

Harm reduction a užívání tabáku



Lenka Vavrinčiková

U Č E B N Í T E X T Y

HARM REDUCTION A UŽÍVÁNÍ TABÁKU

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

HARM REDUCTION A UŽÍVÁNÍ TABÁKU

Lenka Vavrinčíková

Recenzent:

doc. PhDr. Róbert Ochaba, PhD., MPH

HARM REDUCTION A UŽÍVÁNÍ TABÁKU

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

978-80-7476-009-9

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 Základní epidemiologický souhrn	9
2 Tabák jako rostlina a nikotin jako psychoaktivní návyková látka	13
3 Harm reduction přístup a užívání tabáku	21
3.1 Intervence harm reduction působící na úrovni společnosti	23
3.2 Intervence harm reduction působící na úrovni individua	25
<i>Závěr</i>	33
<i>Použitá a doporučená literatura</i>	35

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

Kouření tabáku a z něho vyplývající nikotinová závislost je bezesporu jednou z nejrozšířenějších drogových závislostí v České republice. Co se týče mortality,¹ řadí se k legálnímu alkoholu a teprve daleko za nimi následují počty úmrtí spojené s užíváním jiných nelegálních návykových látek. Ve vyspělém světě zůstává kouření cigaret nejvýznamnější odstranitelnou příčinou úmrtí. Světová zdravotnická organizace (dále WHO) udává, že žádný jiný konzumní produkt není tak nebezpečný a nezabíjí tolik lidí jako tabákové výrobky (Shapiro, 2005).

Kouření tabáku jako nejrozšířenější způsob jeho užívání je hlavní příčinou vzniku a úmrtí na různá kardiovaskulární, respirační a nádorová onemocnění a významně zvyšuje riziko dalších nemocí. Kouření neohrožuje pouze samotné kuřáky, ale i další osoby. Známý jsou negativní dopady pasivního kouření a kouření během těhotenství, které působí nepříznivě na vývoj plodu. Právě identifikace účinků pasivního kouření² posiluje bouřlivě diskutované snahy o zákaz kouření na veřejných místech a již realizovaná restriktivní opatření.

Nikotin ve vzniku většiny onemocnění a sociálních důsledků v souvislosti s kouřením hraje pouze malou nebo nulovou roli (Rodu – Godshall, 2006), tento fakt můžeme považovat za východiskový z hlediska přístupu harm reduction – minimalizace škod spojených s užíváním tabáku; angl. varianta a zkratka: tobacco harm reduction – THR (IHRA, 2012). Kombinace vysokého stupně potenciální škodlivosti užívání tabáku (zejména kouření) a vysoké míry rozšíření jeho užívání vede k úvaze, že zvláště u tabáku je uplatňování pragmatického harm reduction přístupu žádoucí. Minimalizace škod v souladu s diskurssem „veřejného zdraví“ je oficiálním pilířem evropské protidrogové politiky (EMCDDA, 2010) a minimalizace škod byla také v historii vždy přítomná jako jeden z přístupů k lidskému chování.

Intervence harm reduction, které v textu prezentujeme, se zaměřují na způsoby, jak je tabák užíván, respektive na snižování rizik s jeho užíváním spojených, jež mohou potenciálně vést ke zdravotním nebo sociálním poškozením. Tímto přístupem intervence harm reduction podporují méně rizikové chování u lidí,

1 úmrtnost, demografický ukazatel

2 WHO preferuje označení „nepřímý tabákový kouř“ resp. „tabákový kouř v prostředí“; dostupné na http://www.who.int/tobacco/research/secondhand_smoke/en/index.html

kteří tabák užívají (kouří), a tak přispívají ke snižování možných nepříznivých dopadů užívání návykových látek (tabáku) nejenom na jejich uživatele, ale i na společnost (Rhodes, Hedrich, 2010; Radimecký, 2005). Základní principy harm reduction; charakteristiky, které tento přístup zaměřený na snižování škod spojených s užíváním návykových látek vymezují; základní epidemiologická data a charakteristika tabáku a nikotinu z pohledu minimalizace rizik (risk reduction a harm reduction) učební text logicky dotváří.

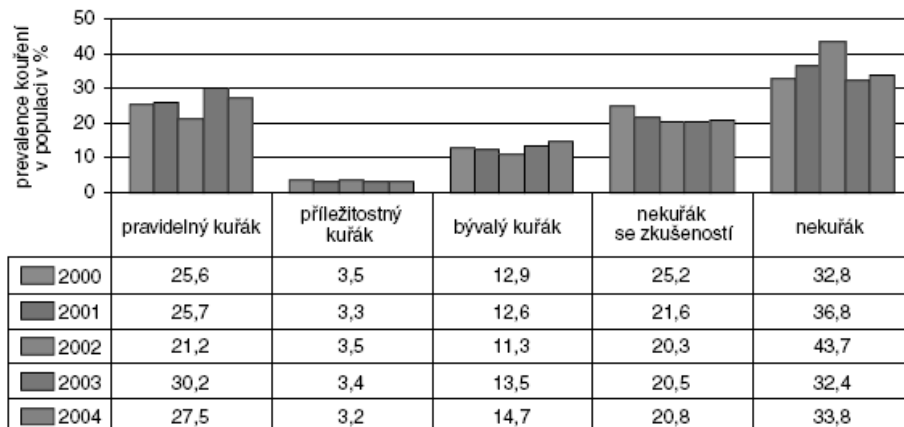
1 Základní epidemiologický souhrn

Na webové stránce www.kurakovaplice.cz, kterou administruje lékař, je výrok, který nás po celou dobu tvorby předkládaného textu provázel: „Česká republika je jednou z evropských kuřáckých velmocí. Podle statistik u nás kouří přibližně dva a půl milionu lidí a roční spotřebou cigaret se řadíme mezi první čtyři státy v Evropě – před námi je jen Polsko, Maďarsko a Rusko. I proto bychom měli vědět, co je mýtus a co je fakt při kouření tabáku.“ Epidemiologická data popisují a umožňují poznat východiskový stav (terén, sociální kontext), a tak vytváří rámec pro síť adiktologických služeb, konkrétní intervence v systému pomoci uživatelům návykových látek (vč. tabáku) na kontinuu: **pre-
vence – léčba – následná péče – harm reduction**.

Na světě kouří 1 miliarda mužů (35 % mužů z rozvinutých zemí a 50 % mužů z rozvojových zemí) a 250 milionů žen (22 % žen v rozvinutých zemích a 9 % v rozvojových zemích). Každý den je na světě vykouřeno přibližně 15 miliard cigaret (Mackay, Eriksen, 2002). Užívání tabáku může zabít tolika způsoby, že tvoří rizikový faktor pro 6 z 8 hlavních příčin smrti na světě (WHO, 2008). Kouření cigaret je každý rok v EU odpovědné za přibližně 730 000 úmrtí, včetně 80 000 obětí pasivního kouření (ASPECT Consortium, 2004). Prevalence kouření v posledních čtyřiceti letech v zemích západní Evropy pozitivně klesá, ale stále má stoupající tendenci v mnoha zemích východní Evropy (Rhodes, Hedrich, 2010).

V České republice celkově kouří necelá třetina obyvatel ve věku 15–64 let (mezi občany pod 15 a nad 64 let podíl kuřáků strmě klesá). Dle posledních dostupných dat z roku 2009 – 23,6 % občanů ČR kouří alespoň jednu cigaretu denně a dalších 2,7 % občanů ČR kouří méně než 1 cigaretu denně (příležitostní kuřáci). Můžeme objektivně sumarizovat, že 26,3 % občanů ČR lze označit jako pravidelné kuřáky (Sovinová et al., 2010).

Graf 1 | Prevalence kouření v populaci ČR 2000–2004



Zdroj: Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci v ČR. SZÚ, 2011.

Legenda ke grafu:

Výběrové šetření zahrnovalo populaci ve věku 15–64 let.

Pravidelný kuřák = kuřák v současné době kouřící nejméně 1 cigaretu denně

Příležitostný kuřák = kuřák v současné době kouřící méně než 1 cigaretu denně

Bývalý kuřák = bývalý kuřák, který v životě vykouřil více než 100 cigaret

Nekuřák se zkušeností = nekuřák, i když kdysi zkoušel kouřit (bylo to však méně než 100 cigaret v životě)

Nekuřák = nikdy nekouřil

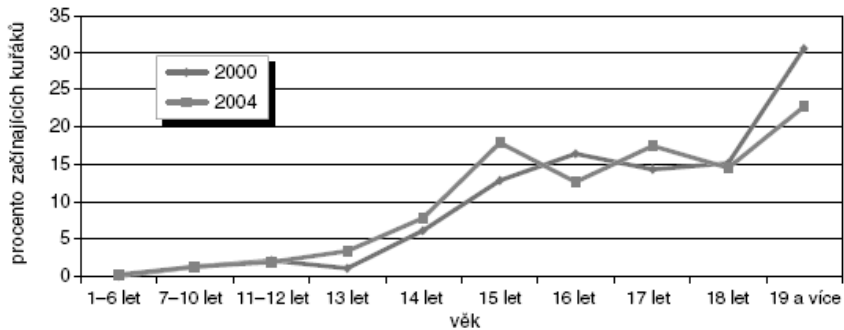
Prevalence kouření ve věkové skupině 15–64 let byla ve sledovaném období víceméně stabilní (kuřáků rapidně nepřibývá ani neubývá). Paradoxně ke všem preventivním opatřením byl největší podíl kuřáků zjištěn v nejmladší věkové skupině 15–24 let (Sovínová et al., 2010). V ČR umírá každoročně kolem 18 000 osob na nemoci způsobené kouřením (téměř pětina z celkového počtu všech úmrtí v ČR; přibližně 50 lidí denně). Celoživotní kouření zkracuje kuřákům (ve srovnání s nekuřáky) život v průměru o 10 až 15 let.¹

Výzkumy potvrzují, že většina kuřáků začíná kouřit v dětském věku nebo v adolescenci, kritickým obdobím je zejména věk od 14 do 15 let. Mezi 15. až 18. rokem kouří cca 40–50 % mladých, zejména dívek. Celkově počet kuřáků klesá (cca 10 % za 10 let), přestávají však spíše muži a starší (Králíková, 2003). Mezi českými teenagery (13–15 let) dle údajů z roku 2006 denně kouří asi 16 %. Více kouří dívky, celkově bylo kuřaček 23,5 %, chlapců necelých 20 %. Díky

¹ více informací: http://www.pharmanews.cz/2009_03/site/clanek5.html

dílčím harm reduction opatřením: zákaz reklamy na tabák, zdražení cigaret a snížení jejich dostupnosti (posun hranice pro prodej z 16 na 18 let) se začíná projevovat pokles počtu kuřáků v nejrizikovější skupině – teenagerů. V roce 2002 pro srovnání kouřilo 30,6 % dívek a 28,6 % chlapců (ÚZIS, 2006).

Graf 2 | Inicie k kouření



Zdroj: Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci v ČR. SZÚ, 2011.

Dle zjištění, které pravidelně zveřejňuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR kouří pravidelně každý čtvrtý dospělý (asi pětina všech dospělých žen a třetina dospělých mužů). Příležitostně kouří asi 8 % mužů a 4 % žen, zejména v mladším věku. Podíl denních kuřáků s věkem u mužů i žen rostl, zastavil se u věku 40–49 let (v této věkové skupině kouřila asi třetina žen a polovina mužů) a s vyšším věkem opět klesal. Na pravidelného kuřáka připadá v průměru 15 vykouřených cigaret za den. Převažujícím tabákovým produktem jsou průmyslově vyrobené cigarety (ÚZIS, 2006). Roční spotřeba cigaret přepočtena na jednoho obyvatele meziročně klesá a od roku 2008 se stabilizovala na počtu kolem 2 100 ks/osoba.²

2 Údaje sleduje Český statistický úřad, <http://www.czso.cz/>

2 Tabák jako rostlina a nikotin jako psychoaktivní návyková látka

První lidé, kteří tabák užívali, byli domorodí obyvatelé Ameriky. Pěstovali tabákové rostliny a kouřili je z lékařských a obřadních důvodů. Kryštof Kolumbus přivezl tabákové listy a semena do Evropy, užívání tabáku se však začalo v Evropě popularizovat až od druhé poloviny 16. století. Po roce 1625 se začalo i v Evropě šířit nelékařské užívání tabáku a stal se obchodovatelnou komoditou. Hlavní účinná složka tabáku, nikotin, byla chemicky izolována v roce 1828 (Stone, Darlington, 2003). Ke konci 19. století byl tabák v Severní Americe běžnou součástí života, spíše se žvýkal, než kouřil. K rozšíření vlny kouření tabáku ve 20. století přispěla řada faktorů: (i) vynález zápalek; (ii) stroj na průmyslovou výrobu cigaret; a také (iii) příchod novin a časopisů jako nových reklamních médií (Shapiro, 2005). Zpočátku byli adresátem reklamy jedině muži, kouření se propagovalo jako produkt pro mužné a silné povahy, kouření žen se považovalo spíše za neslušnost. Emancipace se dotkla i této oblasti a od 20. let 20. století začaly tabákové společnosti inzerovat cigarety a nabádat ke kouření i ženy. S dramatickým vzestupem užívání tabáku se začaly v lékařských časopisech objevovat první články popisující rizika kouření (rok 1930). Od roku 1944 začala Americká společnost pro rakovinu varovat před možnými negativními vlivy kouření na zdraví (Shapiro, 2005). Běžná veřejnost začala varovné zprávy vnímat až v roce 1952, kdy vyšel článek „Rakovina z cigaret“ (Cancer by Carton) v časopisu *Reader's Digest*. Zákazy reklamy, zdravotní kampaně, zvyšující se zdanění cigaret jsou v současnosti cesty, jak se vlády na celém světě snaží přesvědčit lidi, aby přestali kouřit. Sporná efektivita tradičních strategií drogové politiky vytváří prostor i pro nové intervence ve smyslu harm reduction.

Rostlina tabák, s latinským názvem *Nicotiana*, patří do čeledi lilkovitých. Zemí původu tabáku je Amerika, avšak v současnosti je pěstování tabáku rozšířeno ve více než sto zemích světa (Shapiro, 2005). Největšími pěstiteli jsou Čína, Indie a Brazílie. V Česku se aktuálně tabák již nepěstuje. Tabák jako rostlina zahrnuje velké množství druhů, z nichž se průmyslově využívají pouze dvě, tabák virginský (*Nicotiana tabacum*) a tabák selský (*Nicotiana rustica*).

Listy tabáku je nutno před užíváním zpracovat – suší se, fermentují, pasteurizují, krájí, drtí a pak se různým způsobem balí.

Na **sušení tabáku** se používají čtyři způsoby:

- (i) **Sušení vzduchem** – sklizené listy se suší přirozenou cirkulací vzduchu v několikapatrových sušárnách. Výsledkem jsou sytější hnědé listy, usušené pomalu a rovnoměrně.
- (ii) **Sušení na slunci** – listy se suší nejprve pod přístřešky, později na slunci na volném prostranství. Takto se suší především orientální tabáky.
- (iii) **Sušení nad ohněm** – listy se suší nad hořící tabákovou natí, jež dodá charakteristickou vůni.
- (iv) **Sušení umělé** – čím dál častější, elektronicky řízené sušení v komorách. Výhodou je vysoká výkonnost a vyšší obsah cukru, jenž po usušení zůstává obsažen v listech tabáku.

Fermentace je řízený proces kvašení, při němž se z tabáku odstraňují bílkoviny, snižuje se obsah nikotinu a vytváří tabákové aroma.

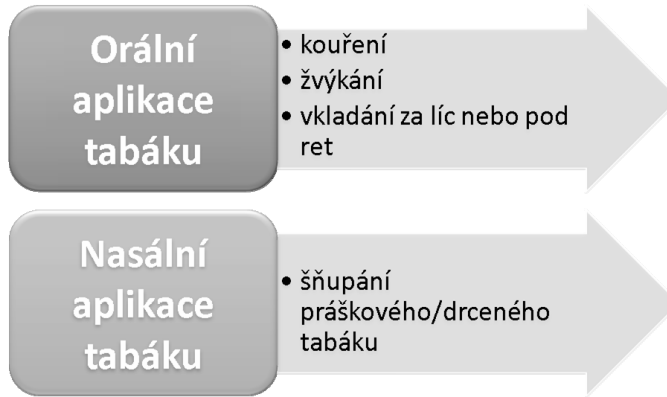
Existují dva způsoby fermentace:

- (i) **Přirozená** – spočívá v tom, že balíky tabáku se slisují a vnitřní teplota 40–60 °C tabák zapaří a začne kvašení. Perfektní fermentace se docílí několika násobným převrstvením, ochlazením a opakováním kvasného procesu, který trvá až čtyři měsíce.
- (ii) **Umělá** – provádí se ve fermentačních tunelech. Rozděluje se podle toho, jestli probíhá pod tlakem a při jaké teplotě. Tabák je párou ohříván na 100 °C, později je chlazen a vlhčen a celý proces trvá asi hodinu. Někdy se tabák opět sbalí do velkých balíků a dopřejí se mu ještě 2–3 týdny k zfermentování.¹

Způsoby aplikace/užívání tabáku (obrázek 1) závisí zejména na druhu užívaného tabáku. Jiným způsobem se aplikuje klasický tabák (který hoří) a jinak tzv. bezdýmý tabák (angl. smokeless tobacco).

¹ Více informací dostupných např. na: <http://www.cigarclubmagazine.cz/tabaky>

Obrázek 1 | Způsoby užívání tabáku



Klasický tabák může být užíván kouřením v různých formách:

- (i) **Strojově vyráběné cigarety** – obsahují nařezaný nebo jinak upravený tabák, zpracováváný stovkami chemických látek (kolem 700 aditiv). Často jsou opatřeny filtrem, vyrábějí se na výrobních linkách a představují nejrozšířenější způsob užívání tabáku po celém světě.
- (ii) **Doutník** – vyrábí se ze sušeného a fermentovaného tabáku, balený je v tabákových listech a prodává se v mnoha tvarech a velikostech.
- (iii) **Dýmky** – vyrábějí se ze dřeva, břidlice, hlíny a jiných materiálů. Tabák se naplní do hlavičky dýmky a vtahuje náústkem, někdy přes vodu (vodní dýmka).

Žvýkání tabáku jako orální způsob jeho užívání patří spíše do minulosti, kdy zejména muži vkládali listy tabáku do úst a žvýkali je. Žvýkání je poměrně **účinnou** formou vstřebávání nikotinu, ale vede k tvorbě výrazně zbarvených slin, které žvýkající plivou kolem, nemluvě o tom, že žvýkacího tabáku mají obvykle v ústech velké množství (sousto o velikosti golfového míčku) a obličej je tím značně deformovaný.

Dnes se spíš setkáváme s **perorálním užíváním vlhkého jemně drceného tabáku** (tzv. moist snuff), známého také jako švédský **snus**. Může být sypaný nebo nadávkovaný v malých sáčcích, které se vkládají za líc nebo pod horní či spodní ret, odkud se nikotin z tabáku pomalu vstřebává do krve. Snus se vyrábí z vybraného tabáku, vody, soli a aromat (existují různé příchutě), prochází pasterizací² během náležitého tepelného zpracování. Švédský snus má

2 konzervování ohřátím na určitou teplotu

mnohem méně nitrosaminů než snus v USA, právě proto, že prochází pasterizací, a ne fermentací. Užívání snusu není doprovázeno žádným žvýkáním ani pliváním.³

Aplikace vdechtem do nosných dutin je způsob užívání jemně drceného práškového tabáku a označuje se jako šňupání tabáku (angl. „snuff“ od snuffed). Tenhle tabák je speciálně upravený, aromatizovaný a prodává se v malých krabičkách. Z hlediska hierarchie rizik je šňupání méně rizikový způsob užívání tabáku než kouření. Na blozích uživatelů tabáku je popsán i dermální způsob užívání šňupacího tabáku, kdy se jeho větší množství rozpustí ve vodě a namaže na zápěstí, resp. na kůži kdekoliv na těle, odkud se vstřebává.

Podrobněji o výhodách i limitech jiných alternativ užívání tabáku (ke kouření) z pohledu minimalizace rizik informujeme v části textu *Intervence harm reduction* na úrovni individua.

Působení tabáku (nikotinu) na organismus člověka

Tabákový kouř obsahuje pravděpodobně 3000–5000 chemických sloučenin a mnohé z nich jsou jedovaté, např. oxid uhelnatý a kyanid, jiné jsou karcinogeny – např. nitrosaminy (Stone, Darlingtonová, 2003). V tabáku se vyskytuje rostlinný alkaloid nikotin a ten jediný je psychoaktivní. Nikotin je bezbarvá tekutina, bez zápachu. Jedna cigareta obsahuje přibližně 10–15 mg nikotinu – kuřák z tohoto množství inhaluje 1–3 mg. Latentní dávka nikotinu je určena v rozmezí 50–80 mg (Králíková, 2003).

Na základě účinků patří nikotin mezi stimulanty, s podpůrným působením na centrální nervový systém (McVinney et al., 2005). Používá se k úlevě od stresu a úzkosti. Pomáhá udržet výkonnost ve stresu a stereotypu. Po průniku do mozku stimuluje nikotinové receptory a zprvu vyvolává stimulaci, stav bdělosti, snížení dráždivosti a agresivity, a též snížení úzkostnosti (Stone, Darlingtonová, 2003). V mozku se nikotin váže na receptory, jejichž prostřednictvím podporuje soustředění a duševní činnost. Ve vyšších dávkách nikotin naopak uklidňuje. Receptory se nasatí a nastává mozkový útlum. Jedna nebo dvě cigarety zvýší tepovou frekvenci a krevní tlak, tlumí chuť k jídlu, sníží teplotu pokožky a vyvolávají pocity povzbuzení a vzrušení. Pravidelným kuřákům způsobuje vdechování kouře potěšení, začátečníkům může být špatně a točí se jim hlava – jde o reakci na akutní intoxikaci nikotinem, kterou signalizuje skupina příznaků: lokální podráždění sliznic, bolest hlavy, případně průjem – obranná reakce organismu na otravu (Shapiro, 2005). Při opakovaném kouření tabáku

3 <http://cz.v2tobacco.com/What-is-snus.php>

se receptory stanou na nikotin méně citlivými, tělo je schopné nikotin rychleji rozkládat, vyvine se tolerance, která má za následek, že k dosažení stejné úrovně duševního povzbuzení je potřeba vyššího množství nikotinu (Stone, Darlingtonová, 2003).

Kromě mozku nikotin působí na žlázy s vnitřní sekrecí, podporuje uvolňování katecholaminů (adrenalin a noradrenalin), kortikosteroidů nebo endorfinů. V zažívacím traktu nikotin podporuje peristaltiku.

Nikotin bývá charakterizován jako látka s vysokým závislostním potenciálem. Sám o sobě ale představuje nulové nebo pouze velmi nízké zdravotní riziko (Rodu, Godshall, 2006). Nezpůsobuje např. rozedmu plic ani rakovinu a neexistují výzkumem podložené poznatky o tom, že by hrál přímou roli ve vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Monitorovací centrum pro otázky tabáku a zdraví působící při OSN publikovalo již v roce 1997 závěr, že „s výjimkou užívání v průběhu těhotenství nebyla škodlivost dlouhodobého užívání nikotinu prokázána“ (United Nations Focal Point on Tobacco or Health, 1997).

Ve výzkumech se testuje i využití nikotinu jako léku (Stone, Darlingtonová, 2003). Uvádí se například, že kouření snižuje výskyt Alzheimerovy choroby. Výzkum na zvířatech ukázal, že stimulace nikotinových receptorů zlepšuje schopnost učení a paměť. Na základě těchto poznatků byly do léčby Alzheimerovy choroby zavedeny nikotinové náplasti (využití účinku nikotinu bez rizika kouření). Ve vývoji jsou také léky, které působí na jeden typ nikotinových receptorů přítomných pouze v mozku (měly by mnohem menší vliv na střevo a krevní tlak a srdeční frekvenci) a mohly by tak být pro nemocné mnohem účinnější než náplasti. Nemocní schizofrenií kouří tabák mnohem častěji než ostatní lidé. Existuje hypotéza, že kouření nemocným schizofrenií napomáhá podvědomě regulovat příznaky nemoci. Vyvíjí se lék na schizofrenii na bázi nikotinu, který by působil pouze v mozku (bez ohrožení střev a srdce).

Somatická rizika užívání tabáku/nikotinu

Účinky nikotinu na lidský organizmus jsou nadále podrobovány zkoumáním a pro prevenci s důrazem na objektivní informace a bezpečnost jsou fakta o účincích nikotinu a rizikovitosti jednotlivých způsobů užívání tabáku nezbytná.

Současné vědecké poznání za rizikový způsob užívání tabáku, který jednoznačně ohrožuje zdraví, označuje **kouření**.

Kouření tabáku zabíjí nejvíc lidí prostřednictvím chorob srdce a cév (Shapiro, 2005), způsobuje také různá nádorová onemocnění a chronická plicní onemocnění. Kouření je přímo zodpovědné za 90 % nádorů plic, 75 % chronic-

kých bronchitid a plicních emfyzémů (rozedma plic) a 25 % případů ischemické choroby srdeční (Králíková, Kozák, 2003). Chorobou nejčastěji spojovanou s kouřením je rakovina plic. Riziko nezvratného poškození plic vzrůstá: (i) s počtem cigaret vykouřených denně; (ii) s počtem kuřáckých let; a (iii) riziko je vyšší, čím nižší je věk začátku kouření. Kouření cigaret zvyšuje i riziko neurologických poruch, reprodukčních komplikací, šedého zákalu a dalších očních chorob, předčasného stárnutí kůže, osteoporózy a dalších ortopedických a revmatologických chorob, psychiatrických poruch a chirurgických komplikací. Podle nejnovějších studií má kouření spojitost i se vznikem cukrovky II. typu (Rodu, Godshall, 2006).

Při hodnocení úrovně zdravotního rizika vyplývajícího z kouření je třeba uvažovat různé faktory (obrázek 2).

Obrázek 2 | Faktory determinující rizikovost kouření



Do krevního oběhu se nikotin vstřebává buď sliznicí ústní dutiny (doutník, dýmka) nebo z plic (cigareta). Nikotin se vstřebává dost rychle, kuřák cítí při každém vdechu téměř okamžitý účinek. Hladina nikotinu se vytváří v průběhu kouření cigarety a pak rychle klesá až do vykouření další cigarety. Zdá se, že okamžitý účinek přispívá k popularitě kouření a jeho rychlé odeznění zase k častému zapalování cigaret (riziko pravidelného užívání a závislosti). Od roku 1992 je dle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace závislost na tabáku brána jako samostatná nemoc, diagnóza F 17.

Za pravděpodobnou příčinu návyku na nikotin je možné považovat zvýšené uvolnění dopaminu a snížení jeho rozkladu (Stone, Darlingtonová, 2003). Při každém potažení z cigarety se nikotin naváže na acetylcholinové receptory a dochází k vyplavení dopaminu. To vyvolá libé pocity. Tak vzniká závislost, protože mozek se dožaduje další dávky dopaminu. Bez nikotinu se pak kuřáci naopak cítí utlumení, unavení, podráždění a v depresi, obtížně se soustředí.

Nikotin splňuje všechna kritéria látky vyvolávající závislost, včetně psychoaktivních účinků, chování vyvolaného užitím látky, kompulzivního užívání, relapsu po abstinenci, fyzické závislosti a tolerance.

Obrázek 3 | Závislost na nikotinu



Psychologická a sociální rizika užívání tabáku jsou v porovnání s ostatními návykovými látkami minimální, tabák nevede k změnám stavů vědomí, v tomto ohledu je pro psychiku bezpečný (Králiková, 2003). Z hlediska společnosti a ochrany veřejného zdraví jsme s ním konfrontováni jako se společensky akceptovanou legální dostupnou drogou. Intervence harm reduction se zaměřují primárně na kouření jako naučené chování a hledají možnosti bezpečnějšího užívání tabáku, pokud abstinence není pro uživatele realistický cíl.

3 Harm reduction přístup a užívání tabáku

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

Přístup harm reduction vychází z konceptu závislosti jako formy naučeného chování (Gossop, 2000), který otevírá cestu k alternativním postupům při práci s uživateli návykových látek; vnímáme ho jako širší referenční rámec. Pokud akceptujeme problémovou konzumaci drogy jako naučené chování, vytváříme tím prostor pro intervence, které mají ambice reedukace a resocializace, s cílem změnit chování na méně škodlivé a rizikové.

Harm reduction, přístup minimalizace rizik a škod spojených s užíváním drog, je jedním z pilířů evropské protidrogové politiky. I když je tradičně spojován zejména s užíváním nelegálních návykových látek s vyšší mírou rizika (tzv. tvrdých drog), je možné ho aplikovat i na legální drogy jako alkohol a tabák. Minimalizace rizik užívání tabáku patří mezi strategie ochrany veřejného zdraví.

Snižování rizik a minimalizace škod byly v historii vždy přítomné jako jeden z přístupů k lidskému chování. Základním principem přístupu harm reduction je akceptování faktů, že:

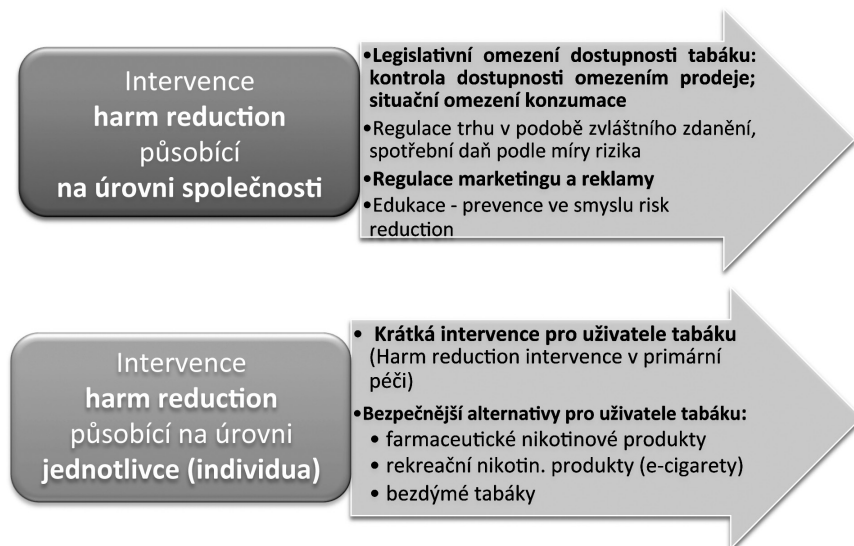
- (i) legální i nelegální drogy jsou a budou součástí každé společnosti, a to navzdory veškerým snahám o omezování nabídky a poptávky;
- (ii) některé způsoby užívání drog jsou bezpečnější než jiné;
- (iii) úplná abstinence nemusí být v dané chvíli pro člověka tím nejdůležitějším nebo nejvhodnějším cílem; 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 (McViney et al., 2005).

Prioritou harm reduction je snížení negativních dopadů užívání (tabáku) – v některých případech může být snížení dávek jednou z nejúčinnějších forem harm reduction, jindy může být účinná změna způsobu užívání (McViney et al., 2005). Dá se říci, že harm reduction nadřazuje zájem o bezprostřední zdraví dlouhodobému cíli úplného vyléčení (abstinence od návykové látky).

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 tabáku a možnosti jejich minimalizace (Obrázek 4).

Obrázek 4 | Intervence harm reduction a užívání tabáku



3.1 Intervence harm reduction působící na úrovni společnosti

Minimalizaci rizik spojených s užíváním tabáku na úrovni společnosti lze identifikovat v oblastech:

- (i) **výroba:** jakým způsobem a z čeho smějí být tabákové výrobky vyrobeny a jaký vizuál má mít jejich obal; zavedení standardů pro cigarety se sníženou schopností vznícení – tzv. samozhášecí cigarety;
- (ii) **zdanění:** jaké daně z tabákových výrobků a kam budou odvedeny;
- (iii) **reklama:** které způsoby tabákové reklamy, propagace a sponzorství jsou zakázány;
- (iv) **prodej:** za jakých podmínek, v jakých místech, jakým způsobem a komu lze tabákové výrobky prodávat;
- (v) **zákazy kouření:** kde a kdy je zakázáno kouřit.

V mnoha zemích po celém světě pro tabákové výrobky zavedli standardy pro cigarety se sníženou schopností vznícení. Záměrem zavedení standardů je snížit riziko vznícení způsobené nepozorným zacházením s cigaretami, a tím předcházet požárům. Cigarety se sníženou náchylností ke vznícení (lower ignition propensity) jsou balené v papírcích s omezenou hořlavostí. Pokud tedy kuřák z cigarety nepotáhne nebo mu spadne na zem, tak cigareta neprohoří až k filtru a po minutě zhasne. Od 17. listopadu 2011 musí všechny cigarety prodávané v Evropské unii, včetně ČR, splňovat tento standard.

Účinnou cestou ke snížení škod spojených s užíváním tabáku a snížení samotné spotřeby tabákových výrobků je jejich vysoké zdanění pomocí spotřební daně a daně z přidané hodnoty (dohromady nyní až 80 % ceny výrobku). Příjmy ze spotřební daně z tabákových výrobků jsou účelově nevázaným příjmem státního rozpočtu. Novým přístupem je zdanění tabákových výrobků podle toho, jaká představují relativní rizika. Uvedená racionální daňová strategie může dobře posloužit cíli veřejně-zdravotního sektoru snížit úmrtnost a chorobnost v souvislosti s kouřením a snížit náklady zdravotnického systému spojené s nemocemi v důsledku užívání tabáku (Gartner, Hall, McNeill, 2010).

Žádná země kouření tabáku přímo nezakazuje, ale mnohé státy omezují reklamu na tabákové výrobky. Tabáková reklama, propagace a sponzorství jsou v ČR zakázány. V rozporu s mezinárodními závazky však, s výjimkami, zákon umožňuje reklamu např. v místech prodeje (Zákon o regulaci reklamy č. 40/1995 Sb.).

Omezení prodeje a konzumace tabáku v České republice má podobu legislativních opatření formou zákonů, vyhlášek a dalších předpisů, jejichž společným jmenovatelem je snížení nepříznivých důsledků užívání tabáku a regulace dostupnosti tabákových výrobků. Sociální kontext v sobě zahrnuje také lokální (místní) úroveň působení, i komunitní aktéři by měli mít zájem na minimalizaci škod spojených s užíváním tabáku. Nejen existence, ale i důsledná kontrola dodržování omezení prodeje (věková hranice, místem limitovaný prodej) podporuje efektivitu harm reduction intervencí ve vztahu k tabáku.

Přímým nástrojem ke snižování škod je právní úprava podmínek prodeje tabákových výrobků. Tabákové výrobky lze prodávat jen na určitých místech, v určitém množství (např. cigarety v balení nejméně po 20 kusech), určitým způsobem (nikoli prodejními automaty) a jen osobám starším 18 let. Zákazy kouření mají za cíl přímo chránit před kouřem v prostředí (zabránit tzv. pasivnímu kouření) nebo jsou bezpečnostní povahy (kouření je spojeno s manipulací s ohněm). O právu na ochranu před tabákovým kouřem se otevřeně mluví jako o součásti základního lidského práva na život a ochranu zdraví.

Dostupnost tabáku a tabákových výrobků je v České republice 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 (Zákon č. 379/2005 Sb.). Osobám mladším 18 let se tabákové výrobky a tabákové potřeby včetně elektronických cigaret prodávat nesmí, a ani samy je prodávat nesmí. Tabák lze prodávat pouze na místech k tomu určených, zakázán je např. prodej prostřednictvím automatů; zásilkový prodej, kde nelze zaručit kontrolu dosažení minimálního věku 18 let kupujícího.

Na lokální úrovni je v ČR obec v samostatné působnosti oprávněna obecně závaznou vyhláškou dočasně nebo trvale zakázat kouření na veřejně přístupných dětských hřištích, veřejně přístupných sportovištích, nebo ve vnitřních prostorách budov určených pro pořádání sportovních, kulturních a společenských akcí, anebo na sportovních, kulturních a společenských akcích, pokud jsou tato místa nebo akce určeny nebo vyhrazeny osobám mladším 18 let. Veřejné zákazy kouření obecně omezují příležitost kouřit a přispívají k denormalizaci kouření (Fichtenberg, Glanz, 2002). Uzákoněné zákazy kouření v uzavřených veřejných prostorách (budovy, restaurace, kavárny, bary, kluby) bývají označovány za nejrozsáhlejší a nejméně kontroverzní opatření harm reduction na úrovni společnosti. Několik studií prokázalo, že tato opatření mohou poskytnout okamžité zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva, jako například snížení počtu hospitalizací pro akutní koronární příhody (Hopkins et al., 2001; Pell et al., 2008).

3.2 Intervence harm reduction působící na úrovni individua

Intervence směřují k změně norem jednotlivců ve vztahu k užívání tabáku. Individuální intervence se v rámci harm reduction zaměřují v podstatě na celé spektrum uživatelů – konzumenty se snaží zachytit a zprostředkovat jim objektivní informace ve smyslu minimalizace škod a závislé léčit tak, aniž by tito museli bezpodmínečně abstinovat od nikotinu.

Většina pokusů přestat kouřit končí neúspěchem, a to i přesto, že většina kuřáků o škodlivosti kouření pro zdraví ví, a proto by ráda přestala kouřit. Formální odvykávací programy již existují řadu desetiletí a za tu dobu se zvýšila jak jejich komplexnost, tak i sofistikovanost. Míra relapsu ale stále zůstává na velmi vysoké úrovni. Podle poznatků amerického Národního institutu pro zdraví (National Institute of Health) chce přestat kouřit 70 % kuřáků a 40 % kuřáků se o to každý rok vážně pokusí. Každoročně se to ale podaří jen necelým pěti procentům z nich (NIH, 2006).

Institut medicíny Americké akademie věd v roce 2001 vyslovil dodnes akceptovanou definici výrobků sloužících k minimalizaci rizik užívání tabáku, podle níž výrobek „slouží k minimalizaci rizik tehdy, když snižuje celkovou úmrtnost a nemocnost v souvislosti s užíváním tabáku, a to i přesto, že jeho užívání může znamenat trvalou expozici škodlivinami obsaženými v tabákových výrobcích“ (Rodu, Godshall, 2006).

Z hlediska efektivity je v oblasti individuálních intervencí doporučován zejména screening¹ a krátká intervence. Také jsou hodně diskutovány alternativy ke kouření, jako bezpečnější varianty užívání tabáku pro závislé kuřáky: (i) farmaceutické nikotinové produkty; (ii) rekreační nikotinové produkty (tzv. e-cigarety a e-dýmky); a (iii) bezdýmé tabáky, které také v následujícím textu analyzujeme. Naopak minimálně se hovoří o kontrolovaném kouření jako harm reduction intervenci. Snižování počtu vykouřených cigaret denně jako alternativa pro závislého kuřáka, analogicky jako při konceptu kontrolovaného pití (Vavrinčíková, 2012) vyžaduje další zkoumání.

Krátká intervence

Zde vidíme paralelu s krátkou intervencí jako efektivní metodou při práci s uživateli jiné legální drogy, alkoholu. Světová zdravotnická organizace již v roce 1980 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 po-

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

sledních třiceti letech vytvořena celá série 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).

Rovněž podle naší platné legislativy mají všichni zdravotničtí pracovníci povinnost při výkonu svého povolání u osob užívajících tabákové výrobky, alkohol nebo jiné návykové látky provést krátkou intervenci spočívající ve včasné diagnostice škodlivého užívání (§ 19 Zákon č. 379/2005 Sb.). Screeningovým nástrojem, kterým je možné orientačně rychle určit závislost na nikotinu, je šesti-položkový **Fagerströmův test závislosti na nikotinu**,² určený pro dospělé kuřáky.

Krátké intervence s uživateli tabáku obvykle probíhají v rámci primární péče. Ve většině případů intervence začíná odhadem rozsahu pacientových problémů s užíváním tabáku na základě pacientovy výpovědi a somatického vyšetření. Poté následuje diskuze nad potencionálními zdravotními následky v případě, že pacient bude dále pokračovat v užívání tabáku. V rámci intervence je i nabídnuta možnost, jakým způsobem kouření omezit nebo jak přestat kouřit. Zvláštní pozornost je věnována krátké intervenci během těhotenství.

Specifickou formou poradenství využívající screening a krátkou intervenci jsou telefonické linky³ a on-line poradny.⁴

Bezpečnější alternativy pro uživatele tabáku

V reakci na vznikající důkazy o škodách z kouření cigaret začal tabákový průmysl již v roce 1950 rozvíjet „bezpečnější“ cigarety (Rodu, Godshall, 2006). Prvními příklady byly filtrované cigarety, poté tzv. light cigarety s nižším obsahem dehtu a nikotinu (kolem roku 1980). Výzkum později ukázal, že výrobci cigaret věděli, že tyto produkty nesnižují zdravotní rizika a šlo spíše o uklidnění zdraví-vědomých kuřáků (Glantz et al., 1996). Dalším krokem tabákového průmyslu bylo vyvinutí a uvedení na trh cigaret s nižším obsahem nitrosaminů a cigaret s uhlíkovými filtry, které vystavují kuřáky méně toxinům než běžné cigarety. Hlavním problémem tohoto přístupu je to, že snížení některých toxinů bývá často dosaženo zvýšením jiných (King et al., 2007). Vzhledem k tomu, že tabákový kouř obsahuje více než 4000 různých chemikálií, bude obtížné dosáhnout podstatného snížení jeho škodlivosti. Neexistuje žádný důkaz, že snížení

2 dostupné např. na: http://www.dokurte.cz/?stranka=fagerstroemuv_test&typ=sablony

3 např. telefonní linka 844 600 500 pro odvykání kouření

4 např. <http://www.bezcigaret.cz/poradna>

či odstranění známých toxinů bude mít podstatný vliv na snížení somatických rizik spojených s kouřením (Pankow et al., 2007).

Existují tedy nějaké bezpečnější alternativy ke kouření?

Historie minimalizace rizik užívání tabáku začala již v roce 1974, kdy byl publikován článek odborníka na závislost na tabáku M. A. H. Russela (Rodu, Godshall, 2006). Russel, s odvoláním se na vysoký závislostní potenciál a univerzální přitažlivost účinků nikotinu pro kuřáky, zpochybnil restriktivní opatření a cíl dosáhnout abstinence a zákazu všech forem kouření označil za ne-realistický. V roce 1981 se svým týmem publikoval studie o šňupacím tabáku a v roce 1985 publikoval studii o perorálním bezdýmém tabákovém výrobku. Kozłowski v letech 1984 a 1989 poukázal na to, že užívání bezdýmých výrobků je pro uživatele méně rizikové, a proto by se bezdýmý tabák mohl používat jako účinná náhražka cigaret (Rodu, Godshall, 2006). Od té doby se realizují studie, jejichž cílem je měřit efekty a diferencovat míru škodlivosti jednotlivých způsobů a forem užívání tabáku.

Farmaceutické nikotinové produkty

Farmaceutické nikotinové produkty se staly volně prodejné, když je mezinárodní organizace (Americký Úřad pro kontrolu potravin a léčiv – FDA; opakovaně WHO 2001 & 2003) uznali jako bezpečné preparáty pro terapii nikotinem (tzv. udržovací nikotinová terapie).

Dlouhodobé užívání není spojováno s výskytem zdravotních rizik a náhražková terapie je považována za méně nebezpečnou než návrat ke kouření cigaret (Rodu-Godshall, 2006). Tato léčebná intervence může mít na trhu více forem – vždy jde o čisté nikotinové produkty (farmaceutický nikotin): žvýkačky, náplasti, spreje, nově ústní nikotinové pouzdro či rozpouštěcí proužky (Rodu-Godshall, 2006). V ČR jsou nebo byli (nikotinové pastilky a miktotablety) volně prodejné a žádná zdravotní pojišťovna na ně nepřispívá.

Nikotinové žvýkačky jsou vhodné pro všechny kuřáky, oblíbené jsou především mezi kuřáky slabšími. Mohou totiž být užívány jen občas, narázově. Vhodné jsou také jako příležitostný doplněk k nikotinovým náplastem. Jsou dostupné v různých variantách, dle obsahu nikotinu. Nikotin se při **žvýkání** vstřebává sliznicí dutiny ústní, je vhodné dodržovat přesný postup žvýkání a nejíst před a během užívání. I při správném žvýkání se do krve uvolní jen polovina dávky nikotinu, kterou žvýkačka obsahuje. Uživatel má pouze omezenou možnost kontrolovat množství absorbovaného nikotinu, protože jeho obsah ve žvýkačce je nízký a uvolňuje se pomalu. V závislosti na státních a místních spotřebních daních a míře spotřeby cigaret by žvýkačky mohly být

pro kuřáka cenově konkurenceschopné. Prodávají se ale pouze ve velkých baleních, a tak je jejich prodejní cena mnohem vyšší než u cigaret, což je z ekonomického hlediska znevýhodňuje. Právě cena je nejčastěji uváděným důvodem, proč kuřáci nikdy nevyzkoušeli náhražkovou terapii nikotinem (Cummings, Hyland, 2004).

Nikotinová náplast byla ve Spojených státech představena v roce 1992 a bez lékařského předpisu se prodává od roku 1996 (Rodu, Godshall, 2006). Nepřetržitě dodává nikotin přes kůži po dobu až 24 hodin. Měla by zamezit kouření, nikotin se z ní ale uvolňuje tak pomalu, že není nijak neobvyklé, když lidé s náplastí zároveň i kouří. Hlavní nevýhodou nikotinových náplastí je nedostatečné uvolňování nikotinu, což je ale pouze technický problém. V současnosti se vyhodnocuje používání nikotinové náplasti s vysokou dávkou nikotinu, která by mohla sloužit jako kompletní náhražka nikotinu i silným kuřákům.

Nikotinové pastilky či mikrotablety působí na podobných principech jako nikotinové žvýkačky. Jejich výhodou je větší diskrétnost. Vkládají se nejčastěji pod jazyk nebo se nechávají volně rozpustit v ústech. Rozpuštění trvá zhruba 20–30 minut. Nikotin se i v tomto případě vstřebává sliznicí dutiny ústní za pomoci slin. Z tohoto důvodu nelze tablety či pastilky polykat. Celkově se u nikotinových tabletek nebo pastilek vstřebá asi poloviční množství nikotinu z hodnoty, která je uvedena na obalu. I zde platí zásada, pokud možno nejíst těsně před a během užívání těchto nikotinových náhražek. Je vhodné se vyvarovat především velmi kyselých potravin. Nikotinové mikrotablety a pastilky se v ČR pro nízký zájem od 1. 1. 2011 přestaly prodávat.⁵

Nikotinový sprej

Jde o ústní sprej, který obsahuje roztok nikotinu a neobsahuje dehet, karcinogenní látky, oxid uhelnatý ani žádné ostatní toxické látky vznikající spalováním tabáku, nezatěžuje tak plíce ani další orgány jedovatými zplodinami hoření. Při vstříknutí do úst se nikotinový roztok dostane přes sliznice tváře do krevního oběhu a nastává okamžitý účinek nikotinu. Výrobci uvádějí, že sprej obsahuje vitamin C, udržuje optimální stav sliznice v ústech a v žaludku a slinných žláz v dutině ústní, zlepšuje chuťové vjemy a chrání před mikroby. Tři vstříknutí obsahují stejné množství nikotinu jako u běžné cigarety. Balení obsahuje přibližně sto dávek.

5 více např.: http://sz.ordinace.cz/lekce_otazky2.php?id=689&lekce=6

Rekreační nikotinové produkty

Nikotinové inhalátory obecně bývají označovány jako prostředky náhradní nikotinové léčby (Rodu, Godshall, 2006), i když principem fungování mají blíže k tzv. rekreačním nikotinovým produktům (e-cigareta a e-dýmka), kam jsme je i zařadili.

Nikotinová špička (nikotinový inhalátor) je jediným náhradním prostředkem, který uspokojuje částečně i psychickou závislost na kouření tabáku. Tento způsob užívání nikotinu je nejvhodnější pro ty, kterým chybí manipulace s cigaretou a potahování z ní. Výhodou také je, že nikotin se vstřebává nejen v dutině ústní, ale také v horních i dolních cestách dýchacích. Kuřák proto může provádět „šlukování“. Nikotinový inhalátor představuje umělohmotná trubička, do které se vloží kapsle s obsahem nikotinu. Z inhalátoru pak kuřák nasává. Maximální dávku nikotinu dostane zhruba po 20 minutách užívání, pak už jde jen o placebo efekt. Z inhalátoru lze vstřebat maximálně 1/3 množství nikotinu uvedeného na obalu výrobku. Opět je dobré před a během používání inhalátoru nic nekonzumovat. Nejméně vhodné jsou kyselé potraviny. Pokud jde o cenu, tak jsou nikotinové inhalátory pravděpodobně nejdražší variantou náhradní nikotinové léčby. Při průměrné spotřebě stojí cca 1000 Kč na týden.⁶

Elektronická dýmka nebo e-dýmka má tvar i rozměr skutečné dýmky a elektronický kouř neobsahuje žádný dehet. Elektronická dýmka funguje na podobném principu jako elektronická cigareta.

Elektronická cigareta se skládá ze tří hlavních částí: baterie, atomizér (rozprašovač) a náplň. Baterie zajišťuje chod e-cigarety, podstatou je vdechování páry obsahující nikotin. Baterie napájí atomizér, který při potáhnutí vytváří páru z tekutiny, kterou dodává náplň. Na špičce je umístěno diodové světlo, které se při potáhnutí plynule červeně rozsvítí a dodává tím efekt zapálené cigarety. Náplně se po vypotřebování mění za nové, nebo se mohou znovu doplnit tekutinou. Náplň obsahuje nikotin v tekutém stavu, vybrat je možné z celé škály příchutí a také množství nikotinu, který se uvolňuje při kouření (jsou i náplně, které žádný nikotin neobsahují).

V současnosti absentují důkazy, které by poukazovali na menší rizikovitost „kouření“ (vdychování páry a aerosolů) nikotinu, potrvá desetiletí, než budeme vědět, zda tyto produkty výrazně snižují mortalitu a morbiditu jejich uživatelů (Rodu – Godshall, 2006). První analýzy FDA prokázaly, že náplně do e-cigaret obsahují látky poškozující zdraví (napr. propylen glykol a karcinogeny). Vý-

⁶ více: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/odvykani/nikotinove-zvykacky-naplasti-pastilky/151-nikotino-ve-inhalatory-spicky-informace-princip-cena.html

zkum a důkazy bezpečnosti chybí, vede se polemika, zda jsou e-cigarety lék pro odvykání nebo komerční tabákový produkt. Kritici e-cigaret také argumentují, že to popularizuje kouření, udržuje ho viditelné a zpochybňuje snahy o de-normalizaci kouření realizované veřejnými zákazy kouření. E-cigarety poukázali na nedostatečnost aktuálních regulačních struktur.

Užívání bezdýmého tabáku

Bездýmé tabákové výrobky netvoří homogenní kategorii, můžeme identifikovat několik forem bezdýmých tabáků:

- (i) šňupací tabák (v práškové formě, powdered dry snuff);
- (ii) žvýkácí tabák v listech (listy tabáku, loose leaf chewing tobacco);
- (iii) tzv. moist snuff (snus – práškový zvlhčený tabák).

Z hlediska minimalizace rizik je důležité porozumět tomu, jaké jsou mezi nimi rozdíly: jak se vyrábějí, jaké mají charakteristiky, jaké části populace je užívají a jaká představují zdravotní rizika (zejména: orální leukoplakie – bílý povlak, rakovina ústní dutiny a kardiovaskulární onemocnění). Rozdílná míra rizik souvisejících s užíváním různých typů tabákových výrobků byla totiž za posledních pětadvacet let uznána v téměř osmdesáti recenzovaných vědeckých a lékařských publikacích (Rodu, Godshall, 2006).

Šňupací tabák se vyrábí z fermentovaného, kouřem sušeného tabáku, který se následně rozdrtí na prášek. Aplikuje se vdechem. Od začátku devatenáctého století jej užívaly především ženy v jižních státech USA, a to tak, že si práškem potřely dásně nebo jej vložily mezi dásně a tvář. Výrobci v současnosti nabízejí širokou paletu různě aromatizovaných tabáků. Ve Spojených státech se šňupacímu tabáku, prodávanému v malých krabičkách nebo dózičkách, říká „dental snuff“ nebo „scotch snuff“ (Rodu, Godshall, 2006).

Žvýkácí tabák ve formě samostatných tabákových listů se vyrábí ze vzduchem sušených listů tabáku. Listy se následně nařežou na kousky, ochutí ve sladkém roztoku a zabalí do fóliových sáčků. Typickými uživateli jsou muži, mívají za tváří kouli žvýkácího tabáku a vyplivují velké množství slin.

Moist Snuff (vlhký jemně drcený tabák, snus) se vyrábí z tmavých odrůd tabáku, které se suší vzduchem a nad ohněm a následně se rozřežou nebo nadrtí nadrobno. Balí se do kulatých krabiček, ze kterých si uživatel vezme špetku, stlačí ji mezi palcem a ukazováčkem a vloží za ret. Moderní „moist snuff“ se prodává v nadávkovaných sáčcích, které vypadají jako velmi malé čajové sáčky. Tyto

výrobky v ústech zůstávají na jednom místě a vytváří se z nich velmi málo šťávy, takže je lze užívat diskrétně, bez plivání. Mezi výrobci se v současnosti objevil trend nabízet ještě menší sáčky, které jsou suché a mají širokou paletu netabákových příchutí. Hlavní překážkou k přijetí této formy harm reduction je zákaz prodeje snusu ve všech členských státech EU, včetně ČR (s výjimkou Švédska). Přičemž právě zkušenost ze Švédska dokazuje, že dostupnost méně škodlivého tabákového výrobku (snusu) přispěla k rozsáhlému zlepšení zdravotního stavu obyvatel. Švédští muži vykazují neobvykle nízkou míru kouření ve srovnání s mužskou populací v ostatních státech (Gartner, Hall, McNeill, 2010).

Přehled studií zaměřených na zdravotní účinky různých forem bezdýmého tabáku přináší ojedinělá práce Rodu a Godshalla (2006), publikovaná i v českém časopise Adiktologie. Autoři vycházejí z tvrzení, že lidem chybí informace a převažuje strach z jiných alternativ užívání nikotinu, laická i odborná veřejnost je považuje za stejně škodlivé jako kouření cigaret. Jak uvádějí, s mylnými představami se lze setkat i mezi lidmi se zdravotnickým vzděláním. 22 % praktických lékařů ve Velké Británii se domnívá, že náhražková terapie nikotinem je stejně škodlivá jako kouření cigaret, 40 % si myslí, že nikotin může způsobit kardiovaskulární onemocnění a mrtvici, a podle čtvrtiny praktických lékařů může vyvolat rakovinu plic. Dospěli k závěru, že nedostatečné uvolňování nikotinových produktů, vysoká cena a mylné představy o zdravotních rizicích jsou hlavním důvodem toho, že mezi uživateli náhražkové formy podávání nikotinu je míra těch, kteří dlouhodobě přestanou kouřit, pouze sedmiprocentní.

Pokud jde o míru rizika vzniku rakoviny úst následkem dlouhodobého užívání snusu a žvýkacího tabáku, Rodu a Godshall (2006) ve svém přehledu konstatovali, že „podle velkého množství v současnosti dostupných údajů běžně užívané bezdýmé tabákové výrobky zvyšují riziko rakoviny dutiny ústní a horních dýchacích cest pouze minimálně“. Již v roce 2004 vyslovila skupina epidemiologů závěr, že důkazy souvislosti mezi užíváním bezdýmých tabákových výrobků a rakovinou dutiny ústní „nejsou průkazné“. Dále konstatovali, že řada tvrzení v médiích „přehání riziko vzniku rakoviny dutiny ústní následkem užívání bezdýmých tabákových výrobků a překračuje rámec výzkumem podložených dat“.

Riziku vzniku kardiovaskulárních chorob mezi uživateli bezdýmých tabákových výrobků se za posledních patnáct let věnovalo osm epidemiologických studií. Šest z nich došlo k závěrům, že u uživatelů bezdýmých tabákových výrobků není zvýšená míra rizika vzniku srdečního infarktu ani mrtvice. Asplund v roce 2003 konstatoval, že ve výrazném kontrastu s kuřáky nevykazují uživatelé bezdýmého tabáku ve srovnání s neuživateli tabáku žádné významné rozdíly v následujících indikátorech kardiovaskulárního zdraví: srdeční tep, krevní tlak, minutový srdeční objem a maximální pracovní kapacita, hladina hemoglobinu a hematokritu, leukocytů, antioxidačních vitamínů, fibrinogenu,

součástí fibrinolytického systému, reaktivního proteinu C a produkce tromboxanu A (Rodu, Godshall, 2006).

Stejně prezentují i zajímavá fakta, týkající se vstřebávání nikotinu. Bezdýmé tabákové výrobky obsahují mnohem vyšší koncentrace nikotinu než léčiva s obsahem nikotinu a tyto koncentrace jsou na úrovni, která je obecně považována za koncentraci vytvářející závislost. Biologická dostupnost nikotinu z bezdýmých tabákových výrobků závisí na pH výrobku, protože nikotin obohacený o protony (v zásaditějších výrobcích) se přes ústní sliznici vstřebává účinněji a rychleji než tytéž formy nikotinu v kyslejších výrobcích (pH obsahu žaludku je velmi kyselé, což silně zpomaluje vstřebávání nikotinu). Ve srovnání s cigaretami se nikotin z bezdýmých tabákových výrobků vstřebává o něco pomaleji, zvýšený obsah nikotinu v krevním séru vydrží však déle, než je tomu po kouření cigaret. To může pomoci vysvětlit poznatek, že mezi ex-kuřáky byla jednotková spotřeba bezdýmých tabákových výrobků mnohem nižší než jejich dřívější jednotková spotřeba cigaret. Uživatelé bezdýmých tabákových výrobků i kuřáci tak ve finále denně konzumují srovnatelné množství nikotinu. S pomocí zjištěných odhadů rizik, pocházejících z akceptovaných zdrojů, doložili, že užívání bezdýmých tabákových výrobků má na svědomí pouze přibližně 2 % zdravotních rizik asociovaných s kouřením (Rodu, Godshall, 2006).

Královská lékařská kolej v Londýně v roce 2002 vydala zprávu s názvem „Jak chránit kuřáky a šetřit životy“, v níž konstatuje, že: „v závislosti na konkrétním výrobku je konzumace bezdýmého tabáku jako způsob užívání nikotinu řádově desetkrát až desettisíckrát méně nebezpečná než kouření.“ Zpráva pokračovala i prohlášením, že „někteří výrobci možná budou chtít propagovat bezdýmý tabák jako možnost „minimalizace rizik“ a možná pro to najdou oporu v obci odborníků na veřejné zdraví“.

Závěr

Politiku snižování škod souvisejících s kouřením můžeme shrnout do dvou základních doporučení:

- (i) Užívání bezdýmého tabáku: jak i dosavadní úroveň vědeckých poznatků dokumentuje je vstupní brána k odvykání kouření, nikoli ke vzniku kuřáckého návyku.
- (ii) Presentování informací, a ne dezinformací o bezdýmém tabáku, farmaceutickém nikotinu a minimalizaci rizik užívání tabáku (podpora výzkumných studií).

Odborníci na veřejné zdraví a strategie zaměřené na harm reduction tabáku diskutují o tom, zda kuřáci mají základní právo na přesné informace o méně rizikových výrobcích, aby se mohli informovaně rozhodovat, pokud nejsou schopni nebo ochotni zcela přestat užívat tabák. Jedním z problémů spojených s minimalizací rizik užívání tabáku je, že šíření informací o méně rizikových tabákových výrobcích by mohlo mít nepříznivý vliv na zdraví veřejnosti, pokud by mělo za následek, že by je začali užívat noví uživatelé. Tato obava se však ukazuje jako iracionální, neexistuje žádný důkaz, že farmaceutický nikotin v dnes dostupných podobách vybízí nekuřáky začít kouřit (Gerlach et al., 2008). Minimalizace rizik užívání tabáku dává kuřákům možnost získat kontrolu nad následky nikotinové závislosti; jedná se čistě o vzdělávací strategii, veřejně-zdravotnické opatření, které respektuje autonomii uživatelů tabáku.

Použitá a doporučená literatura

- ASPECT Consortium (2004). Tobacco or health in the European Union, European Commission, Luxembourg. Available at: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf.
- Csémy, L., Sovinová, H. (2003). Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-230-9.
- Cummings, K. M., Hyland, A. (2005). Impact of nicotine replacement therapy on smoking behavior. *Ann Rev Public Health* 26, 583–589.
- EMCDDA (2011). Výroční zpráva za rok 2011: Stav drogové problematiky v Evropě. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.
- Fichtenberg, C. M., Glantz, S. A. (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *British Medical Journal* 325, pp. 188–95.
- Gartner, C., Hall, W., McNeill, A. (2010). Harm reduction policies for tobacco. In: Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisabon: EMCDDA. ISBN 978-92-9168-419-9.
- Gerlach, K. K., Rohay, J. M., Gitchell, J. G. and Shiffman, S. (2008). Use of nicotine replacement therapy among never smokers in the 1999–2006 National Health and Nutrition Examination Surveys. *Drug and Alcohol Dependence* 98, pp. 154–8.
- Glantz, S. A., Slade, J., Bero, L. A., Hanauer, P. and Barnes, D. E. (eds.) (1996). The cigarette papers. Berkeley: University of California Press.
- Gossop, M. (2000). Living with Drugs. Hampshire: Ashgate Publishing. ISBN 1-84014-939-6.
- Harm reduction moves to the mainstream. Dostupné na: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drugnet/online/2010/71/article6>.
- Hopkins, D. P., Briss, P. A., Ricard, C. J. et al. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American Journal of Preventive Medicine* 20, pp. 16–66.
- 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>.
- IHRA (2012). Tobacco Harm Reduction. Dostupné na: <http://www.ihra.net/tobacco-harm-reduction>.
- Králíková, E.: Tabák a závislost na tabáku. In: Kalina, K. et al. (2003) *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup 1*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

- Králíková, E., Kozák, J. (2003). Jak přestat kouřit. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-68-6.
- Mackay, J., Eriksen, M. (2002). The Tobacco Atlas. World Health Organization, 2002. ISBN 92-4156-209-9.
- McVinney, D., Vavrinčíková, L., Sarang, A., Jirešová, K. (2005). Úvod do *harm reduction*. *Průručka pro učitele*. Bratislava: NOS OSF. ISBN 80-969271-2-4.
- National Institutes of Health, 2006. NIH State-of-the-science statement on tobacco use: prevention, cessation and control. Available at: <http://consensus.nih.gov/2006/2006TobaccoSOS029html.htm>.
- National Cancer Institute at the National Institutes of Health. Harms of Smoking and Health Benefits of Quitting (2011). Dostupné na: <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Tobacco/cessation>.
- Nechanská, B., Mravčík, V., Štátná, L., Brožová, J. et al. (2011). Uživatelé alkoholu a jiných drog ve zdravotnické statistice od roku 1959. Praha: UZIS. ISBN 978-80-7440-048-3.
- Newcombe, R. (1992). The reduction of drug related harm: a conceptual framework for theory, practice and research. In: O'Hare, P. A. (Ed.): Routledge.
- Pankow, J. F., Watanabe, K. H., Toccalino P. L., Luo, W. and Austin, D. F. (2007) Calculated cancer risk for conventional and "potentially reduced exposure product" cigarettes. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 16, pp. 584–92.
- Pell, J. P., Haw, S., Cobbe, S. et al. (2008). Smoke-free legislation and hospitalizations for acute coronary syndrome. *New England Journal of Medicine* 359, pp. 482–91.
- Radimecký, J. (2005). Časy se mění aneb přístup harm reduction vůči užívání alkoholu? *Adiktologie*, 5(Supplementum), 275–280.
- Raw, M. et al. (2001) WHO Europe evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. Copenhagen. Dostupní na: <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/11/1/44.full>
- Rhodes, T., Hedrich, D. (2010). Harm reduction: evidence, impacts and challenges. Lisbon: EMCDDA. ISBN 978-92-9168-419-9.
- Rhodes, T. (1999). Terénní práce s uživateli drog: Zásady a praxe. Boskovice: Albert.
- Rodu, B., Godshall, W. (2006). Tobacco harm reduction: an alternative cessation strategy for inveterate smokers. *Harm Reduction Journal* 2006, 3:37doi:10.1186/1477-7517-3-37 Dostupné na: <http://www.adiktologie.cz/articles/cz/172/1058/Minimalizace-rizik-spojonych-s-uzivanim-tabaku-alternativni-strategie-pro-odvykani-koureni-pro-zaprisahle-kuraky.html>.
- Royal College of Physicians of London. Protecting Smokers, Saving Lives: The case for a Tobacco and Nicotine Authority, London. Available at: <http://www.rcplondon.ac.uk/pubs/books/protsmokers/index.asp>.
- Shapiro, H. (2005). Drogen – obrazový průvodce [Recreational Drugs a Directory]. Praha: Svojtka&Co. ISBN 80-7352-295-0.
- Sovinová, H., Sadílek, J., Csémy, L. (2010). Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Názory a postoje občanů ČR k problematice kouření. (Období 1997–2009): výzkumná zpráva [online]. Praha : Státní zdravotní ústav, 2011. Dostupné na: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zavislosti/koureni/Zprava2009DEF.pdf>.

- Stone, T., Darlingtonova, G. (2003). *Léky, drogy, jedy*. Praha: Akademie věd ČR. ISBN 80-200-1065-3.
- ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky (2006). Výběrové šetření o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel České republiky zaměřené na zneužívání drog. Praha, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
- Vavrinčíková, L. (2012) *Harm reduction a alkohol*. Praha: Univerzita Karlova v Praze & Togga. ISBN 978-80-7476-008-2
- Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci v ČR. SZÚ, 2010. Dostupné na: <http://www.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/Zprava2010.pdf>.
- Výzkumná správa Státního zdravotního ústavu, statistika z roku 2009; Dostupná na: <http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/zavislosti/koureni/Zprava2009DEF.pdf>.
- WHO Regional Office for Europe (2008). *The European tobacco control report 2007*. Copenhagen: World Health Organization. Available at: <http://www.euro.who.int/tobaccofree/publications/publications>.
- WHO (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.
- WHO (2003) *Policy Recommendations for Smoking Cessation and Treatment of Tobacco Dependence*. Geneva. ISBN 92 4 156240 4
- 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 nespecifické 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 vyučoványými 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 efektivity 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 přílohové 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. Integrální 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, kontrindikace a omezení, způsob hodnocení efektivitativy 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



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.



Klinika adiktologie

Klinika adiktologie

**1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze
a Všeobecná fakulní 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 závislostí 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 závislostí, 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. Příjímací 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 práci 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 závislostí 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 nezávratnických, 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 (police, 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 závislostí?
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 mezioborové úrovni, a ujmát 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 978-80-7476-009-9



NEPRODEJNÉ



EVROPSKÁ UNIE



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ