

Harm reduction a alkohol



Lenka Vavrinčíková

U Č E B N Í T E X T Y

HARM REDUCTION A ALKOHOL

Univerzita Karlova
1. lékařská fakulta v Praze
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Klinika adiktologie

HARM REDUCTION A ALKOHOL

Lenka Vavrinčiková

Recenzent:
MUDr. Petr Popov

HARM REDUCTION A ALKOHOL

Autorka: Lenka Vavrinčíková

Vydala Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, Praha 2, ve vydavatelství TOGGA, spol. s r. o., Volutová 2524, Praha 5.

© Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF a VFN v Praze, 2012

© TOGGA, 2012

Jazyková korektura: Světlana Pavlíková

Koncept obálky: Hana Valíhová

Typografie a sazba z písma Baskerville a John Sans: Jaroslav Průka

Vydání první, Praha 2012

Elektronická publikace

978-80-7476-008-2

NEPRODEJNÉ!

Všechna práva vyhrazena. Tato kniha ani její části nesmějí být žádným způsobem reprodukovány, ukládány či rozšiřovány bez písemného souhlasu vydavatele.

Obsah

<i>Úvod</i>	7
1 Dimenze alkoholu jako psychoaktivní látky	11
2 Harm reduction intervence pro uživatele alkoholu	21
2.1 Intervence harm reduction působící na úrovni společnosti	23
2.2 Intervence harm reduction působící na úrovni individua	30
<i>Místo závěru</i>	35
<i>Použitá a doporučená literatura</i>	37

Publikace vznikla a byla vydána pod odbornou záštitou a koordinací:

Kliniky adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze



Klinika adiktologie

Díky finanční podpoře:

projektu Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů
pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni
CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky
a je spolufinancován z institucionální podpory na rozvoj výzkumné organizace, PRVOUK-P03/LF1/9.

Úvod

Z dostupných epidemiologických dat je zřejmé, že pravidelně narůstá počet uživatelů alkoholu a snižuje se počet lidí, kteří s problémovou konzumací alkoholu vyhledají odbornou pomoc. Faktům, které z uvedené problematiky činí významný veřejně-zdravotní problém, věnujeme pozornost hned v úvodu textu o harm reduction intervencích zaměřených na uživatele alkoholu. Epidemiologické údaje vytvářejí rámec pro síť adiktologických služeb a mají potenciál iniciovat změny v tradičním systému pomoci uživatelům alkoholu a návykových látek obecně.

Údaje o produkci, prodeji, vývozu a dovozu alkoholu shromažďuje z národních oficiálních statistik Světová zdravotnická organizace, přičemž data přepočítává na čistý alkohol (100% etanol). Dle těchto zdrojů byla Evropa v letech 2003–2005 regionem s nejvyšší mírou konzumace alkoholu na světě (WHO, 2011). Česká republika zaujala v tomto žebříčku spotřeby dle údajů za rok 2011 první místo s objemem 14,97 l čistého alkoholu na osobu starší 15 let a rok, co je vyústění dlouhodobého trendu, kde se ČR pohybuje na prvních příčkách spotřeby alkoholu (Vondráčková, Štátná, 2012).

Nadměrná pravidelná konzumace alkoholických nápojů se u nás týká přibližně 25 % dospělé mužské populace a 5 % ženské populace (Popov, 2003). Nejnovější data z České republiky popisující výskyt škodlivého užívání alkoholu identifikovala, že 19,2 % obecné populace ve věku 18–64 let pije alkoholické nápoje rizikově a škodlivě, další 2,1 % populace má s alkoholem vážný problém vyžadující odbornou pomoc. Riziková konzumace alkoholu se týká 29,2 % mužů a 9,3 % žen, charakteristiky syndromu závislosti naplňuje 3,8 % mužů a 0,3 % žen (Sovinová, Csémy, 2010).

Ústav zdravotnických informací a statistiky¹ (ÚZIS) přítomnost uživatelů psychoaktivních látek v léčbě sleduje, monitoruje počty uživatelů alkoholu v ambulantních psychiatrických zařízeních i v ústavní léčbě. U ambulantních pacientů ve všech věkových kategoriích převládají muži, většinou dvojnásobně nad ženami. Nejvíce alkoholových pacientů je ve věkové kategorii 40–65 let, nejméně ve věku 0–14 let. Patrný je trend snížení celkového počtu uživatelů alkoholu v ambulantních službách, kdy ze 49 tisíc ošetřených s diagnózou al-

1 <http://www.uzis.cz/>

kohol v roce 1992 se během let snížil počet na 24 tisíc osob. Snížení počtu pacientů v ústavní léčbě následuje po trendu mírného zvýšení počtu hospitalizací v letech 1992–2005 (Nechanská et al., 2011). Dlouhodobým trendem je výrazné převyšování počtu osob v ambulantní léčbě nad ústavní léčbou.

Alkohol se řadí mezi nejškodlivější užívané psychoaktivní látky, vzhledem k negativním dopadům jak na jedince, tak na společnost. Odhaduje se, že 3,8 % všech světových úmrtí a 4,6 % let života poznamenaných onemocněním je důsledkem užívání alkoholu (Rehm et al., 2009). Z ekonomického hlediska představují náklady na léčbu, prevenci, výzkum, prosazování práva a ušlou produktivitu v souvislosti s užíváním alkoholu v zemích s vyššími a středními příjmy zhruba 1–3 % hrubého domácího produktu (Rehm et al., 2009), v původní EU15 v roce 2003 to bylo 1,3 % hrubého domácího produktu, bez započtení nákladů jednotlivců a jejich rodin. Podle Světové zdravotnické organizace působí alkohol v evropském regionu u mužů ve věku 15–29 let čtvrtinu všech úmrtí, ve střední a východní části Evropy je to dokonce celá třetina úmrtí (Nešpor, Csémy, 2003). Alkohol se řadí na třetí místo v žebříčku 26 faktorů s nejrizikovějším vlivem na zdraví lidí v EU – před obezitou a za tabák a vysoký krevní tlak (Anderson, Baumberg, 2006).

Alkohol je v ČR dlouhodobě nejužívanější návykovou látkou, prevalence užití v posledních 30 dnech v obecné populaci je v porovnání se srovnatelně škodlivými drogami vyšší sto- a vícenásobně; jde o desítky procent u alkoholu vs. desítky procent u nelegálních drog pervitin a heroin.

Kombinace vysokého stupně potenciální škodlivosti alkoholu a vysoké míry rozšíření jeho užívání vede k úvaze, že právě u alkoholu je uplatňování pragmatického harm reduction přístupu žádoucí. Minimalizace škod z užívání alkoholu v souladu s diskursem „veřejného zdraví“ je také prioritou Evropské Unie (Vacek, Vondráčková, 2012).

Všechny intervence v oblasti užívání návykových látek (legálních i nelegálních) de facto usilují o předcházení poškozením spojeným s užíváním návykových látek, a to na úrovni jednotlivce i společnosti. Pro dosažení tohoto společného cíle však jednotlivé přístupy používají jiné prostředky, jejichž výběr a aplikace jsou ovlivněny tím, jak jejich zastánci užívání návykových látek vnímají nebo jaký význam mu přisuzují (Rhodes, Hedrich, 2010).

Na rozdíl od přístupů snižování nabídky drog a snižování poptávky po nich se přístup harm reduction nezaměřuje na snižování počtu uživatelů návykových látek nebo na snižování užívání. Intervence se zaměřují na způsoby, jak jsou návykové látky (alkohol) užívány, respektive na snižování rizik s jejich užíváním spojených, jež mohou potenciálně vést ke zdravotním nebo sociálním poškozením. Tím intervence harm reduction podporují méně rizikové chování u lidí, kteří alkohol užívají, a tak přispívají ke snižování možných nepříznivých dopadů užívání návykových látek nejenom na jejich uživatele, ale i na společnost (Radimecký, 2005).

Základní principy harm reduction, charakteristiky, které tento přístup zaměřený na snižování škod spojených s užíváním drog vymezují, a také přehled různorodých intervencí i možností práce s uživateli alkoholu ve smyslu harm reduction, jsou nosnou částí předkládaného učebního textu. Logicky text dotváří charakteristika alkoholu jako psychoaktivní látky a informace o prevenci předávkování.

1 Dimenze alkoholu jako psychoaktivní látky

Alkohol patří mezi nejstarší a nejvíce užívané návykové látky na světě. Jeho odlišné postavení mezi návykovými látkami je podmíněno obecnou akceptací, je považován za rekreační psychoaktivní látku, za tzv. společenskou drogu, která je rituálně užívána na oslavu radosti, i překonání smutku. Alkohol představuje v evropské kultuře sociálně akceptovanou drogu (Bútora, 1989). Konzumace alkoholu patří při více příležitostech k očekávanému chování, kterému se není možno vyhnout bez určitých negativních sankcí. Ve společnosti plní alkohol konkrétní funkce, které popisují, jak je do života jednotlivce i společnosti zařazen (zpracované volně podle Bútora, 1989).

Tabulka 1 | Přehled funkcí alkoholu ve společnosti

POSTAVENÍ ALKOHOLU VE SPOLEČNOSTI	
FYZIOLOGICKÁ	<ul style="list-style-type: none">- Alkohol jako potrava (nápoj, dodavatel energie)- Alkohol jako lék
PSYCHOLOGICKÁ	<ul style="list-style-type: none">- Anxiolytikum – látka proti úzkosti, na úlevu- Disinhibitor – látka, která povzbudí- Euforicum – látka proti nudě, na zlepšení nálady- Intoxikant – navozuje stav změněného vědomí- Prostředek umožňující únik z reality, ze skutečnosti, ze stísněných poměrů- Prostředek sebevyjádření, umělecká inspirace
RITUÁLNÍ	<ul style="list-style-type: none">- Náboženské obřady- Společenské obřady – svátky, slavnosti- Iniciační, generační obřady- Rodinné obřady

POSTAVENÍ ALKOHOLU VE SPOLEČNOSTI	
SOCIÁLNÍ	<ul style="list-style-type: none"> - Pohostinnost a stolování - Hodování - Společenská adaptace a integrace, spolupatříčnost, iniciace např. v zaměstnání - Alkohol jako symbol kulturní identity a kontinuity - Alkohol jako symbol prestiže a moci - Alkohol jako sexuální komunikátor - Alkohol jako statusový symbol (související s dosaženým postavením ve společnosti)
EKONOMICKÁ	<ul style="list-style-type: none"> - Zdroj příjmů pro stát, společnost, sociální skupiny - Způsob obživy pro jednotlivce (produkce, distribuce, prodej, turistika) - Způsob obživy pro pomáhající profese, represivní složky - Alkohol jako univerzální platidlo - Alkohol jako úplatek - Alkohol jako stabilizátor vnitřního trhu
POLITICKÁ	<ul style="list-style-type: none"> - Alkohol jako zbraň v politických zápasech - Alkohol jako prostředek mocenské manipulace - Alkohol jako prostředek reprodukce a udržení společenských poměrů, stratifikace společnosti - Alkohol jako dynamizující prvek při utváření nových sociálních vztahů

Nejedná se o vyčerpávající přehled, některé funkce se překrývají, jejich oddělení je spíše teoretické, v historickém kontextu se mění a vyvíjejí. Přehled má snahu ukázat, s kolika dimenzemi alkoholu jsme jako profesionálové, preventisté konfrontováni.

Alkohol je droga, která s převážně negativními následky ovlivňuje přímo i nepřímo celou řadu procesů a struktur v centrální nervové soustavě (CNS) i jinde v těle. U většiny zdravotních potíží alkohol zvyšuje riziko v závislosti na jeho dávkách, přičemž vyšší dávka představuje vyšší riziko. Alkohol je příčinou přibližně 60 různých typů onemocnění a zdravotních obtíží (Vondráčková, Štátná, 2012).

Alkohol je jednoduchá chemická látka, která snadno proniká k různým orgánům včetně mozku. Chemickým názvem etanol (ethylalkohol, ethanol C_2H_5OH), vzniká kvašením ovoce, zeleniny nebo obilí, z jednoduchých nebo složitých cukrů (Shapiro, 2005). Vyšší koncentrace je dosahována destilací.

Desetistupňové pivo obsahuje kolem 2 % alkoholu, dvanáctistupňové pivo 3–4 %, víno kolem 10–18 %, destiláty kolem 40 % i více. V jednom dvanáctistupňovém pivu je zhruba stejně alkoholu jako ve dvou dl vína nebo v půl dl destilátu. Podle Světové zdravotnické organizace je pro zdravého dospělého člověka ještě bezpečnou dávkou alkoholu kolem 20 g 100% lihu za den (16 g pro ženu, 24 g pro muže), což odpovídá zhruba půl litru piva nebo dvěma dl vína. Podobné doporučení formulovala i americká NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism = Národní ústav pro zneužívání alkoholu a alkoholismus), která za bezpečné množství alkoholu pro většinu dospělých osob považuje dvě jednotky denně pro muže a jednu jednotku denně pro ženy a seniory¹. Novější materiály Světové zdravotnické organizace už žádnou bezpečnou dávku alkoholu na den neuvádějí, protože i malá množství alkoholu mohou poškodit nemocné lidi, ty, kteří řídí auto nebo vykonávají jinou rizikovou činnost vyžadující zvýšenou koncentraci, a ty, kdo berou určité léky, které se s alkoholem nesnášejí (Nešpor, Csémy, 2003).

Alkohol se vstřebává sliznicí žaludku a střev do krevního oběhu, z něj potom prakticky do všech tkání a tělesných tekutin. Začíná působit během pěti až deseti minut, jeho účinek přetrvává v závislosti na užitém množství až několik hodin. Metabolická přeměna alkoholu probíhá v játrech. U průměrné dospělé osoby se alkohol metabolizuje tempem necelých 10 g čistého alkoholu² za hodinu. Hlavním místem působení alkoholu je centrální nervový systém (CNS – mozek), kde působí tlumivě. Tlumí také tvorbu moči. V játrech působí vznik cirhózy a poruchu jejich funkce (produkce důležitých látek a odbourávání škodlivin).

Ve vyšších koncentracích poškozuje žaludeční a střevní výstelku. Při nadměrném pití často dochází i k zánětu slinivky břišní. Toto všechno může vést k podvýživě. Působí zvýšené prokrvení kůže a ztráty tepla. Chronická nadměrná konzumace alkoholu vede i k psychickým změnám (podrážděnost, poruchy soustředění, výpadky paměti). Zvýšené je riziko úrazů (v dopravě, pády, popáleniny, pořezání), tělesných nemocí (např. jaterní, trávicího systému, vysoký krevní tlak), duševních nemocí (např. delirium tremens). Objevují se alkoholová epilepsie a nemoci periferních nervů. Zhoršuje se průběh mnoha běžných onemocnění, např. cukrovky, kožních onemocnění nebo vysokého krevního tlaku, a také se zvyšuje riziko zhoubných nádorů (Nešpor et al., 2004). Ženy, které konzumují alkohol v těhotenství (neexistuje bezpečné množství alkoholu v těhotenství) mohou porodit děti s tzv. fetal alkoholovým syndromem, kam patří deformity obličeje a různé vývojové a zdravotní potíže (Shapiro, 2005).

1 Jedna jednotka odpovídá zhruba 0,5 l piva, 2 dl vína nebo 0,5 dl destilátu.

2 Zhruba 0,5 l běžného piva.

Obrázek 1 | Determinanty individuálního účinku alkoholu

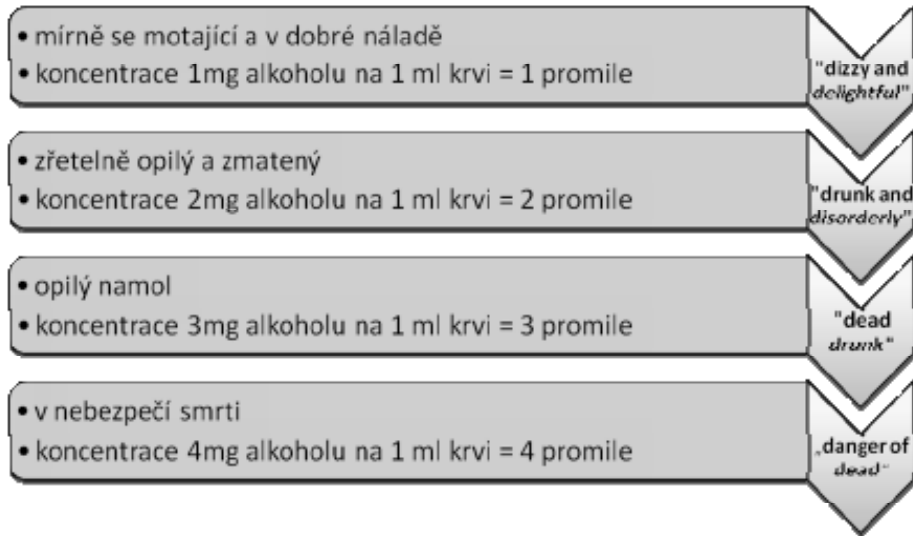


Na základě účinků na CNS patří alkohol mezi depresanty, s převážně tlumivým účinkem na CNS (McVinney et al., 2005). Účinky alkoholu se však u různých lidí liší a závisí na více faktorech, jejich spolupůsobení vizualizuje obrázek 1. Účinek alkoholického nápoje ovlivňuje nejen jeho koncentrace, ale i rychlost konzumace. Z biologických dispozic uživatele je stěžejní jeho tělesná hmotnost, kondice, osobní zdravotní stav, ale třeba i přítomnost potravy v žaludku. U psychologických determinantů máme na mysli očekávaný účinek, podle Zinberga (1984) jakési nastavení mysli, náladu uživatele. Sociální vlivy jako postoj společnosti k alkoholu a jeho konzumaci, prostředí konzumace vytvářejí rámec pro chování uživatele alkoholu obecně.

Protože u alkoholu dochází k rozvoji tolerance, bude účinek záležet také na tom, do jaké míry je konzument pravidelným uživatelem a je zvyklý pít (Shapiro, 2005). Chronické užívání alkoholu zvyšuje schopnost organismu tuto látku metabolizovat, takže k dosažení stejného účinku se musí podávat větší dávka.

Účinky různých koncentrací alkoholu v krvi shrnul farmakolog Gaddun (In: Stone, Darlington, 2003) do čtyř stupňů (Obrázek 2).

Obrázek 2 | Účinek alkoholu v závislosti na jeho koncentraci



Akutní intoxikace alkoholem se projevuje v závislosti na zkonsumované dávce. **První stadium** po užití je excitační, kdy má alkohol spíše euforizující a stimulační účinky. Po menších dávkách se většina lidí cítí méně stísněně a uvolněněji, roste jejich sebevědomí. Dostavují se změny nálady v celé paletě od družnosti až po agresivitu, vzhledem k okolnostem a osobnostnímu založení. Zhoršuje se průběh duševních i tělesných činností. Projeví se to většinou oslabením pozornosti a opatrnosti, zvýšenou hovorností až smazanou řečí, nepřesnými pohyby, potácením, poruchami rovnováhy. Po **vyšších dávkách** dochází k útlumu dýchacího a kardiovaskulárního centra, k spavosti, při otravě nastává bezvědomí. Lidé pod vlivem alkoholu mívají zarudlé oči, zhoršenou koordinaci pohybů, nejistou chůzi. Při konzumaci vyšších dávek alkoholu, kdy na sobě člověk cítí, že pil, ztrácí schopnost koncentrace a dochází k narušení paměti (tzv. okna).

U osob s fyzickou závislostí na alkoholu způsobí jeho vysazení těžké abstinенční příznaky.

Abstinенční syndrom vzniká za 4–12 hodin po přerušení pití. Dobu, za jakou dojde při pravidelné konzumaci alkoholu k závislosti, nelze stanovit. Je velmi individuální a u někoho může ke vzniku závislosti dojít již po velmi krátkém období pravidelného pití (děti a mladiství představují skupinu se zvýšeným rizikem). Abstinенční syndrom se projevuje třesem především končetin, neklidem, úzkostnými stavy a sluchovými i zrakovými halucinacemi. Po 2–5 dnech se může rozvinout delirium tremens („třaslavé blouznění“) charakterizované silným třesem, neklidem, halucinacemi a průvodními vegetativními

reakcemi – zrychlená srdeční činnost a bušení srdce, zvýšení krevního tlaku, pocení, pocit na zvracení nebo zvracení, poruchy spánku; záchvaty křečí, inverzí spánku (únava přes den a aktivita v noci). Komplikací je rozvrat vnitřního prostředí. Bez léčby může delirium trvat i několik dní a končit smrtí.

Za východiskovou strategii pragmatického harm reduction přístupu považujeme objektivní informovanost. Klíčové je, aby se jednotlivec mohl zodpovědně rozhodnout a věděl, jaké riziko s sebou konzumace dané návykové látky obnáší. Uvedený důvod nás vede k samostatné prezentaci benefitů, které alkohol uživatelům přináší.

U mnohých lidí konzumace alkoholu stimuluje sociální vztahy a společenské chování, protože mozková kůra jinak vytváří zábrany pro chování a sociální interakce. Působením alkoholu se tyto zábrany odbourávají – lidé mohou být více hovorní, ztrácejí sexuální zábrany apod.

Alkohol mnoho lidí užívá na spaní, jako „šláftrunk“. Počáteční mozkový útlum a uvolnění mají uklidňující účinek a mohou usnutí usnadnit. Narušuje se přirozený charakter spánku, a tak člověk méně času tráví v REM-fázích spánku a obvykle se dřív probouzí (Stone, Darlington, 2003). Pravidelné pití „na spaní“ s sebou nese riziko ztráty koncentrace a dochází k ospalosti přes den.

Některé studie ukazují, že mírné pití (méně než dvě jednotky u mužů a méně než jedna jednotka u žen) má příznivé účinky na zdravotní stav. Umírnění konzumenti alkoholu mají menší pravděpodobnost úmrtí na určité srdeční onemocnění (Shapiro, 2005). Jako by toto malé množství alkoholu mělo vliv na biochemii krve, kdy snižuje riziko tvorby krevních sraženin v srdečních tepnách.

Červené víno jako antioxidant je nezpochybnitelné. Červená vína obsahují více než dvacet antioxidantů, a mohou proto snižovat tvorbu volných radikálů, které poškozují nebo zabíjejí buňky. Dokonce látka proanthokyanidin, kterou obsahují, má potenciál tlumivě ovlivňovat projevy opilosti a napomáhá odstraňovat volné radikály, které vznikají při působení alkoholu. Podobné sloučeniny se vyskytují i v japonském zeleném čaji a to může vysvětlovat nižší výskyt nádorů u lidí, kteří pravidelně konzumují vína či zelený čaj (Stone, Darlington, 2003).

Předávkování alkoholem a jeho prevence

Při předávkování alkoholem dochází k vystupňování tlumivých účinků alkoholu, především dechovému útlumu. Dochází k útlumu činnosti mozku a srdce. Základním příznakem je porucha vědomí od ospalosti až k bezvědomí. Může také dojít k poruše dýchání, v nejhrošším případě i k dechové zástavě. Zvláště nebezpečná je kombinace s jinými tlumivými látkami, kdy se tyto příznaky mohou dostavit i po konzumaci malého množství alkoholu.

Tuto část textu jsme převzali a pro alkohol aplikovali z jedinečné publikace „*První pomoc při předávkování a jeho prevence. Příručka pro uživatele drog a pracovníky v oblasti minimalizace rizik (harm reduction) ve východní Evropě a Střední Asii*“, autorů Matta Curtise a Lydie Gutermanové, vydaného v roce 2009, Open Society Institute v New Yorku, USA.

Pokud se u člověka začne projevovat předávkování, on sám si nemusí uvědomovat, co se vlastně děje; proto je důležité, aby další přítomní věděli, na jaké příznaky mají dávat pozor.

Příznaky předávkování – látky s tlumivým účinkem (včetně alkoholu):

- ◆ bledý obličej;
- ◆ modrání rtů a/nebo nehtů;
- ◆ zvracení;
- ◆ tělesná ochablost – „hadrovité tělo“;
- ◆ neschopnost mluvit;
- ◆ chroptění nebo skřípavé dýchání naznačující špatnou průchodnost dýchacích cest;
- ◆ pomalé dýchání;
- ◆ nepřítomnost dýchání;
- ◆ zpomalená srdeční činnost/pulz;
- ◆ ztráta vědomí.

Předávkovaná osoba nemusí nutně vykazovat všechny tyto symptomy, kterýkoli z nich je však důvodem, abychom daného člověka důsledně pozorovali a byli připraveni zasáhnout.

Pokud někdo nevykazuje jednoznačné varovné příznaky, jako např. povrchní dýchání nebo modrání, dobrý způsob, jak určit, zda již překročil kritickou hranici pro předávkování, představuje ověření reakce na hlasité zvuky nebo na bolest. Pokud takový člověk nereaguje na normální tón hlasu, zkuste

jeho jméno vyslovit hlasitěji a trochu s ním zatřást. Pokud nereaguje, zjistěte, zda reaguje na bolestivý podnět, např. štípnutí do ucha nebo tlak za úhel spodní čelisti pod ušním lalůčkem. Pokud nereaguje, znamená to, že je v bezvědomí a nastupuje předávkování.

Předávkování se může projevit až po několika hodinách. Ze silného rauše může člověk dospět do stavu předávkování najednou a bez varování. Nezapomeňte kohokoli, o němž se domníváte, že by mohl být ohrožen, průběžně kontrolovat, abyste měli stále jistotu, že dýchá. Pokud leží na zemi, položte ho pro případ zvracení na bok do zotavovací polohy. Posoudit známky možného předávkování jen jednou nestačí. Buďte ve střehu a neustále danou osobu kontrolujte.

Riziko předávkování u alkoholu není jednoduché stanovit. Dávka alkoholu, která způsobí konkrétní osobě předávkování, se, stejně jako u jiných návykových látek, nedá předem určit. Záleží na koncentraci alkoholického nápoje, ale i na momentální zdravotní situaci konzumenta. Mnohem vyšší je riziko předávkování, pokud člověk vypije rychle velké množství nebo pokud alkohol kombinuje s jinými, zejména nelegálními drogami.

První pomoc v případě předávkování alkoholem

Popisujeme jednotlivé kroky, které můžete využít při poskytnutí první pomoci člověku, jenž se předávkoval alkoholem. Především je třeba mít na paměti, že pokud přítomné osoby adekvátně zareagují, velká většina předávkování nekončí smrtí nebo trvalými následky. Důležité je nepropadat panice – ve většině situací bude stačit, když člověk provede několik jednoduchých úkonů.

Jednotlivé kroky, jak zasáhnout v případě předávkování alkoholem:

- ◆ **Zhodnocení situace: Nachází se postižený v bezvědomí, dýchá?** Pokud je postižený v bezvědomí, ale dýchá, je nejdůležitější zajistit, aby v případě zvracení nevedchl zvratky. Otočte ho proto do zotavovací polohy (Obrázek 3) a neustále ho kontrolujte. V této poloze leží postižený na boku, spodní nohu a ruku má pokrčené, hlavu mírně zakloněnou. Zvratky tak mohou volně vytékat z úst. Pokud je chladno, přikryjte ho, aby neprochladl.
- ◆ **Nepřímá srdeční masáž a umělé dýchání:** Pokud postižený velmi špatně dýchá nebo nedýchá vůbec, nejlepší a nejdůležitější je okamžitě zahájit kardiopulmonální resuscitaci – nepřímou srdeční masáž a dýchání z úst do úst. Pokud postiženého dobře neznáte, nebo o něm víte, že trpí přenosným onemocněním (hepatitida B nebo C, HIV, tuberkulóza...), dbejte velmi důsledně na své bezpečí. Používejte co nejvíce ochranných pomůcek (gumové rukavice, resuscitační roušku).

- ◆ **Přivolání pomoci:** Pokud je to možné, ihned přivolejte záchrannou službu (155, 112) nebo jinou zdravotnickou pomoc. Číslo záchranné služby lze volat i z mobilu bez SIM karty. Zdravotničtí odborníci dokážou při předávkování pomoci nejlépe. Pamatujte si, že pokud se musíte od předávkovaného člověka vzdálit, byť jen na minutu, než si zavoláte, je nutné jej uvést do zotavovací polohy.
- ◆ **Zhodnocení situace:** Začal již postižený dýchat? Potřebuje ještě nepřímou srdeční masáž a umělé dýchání? Přichází už k sobě? Nepřestávejte situaci monitorovat, dokud se stav dané osoby zcela nestabilizuje. Pokud to bude nutné, jednotlivé kroky opakujte.

Obrázek 3 | Zotavovací poloha



Zdroj: www.elsevier.com/locate/resuscitation

2 Harm reduction intervence pro uživatele alkoholu

Ačkoliv je harm reduction, přístup minimalizace rizik a škod spojených s užíváním drog, jedním z pilířů evropské protidrogové politiky, tradičně je spojován zejména s užíváním nelegálních návykových látek s vyšší mírou rizika (tzv. tvrdých drog).

Legální alkohol byl dlouho opomíjen, i když je při srovnání rizikovosti jednotlivých návykových látek zařazován spíše mezi vysoce rizikové látky. Z posouzení britského Nezávislého vědeckého výboru pro drogy (Independent Scientific Committee on Drugs), který systematicky a podrobně podle 16 kritérií hodnotil 20 nejrozšířenějších návykových látek ve Spojeném království Velké Británie a Severního Irska (Nutt, In: Vacek, Vondráčková, 2012), vyplývá, že alkohol je vůbec neškodlivější drogou. Z hlediska rozsahu možných škod přímo pro uživatele se totiž alkohol umístil těsně za crackem, heroinem a metamfetaminem (pervitinem) s relativně velkým „náskokem“ před kokainem, amfetaminem a tabákem, ale z hlediska škodlivosti pro okolí jednoznačně vyhrál, druhý heroin dosáhl méně než polovičního skóre. Britská drogová scéna se v celkovém pohledu příliš od české neliší, a proto lze předpokládat, že i v České republice alkohol okupuje první příčky škodlivosti.

Přístup harm reduction vychází z konceptu závislosti jako formy naučeného chování (Gossop, 2000), který otevírá cestu k alternativním postupům při práci s uživateli alkoholu, vnímáme ho jako širší referenční rámec. Pokud akceptujeme problémovou konzumaci alkoholu jako naučené chování, vytváříme tím prostor pro intervence, které mají ambice reedukace a resocializace, s cílem změnit chování na méně škodlivé a rizikové. V praktické „alkoholové politice“ a práci s uživateli alkoholu změna optiky představuje posun od opatření k eliminaci užívání alkoholu obecně, k snižování množství zkonsumovaného alkoholu, a to jak jednorázově (množství alkoholu vypitého v rámci jedné epizody), tak i dlouhodobě (množství alkoholu, které člověk vypije v průběhu života). Již dlouhodobě se hovoří o změně paradigmatu¹, která je charakteristická po-

1 Model, určitý vzor vztahů či vzorec myšlení – paradigma jako souhrn základních domněnek, předpokladů, představ dané skupiny vědců.

sunem medicínské orientace k sociálně-preventivní, veřejně-zdravotnické, systémové orientaci, která je v podstatě přesunem pozornosti od výlučného zaměření na uživatele alkoholu k obnovenému zájmu o alkohol jako potenciálně problematickou látku s důrazem na prevenci (včetně harm reduction), a ne na léčbu (Bútorá, 1989).

Harm reduction přitom nepopírá účinnost konceptu závislosti jako nemoci. Autoři zdůrazňují přínos této koncepce, která v kontrastu s morální teorií pomohla řadě lidí, aby nebyli stigmatizováni a obviňováni a mohli tak podniknout kroky pro vlastní uzdravení. Jedná se nepochybně o účinnou strategii, jež tvoří významný základ mnoha léčebných programů a svépomocných skupin (Radimecký, 2005). Abstinence je smysluplnou a efektivní léčebnou strategií, je prostředkem k zdravému životu, harm reduction přístup jenom dodává, že není dosažitelná pro každého. Po roku standardní léčby zaměřené na abstinenci je schopno úplně abstinovat 50–70 % pacientů závislých na alkoholu, po třech letech z nich zbude 30–40 % léčených závislých (Popov, 2003). Trvalá abstinence je ideálním cílem, není však jediným kritériem úspěšnosti ani při léčbě. Důležitá je stabilizace pacienta závislého na alkoholu, tak aby byl schopen běžného života, a smysl má i maximalizace období abstinence (Popov, 2003). Můžeme říci, že je tu jistě početná skupina uživatelů alkoholu, jejichž potřeby zavedený systém ambulantní a ústavní léčby neuspokojuje, je pro ně bariérový, vysokoprahový.

Snižování rizik a minimalizace škod byly v historii vždy přítomné jako jeden z přístupů k lidskému chování. Základními principy přístupu HR je akceptování faktů, že:

- (i) legální i nelegální drogy jsou a budou součástí každé společnosti, a to navzdory veškerým snahám o omezování nabídky a poptávky;
- (ii) některé způsoby užívání drog jsou bezpečnější než jiné;
- (iii) úplná abstinence nemusí být v dané chvíli pro člověka tím nejdůležitějším nebo nejvhodnějším cílem; a
- (iv) jakákoliv pozitivní změna v chování směrem k bezpečnějšímu užívání je žádoucí, protože prevence dalšího poškození z užívání je snazší a méně nákladná než následná léčba (Mc Vinney et al., 2005).

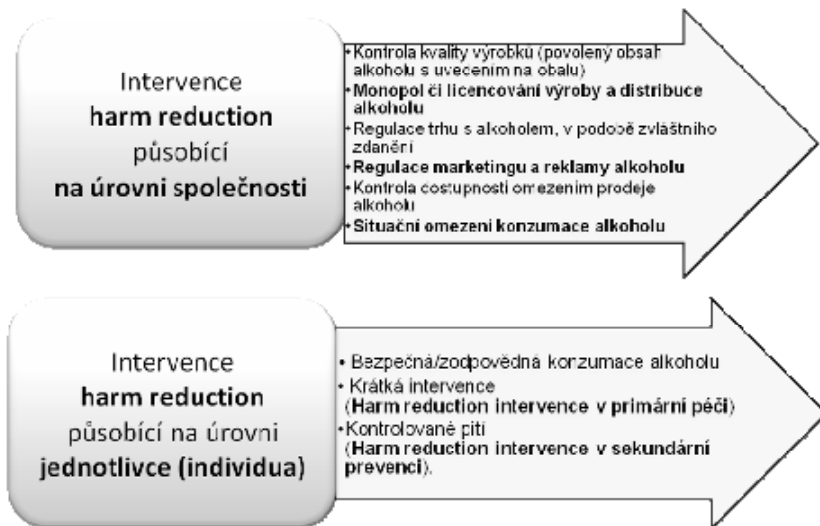
Prioritou harm reduction je snížení negativních dopadů užívání (alkoholu), a ne snížení užívání jako takového – harm reduction nevylučuje, ale ani neprosazuje abstinenci jako dlouhodobý cíl; v některých případech může být snížení dávek jednou z neúčinnějších forem harm reduction, jindy může být účinná změna způsobu užívání (Mc Vinney et al., 2005). Dá se říci, že harm reduction nadřazuje zájem o bezprostřední zdravý dlouhodobému cíli úplného vyléčení (abstinence).

Přístup harm reduction reaguje na konkrétní typy škod, které můžeme strukturovat na kontinuu: zdravotní, sociální a ekonomické. Rizika spojená

s užíváním návykových látek je možné také odlišovat, základní diferenciace je na dvě samostatné skupiny: akutní a dlouhodobá. Z hlediska úrovní působení je škody možné dělit na: škody způsobené přímo uživateli a škody způsobené jeho okolí (společnost, komunita). Rhodes (1999) tyto dvě oblasti působení rozdělil do tří samostatných úrovní vlivu: strukturální, komunitní a individuální.

Přehled harm reduction intervencí jsme v textu strukturovali dle rovin působení, v souladu s Hunttem (2003) popisujeme intervence zaměřené na dvě roviny vlivu: společenské škody a možnosti jejich minimalizace a individuální škody spojené s užíváním alkoholu a možnosti jejich minimalizace (Obrázek 4). Přehled intervencí, pokud není uvedeno jinak, jsme zpracovali z prací Radimecký (2005), Rhodes a Hedrichová (2010), Vacek a Vondráčková (2012).

Obrázek 4 | Intervence harm reduction



2.1 Intervence harm reduction působící na úrovni společnosti

Intervence v této části textu se zaměřují na sociální kontext, v němž je alkohol užíván. Mají nejčastěji podobu legislativních opatření formou zákonů, vyhlášek a dalších předpisů, jejichž společným jmenovatelem je snížení nepříznivých důsledků užívání alkoholu.

Společenská rovina v sobě zahrnuje i komunitní dimenzi. Lokální prostředí, kde se alkohol užívá, a jeho bezprostřední okolí může být přímo i nepřímo zasaženo negativními důsledky konzumace. Komunitní aktéři (místní samospráva, policie, pomáhající profesionálové, provozovatelé pohostinství a personál, lokální autority, občané a konzumenti) by měli mít zájem na prevenci dalšího poškození alkoholem na lokální úrovni. Mezi používané komunitní strategie analogicky patří: (i) místní omezení prodeje či konzumace alkoholu; (ii) lokální kontrola dodržování zákonů a vyhlášek; (iii) podpora a zajištění bezpečnějšího prostředí pro konzumaci alkoholu; a (iv) podpora bezpečného návratu domů.

Harm reduction intervence v podobě komunitních projektů se často zaměřují přímo na bary, kluby a obdobné podniky, jejich okolí a návštěvníky. Do realizace těchto projektů se zapojují jak zástupci místní samosprávy a policie, tak provozovatelé podniků, resp. jejich zaměstnanci. Upozorňujeme na webovou stránku Healthy Nightlife Toolbox,² která systematicky popisuje rizika nočního života, definuje role jednotlivých aktérů a zejména možné intervence, jejichž efektivitu dokládají aktuálními výzkumy a příklady dobré praxe.

Příkladem komunitního projektu v českém prostředí byl projekt „Bezpečný klub“,³ realizovaný v letech 2007 až 2009 ve městě Plzeň. Jeho cílem bylo podpořit zodpovědný přístup provozovatelů klubů a diskoték a jejich personálu s ohledem na bezpečí návštěvníků a zprostředkovat spolupráci s místní samosprávou na zajištění klidného průběhu nočního života. Idea projektu, která byla vytvořena dle inspirace ze švýcarského projektu „Safer Clubbing“ a z koncepce britského materiálu „Safer Clubbing“, vytyčuje ideální standardy, jejichž cílem je snižovat možná rizika spojená s pobytem v klubu nebo na diskotéce a současně realisticky a plně respektovat legitimní obchodní zájmy provozovatelů (Bezpečný klub, 2010). Příkladem chování nezodpovědných provozovatelů jsou tzv. „šťastné hodinky“, které podporují rizikové nárazové pití. Výše zmíněný projekt je také příkladem toho, že komunitní intervence bývá těžké dlouhodobě udržet, rizikem je nedostatek peněz, který může být důsledkem nekompatibility mezi státní a regionální či komunitní drogovou politikou.

Omezení marketingu a reklamy na alkohol

Omezení rozsahu a obsahu komerční komunikace o alkoholových produktech můžeme vnímat jako pozitivní faktor změny. Existují různé formy marketingu a reklamy, kterými se výrobci a prodejci alkoholu snaží zasáhnout potenciální konzumenty: mediální spoty, tištěné billboardy, sponzorství a spojování značek výrobců alkoholických nápojů se sportem či kulturou. Reklama jako faktor

2 Healthy Nightlife Toolbox s databází intervencí; <http://www.hnt-info.eu/File/interventions.aspx>

3 <http://www.bezpecnyklub.cz/>

ovlivňuje celkovou spotřebu alkoholu mnohem méně než např. cena alkoholu a příjmy konzumentů alkoholu. Reklama má spíše vliv na podíl jednotlivých značek na trhu.

Realizované výzkumné studie prokázaly, že vystavení se různým formám propagace alkoholu (reklamy v tradičních médiích, product placement⁴ a propagace značky) má negativní vliv na iniciační věk konzumace alkoholu a rizikové vzorce užívání v dospívání. Experimentální studie např. prokazovala, jakou měrou má zobrazení alkoholu v televizi (ať ve filmu nebo v reklamě) vliv na aktuální konzumaci. Novější studie naopak nepotvrdily statisticky významné snížení spotřeby v závislosti na omezení propagace alkoholu. Při hodnocení nákladové efektivity patří omezování reklamy spolu s „reklamními“ kampaněmi proti alkoholu k nejméně efektivním strategiím.

Reklama na alkoholické nápoje je v ČR omezena zákony o regulaci reklamy (č. 40/1995 Sb.) a o provozování rozhlasového a televizního vysílání (č. 231/2001 Sb.), každý z předpisů používá jiné formulace, ale jejich výklad je v podstatě totožný. Reklama nesmí nabádat k nestřídmému užívání alkoholických nápojů, nesmí záporně či ironicky hodnotit abstinenci nebo zdrženlivost, nesmí se zaměřovat na děti (osoby mladší 18 let) a využívat jich v reklamě, nesmí vytvářet dojem, že alkoholické nápoje způsobují úspěch, řeší problémy a léčí atd.

Omezení prodeje alkoholu (věková, časová a místní dostupnost alkoholu)

Stanovení minimální věkové hranice pro dostupnost alkoholu je obecně považována za efektivní intervenci snižující míru konzumace, výskyt nehod a smrtelných zranění a negativní dopady na zdraví dospívajících a mladých dospělých. Většina krajín EU zakazuje prodej alkoholu mladým lidem do určitého věku v barech a obdobných podnicích, přičemž věková hranice se pohybuje od 16 do 18 let (Anderson, Baumberg, 2006).

Dostupnost alkoholu je v ČR omezena místně a věkově Zákonem o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákem, alkoholem a návykovými látkami a o opatřeních omezujících dostupnost tabákových výrobků a alkoholu (č. 379/2005 Sb.). Osobám mladším 18 let se alkoholické nápoje prodávat či podávat nesmí a tyto osoby je nesmí konzumovat v barech nebo v podobných zařízeních a nesmí si je ani kupovat v obchodech a všude jinde. Alkohol lze prodávat pouze na místech k tomu určených, zakázán je např. prodej prostřednictvím automatů, kde nelze zaručit kontrolu dosažení minimálního věku 18 let kupujícího. Podle Trestního zákoníku (č. 40/2009 Sb., § 204 Podání

4 Product placement je označení pro umístování výrobků, názvů, log apod. existujících značek do uměleckých děl, jako jsou například filmy nebo písně; tento jev bývá hodnocen jako skrytá reklama.

alkoholu dítěti) bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok ten, kdo ve větší míře nebo opakovaně prodá, podá nebo poskytne dítěti (tj. osobě do 18 let věku) alkohol.

Omezení prodejní doby nebo otevíracích hodin (či dnů) podniků nabízejících alkohol je další ve světě využívanou a výzkumem podpořenou harm reduction strategií.⁵ Zjednodušeně můžeme konstatovat, že prodloužení prodeje zvyšuje výskyt negativních jevů souvisejících s nadměrnou konzumací alkoholu. Zkrácení otevírací doby podniků je pozitivní faktor změny. Omezení otevíracích hodin s sebou ale může přinášet problém nárazového pití většího množství alkoholu (tzv. binge drinking), a nemusí se tedy ve výsledku jednat o snížení absolutní spotřeby alkoholu, ale spíše o změny vzorců užívání, což může mít za následek i zvýšení zdravotních a kriminogenních rizik.

Zákony regulující podmínky pro místa, kde je alkohol prodáván, mají vliv na výskyt bezprostředních negativních dopadů konzumace, zejména násilí. Zdokumentován je nárůst prevalence užívání a výskytu s alkoholem souvisejících chronických nemocí v zemích a lokalitách, kde došlo k uvolnění legislativy z hlediska místní dostupnosti. Regulaci lokální hustoty prodejen se sortimentem alkoholických nápojů můžeme považovat za pozitivní faktor změny.

Nejen existence, ale i důsledná kontrola dodržování omezení prodeje alkoholu (věková hranice, místem limitovaný prodej alkoholu, otevírací doba) podporuje efektivitu výše zmíněných harm reduction intervencí. To potvrzuje i evropská Zpráva o alkoholu: „Je stále více důkazů účinnosti vlivu strategií snižování škod spojených s užíváním alkoholu, které mění kontext a prostředí konzumace. Jejich účinnost je však závislá na přiměřeném posuzování. Například vydání zákona s minimálním věkem povoleného pití bude mít jenom malý efekt, pokud ho nedoprovází hrozba odebrání licence prodejnám, které opakovaně prodávají alkohol nezletilým. Takové strategie jsou efektivnější také tehdy, když je podporují komunitní preventivní programy“ (Anderson, Baumberg, 2006).

Situační omezení konzumace alkoholu

Situační omezení konzumace alkoholu je ve smyslu snižování škod možné realizovat širokou škálou intervencí a legislativních opatření:

- (i) stanovení limitu hladiny alkoholu v krvi pro řidiče a jeho náhodné testování;
- (ii) omezení prodeje či konzumace alkoholu, např. zákaz konzumace na pracovištích, ve školských zařízeních apod.;

⁵ Např. Světová zdravotnická organizace modelovala vliv snížení dostupnosti alkoholu ve výčpech o 24 hodin týdně.

- (iii) lokální kontrola dodržování zákonů a vyhlášek;
- (iv) výcvik personálu restaurací (nenalévat nezletilým, podnapilým, řidičům a nácvik první pomoci);
- (v) zábavné zóny tolerance – snižování rizik rušení nočního klidu;
- (vi) podpora a zajištění bezpečnějšího prostředí pro konzumaci alkoholu – design klubů a barů, jež minimalizuje riziko úrazů v důsledku pití alkoholu; bezpečnější sklenice – např. sklenice z nerozbitného skla v restauracích, používání plastového nádobí apod.;
- (vii) podpora bezpečného návratu domů a kampaně zodpovědných.

Legislativní normy situačně omezující konzumaci alkoholu

Zákoník práce upravuje zákaz pití alkoholu v pracovní době a na pracovištích (č. 262/2006 Sb.), Zákon o provozu na pozemních komunikacích zase zákaz pití alkoholu během řízení motorového vozidla a zákaz řízení pod jeho vlivem (č. 361/2000 Sb.). Řidič má povinnost podrobit se zkoušce na alkohol, a pokud je u něj zjištěna hladina alkoholu vyšší než 1 ‰ hmotnosti, dopouští se trestného činu ohrožení pod vlivem návykové látky (zákon č. 40/2009 Sb., § 274) v trestní sazbě až jeden rok odnětí svobody, stejně jako pokud způsobí pod vlivem libovolného množství alkoholu nehodu se sazbou šest měsíců až tři léta. Do množství 1 ‰ alkoholu se jedná o přestupek (zákon č. 361/2000 o silničním provozu) s mezní hodnotou 0,3 ‰ alkoholu pro stanovení závažnosti a výše příslušného trestu.⁶ Zákaz řízení motorového vozidla řidičem závislým na alkoholu, který není způsobilý zdržet se konzumace, je upraven vyhláškou o stanovení zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel (č. 277/2004 Sb.): závislý na alkoholu smí řídit pouze s minimálně dvouletou abstinencí a pravidelnými kontrolami u odborného lékaře.

Řízení pod vlivem alkoholu a následné nehody mnohdy s tragickými následky jsou bezpochyby jedním z nejčastěji zmiňovaných negativních jevů souvisejících s konzumací alkoholu. Pro snížení škod způsobených alkoholem v dopravě je za efektivní harm reduction strategii považována zejména kombinace stanovení nejvyššího přípustného množství alkoholu v krvi spolu s jeho namátkovým pravidelným testováním (orientační dechové zkoušky koncentrace alkoholu v krvi u řidičů).

Mezi účinné intervence v této souvislosti se v zahraničí zařadila také nářizná léčba řidičů, kteří řídili pod vlivem alkoholu, ta snižuje výskyt opakovaných prohřešků o 8–9 %, a stejně i instalace alkohol testeru zamezujícího

⁶ Hodnota 0,00 ‰ je tzv. nulová tolerance (není dovoleno řídit pod vlivem alkoholu), hodnota 0,30 ‰ je kritériem pro zařazení jednání z hlediska bodového hodnocení řidiče v přestupkovém řízení, hodnota 1,00 ‰ vychází z ustálené rozhodovací praxe soudů i správních orgánů při výkladu pojmu „stav vylučující způsobilost“.

nastartovat vozidlo v případě pozitivního testu před jízdou, který také snižuje výskyt opakovaných prohřešků jak u poprvé, tak u opakovaně trestaných, ovšem pouze po dobu, kdy je nainstalován.⁷

Místní omezení prodeje a konzumace alkoholu

V České republice je obec oprávněna v případě konání kulturní, společenské nebo sportovní akce přístupné veřejnosti s důvodným rizikem nárůstu problémů a negativních společenských jevů způsobených jednáním fyzických osob pod vlivem alkoholu obecně závaznou vyhláškou omezit nebo zakázat v určitých dnech nebo hodinách nebo na určitých místech prodej, podávání a konzumaci alkoholických nápojů (č. 379/2005 Sb., §13). Obec také může obecně závaznou vyhláškou (zákon o obcích, č. 128/2000 Sb., §10) regulovat nejen samotnou konzumaci alkoholu na vymezených veřejných prostranstvích, ale i činnosti k této konzumaci směřující (např. zdržování se na veřejném prostranství s otevřenou lahví nebo jinou nádobou s alkoholickým nápojem, resp. činnosti, jež zakázanou „veřejnou“ konzumaci svým účelem umožňují). Dle dostupných informací na internetu zákaz konzumace alkoholu na svém území vyhláškou upravují desítky až stovky obcí (únor 2012). Efektivita těchto opatření (primárně zaměřených proti narušování veřejného pořádku) nebyla z hlediska harm reduction či veřejného zdraví dosud sledována.

Vymáhání dodržování situačního omezení konzumace a dostupnosti alkoholu

Kontrola dodržování zákonů (zákaz řízení pod vlivem alkoholu, konzumace během řízení, v pracovní době a na pracovištích, omezení prodeje věkovou hranicí a místně), které přísluší oprávněným orgánům, může být posílena či systematicky realizována na místní úrovni. Účinnost kontroly dodržování minimálního věku konzumentů, která se projevila ve snížení nehodovosti a výskytu násilí, byla některými výzkumy prokázána v součinnosti s dalšími intervencemi (vzdělávání a trénink obsluhujícího personálu k zodpovědnému nalévání), zatímco jindy měla zvýšená bdělost za následek pouze dočasný nárůst zachycených přestoupení zákona po dobu trvání kontrol. Efektivní mohou být dlouhodobé a systematické kontroly řidičů, jak je zmíněno výše, a zejména tzv. kontrolní body střízlivosti, tedy testování všech řidičů (nejčastěji se provádí u řidičů odjíždějících z festivalů) na alkohol z dechu.

7 Alcohol-lock, více: <http://www.alcolock.org.uk/>

Podpora a zajištění bezpečnějšího prostředí pro konzumaci alkoholu

Všechny v této části uváděné intervence mají vliv na prostředí. Mezi faktory prostředí, které jsou z hlediska možných škod způsobených užíváním alkoholu ovlivnitelné intervencemi harm reduction, patří zejména: (i) příliš otevřené prostředí bez omezení; (ii) dostupnost levného alkoholu; (iii) nedostačující čistota; (iv) stísněný prostor; (v) hlasitá hudba; (vi) rizikové zařízení klubu; (vii) špatná praxe zaměstnanců apod.

Výcvik personálu podniků, kde se alkohol konzumuje, má za svůj primární cíl naučit barmany zodpovědnému nalévání, tedy zejména nepodávat alkohol mladistvým, řidičům a podnapilým. Kromě toho lze do vzdělávání či tréninku zahrnout základy první pomoci a bezpečnostních zásad, např. chování v čase zavírací doby, zvládnutí agrese a přelidnění. Vzdělávání se nemusí omezovat pouze na obsluhující personál, ale může se zaměřit také na pracovníky ochrany.

Dostupnost levného alkoholu jako rizikový faktor může být snížena tlakem na provozovatele, aby prodejní cena nealkoholických nápojů byla nižší než alkoholických, což je zejména v českém prostředí častý problém a může podporovat zvýšenou konzumaci alkoholu.

Výskyt úrazů a pořezání snižuje používání bezpečnějších (nerozbitných, plastických) sklenic.

Bezpečnější prostředí může zahrnovat takové změny designu klubů a barů, které minimalizují riziko úrazů v důsledku pití alkoholu (přelidněné, hlučné a těžko přístupné prostředí vyvolává problémy). Stejně bezpečně by mělo být řešeno zařízení klubů, aby židle, stoly, popelníky apod. při pádu neohrožovaly a nesloužily jako zbraň agresivním konzumentům. V rámci velkých kulturních či sportovních akcí mohou být vyhrazeny tzv. suché zóny, kam se smí pouze bez alkoholu, a jinak lze konzumovat pouze alkohol zakoupený na místě, a to jen nízkoalkoholické nápoje, a také jen jeden nápoj najednou. Harm reduction potenciál mají i tzv. chill out zóny, klidové zóny určené na relaxaci. Z hlediska ochrany celé komunity mohou být vyhrazeny tzv. zábavné zóny tolerance, které odsouvají rizikové podniky mimo obytné čtvrti, čímž snižují riziko rušení nočního klidu.

Bezpečný návrat domů a kampaně zodpovědných

Zavádění a podpora hromadné dopravy mezi rezidenční a zábavní částí obcí může být efektivní harm reduction intervencí. V českém prostředí je zmiňováno zajišťování alternativní dopravy a distribuce informací o ní (pořadatelem objednaná, provozovaná či podporovaná hromadná doprava, dostupné jízdní řády veřejné hromadné dopravy, nebo zajištění dostupnosti taxi včetně asisto-

vaného odvozu vlastním vozem), anebo přímá spolupráce s policií při koordinaci odjezdu návštěvníků. Do preventivních intervencí pro bezpečný návrat domů můžeme také zařadit program vzdělávání obsluhujícího a bezpečnostního personálu.

V ČR jsou také v prostředí „nočního života“ realizovány různé preventivní kampaně, které většinou zaštiťují pivovary nebo výrobci lihovin⁸ a Ministerstvo dopravy prostřednictvím své organizace BESIP.⁹ Ty se zaměřují na odpovědnou konzumaci alkoholu zejména vzhledem k prevenci dopravních nehod. Preventivní intervence v prostředí zábavy většinou propagují umírněnou konzumaci alkoholu (nebo v případě řidičů úplné zdržení se užívání alkoholu) formou informačních kampaní (předávání letáků a poskytování informací, projekce preventivních spotů), odměňováním střízlivých řidičů (kontrola alko-testerem) nebo např. využitím trenažérů osobního automobilu nebo motocyklu, kde si mohu střízliví či intoxikovaní návštěvníci porovnat své reakční časy.

Účinnost mediálních kampaní zaměřených na řízení pod vlivem alkoholu byla prokázána, související nehodovost se v jednotlivých studiích snížila o 6 %–14 %, stejně jako počet zraněných, a to bez ohledu na to, zda byl ve sdělení akcentován zvýšený důraz na kontrolu dodržování zákona, právní důsledky nebo zdravotně-sociální dopady řízení a nehod pod vlivem alkoholu. Obecné kampaně zaměřené na snížení užívání jako takového efektivní nejsou, o to méně kampaně sponzorované výrobci alkoholu, protože sdělení jsou příjemci vnímána jako protichůdná.

2.2 Intervence harm reduction působící na úrovni individua

Intervence směřují k změně norem jednotlivců ve vztahu k užívání alkoholu. Individuální intervence se v rámci harm reduction zaměřují v podstatě na celé spektrum uživatelů – konzumenty se snaží naučit pít střídmě a bez negativních následků, škodlivě užívající zejména s přispěním jejich somatických zdravotních potíží vůbec zachytit a dostat do léčby, a závislé léčit tak, aniž by tito museli bezpodmínečně abstinovat. Z hlediska efektivity je z oblasti individuálních intervencí doporučován zejména screening¹⁰ a krátká intervence.

8 FÓRUM PSR (Pij s rozumem) – Zodpovědní výrobci lihovin, Iniciativa zodpovědných pivovarů (IZP)

9 národní koordináční orgán pro bezpečnost silničního provozu

10 vyšetřování předem definované skupiny lidí za účelem vyhledávání chorob v jejich časných stádiích, kdy pacient ještě nemá potíže a příznaky

Bezpečná/zodpovědná konzumace alkoholu

Existuje velká spousta doporučení, jak konzumovat alkohol tak, aby se uživatel vyvaroval negativních následků, aby neublížil sobě ani ostatním. Pokyny pro takové pití alkoholu se v odborné literatuře vyskytují od poloviny 90. let 20. století, a zahrnují zejména doporučení o maximální týdenní (později denní) bezpečné dávce. Dosud však nebyly provedeny žádné výzkumy, které by hodnotily, zda jednoduché zveřejnění pokynů pro bezpečnou konzumaci vede ke změnám chování, a tím k minimalizaci škod z užívání alkoholu.

Doporučení pro nízkorizikové, bezpečnější, zodpovědné, mírné či citlivé pití, jak bývá nazýváno, se týká v první řadě konzumovaného množství. Mezinárodní organizace doporučují zdraví neohrožující dávku alkoholu: ženy by neměly pít v průměru víc než jednu až dvě standardní jednotky denně, muži dvě až tři. Velikost standardní jednotky alkoholu je v kontextu doporučení národních či nadnárodních autorit různá, jak jsme již uváděli, variuje mezi 8 a 14 g čistého etanolu. Dále se z hlediska množství doporučuje nepít víc než čtyři standardní jednotky při jedné příležitosti (více než sedm standardních jednotek je považováno za velmi rizikové), a zcela abstinovat minimálně jeden den v průběhu týdne. Tyto limity jsou zároveň základem pro poradenství v rámci tzv. krátké intervence.

Další doporučení pro zodpovědnou konzumaci alkoholu se týkají:

- (i) **koncentrace alkoholu v konzumovaných nápojích:** doporučována je co nejnižší, tedy spíš než lihoviny pít pivo či víno;
- (ii) **konzumace dostatečného množství tekutin:** střídání alkoholických a nealkoholických nápojů, prevence dehydratace;
- (iii) **rychlosti konzumace:** čím pomalejší a plynulejší, tím méně riziková;
- (iv) **kombinace různých typů alkoholických nápojů:** není doporučována, odbourávání alkoholu trvá déle;
- (v) **konzumace na lačno:** není doporučována, rychlejší vstřebávání a výraznější ovlivnění alkoholem je rizikovější;
- (vi) **rizika míchaných nápojů:** potenciálně neznámý obsah;
- (vii) **kombinace alkoholu a dalších návykových látek:** nepředvídatelné reakce, vyšší riziko předávkování;
- (viii) **kvality alkoholu:** nepít levné, nekvalitní nápoje, nápoje z neznámých zdrojů a od neznámých lidí;
- (ix) **vnitřních a vnějších okolností (setu a settingu):** nepít s cílem zbavit se negativních emocí, nepít o samotě;

- (x) **plánování:** naplánovat si výdaje za alkohol ještě před začátkem konzumace umožňuje dodržet míru; zajistit si předem dopravu domů střízlivým řidičem či jinou formou;
- (xi) **informovanosti o následcích konzumace:** vědět, jaké má konzumace alkoholu okamžité i dlouhodobé negativní účinky a jak jim předcházet, např. zvládání kocoviny nebo rozpoznání škodlivého užívání.

Nelze předpokládat, že samotná informovanost je účinnou prevencí škod z užívání alkoholu, nicméně vědomí možných negativních následků a znalost strategií, jak jim předejít, zvyšuje pohotovost k bezpečnějšímu chování, a to jak pro konzumenta, tak pro jeho okolí. Znalosti a dovednosti, jak zvládat své pití, mohou být užitečné i pro sociální okolí zkušenějšího konzumenta – mladí uživatelé a experimentátoři snadno podléhají sociálnímu tlaku, a je výhodnější, pokud je usměrňuje spíše k bezpečnějšímu užívání než k rizikové konzumaci.

Z výsledků některých výzkumů se zdá, že pokud jsou informace o zodpovědném užívání předávány dostatečně přesvědčivě, např. s instrukcemi, aby si adresát představil či formuloval vlastní změnu chování a možné zisky z potenciálního snížení konzumace alkoholu, mohou být takové intervence založené na informacích do určité míry účinné. Např. vysokoškolští studenti s vyšší mírou konzumace alkoholu, kteří obdrželi informace o zásadách bezpečného pití s instrukcemi k provedení mentální simulace a/nebo formulování konkrétního záměru snížit vlastní konzumaci pod hranici rizikového pití, vykazovali po jednom měsíci snížení jak celkového objemu vypitého alkoholu, tak počtu epizod nadměrného pití. Tyto a obdobné intervence, které se svým designem již blíží krátké intervenci (charakterizována dále), bývají ale účinné pouze krátkodobě, z dlouhodobého hlediska se rozdílly nepotvrdily.

Mezi specifické služby určené konzumentům alkoholu poskytované na individuální úrovni patří v prostředí noční zábavy ještě orientační dechové zkoušky na alkohol a související poradenství zacílené na prevenci řízení pod vlivem alkoholu, obdobně služba Promile INFO¹¹ poskytuje SMS informace o přibližném obsahu alkoholu v krvi po určité době po pití alkoholu pro řidiče.

Krátká intervence (Harm reduction intervence v primární péči)

V roce 1980 expertní komise Světové zdravotnické organizace zdůraznila potřebu efektivní metody, která by identifikovala osoby se škodlivým a hazardním užíváním alkoholu ještě před tím, než se u nich objeví negativní důsledky užívání alkoholu (WHO, 2002). Díky tomu byla v posledních 30 letech vytvo-

¹¹ služba, která na základě zadání pohlaví, věku, váhy, času a množství konzumace alkoholu určí orientační čas vystřízlivění, <http://www.promile.info/>, provozuje SANANIM Charity Services, s. r. o., sociální firma o. s. SANANIM

řena celá řada screeningů a krátkých intervencí zaměřených na včasnou identifikaci a intervenci u rizikových uživatelů alkoholu. Na základě předpokladu, že tyto osoby vyhledají zdravotní služby pro své somatické potíže v důsledku nadměrného užívání alkoholu, byly tyto krátké intervence umístěny do primární péče, nejčastěji do ordinací praktických lékařů. Výhodou umístění krátkých intervencí do primární zdravotnické péče je také navíc úspora finančních prostředků a času (WHO, 2002).

Pro identifikaci problémového užívání alkoholu se používají krátké dotazníky. Mezi nejčastěji používané patří **CAGE**¹² a **AUDIT**¹³, které byly speciálně pro tyto účely vytvořeny.

Krátké intervence obvykle probíhají v rámci primární péče v rozsahu od jedné do šesti návštěv. Návštěva trvá obvykle 5–20 minut. Ve většině případů intervence začíná odhadem rozsahu pacientových problémů s užíváním alkoholu na základě pacientovy výpovědi a somatického vyšetření. Poté následuje diskuze nad potenciálními zdravotními následky v případě, že pacient bude dále pokračovat v pití alkoholu. V rámci intervence je i nabídnuta možnost, jakým způsobem pití omezit (především v případě uživatelů s nadměrným pitím alkoholu), nebo jak přestat pít alkohol zcela, v případě uživatelů s příznaky syndromu závislosti na alkoholu. U osob s rozvinutou závislostí na alkoholu je krátká intervence spíše doporučována jako úvod do dlouhodobější léčby.

Zvláštní pozornost je věnována krátké intervenci během těhotenství jako prevenci fetálního alkoholového syndromu (FAS), resp. fetálního alkoholového efektu (FAE).

Specifickou formou poradenství využívající internet jsou online screening a krátká intervence, které vykazují obdobnou úspěšnost a vzhledem k nízkým provozním nákladům i vysokou nákladovou efektivitu. Příkladem je Adiktologická ambulance – online poradna Kliniky adiktologie.¹⁴

Kontrolované pití (Harm reduction v sekundární prevenci)

Harm reduction v léčbě užívání alkoholu je pragmatický přístup, který nabízí rizikovým uživatelům alkoholu alternativu ke klasické abstinenci orientované léčbě v podobě kontrolovaného užívání alkoholu. Až do šedesátých let dvacátého století všechny odborné texty o léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu tvrdily, že jediný možný cíl v léčbě uživatelů alkoholu je abstinence. Tento předpoklad byl podporován výsledky studií, které zjistily, že opakované užívání alkoholu může vést v mozkové tkáni k tzv. neuronální senzitivaci na alkohol, díky které člověk, který byl v minulosti závislý na alkoholu, není

12 dostupné on-line na: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/379/2005/Screeningovy-dotaznik-CAGE>

13 dostupné on-line na: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/379/2693/Test-pro-identifikaci-poruch-pusobenych-uzivanim-alkoholu-AUDIT->

14 <http://poradna.adiktologie.cz/>

schopný kontrolovaně užívat alkohol právě v důsledku těchto fyziologických změn v mozku způsobených dlouhodobým užíváním alkoholu.

V sedmdesátých letech minulého století se v odborných kruzích začala diskutovat možnost kontrolovaného užívání alkoholu především díky studii manželů Sobellových (1973), kteří na základě svého výzkumu přišli se závěrem, že kontrolované pití je pro některé osoby, které nadměrně užívají alkohol, možný léčebný cíl.

V současné době je odborníky možnost kontrolovaného pití vnímána jako jeden z regulérních cílů léčby alkoholu především pro osoby s abúzem alkoholu nebo mírným stupněm závislosti. Kontrolované užívání je odborníky propagováno především proto, že může přivést do léčby i ty uživatele, kteří nechtějí zcela přestat pít, a pro které může být požadavek abstinence nabízený tradičními programy právě překážkou k vyhledání léčby. Zastánci tohoto přístupu uvádějí, že po nastoupení do léčby někteří uživatelé své rozhodnutí o kontrolovaném užívání změní a rozhodnou se pro úplnou abstinenci. Osoby, které si vyberou kontrolované užívání alkoholu, jsou v porovnání s těmi osobami, které chtějí abstinovat, mladší, užívají menší dávky alkoholu a mají méně závažnou historii užívání, méně pocházejí z „alkoholových“ rodin a více odmítají označení alkoholik. Na tento trend zareagovaly svépomocné organizace, protože ve filosofii Anonymních alkoholiků je za jediný cíl považována abstinence, a vzniklo hnutí Moderation Management,¹⁵ kde je cílem právě kontrolované užívání alkoholu.

V rámci harm reduction v léčbě poruch vyvolaných užíváním alkoholu se také používají farmaka potlačující chuť na alkohol, a tím umožňující klientům, aby užívali alkohol v menších dávkách. Mezi tyto látky patří Acamprosat (Campral®) a Naltrexon¹⁶ (Revia®). Užívání Naltrexonu má vliv na omezení užívání alkoholu (snížení bažení, počtu dnů, kdy byl užit alkohol, i celkového množství užitého alkoholu). V souvislosti s harm reduction přístupem ve farmakoterapii se hovoří i o užívání antidepresiv a anxiolytik, které vede ke snížení počtu dní konzumace i samotných dávek alkoholu, což souvisí se skutečností, že touto medikací je léčena primární diagnóza, kterou si klienti sami léčí prostřednictvím alkoholu (konzumace alkoholu jako sebemedikace).

¹⁵ <http://www.moderation.org/>

¹⁶ opioid, čistý antagonist účinků opioidů, působí podobně jako Naloxonu, je však silnější, má delší trvání, pomalejší nástup

Místo závěru

Anderson et al. (2009) předkládají na základě srovnání nákladové efektivity různých intervencí následujících šest klíčových doporučení pro státy, kde je alkohol běžně dostupný:

- (i) Zavedení spotřební daně proporcionální vzhledem k obsahu alkoholu v nápoji a její zvyšování v závislosti na inflaci.
- (ii) Zavedení státního monopolu pro maloobchodní prodej alkoholu a zároveň minimálního věku pro jeho nákup v rozmezí 18–21 let. V případě, že není monopol z jakéhokoliv důvodu průchodný, je nutno podmínit prodej alkoholu koncesí a zavést omezení na hustotu prodejních míst a jejich otevírací doby k minimalizaci škod.
- (iii) Zákaz veškeré přímé i nepřímé propagace alkoholu.
- (iv) Zavedení maximálního přípustného množství alkoholu v krvi řidiče (0,5 nebo 0,2 ‰) a jeho viditelné náhodné i systematické kontroly.
- (v) Rozšířit, udržovat a zpřístupnit v zařízeních primární péče jednoduché intervence pro konzumenty užívající rizikově a škodlivě, a zajistit návazné intenzivní služby pro závislé.
- (vi) Vzdělávací programy by neměly být implementovány jako izolovaná opatření alkoholové politiky, nebo pouze zaměřené na škody plynoucí z užívání alkoholu, ale spíše jako opatření k posílení povědomí o problémech způsobených alkoholem a připravující půdu pro specifické intervence a politické změny.

Domníváme se, že cesta racionální alkoholové politiky je zřejmá. I porozumění harm reduction přístupu, ve vztahu k legálním návykovým látkám a vnímání přístupu snižování škod jako jedné z možných alternativ řešení problematiky a sítě služeb pro uživatele alkoholu, ji může podpořit.

Použitá a doporučená literatura

- Ambrogne, J. A. (2002). Reduced-risk drinking as a treatment goal: what clinicians need to know. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(1), 45–53.
- Anderson, P., Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A public health perspective. A report for the European Commission*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Anderson, P., Chisholm, D., Fuhr, D. C. (2009). Alcohol and Global Health 2: Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*, 373(9682), 2234–2246.
- Armitage, C. J., Norman, P., Conner, M. (2002). Can the Theory of Planned Behaviour mediate the effects of age, gender and multidimensional health locus of control? *Br J Health Psychol*, 7, 299–316.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2010). *Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the second edition*. *Addiction*, 105(5), 769–779.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C. (2000). Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95(5), 677–686.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test*. Geneva: World Health Organization.
- Bamford, Z., Booth, P. G., McGuire, J., Salmon, P. (2005). Minimal intervention as a preparation for the treatment of alcohol dependency. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 289–294.
- Beck, K. H., Fell, J. C., Yan, A. F. (2009). A Comparison of Drivers with High Versus Low Perceived Risk of Being Caught and Arrested for Driving Under the Influence of Alcohol. *Traffic Injury Prevention*, 10(4), 312–319.
- Bertelli, A. M. & Richardson, L. E. (2008). The Behavioral Impact of Drinking and Driving Laws. *Policy Studies Journal*, 36(4), 545–569.
- Bezpečný klub (2010). Představení projektu. Dostupní online na: http://www.bezpecnyklub.cz/cz/o_projektu_predstaveni.asp
- Bútora, M. (1989). *Mne sa to nemôže stať. Sociologické kapitoly z alkoholizmu*. Martin: Osveta. ISBN 8021700769.
- Curtis, M., Guterman, L. (2010). *První pomoc při předávkování a prevence*. Tišnov: SCAN. ISBN 80-86620-19-0. Elektronická verze: <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/330/2633/Vyukove-a-studijni-texty-pro-studenty-magisterskeho-studia-oboru-adiktologie>

- Ditter, S. M., Elder, R. W., Shults, R. A., Sleet, D. A., Compton, R., Nichols, J. L. (2005). Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving: a systematic review. [Review]. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5 Suppl), 280–287.
- Elder, R. W., Shults, R. A., Sleet, D. A., Nichols, J. L., Thompson, R. S., Rajab, W. (2004). Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1), 57–65.
- EMCDDA (2011). Výroční zpráva za rok 2011: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- Engels, R. C. M. E., Hermans, R., van Baaren, R. B., Hollenstein, T., Bot, S. M. (2009). Alcohol Portrayal on Television Affects Actual Drinking Behaviour. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3), 244–249.
- Fell, J. C., Voas, R. B. (2006). The effectiveness of reducing illegal limits for driving: Evidence for blood alcohol concentration (BAC) lowering the limit to .05 BAC. *Journal of Safety Research*, 37(3), 233–243.
- Foy, D. W., Nunn, L. B., Rychtarik, R. G. (1984). Broad-Spectrum Behavioral Treatment for Chronic-Alcoholics – Effects of Training Controlled Drinking Skills. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(2), 218–230.
- Fuller, R. K., Hiller-Sturmhofel, S. (1999). Alcoholism treatment in the United States. An overview. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 69–77.
- Gable, R. S. (1993). Toward a Comparative Overview of Dependence Potential and Acute Toxicity of Psychoactive Substances Used Nonmedically. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 19(3), 263–281.
- Gallet, C. A. (2007). The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Australian Journal of Agricultural and Resource Economics*, 51(2), 121–135.
- Gordon, R., Heim, D., MacAskill, S. (2012). Rethinking drinking cultures: a review of drinking cultures and a reconstructed dimensional approach. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Public Health*, 126(1), 3–11.
- Goss, C. W., Van Bramer, L. D., Gliner, J. A., Porter, T. R., Roberts, I. G., Diguseppi, C. (2008). Increased police patrols for preventing alcohol-impaired driving. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD005242.
- Gossop, M. (2000). *Living with Drugs*. Hampshire: Ashgate Publishing. ISBN 1-84014-939-6.
- Graham, K., Bernards, S., Knibbe, R., Kairouz, S., Kuntsche, S., Wilsnack, S. C. et al. (2011). Alcohol-related negative consequences among drinkers around the world. *Addiction*, 106(8), 1391–1405.
- Gruenewald, P. J. (2011). Regulating Availability: How Access to Alcohol Affects Drinking and Problems in Youth and Adults. *Alcohol Research & Health*, 34(2), 248–256.
- Hagger, M. S., Lonsdale, A., Chatzisarantis, N. L. (2012). A theory-based intervention to reduce alcohol drinking in excess of guideline limits among undergraduate students. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Br J Health Psychol*, 17(1), 18–43.
- Hahn, R. A., Kuzara, J. L., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., Fielding, J., et al. (2010). Effectiveness of Policies Restricting Hours of Alcohol Sales in Preventing

- Excessive Alcohol Consumption and Related Harms. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(6), 590–604.
- Healthy Nightlife Toolbox. (2010). Handbook Healthy Nightlife Toolbox: How to create a healthy & safe nightlife Available from http://www.hnt-info.eu/File/Handbook_printversion%20100804_DEF.PDF
- Hughes, K., Quigg, Z., Eckley, L., Bellis, M., Jones, L., Calafat, A. et al. (2011). Environmental factors in drinking venues and alcohol-related harm: the evidence base for European intervention. *Addiction*, 106 Suppl 1, 37–46.
- Hunt, N., Ashton, M., Lenton, S., Mitcheson, L., Nelles, B., Stimson, G. (2004). *Prehľad prístupov „harm reduction“ k užívaniu drog založený na dôkazoch. Progresívny pohľad na drogy*. Bratislava: NOS – OSF. Elektronická verze v angličtině: <http://forward-thinking-on-drugs.org/review2.html>
- Israel, Y., Hollander, O., Sanchez-Craig, M., Booker, S., Miller, V., Gingrich, R. et al. (1996). Screening for problem drinking and counseling by the primary care physician-nurse team. *Alcohol Clin Exp Res*, 20(8), 1443–1450.
- Jackson, R., Beaglehole, R. (1995). Alcohol consumption guidelines: relative safety vs. absolute risks and benefits. *Lancet*, 346(8977), 716.
- Jones, L., Hughes, K., Atkinson, A. M., Bellis, M. A. (2011). Reducing harm in drinking environments: a systematic review of effective approaches. *Health Place*, 17(2), 508–518.
- Kaestner, R., Yarnoff, B. (2011). Long-Term Effects of Minimum Legal Drinking Age Laws on Adult Alcohol Use and Driving Fatalities. *Journal of Law and Economics*, 54(2), 365–388.
- Ker, K., Chinnock, P. (2008). Interventions in the alcohol server setting for preventing injuries. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD005244.
- Klaw, E., Luft, S., Humphreys, K. (2003). Characteristics and motives of problem drinkers seeking help from moderation management self-help groups. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 384–389.
- Livingston, M. (2011). Alcohol outlet density and harm: Comparing the impacts on violence and chronic harms. *Drug and Alcohol Review*, 30(5), 515–523.
- Mäkelä, P., Gmel, G., Grittner, U., Kuendig, H., Kuntsche, S., Bloomfield, K. et al. (2006). Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol and Alcoholism*, 41, I8–I18.
- Mann, R. E., MacDonald, S., Stoduto, G., Bondy, S., Jonah, B., Shaikh, A. (2001). The effects of introducing or lowering legal per se blood alcohol limits for driving: an international review. *Accident Analysis and Prevention*, 33(5), 569–583.
- Marlatt, G. A., Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. *Addictive Behaviors*, 27(6), 867–886.
- McVinnay, D., Vavrinčíková, L., Sarang, A., Jirešová, K. (2005). Úvod do harm reduction. Průručka pre učiteľa. Bratislava: NOS OSF. ISBN 80 -969271-2-4
- Measham, F. (2006). The new policy mix: Alcohol, harm minimisation, and determined drunkenness in contemporary society. *International Journal of Drug Policy*, 17(4), 258–268.
- Miron, J. A., Tetelbaum, E. (2009). Does the Minimum Legal Drinking Age Save Lives? *Economic Inquiry*, 47(2), 317–336.

- Moyer, A., Finney, J. W., Swearingen, C. E., Vergun, P. (2002). Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97(3), 279–292.
- Murgraff, V., Abraham, C., McDermott, M. (2007). Reducing friday alcohol consumption among moderate, women drinkers: evaluation of a brief evidence-based intervention. *Alcohol*, 42(1), 37–41.
- Murray, C. J. L., Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy – Lessons from the global burden of disease study. *Science*, 274(5288), 740–743.
- Nechanská, B., Mravčík, V., Šťastná, L., Brožová, J. et al. (2011). *Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959*. Praha: ÚZIS. ISBN 978-80-7440-048-3
- Nelson, J. P. (2010). Alcohol advertising bans, consumption and control policies in seventeen OECD countries, 1975–2000. *Applied Economics*, 42(7), 803–823.
- Nešpor, K., Csémy, L. (2003). *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha: Sportpropag.
- Nešpor, K. et al. (2004). *Příručka pro život ve 21. století*. Praha: Sportpropag.
- Newcombe, R. (1992). The reduction of drug related harm: a conceptual framework for theory, practice and research. In: P. A. O'Hare (Ed.): Routledge.
- Nilsen, P. (2009). Brief alcohol intervention to prevent drinking during pregnancy: an overview of research findings. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 21(6), 496–500.
- Norberg, K. E., Bierut, L. J., Grucza, R. A. (2009). Long-term effects of minimum drinking age laws on past-year alcohol and drug use disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, 33(12), 2180–2190.
- Nutt, D. J., King, L. A., Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565.
- Nutt, D. J., King, L. A., Saulsbury, W., Blakemore, C. (2007). Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *Lancet*, 369(9566), 1047–1053.
- Owen, P., Marlatt, G. A. (2001). Should abstinence be the goal for alcohol treatment? *American Journal on Addictions*, 10(4), 289–291.
- Plant, E. J., Plant, M. (2005). A „leap in the dark?“ – Lessons for the United Kingdom from past extensions of bar opening hours. *International Journal of Drug Policy*, 16(6), 363–368.
- Popov, P.: Alkohol. In: Kalina, K. et al. (2003). *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6
- Radimecký, J. (2005). Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? *Adiktologie*, 5 (Supplementum), 275–280.
- Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerawattananon, Y., Patra, J. (2009). Alcohol and Global Health 1: Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*, 373(9682), 2223–2233.
- Rhodes, T. (1999). *Terénní práce s uživateli drog: Zásady a praxe*. Boskovice: Albert.
- Rhodes, T., Hedrich, D. (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*. Lisbon: EMCDDA. ISBN 978-92-9168-419-9

- Ritter, A., Cameron, J. (2006). A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. [Article]. *Drug & Alcohol Review*, 25(6), 611–624.
- Rothschild, M. L., Mastin, B., Miller, T. W. (2006). Reducing alcohol-impaired driving crashes through the use of social marketing. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Accid Anal Prev*, 38(6), 1218–1230.
- Saffer, H., Dave, D. (2002). Alcohol consumption and alcohol advertising bans. *Applied Economics*, 34(11), 1325–1334.
- Sanchez-Craig, M., Annis, H. M., Bornet, A. R., Macdonald, K. R. (1984). Random Assignment to Abstinence and Controlled Drinking – Evaluation of a Cognitive-Behavioral Program for Problem Drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 390–403.
- Sass, H., Soyka, M., Mann, K., Zieglgansberger, W. (1996). Relapse prevention by acamprosate: Results from a placebo-controlled study on alcohol dependence. *Archives of General Psychiatry*, 53(8), 673–680.
- Shapiro, H. (2005). *Drogy – obrazový průvodce* [Recreational Drugs a Directory]. Praha: Svojtka&Co. ISBN 80-7352-295-0
- Shults, R. A., Elder, R. W., Sleet, D. A., Nichols, J. L., Alao, M. O., Carande-Kulis, V. G. et al. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce alcohol-impaired driving. *American Journal of Preventive Medicine*, 21(4), 66–88.
- Sobell, M. B., Sobell, L. C. (1973). Individualized Behavior Therapy for Alcoholics. *Behavior Therapy*, 4(1), 49–72.
- Sovinová, H., Csémy, L. (2010). The Czech AUDIT: Internal consistency, latent structure and identification of risky alcohol consumption. *Central European Journal of Public Health*, 18(3), 127–131.
- Stockwell, T., Chikritzhs, T. (2009). Do relaxed trading hours for bars and clubs mean more relaxed drinking? A review of international research on the impacts of changes to permitted hours of drinking. *Crime Prevention and Community Safety*, 11(3), 153–170.
- Stronach, B. (2003). Alcohol and harm reduction. In: Buning, E., Gorgulho, M., Melcop, A. G., O'Hare, P. (Eds.), *Alcohol and harm reduction, an innovative approach for countries in transition* (pp. 27–33). Amsterdam: The International Coalition on Alcohol and Harm Reduction.
- Stone, T., Darlingtonová, G. (2003). *Léky, drogy, jedy*. Praha: Akademie věd ČR. ISBN 80-200-1065-3
- Toomey, T. L., Nelson, T. F., Lenk, K. M. (2009). The age-21 minimum legal drinking age: a case study linking past and current debates. *Addiction*, 104(12), 1958–1965.
- Vacek, J., Vondráčková, P. (2012). Přístup harm reduction k užívání alkoholu. *Adiktologie*, (12)2, 138–151.
- Van Amsterdam, J., Opperhuizen, A., Koeter, M., Van den Brink, W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. [Article]. *European Addiction Research*, 16(4), 202–207.
- Voas, R. B., Tippetts, A. S., Fell, J. (2000). The relationship of alcohol safety laws to drinking drivers in fatal crashes. *Accident Analysis and Prevention*, 32(4), 483–492.

- Volpicelli, J. R., Alterman, A. I., Hayashida, M., O'Brien, C. P. (1992). Naltrexone in the Treatment of Alcohol Dependence. *Archives of General Psychiatry*, 49(11), 876–880.
- Vondráčková, P., Štastná, L. (2012). Epidemiologie užívání alkoholu ve světě a v ČR: spotřeba, abúzus, závislost, morbidita a mortalita. *Adiktologie*, (12)2, 114–127.
- Wagenaar, A. C., Salois, M. J. & Komro, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*, 104(2), 179–190.
- Wakefield, M. A., Loken, B., Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet*, 376(9748), 1261–1271.
- Warburton, A. L., Shepherd, J. P. (2000). Effectiveness of toughened glassware in terms of reducing injury in bars: a randomised controlled trial. *Inj Prev*, 6(1), 36–40.
- Wechsler, H., Nelson, T. F. (2010). Will Increasing Alcohol Availability By Lowering the Minimum Legal Drinking Age Decrease Drinking and Related Consequences Among Youths? *American Journal of Public Health*, 100(6), 986–992.
- Wells-Parker, E., Bangert-Drowns, R., McMillen, R. & Williams, M. (1995). Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. *Addiction*, 90(7), 907–926.
- Whitlock, E. P., Polen, M. R., Green, C. A., Orleans, T. & Klein, J. (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140(7), 557–568.
- Willis, C., Lybrand, S., Bellamy, N. (2004). Alcohol ignition interlock programmes for reducing drink driving recidivism. *Cochrane Database Syst Rev*(4), CD004168.
- World Health Organization. (2002). Summary report of a World Health Organization meeting on dissemination of brief interventions for alcohol problems in primary health care: A strategy for developing countries. Alicante: World Health Organization.
- World Health Organization. (2011). Global status report on alcohol and health 2011. Geneva: WHO Press, World Health Organization.
- Zhang, N., Caine, E. (2011). Alcohol Policy, Social Context, and Infant Health: The Impact of Minimum Legal Drinking Age. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(9), 3796–3809.
- Zinberg, N. (1984). *Drug, set and setting: The basic for controlled intoxicant use*. New Haven.

Klíčové publikace projektu:

**Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni
CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK.
(VYNSPI)**

Miovský, M. a kol. (2012)

Výkladový slovník základních pojmů školské prevence rizikového chování.

Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga

Výkladový slovník překračuje oblast školní primární prevence rizikového chování. Je první publikací, která se věnuje výhradně preventivní terminologii a snaží se překlenout úskalí její mezioborovosti a meziresortnosti. Předpokládáme, že publikace najde využití v pregraduální výuce různých oborů, stejně tak v oblasti celoživotního vzdělávání v prevenci rizikového chování. Preventivní pracovníci nestátních neziskových organizací mohou používat výkladový slovník jako podklady při strukturování a vývoji vlastních preventivních intervencí, při psaní dotačních žádostí na dotčené dotační agentury a resorty, při vyhodnocování efektivity preventivních intervencí, při zvyšování vlastních znalostí atd.

Publikace obsahuje celkem 28 klíčových (primárních) hesel. Základní hesla relevantní pro primární prevenci rizikového chování mají abecední řazení. Všechna hlavní hesla výkladového slovníku jsou opatřena anglickým ekvivalentem pro usnadnění práce s anglicky psanou odbornou literaturou.

Miovský, M., Skácelová, L., Čablová, L., Veselá, M., Zapletalová, J. (2012)

Návrh doporučené struktury Minimálního preventivního programu prevence rizikového chování pro základní školy.

Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga

Publikace představuje ucelený pokus o návrh doporučené struktury, obsahu a rozsahu Minimálního preventivního programu (MPP) v České republice. Jde de facto o návrh uceleného komplexního preventivního programu pro ZŠ, který splňuje přísná kritéria kladená na školní programy prevence rizikového chování. Návrh vychází jednak ze současného stavu výzkumu v této oblasti a jednak z praxe provádění programů v ČR. Smyslem textu je nabídnout podnět k diskusi o možnostech a podobách MPP, nikoli vytvořit jeho uniformní model. Autoři si kladou za cíl podpořit diskusi o dalším směřování a vývoji MPP u nás a současně do této diskuse přispět skutečně konkrétním a jasným návrhem. Klíčové pro diskusi o tomto návrhu je ale správné pochopení základních principů, na kterých je vystavěn. Tedy že nejde o výčet konkrétních programů, ale o návrh obecného rámce začínajícího pravidly bezpečné školy a jdoucího přes další nespécifické preventivní aktivity (dovednosti pro život) až k aktivitám (intervencím) specifickým. Důležitý přitom je aplikovaný model spirály, tedy postupného navazování dílčích částí na sebe v závislosti na věkových skupinách žáků a vazbě dílčích témat mezi sebou. Celý popis je založen na specifikaci výstupních deskriptorů: znalostí, dovedností a kompetencí. Jinými slovy, návrh umožňuje škole strukturu vyplnit libovolnými vhodně zvolenými programy v závislosti na jejich personálních, ekonomických a dalších možnostech a závazně pro ni by v tomto smyslu bylo pouze to, aby žáci na konci daného věkového období měli potřebné znalosti, dovednosti a kompetence. To zpětně posiluje roli školního metodika prevence, školního poradenského pracoviště i ředitele a respektuje individuální povahu a reálné možnosti každé školy.

Současně návrh ukazuje, že pokud škola dobře implementovala princip rámcových vzdělávacích programů, pak zvládnout navržený komplexní program v rozsahu 86 hodin (1.–9. třída ZŠ) pro ni nemůže být zásadním problémem. Průnik s vyučovými předměty (biologie, občanská nauka či rodinná výchova atd.) je tak zásadní, že předložený návrh vyžaduje jen velmi malý nárok na uvolnění potřebných hodin pro realizaci preventivních programů nad tento rámec.

Pavlas Martanová, V. (ed.) (2012)
Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů
školské primární prevence rizikového chování.
Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga

Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti. Jde o proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými Standardy a udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění.

Standardy jsou rozsáhlým dokumentem revidovaným a přijatým ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy v letech 2005 a 2008, v roce 2012 pak v rámci projektu VYNSPI (Projekt CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK) rozšířeným na všechny typy rizikového chování. Standardy ve své obecné a speciální části definují základní pojmy, cílové skupiny preventivních programů a zásady efektivy primárně preventivního působení. Dále pak v podobě bodovatelných kategorií vymezují charakteristiky, které by měl kvalitní program obecně splňovat, například: dostupnost, zacílenost, respekt k právu klientů, hodnocení potřeb klienta, adekvátní personální a organizační zabezpečení programů, odpovídající materiálně – technické zázemí a další. Od roku 2012 si Standardy pokládají za cíl možnost posouzení kvality programů zaměřených na jakýkoli typ rizikového chování a ve své speciální části rozlišují tři typy přímého preventivního působení, tedy tři typy programů: programy všeobecné, selektivní a indikované školské primární prevence rizikového chování.

Pavlas Martanová, V. (2012)
Certifikační řád a metodika místního šetření pro proces certifikace
dle Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů
školské primární prevence rizikového chování.
Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga

Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti. Jde o proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými Standardy a udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění.

Tyto dva texty, certifikační řád a metodika místního šetření, upravují podmínky pro certifikaci programů školské primární prevence dle Standardů odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování z roku 2012. Vymezují základní pojmy, cíle a principy certifikace a popisují úkoly jednotlivých subjektů účastnících se celého procesu i proces samotný na různé úrovni obecnosti. Certifikační řád je základním obecným ustanovením a metodika místního šetření pak nástrojem praktické realizace procesu certifikace. Dokument obsahuje též formuláře závěrečné zprávy a protokolu z místního šetření.

Pavlas Martanová, V. a kol. (2012)

Manuál certifikátora: nástroj k praktické realizaci procesu certifikace dle Certifikačního řádu a metodiky místního šetření v souladu se Standardy odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence rizikového chování. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Certifikace odborné způsobilosti poskytovatelů programů školské primární prevence je posouzení a formální uznání, že program odpovídá stanoveným kritériím kvality a komplexnosti. Jde o proces posouzení služby podle kritérií stanovených schválenými Standardy a udělení či neudělení certifikátu o jejich naplnění.

Manuál certifikátora je praktickým nástrojem, podle kterého postupuje certifikační agentura při realizaci místních šetření v zařízeních, která o certifikaci žádají. Manuál se zabývá konkrétní náplní práce certifikátorů v jednotlivých fázích certifikačního procesu a řeší též technické aspekty jejich práce. V přílohavé části lze nalézt celou řadu formulářů používaných v certifikačním procesu a při místním šetření, etický kodex certifikátora, žádost a závaznou objednávku certifikačního šetření, záznamový arch hospitace v programu specifické školské primární prevence a další.

Charvát, M., Jurystová, L., Miovský, M. (2012)

Čtyřúrovňový model kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování ve školství. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga

Model představuje návrh klasifikace kvalifikačních stupňů pro pracovníky v primární prevenci rizikového chování (PPRCH) ve školství. Vychází z potřeby koordinovaného vzdělávání pracovníků v PPRCH nejen u pedagogických pracovníků, ale také u všech dalších profesí vstupujících v rámci preventivních aktivit do škol, případně majících vliv na podobu těchto preventivních aktivit.

Navrhovaný model prezentuje čtyři hierarchicky seřazené stupně odbornosti preventivního pracovníka (od tzv. preventivního minima až po expertní úroveň), přičemž jednotlivé úrovně jsou odstupňovány podle náročnosti prováděných preventivních aktivit a především podle úrovně znalostí, dovedností a dalších kompetencí potřebných pro jejich realizaci. Požadavky na odbornost preventivních pracovníků jsou podstatné i z hlediska možného iatrogenního vlivu preventivních aktivit při jejich neodborném provádění. Navrhované kvalifikační předpoklady (znalosti, dovednosti a kompetence) jsou navíc v modelu jasně vymezeny a jsou ověřitelné (hodnotitelné).

Model zároveň zohledňuje existující pozice ve školství, jak je definuje zákon a prováděcí vyhlášky, a stejně tak i neformální, spontánně vzniklou strukturu složenou z odborníků, kteří se problematice primární prevence věnují v terénu. Integrovanou součástí modelu je i návrh postupu uznávání jednotlivých úrovní kvalifikačních předpokladů u pracovníků, kteří v prevenci již léta působí a prošli různými vzdělávacími aktivitami. Vzdělávání je i v tomto modelu koordinováno MŠMT a naplňováno jím pověřenými akreditovanými vzdělávacími institucemi a autorizovanými osobami. Svou celkovou koncepcí se návrh drží zásady neměnit, co je funkční, a přitom citlivě zavádět nová systémová opatření s cílem zvýšení kvality a dostupnosti funkční primární prevence ve školství.

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P. (Eds.) (2010)

Primární prevence rizikového chování ve školství.

Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga

Kniha je zaměřena oblast prevence rizikového chování ve školství z hlediska základní teorie i praxe, včetně legislativních otázek. Školní prevence rizikového chování je v České republice nejvíce rozvinutou oblastí. Školy a školská zařízení umožňují realizátorům prevence snadný přístup k cílovým skupinám, v prostředí, které je pro realizaci preventivních programů bezpečné. Takto pojatá původní publikace je v oblasti školní prevence rizikového chování v České republice první svého druhu. Snahou editorů bylo ve spolupráci s autory dílčích kapitol sestavit soubor textů, které by v ucelené formě na jednom místě shrnovaly současný stav prevence rizikového chování v prostředí českého školství. Kniha obsahuje standardní údaje, které mají za cíl usnadnit čtenáři orientaci v textu (použitá literatura, použité zkratky, jmenný rejstřík, věcný rejstřík, seznam obrázků a seznam tabulek).

Publikace může sloužit jako učebnice v pregraduální výuce různých oborů (zejm. pedagogie, adiktologie, psychologie), stejně tak v rámci celoživotního vzdělávání, včetně specializačních kurzů. Jako cenný zdroj informací může sloužit začínajícím preventivním odborníkům na regionální i oblastní úrovni, koordinátorům prevence, pedagogům – školním metodikům prevence, ale i ostatním pracovníkům školy.

Širůčková, M., Miovský, M., Skácelová, L., Gabrhelík, R. a kol. (2012)

Příklady dobré praxe programů školské prevence rizikového chování.

Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga

Manuál obsahuje vybrané prověřené a osvědčené programy z oblasti primární prevence na třech úrovních provádění z hlediska cílové skupiny, tj. všeobecná, selektivní a indikovaná prevence. Specifikace každého programu je uvedena vždy jednotně v přehledové tabulce, která obsahuje informace: Úroveň provádění (všeobecná, selektivní a indikovaná), Oblast zaměření (nespecifická, specifická), Cílová skupina (např. předškolní děti, rodiče), Forma (např. interaktivní), Délka programu (krátko-, středně-, dlouhodobý program), Poskytovatel (kontaktní informace o realizátorovi). Popis každého programu má jednotnou, předem definovanou strukturu. Povinně obsahuje: název preventivního programu, anotaci programu, popis teoretických východisek programu, cílů programu, popis cílové skupiny, popis časové struktury, obsah programu, personální nároky, kontraindikace a omezení, způsob hodnocení efektivity programu, materiální požadavky a pomůcky, prostorové požadavky, návaznosti a vhodné kombinace, podpůrné materiály (např. Internet), přibližná cena programu, plné kontakty na realizátora. Cílem autorů je v budoucnu Manuál aktualizovat a rozšiřovat o další programy, které se v oblasti prevence rizikového chování objeví a iniciovat projekt, v jehož rámci by mohly další autorské kolektivy a organizace přidávat do manuálu své programy, které by tam mohly být sdíleny dalšími odborníky z praxe.

**Všechny publikace jsou dostupné v elektronické podobě ve formátu *.pdf na stránkách
Kliniky adiktologie: <http://www.adiktologie.cz>. V plné verzi jsou texty umístěny
v kategorii „Publikace“, v sekci „Monografie“.**

V tištěné podobě byly knihy vydány v omezeném nákladu a jsou již prakticky nedostupné.

Vznik těchto publikací byl finančně podpořen projektem
Tvorba systému modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálně patologických jevů
pro pedagogické a poradenské pracovníky škol a školských zařízení na celostátní úrovni
CZ.1.07/1.3.00/08.0205 ESF OP VK



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky
a je spolufinancován z institucionální podpory na rozvoj výzkumné organizace, PRVOUK-P03/LF1/9.



Klinika adiktologie

Klinika adiktologie
1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
Apolinářská 4, 128 00 Praha 2
tel./fax: +420 224 965 035
www.adiktologie.cz / info@adiktologie.cz

Klinika adiktologie je odborné pracoviště 1. LF UK v Praze a VFN v Praze. Vznikla k 1. 1. 2012 spojením Centra adiktologie Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a Oddělení pro léčbu závislosti VFN v Praze. Jde na tomto poli o zcela unikátní spojení dvou doposud samostatných pracovišť, zahrnujících jak lékařskou, tak nelékařskou část profesí, pohybujících se v tomto nově se konstituujícím oboru.

Klinika adiktologie se zaměřuje na klinický lůžkový provoz a na výuku a výzkum v adiktologii, oboru zkoumajícím rizikové prostředí užívání návykových látek a závislostní chování. Hlavní činnost kliniky je rozdělena do celkem čtyř oblastí:

- a) *klinický provoz zahrnuje 7 současných oddělení OPZ VFN v Praze:*
 - ◆ Lůžkové oddělení muži
 - ◆ Lůžkové oddělení ženy
 - ◆ Detoxifikační oddělení
 - ◆ Centrum metadonové substituce
 - ◆ Ambulance pro alkoholové závislosti
 - ◆ Ambulance pro nealkoholové závislosti
 - ◆ Centrum pro psychoterapii a rodinnou terapii
- b) *pregraduální výukové programy:*
 - ◆ výuka studentů medicíny a stomatology v oboru adiktologie včetně širšího rámce oboru psychiatrie
 - ◆ pregraduální výuka v bakalářském oboru adiktologie (prezenční a kombinovaná forma výuky v českém jazyce)
 - ◆ pregraduální výuka v magisterském oboru adiktologie (prezenční a kombinovaná forma výuky v českém jazyce)
- c) *vědeckovýzkumná činnost a postgraduální výuka v oboru adiktologie (ve fázi akreditace), včetně zahraniční spolupráce v této oblasti; dnes existují čtyři centra:*
 - ◆ Centrum primární prevence užívání návykových látek a souvisejícího rizikového chování
 - ◆ Centrum pro teorii a praxi diagnostiky, terapie a rehabilitace poruch a onemocnění spojených s užíváním návykových látek
 - ◆ Centrum pro teorii a praxi intervencí „harm reduction“ a „risk reduction“
 - ◆ Centrum pro teorii a praxi trestněprávních a kriminologických souvislostí s užíváním návykových látek
- d) *celoživotní vzdělávání a rozvojové projekty v oboru adiktologie*

Kliniku adiktologie tvoří tým odborníků v oboru adiktologie, psychologie, psychiatrie, práva, epidemiologie, sociální práce, ekonomie, kriminologie a speciální pedagogiky, kteří mají zkušenosti s léčbou závislosti, domácím i mezinárodním výzkumem, rozvojovými projekty a vysokoškolskou výukou.

**Zajímá tě role návykových látek ve společnosti a programy protidrogové politiky, které ji ovlivňují?
Chceš být adiktologem, tedy odborníkem na závislosti, který rozumí základům práva, sociologie,
sociální práce, psychologie a zdravotní vědy?**

**Máš chuť během studia a po něm pracovat s lidmi, kteří se chovají rizikově,
a motivovat je ke změně?**

Odpověď je bakalářské studium adiktologie!

www.adiktologie.cz/studium

Najdi si studium adiktologie na Facebooku!

BAKALÁŘSKÉ STUDIUM ADIKTOLOGIE

- zajímavý nelékařský zdravotnický obor na 1. LF UK v prezenční a kombinované formě
 - mezioborové vzdělání s kvalifikací pro samostatnou práci ve zdravotnictví
 - pestré studium vyučované předními odborníky v oboru adiktologie
 - studium v prezenční nebo v distanční podobě při zaměstnání
 - možnost pokračovat v magisterském stupni studia

O studiu: Bakalářské studium adiktologie je rozvrženo do 3 let studia. V prvním roce je kladen důraz především na osvojení znalostí v základních medicínských oborech, jež jsou doplněny o úvod do studia adiktologie. Od druhého ročníku se studium soustředí na odborné adiktologické předměty s mezioborovým přesahem do oblasti psychologie, sociální práce, sociologie, práva nebo kriminologie. Závěr studia je zaměřen na praktickou přípravu, která zahrnuje zvládnutí základních poradenských a terapeutických dovedností. Studium je zakončeno státní závěrečnou zkouškou a obhájením odborné práce na aktuální adiktologické téma v České republice. Studenti oboru adiktologie mají možnost strávit část studia na zahraničních partnerských univerzitách a také dále pokračovat v navazujícím magisterském studiu adiktologie na 1. LF UK. Bakalářský program adiktologie je možné studovat také v kombinované podobě, což umožňuje doplnit si odborné VŠ vzdělání při zaměstnání.

Uplatnění absolventů: Absolventi oboru adiktologie se uplatňují zejména jako pracovníci preventivních programů užívání návykových látek a pracovníci služeb pro uživatele drog (zdravotnických i nezdravotnických, státních i nestátních), a dále jako pracovníci veřejné správy koordinující systém péče pro uživatele drog a prevence rizikového chování. Osvojené znalosti a dovednosti mohou uplatnit v širokém spektru multidisciplinárních týmů, jež se zabývají řešením problémů spojených s užíváním návykových látek v různých pracovních prostředích – např. nízkoprahové zařízení pro uživatele drog, terapeutická komunita, zařízení sociálních služeb nebo speciálního školství, vězeňská služba, policie či soukromý sektor. Profese adiktologa je zařazena mezi nelékařská zdravotnická povolání, a to novelou zákona č. 96/2004 Sb., adiktolog tak může provádět samostatnou práci ve zdravotnictví.

Požadavky na uchazeče: Studium je vhodné pro všechny, kdo se zajímají o interdisciplinární obor adiktologie nebo v něm pracují a kdo dokončili úplné středoškolské vzdělání s maturitou. Příjímácí řízení se skládá ze dvou částí, písemné a ústní zkoušky, jež mají povinnou a dobrovolnou část. Uchazeč bude ke studiu přijat, pokud úspěšně zvládne obě jejich povinné části zaměřené na znalosti v oboru adiktologie, biologie, chemie a fyziky v rozsahu dostupných modelových otázek. V dobrovolné části uchazeč dokládá svou motivaci ke studiu odbornou praxí nebo písemnou prací v oboru adiktologie.

Termín pro zaslání přihlášek k přijímacímu řízení je 28. únor daného roku. Zájemci o studium musí ve stanoveném termínu zaslat vyplněnou přihlášku k přijímacímu řízení (ke stažení na <http://is.cuni.cz/studium>), potvrzení od praktického lékaře a potvrzení o zaplacení poplatku za úkony spojené s přijímacím řízením a úspěšně složit přijímací zkoušky.

Zajímá tě problematika veřejného a duševního zdraví v kontextu dalších oborů, jako je právo, sociologie, sociální práce, psychologie nebo ekonomie?

Baví tě výzkum v oblasti společenských věd a zajímá tě jeho využití v praktické protidrogové politice? Chceš se podílet na obrazu návykových látek ve společnosti, programech pro jejich uživatele a na koordinaci těchto programů?

Odpověď je magisterské studium adiktologie!

www.adiktologie.cz/studium

Najdi si adiktologii na Facebooku!

MAGISTERSKÉ STUDIUM ADIKTOLOGIE

- navazující magisterský obor na 1. lékařské fakultě UK v prezenční a kombinované formě
- mezioborové vzdělání s kvalifikací pro samostatnou práci ve zdravotnictví
- pestré studium vyučované předními odborníky v oboru adiktologie

O studiu: Navazující magisterské studium adiktologie je rozvrženo do 2 let studia. Studium absolventy vybaví teoretickými poznatky a praktickými dovednostmi z oblasti prevence a léčby závislosti a protidrogové politiky. Program současně rozvíjí dvě samostatné studijní linie představované koncepty duševního zdraví (mental health) a veřejného zdraví (public health). Do studijního programu jsou zařazeny dvě odborné stáže. Velký důraz je kladen na položení základů vědeckovýzkumné práce. Studijní program adiktologie vychází z rozvíjeného moderního mezioborového přístupu, který nenabízí žádný z doposud existujících studijních oborů a o který je v praxi stále větší zájem. Absolventi jsou vybaveni pro další pokračování v doktorském studijním programu.

Uplatnění absolventů: Absolventi magisterského oboru adiktologie se uplatní v oblasti preventivních programů užívání návykových látek, ve službách pro uživatele drog (zdravotnických i nezdravotnických, státních i nestátních), v oblasti výzkumu a vzdělávání, ve veřejné správě koordinující systém péče o uživatele drog a prevence rizikového chování nebo v oblasti vymáhání práva (policie, vězeňská služba), a to zejména na manažerských a koordinačních pozicích. Kombinace hlavních pilířů studia vytváří unikátní studijní profil, splňující jak nároky spojené s dovednostmi v oboru adiktologie a všech jeho aplikačních oblastech, tak možnost uplatnit se mimo oblast zdravotnictví všude tam, kde je po aplikaci konceptů duševního zdraví a veřejného zdraví v posledních letech stále silnější poptávka (školství, speciální školství, sociální péče, rozvoj preventivních strategií a programů, soukromý sektor atd.). Profese adiktologa je zařazena mezi nelékařská zdravotnická povolání, a to novelou zákona č. 96/2004 Sb., adiktolog tak může provádět samostatnou práci ve zdravotnictví. Tato kvalifikace je podmíněna absolvováním bakalářského studijního programu adiktologie nebo splněním kvalifikačního kurzu.

Požadavky na uchazeče: Studium je vhodné pro absolventy VŠ bakalářských studijních programů, včetně studijního programu Adiktologie. Absolventi jiných oborů než bakalářského studijního programu Adiktologie mají možnost doplnit si znalosti a dovednosti z oboru adiktologie v rámci kvalifikačního kurzu akreditovaného u Ministerstva zdravotnictví ČR, který je zároveň podmínkou pro získání kvalifikace adiktologa (a tím pádem samostatnou práci ve zdravotnických službách). Přijímací řízení k magisterskému studiu adiktologie se skládá ze znalostního testu v oboru adiktologie v rozsahu, který odpovídá náplni bakalářského programu adiktologie. Přijímací zkoušky probíhají v písemné a následně ústní formě. V ústní části přijímacího řízení je kromě výsledků písemného testu zohledněno také vypracování odborné práce v oboru adiktologie nebo doložená praxe v oboru adiktologie.

Termín pro zaslání přihlášek k přijímacímu řízení je 28. únor daného roku. Zájemci o studium musí ve stanoveném termínu zaslat vyplněnou přihlášku k přijímacímu řízení (ke stažení na <http://is.cuni.cz/studium>), potvrzení od praktického lékaře a potvrzení o zaplacení poplatku za úkony spojené s přijímacím řízením a úspěšně složit přijímací zkoušky.

**Chcete realizovat špičkový výzkum v oblasti veřejného a duševního zdraví v kontextu dalších oborů, jako je právo, sociologie, sociální práce, psychologie nebo ekonomie?
Zajímá vás výzkumná práce zaměřená na klinické faktory úspěšné léčby závislosti?
Máte zájem připravovat svou výzkumnou práci podklady pro dynamicky se rozvíjející politiku v oblasti minimalizace rizikového prostředí užívání návykových látek?**

Odpověď je doktorské studium adiktologie!

www.adiktologie.cz

DOKTORSKÉ STUDIUM ADIKTOLOGIE

- čtyřleté doktorské studium na 1. lékařské fakultě UK v Praze
 - v prezenční a v kombinované formě
- transdisciplinární výukový a výzkumný program vedený předními odborníky v oboru adiktologie
 - program zaměřený na zajímavá výzkumná a klinická témata s přesahem do oblasti veřejného a duševního zdraví

O studiu: Doktorský studijní program adiktologie je rozvržen do 4 let studia. Program vede studenty k osvojení schopností a dovedností nezbytných k analýze různých faktorů rizikového prostředí pro škodlivé užívání návykových látek a pro závislostní chování. Jádrem programu je klinický výzkum a praxe, zaměřené na oblast duševního zdraví a dále potom výzkum v oblasti veřejného zdraví, jejichž výstupy představují podklady pro na důkazech založené rozhodování ve zdravotní politice v souvislosti s užíváním návykových látek. Jádrem programu je metodologické vedení k transdisciplinárnímu výzkumu v oboru adiktologie a kombinace kvantitativních a kvalitativních výzkumných metod, které jsou v oboru adiktologie sjednoceny do komplexního epistemologického rámce.

Uplatnění absolventů: Kombinace tří pilířů studia (expertiza v rizikovém prostředí, klinická excelence a veřejnozdravotní analýza) si klade za cíl poskytnout absolventům programu odborné kompetence pro transdisciplinární adiktologický výzkum aplikovaný mj. na oblast klinického hodnocení efektivity veřejnozdravotních politik. Díky tomu budou absolventi programu dobře připraveni na potřeby praxe v oboru vědy a výzkumu, stejně jako na expertní pozice ve veřejném i v soukromém sektoru. Jejich transdisciplinární východiska jim umožní spolupracovat s kolegy z celé řady disciplín, komunikovat výsledky svého výzkumu manažerům a decision-makerům na mezeřesortní úrovni, a ujímat se např. vedoucích pozic na vysokém stupni odbornosti a/nebo se profilovat jako vědeckovýzkumní pracovníci na tuzemských či zahraničních univerzitách.

Požadavky na uchazeče: Studium je vhodné pro absolventy VŠ magisterských studijních programů ze souvisejících studijních oborů (medicína, zdravotnické obory, psychologie aj., včetně studijního programu Adiktologie). Ústní přijímací pohovor následně prověří: (i) motivaci ke studiu; (ii) znalosti z oboru adiktologie, (iii) fundamentální znalosti z metodologie, z oborů biologie člověka a společenských věd; dále (iv) uchazeč představí projekt své disertační práce v anglickém jazyce, v anglickém jazyce reaguje na případné dotazy; před podáním je vhodné zamýšlený projekt konzultovat s možným školitelem či konzultantem; projekt by měl být tematicky v souladu se zaměřením výzkumné činnosti pracoviště (Klinika adiktologie 1. LF UK v Praze a VFN v Praze) či partnera studijního programu (Psychologický ústav AV ČR). Projekt odevzdává v české a anglické verzi (každá jazyková verze v rozsahu min. 4 normostran). Výhodou při přijímacím řízení je vlastní doložená praxe v oboru (např. člen řešitelského výzkumného týmu, dobrovolnická pomoc, stáž v zařízení atd.).

Termín pro zaslání přihlášek k přijímacímu řízení je 28. únor daného roku. Zájemci o studium musí ve stanoveném termínu zaslat vyplněnou přihlášku k přijímacímu řízení (ke stažení na <http://is.cuni.cz/studium>), potvrzení od praktického lékaře a potvrzení o zaplacení poplatku za úkony spojené s přijímacím řízením a úspěšně složit přijímací zkoušky.

Konference

PRIMÁRNÍ PREVENCE RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ (PPRCH)

Od roku 2004 se každoročně na podzim koná konference
Primární prevence rizikového chování,
na které se pravidelně schází více než 300 odborníků
z oblasti prevence rizikového chování.

Konferenci organizuje:

**Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**

ve spolupráci s hlavními partnery:

**Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR
Hlavní město Praha
Katedra psychologie PedF, Univerzita Karlova v Praze**

Během každé konference je vedle hlavního tématu věnován prostor
tematickým blokům z oblasti rizikového chování:

- agrese a šikana
- rizikové sporty a rizikové chování v dopravě
 - poruchy příjmu potravy
 - rasismus a xenofobie
 - negativní působení sekt
 - sexuální rizikové chování
- závislostní chování (adiktologie)
- systémový přístup v primární prevenci

Na konferenci zaznívají **jak příspěvky teoretické, koncepční, tak praktické,
vycházející ze zkušeností a podmínek v České republice**
(kazuistiky, příklady dobré praxe).

Bližší informace o konferenci lze nalézt zde:

www.pprch.cz

KLINIKA ADIKTOLOGIE 1. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE
A VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
WWW.ADIKTOLOGIE.CZ

ISBN 978-80-7476-008-2



NEPRODEJNÉ

