečná a zajímavá (Bothas, 2003).

■ On-line Test konzumace alkoholu

- navazuje na SMS nebo sdělení v JAVA aplikaci;
- testové otázky kombinují otázky z dotazníku AUDIT doporučeného pro hodnocení konzumace alkoholu u pacienta v ordinaci praktického lékaře před zahájením krátké intervence (Babor and Higgins-Biddle, 2003), spolu s on-line kalkulátory roční individuální spotřeby a finančních výdajů za alkohol;
- test je možné vyplnit na webové adrese projektu, může být použit lékaři různých specializací pro časově nenáročné vyšetření pacienta před zahájením krátké intervence;
- použití ICT zvyšuje schopnost systému primární péče

poskytovat tuto službu rostoucímu počtu problémových konzumentů alkoholu při zachování stávající kapacity systému léčebné a preventivní péče a má srovnatelný účinek s intervencí založené pouze na komunikaci lékaře s pacientem (Vinson et al. 2000);

- v případě zájmu je součástí zpětné vazby upozornění na velikost individuální rizika poškození zdraví v souvislosti s konzumací alkoholu, klient je poučen o rizicích zbytkového alkoholu, problematice nárazového pití vysokých dávek alkoholu, vztahu alkoholu a pracovních i sportovních úrazů; na závěr je klient konfrontován s celkovou délkou času, který stráví během roku pod vlivem alkoholu, ročním objemem zkonzumovaného alkoholu a celkovou výší finančních výdajů za vypitý alkohol;
- obdobný test použitelný individuálně i v ordinaci praktických či specializovaných lékařů je v tuto chvíli vyvíjen ve Finsku i pro kuřáky (Peltoniemi, 2003).

■ Drugs and Brain

- on-line multimediální a interaktivní aplikace zaměřená na mládež;
- vysvětluje mladým lidem, jak působí jednotlivé užívané drogy (alkohol, tabák, konopné látky, amfetaminy, extáze, kokain a heroin) na receptorové systémy mozku a jaká akutní a chronická rizika pro lidské zdraví jsou s jejich účinkem spojena;
- názorně vysvětluje, že všechny popisované účinky drog pouze modulují nervové procesy těla vlastní a tam, kde to lze, upozorňuje i na způsob, jak obdobnou modulaci navodit bez požití příslušné drogy (Prevnet, 2004);
- aplikace Drugs and Brain je původně holandská; česká verze modulu Alkohol a tabák by měla být zpřístupněna veřejnosti v první polovině roku 2005.

- **Omezení dostupnosti** alkoholu (např. při některých veřejných akcích, aktivitách pro mladistvé, omezováním počtu licencí a prodejních hodin či dnů, snižováním a kontrolou celkového počtu míst, kde lze alkohol koupit).
- **Prevence** v rodině, prevence na školách (interaktivní a komplexní programy na úrovni tříd, za minimum se považuje 15 hodin během dvou let).
- Preventivní programy v pracovním prostředí.
- Zajištění vysoké vynutitelnosti právních úprav týkajících se řízení pod vlivem alkoholu (soustavné kontroly, odebrání řidičských průkazů).
- **Omezení reklamy** na alkohol, zákaz sponzorování aktivit k využití volného času mládeže firmami alkoholového průmyslu.
- **Vzdělávání** odborných pracovníků v primární zdravotní péči, aby byli schopni rozpoznat případy nebezpečného nebo škodlivého pití alkoholu a provádět v těchto případech včasnou intervenci.
- **Legislativní úpravy**, které by zajistily, aby osoby, které se při podávání alkoholu chovají nezodpovědně, byly postižitelné odebráním licence a dalšími mechanismy.
- **Krátké intervence** ve zdravotnictví a sociálních službách.
- Prevence v médiích provázaná s dalšími preventivními aktivitami na místní úrovni.

5/2 Možnosti prevence problémů spojených s kouřením

Možnosti prevence kuřáctví a problémů spojených s kouřením se do značné míry opírají o stejné strategie a nástroje, které byly zmíněny v případě alkoholu (viz výše).

Nejefektivnější prevencí problémů spojených s kouřením jsou:

- **Legislativní opatření** vedoucí ke snížení sociální akceptability kouření, v souladu s Rámcovou úmluvou o kontrole tabáku zahrnující:
 - omezení dostupnosti tabákových výrobků – omezení marketingu i prodeje,
 - zvyšování daní a vyčlenění části daní na léčbu a prevenci závislosti na tabáku,
 - výraznější zdravotní varování na krabičkách cigaret dle návrhu EU (viz 42 variant na <http://europa.eu.int/comm/mediatheque/photo/select/tabac/p-010904-00-2.jpg>),
 - zákaz kouření ve všech veřejných prostorách,
 - naprostý zákaz přímé i nepřímé reklamy na tabákové výrobky včetně sponzorování nebo používání jejich loga pro jiné než tabákové výrobky.
- V oblasti dostupnosti léčby: krátká intervence v prvním kontaktu, vytvoření specializovaných pracovišť pro léčbu.

Komunitní programy zaměřené na specifické skupiny uživatelů



V oblasti prevence zneužívání alkoholu a tabáku nezletilými jedinci jsou aktuálním trendem komunitní programy, které se zaměřují na rozsah a míru zneužívání různých psychotropních látek v jedné z nejrizikovějších populačních skupin – mezi mladými lidmi navštěvujícími kluby, diskotéky, party, festivaly nebo jiné akce tzv. nočního života (Kubů and Csémy, 2004). Jde o „peer programy“, tedy programy realizované vrstevníky cílové populace, jsou realizovány přímo v prostředí „nočního života“. Cílová skupina je motivována výhrou věcné ceny. Příklady komunitních programů:

- **S čistou hlavou za zábavou** (slovenský projekt Z glavo na zabavo) – hlavním cílem je prevence řízení pod vlivem alkoholu (bližší viz <http://www.fundacija-zgnz.si/>).
- **Opilost – opice přichází později** (holandská kampaň Drank – de kater komt later) – projekt zahrnující prevenci pití alkoholu nezletilými, prevenci nárazové konzumace extrémních dávek alkoholu, prevenci kouření (<http://www.drankdekaterkomtlaternl.nl>).

- **Usrkávej – zůstaň ve hře** (novozélandský projekt SIP – Stay and play) – zaměřuje se pouze na prevenci nárazové konzumace vysokých dávek alkoholu mezi maorskou mládeží, která je vzhledem ke kulturním a sociálním predispozicím v řádově vyšším riziku rozvoje závislosti na alkoholu ve srovnání s majoritní populací. Cílové skupině je projekt prezentován jako kampaň populárního rádia. Projekt je vytvořen a spolufinancován Alcohol Advisory Council of New Zealand (<http://www.alcohol.org.nz>). Evaluační studie, které by zhodnotily efektivitu tohoto typu komunitních programů, zatím nejsou k dispozici. První dosud nepublikované údaje o vlivu holandského programu na frekvenci konzumace a množství vypitého alkoholu v cílové skupině vykazují snížení sledovaných indikátorů zneužívání alkoholu (počet opilostí v posledních 30 dnech, počet vypitých nápojů během jedné konzumní epizody) v desítkách procent během jednoho roku ve skupině, která prošla preventivní intervencí, při porovnání s nezasaženou částí populace holandské mládeže a mladých dospělých.

6 KRÁTKÁ INTERVENCE

Krátká intervence může být definována jako časově omezené poradenství s cílem ovlivnit nebo změnit chování pacienta (Nešpor, 2003; Králíková, 2004a), a to konkrétně ve vztahu k životnímu stylu, tedy kouření a konzumaci alkoholu. Krátká intervence je jednou z možností léčby a zároveň preventivním opatřením – její výhodou je to, že zachycuje široké spektrum uživatelů, není však náhradou specializované léčby. Pozitivní efekt na zdraví populace má krátká intervence v případě, že je poskytována zdravotnickými pracovníky napříč obory.

6/1 Krátká intervence na příkladu kouření

Strategie krátké intervence (Fiore 2000):

- **Ask** = dotazy na kuřácký návyk, podpora nekuřáctví (další body se týkají jen kuřáků). Vyznačení v dokumentaci (kolik cigaret/doutníků/dýmek denně, od kolika let).
- **Advice** = rada přestat – jednoznačně, jasně.
- **Assess** = posouzení ochoty přestat, motivace (personalizace rizika: vysvětlení souvislostí s konkrétní diagnózou či nálezem).
- **Assist** = pomoc:
 - psychosociální podpora (stanovení dne D a naprostá abstinence od tohoto dne, zhodnocení předešlých zkušeností a poučení z nich, osobní individuální plán, identifikace pravděpodobných problémů a plán, jak je překonat, podpora přátel a rodiny),
 - farmakologická léčba (u pacientů závislých na nikotinu, tj. zapalují si do hodiny po probuzení či kouří víc než 15 cigaret denně) a to nikotinem nebo bupropionem.
- **Arrange controls** = plánování kontrol (diskuse o abstinčních příznacích, dávkách léků, relapsu).

6/2 Krátká intervence na příkladu konzumace alkoholu

Krátká intervence o šesti bodech, nazvaná podle počátečních písmen FRAMES:

- **Feedback** = zpětná vazba týkající se negativních účinků alkoholu (např. únava je důsledek pití alkoholu).
- **Responsibility** = odpovědnost za změnu návyků týkajících se pití alkoholu (klient se samostatně rozhoduje, že přestane pít, aby zjistil, jaký vliv má alkohol na jeho pocit únavy).
- **Advice** = rada ohledně konzumace alkoholu („Přestaňte na dva týdny pít alkohol a uvidíme, jak vám bude.“).
- **Menu** = alternativní možnost (pokud není klient schopen se vzdát alkoholu, doporučení do specializované léčby – terapie, Anonymní alkoholici atd.).
- **Empathy** = vcitění se do postavení klienta.
- **Self-efficacy** = sebeovlivnění (podpora rozhodnutí přestat s pitím alkoholu).

Podle studie Světové zdravotnické organizace (WHO) vede krátká intervence k nižší spotřebě alkoholu u mužů i u žen, usnadňuje vstup do specializované léčby a vede k nižšímu využívání jiných

zdravotnických služeb (Nešpor, 2003). Totéž platí i o kouření (Králíková, 2004a).

Speciální formou krátké intervence je tzv. velmi krátká intervence. Velmi krátká intervence spočívá v doporučení omezit nebo přestat s konzumací alkoholu a tabáku a předání informačního letáku; tato forma je hodnocena jako stejně účinná jako rozsáhlejší krátká intervence.

7 LÉČBA

Závislost na alkoholu i závislost na tabáku jsou podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) nemoci s definovanou diagnózou (závislost na alkoholu = F10, závislost na tabáku = F17). V obou případech se jedná o chronická onemocnění a jejich léčba je úspěšná jen tehdy, pokud se k nim přistupuje jako k chronickým nemocem (Králíková, 2004a, Králíková, 2004c). V případě závislosti na tabáku u nás stále nedošlo k oddělení léčby od prevence (začlenění do léčebně-preventivního systému, hrazení této léčby lékařům ze systému zdravotního pojištění). Česká lékařská společnost J. E. Purkyně (její Pracovní skupina pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku) a Česká lékařská komora tento trend podporují.

Do následujícího přehledu jsou zařazeny léčebné postupy, u nichž byla prokázána efektivita. Řazeny jsou přibližně podle efektivit a možného celospolečenského dopadu:

- **Krátká intervence** je zejména efektivní u škodlivého užívání bez závislosti. V jejím rámci se používá např. jasné doporučení nepít alkohol, nekouřit a nebrat drogy, svépomocné příručky, spolupráce s rodinou, posilování motivace, sebemonitorování, telefonická pomoc, kontroly a sledování, terapeutický kontrakt a účast ve svépomocné organizaci. V případě kouření i rizikového pití alkoholu by měl krátké intervence dělat každý lékař při každém kontaktu s kuřákem resp. uživatelem alkoholu.
- V případě, že krátká intervence nepostačuje (u osob, které mají zájem přestat s kouřením nebo omezit spotřebu alkoholu), následuje doporučení ke **specializované léčbě** nejlépe formou aktivního předání. Aktivní předání znamená usnadnit dané osobě vstup do specializované léčby např. poskytnutím telefonního čísla a ordinačních hodin ambulantního nebo lůžkového zařízení pro léčbu závislosti, nebo tím, že ho/ji k první návštěvě někdo doprovodí.
- Programy využívající **svépomoc**, nejnámější z nich jsou Anonymní Alkoholici (<http://www.sweb.cz/aacesko/>).
- Práce s motivací s ohledem na stadium připravenosti dané osoby ke změně.
- Kognitivně behaviorální postupy.
- **Rodinná terapie, poradenství** a psychologická, sociální i právní pomoc osobám ve společné domácnosti se závislým na alkoholu a to i v případě, že závislý léčbu odmítá. Manželé/manželky a zejména děti závislých jsou více ohroženy a často potřebují kvalifikovanou pomoc.

■ **Farmakoterapie** v případě závislosti na alkoholu a tabáku – v případě alkoholu jde v poslední době zejména o anticravingovou medikaci, u kuřáků se jedná o bupropion a náhradní terapii nikotinem (NTN):

- Anticravingové léky (léky mírnící bažení po alkoholu) – Naltrexon a Campral.
- Disulfiram – farmakoterapie u závislosti na alkoholu, podává se pod supervizí lékaře.
- NTN (Nicorette, Nicotinell, NiQuitin) je v ČR dostupná ve formě žvýkaček, náplastí, tablet nebo inhalátoru. NTN je v prodeji v lékárnách volně bez receptu, žádná zdravotní pojišťovna ji nehradí. Jednotlivé formy je možné kombinovat.
- Bupropion SR (Zyban) je v ČR k dispozici od 1. 7. 2001, jeho výdej je vázaný na recept, bez preskripčního omezení. Zyban žádná zdravotní pojišťovna nehradí. NTN i Zyban je možné kombinovat.
- Farmakologická léčba u kuřáků by měla trvat alespoň 8 týdnů, lépe 12 týdnů. Je třeba, aby si pacient uvědomil, že mu sama o sobě nezabrání kouřit, ale potlačuje především abstinenční příznaky.

Uvedené modalitty je vhodné kombinovat, čímž se zvyšuje efektivita léčby.

Podrobnější informace týkající se prevence a léčby užívání alkoholu najdete na internetových stránkách

<http://www.plbohnice.cz/nesor>

a <http://www.mujweb.cz/veda/nesor>.

Ekonomické škody působené alkoholem se v USA odhadují na 185 miliard dolarů za rok (údaje za rok 1998) (NIAAA, 2001). Z této částky připadalo:

- více než 70 % na sníženou produktivitu práce, což souvisí mimo jiné s vyšší nemocností, mortalitou a trestnou činností uživatelů alkoholu,
- 14,3 % připadalo na výdaje na zdravotní péči, především léčbu tělesných poškození, a výdaje na protialkoholní léčení,
- zbytek tvořily výdaje spojené s dopravními nehodami pod vlivem alkoholu, náklady na justici a policii v souvislosti s alkoholovou kriminalitou.

K tomuto je třeba připočítat škody, které působí kocovina po alkoholu. Kocoviny se týkají i těch, kdo nejsou na alkoholu závislí, přispívá mimo jiné k nízkému pracovnímu výkonu a vyšší úrazovosti.

Zisk na daních činí podle amerických odhadů zhruba polovinou výdajů, které je třeba vynaložit na škody působené alkoholem; japonské odhady hovoří dokonce o poměru 1 : 3.

Z ekonomického hlediska lze uvažovat i o prvcích léčby. Léčba závislosti na alkoholu je výhodná už s ohledem na nižší výdaje na následnou zdravotní péči pro škody působené alkoholem. Úžeji zaměřená ekonomická analýza prokázala, že podávání poměrně nákladných léků, které mírní bažení po alkoholu, je výhodné i ekonomicky, protože přináší úspory v jiných oblastech. Ekonomický pohled na alkoholovou problematiku nabízí také Světová banka. V dokumentu Světové banky o alkoholických nápojích ze 7. 3. 2000 se uvádí, že alkohol působí 5krát více úmrtí a zneschopnění než ilegální drogy. Zpráva také upozorňuje na souvislost mezi alkoholem a chudobou a zdůrazňuje, že alkohol není zboží jako každé jiné, protože alkohol vyvolává závislost a přináší řadu dalších škod.

8 EKONOMIKA

Jak již bylo zmíněno v úvodu, kouření a konzumace alkoholu představují pro společnost ekonomickou zátěž ve formě zvýšených nákladů na zdravotní péči, ztráty produktivity práce v důsledku onemocnění a ušlého zisku v případě předčasného úmrtí nebo daňových úniků souvisejících s pašováním alkoholu a tabáku (WHO, 2000; WHO, 2003). Tuto zátěž ani zdaleka nepokryjí zisky ze spotřebních daní z tabáku a alkoholu.

8/1 Ekonomika alkoholu

Studie týkající se ekonomických důsledků zneužívání alkoholu patří k metodologicky náročným, což vysvětluje, že pro Českou republiku nebyl takový odhad dosud zpracován.

8/2 Ekonomika kouření

Bohužel, i když se u nás vybere ročně přibližně 20 miliard korun na daních za tabákové výrobky a kuřáci ušetří vyplácení průměrně 15 let důchodů, přesto na nich stát prodělává: v roce 1999 spočítala Světová banka (Jha, 2004), že kratší život kuřáka stojí stát víc než delší život nekuřáka. Česká republika podle hrubých odhadů doplácí na kouření ročně asi 20 miliard Kč. Přesné výpočty u nás nejsou k dispozici – dosud jen Lékařské informační centrum spočítalo náklady na hospitalizace pro nemoci způsobené kouřením, které dle údajů Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) za rok 1999 činily přibližně 23 miliard korun. Ambulantní léčba by podle odhadů mohla stát 1,5krát více.

New York je od března 2003 nekuřáckým městem



■ Restaurace víc vydělávají, mají víc pracovních míst a navštěvuje je víc turistů.

Městská rada New Yorku hlasovala 18. prosince 2002 poměrem 42 : 7 pro nekuřácká pracoviště ve městě, včetně restaurací a barů. Po 90 dnech začal tento zákon platit. Hlavní newyorské listy (NY Times a NY Newsday) přinesly úvodníky na podporu ochrany zaměstnanců před karcinogenním tabákovým kouřem, NY Post byl v opozici (jeho vlastník Rupert Murdoch je bývalým ředitelem Philip Morris). Výsledky zákona jsou ale jednoznačně dobré:

■ Zaměstnanci dýchají čistší vzduch: před platností zákona byl vzduch v newyorských restauracích znečištěnější než v Lincolnově tunelu během dopravní špičky. Teď odpovídá vzduchu kteréhokoli jiného pracoviště.

■ Finanční úřad oznámil 5. ledna 2004, že bary a restaurace odevzdaly o 12 % vyšší daně za nekuřácké období než za stejné období předešlého roku, celkem za rok o 9 % vyšší.

■ Bylo přiděleno 234 nových licencí restauracím nebo barům.

■ Deník USA Today oznámil 15. prosince 2003, že turistický průmysl v New Yorku poprvé po třech letech vzrostl.

■ Úřad práce oznámil 23. července 2003, že od zákazu kouření vzniklo v newyorských restauracích a barech 1 500 nových pracovních míst.

■ Ze studie Zagat realizované v říjnu 2003 vyplynulo, že 96 % obyvatel jí v restauracích stejně často (73 %) nebo častěji (23 %), pouze 4 % méně často.

■ Starosta New Yorku Michael Bloomberg ocenil tento ekonomický profit města, ale především vyzdvihl fakt, že zákaz kouření v newyorských restauracích znamená ochranu jejich zaměstnanců před karcinogenním tabákovým kouřem – a to byl také hlavní důvod tohoto zákazu kouření.

(Podle: Joseph W. Cherner, www.smokefree.org)

9 LEGISLATIVA

Současná platná legislativa v oblasti alkoholu a tabáku se opírá o zákon č. 37/1989 Sb. o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi a vyhlášku 187/1989 Sb., kterou se zákon provádí. Zákon však již neodpovídá současným podmínkám, a proto byl již několikrát, naposledy v roce 2003, předložen Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR návrh nového zákona (o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a návykovými látkami); zákon ale nebyl opakovaně schválen a byl vrácen k dopracování. V současné době byl projednán Výborem pro sociální politiku a zdravotnictví PSP a bude předložen do 2. čtení na plenární schůzi PSP ČR. Z dalších zákonů týkajících se problematiky alkoholu a tabáku je třeba uvést (Klimešová, 2003):

■ zákon č. 353/2003 Sb., o spotřebních daních – upravuje spotřební daň na tabákové výrobky (35 %) a alkoholické nápoje (výše daně se odvíjí od typu nápoje),

■ vyhlášku č. 467/2003 Sb., o používání tabákových nálepek při značení tabákových výrobků – vyhláškou se stanoví vzor a rozměry tabákové nálepky a způsob jejího používání včetně inventarizace a evidence; dále se vyhláškou stanoví způsob nakládání s poškozenými tabákovými nálepkami,

■ zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy – část týkající se reklamy na tabákové výrobky byla změněna zákonem č. 132/2002 Sb.; podle zákona platí od 1. 7. 2004 zákaz veškerých forem reklamy na tabákové výrobky s výjimkou reklamy ve specializovaných prodejnách tabákových výrobků,

■ zákon č. 110/1997 Sb., o potravinách a tabákových výrobcích – stanovuje povinnosti při výrobě tabákových výrobků a jejich uvádění do oběhu,

■ vyhlášku č. 344/2003 Sb., kterou se stanoví požadavky na tabákové výrobky – vymezuje pojmy vztahující se k tabákovým výrobkům, označování a uvádění tabákových výrobků do oběhu,

■ zákon č. 65/1965 Sb., zákoník práce – obsahuje opatření na ochranu nekuřáků na pracovišti a zákaz konzumace alkoholu na pracovišti.

Existující zákony nejsou vždy zcela dodržovány a jsou nedostatečně vymáhány – výraznou měrou dochází k porušování zákazu prodeje tabáku a alkoholu osobám mladším 18 let, nejsou dodržována opatření na ochranu nekuřáků před pasivním kouřením, řidiči nerespektují zákaz řízení automobilu pod vlivem alkoholu. Roli při porušování zákazu prodeje alkoholu osobám mladším 18 let má podle zahraničních zkušeností do značné míry neexistence systému licencí na jeho prodej, vysoká dostupnost a velmi nízké ceny alkoholických nápojů.

Základní cíle, opatření a aktivity v oblasti kouření a užívání alkoholu, které by měly přispět ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva a zároveň snížit škody působené alkoholem a tabákovými výrobky, jsou shrnuty v následujících dokumentech (blíže k cílům viz kapitola Politický přehled):

■ Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva – Zdraví pro všechny v 21. století (přijat usnesením vlády ČR v roce 2002),

- Akční plán zdraví a životního prostředí (z roku 1998),
- Národní program zdraví (z roku 1994),
- Evropský akční plán o alkoholu (ČR k němu přistoupila v roce 2000),
- Rámcová úmluva o kontrole tabáku (WHO); ČR úmluvu podepsala v roce 2003, ratifikace je předpokládána v roce 2004. Ideálním krokem pro řešení problémů spojených s kouřením v České republice by bylo přijetí samostatného zákona na kontrolu tabáku v souladu s Rámcovou úmluvou. Kompletní znění zákonů, přehled současných poraden pro odvykání kouření i denní aktuality nebo rady, jak přestat kouřit, najdete na stránkách České koalice proti tabáku (www.dokurte.cz).

Hlavní zdroje informací

- Babor, T.F. and Higgins-Biddle, J.C. (2003) Krátké intervence u rizikového a škodlivého pití: Postupy při využití v primární péči. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Bothas, H. (2003) Promille Mobile Services. EATI Telematics Training Seminar 19–22 November 2003.
- Burkhart, G., Olszewski, D., Martel, C., Nilson, M. and Wallon, A. (2003) Drug Use Amongst Vulnerable Young People. *Drugs in Focus* 10. Lisbon: EMCDDA.
- Csémy, L., Sovinová, H., Sadílek, P. and Lejčková, P. (2003) ESPAD 03: Přehled hlavních výsledků z let 1995, 1999 a 2003. Praha: Psychiatrické centrum Praha. Zpráva pro tisk.
- Česká koalice proti tabáku and Česká komise EMASH (2002) Bílá kniha o kouření. Česká koalice proti tabáku a Česká komise European Medical Association Smoking or Health (EMASH).
- EMCDDA (2003a) Annual Report 2003: The State of the Drugs Problem in the Acceding and Candidate Countries to the European Union. Lisbon: EMCDDA.
- EMCDDA (2003b) Annual Report 2003: The State of the Drugs Problem in the European Union and Norway. Lisbon: EMCDDA.
- EORG (2002) Attitudes and Opinions of Young People in European Union on Drugs. Eurobarometer 57.2. Report by the European Opinion Research Group (EORG) for the Directorate-General for Justice and Home Affairs.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., Cohen, S.J., et al. (2000) Treating Tobacco Use and Dependence, Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. June 2000.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnasson, T., Kokkevi, A. and Morgan, M. (2000) The 1999 ESPAD Report. Stockholm: Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Pompidou Group at the Council of Europe.
- Chaloupka, F. J., Grossman, M. and Saffer, H. (2002) The Effects of Price on Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems. *Alcohol Research & Health* 26, č. 1, s. 22–34.
- Jha, P., Chaloupka, F. (2004) Jak zvládnout kuřáckou epidemii. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Klimešová, J. (2003) Přehled současné platné legislativy. In: Sovinová, H. and Csémy, L. (Eds.) Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice. Praha: Státní zdravotní ústav. s. 83.
- Klingemann, H. (2001) Alcohol and its Social Consequences: the Forgotten Dimension. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Keynote paper for the WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol, Stockholm, 19–21 February 2001.
- Králíková, E. (2004a) Léčba závislosti na tabáku – krátká intervence (na důkazech založená doporučení pro lékaře všech oborů). *Studia pneumologica et phtiseologica* 64, č. 2, s. 105.
- Králíková, E. (2004b) Pracovní skupina pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku. *Revue České lékařské společnosti J.E.Purkyně* 1, č. 2, s. 46–47.
- Králíková, E. (2004c) Závislost na tabáku a možnosti léčby. *Česká a slovenská psychiatrie* 100, č. 1, s. 13–18.
- Kubička, L. and Csémy, L. (2004) Analýza sociodemografického kontextu požívání alkoholických nápojů v dospělé populaci České republiky z hlediska zdravotního. *Časopis lékařů českých* 143, č. 7, s. 435–439.
- Kubů, P. and Csémy, L. (2004) Konzumace drog v letech 2000 a 2003 mezi příznivci elektronické taneční hudby v ČR. *Zpravodaj Drogového informačního centra* 41. s. 1–4.
- MZ (1998) Akční plán zdraví a životního prostředí České republiky. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR ve spolupráci s Ministerstvem životního prostředí ČR a Ministerstvem zemědělství ČR. Schválen usnesením vlády č. 810/1998.

- MZ (2002) ZDRAVÍ 21: Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Schválen usnesením vlády ČR č. 1046/2002.
- MZV (1989) Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 62/1989 Sb. ze dne 21. dubna 1989 o Úmluvě o psychotropních látkách. Praha: Ministerstvo zahraničních věcí ČR.
- Nakamura, K., Tanaka, A. and Takano, T. (1993) The Social Cost of Alcohol Abuse in Japan. *Journal of Studies on Alcohol* 54, č. 5, s. 618–625.
- Nešpor, K. and Csémy, L. (2004) Evropský akční plán o alkoholu v České republice – žádný podstatný pokrok. Zpráva pro tisk.
- Nešpor, K. (2003) Poruchy vyvolané alkoholem, prevence, diagnostika a krátká intervence. In: Sovinová, H., Csémy, L. (Eds.) Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice. Praha: Státní zdravotní ústav. s. 59–81.
- Nešpor, K., Csémy, L., Sovinová, H. (1998) Programy prevence závislosti a možnosti jejich hodnocení. Praha: Státní zdravotní ústav.
- NIAAA (2001) Economic Perspectives in Alcoholism Research. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism No. 51.
<http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa51.htm>
- Peltoniemi, T. (2003) Young People and the New Technologies: Internet and Mobile Services in Drug and Alcohol Prevention. In: Stay in Touch (2003) Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG. pp. 109–119.
- Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J. and Thun, M. (2003) Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000, 2nd edition, data updated 15 July 2003, <http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/>
- Prevnet (2004) Prevnet Products. Retrieved October 19, 2004 from <http://www.prevnet.net/page.php?id=6>
- Raw, M. (2001) First WHO European Recommendations on the Treatment of Tobacco Dependence. Evidence based core recommendations for health care systems in Europe. WHO European Partnership Project to Reduce Tobacco Dependence.
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T. and Jernigan, D. (2003) Alcohol as a Risk Factor for Global Burden of Disease. *Eur Addict Res* 2003, 9, s. 157–164.
- Rehn, N., Room, R. and Edwards, G. (2001) Alcohol in the European Region Consumption, Harm and Policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe .
- Settertobulte, W., Jensen, B.B. and Hurrelmann, K. (2001) Drinking Among Young Europeans. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Sovinová, H. and Csémy, L. (Eds.) (2003) Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Sovinová, H., Sadílek, P. and Csémy, L. (2003) Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR a postoje občanů k tabákovým výrobkům a jejich užívání v letech 1997–2002. Výzkumná zpráva. Praha: Státní zdravotní ústav.

- Vinson, D.C. and Devera-Sales, A. (2000) Computer-Generated Written Behavioral Contracts with Problem Drinkers in Primary Medical Care. *Substance abuse* 21, 4, pp. 215–222.
- WHO (2000) Evropský akční plán o alkoholu 2000–2005. Kodaň: WHO, Regionální úřadovna pro Evropu.
- WHO (2001) Declaration on Young People and Alcohol. Stockholm: WHO. WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol, Stockholm, 19–21 February 2001.
- WHO (2002) The European Health Report 2002. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (2003) Framework Convention on Tobacco Control. Copenhagen: WHO.
- Wiese, J.G., Shlipak, M.G. and Browner, W.S. (2000) The Alcohol Hangover. *Ann Intern Med.* 132, s. 897–902.

Informace na webu

www.drogy-info.cz (drogový informační portál spravovaný Národním monitorovacím střediskem)

www.vlada.cz (Poradní a pracovní orgány/Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky)

další odkazy na webové stránky jsou v textu jednotlivých kapitol

Bakalářský studijní program na 1. LF UK: obor adiktologie

V akademickém roce 2005/2006 bude na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze otevřen první ročník studia oboru adiktologie. Studium tohoto oboru bude tříleté a bude probíhat prezenční formou. Cílem studia je vybavit absolventy potřebnými teoretickými a praktickými dovednostmi potřebnými pro práci s uživateli drog, tzn. pro práci v oblasti primární prevence, poradenství, léčby, následné péče a také veřejné správy, managementu apod. Podrobnější informace: www.drogy-info.cz a www.lf1.cuni.cz

Zaostřeno na drogy

Vydává ■ Úřad vlády České republiky

Nábřeží E. Beneše 4, 118 01 Praha 1

IČO 00006599

Adresa redakce ■ Vladislavova 4, Praha 1, tel. 296 153 222

Odpovědný redaktor ■ Ing. Eva Škrdlantová

Autoři tohoto čísla ■ Prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc. (Oddělení léčby závislosti, Psychiatrická léčebna Bohnice), MUDr. Eva Králíková, CSc. (Institut hygieny a epidemiologie 1. LF UK), MUDr. Hana Sovinová (Centrum zdraví a životních podmínek, Státní zdravotní ústav), MUDr. Pavel Kubů (Centrum zdraví a životních podmínek, Státní zdravotní ústav), PhDr. Ladislav Csémy (Laboratoř sociální psychiatrie, Psychiatrické centrum Praha) a Mgr. Pavla Lejčková

Toto číslo vyšlo 31. ledna 2005. Vychází nejméně 6x ročně.

Evidenční číslo Ministerstva kultury ČR: MK ČR E 14088.

ISSN 1214-1089

Neprodejně. Distribuci zajišťuje vydavatel.

© Úřad vlády České republiky, 2004

Toto číslo Zaostřeno na drogy připravili pracovníci Sekretariátu Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky – Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti.
Editor: Mgr. Pavla Lejčková