

# Adiktologie v preventivní a léčebné praxi

## Nº 2

---

PŮVODNÍ PRÁCE

### **Hodnocení prevence z pohledu studentů středních škol Ústeckého kraje: Srovnání prevence v adiktologii a dalších typů rizikového chování**

Petruželka, B., Barták, M., Vacek, J., Gabrhelík, R.

---

KAZUISIKA

### **Končím s hulením – průběh a těžkosti péče o klienta v internetovém prostředí. Kazuistika internetové léčebné intervence (ILI)**

Minařík, G., Minařík, J.

---



INDEXOVÁNO V

Bibliographia Medica  
Čechoslovaca

ISSN 2570-8120

MKČR E 23254

[www.aplp.cz](http://www.aplp.cz)

Vydává SCAN, z. s.

# JASNÁ CESTA ZE ZÁVISLOSTI!



**INFORMACE**

**1. Úvod**

2. Cíle a účel programu

3. Organizace a struktura programu

4. Metodika a obsahové cíle

5. Měření a vyhodnocení

6. Závěr

7. Přílohy

8. Kontaktní údaje

9. Seznam literatury

10. Přílohy

11. Přílohy

12. Přílohy

13. Přílohy

14. Přílohy

15. Přílohy

16. Přílohy

17. Přílohy

18. Přílohy

19. Přílohy

20. Přílohy

21. Přílohy

22. Přílohy

23. Přílohy

24. Přílohy

25. Přílohy

26. Přílohy

27. Přílohy

28. Přílohy

29. Přílohy

30. Přílohy

31. Přílohy

32. Přílohy

33. Přílohy

34. Přílohy

35. Přílohy

36. Přílohy

37. Přílohy

38. Přílohy

39. Přílohy

40. Přílohy

41. Přílohy

42. Přílohy

43. Přílohy

44. Přílohy

45. Přílohy

46. Přílohy

47. Přílohy

48. Přílohy

49. Přílohy

50. Přílohy

51. Přílohy

52. Přílohy

53. Přílohy

54. Přílohy

55. Přílohy

56. Přílohy

57. Přílohy

58. Přílohy

59. Přílohy

60. Přílohy

61. Přílohy

62. Přílohy

63. Přílohy

64. Přílohy

65. Přílohy

66. Přílohy

67. Přílohy

68. Přílohy

69. Přílohy

70. Přílohy

71. Přílohy

72. Přílohy

73. Přílohy

74. Přílohy

75. Přílohy

76. Přílohy

77. Přílohy

78. Přílohy

79. Přílohy

80. Přílohy

81. Přílohy

82. Přílohy

83. Přílohy

84. Přílohy

85. Přílohy

86. Přílohy

87. Přílohy

88. Přílohy

89. Přílohy

90. Přílohy

91. Přílohy

92. Přílohy

93. Přílohy

94. Přílohy

95. Přílohy

96. Přílohy

97. Přílohy

98. Přílohy

99. Přílohy

100. Přílohy

# Adiktologie v preventivní a léčebné praxi

# N<sup>o</sup> 2

## VYDÁVÁ

SCAN, z. s.

## VE SPOLUPRÁCI S

Klinikou adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

Českou asociací adiktologů, z. s.

## POD ZÁŠTITOU

1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti  
Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP  
České neuropsychofarmakologické společnosti  
Katedry psychologie FF UP v Olomouci  
Psychologického ústavu AV ČR

## S LASKAVOU FINANČNÍ PODPOROU

Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy  
Magistrátu hlavního města Prahy  
Ministerstva zdravotnictví

## PROJEKT JE REALIZOVÁN ZA FINANČNÍ PODPORY

Úřadu vlády České republiky a Rady vlády pro koordinaci  
protidrogové politiky.

## KORESPONDENČNÍ ADRESA

Časopis Adiktologie v preventivní a léčebné praxi, Klinika  
adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná  
fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

## E-MAIL & WEB

journal@aplp.cz, www.aplp.cz

## CITACE

Adiktol. prevent. léčeb. praxi,  
1(2), 53–112.

## INDEXOVÁNO V

Bibliographia Medica  
Čechoslovaca

ISSN 2570-8120

MKČR E 23254

## REDAKČNÍ RADA / EDITORIAL BOARD

### VEDOUCÍ REDAKTOR / EDITOR-IN-CHIEF

doc. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.

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

Department of Addictology,  
First Faculty of Medicine, Charles Uni-  
versity and General University Hospital  
in Prague, Czech Republic

### ZÁSTUPCE VEDOUCÍHO REDAKTORA / DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

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

Department of Addictology,  
First Faculty of Medicine, Charles Uni-  
versity and General University Hospital  
in Prague, Czech Republic

### REDAKTOR / EDITOR

PhDr. Michaela Malinová

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

Department of Addictology,  
First Faculty of Medicine, Charles  
University and General University  
Hospital in Prague, Czech Republic

### VÝKONNÁ REDAKČNÍ RADA / EXECUTIVE EDITORIAL BOARD

Prevence / Prevention

prof. PhDr. Olga Orosová, CSc.

Léčba / Treatment

MUDr. Jakub Minařík

MUDr. Miroslav Grohol

MUDr. Miroslava Mašlániová

Harm reduction

Mgr. Barbara Janíková

Bc. Artem Vartanyan

Ekonomika / Economics

doc. Ing. Beáta Gavurová, Ph.D., MBA

Sociální vědy / Social science

doc. PhDr. Peter Brnula, Ph.D.

doc. PhDr. Ladislav Vaska, Ph.D.

PhDr. Martin Smutek, Ph.D.

Psychologie / Psychology

Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

Právo / Law

Mgr. Hana Fidesová, Ph.D.

JUDr. Michaela Štefunková, Ph.D.

Biostatistika / Biostatistics

Mgr. Jaroslav Vacek

Historie / History

Mgr. Jaroslav Šejvl

### REDAKČNÍ KRUH / ASSOCIATED EDITORS

PhDr. Ladislav Csémy

Doc. MUDr. et PhDr. Kamil Kalina, CSc.,  
MSc.

prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Doc. MUDr. Viktor Mravčík, Ph.D.

MUDr. Lubomír Okruhlica, CSc.

MUDr. Petr Popov, MHA

PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

Mgr. Vladimír Sklenář

PharmDr. Magdaléna Šustková-Fišerová,  
Ph.D.

Mgr. Jarmila Vedralová

MUDr. Tomáš Zábranský, Ph.D.

## CÍLE A ZAMĚŘENÍ / AIM & SCOPE

Časopis Adiktologie v preventivní a léčebné praxi vznikl jako reakce na poptávku různých profesních skupin v adiktologii a v příbuzných oborech směřující k intenzivnějšímu a hlubšímu dialogu a propojení soudobého vědeckého poznání a jejich každodenní praxe. Jeho cílem je zprostředkovávat čtenářům nové informace a inspirativní myšlenky, na důkazech založené postupy, a přispívat k jejich uplatnění v praktické práci s různými populacemi a k jejich kritické reflexi respektující každodenní preventivní a klinickou praxi.

Časopis se zaměřuje na podporu oboustranné komunikace. Zpřístupňuje aktuální výsledky vědeckého poznání těm, kteří se věnují klientům a pacientům v praxi. Současně nabízí prostor pro sdílení praktických poznatků a propojení praxe s výzkumem v oboru adiktologie.

Časopis publikuje recenzovaná původní sdělení, krátká sdělení, přehledové referáty, kazuistické studie, doporučené postupy, studentské práce, zprávy o projektech, komentované překlady, rozhovory, knižní recenze, zprávy z oboru, diskuse a dopisy čtenářů. Přijímá příspěvky věnované tématu legálních a nelegálních psychoaktivních látek, nelátkových závislostí a další komorbidní zátěže z pohledu prevence, léčby, veřejných politik, ekonomického a sociálního kontextu.

Časopis se hlásí k zásadám redakční práce Mezinárodní společnosti editorů adiktologických časopisů – International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE), včetně dodržování etických norem a doporučení vyplývajících z Farmingtonské úmluvy (<http://www.isaje.net/farmington-consensus.html>).

Addictology in Prevention and Treatment Practice was established in response to the growing demand on the part of various groups of addiction professionals and practitioners from other related fields who were calling for a more intensive and in-depth dialogue and ways to facilitate closer links between the latest scientific knowledge and their day-to-day practice. By providing its readers with the most recent findings, inspiring ideas, and evidence-based approaches, the journal seeks to contribute to applying such information to work with different populations and reflecting on it critically in the light of everyday prevention and clinical practice.

The journal aims at promoting two-way communication. It is intended to make the latest evidence available to practitioners in the field, as well as offering space for sharing practical knowledge and connecting addiction-specific practice with relevant research.

The journal publishes peer-reviewed original research – including short reports – reviews, case studies, guidelines, student papers, project reports, commented translations, interviews, book reviews, news from the field, opinions, and letters. Submissions are expected to address legal and illegal psychoactive substances, non-substance addictions, and other comorbidities in terms of prevention, treatment, public policies, and the economic and social context.

The journal espouses the editorial principles adopted by the International Society of Addiction Journal Editors (ISAJE), including the ethical standards and recommendations set out in the Farmington Consensus (<http://www.isaje.net/farmington-consensus.html>).

### TIRÁŽ / IMPRINT

© SCAN, z.s., 2018

Adiktologie v preventivní a léčebné praxi

Vydává | SCAN, z.s., Třebotov, Pod Nemocnicí 220, 252 26,  
[www.scan-zs.cz](http://www.scan-zs.cz), datová schránka: tygyfs

Vedoucí redaktor | doc. Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.

Zástupce vedoucího redaktora | PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

Redaktor | PhDr. Michaela Malinová

Jazyková redakce | PhDr. Vojtěch Hanus

Anglická redakce | Mgr. Jiří Bareš a Simon Gill, MA

Adresa redakce | Klinika adiktologie,  
1. LF UK, Apolinářska 4, 128 00 Praha 2, tel. 224 968 271

Design & Layout | Missing Element & Vladimír Vašek,  
[www.missing-element.com](http://www.missing-element.com)

Produkce | NLN, s.r.o., Náprstkova 10, Praha 1

Rukopisy zasílejte vyhradně na elektronickou adresu redakce [journal@aplplp.cz](mailto:journal@aplplp.cz).  
Distribuce, informace a objednávky předplatného na adrese vydavatele,  
e-mail [scan@scan-zs.cz](mailto:scan@scan-zs.cz), [www.aplplp.cz](http://www.aplplp.cz).

Inzerce na adrese redakce, e-mail [scan@scan-zs.cz](mailto:scan@scan-zs.cz).

Vychází čtyřikrát ročně.

Cena časopisu | 103 Kč

Cena vč. poštovného | 135 Kč

ISSN 2570-8120

MKČR E 23254

Toto číslo vyšlo v říjnu 2018.

Otištěné příspěvky nejsou honorovány, autor obdrží bezplatný výtisk. Za obsah a jazykovou úpravu inzerátů odpovídá inzerent. Kopírování a rozmnožování za účelem dalšího rozšiřování není možné bez předchozího písemného souhlasu vydavatele.

Příští číslo vyjde 30. 11. 2018.

Redakční uzávěrka zpráv a oznámení je 9. 11. 2018.

Redakce si vyhrazuje právo zaslané zprávy krátiť a redakčně upravovat. Nepodepsané příspěvky pocházejí z redakce.



[fb.me/avplp](https://www.facebook.com/avplp)



<https://twitter.com/avplp>

# Obsah / Contents

## EDITORIAL

Na okraj letošní AT konference

58

KALINA, K.

---

## PŮVODNÍ PRÁCE / ORIGINAL ARTICLES

Hodnocení prevence z pohledu studentů středních škol Ústeckého kraje:  
Srovnání prevence v adiktologii a dalších typů rizikového chování

60

Evaluation of Prevention From the Point of View of Students of High Schools in Ústecký Region:  
Comparison of Prevention in Addictology and other Types of Risk Behavior

PETRUŽELKA, B., BARTÁK, M. VACEK, J., GABRHELÍK, R.

První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé  
republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923–1938)

68

The First Facility for the Institutional Treatment of Alcohol Dependence in the Czechoslovak Republic:  
Case Study of the Tuchlov Treatment Facility (1923–1938)

ŠEJVL, J., MIOVSKÝ, M.

---

## KOMENTOVANÝ PŘEKLAD / ANNOTATED TRANSLATION

Alkohol a veřejné zdraví – komentovaný souhrn vybraných zjištění  
přehledového článku Alcohol and public health (Room, R., Babor, T.,  
& Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. The Lancet, 365(9458), 519-530.)

80

Alcohol and public health – an annotated summary of selected findings of a review article (Room, R.,  
Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. The Lancet, 365(9458), 519–530.)

BARTÁK, M.

---

## PŘEHLEDOVÝ ČLÁNEK / REVIEW ARTICLE

Právní možnosti testování žáků a studentů při důvodném podezření  
na ovlivnění návykovou látkou ve škole a školském prostředí

86

Legal Options for Testing Pupils and Students upon a Reasonable Suspicion of Substance Abuse in School  
and the School Environment

ŠEJVL, J.

---

## KAZUISTIKA / CASE STUDY

Končím s hulením – průběh a těžkosti péče o klienta v internetovém prostředí. Kazuistika internetové léčebné intervence (ILI)

94

I quit smoking weed – the course and complications of providing care to a patient in internet-based environment. Case study of internet-based treatment intervention

MINAŘÍK, G., MINAŘÍK, J.

---

## KRÁTKÉ SDĚLENÍ

(Adiktologické) ambulance jsou mezi absolventy adiktologie nejžádanějším typem zaměstnání

103

PAVLOVSKÁ, A., MIOVSKÝ, M.

---

## ROZHOVOR

Mgr. Jarmila Vedralová, ředitelka Odboru protidrogové politiky Úřadu vlády České republiky

109

BARTÁK, M.

---

## RECENZE

Základy metodologie výzkumu (L. Eger, D. Egerová)

111

JANDÁČ, T.

---

## VZDĚLÁVÁNÍ

93

---

## STUDIUM

108

---

## KONFERENCE

79

110

## Na okraj letošní AT konference

Letošní výroční konference Společnosti pro návykové nemoci (AT konference 2018) měla jako hlavní téma reformu adiktologické péče. V úvodu však zaznělo důležité a fundované sdělení o reformě psychiatrie, které na konferenci přivezli bývalý a současný předseda Psychiatrické společnosti, MUDr. Martin Hollý, MBA, a doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D. Je to už pátá reformní iniciativa na tomto poli, kterou zažívám (do prvních tří jsem se více angažoval, pak mě nezdravé otrávil), a k páté vlně jsem byl poněkud skeptický, vystoupení jejích protagonistů však bylo dosti přesvědčivé. Zdá se, že tentokrát nemusí jít jen o dobré úmysly a obecné teze: první reformní kroky jsou kvalitně připravené, finančně zajištěné a iniciativa přes všechny svízele nachází svou tvář a smysl. Jistým motorem je vidina i tlak peněz z EU, ale také dosud nezaznamenaný konsensus odborné společnosti, obou zúčastněných ministerstev (MZ a kupodivu i MPSV) a Všeobecné zdravotní pojišťovny. Rovněž zřejmě došlo ke generační výměně a tím i k jistému obratu v nazírání, jak by měly služby pro duševně nemocné vypadat. Pojmy jako „deinstitucionalizace“ a „komunitní péče“ jsou dnes klíčové, zatímco před dvaceti lety si s nimi bylo možné nadělat mnoho nepřátel. Prokazuje se také to, co bylo již dlouho zjevné: reforma nemůže být úspěšná, pokud jejím ohniskem a východiskem transformace nebudou státní psychiatrické nemocnice, dříve léčebny. Nejspíš z toho všechny nejsou nadšené, ale jiná cesta není. Tady se však vynořuje úskalí „páté vlny“: tentokrát sice jsou (resp. mohly by být) peníze, ale nejsou lidé. Jako všude. Psychiatrické nemocnice samy nemají dost lékařů a sester, aby mohly personálně zajistit nově vznikající Centra duševního zdraví, a ambulantní psychiatři prý většinou nemají zájem se angažovat. To by mohl být vážný zádrhel. Známe ale řadu mladých psychiatrů, kteří by chtěli pracovat novým a netradičním způsobem, a věřím, že se jejich ambice naplní ve prospěch pacientů.

Co se týče reformy adiktologické péče, prezentovala se na konferenci zcela odlišně, nikoliv jako velký projekt „shora“, ale jako série malých změn „zdola“. Tento trend byl patrný již na AT konferenci 2017 a letos se potvrdil. Je pravda, že systém adiktologických služeb je o něco více „deinstitucionalizovaný“ a „komunitní“ než systém služeb pro duševní zdraví, zdaleka však není dokonalý. Slabý a neefektivní ambulantní sektor a nedostatek denních stacionářů (které bys spočítal na prstech ruky nešikovného tesaře) vede k zahlcení AT oddělení v psychiatrických nemocnicích a k fenoménu „otáčivých dveří“, o efektivitě nemluvě. Přitom je jasné, že bez vytvoření robustního extramurálního systému se tato nerovnováha nezmění. Přece jen asi budeme potřebovat „velký projekt“, který by zajistil transformační peníze. Na rozdíl od psychiatrické reformy na tu adiktologickou žádné finanční prostředky nejsou. Lidé by zřejmě byli, nechybí ani systémové analýzy (díky Národnímu monitorovacímu centru, vedenému



ATkonference2018. Zleva: prim. Petr Popov, předseda SNN ČLS JEP, doc. Kamil Kalina, předseda programového výboru konference, doc. Martin Anders, předseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP

kolegou Viktorem Mravčíkem) a Společnost pro návykové nemoci (dále SNN) má své teoretiky i koncepčně uvažující osobnosti. SNN zformulovala rovněž své reformní teze a koncepty, na konferenci je však bohužel nikdo nepředstavil ... Ukazuje se, že reforma adiktologické péče probíhá téměř nezřetelně. Jejím motorem je vzdělání, iniciativa, invence, pružnost nestátních organizací a typicky česká dovednost využívat omezených možností dosavadního systému. Změny jsou lokální a pozoruhodný pohyb lze zahlédnout jen z celku jednotlivých konferenčních příspěvků. Tento spontánní vývoj však má své meze.

Zajímavá byla možnost porovnat českou situaci se zahraničím. Dva zahraniční programové bloky (celoevropský přehled v podání EMCDDA a prezentace ze sousedství – z Rakouska, Polska a Slovenska) přinesly podnět k úvahám, jaké je Česko. Co se týče Evropy, je to leckde lecjak a všude chleba o dvou kůrkách; nicméně stojí za to poučit se z předností i z nedokonalostí. O sousedních zemích, s nimiž jsme minimálně několik století sdíleli společný prostor habsburského mocnářství, to platí dvojnásob. Zdá se mi ale, že ve srovnání s nimi jsme jaksí pružnější, nápaditější a úspěšnější ve vytváření základny pro odbornou kvalitu služeb. Aspoň částečně jsme přemostili příkopy mezi zdravotnickými a nezdravotnickými službami, mezi světem lékařů a nelékařů, mezi státním a nestátním, a můžeme mluvit o jakž takž fungujícím systému, a dokonce o jeho reformě, což u sousedů zjevně není téma dne.

Slovensko je jiné než Česko, čtvrt století po rozdělení federace. Nepřekvapivě, neboť bylo jiné vždy. Naštěstí lze o tom mluvit. Slovenští bratři byli tentokrát na konferenci zastoupení více než v předchozích letech, ale neměli vlastní „slovenskou zahrádku“: jejich zajímavá sdělení programový výbor konference rozptýlil podle témat do několika bloků. To se zjevně osvědčilo, a jelikož někteří referující z Česka mluvili slovensky, nesla se konference



v příjemném dvounárodním duchu jako nedeklarovaná připomínka stého výročí společného státu.

Jedním z vrcholů konference byly dva bloky věnované projektu BETRAD (Better Treatment for Ageing Drug Users). Uživatelé návykových látek fakticky stárnou dříve než jejich zachovalejší vrstevníci, vedle toho se objevují nové vzorce závislosti u seniorů. V posledních letech se o tom u nás začalo trochu mluvit, ale jen okrajově a s jistými rozpaky. Obnažení závažného problému na letošní konferenci tak přineslo moment překvapení (asi jako když v zimě napadne sníh ...), prozření a vědomí nepřipravenosti. Jak zajistit těmto – zatím opomíjeným – skupinám adekvátní zdravotní a sociální služby, jak jim nabídnout smysluplnou životní perspektivu? To je velmi obtížný a náročný úkol, zejména v zemi, kde stárnutí a stáří obecně nepředstavuje příliš oblíbený fenomén.

Jako příznivec kvalitativních výzkumných přístupů musím připomenout a ocenit středeční podvečer ve velkém sále, kde se v jednom bloku sešly tři pozoruhodné kvalitativní studie z praxe, metodologicky dobře odvedené a nepochybně přínosné pro příslušná pracoviště, jejich pracovníky i jejich pacienty/klienty. Mladí odborníci bez grantové podpory se prostě chtěli dozvědět něco o tom, jak pracují, co prožívá jejich klientela, co užívání návykových látek na počátku jejich pacientům/klientům dávalo, co jim pak bralo a co jim dává i bere léčba a změna. Ukazuje se, že takové drobné studie jsou poměrně snadno proveditelné i za plného provozu, přinášejí zajímavé poznatky a inspirují širší odbornou obec.

Od AT konference 2017 zaznamenala odborná obec přínosy i ztráty. Jako přínos vidím dvě nové docentury: habilitovali se Roman Gabrhelík a Viktor Mravčík, oba více či méně spojení s Klinikou adiktologie, s institucí, kterou nám zahraniční kolegové právem závidí a která si to, přes možné výhrady zevnitř, vskutku zasluhuje. A ztráty? V hodnotícím dotazníku byla jako obvykle i otázka „jakou osobnost či jaké téma jste na konferenci postrádali?“ – nevím, kdo jakou osobnost do dotazníku napsal, pokud ho vůbec vyplnil, ale mnozí z nás postrádali Petra Jeřábka. Vzdělaný, odvážný a jadrný muž, horský písmák a intelektuál širokého rozhledu, bojoval řadu let se zhoubnou nemocí a podlehl jí letos 2. dubna. Čest jeho památce a úctu jeho nápomocné rodině. Kromě minuty ticha, k níž vyzval Petr Popov, mu ještě kolega Josef Radimecký věnoval svou přednášku; styděl jsem se, že mě to taky nenapadlo, a vymyslel jsem, že by trvalou částí AT konferencí mohla být „Petr Jeřábek Memorial Lecture“. Doufám, že do roku 2019 přežiju i jako předseda programového výboru a kdyby ne, že se na to nezapomene.

Jistou ztrátou je i odchod vzácného kolegy Jindřicha Vobořila z pozice národního (proti)drogového koordinátora. Nahradil mě v r. 2010 po mém druhém pokusu se této funkce zhostit, vytrval (nejen přežil) ve funkci 8 let



Konference se konala v kongresovém hotelu Jezerka na Seči

a nepochybně si počínal zdařileji než já, zejména politiky a mediálně. Na konferenci chyběl. Až dosud byla tato pozice otevřená odborníkům z praxe (kromě mne a Jindřicha Vobořila to byli Pavel Bém, Josef Radimecký a Ivo Kačaba), a když to tak nebylo, byl to průšvih. Uvidíme, co s tím udělá zákon o státní službě, který vstup do funkce z praxe de facto znemožňuje.

Kolega Petr Popov, předseda výboru SNN a prezident konference, zalitoval, že výbor SNN zavrhl pro letošní konferenci jeho téma „Humor v adiktologii“ a místo toho přijal téma „Reforma adiktologické péče“. Věřím, že účastníci AT konference 2018 nedospěli k názoru, že je to vlastně totéž.

V Praze 18. června 2018

Doc. MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., MSc.  
předseda programového výboru AT konference 2018

Z přednášky doc. Viktora Mravčíka



# Evaluation of Prevention From the Point of View of Students of High Schools in Ústecký Region: Comparison of Prevention in Addictology and other Types of Risk Behavior

Petruželka, B.<sup>1,3</sup>, Barták, M.<sup>2</sup>, Vacek, J.<sup>1,3</sup>, Gabrhelík, R.<sup>1,3</sup>

1|Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University, and General University Hospital in Prague, Czech Republic

2|Department of Social Work, Faculty of Social and Economics Studies, J.E. Purkyně University in Ústí nad Labem, Czech Republic

3 | Scan, z. s., Třebotov, Czech Republic

Citation|Petruželka, B., Barták, M., Vacek, J., Gabrhelík, R. (2018). Evaluation of Prevention From the Point of View of Students of High Schools in Ústecký Region: Comparison of Prevention in Addictology and other Types of Risk Behavior. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(2), 60–67.

**Background** | There is the need for effective preventive interventions focused on alcohol, tobacco and other addictive substances of adolescents who are high school students. **Aim** | The aim of the article is to compare the differences in the evaluation of preventive activities with addictological topics and preventive activities with topics related to other types of risk behaviors of students of high schools in the Ústecký Region. **Methods** | Altogether 1047 valid questionnaires from 17 schools were included in the analysis. **Results and Discussion** | Exactly 48% of students took part in preventive activities in the past school year, 28% of students did not participate in such activities, and 24% of students do not remember it. Most programs of bullying prevention and use of other addictive substances appeared. Given the prevalence of tobacco

smoking and behavioral addictions that were found in the survey, students were, in their own words, involved in relatively few prevention programs. As the most interesting of the programs, the students evaluate the prevention of sexually hazardous behavior. According to the students, one of the most frequent forms of the program was one discussion. Most of the events was attended by students in lower grades, the prevalence of problem phenomena is nevertheless increasing in higher grades. The informations provided are understandable to the students but are not new to them. Forms of prevention are not evaluated positively. **Conclusion** | We hope to initiate discussion about the importance of feedback from high school students related to prevention activities.

**Keywords** | Risk behavior – Youngths – Primary prevention – Evaluation – Ústí nad Labem Region – Czech Republic

Submitted | 4 August 2018

Accepted | 7 September 2018

Grantsupport|ThesestudywaswrittenwithintheframeworkoftheprojectSocialPathologicalPhenomenaamongStudentsofHighSchoolsintheÚstínadLabem Region ÚK 17 / SML0980 / SOPD / OKH supported by the Ústí nad Labem Region. For authors <sup>1</sup> GAČR No. 16-15771S.

Correspondence address | Miroslav Barták, Ph.D., Department of Social Work, Faculty of Social and Economics Studies, J. E. Purkyně University in Ústí nad Labem, Moskevská 54, 400 96 Ústí nad Labem, Czech Republic

miroslav.bartak@ujep.cz

# Hodnocení prevence z pohledu studentů středních škol Ústeckého kraje: Srovnání prevence v adiktologii a dalších typů rizikového chování

Petruželka, B.<sup>1,3</sup>, Barták M.<sup>2</sup>, Vacek, J.<sup>1,3</sup>, Gabrhelík, R.<sup>1,3</sup>

1 | Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

2 | Katedra sociální práce FSE UJEP v Ústí nad Labem

3 | Scan, z. s., Třebotov

Citace | Petruželka, B., Barták, M., Vacek, J., Gabrhelík, R. (2018). Hodnocení prevence z pohledu studentů středních škol Ústeckého kraje: Srovnání prevence v adiktologii a dalších typů rizikového chování. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(2), 60–67.

**Východiska** | Předložený článek reflektuje potřebu účinných preventivních intervencí zaměřených na alkohol, tabák a další návykové látky mezi studenty středních škol. **Cíl** | Cílem článku je srovnat rozdíly v hodnocení preventivních aktivit s adiktologickými tématy a preventivních aktivit s tématy souvisejícími s dalšími typy rizikového chování studenty středních škol v Ústeckém kraji. **Metody** | Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo celkem 1063 studentů ze 17 středních škol, jejichž zřizovatelem je Ústecký kraj. Do statistické analýzy bylo zahrnuto 1047 validních dotazníků. **Výsledky a diskuse** | Účast na preventivních aktivitách v minulém školním roce uvedlo pouze 48% studentů, 28% studentů se podle vlastních slov takové aktivity nezúčastnilo a 24% studentů si na ni nevzpomíná. Nejvíce se objevovaly programy prevence šikany a užívání dalších

návykových látek. Vzhledem k prevalenci kouření tabáku a nelátkových závislostí, které byly zjištěny v rámci šetření, se studenti podle vlastních slov zúčastnili programů na jejich prevenci relativně málo. Jako nejzajímavější z proběhlých programů hodnotí studenti prevenci sexuálně rizikového chování. Podle studentů byla nejčastější formou programu jedna beseda. Nejvíce se prevence rizikového chování účastnili studenti v nižších ročnících. Podle provedeného šetření prevalence problémových jevů narůstá ve vyšších ročnících. Podávané informace jsou dle studentů pro ně srozumitelné, ale nejsou pro ně nové. Formy prevence nejsou hodnoceny pozitivně. **Závěry** | Článkem chceme přispět do diskuse s tématem významu zpětných vazeb od studentů středních škol a způsobu prevence.

**Klíčová slova** | Rizikové chování – Mládež – Primární prevence – Hodnocení – Ústecký kraj – Česká republika

Došlo do redakce | 4. srpna 2018

Přijato k tisku | 7. září 2018

Grantová podpora | Studie vznikla v rámci projektu Sociálněpatologické jevy u studentů středních škol Ústeckého kraje ÚK17/SML0980/SOPD/OKH, podpořili Ústecký kraj, GAČR č. 16-15771S.

Korespondenční adresa | PhDr. Miroslav Barták, Ph.D., Katedra sociální práce FSE UJEP v Ústí nad Labem, Moskevská 54, 400 96 Ústí nad Labem

miroslav.bartak@ujep.cz

## 1 ÚVOD

Prevalenční údaje z České republiky poukazují na naléhavou potřebu účinných preventivních intervencí zaměřených na alkohol, tabák a další návykové látky u adolescentů, kteří jsou studenty středních škol. V České republice je míra užívání návykových látek u dětí i dospělých ve srovnání s celoevropským průměrem i ve srovnání s ostatními vyspělými státy světa vysoká. A to i přesto, že ve srovnání s rokem 2011 došlo u 16letých k výraznému poklesu míry kouření cigaret, užívání alkoholu a nelegálních návykových látek. Dále, že první zkušenosti s alkoholem, tabákem a konopnými drogami a dalšími návykovými látkami se posouvají do vyššího věku. Srovnávají se také rozdíly mezi chlapci a dívkami díky tomu, že chlapci užívají v porovnání s předchozím obdobím méně.

Z údajů Národního monitorovacího střediska vyplývá (NMS 2017, 2016), že mezi 16letými v roce 2015:

- 66 % kdykoli v životě kouřilo cigarety, téměř 30 % kouřilo v posledních 30 dnech, přibližně 13 % denně kouří tabákové výrobky,
- 96 % mělo v životě alkohol, v posledním měsíci užilo alkohol přibližně 78 %, přibližně 12 % pravidelně konzumuje nadměrné dávky alkoholu,
- 32 % má zkušenost s užitím konopných látek, téměř 24 % užilo konopné látky v posledním roce. Průměrný věk první zkušenosti s konopnými drogami byl 14,5 let.

Zkušenosti s užitím dalších návykových látek (viz zdroje výše) jsou u českých 16letých srovnatelné s průměrem evropských zemí:

- téměř 4 % užila LSD a halucinogeny (a více než 3 % halucinogenní houby),
- téměř 3 % mělo extázi,
- 1,4 % užily pervitin,
- 1,4 % užily kokain,
- méně než 1 % užilo ostatní nelegální drogy.

Rizikovým chováním, do kterého počítáme také oblast adiktologické problematiky, rozumíme takové vzorce chování, v jejichž důsledku dochází k prokazatelnému nárůstu zdravotních, sociálních, výchovných a dalších rizik pro jedince i pro společnost (Miovský et al., 2015). Preventivní aktivity mezi středoškoláky tvoří významnou část spektra preventivní práce s cílovými skupinami. Máme však velmi málo informací, jak preventivní aktivity vnímají samotní studenti středních škol.

Hlavním cílem článku je představit srovnání, jak hodnotí preventivní aktivity s adiktologickými tématy a preventivní aktivity s tématy souvisejícími s dalšími typy rizikového chování studenti středních škol v Ústeckém kraji. Dále zahájit diskusi s preventivními pracovníky na téma zpětných vazeb od studentů středních škol, co si studenti myslí o preventivních aktivitách (se zaměřením na adiktologii nebo obecně), se kterými se setkali během svého středoškolského studia.

## 2 METODY

Dotazníkové šetření na středních školách v Ústeckém kraji bylo realizováno v roce 2017 jako součást projektu Sociálně patologické jevy u studentů středních škol v Ústeckém kraji, ÚK 17/SML0980/SOPD/OKH, Univerzitou Jana Evangelisty Purkyně Ústí nad Labem, Fakulta sociálně ekonomická.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 1063 studentů ze 17 středních škol, jejichž zřizovatelem je Ústecký kraj. Do statistické analýzy bylo zahrnuto 1047 validních dotazníků.

Zastoupení respondentů podle pohlaví není v tabulce zobrazeno, protože se nepodařilo získat tyto informace o základním souboru, nicméně ve výzkumném souboru je rovnoměrné zastoupení mužů (514) a žen (531)<sup>1</sup>. Relativní zastoupení, a tedy reprezentativitu, ukazuje sloupec poměr podílů k základnímu souboru, přičemž barevně odlišena jsou čísla skupin studentů zastoupených ve větším podílu, než je v celém souboru studentů v Ústeckém kraji, a naopak čísla skupin studentů zastoupených menším podílem. Více zastoupeny jsou zejména čtvrté ročníky, gymnázia a okresy Litoměřice a Teplice, spíše méně zastoupeny jsou třetí ročníky, učiliště a okresy Děčín a Most. Menší zastoupení určitých skupin ale neznamená, že výzkum má nižší externí validitu, tj. že celý výzkumný soubor není reprezentativní a že z výsledků nelze dělat zobecňující závěry – absolutní počet respondentů i v nejméně zastoupené skupině překračuje minimální doporučený počet 30 respondentů a celková velikost výzkumného souboru je přes tisíc respondentů. Pro další statistické zpracování je každému dotazníku přiřazena relativní váha na základě zastoupení vzhledem k základnímu souboru podle ročníku, typu školy a okresu; právě to umožňuje zajištění zobecnitelnosti.

Data jsou zpracována za využití popisné statistiky (MS Excel). Studie proběhla v souladu s platnými etickými standardy. (Tabulka 1.)

## 3 VÝSLEDKY

### 3.1 Základní charakteristiky účasti na preventivních aktivitách s libovolným zaměřením

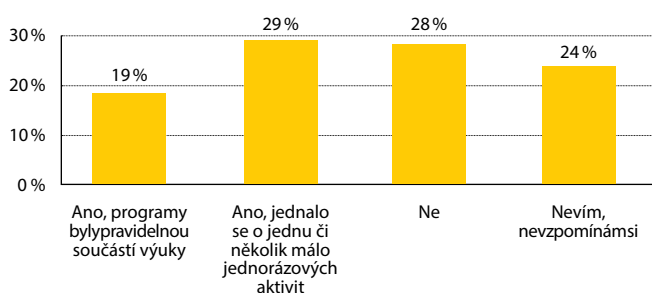
Ze základních charakteristik byly sledovány účast na preventivních aktivitách, účast na preventivních aktivitách podle typu školy, účast na preventivních aktivitách podle ročníku studia. (Graf 1–3.)

Preventivních aktivit se v minulém školním roce podle vlastních slov zúčastnilo 48 % studentů. Podle 19 % z nich byly programy pravidelnou součástí výuky a podle

<sup>1</sup> Součet mužů a žen neodpovídá celkové velikosti výzkumného souboru, protože dva respondenti neuvedli své pohlaví.

		výzkumný soubor			základní soubor	
		absolutně	relativně	poměr podílů k základnímu souboru	relativně	absolutně
ročník	první	357	34 %	107 %	32 %	9332
	druhý	196	19 %	68 %	28 %	8119
	třetí	147	14 %	57 %	25 %	7233
	čtvrtý	347	33 %	208 %	16 %	4682
typ školy	SOU	134	13 %	46 %	28 %	8094
	SOŠ	470	45 %	85 %	53 %	15556
	gymnázium	443	42 %	217 %	19 %	5716
okres	Děčín	39	4 %	22 %	17 %	5053
	Chomutov	112	11 %	75 %	14 %	4183
	Litoměřice	304	29 %	201 %	14 %	4247
	Louny	100	10 %	134 %	7 %	2099
	Most	56	5 %	31 %	17 %	5088
	Teplice	196	19 %	165 %	11 %	3334
	Ústí nad Labem	240	23 %	126 %	18 %	5362
celkem		1047	100 %	100 %	100 %	29366

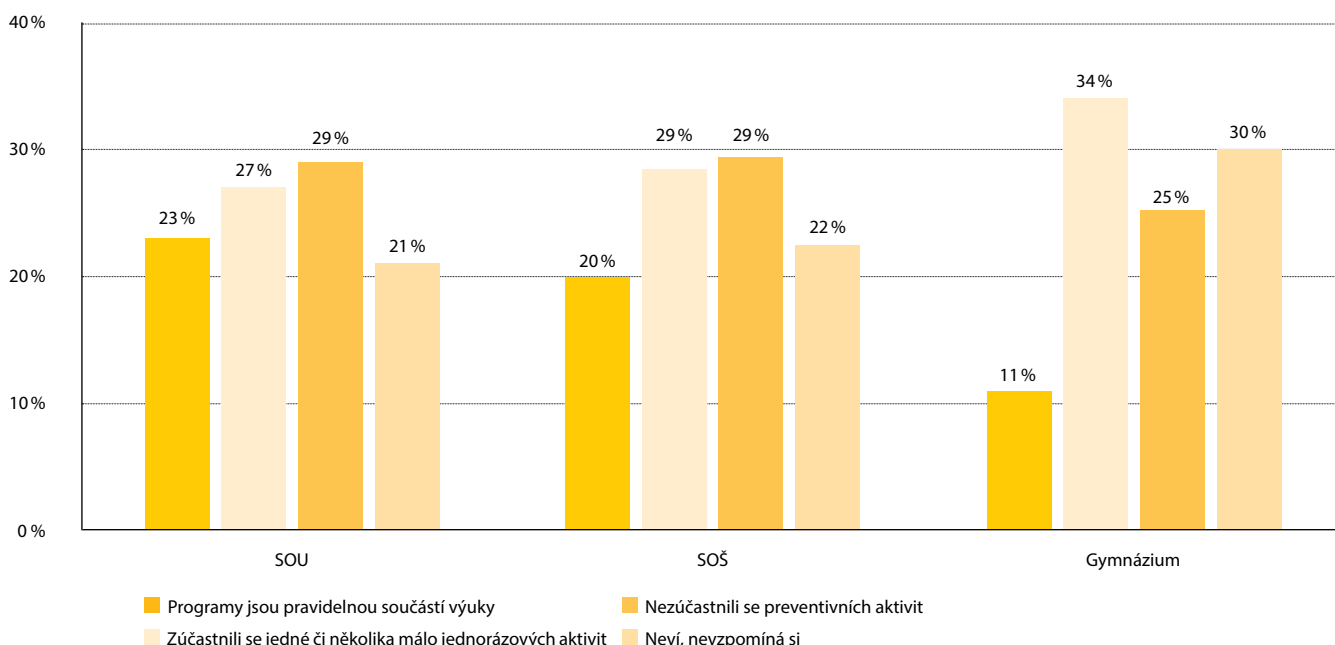
Tabulka 1 | Výzkumný soubor – absolutní a relativní počet respondentů vzhledem k základnímu souboru



29 % studentů byly preventivní aktivity pouze jednorázové. Zajímavá jsou zjištění, že 28 % studentů se podle vlastních slov jakékoli preventivní aktivity neúčastnilo a 24 % studentů si na ni nevzpomíná.

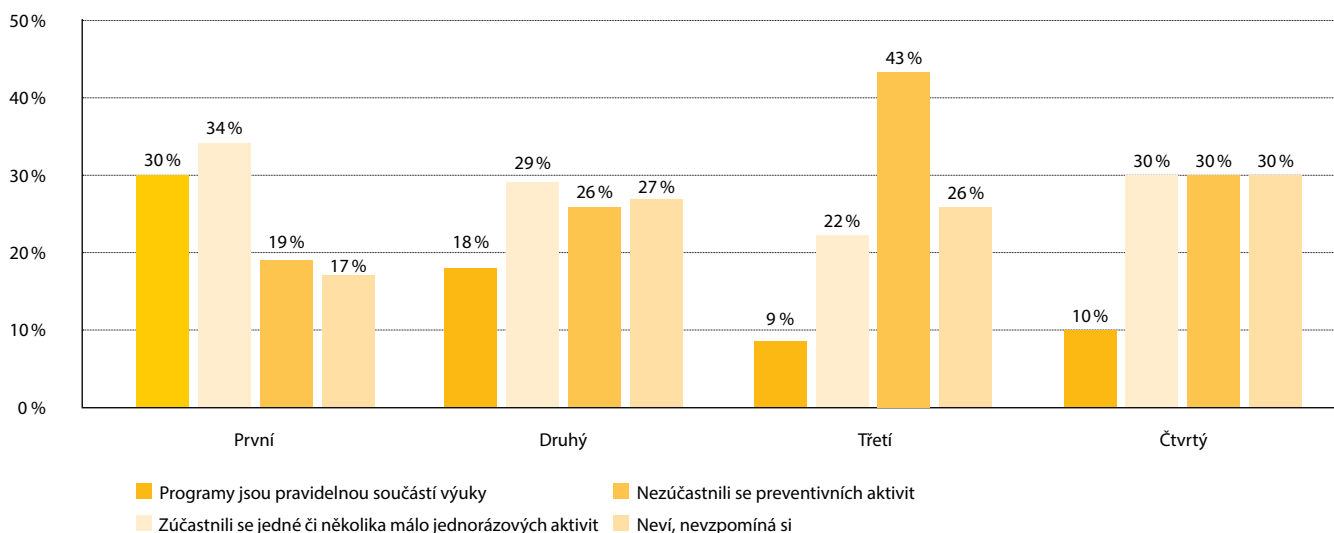
Celková účast na preventivních aktivitách na všech typech je škol relativně podobná. Pouze na gymnáziích studenti uvádějí, že programy nejsou pravidelnou součástí výuky. Na všech typech škol je zhruba polovina těch, kteří se aktivit neúčastnili nebo si to nepamatují a nevědí.

Graf 1 | Účast na preventivních aktivitách ve škole v minulém roce

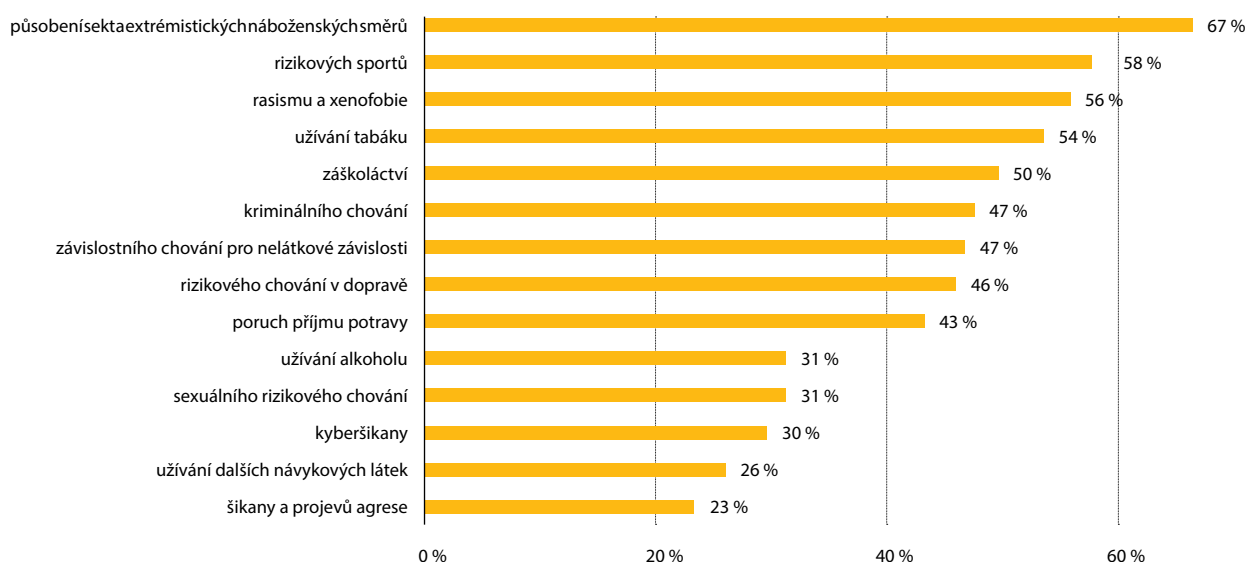


Graf 2 | Účast na preventivních aktivitách podle typu školy





Graf 3 | Účast na preventivních aktivitách podle ročníku studia



Graf 4 | Relativní počet studentů, podle kterých se preventivní program na toto téma neobjevil

Analýzy dle studijních ročníků ukázaly, že nejvyšší účast na libovolně tematicky zaměřených preventivních aktivitách je u studentů v nižších ročnících.

### 3.2 Hodnocení prevence samotnými studenty

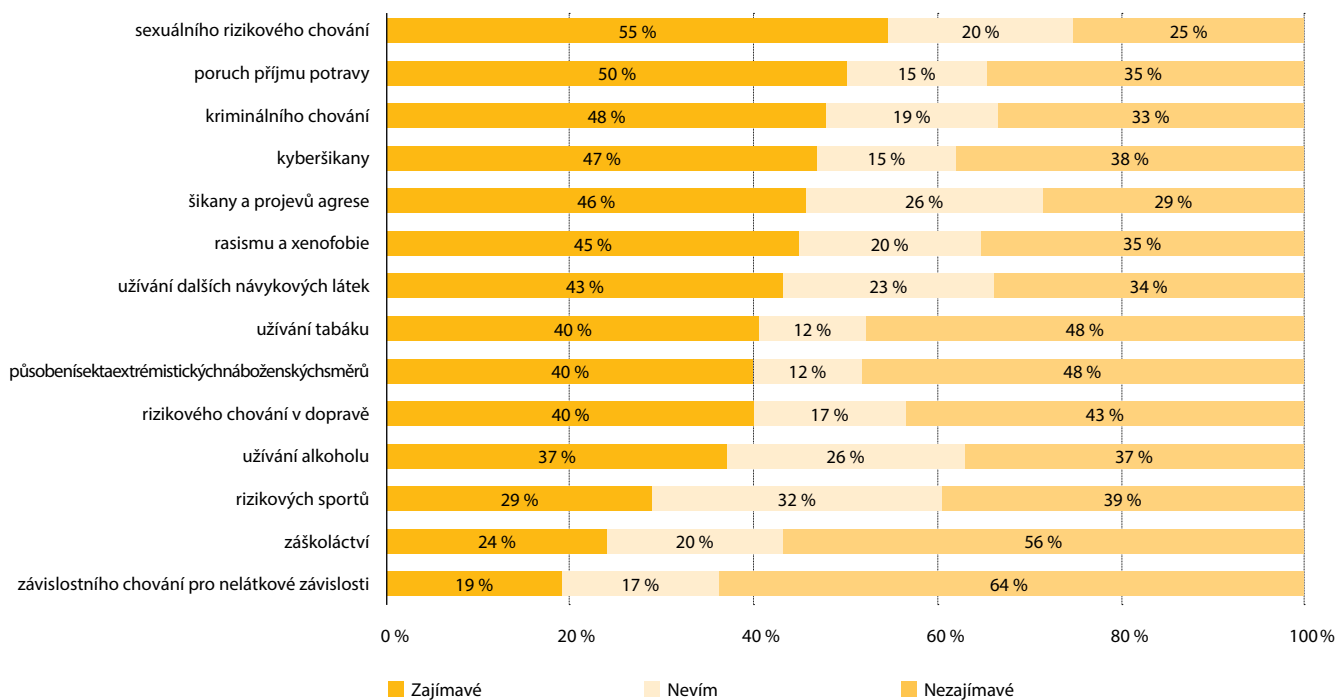
Uvedli jsme, že někteří studenti měli problémy s jasnou identifikací toho, co považují za prevenci rizikového chování. Pro další analýzu byli tyto studenti vyřazeni. Analýza byla zaměřena pouze na validní odpovědi. (Graf 4.)

Nejvíce se objevovaly programy prevence šikany a užívání dalších návykových látek. Vzhledem k prevalenci kouření tabáku a nelátkových závislostí, které byly zjištěny

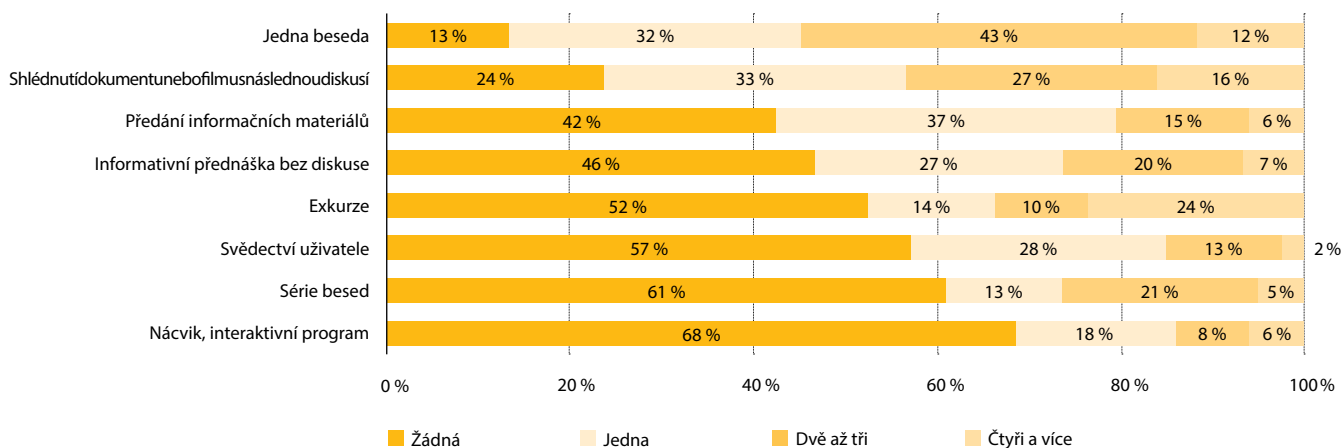
v rámci šetření, se studenti podle vlastních slov zúčastnili programů na jejich prevenci relativně málo. Přibližně třetina studentů uvedla, že absolvovala program zaměřený na užívání návykových látek.

Jako nejzajímavější z proběhlých programů hodnotí studenti prevenci sexuálně rizikového chování. Zda je tato souvislost dána kvalitou prováděné prevence, nebo zájmem studentů o toto téma, či z jiného důvodu, nebylo zjišťováno. Z hlediska přitažlivosti jsou preventivní aktivity s adiktologickou problematikou ve druhé polovině hodnocených tematických celků preventivních aktivit. (Graf 5.)

Studenti také hodnotili účast na různých formách prevence. (Graf 6.)



Graf 5 | Zajímavost jednotlivých programů



Graf 6 | Počet vyučovacích hodin věnovaný různým formám preventivních aktivit v minulém školním roce

Podle studentů byla nejčastější formou programu jedna beseda. Na druhém místě bylo shlednutí dokumentu. Předání informačních materiálů a informativní přednáška bez diskuse byly na třetím a čtvrtém místě.

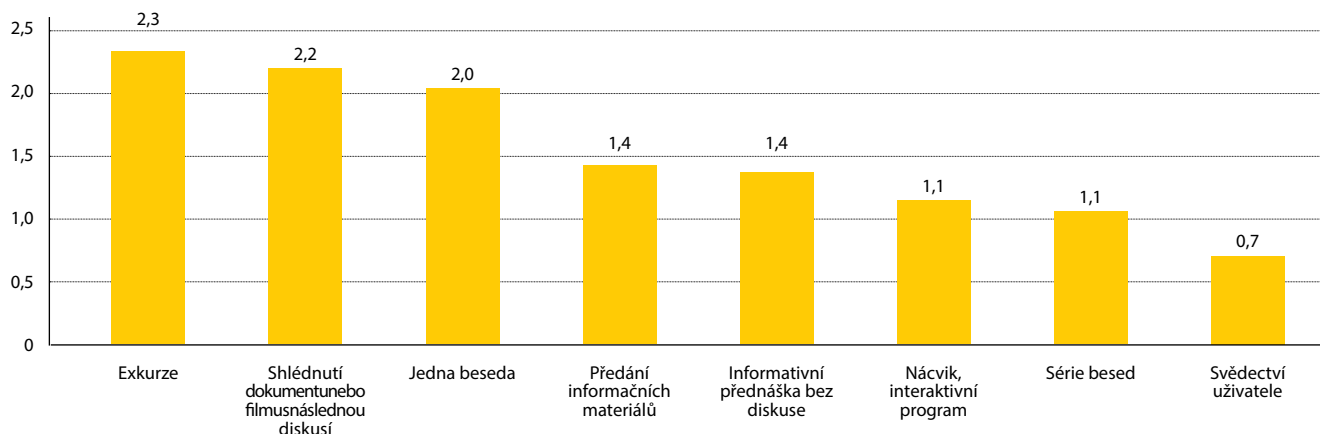
Při přepočtu údajů na počet hodin věnovaných jedné formě preventivní aktivity na jednoho studenta bylo zjištěno, že nejvíce času zabírají exkurze. Na druhém a třetím místě se pak umístilo shlednutí dokumentu a jedna beseda. (Graf 7.)

Studenti ze svého pohledu také hodnotili zajímavost jednotlivých forem preventivních programů. Studenti hodnotí sérii besed jako nejzajímavější, zatímco exkurze a informativní přednášky bez diskuse hodnotí jako nezajímavé.

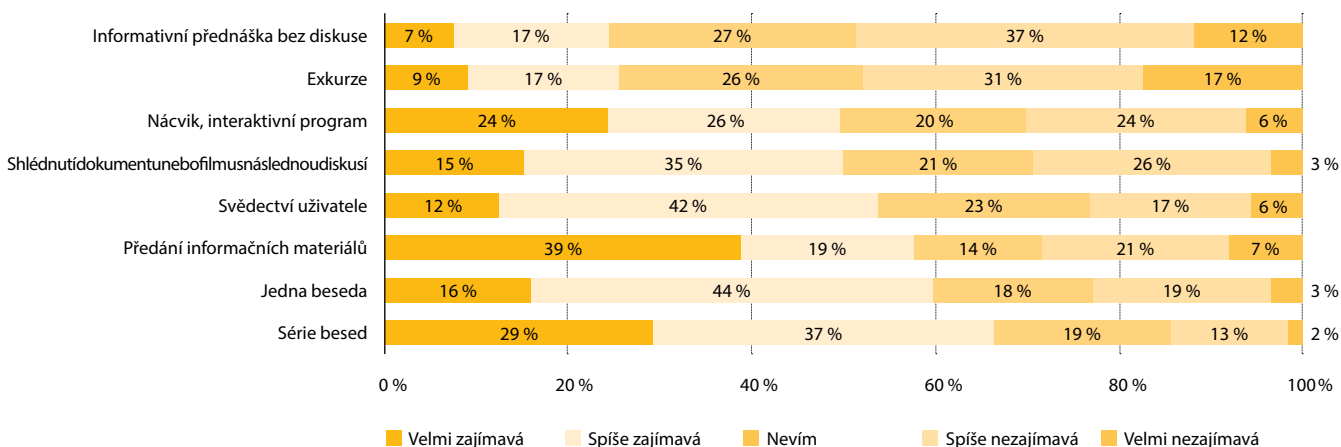
Studenti nehodnotí dobře neinteraktivní formy prevence (informativní přednáška bez diskuse) mimo předání informačních materiálů. Série besed, které jsou studenty hodnoceny jako nejzajímavější, jsou na pomyslném předposledním místě v objemu věnovaného času.

Obzvláště patrný je rozdíl mezi časem a zajímavostí exkurzí. Podobně je tomu v případě shlednutí dokumentu, kterému je věnováno hodně času, ale pro studenty není nejzajímavější. (Graf 8.)

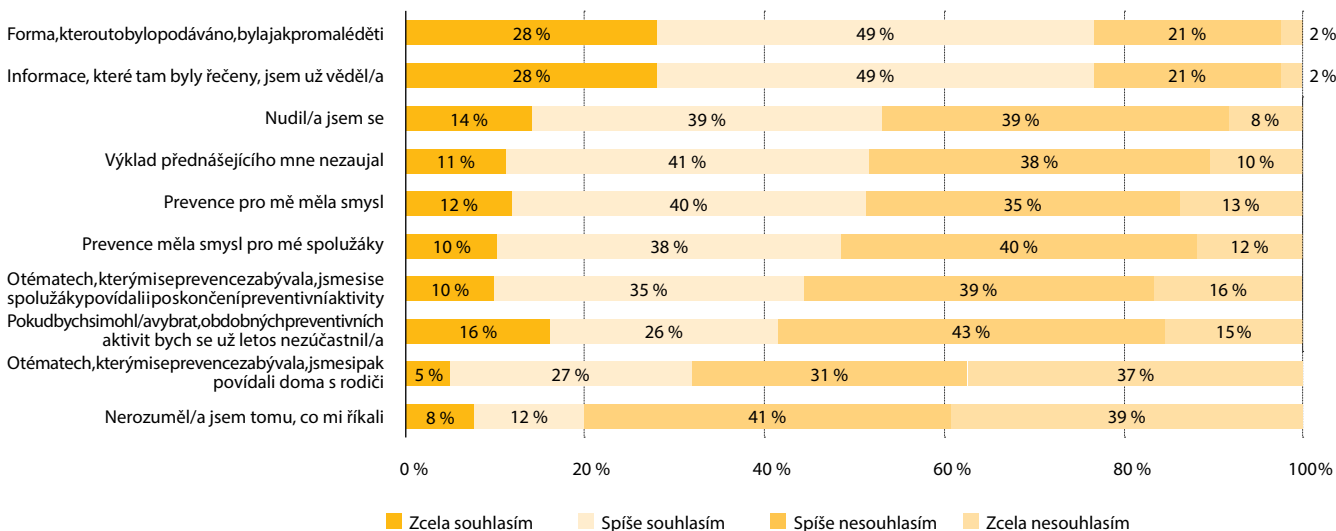
Značná část studentů rozuměla tomu, co je jim sdělováno. Více než polovina studentů se už nechce podobných akcí zúčastnit, přičemž míra nových informací a forma prevence je hodnocena méně pozitivně. (Graf 9.)



Graf 7 | Počet hodin věnovaný jedné formě preventivní aktivity na jednoho studenta, který se jí zúčastnil



Graf 8 | Hodnocení zajímavosti jednotlivých forem preventivních programů



Graf 9 | Míra souhlasu s jednotlivými výroky hodnotícími prevenci, se kterou se studenti setkali v minulém roce

#### 4 DISKUSE A ZÁVĚRY

Mezi nejzajímavější zjištění studie patří, že preventivní témata vztahující se k užívání návykových látek jsou stu-

denty vnímána jako méně atraktivní. Na posledním místě z hlediska přitažlivosti se objevila témata kolem nelátkových závislostí. To může být způsobeno, mimo jiné, generačním faktorem, kdy mladí lidé přistupují k hodnocení



tohoto fenoménu jiným způsobem než generace pracovníků v primární prevenci.

Bez ohledu na typ rizikového chování, 28 % studentů se podle vlastních slov preventivních aktivit neúčastnilo a 24 % studentů si na ni nevzpomíná. Preventivních aktivit by se v minulém školním roce podle vlastních slov zúčastnilo 48 % studentů. To poukazuje na to, že přibližně polovina studentů nejspíše má problémy s tím, jak prevenci rozlišovat a chápat.

Nejvíce se prevence rizikového chování účastnili studenti v nižších ročnících na sledovaných školách. Podle provedeného šetření prevalence problémových jevů narůstá ve vyšších ročnících, a proto by bylo vhodné ji směřovat i do těchto ročníků. A to i přesto, že výsledky ovlivňuje to, že ve čtvrtých ročnících už jsou pouze studenti gymnázií a středních odborných škol.

Přibližně třetina studentů uvedla, že absolvovala program zaměřený na užívání návykových látek. To je s ohledem na věk studentů a význam tématu závažné zjištění, které by mělo být také reflektováno autory preventivních metodik, koncovými realizátory preventivních aktivit, koordinátory prevence atd.

Podávané informace jsou dle studentů pro ně srozumitelné, ale nejsou pro ně nové. Formy prevence nejsou hodnoceny pozitivně. Exkurzím je věnováno hodně času, i když pro studenty nejsou zajímavé. Série besed, které jsou studenty hodnoceny jako nejzajímavější, jsou na pomyslném předposledním místě v objemu věnovaného času.

Hodnocení prevence samotnými studenty má své limity. Studenti nemusí dobře chápat princip a koncepty primární prevence. Dále si také nemusí dobře primární aktivity vybavovat. Ve výsledku je tedy nutno brát tato omezení v potaz. Nicméně se domníváme, že studenti prostřednictvím odpovědí v našem dotazníku dávají zajímavou zpětnou vazbu.

Cílem článku bylo poukázat na potřebu získávání zpětných vazeb od cílových skupin v oblasti prevence rizikového chování. Lze předpokládat, že podobných výsledků by bylo dosaženo i na jiných školách a v jiných krajích.

Nad rámec prováděného výzkumu pak z neformálních diskusí s pracovníky zúčastněných škol, které proběhly v rámci projektu, které ale zde v plném rozsahu neprezentujeme, vyplývá, že si problémy pedagogové velmi dobře uvědomují a jsou nastaveni pozitivně k hledání řešení. Školy by uvítaly širší nabídku akreditovaných preventivních programů, které by pro ně a pro studenty byly inovativní a/nebo zajímavé a zároveň cenově dostupné.

Vzhledem ke zjištěné prevalenci užívání návykových látek a nelátkových závislostí lze doporučit další rozvoj aktivit v oblasti primární prevence užívání alkoholu a tabáku a v neposlední řadě také nelátkových závislostí se zaměřením na moderní informační technologie.

Role autorů: B. P. navrhl strukturu článku a podílel se na přípravě, realizaci a vyhodnocení výzkumného šetření (společně s M. B., R.G. a J. V.). M. B. inicioval vznik výzkumu, podílel se přípravě a realizaci jeho provedení a spolu s B. P. připravili pracovní verzi rukopisu. J. V. se podílel na přípravě rukopisu a statistických výpočtech, analyticky zpracoval další části výzkumu. R. G. se podílel na přípravě a vyhodnocení šetření a přípravě rukopisu, zpracoval v rámci rukopisu část východiska.

Konflikt zájmů: Autoři nedeklarují žádný střet zájmů.

---

## LITERATURA / REFERENCES

Miovský, M., Skácelová, L., Zapletalová, J., Novák, P., Barták, M., Bártík, P. et al. (2015). *Prevence rizikového chování ve školství* (2<sup>nd</sup> ed.). Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze v Nakladatelství Lidové noviny.

Gabrhelík, R. (2016). *Prevence užívání návykových látek jako vědní disciplína a její aplikace v praxi* [Prevention of Substance Use as a Scientific Discipline and its Application in Practice]. Praha: Klinika adiktologie, 1. LF UK v Praze a Nakladatelství Lidové noviny.

NMS (2017). *Drogová situace v České republice v roce 2016*. Převzato z [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/32733/787/Z5\\_2017.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/32733/787/Z5_2017.pdf)

NMS (2016). *Evropská školní studie o alkoholu a drogách 2015*. Převzato z <https://www.drogy-info.cz/publikace/zaostreno-na-drogy/2016-zaostreno/05-2016-evropska-skolni-studie-o-alkoholu-a-jinych-drogach-2015/>

# The First Facility for the Institutional Treatment of Alcohol Dependence in the Czechoslovak Republic: Case Study of the Tuchlov Treatment Facility (1923–1938)

Šejvl, J., Miovský, M.

Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation | Šejvl, J., Miovský, M. (2018). První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923–1938). *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(2), 68–78.

**Background** | The inpatient alcohol treatment has a continuous tradition dating to 1948 in what is now the Czech Republic. The foundations for the so-called Apolinar Addiction Treatment Model were laid down by Jaroslav Skála in 1948. There were three institutional inpatient facilities specialising in the treatment of alcohol dependency – Velké Kunčice (in operation from 1911 to 1915), Tuchlov (1923–1938), and Istebné nad Oravou (1937–1939) prior to the establishment of the Apolinar treatment facility, neither one of the treatment facilities have been restored after their dissolution. **Aim** | To explore the origin, operation, and dissolution of the specialised inpatient alcohol treatment facility in Tuchlov, the first of its kind in what is now the Czech Republic and describe the system of its operation. **Methods** | Qualitative content analysis

of available historical documents was used to collect the data. The subject matter of the documents was categorised with respect to their association with the creation and development of the phenomenon of institutional inpatient treatment. **Results and conclusion** | Through the agency of the Czechoslovak Temperance Association, the Ministry of Public Health and Physical Education operated the first specialised alcohol dependency treatment institution in Tuchlov (1923 to 1938). The qualitative analysis of historical documents confirmed the efficiency of this fully-fledged institutional treatment facility, the experience of which was used by Jaroslav Skála in creating and developing the Apolinar Addiction Treatment Model, while the program in Tuchlov was one of the first complex clinical experiences originating from the Swiss Ellikon model.

**Keywords** | P. Bedřich Konařík-Bečvan – Tuchlov – Alcohol addiction – History of treatment – Treatment programme – Institutional treatment – Qualitative document content analysis – Ellikon model

Submitted | 3 May 2018

Accepted | 1 August 2018

Grants support | Institutional support was provided by GAUK No. 12902/2018, Progres No. Q06/LF1, and specific-purposes support from the Ministry of Health of the Czech Republic.

Correspondence address | Jaroslav Šejvl, Department of Addictology First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz

# První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923–1938)

Šejvl, J., Miovský, M.

Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty UK a VFN v Praze

Citace | Šejvl, J., Miovský, M. (2018). První zařízení pro ústavní léčbu závislosti na alkoholu v Československé republice: případová studie léčebny v Tuchlově (1923–1938). *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(2), 68–78.

**Východiska** | Proti alkoholní ústavní léčba má na našem území od roku 1948 kontinuální tradici. Základ tzv. apolinářského modelu léčby závislosti byl položen v roce 1948 Jaroslavem Skálou. Před založením léčby u Apolináře existovala tři specializovaná institucionalizovaná ústavní zařízení, která byla zaměřena na léčbu závislosti na alkoholu – Velké Kunčice (1911–1915), Tuchlov (1923–1938) a Istebné nad Oravou (1937–1939), ani jedna z léčeben nebyla po svém zániku obnovena. **Cíle** | Zmapovat historii vzniku, provozu a zániku prvního československého specializovaného lůžkového zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu v Tuchlově a popsat systém jeho fungování. **Metody** | Pro sběr dat byla použita obsahová kvalitativní analýza fixovaných historických dokumentů, které byly sestaveny podle vzájemného tematického vztahu

vkontextu vzniku a vývoje fenoménu institucionalizované ústavní léčby. **Výsledky a závěr** | Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy prostřednictvím Československého abstinentního spolku zajistilo provoz první specializované ústavní léčebny pro závislost na alkoholu v Tuchlově (1923–1938). Kvalitativní analýza historických dokumentů potvrdila funkčnost tohoto plně hodnotného institucionalizovaného léčebného zařízení, kdy z jeho zkušeností čerpal později mj. také Jaroslav Skála při budování a rozvoji tzv. „apolinářského modelu léčby závislosti“ a uvedený program v Tuchlově byl jednou z prvních ucelených klinických zkušeností vycházející z modelu švýcarského Ellikonu.

**Klíčová slova** | P. Bedřich Konařík-Bečvan – Tuchlov – Závislost na alkoholu – Historie léčby – Léčebný program – Institucionalizovaná léčba – Model Ellikon – Kvalitativní obsahová analýza dokumentů

Došlo do redakce | 3. května 2018

Přijato k tisku | 1. srpna 2018

Grantová podpora | Tento článek byl zpracován v rámci grantu GAUK č. 12902/2018 a podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1 a účelové podpory Ministerstva zdravotnictví ČR.

Korespondenční adresa | Mgr. Jaroslav Šejvl, Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a všeobecná fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz

## 1 PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU NA POČÁTKU 20. STOLETÍ NA NAŠEM ÚZEMÍ

Přístupy k pacientům závislým na alkoholu a k léčebným postupům realizovaným v minulosti nám mohou být i v dnešní době inspirací a motivací k určitým změnám a k překonání stereotypů a paradigmat v našem oboru. Inspirativní přístupy můžeme nalézt i v prvních zařízeních svého druhu na našem území – Velké Kunčice, Tuchlov a Istebné nad Oravou, kdy tato zařízení byla minimálním způsobem korigována právními předpisy, a naopak umožňovala velmi individuální a specifický přístup ke každému pacientovi.

Již ve čtyřicátých a padesátých letech 19. století vznikaly v Evropě první svépomocné protialkoholní spolky (Miovský et al., 2015, p. 527–538), protialkoholní léčebny<sup>1</sup> a další abstinenci orientované pomocné organizace a struktury. V tomto ohledu se jedná o dvě nejstarší linie zakládající tradici, ze které dnes čerpá moderní adiktologie v České republice. Cílem těchto institucí bylo jednak zajišťovat specifickou ústavní léčbu, která je zaměřena na individuální potřeby závislých na alkoholu, a podporovat je v rámci následné péče i po ukončení léčby, ale rovněž upozorňovat na zdravotní, sociální a hospodářská rizika, která jsou spojena s užíváním alkoholu; působit i preventivně (např. Písecký, 1913, p. 75–77; Foerster, 1913, p. 110–112). Tyto aktivity na našem území vycházely zpravidla z vědeckých poznatků převzatých ze zahraničních léčeben (Švédsko, Švýcarsko, Německá říše), jejichž zkušenosti byly prezentovány na mezinárodních protialkoholních kongresech – zejm. Vídeň (1901), Stockholm (1907), Londýn (1909), Haag (1911), Milán (1913) a Kodaň (1923).

V letech 1911–1912 se v Rakousku-Uhersku vyrobilo 25.585.740 hl piva, 6.200.000 hl vína a 2.971.781 hl čistého alkoholu, který byl použit jak k přímé konzumaci, tak i k výrobě jiných alkoholických nápojů. V Čechách a na Moravě se z uvedeného množství vyrobilo 12.221.823 hl piva a 376.000 hl čistého alkoholu (Beneš, 1947, p. 23–25). V roce 1912 získal stát na tzv. kořalečné dani 62.835.986,- K, na dani pivní 62.062.889,- K a na dani z vína 8.561.323,- K; výdaje spojené s provozem nemocnic, blázinců, věznic a chudobinců, kam byly umístěny oběti alkoholu, výlohy na četnictvo, policii a soudnictví, nejsou známy (kol. autorů, 1913, p. 47).

K problematice užívání alkoholu vycházelo velké množství odborných publikací, které se zabývaly rovněž společenskou a zdravotní rovinou tohoto fenoménu. V roce 1912 vyšlo první vydání Masarykova pojednání „O ethice a alkoholismu“. Masaryk zde představuje alkoholismus jako „chronický, degenerativní proces celého duševního žití, jest

docela patrně subethický, neethický a protiethický celkový stav jedince a společnosti“ (Masaryk, 1920, p. 7). Ve společnosti se prosazuje myšlenka nutnosti existence ústavního léčebného zařízení zaměřeného na léčbu závislosti a v roce 1911 vzniká první specializované institucionalizované léčebné zařízení ve Velkých Kunčicích (Šejvl & Miovský, 2017, p. 134–146). Zařízení fungovalo až do roku 1915, kdy v důsledku první světové války ukončuje svoji činnost. Zakladatelem tohoto léčebného zařízení byl P. Bedřich Konařík (Šejvl, 2017, p. 173–176).

Myšlenkou systematického léčení alkoholismu se zabývalo Ministerstvo zdravotnictví a tělesné výchovy již od roku 1919. Prvotní myšlenka byla zaměřena na založení tří samostatných státních léčebných zařízení – pro muže, ženy a pro nevyčísitelné alkoholiky. S ohledem na časté personální změny na ministerstvu bylo jakékoli zásadní rozhodnutí oddalováno (Konařík, 1934, p. 47). Následně je pověřen založením léčebného ústavu Československý abstinentský svaz (dále jen „ČSAS“); ten vzniká v roce 1922 a jeho stanovy byly schváleny výnosem ministra vnitra č. 75844/22–6, ze dne 12. října 1922. ČSAS byl soubornou ústřední organizací všech<sup>2</sup> protialkoholních a abstinentských sdružení a odborů Republiky československé. Mezi ústřední aktivity ČSAS patřily: i) výchovná, osvětová a kulturní činnost (pořádání přednášek, vzdělávacích schůzí, populární i vědecké kurzy, vzdělávání a vydávání materiálů s protialkoholní tematikou a péče o protialkoholní, zdravotnické vyučování); ii) sociálně-hygienická činnost (zakládání a řízení léčebných ústavů a poraden založených na principech abstinence, zakládání nealkoholických levných jídelen, restaurací a hotelů, zřízení prodejen mléka a ovoce, podpora výroby a rozšiřování prodeje nealkoholických nápojů); iii) sociální aktivity v širším smyslu (spolupůsobení k nápravě společenských poměrů a podpora institucí prosazujících abstinentský přístup); iv) aktivity v zákonodárné oblasti (prosazování vydávání protialkoholních zákonů a nařízení různé právní síly, zákonná ochrana mládeže, dělnictva, úprava a omezení výroby a prodeje lihovin až k místním zákazníkům – tzv. local option) a aktivity organizační (zřízení protialkoholních a abstinentských organizací) (SÚA, 1922).

Nepochybný přínos pro rozvoj protialkoholních aktivit měla i změna národní legislativy. Dne 17. února 1922 byl schválen zákon č. 86/1922 Sb., kterým se omezuje podávání alkoholických nápojů. Nacházíme zde poprvé taxativní výčet alkoholických nápojů a stanovení věkové hranice, od které se smí užívat alkoholní nápoje. Zákon byl prováděn do praxe Nařízením vlády Republiky československé č. 174/1922 Sb. ze dne 13. června 1922. Původně měl být první léčebný ústav zřízen v Šumperku, ale Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy nakonec rozhodlo pro dislokaci v Tuchlově. Na základě tohoto rozhodnutí uvolnilo finanční hotovost ve výši 500.000,- Kč na odkup Ledeburova loveckého zámku Tuchlov v Křemýži u Teplic – Šanova. Novým majitelem se ke dni 1. ledna 1923

1 | První specifické ústavní léčebné zařízení vzniklo v roce 1850 v Lintorfu u Düsseldorfu (Skála, 1957a, p. 93).

2 | Zemských, župních a místních organizací.

stal Československý abstinentní svaz, jehož prostřednictvím ministerstvo protialkoholní léčebnu provozovalo.

Analýza byla provedena ve formátu jednoduché historické případové studie instituce, kdy autoři provedli identifikaci historických pramenů a v několika kolech provedli základní review a archivní výzkum. Následně provedli fixaci klasifikaci získaných pramenů a jejich obsahovou analýzu (viz také Miovský, 2006). Prameny setřídili podle jejich vzájemného tematického vztahu v kontextu jejich vzniku, obsahu a vývoje ve vztahu k léčebnému zařízení v Tuchlově a k fenoménu institucionální ústavní léčby závislosti na alkoholu. Základním výchozím bodem byla identifikace historických dokumentů, jejich fixace, setřídění, popis a kategorizace (Mioviský, 2006, p. 98–103). Následovala fáze definování základních jednotek, tvorba systému kategorií a k nim přiřazení odpovídajících kódů. Postup při obsahové analýze odpovídal pojetí Plichtové (1996, p. 311–313), kdy jednotlivé procedury byly rozděleny do vzájemně propojených fází. V rámci analýzy jsme využívali různých jednodušších metod podle Milese a Hubermana (1994), vč. např. metody vyhledávání vzorců. Podobný metodologický postup byl uplatněn již v dříve publikované studii zabývající se případovou studií zařízení ve Velkých Kunčicích (Šejvl & Mioviský, 2017, p. 134–146).

## 2 FILOZOFIE LÉČBY ZÁVISLOSTI NA ALKOHOLU V TUCHLOVĚ

Při nastavení léčebného procesu pro tuchlovskou léčebnu čerpal Konařík jednak ze svých zkušeností, které získal při svých pracovních cestách ve Švýcarsku (Ellikon), Švédsku (Eolshäll) a Německé říši, kde se podrobně seznámil s jednotlivými přístupy k léčbě závislosti na alkoholu, s jejich výhodami a nevýhodami. A samozřejmě neméně významným faktorem byla vlastní zkušenost se zřízením a provozováním prvního specifického léčebného zařízení na našem území – abstinentním penzionátem Hospic U Zlaté hvězdy ve Velkých Kunčicích (podrobněji viz Šejvl & Mioviský, 2017, p. 134–146). S ohledem na získané komplexní teoretické znalosti v problematice léčby závislosti na alkoholu a dlouholetou praxi, podporenou zkušenostmi ředitele léčebny ve Velkých Kunčicích, popisuje Konařík filozofii léčby, vycházející ze čtyř epoch – trest (juristika, právo), obrácení (teologie), výchova (pedagogika) a léčba (lékařství) (Konařík, 1934, p. 9–11). Juristické pojetí bylo podle Konaříka (1934, p. 10) založeno na principu, že člověka, který se díky požívání alkoholu dostal do rozporu se zákonem a zájmy společnosti, je nutné potrestat. Toto pojetí tak víceméně profilově odpovídá dnešnímu pojetí a měřítkům tzv. morálnímu modelu závislosti (viz např. Millerová, 2013). Trest jako takový, aplikovaný sám o sobě, ale jen málokdy vede k požadovanému cíli, pokud absentuje výchovné působení. Teologický fragment léčby vycházel z pojetí člověka, jehož jedinou možnou záchranou je pomoc od Boha. Takové působení má smysl ve fázi, kdy je nutné, aby se „píják vzpamatoval“. Konařík cituje Forelovu myšlenku z Haagu,

kde se k tématu náboženství v protialkoholní léčbě vyjádřil takto: „... musím se s velkým důrazem vyslovit proti šablonovitému zacházení s pijáký, a proto také proti náboženskému proselytismu v léčebnách. Náboženský vliv jest pro náboženskou povahu jistě velmi dobrý. Ostatní jsou však odráženi náboženskou dotěrností a nátlakem. Potřebujeme proto nábožensky neutrální léčebny i spolky. Náboženské ústavy jsou oprávněny jenom pro příslušníky konfese, nikoli pro všeobecnost“ (Konařík, 1934, p. 26). V tomto smyslu Konařík navazoval na existující tradici zapojení některých duchovních, o němž referuje již Karel Adámek ve své publikaci z roku 1884 (Adámek, 1884), a má vztah profilově k později formulované spirituální rovině závislosti a jejich modelu (Kalina, 2015, p. 101–124). Pedagogické působení je významné zejména u pacientů, kteří nejsou věřící nebo „nejsou přístupní náboženské výchově“, a ti se nechají přesvědčit zejména rozumovými důvody o škodlivosti alkoholismu. Základem pro takové působení je bezalkoholní prostředí (Konařík, 1934, p. 10). Konařík považoval za významné, aby vedle náboženského působení probíhala i systematická výchova osobnosti pacienta, pravidelné rozdělení práce a odpočinku podle pevného řádu. „Práci byl přiznán úkol jako důležitému faktoru, čímž byl dán základ k léčení prací (Arbeitstherapie), podporovanému náboženským a etickým<sup>3</sup> působením“ (Konařík, 1934, p. 11). Výchova pacienta měla být založena na čtyřech základních atributech: i) vzbudit svědomí, ii) rozmnožit poznání, iii) vychovat cit a iv) ozbrojit vůli (Konařík, 1934, p. 24).

Použití medikace při léčbě závislosti na alkoholu procházelo ve 20. a 30. letech prvními pokusy a tvořilo součást pozvolna se rodícího biologického modelu závislosti (viz Millerová, 2013). Významnou osobností v této oblasti byl zakladatel léčebného sanatoria Vita Nova MUDr. Jan Šimsa, který byl rovněž prvním ošetřujícím lékařem v Tuchlově (Popov, 2017, p. 69–170). Byly zahrnuty tzv. „záračné prostředky – zinkové preparáty, bichlorid zlatitý, strychnin apod. Určité úspěchy byly s Veratrinem, zejména jako prostředku proti tremensu pijáků“ (Konařík, 1934, p. 11–12). Již v roce 1925 slovenský lékař Svíték-Spitzer referuje o zavedení odvykací apomorfinové kúry, založené na podkladě Pavlovova učení o podmíněných reflexech (Skála, 1957a, p. 96). V roce 1933 využil Bodart specifických vlastností emetinu, aby jeho prostřednictvím prováděl „desintoxikační kúru“, která měla vyvolat odpor proti alkoholu. Při této léčbě nemocný nezvracel (Skála, 1957b, p. 52).

## 3 KONTEXT ZŘÍZENÍ LÉČEBNY

Léčebna v Tuchlově byla zřízena výnosem Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy ze dne 31. prosince 1923, č. 42710/III ai 1923<sup>4</sup>. Hlavními spoluzaklada-

3|Konařík upozorňuje na žádost Dr. Andersena, pronesenou na kongresu v Miláně (1913): „...aby nemocný chloholemužívalosenázvupacientmístochovanec“ (Konařík, 1934, p. 14).

4|Výnos zemského úřadu v Praze ze dne 9. ledna 1924, č. 22714 ai 1924/22 D – 144/10 ai 23.



teli byli Břetislav Foustka a Bedřich Konařík. Mezi další významné osobnosti, které pomáhaly vzniku léčebny, patřili Hynek Fügner (protektor Tuchlova) a výše zmíněný MUDr. Jan Šimsa (první ošetřující lékař). P. Bedřich Konařík byl jmenován nejen správcem léčebny<sup>5</sup>, ale i vychovatelem; první pacient nastoupil léčbu dne 1. listopadu 1923. Kapacita ústavu byla stanovena pro 50 pacientů.

Počátky fungování léčebny nebyly jednoduché, kapacitně se léčebna naplnila až ve 30. letech a do té doby se potýkala i s finančními problémy. Ještě v roce 1926 nebyly splněny všechny podmínky, které byly stanoveny v prozatímní kolaudaci v roce 1923<sup>6</sup>, a vedení protialkoholního ústavu bylo upozorněno, že se jedná o podmíněné/dočasné oprávnění k provozování léčebny. Plné užívání léčebného zařízení bylo schváleno dne 18. ledna 1936<sup>7</sup>.

#### 4 LÉČEBNÝ REŽIM

Před přijetím do ústavu prošli pacienti vstupní lékařskou prohlídkou. Lékařskou péči v prvních letech provozu zajišťovali MUDr. Jan Šimsa a MUDr. Emil Sachs. Zejména u Šimsy se jednalo o dočasně pro něj složitě řešení, které bylo s ohledem na jeho praxi provozovanou v Praze velmi časově komplikované. Šimsa měl současně velké množství dalších odborných aktivit (Popov, 2017, p. 168–172) limitujících jeho reálnou kapacitu pro práci lékaře pro provoz v Tuchlově. Následně zdravotní péči o pacienty proto převzal v roce 1933 MUDr. Jan Hroch, který byl lázeňským lékařem v Teplicích – Šanově.

Prohlídka musela být důkladná, a to jak z hlediska duševního, tak i fyzického zdraví. „Psychiatrické vyšetření jest potřebné pro zjištění psychopatů a pro diagnosu jednotlivých úkazů nemoci, chronického alkoholismu s jeho patologickým opojením, stavů zatemnění duševního, alkoholické epilepsie, deliria, halucinací, Korsakovy psychosy, cirkulárních duševních poruch měnitelné povahy.“ Lékař rovněž stanovoval stravovací režim pacienta, případnou dietu a vhodný typ vodoléčby (Konařík, 1936, p. 16, 67). Pravidla při přijímání pacientů nedovoľovala přijmout duševně nemocné pacienty.

Pokud byl pacient přijat do léčby, musel začít okamžitě abstinovat, a to i přes subjektivně nepříjemné pocity, které případně prožíval. Obtíže pociťovali zejména pacienti, kteří „poslední dny před vstupem do ústavu nadměrně pili ostré, koncentrované lihoviny. Tu se dostaví typické alkoholické zvracení, trocha žaludečních a střevních potíží, zvýšený třes rukou, někdy i halucinační stavy. To trvá nejdéle tři dny. Pak se dostavuje pomalu chuť k jídlu a k životu a také třes končetin mizí, až po čtrnácti dnech není po něm stopy.“ V případech, kdy byl pacient v deliriu, nebo delirium hrozilo, byl aplikován intravenózně Devenan, u těžších stavů až 4 g denně.

V případě nespavosti byl v podvečer aplikován Priessnitzův<sup>8</sup> obklad a teprve v případě úporné nespavosti lékař aplikoval farmakologickou léčbu. Léčebna byla zaměřena na odvykání závislosti na alkoholu, takže užívání tabáku bylo v léčebně povoleno, byť bylo omezováno. V případech, kdy se personál ústavu snažil zakázat kouření, pacienti abstinenci od obou látek nezvládali a recidivovali. Možnost kouřit během pobytu nebyla neomezená, tabák museli mít pacienti uložený u správy ústavu a byl jim vydáván na požádání (Konařík, 1936, p. 65–66).

Důraz byl během celého pobytu v ústavu kladen na udržování domácího řádu a zaměstnání pacientů. Práceschopní pacienti se od jara do podzimu zabývali zahradnickými pracemi v zámeckém parku, na poli a zelinářské zahradě. Pro zájemce byla k dispozici truhlářská, zámečnická a knihařská dílna. Díky manuální zručnosti pacientů byla léčebna do jisté míry samostatná – pacienti udržovali a opravovali budovy léčebny, provedli rekonstrukci skleníku, pařenišť a plotu. Pacienti, kteří nebyli schopni manuální práce, se účastnili ranního tělocviku a přes den se věnovali odbornému studiu, studiu jazyků a dalším duševním aktivitám (Foustka, 1935). Konařík se v této oblasti ztotožňuje se Steinem, kdy cituje jeho referát v Haagu z roku 1911: „Nejpůsobivější podporou všeho psychického léčení jest systematická a důsledně prováděná práce. Práce jest nejpůsobivějším činitelem sebekázně. Výchova našich pacientů k abstinenci, ať již pomocí sebezpoznavací nebo hypnotické sugesce, psychoanalysy nebo jiných prostředků, má pouze tehdy naději na úspěch, vrátíme-li pacienty k systematické práci, vyvoláme-li radost ze zdařeného denního díla a nahradíme-li falešné alkoholické přečeňování správným sebedůvědomím“ (Konařík, 1934, p. 20).

Součástí léčebného procesu byly i relaxační a pohybové aktivity. Kromě již zmiňované fyzické práce a ranního tělocviku byla v roce 1929 otevřena vodoléčba, třikrát týdně masáže, zábaly, koupele, sprchy, stříky (teplou i studenou vodou), střídavé lázně podle potřeby, Priessnitzovy zábaly, teplá a horkovzdušná lázeň. Mezi střechami budovy byly vytvořeny sluneční lázně. Od roku 1931 byly k dispozici i parní lázně s vysokofrekvenčním aparátem a vana pro jehličnaté a uhličité lázně.

Jak vyplývá z výroční zprávy za rok 1935, léčebna disponovala vlastní knihovnou a aplikovala „biblioterapii“; vedení léčebny dbalo na to, aby měl každý pacient na výběr takové knihy, které odpovídaly jeho vzdělání, povaze a náladám. Vedení ústavu pořádalo odborné přednášky s protialkoholní a cestovatelskou tematikou. V rámci resocializace a vhodného trávení volného času navštěvovali pacienti teplické divadlo a kino, večer mohli v léčebně hrát kulečnické a účastnit se společenských zábav. Součástí léčebného pobytu byla i pohybová aktivita. Konařík chodil s pacienty do Středohoří a Rudohoří nejen na kratší procházky, ale i na delší túry – např. Dubí (12 km), Cin-

5 | Ke dni 1. října 1923.

6 | Viz Výnos zemského úřadu ze dne 23. března 1926 č. 36280 a i 1926/22D–303/23 a i 25.

7 | Výměr Ministerstva zdravotnictví č. 4526/4 ze dne 18. ledna 1936.

8 | Vinzenz Priessnitz je považován za zakladatele přírodního léčitelství. Dále se zaměřoval na léčbu prací, čerstvým vzduchem a čistou horskou vodou, čímž položil základy hydroterapie.

nvald (20 km), Komáří vížka (20 km), Nakléřov (26 km), Bouřňák (19 km). S pacienty se vypravoval i na výlety do českých měst a jedenkrát ročně autobusem do Drážďan. Výjimkou nebyly návštěvy saského pomezí, Dubicka, Milešovy (18 km), vrchu Střekova (28 km).

Faktory, které považoval Konařík za významné, byly strava a nápoje, které měli pacienti po dobu pobytu v léčebně. Strava měla být „mírná a nedráždivá s ohledem na utrpěné poškození nervového systému, zažívacího traktu a žláz. Jest zamítnouti jídla ostře solená a kořeněná. Nutno dále omeziti nemírné požívání masa a navykati pacienty na jednoduchý, nenáročný způsob života. Při Basedovově nemoci, při těžkých žaludečních a střevních chorobách jest na kratší či delší dobu masitý pokrm zakázati. Pokrmy musejí býti upraveny chutně a podávány v dostatečné míře. Žízeň jest hasiti dobrou vodou. Někdy lze použítí ovocných šťáv a nápoj s kyselinou uhličitou“ (Konařík, 1934, p. 22).

Medikace pacienta byla s ohledem na tehdejší rozvoj farmakologie v oblasti léčby závislosti na alkoholu doplňkových faktorem. V případě neklidu pacienta nebo nespavosti byl aplikován chloralhydrát, brom nebo hyosin. Nebyly předepisovány léky s alkoholickými extrakty; při vtírání léčiv se nepožívaly tekutiny s jakýmkoli obsahem alkoholu.

Během svého působení vedl Konařík statistiku léčených pacientů. V prvních třech letech byl stabilně nižší počet pacientů (nepřesáhl 11) zejména s ohledem na relativní nezáměr společnosti. V roce 1926 klesl počet stálých pacientů na 3 a hrozil zánik léčebny. Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy založilo nadační fond, ze kterého se hradil pobyt nemajetných pacientů. V roce 1927 se zvýšil počet pacientů na 18, v roce 1928 se pohyboval v průběhu roku od 6 do 25, v letech 1930 od 8 do 26, v roce 1931 mezi 8 a 30 a od roku 1932 byl stabilizován v počtu 20–22 stálých pacientů (Konařík, 1934, p. 48–49). Nízká obsazenost léčebny v prvních letech měla, podle Konaříka, několik racionálních důvodů:

1. „Předně nebylo právního podkladu v čsl. zákoníku pro internování alkoholiků v Tuchlově, ...
2. .... nebylo také zákonného podkladu pro úhradu ústavního léčení ...,
3. .... nebylo ani zákona, kterým by pacient byl nucen zůstatí v ústavě šestiměsíční dobu, potřebnou k vyléčení ...,
4. .... ministerská podpora daleko nestačila udržovat všechny nezáměrné žadatele ...,
5. ... zdravotní stav pacienta, který vyžadoval rychlý převoz z Tuchlova do teplické nemocnice nebo domů ...“ (Konařík, n. d., p. 1–4).

K dispozici máme statistická data od roku 1923 do roku 1930. Není bez zajímavosti, že Konařík nesledoval ve svých datech pacienty z hlediska náboženského, neboť zastával myšlenku, že této nemoci není ušetřen žádný člen náboženství a žádné náboženství nemá takový vliv, aby alkoholismus mohlo vyléčit.

Doba léčení byla stanovena na 6 měsíců. Kratší dobu byla považována za neefektivní a byla hodnocena jako

riziko recidivy. Maximální délka léčebného pobytu nebyla stanovena, ale ústavní léčba delší než 12 měsíců nebyla doporučována a byla zcela výjimečná. Problémem, se kterým se léčebna potýkala v rámci svého přístupu založeného na dobrovolnosti, byl předčasný odchod pacientů – mezi hlavní důvody patřily: „nedostatečná podpora příslušné instituce, vypjatý erotism, nerozumné dopisy žen, přílišná sebedůvěra, finanční komplikace“ (Konařík, 1934, p. 51–52). Někteří pacienti byli rovněž za hrubé porušení domácího řádu propuštěni z léčebny. Jednalo se zejména o přinášení lihovin do ústavu, noční úteky končící recidivou a hrubé porušování léčebného režimu zejména narušováním terapeutického procesu.

Úhrada za pobyt v léčebně byla odvislá od typu plátce. Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy proplácelo tuchlovské léčebně platby nepojištěnců (nemajetných pacientů). Pro rok si vyhradilo využití maximálně 200 ošetrovacích dnů při denní úhradě 25 Kč. V případě poskytnutí dotace na pobyt nemajetného pacienta v léčebně rozhodoval o tom, který pacient bude přijat, donátor. Rozdíl byl rovněž v délce pobytu. Ministerstvo standardně proplácelo nemajetnému pacientovi pobyt v délce 3 měsíců; v případě potřeby delšího pobytu, musela být žádost odůvodněna (MZ, 1928). Úhrada samoplátců byla ve II. třídě stanovena na 32 Kč za každý den.

Denní náklady na stravu se v průběhu let mírně zvyšovaly, kdy v roce 1923 činily 8,18 Kč a v roce 1936 to bylo 9,18 Kč. (Tabulky 1–4.)

p. č.	národnost	počet pacientů
1	československá	151
2	německá	44
3	ruská	4
4	slovenská	1
	celkem	200

Tabulka 1 | Počet pacientů podlé národnosti v letech 1923–1930 (Konařík, n. d.)

p. č.	pohlaví	počet
1	ženy	7
2	muži	193

Tabulka 2 | Rozdělení pacientů podle pohlaví v letech 1923–1930 (Konařík, n. d.)

Zdravotní obtíže přijatých pacientů nebyly nijak významné. Od roku 1923 do roku 1934 byl zaznamenán jeden pacient s deliriem „prudkého průběhu“, ve třech případech byla zaznamenána alkoholová epilepsie, která po dvou dnech vymizela, a u dvou pacientů se dostavil halucinační stav, který trval tři dny. V případě diagnostikované dipomanie byla doporučována léčba v ústavech pro nervově choré. Recidiva byla zaznamenána u 31 pacientů, kteří tak absolvovali opakovanou léčbu (Konařík, 1934, p. 57).

Konařík si vedl i záznamy týkající se života pacientů po propuštění z léčebny; třicet pacientů zemřelo „brzy po propuštění“. Jednalo se o pacienty, jejichž nemoc nebyla

zjevná a nebyla diagnostikovaná při příjmu a ani během jejich pobytu v léčebně. Příčiny smrti byly – onemocnění ledvin, jater, vodnatelnost, arteriosklerosa, mrtvice a dvě sebevraždy „v pomatenosti“ (Konařík, 1934, p. 57).

p. č.	povolání	počet pacientů
1	úředníci	49
2	živnostníci	31
3	obchodníci	29
4	učitelé	16
5	dělníci	11
6	rolníci	11
7	inženýři	9
8	lékaři	5
9	vojsko	5
10	stavitelé	3
11	advokáti	2
12	duchovní	1
13	ostatní	28
	celkem	200

Tabulka3|Rozdělení pacientů podle povolání v letech 1923–1930 (Konařík, n.d.)

p. č.	způsob financování	počet pacientů
1	Min. veř. zdrav – částečně	19
2	Min. veř. zdrav – úplně	41
3	Léčebný fond	10
4	Všeob. pens. a nemoc. pokladna soukr. úředníků	7
5	Jiné pojišťovny	11
6	Samí, příbuzní, zaměstnavatelé	112

Tabulka4|Počty pacientů podle způsobu financování léčebného pobytu v letech 1923–1930 (Konařík, n. d.)

Do léčebny byli přijímáni rovněž pacienti, kteří buď již v průběhu léčby, nebo po jejím ukončení recidivovali, a rovněž pacienti, kteří byli považováni za nevyléčitelné. První případ se týkal zejména pacientů, kteří si opatřovali alkohol již během svého pobytu v léčebně. Feldmann k tomu uvádí, že: „... když seznají pacienti, že někdo z nich si opatřuje a pije lihoviny, o čem ještě správa ústavu neví. ... Nastává konflikt solidarity s kamarádem a společné odpovědnosti za druhu chybujícího, zvláště když nedá nic na přátelské domluvy. My jsme zařídili pro takové případy pomocnou komisi, sestávající ze starších pacientů, kteří jsou v první řadě za to odpovědni, aby se dále nezneužívalo poskytnuté svobody“ (Konařík, 1934, p. 36).

V případech, kdy se recidiva objeví po ukončení léčebného režimu, nemusí nutně znamenat beznadějnost. Může mít i dobrý vliv a může být významným podnětem k další léčbě. K této otázce Konařík cituje Daniče z kongresu v Miláně (1913): „... když nemocný následkem své oslabené vůle nebo neodolatelného pokušení ve svém okolí začne znova pít a opět do svého prvního těžkého stavu upadne, objeví se mu ve světlém okamžiku celá smutná perspektiva životní v plastické

podobě a pacienta zmocní se tak silná deprese, že s velkým napětím vůle začne proti své slabosti vzpírat. Pozoroval jsem ve všech případech, kdy recidivní pacient dobrovolně se podrobil novému ošetření, že vyvinul takovou energii vůle, že následovalo trvalé vyléčení. Ovšem nemám na mysli takové případy, kde těžká morální degenerace je příčinou nebo následkem alkoholismu“ (Konařík, 1934, p. 36).

Otázka pacientů, kteří byli považováni za nevyléčitelné, byla již tehdy poměrně složitá. Pokud byl alkoholismus sekundárním symptomem, nebyla šance na vyléčení považována za reálnou. Opět Daniš k tomu v Haagu uvedl: „... pijáků nutno vždy považovati za nemocného a s tím přesvědčením jej léčiti. Každé jiné pojetí jest falešné a nevede k příznivému výsledku i při sebevětší námaze. Nesmíme však zapomínati, že jsou i takoví pijáci, jež nelze vyléčiti ani přísně provedenou abstinencí a nejpečlivěji vedenou psychoterapií. Jsou takové případy, kdy dalekosáhlá degenerace se tak hluboce zakořenila, že tu je vyloučena každá pomoc“ (Konařík, 1934, p. 37). Poslední skupinu pacientů tvoří ti, jimž byla léčba nařízena soudně. „Ani takoví nedobrovolní léčenci nejsou zatraceni. Záleží vše na povaze a rozumném úsudku pacienta. Zapomene-li na veškerou hořkost, která jej provázela při vstupu do ústavu, ujasní-li si všechny důsledky, co by následovalo, kdyby zůstal ve svém pijáctví doma, orientuje-li se správně všemi směry, pak je záchrany schopen. Mnozí však trpce naříkají na způsob, jakým se do ústavu dostali, a svým kverulantstvím otravují ovzduší po celý pobyt ústavní a konečný výsledek – recidiva co nejrychlejší“ (Konařík, 1934, p. 37). Tienken na kongresu ve Vídni k problematice nevyléčitelných uvedl, že: „pro nevyléčitelné musí se zřídit zvláštní ústavy, v nichž by našli bezpečný domov pro celý život“ (Konařík, 1934, p. 38).

Hlavním faktorem, který předurčoval riziko recidivy, byla vnitřní motivace pacienta. „Nejlepších výsledků bylo docíleno u lidí, kteří přišli do ústavu s přesvědčením, že je opravdu nutné zanechat pijácký zvyk a to nadobro, bez jakýchkoli kompromisů o jedné skleničce a největší mírnosti. Neporušená duševní činnost a spořádané rodinné poměry jsou ovšem vedle této opravdovosti a dobré vůle také podmínkou trvalého úspěchu. Kde tyto tři podmínky byly splněny a vydržela potřebná lhůta léčebná, tam vykazujeme trvalý sedmdesátiprocentní úspěch“ (Konařík, 1934, p. 57).

## 5 NÁSLEDNÁ PÉČE

Odchodem pacienta z léčebny nebyl považován léčebný proces za ukončený a pacient nebyl považován za vyléčeného. Pro trvalou abstinenci bylo považováno za vhodné, aby pacient vstoupil do jakékoli abstinentské organizace. Současně se Konařík snažil udržovat kontakt se všemi pacienty, kteří opustili léčebnu. V případech, kdy pacienti bydleli nedaleko léčebny, snažil se je osobně navštěvovat. Významným a velmi rizikovým faktorem byl návrat pacienta do zaměstnání. Pokud pacient získal pobytem v léčebně novou profesní kvalifikaci, bylo vhodné volit takové zaměstnání, kde nebude riziko recidivy. V případech, kdy se pacient vracel do původního zaměstnání, bylo riziko recidivy považováno za vyšší.



## 6 KONTEXT ZÁNÍKU LÉČEBNY

Dne 23. září 1938 ve 22.20 hodin byla vyhlášena Vládní vyhláška<sup>9</sup>, již byla nařízena prezidentem republiky podle § 23 branného zákona mobilizace, a tento den byl stanoven za den vstupu státu československého do branné pohotovosti. Na základě Mnichovské dohody připadla část československého území Německé říši. Dne 1. října 1938 začalo obsazování českého pohraničí německými jednotkami. Tuchlovský zámek<sup>10</sup> byl součástí území postoupeného Německé říši. K ukončení provozu léčebny nejsou dochovány relevantní informace. Není ani známo datum, kdy Konařík opustil Tuchlov, ale letmo se o odchodu zmiňuje v dopisu ze dne 17. 12. 1938, kde píše prof. Svozilovi: „... zapomněl jsem Vám oznámiti změnu adresy po útěku z ústavu“ (SOA Opava, 2017). Další dopis, ve kterém poukazuje na to, že odchod z Tuchlova nebyl úplně snadný, je adresován opět Svozilovi: „... račte mně dát poslat deset výtisků, zbytek nákladu mně totiž v T. byl spálen a já nemám ani jednoho výtisku<sup>11</sup> na památku“ (SOA Opava, 2017). Až do 10. října 1938 zůstal v Tuchlově Konaříkův zástupce, kterého vyhnali vojáci (ČAS, 2017). Okupace sudetského prostoru trvala od 1. října 1938 až do 9. května 1945, kdy přes Tuchlov procházela Rudá armáda. Protialkoholní léčebna v Tuchlově po druhé světové válce již nebyla obnovena; spoluzakladatel léčebny, její ředitel a správce P. Bedřich Konařík zemřel dne 22. února 1944 v Praze.

## 7 DISKUSE A ZÁVĚR

První protialkoholní ústavní zařízení v Československé republice bylo založeno z iniciativy Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělovýchovy. Bylo logické, že osobou pověřenou k jeho založení byl zvolen P. Bedřich Konařík, který v té době byl pravděpodobně osobou s největšími teoretickými, ale i praktickými zkušenostmi s léčbou závislosti na alkoholu a jako bývalý ředitel protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911–1915) si byl vědom zejména praktických potřeb k provozování takového zařízení (Šejvl & Miovský, 2017, p. 134–146). Léčebna v Tuchlově byla provozována prostřednictvím Československého abstinentního spolku, který byl založen v roce 1922 a na jehož aktivitách se podílely všechny významné osobnosti v oboru. Pro léčebnu byl zvolen bývalý lovecký zámeček v Tuchlově, v severních Čechách. Finanční prostředky pro jeho nákup pro ČSAS uvolnilo ministerstvo, které rovněž po celou dobu existence léčebny finančně přispívalo nejen na jeho hospodářské potřeby, ale hradilo léčebný pobyt nemajetným pacientům. Léčebna se za 15 let své existence nestala nikdy ekonomicky zcela soběstačnou. Do léčby byli přijímáni zpravidla jen motivovaní pacienti, léčebný pobyt byl dobrovolný. Každý pacient mohl kdykoli svobodně léčbu ukončit. V případě recidivy se mohl vrátit zpět do léčebny a absolvovat celý léčebný proces od začátku.

Léčba pacientů závislých na alkoholu byla založena na naprosté abstinenci, která byla nejen prostředkem k léčbě, ale i jeho cílem. Léčebný přístup nepočítal s tím, že by pacienti po propuštění mohli pít alkohol kontrolovaně. Mezi další prostředky, které byly v léčebně používány, patřila edukace pacientů, nácvik pracovních dovedností, resocializace, dodržování pravidel, relaxační a pohybové aktivity a medikace, pokud připadala v úvahu.

Konec léčebny v roce 1938 byl vynucen postoupením pohraničí Německé říši a příchodem německé armády. Léčebna Tuchlov byla jediným zařízením svého druhu na území republiky, kromě krátkého období od roku 1937 do 1939, kdy vznikla obdobná léčebna v Istebnom nad Oravou (Morovicsová & Falisová, 2016, p. 294). Byla plnohodnotným léčebným zařízením a svým přístupem a službami, které nabízela pacientům, se dostala na úroveň protialkoholních léčeben provozovaných v západní Evropě, zejména ve Švýcarsku a Německu.

Konflikt zájmů: Oba autoři jsou bez konfliktu zájmů.

Téma bylo rovněž zpracováno v návrhu článku The First Inpatient Alcohol Treatment Facility in the Czech Republic: case study of the Tuchlov Institution (1923–1938), který by zaslán do redakce časopisu Adiktologie a u kterého probíhá recenzní řízení.

## PŘÍLOHY

Kuratorium pro zřízení, udržování a vedení ústavu léčebného v zámku Tuchlově

Majitelem a podnikatelem ústavu v Tuchlově jest Čs. abstinentní svaz v Praze dle intencí vyslovených ve stanovách pod I. b. (schvál. Min. vnitra 12/10 1922 č. 75884/22–6). Zřízením, udržováním a vedením ústavu pověřeno jest kuratorium, následující cíli výtěžných.

Sestavení kuratoria

V kuratoriu zasedají nejméně čtyři členové Čs. abst. svazu, jmenovaní jeho říšským výkonným výborem, jenž také kuratorium doplňuje po úmrtí nebo odstoupení některého člena. Dále zasedají v kuratoriu dva zástupci minist. zdravotnictví a jeden zástupce min. sociální péče. Kuratorium má právo kooptovati dle potřeby jiné členy. Kuratorium je instituce stálá, nevolitelná každého roku, pouze dle potřeby doplňovaná.

Kompetence kuratoria

1. Kuratorium volí si předsedu, jeho zástupce, jednatele, pokladníka a revisora. Jmenuje řídicího lékaře a správce ústavu. Ostatní pomocný personál přijatý říd. lékařem a správcem potvrzuje a všem zaměstnaným určuje plat.
2. Upravuje statut léčebny a personální, jakož i domácí řád ústavu. Pokud je třeba změn, podniká je kuratorium pouze po slyšení říd. lékaře a správce, ač-li nejsou tito zároveň členy kuratoria.
3. Stará se, aby ústav netrpěl újmy po stránce hospodářské a finanční, aby budovy byly udržovány, a schvaluje výda-

9|Vládnívyhláškač.183/1938Sb.z.an.,ovstupustátudobranépohotovosti.

10| Souřadnice 50.6039542N, 13.8136814E.

11| Jednalo se u publikaci Listy sv. Hildegardy z Bingen.

je ústavu. Schvaluje roční zprávy pokladníka a revisora. Rozhoduje o výši platu chovanců, o možných slevách.

4. Čas od času dozírá svými členy, aby ústav i po ideové stránce byl veden bezvadně.
5. Ukáže-li se potřeba, stará se o zvětšení ústavu. Urovnává případné rozpory mezi říd. lékařem a správcem.
6. Případného výtěžku z ústavu používá k vydržování chovných pacientů nebo je skládá pro dobu krise ústavu.
7. Zaručuje splnění těchto maxim:
  - a) Do ústavu mají přístup příslušníci všech konfesí a národností. Z jiných států možno přijmouti pacienty, pouze je-li dostatek místa.
  - b) Nepřijímají se mladí pijáci pod 18 let, slabomyslní, epileptici, zločinné osobnosti, lidé stížení nakažlivou chorobou a zpustlá individua.
  - c) Plat za pobyt v léčebně jest určen dle dvou tříd.
  - d) Slevy se poskytují státním zaměstnancům.

Předsedou kuratoria dle možnosti (je) předseda říšského výkonného výboru Čs. abst. svazu nebo jiný jeho člen. Svolává dle potřeby schůze kuratoria, nejméně 6x do roka. Při rovnosti hlasů rozhoduje svým hlasem. V případě náhlé potřeby rozhoduje bez kuratoria, jemuž svá rozhodnutí dává k dodatečnému rozhodnutí.

Jednatel vede protokol schůzí, podává zprávy o stavu pacientů, prosperitě ústavu a jeho potřebách. Jednatel může však býti i totožný se správcem ústavu.

Pokladník přijímá měsíčně od správce ústavu opisy deníku a doklady účtu, vede hlavní knihu a ke konci roku dělá bilanci.

Revisor přehlíží účty a navrhuje absolutorium pokladníkovi a správci ústavu vždy po uplynutí správního roku.

Funkce členů kuratoria jsou čestné. Hradí se jim pouze hotové výlohy, spojené s revisí ústavu. Pokladník však, jakož i říd. lékař a správce ústavu – jsou-li členy kuratoria, jsou honorováni.

Zámek Tuchlov jest ústav věnovaný léčení a odvykání alkoholismu mužů. Leží na katastru obce Křemýže ve zdravé krajině úplně osamocen uprostřed ohraničeného parku. Nejbližší železniční stanice jsou Duchcov, Teplice – Šanov, Obznic. Hojnost místností dovolilo účelné uspořádání, zdravé ložnice, jídelny, dílny, koupelny, obývací pokoje, čítárny aj., které jsou vkusně zařízeny. Do ústavu přijímají se pouze muži vyléčení schopní, ne příliš mladí, ne příliš staří (20–60). Odmítají se osoby zločinecké, epileptičtí a slabomyslní alkoholici, šílenci, lidé postižení nemocí nakažlivou a individua úplně zchátralá. Předpokládá se jistá vůle k životnímu obratu. Pacientovi musí býti známy: doba léčby a domácí řád alespoň v hlavních obrysech. U chronických pijáků požaduje se doba léčby alespoň půl roku, u periodických alkoholiků rok.

Ústav je zařízen na anglickém systému „close door“, což znamená, že zámecký park je uzamčen a že chovanci konají vycházky jenom v průvodu správce nebo jeho

zástupce. Léčebná doba tráví se užitečnou prací tělesnou a duševní. O četbu, přednášky, všemožné ušlechtilé rozptýlení je postaráno. Strava je vydatná.

Chovanci přijímají se pouze prvního každého měsíce. Během měsíce je přijetí vyloučeno a všechny žádosti v tomto směru nemají smyslu. Ku přijetí je třeba předem dáti si vyhotoviti od lékaře vysvědčení dle ústavního formuláře a s rodným nebo domovským listem je správě ústavu zaslati. Je nutno předem smluviti též podmínky finanční a zavázati se, že poplatky měsíční budou spláceny pravidelně a předem. Do ústavu si přivezou chovanci alespoň dvoje šaty (do práce a na vycházku), nutné prádlo, obuv, ručníky, kartáče apod. Doporučuje se doprovoditi pacienta do ústavu a pečovati, aby se dostavil střízliv.

V ústavu jsou dvě třídy – I. třída: pacienti spí po dvou, mají svoji jídelnu, vybranější stravu a posluhu. Platí se měsíčně 52 Kč; II. třída: pacienti spí ve větším počtu (4–5) a konají si posluhu a čištění všech jimi obývaných místností sami. Měsíčně se platí 32 Kč.

V měsíčních poplatcích zahrnut je plat za byt, otop, stravu, lékaře, světlo, lázně (v I. tř. i za posluhu). Pouze čištění prádla účtuje se v obou třídách zvláště. Příbuzní určí výši mimořádných výloh měsíčních (kuřivo, cukr, apod.), jinak nesmějí se zasílati do ústavu potraviny. Těž jakékoli návštěvy se odmítají. Opustí-li pacient ústav samovolně během měsíce, propadá splacený obnos k dobru ústavu.

#### Řídící lékař

Zásadní abstinent, obeznámený s vědeckou stránkou alkoholismu a jeho léčby. Je zodpověden za vedení ústavu jak zdravotním instancím, tak kuratoriu.

#### Povinnosti:

1. Přijíždí do ústavu (není-li trvale systemizován) každého měsíce nejméně na tři dny, kdy se noví pacienti přijímají. Po důkladné prohlídce přijetí jich potvrdí nebo odmítne, při čemž doplní případné mezery v přinešeném lékařském vyšetření. Zařídí způsob léčby, příp. dietu, zvl. v kouření, určí vhodné zaměstnání jako jeden z léčebných prostředků. Onemocní-li pacient, obchází se bez léků s lihovými ingrediencemi. Schvaluje správě ústavu výběr a úpravu pokrmů.
2. Při každé návštěvě věnuje se též dříve přijatým pacientům, aby zjistil výsledky léčby a doplnil své první záznamy. Vyslechne přání, a je-li toho třeba, domluví renitentním nebo lenivým chovancům. Uspořádá zdravotnickou přednášku pro všechny pacienty, ve které je přesvědčuje o nutnosti doživotní abstinence, čehož neopomine ani v soukromém styku.
3. Jako prostředník mezi kuratoriem a správou ústavu tlumočí vzájemné přání a přesvědčuje se o potřebách ústavu a jeho prosperitě. Urovnává případné diference mezi správou ústavu a chovanci nebo pomocným personálem.
4. Je oprávněn propouštěti po uplynulé době léčebné pacienty, rovněž i před smlouvenou dobou ony živly, jež disciplíně a pověsti ústavu jsou na škodu, vylučovati.

5. Po dobu správcovy dovolené vystřídá se se členy kuratoria ve správě ústavu.
6. Nahodilé rozpory mezi ním a správcem rozhodne kuratorium.

#### Práva:

Má mimo ordinální pokoj právo nejméně na jednu světnici. Výši cestovného a honorář určuje mu kuratorium.

#### Správce – ředitel

Abstinent nejméně se středoškolským vzděláním, znatel léčebných ústavů abstinentních. Bydlí trvale v ústavě.

#### Povinnosti:

1. Vyjednává předběžné přijetí pacientů, vede korespondenci a účty za pomoci kancel. síly. Doplnuje svými poznatky záznamy říd. lékaře o pacientech. Po vyléčení udržuje s bývalými chovanci písemný styk a rediguje „Ročenku vyléčenců“.
2. Provádí zdravotní a léčebné pokyny řídícího lékaře, pečuje o disciplinu a hospodářsko-technickou stránku ústavu.
3. Účastní se práce i zábavy pacientů a snaží se udržet veselé ovzduší, aby ústav měl ráz šťastné rodiny, nikoli snad polepšovny nebo nemocnice. Proto pečuje o přiměřené rozptýlení pacientů mimo pracovní hodiny, a sice výběrem četby, přednáškami, výlety, hudebními a žertovnými večery, diapositivy apod.
4. S říd. lékařem přijímá a propouští pomocný personál, kryje se přitom kuratorem, jemuž přísluší právo schvalovací.

#### Práva:

Má v ústavě stravu, otop, světlo, 2–3 pokoje. Plat mu určuje kuratorium dle hodnotících tříd státních úředníků. Po dobu dovolené zastupují jej střídavě členové kuratoria dle úmluvy.

#### Pomocný personál

Kancelářská síla, kuchařka, služky, domovník, třeba-li sluha, při plném obsazení ústavu inteligentní důvěrník – dozorce pro každých 20 chovanců, případně mistr dílen – jsou přijímáni říd. lékařem a správcem. Přijetí jejich stvrzuje kuratorium. Jsou abstinenti a řídí se ve všem pokyny správce a říd. lékaře. K nedůtklivostem chovanců chovají se sice shovívavě, leč každý jejich přestupek proti domácímu řádu musejí sdělit správci. Kdo by z personálu opatřil pacientům lihoviny nebo je svedl a dopomohl jim k porušení domácího řádu, může být okamžitě bez předchozí výpovědi a jakékoli náhrady propuštěn správcem nebo říd. lékařem a může být mimo to soudně stíhán. Všecky materiální podmínky určuje kuratorium.

#### Domácí řád

1. Denní pořádek mění se dle ročních dob. Ku vstávání, nočnímu odpočinku, jídlu a práci se dává znamení.
2. Ložnice zamčeny jsou celý den a klíče od nich odevzdány ráno v kanceláři. Kouřiti se nesmí v místnostech tímto zákazem označených, zvláště ne v ložnicích.

3. Pacienti nesmějí míti v ústavu peněz. Přinesené peníze se odevzdají v den přijetí do úschovy správci. Peníze, jakož i potraviny a nápoje zapovězeno je posílati pacientům, proto nahodilé zásilky otevírají adresáti v kanceláři před správcem. Korespondence doručuje se pacientům bez předchozí censury správou ústavu.

4. Kuřivo, mýdlo, pošt. známky, psací potřeby, cukr a p. vydávají se pouze v určenou hodinu na stvrzenku a zúčtují se koncem měsíce.

5. Jakékoli návštěvy příbuzných a známých jsou omezeny a povolují se pouze v nejvyšší nutnosti. Návštěvy není dovoleno v ústavě zdržeti přes noc. Nedovoluje se návštěvu provázeti nebo jíti jí vstříc. Je-li třeba, místní holič navštěvuje pravidelně ústav.

6. Při větším počtu pacientů z různých krajů a poměrů je těžko všem a vždy vyhověti v pokrmech. Ale slušný a zdvořilý člověk nereptá při stole, nekaží nálady ostatním a přednese případné přání soukromě správci ústavu.

7. Mimo společné vycházky a výlety v průvodu správce nebo jeho zástupce nesmí se nikdo vzdáliti z ústavních objektů. Na společných vycházkách nikdo se neodděluje nebo procházky předčasně nepřerušuje. Nedodržení těchto pravidel může míti za následek omezení vycházek na delší dobu.

8. Jenom zvrácený člověk považuje práci za hanbu. Ústavní život bez práce stal by se všem trýzní. Mimo to užitečné zaměstnání ať v dílnách, ať v zahradě je jedním z léčebných a výchovných prostředků.

9. Vyhněte se trapným sporům osobním, národnostním, náboženským a sociálním. Hleďte poměrně krátký pobyt v ústavu sobě navzájem i správě ústavu co nejvíce zpříjemniti.

10. Pamatuj ve všem na účel svého pobytu v ústavě, posíliti totiž a vychovati svoji vůli tak, abyste se obešli do smrti beze všech opojných nápojů. Jenom doživotní zdrženlivost od lihových nápojů vás zachrání od naprosté zkázy. Podrobnosti domácího řádu, jichž dlužno dbáti v různých místnostech, jsou v ústavě vyvěšeny.

#### Příbuzným po přijetí pacienta

Svěřili jste nám člena své rodiny s veškerou důvěrou. Učiníme vše, co je v našich silách. Leč i na Vás jest, abyste nás podporovali.

Předně, nedejte se uprositi, aby náš svěřenec přerušil léčení před smlouvenou dobou. První týdny jsou chovanci v ústavě šťastni, ale pak se dostavuje tesknota a oni se snaží pod všemi možnými záminkami dostat se domů.

Ponechejte pacienta v klidu. Proto ho ani nenavštěvujte, ani dopisy vyčítavými a rodinnými starostmi neznepokojte. Dopisujte mu však pravidelně, aby se necítil opuštěný. Neuposílejte mu do ústavu potravin, nápojů, peněz. Každým porušením našich pokynů vydáváte v nebezpečí úspěšnost léčby. Už dnes odstraňte z domu všecky opojné nápoje a sami se jich odřekněte. Váš pacient musí po návratu z ústavu žít úplně bez lihovin a jeho rodina musí mu předcházeti dobrým příkladem. Staňte se členy Československého abstinentního svazu.

Příbuzným před propuštěním pacienta

V nejbližší dny vrátí se domů Váš vyléčenec. Věnovali jsme mu pozornost a lásku a doufáme v jeho vyléčení a životní změnu. Vaší povinností jest uvítati jej vlídně, bez výčitek, připravit mu útulný domov. Udržujte ho v dobrých úmyslech. Zřekněte se opojných nápojů sami. Netrpte nikomu, aby ho sváděl k lihovinám. Nehostěte doma nikoho opojnými nápoji. Šetrně, ale rázně ho vzdalte všech pokusů a příležitostí k porušení úplné zdrženlivosti. Vytrvá-li, nezapomeňte na náš ústav, vzbuzujte mu příznivce a dobrodince. Jednou za rok podejte nám zprávu o vyléčenci, jak se chová, jak dodržuje zdrženlivost od lihovin.

Lékařský formulář

Podepsaný lékař dosvědčuje, že N. N. není stížen nakažlivou nemocí, že není epileptik, ani slabomyslný, ani šílený, a že jeví alespoň nějakou vůli léčiti se a odvyknouti alkoholu. Dle možnosti vyplní lékař dobrozdání a takto podle těchto bodů.

Rozvrh místností

1. Pokoj a předsíň pro případ vypuknutí deliria, vhodně upravený. V zadním traktu v přízemí. Sousední byt vhodný pro domovníka.
2. Jeden pokoj asi se 3–4 loži pro nemocné.
3. Ordinační pokoj pro lékaře, spojený s obývacím pokojem.
4. Čekárna (hovorna), za ní kancelář a dále pokoje správcovy.
5. Kuchyně a přípravná, k nim přiléhají dvě jídelny s menšími otvory pro podávání jídel. Jídelny slouží též za zábavní místnosti, k nim připojena čítárna. Za kuchyní pokoj pro služebné.
6. Tři dílny, jedna pro hlučnější práce stolařské, druhé dvě pro čistější a nehlukné zaměstnání.
7. Koupelna, prádelna.
8. Pohostinka pro členy kuratoria.
9. Trakt pro I. tř. upraven tak, že vzadu jsou ložnice o 2 ložích (příp. jednom) a před nimi pokoje obývací, opatřené stoly, židlemi, skříněmi a umývadly. V ložnicích je pouze lože a noční stolek. Oba trakty začínají předsíní (na čistění šatů a p.). Podobně upraven trakt pro II. tř.; rozdíl je v tom, že ložnice a obývací pokoje jsou pro 4–5 a zařízení prostější.

Rozvrh na personál

Mimo říd. lékaře, správce a sílu kancelářskou je nutna kuchařka, služka (později dvě), domovník a při více pacientech I. tř. sluha, jež může i zastati chudší a obratný chovanec II. tř. za poplatek, jenž se mu dá po vystoupení z ústavu. Při založení větší zelinářské zahrady sešla by se i zahradnická síla a pro dílny snad i mistr. Při 40–50 pacientech intelig. důvěrník – dozorce na každých 20–25. Takže až při plném ústavu by byl počet personálu 10–12.

Kdyby se odhodlalo kuratorium výminečně přijmout 2–3 pacientky, uspořilo by se ovšem mnoho na hospod. silách.

Konflikt zájmů: oba dva autoři bez konfliktu zájmů.

## LITERATURA / REFERENCES

Adámek, K. (1884). *Kořaleční mor*. Druhé vydání. Roudnice: Vydáno nákladem knihkupectví A. Mareše.

Beneš, E. (1947). *Problémalkoholové výroby a abstinence*. Praha: Čsl. abstinentský svaz v Praze.

ČAS. (2017). Fond: ČAS, inv. č. 399, čís. kart.: 5: Praha: Národní muzeum.

Foerster, V. Mládež, lihoviny, charakter. In: Barth, J. et al. *Nová kultura s protialkoholní přílohou „Ostřízlivění“*. Praha: Nová kultura. (1912–1913).

Foustka, B. (1931). *Protokolschůzekuratoria Abstinentsního pensionátu Tuchlova ze dne 20. února 1931*. Praha: Archiv Národního muzea.

Foustka, B., Hroch, J. et Konařík, B. (1935). *Výroční zpráva za rok 1935*. Praha: Archiv Národního muzea.

Kalina, K. et al. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.

Kolektiv autorů (1913). *Stát a alkoholická daň. Ostřízlivění*, 1 (5–6), p. 47.

Konařík, B. (1925). *Zpráva o Tuchlově. Vyšší národ*, 5 (9–10), 75.

Konařík, B. (1934). *Léčení alkoholismu v cizině a u nás*. Praha: Československý abstinentský svaz.

Konařík, B. (1936). *Jak odvykáme pití lihovin. Zdraví lidu*, 17 (5), 65–68.

Konařík, B. (n.d.). *Proč nebyl vždy Tuchlova plně obsazen*. Praha: Archiv Národního muzea.

Masaryk, T. G. (1920). *O ethice alkoholismu*, 2. vydání. Brno: Studentská klinika v Brně.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. London: Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.

Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, a. s.

Miovský, M., Miller, P., Grund, J. P., Belacková, V., Gabrhelík, R., Libra, J. (2015). *Academic education in addictology (addiction science) in the Czech Republic: Analysis of the (pre-1989) historical origins*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32 (5), p. 527–538.

Morovicsová, E. et Falisová, A. (2016). *Význam protialkoholických léčební vboji protialkoholizmu v Prvej Československej republike. Česká a Slovenská psychiatrie*, 112 (6), pp. 287–297.

MZ. (1928). *Zabezpečení provozu ústavu tuchlovského pro stránce hospodářské pro rok 1928, ze dne 24. ledna 1928, publikován pod č.j. 336*. Praha.

Písecký, F. *Abstinentsství na středních*. In: Barth, J. et al. *Nová kultura s protialkoholní přílohou „Ostřízlivění“*. Praha: Nová kultura. (1912–1913).

Plichtová, J. (1996). *Obsahová analýza a její možnosti využití v psychologii*. *Čs. Psychologie*, 4 (40), 304–314.

Popov, P. (2017). *MUDr. Jan Šimsa – průkopník léčby závislostí a psychoterapie v Čechách*. *Adiktologie*, 17 (2), p. 168–172.

Skála, J. (1957a). *Alkoholismus – terminologie, diagnostika, léčba a prevence*. Praha: SZN.

Skála, J., Jandourková, Z., Mečíř, J., Maťová, A., Černý, L., Vámoši, M. et al. (1957b). *Organisace a metodika boje proti alkoholismu*. Praha: SZN.

SOA Opava. (2017). Fond: Oldřich Svozil, inv. č.: 63: Bedřich Konařík, roky 1937–1944, čís. kart.: 3. Pracoviště Janovice u Rýmařova.

SÚA. (1922). *ČAS. Stanovy ČAS*. In. Č. 367, sig. 1367.

Šejvl, J. (2017). *Fluctuat, non mergitur: Bedřich Konařík*. *Adiktologie*, 17 (2), p. 173–176.

Šejvl, J., Miovský, M. (2017). *Nejstarší specializované léčebné zařízení pro léčbu závislosti na alkoholu a historickém území Čech a Moravy: případová studie protialkoholní léčebny ve Velkých Kunčicích (1911–1915)*. *Adiktologie*, 17 (2), p. 134–146.

# KONFERENCE

## KONFERENCE PPRCH 2018

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

Jménem programového výboru si vás dovoluujeme pozvat na XV. ročník konference Primární prevence rizikového chování (PPRCH), který se koná ve dnech 15. a 16. října 2018 v reprezentativních prostorách Magistrátu hl. M. Prahy (blíže [www.pprch.cz](http://www.pprch.cz)). Ústředním tématem letošní konference je vzdělávání v prevenci.

Vzdělávání ve všech oblastech, a v prevenci zejména, je otázkou celoživotní. Svým způsobem se tak vracíme k jednomu z minulých ročníků konference, konkrétně k roku 2010. Vzdělávání se stalo imperativem doby, která vyžaduje stále větší profesionalitu a současně citlivý lidský přístup. Věříme, že příspěvky, které toto téma pokrývají, pro vás budou inspirací, ale také potvrzením toho, že váš přístup ke vzdělávání je správný.

V preventivní praxi lze využít a také se využívá velké množství teoretických poznatků, ale stejně tak jsou využívány praktické zkušenosti, které si každý odborník v průběhu své praxe vytváří. Lze tvrdit, že aktuální i nové teoretické poznatky na straně jedné a praktické zkušenosti na straně druhé mají obrovský potenciál se vzájemně doplňovat. Tímto východiskem jsme se řídili také při přípravě letošního ročníku. V průběhu dvou dní budeme mít možnost vyslechnout řadu příspěvků, které se věnují jak spíše teoretickým (akademickým) poznatkům, tak i příspěvkům, které vycházejí z každodenní praxe. Doufáme, že více akademicky zaměřené přednášky pro vás budou stejně inspirativní jako informace od odborníků z praxe, často z první linie primární prevence, nejen ve školství.

Chtěli bychom také předeslat, jak velmi dobře si uvědomujeme, že pracovat v oblasti primární prevence je často spíše posláním, které nepřináší okamžité efekty cílovým skupinám, a bohužel často ani vám odborníkům a praktikům ve smyslu finančního ohodnocení. Na efekty je tedy třeba pohlížet, jakkoliv je to složité, zejména z dlouhodobé časové perspektivy. Vaší práce si nesmírně vážíme.

Velký dík patří členům programového výboru konference za odpovědný přístup, kdy obětovali svůj cenný čas a osobně se zasadili o výběr kvalitních příspěvků na letošní konferenci. Počet zaslaných příspěvků byl skutečně vysoký a jejich zařazení do programu konference se ukázalo jako opravdová výzva. Letošní konferenci lze nazvat mezinárodní, vzhledem k tomu, že naše pozvání přijali kolegové a kolegyně nejen z České republiky, ale také ze Slovenska. Při naší vzájemné komunikaci bylo vzneseno mnoho zajímavých námětů a připomínek. Mnohé z nich jsou v programu konference promítnuty.

Jakkoliv je hlavní poslání konference již tradiční, některé její charakteristiky se mění a nejinak je tomu také při příležitosti letošního ročníku. Je na vás, jak budete změny a obecně vývoj konference hodnotit. Ať bude vaše hodnocení jakékoliv, nebude v žádném případě přehlédnuto. Těchto poznatků naopak plně využijeme v přípravě dalších ročníků.

Věříme, že strávíte na letošní konferenci nezapomenutelné chvíle, že zde potkáte zajímavé nové tváře, ale zároveň se setkáte se svými spolupracovníky a přáteli. Snad pro vás budou příspěvky, které vyslechnete, inspirací pro každodenní náročnou, ale nesmírně záslužnou práci a čas věnovaný vzdělávání v primární prevenci pro vás bude příjemně strávený.

Miroslav Barták  
[miroslav.bartak@lf1.cuni.cz](mailto:miroslav.bartak@lf1.cuni.cz)

Jaroslav Šejvl  
[jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz](mailto:jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz)

Projekt Konference PPRCH 2018 je realizován za finanční podpory:

Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy



Středočeského kraje

Krajského úřadu Středočeského kraje

**Středočeský kraj**

Hlavního města Prahy



Za finanční podporu děkujeme.

# Alcohol and public health – an annotated summary of selected findings of a review article (Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The Lancet*, 365(9458), 519–530.)

Barták, M.

Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University, and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation | Barták, M. (2018). Alkohol a veřejné zdraví – komentovaný souhrn vybraných zjištění přehledového článku. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(2), 80–85.

**Summary** | Alcohol has a significant effect on human health, although some of its negative health consequences are not yet widely accepted by the general public and it is a terrible fact that even some doctors are not fully informed about all the consequences of alcohol use on the human health. Tobacco is taken as the imaginary but very real “enemy number 1” from the point of view of public health, but the consumption of alcoholic beverages is also a major issue that public health has to deal with. The aim of

this annotated translation is to familiarize the reader with the basic facts that are presented in the article (Room, Babor & Rehm, 2005). Statements of professors Room, Babor and Rehm on the public health perspective of alcohol and its historical development, health consequences of (ab)use of alcohol and their view on how these statements should influence the professional and political practice are introduced in each section. Consequently, some possible topics of discussion for our conditions are outlined.

**Keywords** | Alcohol – Public health – Health consequences

Submitted | 6 June 2018

Accepted | 1 September 2018

Grantsupport | The article has been written as a part of the project Rozvoj aktivit Centra veřejného zdravotní péče zaměřením na alkohol of Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Czech Republic and SZÚ. The decision to grant a special purpose non-investment contribution from the state budget of the Czech Republic for 2018 to directly managed organizations of the Ministry of Health of the Czech Republic (No. OZS/45/4141/2018).

Correspondence address | Miroslav Barták, Ph.D., Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University, and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

miroslav.bartak@lf1.cuni.cz

# Alkohol a veřejné zdraví – komentovaný souhrn vybraných zjištění přehledového článku Alcohol and public health (Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. The Lancet, 365(9458), 519-530.)

Barták, M.

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta UK a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Citace | Barták, M. (2018). Alkohol a veřejné zdraví – komentovaný souhrn vybraných zjištění přehledového článku. Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 1(2), 80–85.

**Souhrn** | Alkohol má prokazatelný vliv na lidské zdraví, ačkoliv některé jeho negativní zdravotní dopady nejsou širokou veřejností ještě obecně přijímány a je neradostným faktem, že i někteří lékaři nejsou zcela informováni o všech důsledcích užívání alkoholu na lidské zdraví. Za pomyslného, avšak velmi reálného „nepřítele číslo 1“ je z pohledu disciplíny veřejného zdraví sice považován tabák, nicméně také spotřeba alkoholických nápojů představuje významný problém, kterým se veřejné zdraví musí zabývat. Cílem tohoto

komentovaného překlada je seznámit čtenáře se základními fakty, která jsou prezentována v článku (Room, Babor & Rehm, 2005). V jednotlivých částech jsou představena na poznatkách založená stanoviska profesorů Rooma, Babora a Rehma na veřejnozdravotní perspektivu alkoholu a její historický vývoj, zdravotní důsledky (nad)užívání alkoholu a jejich pohled na to, jak tyto poznatky mají (měly by) ovlivňovat odbornou a politickou praxi. Následně jsou nastíněna některá možná témata diskuse pro naše domácí podmínky.

**Klíčová slova** | Alkohol – Veřejné zdraví – Zdravotní důsledky

Došlo do redakce | 6. června 2018

Přijato k tisku | 1. září 2018

Grantová podpora | Článek vznikl v rámci řešení projektu Rozvoj aktivit Centra veřejného zdraví se zaměřením na alkohol Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze a SZÚ. Rozhodnutí o poskytnutí účelového neinvestičního příspěvku ze státního rozpočtu ČR na rok 2018 přímo řízeným organizací MZČR (č. OZS/45/4141/2018).



## 1 VEŘEJNOZDRAVOTNÍ PERSPEKTIVA ALKOHOLU A JEJÍ HISTORICKÝ VÝVOJ

Autoři uvádějí v souhrnu, že: alkoholické nápoje a problémy, které s sebou přinášejí, vždy byly nedílnou součástí lidské společnosti a zmiňují se o nich již nejstarší dochované historické záznamy. V naší práci předkládáme přehled vědeckých poznatků o alkoholu ve třech oblastech: epidemiologie a role alkoholu v lidském zdraví a nemocech; léčba poruch způsobených užíváním alkoholu z pohledu veřejného zdraví; výzkum v oblasti politiky a možností. Vědecké poznatky nám zásadním způsobem pomáhají pochopit vztah mezi pitím a konkrétními poruchami a prokazují, že mezi pitím alkoholu a zdravotními dopady existují složité a mnohotvárné vztahy.

Zásadní význam má také souhrnné konstatování autorů, že alkohol nějakým způsobem souvisí s více než 60 různými nemocemi či zdravotními potížemi. Celosvětově lze alkoholu připisat 4 % všech onemocnění a přibližně stejný počet úmrtí a trvalých zdravotních následků, jako mají na svědomí tabák a vysoký krevní tlak. Výzkum v oblasti léčby ukazuje, že včasná intervence v rámci základní zdravotní péče je možná a účinná a v současnosti již pro léčbu závislosti na alkoholu existuje řada behaviorálních a farmakologických možností léčby.

Podle autorů z toho plyne, že by se léčba problémů spojených s alkoholem měla stát součástí veřejných snah o boj proti těmto problémům. Navíc lze použít i na důkazech založená opatření na úrovni jednotlivců i celých populací. Mezi nejúčinnější opatření tohoto druhu patří daně uvalené na alkohol, omezení dostupnosti alkoholu a boj proti řízení v opilosti. I přes obrovský pokrok ve vědeckém poznání jsou problémy spojené s alkoholem i nadále velkou výzvou pro medicínu i veřejné zdraví, v neposlední řadě proto, že se zanedbávají opatření zaměřená na celou populaci ve prospěch individuálních opatření, která však bývají spíše paliativního a ne preventivního charakteru.

Fermentované nápoje se podle studie autorů připravovaly a konzumovaly ve většině částí světa ještě před evropskou koloniální expanzí, která dále všude změnila kulturní postoj k pití alkoholu. Objevily se nové formy alkoholických nápojů a do té doby po domácku či v rámci komunity připravované nápoje časem ustoupily průmyslově vyráběným produktům dostupným kdykoli a prakticky kdekoli. V rámci současné globalizační dynamiky tento proces pokračuje i dnes ve většině rozvojového světa.

Autoři shrnují, že stejně tak, jak alkohol téměř všudypřítomně provází lidské dějiny, si lidstvo velmi dobře uvědomuje společenské a zdravotní problémy, které s sebou pití alkoholu nese. Výstižně o nich mluví starověké texty z antického Řecka, Palestiny či Číny. Všechna velká světová náboženství mají přinejmenším několik proudů, které nabádají k abstinenci. Ve většině zemí se silnou protestantskou tradicí se v 19. století začaly objevovat snahy o z počátku dobrovolné odříkání alkoholu, které postup-

ně vedly k tlaku na úplnou prohibici. Poté, co síla těchto hnutí nakonec opadla, byl nastolen nový kompromis: alkohol již nebyl považován za obecné ohrožení všech občanů, ale za hrozbu pro malou podskupinu „alkoholiků“ či, řečeno dnešním odborným termínem – osob diagnostikovaných se závislostí na alkoholu. Léčba závislosti na alkoholu byla svěřena profesionálním zdravotníkům a věda dostala za úkol odhalit podstatu závislosti jakožto hlavního předpokladu úspěšné léčby a prevence.

Vědecký zájem o problémy spojené s alkoholem se podstatně zvýšil v posledních 30 letech díky zásadním pokrokům v chápání těchto problémů, jejich prevence a léčby. V našem článku jsou tyto poznatky rozděleny do tří podtémat: epidemiologie alkoholu v lidském zdraví a nemocech; léčba poruch způsobených užíváním alkoholu z pohledu veřejného zdraví; výzkum v oblasti politiky a prevence. V tomto článku se nebudeme zabývat významnými objevy na poli neurovědy ani genetickými studii z nedávné minulosti, jelikož jsou tato témata zpracována v jiných publikacích a prozatím nemají významnější dopad na přístup k problémům způsobeným alkoholem v oblasti veřejného zdraví.

Autoři se ve svém přehledu publikovaného výzkumu zaměřují na důsledky pití alkoholu z pohledu medicíny a veřejného zdraví. Medicínská intervence je sice správnou reakcí na problémy s alkoholem v rámci systému zdravotní péče, mají-li ale být tyto problémy řešeny v širším kontextu komunit a celých národů či států, musí jít ruku v ruce s populačními opatřeními v rámci veřejného zdraví.

## 2 ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY (NAD)UŽÍVÁNÍ ALKOHOLU

Spojitosť mezi alkoholem a nemocemi a úmrtím není ničím novým. Vědecký výzkum v posledních letech ještě dál prohlubuje naše poznání vztahu mezi alkoholem a konkrétními nemocemi a ukazuje, jak komplikované a mnohotvárné jsou souvislosti mezi pitím alkoholu a zdravotním stavem.

Alkohol nějakým způsobem souvisí s více než 60 různými nemocemi či zdravotními potížemi a většinou, i když ne vždy, je jeho role negativní. Na klinické a ekonomické dopady nemocí má vliv nejen množství konzumovaného alkoholu, ale i vzorce pití, především nepravidelné nadměrné pití (binge drinking). Autoři uvádějí, že u většiny nemocí pozorujeme vliv konzumované dávky alkoholu s tím, že riziko vzniku nemoci roste se zvyšující se dávkou alkoholu. Výjimkou jsou kardiovaskulární nemoci, především ischemická choroba srdeční a mozková příhoda, diabetes mellitus a úrazy, kde zásadní roli hrají i další stránky konzumace alkoholu, nejen průměrné konzumované množství. Podrobněji se zabývají vztahem mezi alkoholem a onemocněním u tří významných kategorií chorob (rakovina prsu, ischemická choroba srdeční a úmyslné zranění), které jsme zvolili kvůli pokro-



ku, k němuž v poslední době došlo v poznání spojitosti alkoholu a těchto chorob. Tyto kategorie představují důležitě, i když ne nutně největší, oblasti škodlivého vlivu alkoholu. Řada z uváděných údajů pochází z lékařských epidemiologických studií, což s sebou nese určité nedostatky z pohledu výzkumu alkoholu: často dochází k nedostatečnému měření konzumace a do studií obvykle bývá zařazen nedostatečný počet lidí s nepravidelnou nadměrnou konzumací alkoholu. Důležitého pokroku bylo v poslední době dosaženo i v metodách, které slouží k odhadu celkového vlivu pití alkoholu na klinické a ekonomické dopady chorob.

## 2.1 Rakovina prsu

O roli alkoholu ve vzniku rakoviny prsu se sice spekuluje již dlouhou dobu, ale jasné důkazy byly předloženy teprve nedávno. Metaanalýzy prokazují lineární nárůst rizika rakoviny prsu s rostoucí průměrnou konzumací alkoholu. Společná analýza šesti kohortových studií pak zjistila výrazný vliv konzumovaného množství, kdy konzumace 10 g čistého alkoholu denně zvyšuje riziko rakoviny prsu o 9 % a konzumace 3060 g denně riziko zvyšuje o 41 %. Epidemiologická zjištění dále dokazují, že hormonální léčba estrogenem po menopauze také zvyšuje riziko rakoviny prsu s tím, že léčba estrogenem ve spojení s pitím alkoholu riziko prohlubuje. Díky těmto zjištěním se u žen po přechodu léčených estrogenem otevřela diskuse o roli estrogenu a jeho metabolismu jako jedné z příčin vzniku rakoviny prsu. V souvislosti se spojitostí mezi alkoholem a rakovinou prsu je zmiňována i role genetického polymorfismu.

## 2.2 Ischemická choroba srdeční

Výsledkem podrobné metaanalýzy vztahu mezi průměrným množstvím konzumovaného alkoholu a ischemickou chorobou srdeční (ICHS) je J-křivka. Ve srovnání s abstinencí je konzumace malého až středně velkého množství alkoholu spojována s nižším výskytem ICHS a nižší úmrtností s tím, že nejnižší riziko bylo zjištěno pro 20 g denně (méně než dvě skleničky). U vyšší průměrné konzumace alkoholu se tento vztah obrací a při konzumaci více než 70 g denně je riziko vyšší než u abstinentů. Ochranný vliv střídavého pití alkoholu na srdce se vysvětluje několika fyziologickými mechanismy, včetně vlivu lipidů a hemostatických faktorů. Zdá se však, že většina těchto mechanismů funguje pouze u lidí, kteří pijí pravidelně bez nadměrné jednorázové konzumace.

Několik studií, které potvrzují ochranný vliv pravidelného střídavého pití alkoholu na srdce, zároveň zjistilo, že u lidí, kteří příležitostně konzumují alkohol v nadměrném množství, hrozí ve srovnání s abstinenty vyšší riziko těžké srdeční příhody, a to i v případě, že celkové množství alkoholu, který tito lidé zkonsumují, je poměrně nízké. Kromě vlivu na ICHS má příležitostně nadměrné pití zřejmě i souvislost s jinými typy kardiovaskulárních problémů včetně mozkových příhod a náhlé srdeční zástavy.

Tuto spojitost potvrzuje i výskyt vyšší srážlivosti krve, nižší práh fibrilace komor a nižší hustota lipoproteinů, ke kterým po nadměrném pití dochází.

Obecně lze tedy říci, že nepravidelné nadměrné pití alkoholu je spojené s fyziologickými mechanismy, které zvyšují riziko ICHS, náhlé srdeční zástavy a dalších kardiovaskulárních potíží, zatímco pravidelné pití malého až středně velkého množství alkoholu je spojeno s fyziologickými mechanismy, které se pojí s příznivým vlivem na stav srdce. Dalším vzorcem chování, u kterého byl zjištěn potenciální ochranný vliv na srdce, je pití alkoholu během jídla, i tento vliv lze věrohodně vysvětlit fyziologickými procesy.

Celkový dopad alkoholu na prevalenci ICHS v konkrétní zemi závisí na distribuci vzorců konzumace alkoholu ve společnosti. Ve většině zemí je celkový dopad alkoholu na ICHS negativní, především v bývalém Sovětském svazu a rozvojových zemích, kde je epizodické nadměrné pití alkoholu běžným jevem. S celkovým dopadem na ICHS v dané populaci v konkrétním čase se pojí i otázka, jak se počet případů ICHS mění s rostoucí, či klesající konzumací alkoholu. Jelikož se alkohol popíjí převážně ve společenských situacích, způsob, jakým člověk pije, bývá ovlivněn způsobem, jakým pijí lidé v jeho okolí. Je pravděpodobné, že s rostoucí, či klesající spotřebou alkoholu v celé populaci se budou měnit i osobní návyky jednotlivců, u některých v pozitivním smyslu, u jiných v negativním smyslu. Optimální průměrná úroveň pití pro celou populaci je pravděpodobně nižší než optimální úroveň pro jednotlivce a nižší než stávající úroveň v západoevropských zemích. V nedávno provedených analýzách časových řad vztahu mezi národní úrovní konzumace alkoholu a změnami v úmrtnosti na ICHS Hemström nezjistil žádnou významnou korelaci pro 13 západoevropských zemí a pozitivní korelaci (více pití koreluje s větším výskytem ICHS) pro Španělsko.

## 2.3 Úmyslná zranění (násilí)

Alkohol je trvale spojován s násilnou trestnou činností, i když ne vždy bývá její příčinou. Výsledky experimentálního výzkumu naznačují, že alkohol za určitých okolností zvyšuje agresivitu, a metaanalýzy zjistily v celkovém vztahu mezi konzumací alkoholu a agresivitou malý až středně velký účinek v řádu 0,22; velikost účinku lze v tomto případě považovat za korelaci. Alkohol mění receptory a neurotransmitery v mozku, a farmakologický účinky alkoholu tak mohou zvyšovat pravděpodobnost agresivního chování. Zaprvé, alkohol podobně jako některé benzodiazepiny ovlivňuje receptory serotoninu a kyseliny gama-aminomáselné (GABA) v mozku. Subjektivním vnímáním tohoto účinku může být odbourání strachu a úzkosti v souvislosti se společenskými, fyzickými a právními následky vlastního chování, což může u některých osob vést k riskantnějšímu a agresivnějšímu chování. Tento příčinný vztah dále potvrzují zjištění studií vztahu mezi alkoholem, GABA receptory a agresivitou u zvířat. Alkohol

dále ovlivňuje i kognitivní funkce, a komplikuje tak řešení problémů v konfliktních situacích. Ve vztahu mezi konzumací alkoholu a násilím se také projevují kulturní rozdíly, rozdíly v obvyklém vzorci konzumace alkoholu a očekáváním určitého chování pijáků v různých kulturách. Analýzy časových řad vztahu mezi změnou v obecné úrovni konzumace alkoholu a změnami v počtu násilných úmrtí tak zjistily u evropských národů rostoucí tendenci od jihu k severu, kdy každý další litr etanolu na hlavu zvyšuje počet násilných úmrtí téměř o dvakrát více na severu Evropy než na jihu. Zkušenosti z Ruska z let 1985–1988, kdy byla v bývalém Sovětském svazu vedena protialkoholická kampaň, naznačují, že v této zemi má měnit se konzumace alkoholu ještě výraznější dopad než v severní Evropě: v období, kdy podle odhadů došlo k 25% poklesu spotřeby alkoholu (včetně neoficiálně, podomácku vyráběného alkoholu), se počet mužských obětí násilného zabití snížil o 40 %. Z těchto zjištění plyne, že jediné relativní riziko, které by pojilo průměrnou spotřebu alkoholu s násilnými úmrtími ve všech společnostech bez rozdílu; relativní riziko spíše závisí na vzorcích pití alkoholu a chování s pitím spojené v dané společnosti. Podle posledních odhadů Světové zdravotnické organizace, publikovaných v rámci projektu Global Burden of Disease, se relativní riziko role alkoholu v násilí a zraněních obecně v jednotlivých zemích a podoblastech liší podle místních specifik.

### 3 CO Z TOHO PLYNE PODLE AUTORŮ PRO POLITIKU A PRAXI?

V posledních letech došlo k významnému pokroku v našem poznání rizikového vztahu mezi pitím alkoholu a konkrétními poruchami. Mezi kontraindikace nadměrného pití dnes patří nejen staré známé úrazy a nehody, ale třeba i selhání srdce. Věda také potvrzuje správnost obecného poznatku, že pití zvyšuje násilí. Tato souvislost, stejně jako obecnější souvislost alkoholu s dopravními nehodami a dalšími typy úrazů, znamenají, že konzumace alkoholu může znamenat zásadní ohrožení pro zdraví nejen lidí, kteří sami pijí. Zdravotníci a lékaři mají pádné vědecké důvody, proč by lidé neměli nadměrně pít ani o svátcích či o víkendů. Poznatky v souvislosti s rakovinou prsu by měly vést k tomu, že se v doporučeních zdůrazní skutečnost, že jakýkoli styl a vzorec pití s sebou nese zdravotní rizika a že by si spotřebitelé měli být vědomi, že alkohol s sebou kromě pozitiv přináší i celou řadu zdravotních rizik.

Dnes je mnohem snazší provést kvantitativní srovnání různých států co do způsobu pití a s ním spojených problémů. Výsledky těchto srovnání se pak stávají argumentem pro novou politiku. Analýzy ukazují, že zdravotní problémy spojené s alkoholem jsou sice dobře známé a v některých společnostech se považují za samozřejmost, jejich rozsah je mnohem větší, než by se mohlo zdát, a v rozvinutých zemích včetně západní Evropy celkově (po odečtení ochranného efektu) představují 6,8 % z celkové zátěže nemocemi. V nastavení strategické po-

litiky v této oblasti je dále nutné kromě zdravotních dopadů, vyčíslených v podobě zátěže nemoci, zvážit i společenské problémy spojené s pitím, jako např. důsledky pro rodinný život. Zdravotníci a lékaři tak mají pádné důvody pro intenzivnější prosazování politiky, která by měla snižovat výskyt problémů spojených s alkoholem.

### 4 DISKUSE A VYUŽITELNOST V ČR

O zdravotních účincích alkoholu se vede v našich domácích podmínkách kontinuální odborná, ale také mediální debata. Není úplnou výjimkou, že alkohol je prezentován dokonce zdravotně pozitivně, a to velmi často bez na poznacích založeném přístupu. V některých případech může docházet k vytrhávání informací z kontextu a jejich více či méně nevhodnému využívání z hlediska informování veřejnosti o jeho zdravotních souvislostech.

Novým a zcela zásadním příspěvkem do debaty jsou výsledky globální studie založené na datech z roku 2016, která byla publikována 23. srpna 2018. Podle této studie se množství alkoholu, které minimalizuje zdravotní důsledky, rovná nule (srv. diskuzi autorů výše v roce 2005).

Informační podpora o zdravotních důsledcích užívání alkoholu je určena řadě pomáhajících profesí od adiktologie přes sociální práci až po praktické lékaře. Všechny tyto profese se více či ještě více se zdravotním účinky (nad)užívání alkoholických nápojů a závislostí na alkoholu zabývají. Podpora by měla být vedena bez předsudků a nemělo by se jednat o pouhé střety ideologií, nevyvratitelných přesvědčení, potažmo obchodních zájmů. Naopak prim musí hrát přístup založený na poznání, ačkoliv toto poznání může být pro někoho jiné, než by si nutně představoval. Řada organizací v souladu se svými etickými kodexy a principy, které vyznávají, v zásadě s producenty nespolupracuje, některé organizace však mohou obecně vykazovat v této oblasti určitou flexibilitu, kterou předem zmíněné organizace naopak striktně odmítají. Náročnou prací pro následující období je zprostředkovávat praxi zcela srozumitelné a uživatelsky přívětivé (avšak výhradně na poznacích založené) informace o zdravotních důsledcích užívání alkoholických nápojů. Lze se oprávněně domnívat, že tyto informace mohou být jak pro pracovníky ve službách, tak především pro uživatele služeb (klienti, pacienti) nejen důležité, ale také zcela prakticky využitelné a vést k dalšímu zlepšování preventivního, léčebného a rehabilitačního procesu.

Informace o zdravotních i jiných důsledcích užívání alkoholu lze získat například na stránkách [www.alkoholopodkontrolou.cz](http://www.alkoholopodkontrolou.cz), kde jsou k dispozici také odkazy na profily na sociálních sítích. Na těchto profilech jsou diskutovány aktuální poznatky a dění v rámci veřejnozdravotního přístupu k alkoholu. Výsledky studií se zaměřením na alkohol jsou v našich podmínkách pravidelně publikovány v časopise Adiktologie, ale také dalších, širěji vymezených odborných časopisech se zaměřením na zdravotní a sociální péči.

---

## LITERATURA / REFERENCES

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., ... & Livingston, M. (2010). Alcohol: No Ordinary Commodity – a summary of the second edition. *Addiction*, 105(5), 769–779.

Burton, R., & Sheron, N. (2018). No level of alcohol consumption improves health. *The Lancet*. Published online August 23, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31571-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31571-X)

Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The Lancet*, 365(9458), 519–530.

GBD2016 Alcohol Collaborators (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet* 2018; published online Aug 23. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2).

# Legal Options for Testing Pupils and Students upon a Reasonable Suspicion of Substance Abuse in School and the School Environment

Šejvl, J.

Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation | Šejvl, J. (2018). Právní možnosti testování žáků a studentů při důvodném podezření na ovlivnění návykovou látkou ve škole a školském prostředí. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(2), 86–92.

**Background** | The use of addictive substances by pupils and students in schools and school facilities, or their stay in these facilities under the influence of addictive substances, is a significant risk factor across disciplines. Testing in case of a reasonable suspicion of using the substance affects the rights and obligations of pupils/students, their legal representatives, schools and school facilities, as well as pedagogical staff. The possibility of identifying whether a pupil/student is using addictive substances can be the first step leading to the correction/change of the educative process and a step towards reducing the risks of unhealthy life style and eventual recovery. **Aim** | The article presents a brief analysis of the legal situation, which deals with the issue of screening testing upon suspicion of using the addictive substance in the school environment.

It presents basal analysis de lege lata with a focus on the area of this environment. **Methods** | A content qualitative analysis of fixed legal documents was used, which was compiled according to the mutual thematic relation in the context of the given legal issues. **Results** | The legal status currently does not explicitly address the testing of children upon suspicion that a pupil or student is influenced by an addictive substance in a school or school environment. It is necessary to rely on the closest legal regulation that precisely defines subjects authorized to indicate a screening testing. **Conclusion** | The current legal regulation does not allow a pedagogical worker to test pupils/students in a normal operation of a school or school facility when there is a reasonable suspicion of being under influence of an addictive substance.

**Keywords** | Addictive substance – Testing – School – School environment – Pupil – Student

Submitted | 17 February 2018

Accepted | 2 August 2018

Grant support | Institutional support was provided by Programme Progres No. Q06/LF1 and specific-purpose support from the Ministry of Health of the Czech Republic.

Correspondence address | Jaroslav Šejvl, Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

jaroslav.sejvl@lf1.cuni.cz

# Právní možnosti testování žáků a studentů při důvodném podezření na ovlivnění návykovou látkou ve škole a školském prostředí

Šejvl, J.

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta UK a VFN v Praze

Citace | Šejvl, J. (2018). Právní možnosti testování žáků a studentů při důvodném podezření na ovlivnění návykovou látkou ve škole a školském prostředí. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(2), 86–92.

**Východiska** | Užívání návykových látek žáky a studenty ve školách a školských zařízení nebo jejich pobyt v těchto zařízeních pod vlivem návykových látek je významným rizikovým faktorem napříč jednotlivými obory. Testování v případě důvodného podezření na ovlivnění návykovou látkou zasahuje do práv a povinností žáků/studentů, jejich zákonných zástupců, škol a školských zařízení, ale i pedagogických pracovníků. Možnost identifikace, zda žák/student užívá návykové látky, může být prvním krokem vedoucím k nápravě/změně výchovného procesu a i krokem vedoucím ke snížení rizik nezdravého životního přístupu a případně úzdravě. **Cíl** | Článek předkládá stručnou analýzu právního stavu, která se zabývá problematikou orientačního testování při podezření na ovlivnění návykovou látkou ve školském

prostředí. Předkládá bazální analýzu de lege lata se zaměřením na oblast tohoto prostředí. **Metoda** | Byla použita obsahová kvalitativní analýza fixovaných právních dokumentů, které byly sestaveny podle vzájemného tematického vztahu v kontextu dané právní problematiky. **Výsledky** | Právní stav v současné době explicitně neupravuje oblast testování dětí při podezření, že žák nebo student je ovlivněn návykovou látkou ve škole nebo školském prostředí. Je nutné vycházet z nejbližší právní úpravy, která zcela přesně vymezuje subjekty, jež jsou oprávněny vyzvat k orientačnímu testování. **Závěr** | Platná právní úprava neumožňuje pedagogickému pracovníkovi v běžném provozu školy nebo školského zařízení testovat žáky/studenty při důvodném podezření na ovlivnění návykovou látkou.

**Klíčová slova** | Návyková látka – Testování – Škola – Školské prostředí – Žák – Student

Došlo do redakce | 17. února 2018

Přijato k tisku | 2. srpna 2018

Grantová podpora | Tento článek byl podpořen institucionálním programem podpory Progresč. Q06/LF1 a účelové podpory Ministerstva zdravotnictví ČR.

## 1 ZÁKLADNÍ RÁMEC

Užívání návykových látek je rizikovým jevem, který zasahuje do oblasti zdraví jak jedince, tak i společnosti, veřejného zdravotnictví, sociální, hospodářské. Podle výroční zprávy za rok 2016 denně kouří cigarety přibližně 2,4 milionu obyvatel ČR; přibližně 600 tisíc osob denně pije alkohol, 100 tisíc osob denně konzumuje nadměrné dávky alkoholu, přibližně 900 tisíc osob spadá do kategorie vysoce rizikové konzumace alkoholu. Odhadem bylo v roce 2016 spotřebováno na našem území 20,1 tun konopných látek, 6,5 tuny pervitinu, 0,7 tuny heroinu, 1 tuna kokainu a 1,2 milionu tablet extáze. Asi 32 % 16letých má zkušenost s užitím konopných látek, 12,9 % 16letých studentů denně kouří cigarety a 11,9 % pravidelně konzumuje nadměrné dávky alkoholu (NMS, 2017).

Je zjevné, že užívání návykových látek v naší společnosti je problém, který je determinován zejména tolerantním přístupem k tzv. legálním návykovým látkám – zejm. alkoholu a tabáku. Tolerantní přístup dospělé populace a etablování denní konzumace alkoholu na „běžnou normu“ je vysoce rizikovým faktorem i pro děti a dospívající. V případech, kdy děti a dospívající užívají návykové látky, dochází kromě shora uvedených rizikových faktorů i k bezpečnostnímu riziku a k narušování práva.

Pokud děti a dospívající užívají návykové látky ve škole/školském prostředí, rizika s tím spojená se exponenciálně zvyšují; mohou zasahovat do práv ostatních dětí a studentů, pedagogických pracovníků, právnických osob (škola/školských zařízení) a porušují rovněž školský zákon a školní řád.

Školy a školská zařízení jsou při vzdělávání a s ním přímo souvisejících činnostech a při poskytování školských služeb povinny přihlížet k základním fyziologickým potřebám dětí, žáků a studentů a vytvářet podmínky pro jejich zdravý vývoj a pro předcházení vzniku sociálně patologických jevů a zajišťují bezpečnost a ochranu zdraví dětí, žáků a studentů při vzdělávání a s ním přímo souvisejících činnostech a při poskytování školských služeb a poskytují žákům a studentům nezbytné informace k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví.

Pedagogičtí pracovníci mají právo na zajištění podmínek potřebných pro výkon jejich pedagogické činnosti, zejména na ochranu před fyzickým násilím nebo psychickým nátlakem ze strany dětí, žáků, studentů nebo zákonných zástupců dětí a žáků a dalších osob, které jsou v přímém kontaktu s pedagogickým pracovníkem ve škole. Pedagogický pracovník je povinen chránit bezpečí a zdraví dítěte, žáka a studenta a předcházet všem formám rizikového chování ve školách a školských zařízeních. Žáci a studenti mají povinnost dodržovat školní a vnitřní řád a předpisy a pokyny školy a školského zařízení k ochraně zdraví a bezpečnosti, s nimiž byli seznámeni.

Aby mohla škola/školské zařízení plnit své povinnosti (v oblasti zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví) a aby

mohla být naplněna práva a povinnosti pedagogických pracovníků, je nutné dodržovat a důsledně vynuocovat<sup>1</sup> příslušná ustanovení školního řádu.

## 2 OBECNÝ ÚVOD DO TESTOVÁNÍ

Problematika testování dětí<sup>2</sup> a dospívajících (žáků a studentů) ve školách a školských zařízeních (dále jen „školská zařízení“) při důvodném podezření na ovlivnění návykovou látkou<sup>3</sup> je komplikovanou, multidisciplinární a právně ne příliš přehlednou oblastí. S ohledem na složitost celého vztahu, který je determinován zejm. v rovině pedagogický pracovník<sup>4</sup>/vychovatel – žák/student. Tento vztah v sobě ingeruje jak výchovnou otázku, tak i vzdělávací, psychologickou, preventivní, právní a mnohé další.

Tento právní vztah nelze ztotožňovat s právním vztahem zaměstnanec – zaměstnavatel<sup>5</sup> či např. řidič – policista<sup>6</sup>. V konkrétním případě se v oblasti návykových látek jedná se o velmi specifický vztah, který je primárně založen pravidlech stanovených školským zákonem<sup>7</sup> a na dalších předpisech. Je nutné si uvědomit, že školský zákon ani ostatní předpisy neupravují možnosti a nestanoví postupy testování žáků a studentů při důvodném podezření při ovlivnění návykovou látkou ve školském prostředí.

V této oblasti musíme vycházet z obecných právních předpisů a v rámci jejich výkladu a zobecnění se zamyslet nad tím, zda je lze aplikovat do školského/výchovného prostředí, či nikoli. Určitým vodítkem nám mohou být rovněž názory, které k dané problematice vydalo Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

Užívání návykových látek je, jak je uvedeno shora, nejen zdravotním, sociálním a výchovným problémem, ale i problémem, který se vztahuje k bezpečnosti školského zařízení, k ochraně žáků/studentů a ochraně pedagogických pracovníků a případně ostatních zaměstnanců školského zařízení. Povinnost školského zařízení je v této oblasti taxativně/explicitně vymezena v § 29 školského

1 | Srov.např.: Usnesení NSčj.21Cdo268/2015 zedne 17.září2015;...jelikož žalovaná prokázala, že žalobce svým zaviněním porušil předpisy o bezpečnosti a ochraně zdraví, ač s nimi byl řádně seznámen a jejich dodržování bylo vyžadováno a kontrolováno, ažetotoporušeníbylo výlučnou příčinou vzniklé škody, své odpovědnosti za vzniklou škodu se zcela zprostita.“

2 | Dítětem pro účely článku rozumíme každou osobu mladší 18 let.

3 | K pojmu návyková látka srov. zejm. § 130 tr. zákoníku a § 2 písm. a) zák. č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších doplňků. Pro účely tohoto textu se za návykovou látku nepovažují tabákové výrobky a tabák.

4 | Srov. § 2 odst. 2 zák. č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

5 | Tento vztah je založen na zák. č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.

6 | Viz např. zák. č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších doplňků, nebo zák. č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změně některých zákonů (zákon o silničním provozu), ve znění pozdějších předpisů.

7 | Zák. č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.



zákona a dále v § 22b písm. c) školského zákona. Povinnost žáků a studentů v této oblasti je zakotvena zejm. v § 22 odst. 1 písm. b), odst. 2 písm. c) školského zákona. Ve vztahu k zákonným zástupcům je tato povinnost zakotvena např. v § 22 odst. 3 písm. e) školského zákona.

### 3 ZAKOTVENÍ TESTOVÁNÍ

Primárním zákonem, ze kterého v dané problematice testování vycházíme, je zák. č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších doplňků (dále jen „zákon“). Ten stanoví obecné zásady (v § 20 až § 22 zákona<sup>8</sup>), které se vztahují k problematice testování – nejedná se tedy o explicitní vymezení testování do školského prostředí a zákonem stanovené podmínky je nutné vzít v potaz zejm. jako determinující mantinely možného. S ohledem na přehlednost této oblasti je nutné se s obecnými zákonnými podmínkami seznámit.

Orientačnímu vyšetření a odbornému lékařskému vyšetření podle § 20 zákona je povinna se podrobit osoba,

- a) u které je důvodné podezření, že pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky vykonává nebo vykonávala činnost, při níž by mohla ohrozit život nebo zdraví svoje nebo jiné osoby nebo poškodit majetek,
- b) u které je důvodné podezření, že se požitím alkoholického nápoje nebo jiné návykové látky uvedla do stavu, v němž bezprostředně ohrožuje sebe nebo jinou osobu, majetek nebo veřejný pořádek,
- c) u které je důvodné podezření, že přivodila sobě nebo jiné osobě újmu na zdraví anebo způsobila jiné osobě škodu na majetku v souvislosti s požitím alkoholického nápoje nebo jiné návykové látky,
- d) která je mladší 18 let a u níž je důvodné podezření, že
  1. alkoholický nápoj požila nebo jí byl v rozporu s tímto zákonem prodán nebo podán alkoholický nápoj nebo jí byla konzumace alkoholického nápoje jinak umožněna, nebo
  2. jinou návykovou látku užila, nebo jí bylo užití jiné návykové látky umožněno,
- e) která je ve výkonu vazby, zabezpečovací detence nebo trestu odnětí svobody, nebo
- f) která vykonává ústavní ochranné léčení, anebo ambulantní ochranné léčení protialkoholní nebo protitoxikomanické.

V případě, že povinná osoba orientační vyšetření odmítne nebo takové vyšetření nelze provést nebo úspěšně dokončit, provede se odborné lékařské vyšetření. Pokud odborné lékařské vyšetření osoba odmítne, hledí se na ni, jako by byla pod vlivem alkoholu nebo jiné návykové látky. V takovém případě se aplikuje presumpce viny, ale to platí tedy jen pro případ, kdy osoba odmítne lékařské vyšetření. Tato skutečnost je velmi významná. Některá školská zařízení, která testování v praxi realizují, považují

odmítnutí orientačního testování za odůvodněný postup směrem k aplikaci presumpce viny. Domnívám se, že takový postup lze považovat za protiprávní, neboť rozšiřuje presumpci viny nad zákonem stanovený rozsah.

Spočívá-li orientační vyšetření na ovlivnění alkoholem v dechové zkoušce provedené analyzátozem alkoholu v dechu, který splňuje podmínky stanovené jiným právním předpisem<sup>9</sup>, odborné lékařské vyšetření se neprovede. V praxi můžeme za takový postup považovat zejména ověření pomocí analyzátoru dechu. Za účelem stanovení krevních hladin alkoholu nebo jiných návykových látek pomocí specifických toxikologických metod se provede toxikologické vyšetření biologického materiálu odebraného v rámci odborného lékařského vyšetření.

### 4 VÝZVA K ORIENTAČNÍMU A ODBORNÉMU LÉKAŘSKÉMU VYŠETŘENÍ

Vyzvat k orientačnímu vyšetření a k odbornému lékařskému vyšetření je za podmínek stanovených v § 21 zákona oprávněn v rámci své působnosti a za podmínek stanovených jinými právními předpisy příslušník Policie České republiky, příslušník Vojenské policie, příslušník nebo občanský zaměstnanec Vězeňské služby, strážník obecní policie nebo osoba pověřená kontrolou podle jiného právního předpisu. Příslušník Policie České republiky a strážník obecní policie je oprávněn vyzvat osobu mladší 18 let podrobit se orientačnímu vyšetření nebo odbornému lékařskému vyšetření za podmínek stanovených v § 20 odst. 1 písm. d) zákona.

Vyzvat osobu podle § 20 odst. 1 zákona ke splnění povinnosti podrobit se orientačnímu vyšetření nebo odbornému lékařskému vyšetření je dále oprávněn za podmínek stanovených jinými právními předpisy zaměstnavatel<sup>10</sup> povinné osoby nebo ošetřující lékař povinné osoby. Má-li být odborné lékařské vyšetření provedeno ve zdravotnickém zařízení, poskytovatele zdravotních služeb a zdravotnické zařízení k provedení vyšetření určí a dopravu vyšetřované osoby do zdravotnického zařízení zajistí ten, kdo tuto osobu k vyšetření podle § 21 odst. 1 nebo 2 zákona vyzval.

### 5 REALIZACE ORIENTAČNÍHO VYŠETŘENÍ A ODBORNÉHO LÉKAŘSKÉHO VYŠETŘENÍ

Provést orientační vyšetření je za podmínek stanovených v § 22 odst. 1 zákona oprávněn příslušník Policie České republiky, příslušník Vojenské policie, strážník obecní policie, příslušník nebo občanský zaměstnanec Vězeňské

8|Tato problematika je podrobně vysvětlena v hlavě V – vyšetření přítomnosti alkoholu a jiných návykových látek.

9 | Viz Vyhláška č. 345/2002 Sb., kterou se stanoví měřidla k povinnému ověřování a měřidla podléhající schválení typu, ve znění pozdějších předpisů.  
10 | Srov. § 106 odst. 4 písm. i) zák. práce.

služby, zaměstnavatel, osoba pověřená kontrolou nebo zdravotnický pracovník. Naproti tomu odborné lékařské vyšetření provádí podle § 22 odst. 2 zákona poskytovatel zdravotních služeb, který splňuje podmínky pro provedení tohoto vyšetření v rámci jím poskytovaných zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách. Pokud osoba, která je povinna se podrobit odbornému lékařskému vyšetření, ohrožuje sebe nebo jinou osobu nebo poškozuje majetek poskytovatele zdravotních služeb, může poskytovatel zdravotních služeb požádat o součinnost Policii České republiky, obecní policii a v případě osob ve výkonu vazby, zabezpečovací detence nebo trestu odnětí svobody Vězeňskou službu.

## 6 ŽÁK NEBO STUDENT POD VLIVEM NÁVYKOVÉ LÁTKY VE ŠKOLSKÉM PROSTŘEDÍ – PRÁVNÍ VYMEZENÍ

V případě, kdy žák nebo student přijde do školského zařízení pod vlivem návykové látky, jedná se vždy o porušení určitého typu normy (sui generis) – školního řádu a případně i o porušení zákona. V takovém případě mohou vzniknout tyto základní situace:

- a) osoba mladší 18 let přijde do školského prostředí pod vlivem alkoholu,
- b) osoba mladší 18 let přijde do školského zařízení pod vlivem jiné návykové látky než alkoholu,
- c) osoba starší 18 let přijde do školského zařízení pod vlivem alkoholu a
- d) osoba starší 18 let přijde do školského zařízení pod vlivem jiné návykové látky než alkoholu.

Považuji za nutné věnovat se každé v úvahu přicházející alternativě tak, aby byla zjevná její právní konsekvence. Obecně si musíme uvědomit, že v každém uvedeném případě se vždy jedná o porušení školního řádu. Předpokládám, že neexistuje školské zařízení, které by povolovalo nebo alespoň akceptovalo vstup žáků nebo studentů pod vlivem návykové látky do školského prostředí.

Ad a) Pokud nastane tato situace, vzniká kromě porušení školního řádu i důvodné podezření ze spáchání přestupku podle § 35 odst. 1 písm. j) zákona. Podle § 11 odst. 5 zákona se zakazuje prodávat nebo podávat alkoholický nápoj osobě mladší 18 let.

Ad b) Pokud nastane tato situace, vzniká důvodné podezření buď z přestupku podle § 39 odst. 2 písm. c) zák. č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, neboť fyzická osoba se dopustí přestupku tím, že umožní neoprávněné požívání návykových látek osobě mladší 18 let, nejde-li o čin přísněji trestný. V případě, že se jedná o zprostředkování/předání/prodej takové návykové látky osobě mladší 18 let, je zde důvodné podezření ze spáchání přečinu nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy podle § 283 odst. 1, 2 písm. d) tr. zákoníku. Tento přečin je definován ná-

sledovně: „Kdo neoprávněně vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, zprostředkuje, prodá nebo jinak jinému opatří nebo pro jiného přechovává omamnou nebo psychotropní látku, přípravek obsahující omamnou nebo psychotropní látku, prekurzor nebo jed, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až pět let nebo peněžitým trestem.“ Kvalifikovaným znakem je takové jednání, kdy pachatel spáchá čin uvedený v odstavci 1 ve větším rozsahu vůči dítěti nebo v množství větším než malém vůči dítěti mladšímu patnácti let. Případně by se ještě za určitých okolností mohlo jednat o přečin šíření toxikomanie podle § 287 odst. 1 tr. zákoníku.

Ad c) V tomto případě by jednalo výlučně o porušení školního řádu a všechny následné kroky by byly řešeny pouze v intencích školského zařízení podle výchovných opatření ve smyslu § 31 školského zákona. Osoba starší 18 let smí mimo školské zařízení za podmínek stanovených zákonem požívat alkoholické nápoje, resp. nápoje s obsahem etanolu, a užívání jiných návykových látek rovněž není protiprávním jednáním.

Ad d) V téhle situaci by rovněž vznikalo důvodné podezření ze spáchání přečinu nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy podle § 283 odst. 1 tr. zákoníku (viz shora). Případně by se ještě za určitých okolností mohlo jednat o přečin šíření toxikomanie podle § 287 odst. 1 tr. zákoníku.

Ještě je nezbytné uvést, že se musí jednat o případy, kdy není ohrožen život nebo zdraví. V případech, kdy by tomu tak bylo, by byl pedagogický pracovník povinen zajistit zdravotnickou lékařskou pomoc, a nikoli svévolně testovat. Samostatnou kapitolou je předběžný souhlas zákonného zástupce s testováním u osoby mladší 18 let, souhlas s testováním, resp. svobodný projev testovaného a dále svobodný souhlas s testováním u osoby starší 18 let.

## 7 STANOVISKA MŠMT K TESTOVÁNÍ

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy se k možné problematice testování vyjádřilo dvěma příjisy. První byl vydán pod č.j.: 7684/2010–80 a datován dne 13. dubna 2010; jedná se o přípis zpracovaný pod kontaktní adresou tehdejšího ředitele odboru legislativy MŠMT Mgr. Petra Vokáče adresovaný tehdejšímu řediteli Odboru bezpečnostní politiky MV Mgr. Martinovi Linhartovi. V tomto přípisu je uvedeno, že: „... osobou pověřenou kontrolou jiných osob mající odpovídající práva a povinnosti může být i pedagogický pracovník ve vztahu k dítěti, žákovi nebo studentovi, avšak jen ve ‚formách výuky‘, které představují odůvodněné riziko ohrožení života nebo zdraví dětí, žáků nebo studentů nebo jiných osob nebo odůvodněné riziko poškození majetku. ... se zřetelem k výše uvedenému je zřejmé, že oprávnění pedagogických pracovníků vyzývat účastníky vzdělávání k podrobení se orientačnímu vyšetření, popř. toto vyšetření i provést, ovšem jen pokud je výkon tohoto oprávnění přiměřený povaze situace – tu lze vyjít z příkladů laboratorních cvičení nebo sportovních aktivit, uvedených ve Vašem dopise.“



Je ovšem nezbytné pro přesnost doplnit, že uvedený dopis se vztahoval k zákonnému textu, který byl zakotven v § 16 zák. č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů, k právnímu stavu účinnému ke dni zpracování dopisu. Tento zákon byl ovšem ke dni 31. května 2017 v rámci derogace zrušen a byl nahrazen již zmiňovaným zákonem č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek.

Druhý přípis, který k danému stavu existuje, je z hlediska jeho použití složitější. Nepodařilo se dohledat, že by se jednalo o dokument, který byl uveden pod č.j., a autor článku jej získal v rámci mailové komunikace s kolegy v oboru. Pro obecné účely a jeho využití považuji za nezbytné zjistit, zda se jedná skutečně o oficiální stanovisko MŠMT. V mailové komunikaci je jako autor textu uveden Vítězslav Němčák, ředitel odboru legislativy MŠMT, a text byl získán mailem dne 12. dubna 2017. Z tohoto mailu považuji za zásadní následující: „Pedagogický nebo jiný pracovník pověřený ředitelem školy nebo školského zařízení nejsou v zákoně č. 65/2017 Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, uvedeni mezi subjekty, které jsou oprávněny vyzvat osoby mladší 18 let k podrobení se orientačnímu vyšetření za účelem zjištění obsahu alkoholu nebo jiné návykové látky v těle. Osobou pověřenou kontrolou podle jiného právního předpisu (§ 21 zákona č. 65/2017 Sb.) lze podle našeho názoru rozumět pouze subjekt disponující na základě právních předpisů výkonem kontroly, jako např. Celní správu České republiky, a nikoliv školu či školské zařízení.“

## 8 ZÁVĚR A DISKUSE

Pokud vezmeme v potaz primárně zákonné znění, ze kterého s ohledem na § 21 odst. 1, 2 zákona vyplývá, že: „Vyzvat osobu podle § 20 odst. 1 zákona ke splnění povinnosti podrobit se orientačnímu vyšetření nebo odbornému lékařskému vyšetření je oprávněn v rámci své působnosti a za podmínek stanovených jinými právními předpisy příslušník Policie České republiky, příslušník Vojenské policie, příslušník nebo občanský zaměstnanec Vězeňské služby, strážník obecní policie nebo osoba pověřená kontrolou podle jiného právního předpisu. Příslušník Policie České republiky a strážník obecní policie je oprávněn vyzvat osobu mladší 18 let podrobit se orientačnímu vyšetření nebo odbornému lékařskému vyšetření za podmínek stanovených v § 20 odst. 1 písm. d) zákona; a vyzvat osobu podle § 20 odst. 1 zákona ke splnění povinnosti podrobit se orientačnímu vyšetření nebo odbornému lékařskému vyšetření je dále oprávněn za podmínek stanovených jinými právními předpisy zaměstnavatel povinné osoby nebo ošetřující lékař povinné osoby“, je zřejmé, že nikde není uveden mezi oprávněnými subjekty pedagogický pracovník. S tímto závěrem se ztotožňuje i MŠMT v již citovaném přípise. Z uvedeného lze učinit závěr, že v běžných formách výuky, kdy by se nejednalo o postup podle zákoníku práce (průběh práce) nebo podle jiných právních předpisů ve vztahu např. k BOZP (práce v dílnách) nebo provozu na pozemních ko-

munikacích (autoškola), není testování žáků a studentů nástrojem, který by měl oporu v zákonných předpisech. Stejně tak nepovažuji za možné, aby probíhalo orientační testování v případech, kdy není řádně zakotveno ve školním řádu. K tomu je nutné ještě uvést, že pokud by byl školní řád v rozporu se zákonem, nelze podle školního řádu postupovat a nepřihlíží se k němu.

Rovněž, byť se již nejedná o právní diskurz, je nutné zamyslet se nad tím, jaký by měl být obecný vztah řadového pedagogického pracovníka a žáka/studenta a co je primární rolí pedagogického pracovníka. Rozhodně by touto rolí nemělo být represivně primární opatření směřující k detekci návykových látek, resp. vedoucí k identifikaci důvodného podezření. Je důležité se rovněž zamyslet nad tím, jak by takový přístup v rámci testování mohl ovlivnit jejich vztah a klima ve třídě a škole. Tím rozhodně nechci uvést, že školské zařízení má rezignovat na problematiku návykových látek ve školském zařízení. Jak již bylo uvedeno, důsledné dodržování školního řádu vytváří nejen pocit bezpečí, právní jistoty a spravedlnosti, ale rovněž chrání ostatní děti (které neužívají návykové látky/nejsou pod vlivem návykových látek) a chrání zejména pedagogické pracovníky a školské zařízení. Školské zařízení by mělo důsledně řešit situace, kdy je žák/student pod vlivem návykové látky. Ale takové řešení musí být v souladu se zákony a ostatními právními předpisy.

I z tohoto důvodu by ve školském zařízení měl být stanoven konkrétní pracovník (např. školní metodik prevence), který případné testování – za přísně daných podmínek v souladu s právními předpisy – bude provádět. Dalším faktorem, který je významný, je validita takového testování, resp. validita orientačního testu – je nutné si uvědomit, že takové testy mají rozličnou úroveň spolehlivosti, a musíme počítat i s možností čtyř typologicky odlišných výsledků: pozitivní, negativní, falešně pozitivní a falešně negativní.

Dalším, nesporně nejen právně, složitým faktorem je komunikace se zákonnými zástupci nebo rodiči testovaného, vyžádání jejich souhlasu, provedení takového úkonu za podmínky, že chtějí být u testování přítomni a následně předání testovaného zákonným zástupcům. Dalším nevyjasněným faktorem jsou kroky, které by měly následovat po testování. Mnoho pedagogických pracovníků se domnívá, že testováním celý proces končí; jsem opačného názoru a domnívám se, že testováním celý proces naopak začíná. Měly by zcela logicky následovat kroky směrem k řádné diagnostice užívání návykových látek a případně lékařské diagnostice směrem k závislosti, a samozřejmě péče směřující k realizaci přístupu harm reduction nebo léčebnému procesu a úzdravě v příslušném zařízení.

Nelze nezmínit, že do současné doby neexistuje akreditovaný kurz, který by poskytl pedagogickým pracovníkům nezbytné minimum k tomu, aby proces testování probíhal v souladu s právními předpisy a tak, aby neohrozil nebo nepoškodil testovaného, ale i testujícího. Bylo by možné najít ještě další argumenty, s nimiž by bylo nutné

se vypořádat tak, aby případný proces testování mohl být za přísně daných podmínek realizován.

S ohledem na shora uvedené považuji za nemožné a nevhodné v případě běžné výuky provádět pedagogickým pracovníkem ve školských zařízeních testování dětí při důvodném podezření na užití návykové látky. V případě takového podezření existují jiné subjekty, které tímto právem na základě zákona disponují, a jiné přístupy, které jsou v souladu se školským zákonem a směřují k prospěchu žáků, studentů a pedagogických pracovníků, a to včetně zajištění jejich zákonných práv. Tyto subjekty mohou hrát ve školském zařízení nesporně rovněž výchovnou (i preventivní) roli (i přes svůj represivní přístup), chránit zájmy pedagogických pracovníků, žáků a studentů, a ostatním žákům/studentům dát jasně najevo, že školské zařízení bude důsledně požadovat dodržování školního řádu a vyžadovat jeho naplnění. Přenesení výkonu testování na takové subjekty je rovněž ochranným prvkem, který chrání pedagogické pracovníky před možným postupem nad rámec zákonných oprávnění. To znamená, že při každém podezření na užití návykové látky má být ihned volána policie. Je nutné vždy individuálně, podle konkrétního případu – míry ovlivnění, předpokládaného typu látky, osobnosti žáka, jeho projevů a chování a dalších faktorů – posuzovat míru proporcionality využití prevence a represe. Tedy zabývat se tím, co je pro žáka (jeho další vývoj a výchovné působení), pedagogického pracovníka a třídní kolektiv vhodné a účelné. Rozhodně by neměly být používány automaticky drakonické tresty a při každém podezření by neměla být automaticky informována Policie ČR. Vždy zde musí být zachován prostor pro komunikaci a spolupráci školského zařízení a zákonných zástupců a sankčních mechanismů a instrumentů vynucení spolupráce s jinými subjekty využívat až poté, co využití „mírnější“ nástroje nejsou funkční.

Pro objektivní přístup školských zařízení, jejich právní jistotu a zajištění objektivního a právně vyváženého přístupu k žákům, by tato problematika – podle názoru autora – měla být kvalitně a přehledně zpracována do metodického materiálu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy tak, aby nevznikaly zbytečné pochybnosti při řešení této problematiky a aby tento přístup byl konzistentní ve všech typech školských zařízení. Autor považuje za významné ještě uvést, že odlišný přístup od shora uvedeného bude aplikován v zařízeních, která realizují ústavní výchovu<sup>11</sup>, a odpovědnost pracovníků za život a zdraví dětí je zde odlišná od běžných školských zařízení.

Základ textu článku byl zpracován pro účely sborníku k přednášce, která proběhla dne 7. listopadu 2017 a jejímž realizátorem byl Národní ústav vzdělávání, a dále z textu publikovaného v *Drugs & Forensics Bulletin* Národní protidrogové centrály. Uvedený text je právním

názorem autora a není nijak závazný; je zpracován podle právního stavu ke dni 1. února 2018.

Konflikt zájmů: bez konfliktu zájmů.

## LITERATURA / REFERENCES

Dopis pod č.j.:7684/2010–80 datován dne 13. dubna 2010; jedná se o přípis zpracovaný pod kontaktní adresou tehdejšího ředitele odboru legislativy MŠMT Mgr. Petra Vokáče adresovaného tehdejšímu řediteli Odboru bezpečnostní politiky MV Mgr. Martinovi Linhartovi.

Neautorizovaný mail MŠMT k testování; doručeno 12.4.2017, získáné v rámci mailové komunikace.

NMS. (2017). *Zaostřeno – Drogová situace v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády ČR.

Zák.č.167/1998Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zák. č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.

Zák.č.361/2000Sb., o provozu a pozemních komunikacích a o změně některých zákonů (zákon o silničním provozu), ve znění pozdějších předpisů.

Zák. č. 40/2009 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Zák.č.561/2004Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů.

Zák.č.563/2004Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zák.č.65/2017Sb., o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, ve znění pozdějších předpisů.

11 | Srov. např.: zák.č.109/2002Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

# VZDĚLÁVÁNÍ

## SEMINÁŘ – BEZPEČNOSTNĚ PRÁVNÍ FAKTORY RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ

Zajímají vás možnosti bezpečnostně-právního řešení rizikového chování ve škole? Zajímá vás, jaké rizikové chování vykazuje znaky přestupku, správního deliktu nebo trestného činu? Zajímají vás vaše práva a povinnosti směrem k zákonným zástupcům (rodičům) a orgánům činným v trestním řízení?

Nabízíme vám jednodenní seminář, který se zaměřuje na bezpečnostně-právní aspekty rizikového chování. Cílem semináře je seznámit účastníky s právním prostředím České republiky, které jednotlivé formy rizikového chování upravuje.

Seminář je zaměřen na rozšíření kompetencí pedagoga v oblasti právního vědomí. Napomáhá správnému pochopení jednotlivých legislativních nástrojů a správnému chápání práv a povinností pedagogických pracovníků, včetně možnosti využití takových nástrojů, kterými se pedagogický pracovník chrání.

Zahrnuty jsou všechny formy rizikového chování – návykové látky – doprava – poruchy příjmu potravy – syndrom týraného dítěte – šikana – kyberšikana – netolismus – homofobie – extremismus – rasismus – xenofobie – antisemitismus – vandalismus – krádeže/loupeže – krizové situace ve škole – záškoláctví – sebepoškozování – nová náboženská hnutí – sexuálně rizikové chování a další.

Samostatná část semináře je věnována problematice a možnostem testování dětí při důvodném podezření na ovlivnění návykovou látkou.

Máte-li zájem o realizaci semináře ve vaší škole, kontaktujte nás na adrese [scan@scan-zs.cz](mailto:scan@scan-zs.cz), kde se dozvíte další podrobnosti.

## UNPLUGGED

Chcete se naučit pracovat s funkčním preventivním nástrojem, kterým je určen pro žáky 6. tříd? Tento nástroj se jmenuje Unplugged. Preventivní program Unplugged je založen na modelu komplexního sociálního vlivu prostředí (comprehensive social influence, CSI) a představuje metodu specifické všeobecné prevence, která je realizována ve školním prostředí samotnými pedagogickými pracovníky.

Cílovou skupinou jsou žáci 6. tříd (obvykle ve věku 11–13 let), kteří absolvují 12 lekcí intervence během jednoho školního roku v časovém odstupu přibližně 3 týdny. Vyškolení pedagogičtí pracovníci (lektoři programu) mají k dispozici „Manuál pro lektory programu“, který poskytuje nezbytné informace k tomu, aby intervence mohla být úspěšně realizována (slouží tedy jako pomůcka pro uskutečnění jednotlivých lekcí). Každý žák má dále k dispozici svůj osobní Pracovní sešit a v několika lekcích se využívají speciální kvízové karty.

Máte-li zájem o absolvování vzdělávacího semináře, kontaktujte nás na mailu: [scan@scan-zs.cz](mailto:scan@scan-zs.cz), kde se dozvíte další podrobnosti.

# I quit smoking weed – the course and complications of providing care to a patient in internet-based environment. Case study of internet-based treatment intervention

Minařík, G.<sup>1</sup>, Minařík, J.<sup>2</sup>

1 | Sananim, z. ú., Czech Republic

2 | Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation | Minařík, G., Minařík, J. (2018). Končímschulením – průběhatěžkosti péče o klienta v internetovém prostředí. Kazuistika internetové léčebné intervence (ILI). *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(2), 94–102.

**Abstract** | Cannabis use is widespread in the Czech Republic, cannabis drugs are the most commonly used illegal substance, with an estimate of 125 thousand people at high risk of problems associated with the use. There is a relatively high degree of social tolerance for cannabis use due to the less serious health and social complications, therefore, the contact with addictological services is more complicated for many reasons, for example, because of fear of

stigmatization. Internet-based treatment interventions (ILI) can be effective in overcoming barriers and facilitating access to the services. The presented case report describes the passage of a 34-year-old client, a mother of two children, through a structured intervention program at ILI ([www.koncimshulenim.cz](http://www.koncimshulenim.cz)) from the first contact to the final session. The case study illustrates the intervention program, including its limits and benefits.

**Keywords** | Internet-based treatment intervention – CBT – Cannabis Drugs – Method Limits – Therapist qualification

Submitted | 26 March 2018

Accepted | 24 July 2018

Grant support | Česká spořitelna Foundation, Office of the Government of the Czech Republic and Government Council for Drug Policy Coordination

Correspondence address | Jakub Minařík, M.D., Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2, Czech Republic

[jakub.minarik@lf1.cuni.cz](mailto:jakub.minarik@lf1.cuni.cz)

# Končím s hulením – průběh a těžkosti péče o klienta v internetovém prostředí. Kazuistika internetové léčebné intervence (ILI)

Minařík, G.<sup>1</sup>, Minařík, J.<sup>2</sup>

1 | Sananim, z. ú.

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

Citace | Minařík, G., Minařík, J. (2018). Končím s hulením – průběh a těžkosti péče o klienta v internetovém prostředí. Kazuistika internetové léčebné intervence (ILI). Adiktol. prevent. léčeb. praxi, 1(2), 94–102.

**Souhrn** | Užívání konopí je v České republice značně rozšířené, konopné drogy jsou nejčastěji užívanou nelegální látkou, odhad počtu osob ve vysokém riziku vzniku problémů spojených s jejich užíváním je 125 tisíc. Vzhledem k menším zdravotním a sociálním komplikacím, které s sebou užívání konopí nese, i relativně vysoké míře společenské tolerance, je kontakt s adiktologickými službami složitější, z mnoha důvodů, např. kvůli obavám zestigmatizace. Internetové

léčebné intervence (dále jen ILI) mohou být efektivní v překonání bariér a usnadní přístup k službám. V předložené kazuistice je popsán průchod 34leté klientky, matky dvou dětí, programem strukturované intervence v ILI ([www.koncimshulenim.cz](http://www.koncimshulenim.cz)) od prvního kontaktu až po závěrečné sezení. Kazuistika ilustruje program intervence, včetně jeho limitů a výhod.

**Klíčová slova** | Internetová léčebná intervence – KBT – Konopné drogy – Limity metody – Kvalifikace terapeuta

Došlo do redakce | 26. března 2018

Přijato k tisku | 24. července 2018

Grantová podpora | Nadace České spořitelny, Úřad vlády ČR a Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Korespondenční adresa | MUDr. Jakub Minařík, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

[jakub.minarik@lf1.cuni.cz](mailto:jakub.minarik@lf1.cuni.cz)

## 1 TEORETICKÝ ÚVOD

Konopné látky jsou nejčastěji užitou nelegální látkou u obecné populace ve věku 15–64 let (26,6 %), v horizontu posledních 12 měsíců a posledních 30 dnů je výskyt užívání konopných látek 9,5 %, resp. 5,5 %. Mezi osobami ve věku 15–34 let užilo v posledních 12 měsících konopné látky 19,4 % a v posledních 30 dnech 11,1 %. Výsledky screeningové škály CAST naznačují, že v kategorii rizika v souvislosti s užíváním konopných látek se v r. 2016 nacházelo celkem 4,4 % populace ve věku 15–64 let (7,6 % mužů a 1,5 % žen), z nich 1,8 % (3,3 %, resp. 0,3 %) spadalo do kategorie vysokého rizika. Od r. 2012, kdy podíl uživatelů konopí v obecné populaci v riziku dosáhl 2,7 %, došlo k nárůstu o 1,7 procentního bodu. Při přepočtu na dospělou populaci je možno odhadnout počet uživatelů konopí ve vysokém riziku vzniku problémů spojených s jejich užíváním na 125 tis. osob. (In: Mravčík /Ed./, 2017)

Pro služby poskytované prostřednictvím internetu neexistuje jednotné označení, užívá se však i termín internet-based (drug) treatment (intervention), computer-mediated (drug treatment) intervention, web-based intervention apod. Mohou sem pak spadat čistě informační stránky, ale i poradny nebo služby poskytované v reálném čase online. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions) označuje tyto intervence nejčastěji jako "internet-based treatment interventions" (Tossmann, 2009).

V článku používáme termín internetové léčebné intervence (dále jen ILI), který se nám jeví jako vhodná česká alternativa vycházející z uvedeného anglického termínu „internet-based treatment interventions“. Definice je shodná s definicí uvedenou v rámci české i anglické verze publikace vydané EMCDDA (Tossmann, 2009), která ILI definuje jako „internetový program obsahující speciálně vytvořenou/adaptovanou, strukturovanou a časově rozvrženou intervenci určenou k léčbě poruch způsobených užíváním návykových látek“.

Rozlišuje pak dále tři základní typy těchto intervencí:

1. Plně automatizované svépomocné intervence (připravený program Kliniky adiktologie 1. LF UK).
2. Intervence kombinující svépomocnou část s online chaty s terapeutem – sem spadá v textu představená intervence umístěná na stránkách [www.koncimshulenim.cz](http://www.koncimshulenim.cz).
3. Intervence, které jsou doplňkem, nebo naopak doplněny setkáváním s terapeutem face-to-face.

Tento typ služeb se v posledních dvou desítkách let velmi rozšířil obecně v celé oblasti zdravotnických služeb, v širokém slova smyslu se pak mluví o e-Health (telematické služby zaměřené na oblast zdraví obecně). V oblasti závislostí se tyto služby zaměřují zejména na užívání konopí a hazardní hraní, ale najdeme i intervence cílící na uživatele alkoholu, stimulancí a dalších drog.

V rámci organizace Sananim se první pokusy o poskytování služeb prostřednictvím internetu spojují s rokem

2001, kdy byla spuštěna online drogová poradna. V současnosti <http://www.drogovaporadna.cz> zodpoví kolem pěti dotazů denně, resp. dvou tisíc dotazů ročně. Mezi další telematické služby (tj. služby poskytované prostřednictvím počítače a internetu) patří i [www.drogy.net](http://www.drogy.net) – stránky určené zejména odborné a široké veřejnosti. V nedávné době Sananim spustil i stránky [www.koncimshranim.cz](http://www.koncimshranim.cz), kde najdete obdobnou internetovou léčebnou intervenci pro hazardní hráče.

## 2 STRUČNÝ POPIS INTERNETOVÉ LÉČEBNÉ INTERVENCE WWW.KONCIMSHULENIM.CZ

Končím s hulením je ILI zaměřená na léčbu problémů s konopím. Návštěvník stránek [www.koncimshulenim.cz](http://www.koncimshulenim.cz) vyplní self test (dotazník převzatý z programu holandského Jellinekova institutu) a podle výše skóre je mu nabídnuta registrace do léčby. V případě, že zájemce projde vylučovacím testem, jehož smyslem je vyřadit z léčby příliš komplikované případy (duální diagnózy, kombinované užívání), může se registrovat jako zájemce o ILI.

V dalším kroku program automaticky zašle klientovi přihlašovací údaje a první instrukce. Klient vyplní první úkol (výhody–nevýhody) mapující jeho motivaci skončit či omezit užívání marihuany a následně se ozve svému průvodci/garantovi prostřednictvím zpráv v programu, případně e-mailem. Následně se klient domluví s průvodcem na termínu prvního chatu.

Průvodce je profesionál v oblasti léčby návykových nemocí, obvykle adiktolog, sociální pracovník, speciální pedagog nebo podobná profese. Obvyklý je terapeutický výcvik a několikaletá zkušenost s prací s klienty formou face to face. V této kazuistice je průvodkyně hlavní autorkou článku.

ILI je jasně časově omezená na 6 týdnů. Každý týden proběhne s klientem jeden chat (první a poslední, hodnotící trvají cca 45–60 minut, ostatní 20–30 minut), klient dostane celkem 6 úkolů a po celou dobu vyplňuje Záznamy chutí. Hlavním opěrným bodem jsou záznamy chutí (v souvislosti s okolnostmi – lidé, místo, emoce, myšlenka, případná alternativní činnost); a diskuse nad nimi. Po ukončení 6. týdne, kdy program vyhodnotí úspěšnost klienta, následuje 7. hodnotící chat klienta s průvodcem.

Léčebný plán programu ILI je nastaven poměrně rigidně. Opírá se o KBT, vychází ze zmapování motivace (1. úkol: výhody–nevýhody) a pokračuje nastavením cíle a následným zaznamenáváním chutí (min. 1x denně, obvykle i vícekrát), kdy si klient poznamenává míru chutě, velikost užitých dávek, okolnosti (s kým a kde byl, jak se cítil, na co myslel) a v případě, že odolal, uvádí do tabulky i alternativní činnost. V chatech pak klient za přítomnosti průvodce analyzuje svoje záznamy a zamýšlí se nad možnými dalšími kroky.



Každý týden dostává klient jeden úkol, který plní (Příloha 1: Schéma internetové léčebné intervence /ILI/). I k němu se na každém chatu dostává společně s průvodcem.

Po šestém týdnu program vyhodnotí výsledek. Následuje závěrečný – sedmý – hodnotící chat s průvodcem. V současné verzi programu jsme přešli od automatizovaného vyhodnocování úspěšnosti při společném chatu garanta s klientem. Podle situace v průběhu a na konci léčby řeší průvodce společně s klientem další postup.

### 3 PŘEDSTAVENÍ KLIENTKY

Miki je 34 let, má dvě děti (chlapec 4 roky, dochází do mateřské školy, holčička necelé 2 roky, doma) a s mladším dítětem je v současnosti na rodičovské dovolené. Žije s manželem na kraji Prahy v rodinném domě. Partner pracuje na směny, výjimkou nejsou ani služební cesty. Miki je často na domácnost i děti sama. Kontakt s dalšími příbuznými je sporadický. Většina kamarádek z předchozí rodičovské je již opět v práci. Během dne Miki vykouří až tři malé jointy marihuany. Večer pak vykouří s manželem další dva jointy. Ráda by s užíváním marihuany skončila, ale neví jak, samotné se jí to opakovaně nedaří.

Jména v kazuistice byla změněna a data upravena tak, aby nebylo možné klientku zpětně identifikovat. S využitím dat ke zpracování kazuistiky klientka vyjádřila souhlas.

#### 3.1 Anamnéza

S ohledem na povahu ILI není možné odebrat klasickou anamnézu. Informace o Miki jsem získávala v průběhu jednotlivých chatů postupně, podle toho, s jakou důležitostí se jednotlivá témata vynořila.

##### 3.1.1 Rodinná anamnéza

Podle všeho jsou oba rodiče Miki naživu. Žádné zdravotní ani závislostní problémy nezmiňuje. S rodiči je pouze v omezeném kontaktu, občasné návštěvy.

##### 3.1.2 Osobní anamnéza (zdravotní, pracovní, sociální)

Po zdravotní stránce je Miki v pořádku. V současnosti trpí opakovanými onemocněními v oblasti horních cest dýchacích. Žádné jiné zdravotní komplikace neuvádí. V průběhu kontaktu se opakovaně vrací střevní infekce a infekce horních cest dýchacích.

Miki je vdaná. V průběhu ILI naznačuje určité partnerské problémy, které by ráda řešila. Žije s manželem na okraji Prahy v rodinném domku. S manželem mají dvě děti, porody proběhly bez komplikací. V průběhu těhotenství ani při kojení marihuany neuzívala.

Před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala Miki v oblasti sociální práce. V době, kdy docházela do práce,

rovněž marihuany užívala, nicméně ne tolik, jako v současné době, kdy je doma. V průběhu první mateřské a následné rodičovské byla v kontaktu s podobně starými kamarádkami, které mají rovněž děti. Nyní si stěžuje na osamělost. Kamarádky jsou již v práci, ona sama nezvládá krom starání se o děti a domácnost udržovat jiné sociální kontakty. Nemá žádné další koníčky, nic ji nebaví.

##### 3.1.3 Drogová anamnéza

Sama Miki vidí jako svůj jediný problém právě užívání marihuany (léky ani jiné drogy neužívá, alkohol pije příležitostně). Marihuany začala užívat ještě na střední škole. V té době užívala s kamarády, marihuany vnímala jako společenskou záležitost. Postupně na vysoké škole užívání začalo nabývat na pravidelnosti, až přešlo v každodenní užívání, zejména večer. Užívala i v době, kdy se vdala a začala chodit do práce. Užívala společně s manželem, zejména večer před spaním, tzv. do pohody, na usnutí a při sledování filmů. Následovalo několikaleté období, kdy marihuany vysadila. Vysazení souviselo s těhotenstvím a kojením (syn) a navazujícím těhotenstvím a kojením (dcera). Od ukončení kojení dcery, tj. zhruba poslední rok a půl, užívá denně. Není schopná přesně určit množství. Užívá přes den, v zásadě od dopoledne. Syna odvede do školky, vrátí se domů s dcerkou a zhruba do čtyř hodin po probuzení si ubalí prvního jointa. Jointa popisuje jako „osobáček“, tj. tenkou tabákovou cigaretu s marihuanou. Za den vykouří minimálně tři jointy. Užívá v krátkých chvilkách, kdy je o samotě a má klid. Jointa rychle vykouří a vrací se zpět v podobě „unavené maminky“. Z užívání přes den (v době, kdy je s dětmi) má velké výčitky. Užívání tají jak před dětmi, tak před manželem (ten ví pouze o večerních jointech) a okolím. Ráda by s užíváním marihuany/hulením přestala úplně.

#### 3.2 Výchozí situace

Miki se do programu registrovala v druhé polovině února 2016.

V self testu získala Miki poměrně vysoký počet bodů – 24 (maximum je 36). Při vyhodnocování je klient s tímto skóre zařazen do skupiny „rizikového užívání“ a je mu nabídnuta ILI.

Miki splnila první úkol (výhody–nevýhody, viz Příloha 3). Z takto získaných informací vyplývá, že marihuany užívá většinou o samotě, a to téměř každý den (od dopoledne sama, večer s manželem). Je pro ni obtížné definovat hlavní motivy užívání: je to pro ni hlavně zvyk a lépe se uvolní před spaním. Když si nemůže zahulit, cítí se nepříjemně. Marihuany nekombinuje s jinými návykovými látkami. Má pocit, že hulí příliš, a často ji napadá, že by měla s hulením přestat, nebo ho alespoň omezit.

S Miki se setkávám na prvním chatu 5 dní od vyplnění registrace. Před tím si vyměňujeme několik e-mailů, kdy domlouváme termín prvního chatu. Miki celou věc

tají před manželem i dětmi. První chat tedy proběhne ve 21:00 ve středu, kdy je manžel mimo domov. Další chaty směřujeme na 13:00, kdy je syn ve školce a dcera spí.

### 3.3 Klinické zhodnocení na začátku kontaktu

Způsob kontaktu (jednotlivé chaty) v rámci ILI komplikuje možnost stanovení diagnózy. Přesto je zjevné (tabulka 1, self test Příloha 2), že klientka v posledním roce splnila 3 ze 6 příznaků závislosti, a další pravděpodobně.

+	Silná touha nebo pocit puzení užívat látku, Miki popisuje pocit silné touhy a puzení užívat marihuanu.
+	Potíže v kontrole užívané látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky, Miki si uvědomuje obtíže v kontrole užívané látky, opakovaně mluví o tom, že jí vadí užívaní přes den, není však schopná ho odsunout na večer, jak tomu bylo dříve.
-	Přítomnost somatického odvykacího stavu, Miki nepopisuje tělesný odvykací stav, do programu vstupuje, aniž by abstinovala a do konce programu se jí nedaří abstinence dosáhnout (užívá každý večer). Při dřívějších pokusech o abstinenci (v období těhotenství, kojení) neměla s vysazením žádný problém.
-	Průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků původně vyvolaných nižšími dávkami, Miki nepopisuje rostoucí toleranci; přesto je zřejmé, že v současnosti užívá více než v minulosti (v období, kdy docházela do práce, užívala méně než nyní; v období obou těhotenství a kojení bez obtíží abstinovala).
-	Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získávání nebo užívání látky, nebo k zotavení se z jejich účinků, Miki sice zanedbává jiné zájmy a povinnosti – opakovaně hovoří o své potřebě sportovat, na jejíž uspokojení nemá dostatek energie a času; není však zcela zřejmé, zda je hlavním důvodem užívání marihuany či jiné starosti (denní program s dětmi, starost o ně a o domácnost).
+	Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků, Miki si již nějakou dobu uvědomuje jisté zdravotní komplikace a jejich možnou souvislost s užíváním marihuany (opakované záněty horních cest dýchacích), což je jeden z hlavních motivů k pokusu o abstinenci.

Tabulka 1 | Plnění příznaků závislosti u klientky

Pro jisté stanovení diagnózy by však bylo potřeba osobní setkání a podrobné odborné vyšetření.

Sama klientka své užívání marihuany vnímá jako selhávání role matky, jiné sociální ani rodinné problémy jí užívání marihuany nepřináší. Zmiňuje však samotu a sociální izolaci (bez kontaktu s přáteli a jinými dospělými vyjma maminek na kurzech pro dcerku a ve školce), naznačuje i partnerské problémy bez bližších podrobností. V tuto chvíli nemá kvůli užívání marihuany žádné právní problémy, nicméně pravidelně řídí motorové vozidlo pod vlivem marihuany, a to i v případě, že veze děti.

Ve chvílích, kdy se mnou klientka chatuje, je často pod vlivem, známky akutní intoxikace však v průběhu chatu nezaznamenávám.

Otázkou zůstává Mikino užívání marihuany v kombinaci s tabákem. Mimo užívání marihuany Miki kouří tabák. Vzhledem k tomu, že tabák používá i na výrobu jointů (a to pro sebe i pak večer pro společné jointy s manželem), nemá představu o užitém množství.

## 4 PRŮBĚH LÉČBY

### 1. chat

Miki před prvním chatem vyplnila první úkol (Příloha 3: výhody– nevýhody / Miki). Při podrobnějším prozkoumání je zjevné, že u Miki převažuje vnitřní motivace (pocit viny a studu), zároveň jsou pro ni podstatné do určité míry i zdravotní problémy (vnější motivace). Dle teorie kola změny (Prochazka & DiClemente, 1983) se nachází ve fázi kontemplace a proklamuje fázi rozhodnutí.

Možnosti využití motivačních rozhovorů jsou v prostorách chatu značně omezené (i časově) – přesto klientce naslouchám, dovidám se více podrobností o její situaci a vysvětluji, jak funguje léčba.

Miki si stanovuje cíl dosáhnout za 6 týdnů úplné abstinence. Začátek si nastavuje na následující den. Vzhledem k tomu, že si není jistá tím, kolik skutečně užívá, domlouváme se, že se bude v průběhu prvního týdne více sledovat a zaznamenávat, jak na tom skutečně je.

Klientce doporučuji podrobné lékařské vyšetření s ohledem na její opakované stížnosti na špatný zdravotní stav a opakované záněty horních cest dýchacích.

S Miki jsme si během prvního týdne vyměnily několik e-mailů. Nedařilo se jí zvažít užití množství marihuany, uváděla proto nejnižší možné množství. Záznamy tak spíše odpovídají počtu jointů, nikoli užitých gramů.

### 2. chat

Na druhém chatu procházíme s Miki záznamy, z nichž vyplývá, že užívá denně, většinou 1–3 jointy během dne (1–2 kdy je s dcerou /ta spí/, 1, když je s dětmi odpoledne, ale hlídá je manžel), večer 1–2 jointy s manželem. Během týdne vykouří zhruba 2 gramy (i společně s manželem). Manžel o jejím hulení přes den neví (byť musí být zřejmě vzhledem ke spotřebě). Miki se bojí s problémem manželovi svěřit, užívání před ním tají.

Cítí silné nutkání, obzvláště pokud se snaží 1. jointa odsunout na pozdější dobu. Přes den hulí vždy doma, v okamžicích, kdy má chvíli pro sebe a nikdo ji nepotřebuje a nehlídá – jde o velmi krátké, max. 10minutové okamžiky, během nichž ji popadne silná touha rychle si zakouřit.

Samotnému užití předchází často nějaká uspokojivá akce s dětmi (... hráli jsme si s dcerkou, pak ...; ... s dětmi jsme si užili odpoledne, pak...). Často si u jointa dá i kávu. Cítí nervozitu a nedočkavost, ale často také únavu. S večerem, kdy děti usnou, cítí úlevu a vzrušení, že si může konečně ubalit. Je-li s manželem, vnímá společné hulení jako zvyk. Neuvádí myšlenky ani alternativní činnosti – vyjma dvou cest autem (návštěva kolegů v práci, nákup). V obou případech by při silniční kontrole měla s velkou pravděpodobností reaktivní výsledky screeningových testů.

Dostává další úkol – sebekontrola, pokračovat v záznamech chutí.

### 3. chat

Miki je nemocná, má chřipku. Užívání marihuany v posledních dnech, kdy jí není dobře, dokázala značně omezit na 1–2 jointy za celý den. Radost z výsledku nemá, přisuzuje ho pouze aktuálnímu zdravotnímu stavu. V týdnu také dokázala poprosit manžela, aby hulení schoval. První jointy odsouvá na odpoledne, kdy dcera spí.

Vyplněný úkol – sebekontrolu (Příloha 4: sebekontrola Miki) procházíme ve větší rychlosti. Miki si uvědomuje, že hulí hlavně sama, resp. hulení o samotě (dopoledne, odpoledne, když je s dětmi a bez manžela) jí vadí ze všeho nejvíc. Zpochybňuje původní cíl abstinovat úplně, spíš jde o to získat hulení pod kontrolu a hulit jen večer s manželem. Neví však, jak hulení o samotě řešit. Nenapadají jí žádné alternativy. Když se ocitne sama, první myšlenky jsou na hulení. V odměnách neuvádí nic, neví, jak se odměnit. Úkol doplňuje až později.

Další úkol – rizikové situace.

### 4. chat

Miki je stále nemocná. Vyměňujeme si několik e-mailů. Momentálně má vysoké horečky, které se nedaří srazit. Píše mi krátký e-mail s tím, že musí chat zrušit. Nehulí, je jí skutečně zle.

Z úkolu je zřejmé, že jsou pro ni rizikové zejména situace, kdy je sama. Situace, kdy jí někdo nabídne jointa. Ale také situace, kdy se jí něco povede, nebo naopak nevede. Důvodem k užití bývá i stres.

Podporuji. Zpřístupněn další úkol – Jak řešit chutě a Jak řešit pocity.

### 5. chat

Miki zrušila, musí neprodleně vyjet mimo domov, nebude na počítači. Hulení značně omezila, ale opět hulí. Bohužel nestíhá dělat záznamy, momentálně jsou nemocné i děti.

Úkoly nevyplněné, bez záznamů.

Podporuji. Zpřístupněn další úkol – sociální tlak.

### 6. chat

V posledním týdnu byli nemocní oba i s manželem. K chřipce se přidala další střevní chřipka. Díky tomu, že manžel zůstal doma, dokázali si spolu o spoustě věcí konečně promluvit. Rozhodla se, že začne chodit běhat.

Tím, že byl manžel doma, hulili spolu, a to pouze až když se oběma udělalo lépe a až večer. Miki vnímá tento posun – snížení a pouze večerní hulení – velmi pozitivně, není jí zle, nemá problémy se spaním, ani jiné. Svůj rozhovor s manželem vnímá i jako splnění úkolu z minulého týdne.

Poslední úkol – nouzový plán.

### 7. chat – závěrečný hodnotící

Tento chat pro další nemoc o několik dní odkládáme. S Miki se setkáváme v situaci, kdy hulí večer jednoho jointa společně s manželem. S výsledkem není zcela spokojená, doufala, že přestane a že to bude snazší. Těší ji však, že s manželem může o všem otevřeně mluvit. Chystané sportování (běh) se odkládá pro problémy s obuví.

## 5 ZPĚTNÁ VAZBA PO MĚSÍCI

Klientka se po několika týdnech ozývá s tím, že se jí po letech objevila silná alergie a astma, má problémy s dýcháním a dávivým kašlem. Díky tomu přestala hulit. Když se situace s kašlem zlepšila, zůstala jí namožená bránice a následně skřípnutý mezižeberní nerv. Mezitím si jednou zahulila a hodnotí to jako „děs“. Aktuálně tedy nehulí a cvičí doma, protože jí pobyt venku nedělá momentálně dobře.

## 6 SOUHRN PŘÍPADU, ROZBOR A ROZVAHA

Klientka Miki je 34letá matka dvou dětí žijící na okraji Prahy v rodinném domku. V době, kdy kontaktovala ILLI, považovala za svůj hlavní problém užívání marihuany, které nemá pod kontrolou, a rozhodla se pro změnu.

Z diagnostického pohledu není ani po ukončení ILLI jasné, zdali by Miki splňovala kritéria pro diagnózu F12.2 závislost na kanabinoidech. Klientka splňovala s jistotou tři z kritérií pro závislost. Po vysazení nejeví známky somatického odvykacího stavu, dle posledních zpráv nepociťuje ani jakýkoli craving, nemá problémy se spánkem, roztěkaností, nervozitou nebo výkyvy nálad. Naopak se zdá, že se jí vrátila energie a začala v domácích podmínkách cvičit. Otázkou i v tuto chvíli zůstává, zdali, a do jaké míry, její špatný zdravotní stav (opakované záněty horních cest dýchacích, které gradovaly do návratu aler-

gie a astmatu) souvisí s užíváním marihuany. Teprve čas ukáže, zdali se v souvislosti s vysazením problému opět vrátí, nebo naopak ustanou.

Po absolvování celého programu je zjevné, že klientčiny dalším velkým tématem je samota. Nemá kontakt se členy své rodiny, přáteli a kamarádkami, ale ani s vlastním manželem. Ve dvou chatech zmiňuje partnerské problémy. Navíc užívání marihuany před okolím tají – je možné, že i to je důvod její sociální izolace. Na domácnost a děti je sama. Často je unavená a podrážděná. Marihuanu užívá nejčastěji ve chvílích, kdy je konečně na několik okamžiků sama a nikdo po ní nic nechce. Zdá se, že tím „chce podpořit“ možnost rychle zrelaxovat. Marihuana jí na uvolnění pomáhá.

Během ILI je opakovaně nemocná. Jeden týden tráví doma společně i s nemocným manželem a konečně se jí daří s manželem mluvit – mimo jiné i o obavách o své zdraví a o tom, že marihuanu užívá i v době, kdy manžel není doma. Prolamuje tak určité tabu a navrhuje manželovi, aby marihuanu uložil mimo její dosah. I manžel mluví o chuti užívání marihuany omezit a následně hledají alternativní aktivity. Domlouvají se na běhání. To jim však komplikuje nákup vhodné obuvi.

Klientka se na začátku intervence nacházela ve fázi kontemplace, prezentovala se jako ve fázi rozhodnutí a akce (rozhodnutí zapojit se do programu a nastavení cíle na abstinenci), nicméně abstinovat ani významně omezit užívání se jí v následujících týdnech nedařilo. Dokonce vnímala jako pozitivní výsledek samotné odsunutí prvního jointu na odpoledne, případně hledala náhradní cíl v omezení užívání marihuany na večerní užívání s manželem.

S intenzivním návratem zdravotních obtíží po ukončení programu se jí začalo dařit skutečně abstinovat. Zdá se, jakoby fáze akce způsobená onemocněním (silná alergie, astma, navazující namožení bránice a mezižeberního nervu) předběhla samotné rozhodnutí. Ani to však není zcela pevné. V době udržování abstinence dochází k jednotlivým lapsům. Poslední z lapsů však hodnotí klientka negativně. Nyní se tedy nachází ve fázi udržování změny. Podle vlastních slov: „Mezitím jsem jednou zahulila a byl to děs. Takže momentálně to mám asi tak, že NE!“

## 7 ZÁVĚR

Kazuistika demonstruje potenciál i omezení e-health intervencí typu ILI.

Na straně pozitiv se jako výhodný ukazuje relativně nízký práh pro vstup do péče, omezení stigmatizace, vysoká míra anonymity pro uživatele, ... i bez nákladové analýzy je na straně kladů i relativně malá ekonomická náročnost. Obzvláště když si uvědomíme nadregionální dosah intervence a možnost pracovat s klientem, který bydlí v malé vsi v lokalitě, kde by žádná služba nebyla ekonomicky rentabilní.

Na straně záporů bychom našli krom zjevného chybění kontaktu face to face i limity, kterými saháme na samotné základy léčby. Například odebrání standardní anamnézy, doplnění dalších vyšetření i samotné stanovení diagnózy, která je vstupem k léčebné intervenci, je komplikované. Omezení klientů s těžšími stavy a komorbidními diagnózami je částečně zajištěno jednoduchými filtry, které znemožní klientům v potenciálně vážnějších stavech vstup do programu. Terapeuti pracující ve virtuálním prostředí vám však potvrdí, že bystřejší jedinec dokáže odhadnout, na které otázky odpovědět nepravdivě, a do programu tak proniknout. Mezi limity metody také patří nemožnost zasáhnout v situaci, kterou vnímáme jako rizikovou (např. řízení pod vlivem nebo ohrožení dítěte). Otázka také je, jak samozřejmý je předpoklad všeobecné počítačové gramotnosti.

Z naší zkušenosti rozhodně platí, že terapeut ILI by měl být poměrně zkušený a kvalifikovaný.

Střet zájmů: Autoři nejsou ve střetu zájmů.

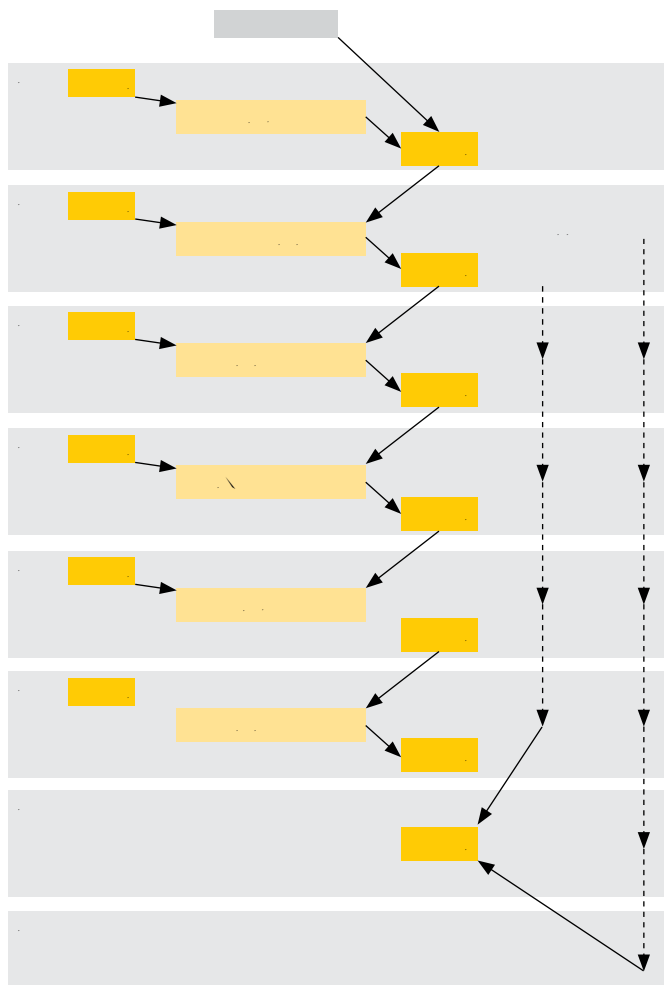
## LITERATURA / REFERENCES

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Vopravil, J. (2017). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016 [Annual Report on Drug Situation 2016 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky.

Tossmann, H., Leuschner, F., Simon, R., Hillebrand, J., Pirona, A. (2009). Internet-based drug treatment interventions: Best practice and applications in EU Member States. Lisbon, EMCDDA. Český: 2012. Internetové terapeutické intervence pro uživatele drog: příklady dobré praxe a využití v členských státech EU. (1. vyd. v jazyce českém, 82 s.) Praha: Úřad vlády České republiky.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Consult. Clin. Psychol.*, 51(3), 390–395.

### Příloha 1 | Schéma internetové léčebné intervence (LI)



Proč hulíte? Vyberte z nabízených možností 3 důvody, které jsou pro vás nejvýznamnější.

je to prostě zvyk

lépe se pak uvolním, např. než jdu spát  
nevím

Hulíte spíše ve společnosti nebo o samotě?

většinou o samotě, ale někdy s přáteli

Zvládli byste přestat, kdykoli byste chtěli?

ne

Kolikrát za poslední rok vás napadlo, že byste měli hulení omezit nebo s ním přestat?

skoro každý den

Kolikrát za poslední rok se stalo, že užívání konopí nějak ovlivnilo váš pracovní nebo studijní výkon?

skoro každý den

Odkládáte občas věci, protože jste zhulení?

ano, občas

Už jste se někdy cítili opravdu nepříjemně, protože jste si nemohli zahulit, když jste chtěli?

ano, stává se mi to často

Kolikrát za poslední rok jste si dělali starosti s tím, že (příliš) hulíte?

každý den

Máte někdy problém vybavit si, co jste řekli nebo udělali?

ano, stává se mi to docela často

Říkají vám někdy přátelé nebo známí, kteří také kouří konopí, že byste to měli zcela vážně omezit?

ne, protože nevědí, že hulím

### Příloha 2 | Self test Miki

Jak často užíváte konopí?  
skoro každý den

Kolik za konopí obvykle za týden utratíte? (Uveďte, kolik vás konopí stojí nebo by vás stálo, pokud byste ho někde kupovali.)  
800 Kč a více

Jak často jste zhulení?  
denně – víc než polovinu dne

Když si zahulíte, jak často si zapálíte dalšího jointa nebo dýmku, abyste se zhulili opravdu pořádně?  
pravidelně

Užíváte někdy konopí v kombinaci s jinými drogami nebo alkoholem?  
ne, nikdy

Kdy obvykle konopí užíváte?  
dopoledne  
odpoledne  
večer

### Příloha 3 | Výhody–nevýhody / Miki

Takto zpracovala Miki svůj první úkol s názvem výhody a nevýhody, který se zabývá motivací klienta ke změně.

Zde vidíte přehled výhod a nevýhod, které jste si sepsali. Můžete je v odpovídajících záložkách tohoto úkolu kdykoli doplnit.

Výhody hulení /  
Proč hulit

Jsem kreativnější  
Dokážu se lépe uvolnit  
Někdy lepší nálada  
Ani nevím, proč hulit

Nevýhody hulení / Proč nehulit

Cítím se provinile  
Neplním, co si dohodnu, nedržím slovo  
Nebudu se snadno rozčilovat a křičet na děti a nebudu unavená  
Protože se necítím zdravě, mám zdravotní problémy, bojím se o sebe  
Nechci hulit už kvůli sobě a dětem, nechci, aby moje děti o všem věděly, bojím se toho, aby taky tak neskončily  
Nebudu se muset skrývat  
Zlepší se mi chuť k jídlu

Výhody omezení hulení / Proč hulení omezit	Nevýhody omezení hulení / Proč neomezovat
Nebudu se už cítit provinile Budu lépe vypadat Budu mít více energie Více času na sebe a rodinu Budu se cítit zdravěji, nebudu tak unavená a budu mít energii na víc věcí Zbavím se toho smradu Ušetřím peníze Zlepší se mi paměť	Nebude mě nic bavit Budu mít špatnou náladu

## Příloha 4 | Sebekontrola Miki

Takto zpracovala Miki svůj druhý úkol s názvem sebekontrola.

Toto je přehled vašich osobních opatření pro sebekontrolu, která jste již vyplnili. Jsou to vaše vlastní nápady, jak se držet vámi stanoveného cíle (tedy skončit s hulením či omezit množství). Seznam lze v příslušných záložkách kdykoli rozšiřovat či měnit.

Vyhnutí se (Místa a lidé, jimž se budu vyhýbat) – Samota, musím se něčím zaměstnat a dělat něco pro sebe.

Alternativy (Co budu dělat, když dostanu chuť hulit) – Když dostanu chuť, tak vypiji sklenici vody nebo si zacvičím jógu.

Odměňování (Co budu dělat, když si nezahulím) – Pokud ustojím chuť, vezmu si trochu čokolády nebo bonbon. Pokud ustojím týden, koupím si nějakou drobnost na sebe.

Osobní dohody (Co udělám pro dosažení cíle) – Uložím to mimo dosah mých očí (poprosím muže, aby si to schoval).



# (Adiktologické) ambulance jsou mezi absolventy adiktologie nejžádanějším typem zaměstnání

Pavlovská, A., Miovský, M.

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta UK a VFN v Praze

Citace|Pavlovská,A.,Miovský,M.(2018).(Adiktologické)ambulancejsoumezi absolventyadiktologienejžádanějšímtypemzaměstnání.Adiktol.prevent.léčeb.praxi, 1(2), 103–107.

**Souhrn** | V květnu 2017 bylo v ČR registrováno 25 adiktologických ambulančí, smlouvu s pojišťovnou mělo 12 zařízení, pouze 8 s VZP. Pokrytí adiktologickými službami, které tuto smlouvu mají, a zároveň jejich úhrada jsou nedostatečné. Cílem bylo zmapovat pracovní uplatnitelnost adiktologů v ambulancním sektoru a zaměřit se na fungování adiktologických ambulančí v praxi. Do studie bylo zapojeno 165 absolventů adiktologie (59 %) a 18 organizací nabízejících adiktologické služby. Aktuálně v oboru adiktologie pracuje 96 absolventů (58%). Ze zapojených organizací byla pouze jedna, která nezaměstnávala nikoho s kvalifikací adiktologa. Rozložení absolventů v adiktologických službách ukazuje, že nejčastěji působí v nízkoprahových službách a v zařízeních ambulancní léčby. Celkem 50 osob má pracovní pozici označenou

„adiktolog“. Existuje statisticky významný vztah mezi pozicí adiktologa a vykazováním adiktologických výkonů zdravotní pojišťovně. Část zaměstnavatelů vnímá výraznou poptávku po profesi adiktologa, i vzhledem k rozvoji specializovaných adiktologických ambulančí, ale také jejich nedostatek v krajích. První zkušenosti s adiktologickými ambulancemi ukazují spokojenost i nevýhody, řada zaměstnavatelů má zatím ambivalentní postoj, zejména vzhledem ke zmínce, že si adiktolog v ambulanci na sebe nevydělá a že hodnota bodů za výkony je nedostatečná. Adiktolog, jakožto nelékařská zdravotnická profese, která může vykonávat své povolání samostatně, může být výhodný pro svůj přesah do zdravotnictví a ekonomickou dostupnost, protože psychiatrů specializovaných v oboru návykových nemocí je nedostatek a jsou drahou pracovní silou.

**Klíčová slova** | Absolvent – Adiktolog – Adiktologická ambulance – Adiktologické výkony – Pracovní uplatnitelnost – Zdravotní pojišťovna

Došlo do redakce | 13. září 2018

Přijato k tisku | 27. září 2018

Grantová podpora | Grantová agentura Univerzity Karlovy, č. 124317, MŠMT CZ.02.2.69/0.0/0.0/16\_015/0002362

Korespondenční adresa | Mgr. et Mgr. Amalie Pavlovská, Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

amalie.pavlovska@lf1.cuni.cz

## 1 ÚVOD

Adiktologie je obor „zabývající se prevencí, léčbou a výzkumem závislostního typu chování“ (Miovský, 2007, p. 35), vystavený na základech položených dalšími disciplínami, mezi nimiž dominuje medicína reflektující emergenční komponentu adiktologické péče (Miovský, 2007). Podle Miovského (2007) je právě tato priorita jádrem adiktologie, na niž pak nahlédíme primárně jako na zdravotnický obor. Adiktologie jako jedinečný studijní obor byla v ČR poprvé vyučována v roce 2005, v současnosti je k dispozici kompletní vzdělání na bakalářské, magisterské i doktorské úrovni.

Cílová populace adiktologických služeb je rozmanitá a nachází se v různých fázích vývoje a potřebnosti péče. Komplexní případy pak v sobě často zahrnují somatické a psychické poškození způsobené užíváním drog, závislost a další přidružené komplikace (UNODC, 2003). „Cílem léčby závislých je změna, která přináší zlepšení zdraví a kvality života na nejvyšší možnou míru“ (Kalina, 2008, p. 393). Abychom vhodně indikovali potřebnou péči, je nutné provést diagnostiku klienta a hledat vhodný typ péče. V rámci adiktologie existuje široké spektrum služeb, od nízkoprahových programů po doléčovací aktivity. Tyto se neustále vyvíjejí právě na podkladě proměňujících se potřeb cílových skupin. Nicméně „většina krajů popisuje stávající síť služeb jako nedostatečnou“ (Mravčík et al., 2017, p. 10), výhrady se týkají zejména dostupnosti ambulantní léčby a péče o klienty s duálními diagnózami. Vytváření sítě služeb je nesystematické, chybějí lékaři, psychologové. Byť po roce 1989 téměř zanikla síť ambulantních provozů, Sklenář (2016) hovoří o aktuálním vzestupu ambulantního sektoru, mimo jiné i díky vzniku adiktologických ambulancí.

Koncept adiktologické ambulance byl poprvé navržen v Konceptu sítě adiktologických služeb (Miovský et al., 2014a) jakožto specializovaná zdravotnická nelékařská adiktologická ambulantní služba. Autoři navrhovali minimální zajištěnou dostupnost tohoto typu péče, a to jednu ambulanci na okres a jednu ambulanci pro děti a mladistvé na kraj. Mezi současné priority Ministerstva zdravotnictví patří vznik a provoz adiktologických ambulancí pro děti a dorost (reflexi fungování první takové služby publikovali Miovský a Popov, 2016) a zaměření na problémy působené konzumací tabáku a alkoholu (Mravčík et al., 2017).

Adiktologem se stává absolvent bakalářského studijního programu adiktologie. Dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařích, spadá adiktolog mezi nelékařské zdravotnické profese, které mohou vykonávat své povolání samostatně, bez odborného dohledu dalších zdravotnických odborníků. Jednotlivé činnosti adiktologa vymezuje vyhláška č. 55/2011 Sb., šest zdravotních výkonů s kódem 919 je publikováno v Sazebníku zdravotních výkonů s platností od 1. ledna 2014 (Vyhláška č. 421/2013 Sb.) (Sklenář, 2016). To však bylo pouhým prvním krokem k vyjednávání se zdravotními pojišťovnami. V současnosti hovoří

me pouze o úhradě v rámci adiktologických ambulancí. Počáteční představa o nasmlouvání adiktologické péče ve všech okresech ČR vzala za své, cíl byl přeformulován na zajištění péče alespoň v každém kraji. V květnu 2017 bylo registrováno celkem 25 adiktologických ambulancí, nicméně žádná v Plzeňském a Moravskoslezském kraji. Uzavřenou smlouvu s pojišťovnou mělo 12 zařízení, pouze osm pak se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP) (Čalovka & Sklenář, 2017). Dle Sklenáře (2016) jde o velký krok dopředu, s významným dopadem nejen na úhradu odborné péče, a tedy přísun finančních prostředků do oboru (odhad před vyhodnocením pojišťoven činil 3–5 milionů Kč), ale především na samotné uživatele služeb, kteří mohou nyní dosáhnout na bezplatnou specializovanou adiktologickou ambulantní péči. Sklenářův (2016) odhad počtu klientů, jimž může být hrazená adiktologická péče dostupná, se pohybuje okolo 1500 osob. Zajištění dostatečného množství finančních prostředků a dostupnosti specializovaných sociálních a zdravotních služeb jsou hlavními cíli rozvoje oboru adiktologie (Sklenář, 2014). Pilotní projekt VZP skončil v r. 2017, nyní probíhá jeho vyhodnocování. Zapojené organizace průběžně publikovaly první výsledky, kdy služeb sedmi zařízení zapojených do pilotního projektu VZP využilo 1248 klientů s diagnózami F10-F19 a F63, z toho bylo 736 klientů VZP (59 %). Celková částka vynaložená zdravotními pojišťovnami činila 1 710 000 Kč (z toho VZP 1 082 000 Kč), péče o jednoho klienta stála 2471 Kč. Autoři jednoznačně shrnovali, že je nedostatečné pokrytí adiktologickými službami, které mají smlouvu se zdravotními pojišťovnami, a zároveň nedostatečná úhrada z jejich strany (Čalovka & Sklenář, 2017).

## 2 METODOLOGIE

Výzkum byl realizován v rámci doktorského studia první autorky. Cílem bylo získat zpětnou vazbu k procesu integrace profese adiktologa na trh práce, prostřednictvím evaluace uplatnitelnosti adiktologů ze strany všech absolventů z let 2005–2016 a jejich potenciálních zaměstnavatelů. Cílem tohoto textu je zmapovat pracovní uplatnitelnost adiktologů v ambulantním sektoru a zaměřit se na fungování adiktologických ambulancí v praxi.

Výzkumné otázky:

- V jakých typech služeb jsou absolventi zaměstnáni?
- Na jakých pracovních pozicích?
- Kolik organizací nabízejících adiktologické služby zaměstnává osoby s kvalifikací adiktologa? Za jakých podmínek?
- Jaké zkušenosti mají zaměstnavatelé s profesí adiktologa?
- Jaké jsou zkušenosti adiktologů s vykazováním adiktologických výkonů zdravotním pojišťovnám?

Z 279 absolventů oboru adiktologie vyplnilo dotazník 165 respondentů, z toho bylo 25 mužů (z celkových 37) a 140 žen (z celkových 242 absolventek).

Se zástupci managementu 18 organizací (nestátní neziskové organizace, psychiatrické nemocnice, fakultní nemocnice, příspěvkové organizace) byly realizovány rozhovory. Tři organizace poskytovaly výhradně sociální služby, sedm organizací nabízí výhradně služby zdravotní a osm organizací má registrovány jak sociální služby, tak alespoň jednu službu registrovanou jako zdravotní (obvykle ambulance, buď psychiatrickou, nebo adiktologickou).

### 3 VÝSLEDKY

Aktuálně v oboru adiktologie pracuje 19 mužů a 77 žen, tj. celkem 96 absolventů (58 %). Z 18 zapojených organizací byla pouze jedna, která nezaměstnávala nikoho s kvalifikací adiktologa. Další dvě zaměstnávají absolventy adiktologie, kteří však současně mají jinou kvalifikaci, a výhradně pro tuto byli přijati. Důvody zahrnují pohled na adiktologické služby spíše v rovině sociální, respektive komplexní, nevýhodnost vytváření adiktologických ambulancí, kde by profesi adiktologa mohli specificky využít, a obava, že by adiktolog musel být ve zdravotnictví zaměstnán na úkor úvazku zdravotní sestry.

Rozložení absolventů pracujících v adiktologických službách ukazuje, že nejčastěji působí v nízkoprahových službách – v kontaktních centrech a terénních programech (42 osob, 44 %). Následují zařízení ambulantní léčby (29 osob, 30 %). Tabulka 1 ukazuje srovnání mezi výsledky od absolventů a zaměstnavatelů.

Celkem 50 osob (52 %) má pracovní pozici označenou „adiktolog“ (63 % mužů, 49 % žen). Existuje statisticky významný vztah mezi pozicí adiktologa a vykazováním adiktologických výkonů zdravotní pojišťovně. Z těch, kteří mají pozici adiktolog, vykazuje výkony 28 %, a 28 % zatím nevykazuje, ale usiluje o to.

Z absolventů působících na pozici adiktolog pracuje 56 % ve zdravotnické službě, 46 % přímo v ambulanci; 80 % pracuje s cílovými skupinami bez rozdílů.

I v zapojených organizacích působí absolventi nejčastěji na pozici adiktolog (10 případů), třikrát byla zmíněna specificky v souvislosti s fungující adiktologickou ambu-

lancí, kde daný absolvent pracuje. Celkem 34 z 50 absolventů na pozici adiktolog vykonává všechny výkony definované v sazebníku pro profesi adiktologa („V ambulanci se adiktolog vnímá jako zdravotník, protože dělá vstupní vyšetření, dělá IT, ST, dělá odběry a testy, spolupracuje s lékařem, píše zprávy, vede dokumentaci, evidenci ve zdravotnickém programu, tam je to naprosto zřetelné, tam ty kompetence jsou vidět.“).

Mezi důvody, proč zaměstnat adiktologa, patří kvalita a rozsah vzdělání, dobré zkušenosti s absolventy, které už organizace zaměstnaly či možnost uplatnit adiktology v nově se rozvíjejících adiktologických ambulancích („Jdeme v organizaci za tím, co je v koncepci sítě, takže chceme postupně vytvářet síť ambulantních zařízení a budeme tam potřebovat adiktology.“). Zaměstnavatelé vnímají absenci v kompetencích adiktologa, zejména ve vedení dlouhodobé systematické terapie, odběru biologického materiálu a podání léků.

Část zaměstnavatelů vnímá výraznou poptávku po profesi adiktologa, i vzhledem k rozvoji specializovaných adiktologických ambulancí, případně reformě psychiatrické péče, ale také jejich nedostatek v krajích. Druzí se přiklání k názoru, že poptávka po profesi adiktologa cíleně není, zaměstnavatelé hledají zejména kvalitní pracovníky, nehlédě na typ vzdělání.

Poptávce by napomohly lépe bodově ohodnocené výkony, registrace adiktologických ambulancí jako zdravotních i sociálních služeb pro možnost čerpání dotací na jejich provoz či odstranění/zmírnění povinnosti indikace psychiatra pro adiktologické výkony („Toho psychiatra bychom se rádi zbavili, psychiatr, to je extrémně nedostatkový zboží, zvláště mimo Prahu, ten obor je vykastrovanej tímhle tím, dohledem psychiatrů. Do budoucna by určitě bylo lepší, aby měl klinický adiktolog stejný pravomoce jako psycholog a nepotřeboval za sebou psychiatra.“).

#### 3.1 Vykazování adiktologických výkonů zdravotním pojišťovnám

Tabulka 2 zobrazuje charakteristiky respondentů, kteří adiktologické výkony vykazují, a těch, kteří tak v současné době nečiní.

Typ služby	Počet adiktologů v organizacích	Pořadí	Absolventi	Pořadí
Ambulantní služby	20	1.	31	2.
Nízkoprahové služby (KC, TP)	13	2.	42	1.
Střednědobá ústavní léčba, detox	9	3.	23	3.
Terapeutické komunity	6	4.	4	6.
Primární prevence	4	5.	12	4.
Následná péče, doléčování	3	6.	2	8.
Vězeňství	1	7.	3	7.
Substituční léčba	0	8.	7	5.

Tabulka 1 | Porovnání počtů adiktologů v jednotlivých typech služeb dle absolventů a zaměstnavatelů

Z těch, kdo VYKAZUJÍ:	Z těch, kdo NEVYKAZUJÍ:
Má 74 % (14 osob) pozici adiktolog	Má 47 % osob pozic adiktolog
Pracuje 37 % v oboru 1–2 roky, shodně 26 % po dobu 2–5 a 5–10 let	Pracuje 44 % v NNO
Pracuje 52,6 % v daném zařízení 1–2 roky	Pracuje 39 % osob v sociální službě
Pracuje 52,6 % osob v ambulantní léčbě	Pracuje 30 % osob v KC
Pracuje 26 % osob v ústavní léčbě	Je 20 % osob s praxí v oboru do 1 roku
Pracuje 16 % v substituční léčbě	
Pracuje 63 % ve zdravotnické službě	

Tabulka 2 | Charakteristiky respondentů, kteří vykazují adiktologické výkony a těch, kteří nikoliv

Ze zkoumaného souboru mají v současnosti tři organizace uzavřenu smlouvu s pojišťovnami na poskytování zdravotní adiktologické péče v adiktologických ambulancích. Jeden respondent vyjádřil spokojenost s tímto konceptem, další zmínil praktickou výhodu: „Velká výhoda ambulance oproti kontaktnímu centru je, že to je akceptovatelný pro soudy, pro probačku, má to jiný zvuk.“ „Je pro nás výhodou mít zdravotnické služby, zaměstnávat adiktologa, protože to je typ příjmu, který je stabilní a není odvislý od komunitního plánu.“

Jinde se pokoušeli prosadit, aby ambulance fungovala, zatím neúspěšně. Jedna z organizací, které zatím tuto péči neposkytují, uvažuje o zřízení adiktologické ambulance, jiná naopak zmiňuje, že ambulanci nepotřebují, protože vykazují péči jinými způsoby. Případně mají zatím ambivalentní postoj, zejména vzhledem ke zmínkám, že si adiktolog v ambulanci na sebe nevydělá a že hodnota bodů za adiktologické výkony a nastavené limity jsou nedostatečné.

## 4 ZÁVĚRY

Je důležité zdůraznit, že profese adiktologa není v českém systému proto, aby nahradila jiné odbornosti, ale aby doplnila jejich kvalifikace a umožňovala přemostění v komunikaci a koordinaci péče o klienta (Miovský, 2014). Adiktolog, jakožto nelékařský zdravotnický pracovník, naopak může být výhodný právě pro svůj přesah do zdravotnictví a pro ekonomickou dostupnost, protože psychiatrů a lékařů specializovaných v oboru návykových nemocí je nedostatek nejen v ČR (SAMHSA, 2006; Soyka & Gorelick, 2008), nemají zájem vstoupit do oboru a v zahraničí jsou lékaři navíc velmi drahou pracovní silou (SAMHSA, 2006). Adiktolog může do ambulantní péče znovu vnést prvek komplexní péče o všechny cílové skupiny, včetně např. uživatelů tabáku (Kulhánek, 2017), a zvýšit tak dostupnost včasné a efektivní léčby.

V současné době, více než deset let od zahájení výuky adiktologie, můžeme říci, že nyní je obecně snahou povolna zvýšit kvalifikační požadavky, tj. odlišit odbornou způsobilost získávanou studiem bakalářské úrovně adiktologie a specializovanou způsobilost tzv. klinického adiktologa (vyhláška č. 391/2017 Sb.), s cílem vytvořit kariérní řád profese, motivovat ke kvalifikačnímu růstu, samostatnosti a odpovědnosti, ruku v ruce s adekvátním

odměňováním (Vondrová, Oktábec, Janouškovec & Skleňnář, 2018). Podmínkou pro získání specializované způsobilosti je absolvování akademického magisterského vzdělání v oboru adiktologie. Pro klinického adiktologa je nutné vytvořit činnosti, které budou odpovídat této úrovni kvalifikace (Miovský et al., 2014b).

Role autorů: Článek byl vytvořen za využití dat získaných v rámci studie realizované v doktorském studiu první autorky. První autorka zpracovala data do podoby článku, druhý autor se podílel na revizi textu. Oba autoři přispěli ke vzniku článku a schválili konečnou podobu manuskriptu.

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

## LITERATURA / REFERENCES

Čalovka, O., & Sklenář, O. (2017). Zajištění ambulantní adiktologické péče v rámci smluv se zdravotními pojišťovnami (poster). Prezentováno na ATK konferenci 2017.

Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislostí*. Praha: Grada Publishing.

Kulhánek, A. (2017). Odvykání kouření jako (ne)adiktologické téma? *Adiktologie*, 17(3), 180–181.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Vyhláška č. 421/2013, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Vyhláška č. 391/2017 Sb., kterou se mění vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění vyhlášky č. 2/2016 Sb.

Miovský, M. (2007). Zdravotnický obor adiktologie: reflexe vzniku, současného vývoje a budoucího směřování kvalifikačního studia. *Adiktologie*, 7(2), 30–45.

Miovský, M. (2014). *Koncepce vzdělávání oboru adiktologie pro období 2014–2020*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Miovský, M. (Ed.) et al. (2014a). *Koncepce sítě specializovaných adiktologických služeb v České republice*. Praha: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Miovský, M., Kalina, K., Libra, J., Popov, P., & Pavlovská, A. (2014b). Education in Addictology in the Czech Republic: the Scope and Role of the Proposed System [Rámec a role koncepce vzdělávání oboru adiktologie v České republice]. *Adiktologie*, 14(3), 310–328.

Miovský, M., & Popov, P. (2016). *Evaluace přípravy a procesu pilotního projektu ambulance dětské a dorostové adiktologie*. *Adiktologie*, 16(4), 292–318.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Tion Leštinová, Z., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., & Vopravil, J. (2017). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2016*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Pavlovská, A. (2018). *Analýza studijního programu adiktologie a charakteristik jeho absolventů v kontextu vývoje oboru adiktologie*. [Study programme addictology and its graduates' characteristics analysis in the context of the field addictology development]. Praha, 2018. 156 s., 2 příl. *Disertační práce*. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. Školitel: Miovský, Michal.

Sklenář, O. (2014). „Zahájení diskuze“ aneb řešme problémy v celém kontextu. *Adiktologie*, 14(4), 366–367.

Sklenář, O. (2016). Úhrada zdravotní péče poskytované adiktologem sestala od roku 2016 realitou. *Editorial*. *Adiktologie*, 16(1), 4–5.

Soyka, M., & Gorelick, D. A. (2008). Why should addiction medicine be an attractive field for young physicians? *Addiction*, 104, 169–172. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02330.x

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2006). *Strengthening Professional Identity: Challenges of the Addiction Treatment Workforce*. Rockville, MD: SAMHSA.

United Nations Office on Drugs and Crime (2003). *Drug Abuse Treatment and Rehabilitation. A Practical Planning and Implementation Guide*. Vienna: UNODC.

Vondrová, A., Oktábec, Z., Janoušková, V., & Sklenář, O. (2018). Zastavení na cestě ke klinickému adiktologovi. *Adiktol. prevent. léčeb. praxi*, 1(1), 39–41.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

# STUDIUM

## STUDIUM ADIKTOLOGIE

Zajímáte se o vliv návykových látek na chování lidí, na jejich vývoj, zdravotní stav a na jejich roli ve společnosti?

Chcete se stát adiktologem, tedy odborníkem, který dokáže pomoci lidem ohroženým závislostním chováním a jejich nejbližšímu okolí?

Máte zájem o to porozumět způsobům řešení problémů v oblasti veřejného a duševního zdraví, které vznikají v souvislosti s legálními i nelegálními drogami?

Odpovědí je studium adiktologie na 1. lékařské fakultě UK. Podrobné informace najdete na webu [www.adiktologie.cz/studium](http://www.adiktologie.cz/studium).

Na facebookovém účtu studia adiktologie, na <https://www.facebook.com/studium.adiktologie>, najdete uchazeči o studium aktuality ze studia, z dění v oboru, lákavé pracovní nabídky a mnohem více.

## BAKALÁŘSKÉ STUDIUM ADIKTOLOGIE

Délka studia: Tříleté, absolvent získává kvalifikaci pro práci ve zdravotnictví podle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

O studiu: Studijní program poskytuje transdisciplinární teoretické znalosti a dovednosti efektivního case managementu, prevence a léčby v oblasti užívání návykových látek a nelátkových závislostí, a snižování souvisejících zdravotních škod.

Forma studia: Prezenční / kombinovaná.

Požadavky pro přijetí: Středoškolské vzdělání nejlépe humanitního nebo všeobecného zaměření ukončené maturitní zkouškou.

Přijímací řízení: Písemná zkouška (test z biologie a test z adiktologie).

## MAGISTERSKÉ STUDIUM ADIKTOLOGIE

Délka studia: Dvouleté navazující.

O studiu: Studijní program se zaměřuje na jednotlivé rizikové faktory užívání návykových látek i nelátkových závislostí, jakými jsou oblast vymáhání práva, společenské normy nebo biomedicinské souvislosti, a vybavuje studenty schopností vyhodnotit jejich význam. Program současně připravuje studenty účelně komunikovat v praxi a připravuje je pro řízení adiktologických služeb.

Forma studia: Prezenční / kombinovaná.

Požadavky pro přijetí: Absolvent bakalářského studijního oboru adiktologie nebo adekvátního minimálně bakalářského studijního programu na jiné VŠ.

Přijímací řízení: Písemná zkouška (test z biologie a test z adiktologie).

## DOKTORSKÉ STUDIUM ADIKTOLOGIE

Délka studia: Čtyřleté.

O studiu: Doktorský studijní program adiktologie vede studenty 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 se závislostními vzorci chování. 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.

Forma studia: Prezenční / kombinovaná.

Požadavky pro přijetí: Absolvent magisterského studijního oboru adiktologie nebo adekvátního minimálně magisterského studijního programu na jiné VŠ.

Přijímací řízení: Přijímací řízení má podobu ústní zkoušky.



## ROZHOVOR

# Mgr. Jarmila Vedralová, ředitelka Odboru protidrogové politiky Úřadu vlády České republiky

Otázky kladl Miroslav Barták.

**Jaké jsou vaše priority v nové (stále nové) funkci?**

Za největší prioritu pokládám vytvoření nové národní strategie protidrogové politiky pro období 2019–2027, byly předloženy teze, ještě mým předchůdcem, ty je třeba diskutovat. V rámci strategie bychom se chtěli zaměřit i na primární prevenci, která je trochu Popelkou v celé oblasti, a rozhodně pokračovat v tom, co bylo doposud realizováno, zejména bych se ráda zaměřila na stabilizaci služeb a jejich posílení.

**Jak budete rozvíjet komunikaci s pracovníci a pracovníky v adiktologických službách? V adiktologickém terénu?**

Klíčovými partnery jsou odborné společnosti a zastřešující instituce, jako je Společnost pro návykové nemoci ČSL JEP, Česká asociace adiktologů, Asociace nestátních organizací, Odborná společnost pro prevenci rizikového chování, a nezpochybnitelně i dotčené resorty. Dle časových možností, a doufám, že to bude již brzo, se mi podaří uskutečnit návštěvy jednotlivých organizací, podívat se na jednotlivé služby, i když mnohé z nich znám. Zároveň předpokládám účast na odborných konferencích v rámci ČR, kde se schází odborníci z praxe. V rámci našich komunikačních platform považuji za důležité Adiktologické fórum, které existuje

jako pracovní orgán při Odboru protidrogové politiky. Myslím, že platformem pro komunikaci je hned několik, včetně vašeho časopisu.

**Místní a typová dostupnost adiktologických služeb se v jednotlivých regionech České republiky liší. Jak budete v této oblasti postupovat?**

Obecně víme, že chybějí ambulantní služby, to je u nás ten největší problém, a to z celého spektra adiktologických služeb. Co se týče dostupnosti, v krajích víme, že například Karlovarský kraj je službami téměř nepokrytý. Určitě navštívím Asociaci krajů ČR. Již jsem domluvena na první schůzce. Chtěla bych s Asociací krajů ČR i zástupci a zastupiteli jednotlivých krajů více komunikovat, tak, aby si vzali ještě více za své, že k řešení situace v krajích je třeba také jejich součinnost.

**Jaká nejvýznamnější témata prevence a léčby u nás aktuálně vidíte?**

Jak už jsem řekla, v oblasti léčby je to zvýšení dostupnosti ambulantní péče, dostupnost substituční léčby. V oblasti primární prevence určitě posílení celého systému, posílení role metodiků školní prevence, krajských koordinátorů prevence rizikového chování, spolupráce s krajským koordinátorem protidrogové politiky. Tam zatím shledávám určité rezervy v součinnosti a spolupráci.



Dalším tématem je provádění krátké intervence a včasné diagnostiky u praktických lékařů. Je třeba tuto oblast posílit. Krátká intervence sice vychází ze zákona, ale na její realizaci v praxi je třeba dále pracovat. Téma je skutečně mnoho.

**Jak vám mohou pomoci vaše předchozí bohaté zkušenosti z Ministerstva zdravotnictví v ČR ve vaší současné práci?**

Myslím, že stojí za to říci, že jsem opouštěla MZ v době, kdy byl ve funkci již 13. ministr. Pracovala jsem tedy pod vedením 13 ministrů. Přesto se protidrogová politika dokázala udržet jako jedno z poměrně zásadních a důležitých témat v rámci zdravotnictví. Podařilo se prosadit některé důležité změny. Například uvedení adiktologických výkonů ve vyhlášce, úhrady adiktologických výkonů ze systému zdravotního pojištění. I když musím konstatovat,

že aktuálně to není tak, jak bychom si všichni představovali. Podařilo se nastartovat vznik a provoz dětských adiktologických ambulancí. Udržet dotační program, v minulých letech dokonce poměrně dost navýšit finanční prostředky. Vytvořit historicky první akční plány k alkoholu a tabáku. Prosadit ratifikaci Rámcové úmluvy o kontrole tabáku. Dost věcí se tedy podařilo. Využiji schopnost komunikace a koordinace jednotlivých aktérů. Také mám zkušenosti při tvorbě legislativy, při projednávání a prosazování nové právní úpravy. Konkrétně mám na mysli zákon č. 379/2005 Sb. a zákon č. 65/2017.

**Je něco, co byste ještě ráda sdělila našim čtenářům?**

Žádná revoluce v oblasti protidrogové politiky se mým příchodem nekona. Naopak, ráda bych přispěla ke stabilizaci, a to i finanční, systému služeb. Zvýšit jejich dostupnost. Zároveň, jak už jsem řekla, ráda bych pomohla i systému v primární prevenci.

**Děkuji za rozhovor.**

---

## KONFERENCE

---

### CENA ADIKTOLOGIE – NÁRODNÍ ADIKTOLOGICKÁ KONFERENCE

#### Sdílený adiktologický pacient / klient

22. listopadu 2018

Cena adiktologie má pro náš obor velký symbolický význam.

Jejím hlavním posláním je ocenit ty, kteří se nejvíce zasloužili o jeho rozvoj, zviditelnění, zásadním způsobem přispěli svojí klinickou či výzkumnou prací a kteří mu odevzdali více než jiní. Není tedy pouze jakousi „síní slávy“, je též lidským i profesním poděkováním těm, kteří oboru adiktologie věnovali a věnují své úsilí a tvrdou práci.

Adiktologie není oborem jednoduchým a často ani veselým či dokonce vděčným. Je oborem, který neměl jednoduchou cestu a pozici a přitom je to obor, který v moderní společnosti zasahuje obrovské množství lidí; návykové látky a zdraví škodlivé návyky často zásadním způsobem mění osudy mnoha jednotlivců i celých rodin či dokonce sociálních skupin.

Cenou adiktologie chceme osobnostem našeho oboru vyjádřit nejen dík za to, co pro ostatní dělali a dělají, ale i za jejich osobní postoje, názory a hodnoty, které prosazují a svojí prací vyjadřují. V tomto smyslu má Cena adiktologie být též určitou reflexí oboru samotného směrem dovnitř a má současně kolegům v jiných oborech i širší veřejnosti ukázat, koho a proč si v naší odborné obci vážíme a kam se jako obor vyvíjíme.

Cenu udělují společně Klinika adiktologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze, spolu se Společností pro návykové nemoci České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Letošním tématem celodenní konference je téma zaměřené na sdílení péče o adiktologického pacienta / klienta. Konference se koná dne 22. listopadu 2018 a podrobnější informace naleznete na webových stránkách [www.adiktologie.cz](http://www.adiktologie.cz) v sekci Cena adiktologie.

Konference se koná v prostorách Lékařského domu, sídla ČLS JEP, na adrese Praha 2, Sokolská 490/31, ve velké přednáškové místnosti.

---

## RECENZE

---

# Základy metodologie výzkumu

L. Eger, D. Egerová

Eger, L. & Egerová, D. (2017). Základy metodologie výzkumu. Plzeň: ZČU v Plzni

Mgr. Tomáš Jandáč

e-mail: tomas.jandac@gmail.com

---

Postgraduální student adiktologie 1. LF UK  
Zástupce vedoucího TK Karlov, Sananim, z.ú.

---

Předmět metodologie a další jemu příbuzné předměty nebývají v sylabu vysokoškolského studia ty nejoblíbenější a nejvyhledávanější. To je ovšem velkým nedostatkem a rezervou, kam se posunout ve vysokoškolské pedagogice. Tato oblast vědění napomáhá nejen při psaní závěrečných klasifikovaných prací a různých průběžných prací seminárních a ročníkových. Metodologie také tříbí uvažování, logiku a kritické myšlení, po kterých titíž studenti, kteří nepovažují předmět metodologie za důležitý, volají. Ovšem dříve, než bych hledal vinu u studentů, že se nechťejí jmenovaným předmětům učit, zamyslel bych se nad tím, co můžeme udělat my, postgraduální studenti a pedagogové, pro to, abychom učivo učinili přitažlivým a dobře pochopitelným. Jedním z nástrojů, které nám mohou tuto činnost usnadňovat, jsou vysokoškolské publikace.

Jedna z nich vyšla v roce 2017 na Západočeské univerzitě v Plzni, jmenuje se Základy metodologie výzkumu a jejími autory jsou Ludvík a Dana Egerovi. Oba působí na ekonomické fakultě a tento fakt se line celou publikací, kdy příklady vysvětlující probíranou látku jsou prezentovány na případech z tohoto oboru. Sympatické je, že se hned v úvodu dozvídáme, že publikace vychází z knihy jiného metodologa, Reichela (2009), a navazuje na ni. Jeho Kapitoly z metodologie sociálních výzkumů jsou velmi dobrou a ceněnou učebnicí, v dnešní době ovšem špatně sehnatelnou a přiznejme si – zastaralou (viz část týkající se paradigmatu smíšeného výzkumu). Reichelovo dílo sice nepatří k nejvíce čtivým textům, skripta

Egerových si však berou z Reichela to podstatné a předkládají to svou stručnou formou. Ke čtivosti měl hodně blízko Disman se svou knihou Jak vzniká sociologická znalost (1993), ale ta se svým rokem vydání patří snad skutečně k muzejním dílům (autor ji psal před masivním nástupem počítačů). Dalším často citovaným autorem je bezesporu jeden z nejvýznamnějších metodologů u nás, Jan Hendl (2009, 2014 a 2017). Opatrnější bych byl ve volbě citování tohoto autora (2009) v částech týkajících se kvalitativního přístupu. Skvělý background knize ovšem dodává John Creswell (2009, 2011, 2015), Punch, (2008, 2008b) a Gray (2009).

Velkým pozitivem recenzované knihy je její přehlednost. Text je doprovázen ikonami, schémata a tabulkami. Kapitoly jsou zakončeny několika otázkami, které u čtenáře reflektují, co si zapamatoval.

Knihy vychází ze tří základních paradigmat sociálního výzkumu – kvalitativního, kvantitativního a smíšeného. Publikace začíná kapitolami o obecných pojmech a úvodu do metodologie vědy, o výběru, strategiích a návrhu designu výzkumu. Dobře zpracována je i kapitola o etice vědecké práce. Kapitola Informační zdroje nás příliš neobohatí. Další část věnovaná kvantitativnímu výzkumu je opět zpracovaná přehledně a dobře, totéž lze říci o další části o kvalitativním výzkumu. Je škoda, že se autoři nerozhodli vycházet například z Miovského (2006). Další část pojednává o smíšeném výzkumu a rozsahem se vyrovnává předchozím kapitolám. Třetí paradigma výzkumu je tedy

v rovnováze k předchozím dvěma (alespoň v literatuře). Další kapitoly se věnují vyhodnocování dat výzkumu a zpracovávání závěrečné zprávy z výzkumu a interpretace dat. Mimo očekávaných informací autoři upozorňují na výzám infografiky, jejíž důležitost je mezi studenty i mezi akademiky stále nedoceněna. Trochu nepochopitelně se až v této části autoři zabývají problematikou proměnných. Zbylé části se týkají konkrétních výzkumných nástrojů. Větší prostor zabírá kapitola o tématu dotazníků. Přestože autoři diskutují, že pro nezkušené výzkumníky je vhodnější volit standardizované dotazníky, velkou část textu věnují nepochopitelně tvorbě dotazníků.

Účelem a cílem knihy je přijatelnou formou přiblížit základy metodologie studentům magisterských a doktorandských oborů a vzbudit v nich zájem o tak důležitý obor, jako je metodologie vědy. Myslím, že tento svůj úkol plní a poměrně s přehledem. Osobně bych ji spíše doporučoval studentům bakalářských oborů, ve kterých by zájem roznítit určitě mohla a studentům magisterských oborů bych doporučoval jejich rozhled rozšiřovat dalšími publikacemi.

---

## LITERATURA

- Creswell, W. J. (2009). *Research design. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. 3<sup>rd</sup> edition. Thousand Oaks: Sage.
- Creswell, W. J. (2015). *A concise introduction to mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage.
- Creswell, W. J. & Plano Clark, L. V. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. 2<sup>nd</sup> edition. Thousand Oaks: Sage.
- Disman, M. (1993). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
- Eger, L. & Egerová, D. (2017). *Základy metodologie výzkumu*. Plzeň: ZČU v Plzni.
- Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2009). *Přehled statistických metod*. Praha: Portál.
- Hendl, J. (2014). *Statistika v aplikacích*. Praha: Portál.
- Hendl, J. & Remr, J. (2017). *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál.
- Gray, E. D. (2009). *Doing research in the real world*. London: Sage.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- Punch, F. K. (2008). *Úspěšný návrh výzkumu*. Praha: Portál.
- Punch, F. K. (2008b). *Základy kvantitativního šetření*. Praha: Portál.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních věd*. Praha: Grada.

# POKYNY AUTORŮM

## 1 PŘIJÍMANÉ PRÁCE, TECHNICKÉ PODMÍNKY, AUTORSTVÍ

Redakce přijímá příspěvky v češtině, slovenštině nebo v angličtině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky lze odevzdat jako dokumenty MSWORD a EXCEL. Jiné formáty lze použít pouze po předchozí konzultaci s redakcí časopisu. Zaslání příspěvků musí být určeno výhradně pro publikaci v časopisu. Adiktologie v preventivní a léčebné praxi musí být doplněna písemným prohlášením, že nebyla nebo bude zadána ku veřejnosti v jiném časopise. Otištěné články nesmějí být publikovány ani šířeny jakýmkoliv způsobem v jakékoli podobě bez výslovného svolení vydavatele. Hlavní / korespondující autor je zodpovědný za to, že článek byl schválen všemi autory, s jejich rozborom a závěry a že zplnomocňují korespondujícího autora k jednání s redakcí. Redakce netrvá na „imprimatur“ vedoucího pracoviště autora.

Adiktologie v preventivní a léčebné praxi řídí etickými normami a doporučeními vyplývajícími z Farmingtonské úmluvy (<http://www.isaje.net/farmington-consensus.html>).

## 2 RUBRIKY ČASOPISU A MAXIMÁLNÍ ROZSAH PŘÍSPĚVKŮ

### 2 / 1 Typy textů

Recenzované práce (zadávají se minimálně dva nezávislé oponentské posudky)

Původní sdělení: přináší nejvídedecké zpracování studované problematiky při obvyklé studii menšího rozsahu, diagnostiky a terapie, vlastní klinické zkušenosti. Maximální rozsah je 5 stran, literatury do 15 citací a dokumentace může obsahovat až 6 obrázků (tabulek, grafů) a 2 fotografie (černobílé).

Krátká sdělení: jsou exaktně zpracované vlastní výsledky z oblasti pilotních studií, studií menšího rozsahu, diagnostiky a terapie, vlastní klinické zkušenosti. Maximální rozsah je 5 stran, literatury do 15 citací a dokumentace může obsahovat 2 obrázky (tabulky, grafy).

Přehledové články: jsou výstižným přehledem aktuální problematiky, přičemž vlastní zkušenosti autora netvoří hlavní náplň referátu. Maximální rozsah je 14 stran a nejvýše 50 převážně časopiseckých citací. Těžiště literatury je v citacích, které nejsou starší 5 let.

Vzdělávání: Rubrika je věnována otázkám problémů u pregraduální či postgraduální výuky a celoživotnímu vzdělávání zejména v adiktologii, psychiatrii, psychologii, psychoterapii, sociální práci a politice, pedagogice a speciální pedagogice, ale i dalších oblastech, představuje přehledy vzdělávacích doškolovacích kurzů a jejich vztahem k adiktologické problematice. Maximální rozsah příspěvku je 15 normostran. Maximální počet citací je 25.

Kazuistické studie: jsou příspěvky prezentující zkušenosti z oblasti prevence a léčby závislosti. Vedle zpracování formou klasické kazuistické studie se může jednat o představení doporučených postupů, popis praktických zkušeností s určitými léčebnými postupy, metodou apod. Maximální rozsah je 8 stran. Maximální počet citací je 25.

Komentované překlady: zasazují do kontextu české adiktologie aktuální témata publikovaná v zahraničí. Maximální rozsah je 8 stran. Maximální počet citací je 15.

Nerecenzované práce (nezadávají se oponentské posudky)

Zprávy z oboru, diskuse a dopisy čtenářů, rozhovory: reagují věcným výstižným komentářem na nedávno publikované články a veškeré odborné dění. Přináší je vhodné, doplňující či odlišné názory autora. Maximální rozsah 3 strany.

Knižní recenze: přináší zprávy o domácích a zahraničních nových vycházejících knihách z oboru adiktologie a oborů příbuzných. Hlavní zprávy (recenze) musí obsahovat stejné údaje jako citace monografie (eventuálně sborníku). Maximální rozsah 3 strany.

Zprávy ze světa: slyšeli nebo přečetli jsme za vás. Maximálně 1 strana.

Jiný rozsah příspěvků a použití barevné dokumentace je třeba konzultovat s redakcí.

### 2 / 2 Návodů na zpracování textů

Redakce časopisu nabádá autory, aby při reportování randomizovaných kontrolovaných studií postupovali dle doporučených postupů, které poskytují návod pro práci s odborným textem.

Typy návodů pro zpracování různých typů textu jsou:

CONSORT randomized controlled trials  
<http://www.consort-statement.org>

STARD	studies of diagnostic accuracy <a href="http://www.consort-statement.org/stardstatement.htm">http://www.consort-statement.org/stardstatement.htm</a>
QUOROM	systematic reviews and meta-analyses <a href="http://www.consort-statement.org/Initiatives/MOOSE/moose.pdf">http://www.consort-statement.org/Initiatives/MOOSE/moose.pdf</a>
STROBE	observational studies in epidemiology <a href="http://www.strobe-statement.org">http://www.strobe-statement.org</a>
MOOSE	meta-analyses of observational studies in epidemiology <a href="http://www.consort-statement.org/Initiatives/MOOSE/moose.pdf">http://www.consort-statement.org/Initiatives/MOOSE/moose.pdf</a>

## 3 FORMÁLNÍ NÁLEŽITOSTI RUKOPISU

Článek zasláný do redakce musí mít následující náležitosti. Absence kterékoliv z nich může být důvodem krácení textu k doplnění nebo vyřazení článku před recenzním řízením.

### 3 / 1 Formální náležitosti textu

1) Článek musí mít úvodní stranu, ve které jsou název (v českém i anglickém jazyce), adresa (včetně PSČ) všech autorů, článkové kontaktní detaily včetně vědeckých akademických titulů a článkové kontaktní detaily pro korespondujícího autora (tj. včetně telefonu a e-mailu). Na úvodní straně uveďte počet znaků včetně mezer.

2) Abstrakt / souhrn v českém i anglickém jazyce (max. 250 slov) začíná jinou stránkou.

Původní práce jsou opatřeny Abstraktem s doporučenou strukturou:

- Východiska / Background
- Cíle / Aims
- Metody / Methods
- Soubor / Sample
- Výsledky / Results
- Závěry / Conclusions

Práce v ostatních rubrikách mohou mít nestrukturovaný Abstrakt.

3) Klíčová slova počtu 3–6 v českém i anglickém jazyce uvedena dle nastránce Abstraktu

4) Afilie ke grantu v českém i anglickém jazyce uvedené dle nastránce Abstraktu

5) Tělo článku podle instrukcí pro autory (viz kapitola pokynů 2). Další podnady jsou povoleny (v doporučeném formátu 1; 1/1; 1/1/1; 1/2... 2/1 atd. Odrazuje autora od užívání „poznámek pod čarou“). Tělo článku začíná na nové straně.

6) Pokyny pro práci s literaturou jsou uvedeny v kapitole pokynů 3/3. Autorům doporučujeme používat citační programy (Reference Manager, EndNote aj.).

7) Nakonec tělo článku (před použitím literatury) autoři uvedou odstavce „Role autorů“ (krátká specifikace, cokterý autor v článku zpracovával) a odstavce „Konflikt zájmů“ (není-li žádný, pak uvedou „Bez konfliktu zájmů“). Dobrovolně uvedení „Poznámky“.

Tyto tři části článku nejsou číslovány. Nadpisy jsou uvedeny tučným písmem. Nad dalšími řádky následuje text. Velikost písma je stejná jako předchozí text.

Příklady:

Role autorů: Autor X a Autor Y navrhli studii a navrhli design studie. Autor Z provedl statistické analýzy a podílel se na interpretaci dat a přípravě manuskriptu. Autor X navrhł počáteční podobu rukopisu. Autor Y provedl rešerš literatury a shromáždil související práce. Autor W dohlížel na statistické analýzy a podílel se na přípravě rukopisu. Všichni autoři přispěli ke vzniku článku a schválili konečnou podobu manuskriptu.

Konflikt zájmů: Klinická studie byla financně podpořena farmaceutickou firmou Pharmaceuticals.

Poznámka: Autoři děkují prof. Novákovi za konzultace statistických analýz.

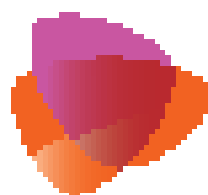
8) Obrazová dokumentace (viz kapitola pokynů 3/2). Je připojena ke konci dokumentu za literaturou. Každá jednotlivá tabulka, graf nebo fotografie začíná na nové straně. V těle článku označte, kam přibližně umístíte tabulku, graf nebo fotografii, písmo kurzívou: „[tabulku / graf / fotografii číslo X přibližně sem]“.

### 3 / 2 Formální náležitosti obrazové dokumentace

Tabulky a grafy

Jednotlivé soubory MS Excel (preferován) nebo Word, v úpravě dle APA (<http://www.apastyle.org/manual/related/sample-experiment-paper-1.pdf>), černá + odstíny šedi, nepoužívat barevné značení. Název souboru vždy obsahuje jméno prvního autora. Tabulka musí mít vlastní stručnou legendu, číslovanou, v češtině (Tabulka 1).

# Už se mohu usmívat



**viekdrax\***

sofosbuvir/velpatasvir  
řídinná perorální léčba



**exviera\***

sofosbuvir  
perorální léčba

## Léčba chronické hepatitidy C<sup>1,2</sup>

**97%**

(n = 1018/104)

vyléčených pacientů

\* s léčbou sofosbuvir + VIEKDRAX® u pacientů s chronickou hepatitidou C<sup>1,2</sup>

Jen **0,2%**

(n = 17/84)

pacientů ukončilo léčbu

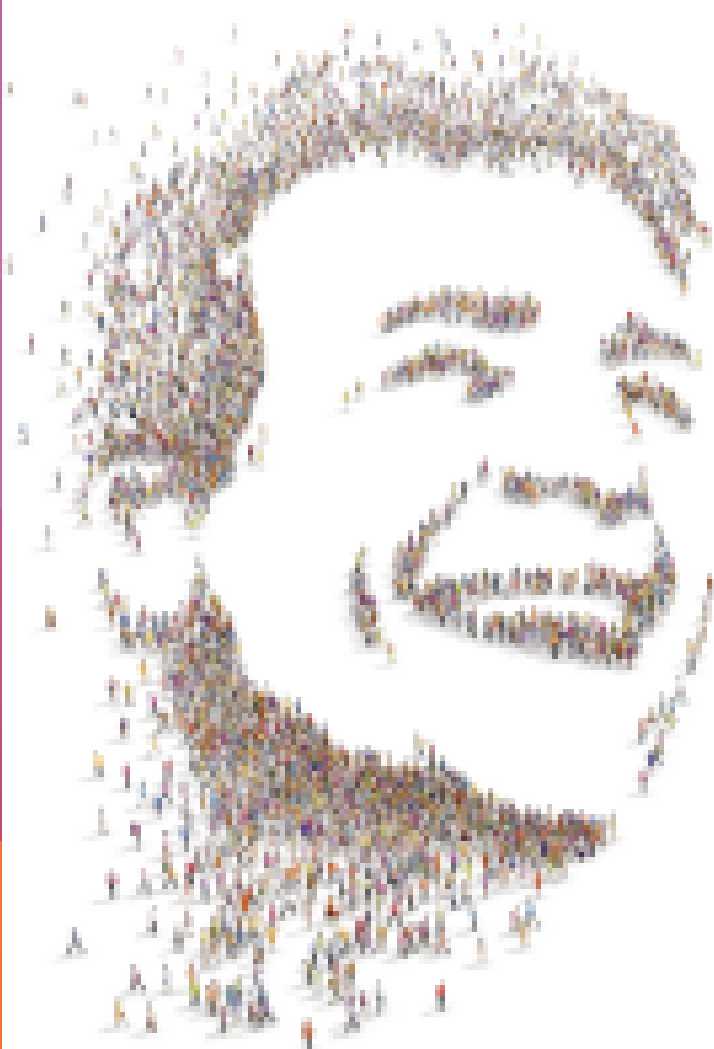
\* s léčbou sofosbuvir + VIEKDRAX® u pacientů s chronickou hepatitidou C<sup>1,2</sup>

bez interferonu

8/12/24 týdnů léčby

s  bez ribavirinu

s  bez cirhózy





[REDACTED]

[REDACTED]

www.abbvie.com

## Fotografie

Černobílé, digitální, jednotlivé soubory ve formátech .jpg, .tiff, .eps, minimální rozlišení 300 dpi. Název souboru vždy obsahuje jméno prvního autora. Obrázek musí mít vlastní stručnou legendu, číslovanou, v češtině (Obr. 1, Graf 1), „Schéma“ se označuje jako „obrázek“.

Tabulky, grafy a fotografie směřují být vložené do textu. V textu jsou součástí odkazů, obsahují pouze odkazy (Tabulka 1, ...).

Články se zalomenými obrázky nebo tabulkami v textu budou autorům vráceny k úpravě.

## 3 / 3 Formální náležitosti Literatury, odkazy v textu, příklady

### Literatura / References

Uspořádání literatury na konci článku je abecední podle příjmení autora (event. dalších autorů). Citace se nečíslují, každá citace začíná na novém řádku. V seznamu literatury se užívá plně formální citace: příjmení a zkratky jmen všech autorů, plný název a popř. podnázev práce v jazyku originálu, časopis (resp. normalizovaná zkratka časopisu), rok, ročník, stránkový rozsah; u monografií místo vydání, vydavatel, rok vydání.

Při formální úpravě citací jednotlivých typů dokumentů se řiďte platnými citacími normami (viz citační manuál APA).

Citace článku jednoho autora:

Mellers, B.A. (2000). Choice and the relative pleasure of consequences. *Psychological Bulletin*, 126(10), 910–924.

Citace článku dvou autorů:

Klimoski, R., Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10–36.

Základní citace knihy:

Beck, C.A., Sales, B.D. (2001). *Family mediation: Facts, myths and future prospects*. Washington, DC: American Psychological Association.

Citace editované knihy:

Gibbs, J.T., Huang, L.N. (Eds.). (1991). *Children of color: Psychological interventions with minority youth*. San Francisco: Jossey-Bass.

Citace kapitoly v editované knize:

Kudrle, S. (2003). Historie užívání a neužívání psychotropních látek. In K. Kalina (Ed.), *Drogy a drogové závislosti: Mezioborový přístup 1* (pp. 83–89). Praha: Úřad vlády České republiky.

Citace publikovaného sborníku, publikovaného příspěvku na sympoziu:

Deci, E.L., Ryan, R.M. (1991). A motivational approach to self: Integration in personality. In R. Dienstbier (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Vol. 38. Perspectives on motivation* (pp. 237–288). Lincoln: University of Nebraska Press.

### Odkazy na literaturu v textu, příklady

V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora (nebo názvem zdroje) a rokem vydání práce, přívěs prací jednoho autora v jednom roce zůstávají písmenem malé abecedy. Má-li práce více než dva autory, uvádí se pouze první a zkratka „et al.“. Plná citace musí být uvedena v použité literatuře na konci vašeho textu (viz výše).

Odkaz na práci jednoho autora, zdroje:

Charvát (2003) se opírá o vlastní výzkumné závěry...

...80,6 % žen je svobodných a současně bezdětných (Vacek, 2000).

V závěrečné zprávě (WHO, 2008) se uvádí, že...

Odkaz na více prací jednoho autora:

Klienti vnímali změny vždy velmi citlivě (Škoda, 2005, 2003) a terapeut by...

Odkaz na práci více autorů:

Novák et al. (2004) zkoumali na souboru...

Odkaz na práci několika autorů:

K tomu to je vesměs hodně vyjadřuje většina autorů (Nemožný, 2004; Bílek, 2003). (V tomto případě se citace od sebe oddělují středníkem.)

Přímý odkaz na autora:

Přípříme odkazy se uvádí strana (zangl., page<sup>o</sup>), naniž se pasáž v původní práci nachází.

Woller (2002) o participantech hovoří jako o „zpuštěných duších“ (p. 96).

...neboť „citlivost je základním pilířem úspěšné práce“ (Papež, 2005, p. 180).

Totéž platí pro přírodní odkazy na materiály ve elektronické podobě. V případě, že dokument není číslovaný, lze odkázat na kapitolu a odstavec, jehož je citovaná pasáž součástí. Bud' lze použít symbol pro odstavec: (Sobota, 2000, §5), nebo anglickou zkratku pro odstavec (paragraph): (Neděla, 2000, Diskuse, para. 1).

## 4 ETICKÉ ASPEKTY

Je-li referováno o pokusech na lidech, uveďte, zda studie byla před zahájením schválena místní etickou komisí. U pokusů na zvířatech uveďte, zda byly dodrženy ústavní nebo národní předpisy a měrnice pro chov a experimentální používání zvířat nebo přiložte čestné prohlášení o souhlasu etické komise.

Pacientům mají právo na soukromí, které nesmí být porušeno bez jejich informovaného souhlasu. Identifikační údaje nesmí být uvedeny v psaném textu, na fotografiích nebo v rodkmenech, pokud není tato informace nezbytná z vědeckého hlediska a pokud pacient (nebo jeho rodič či opatrovník) neposkytl informovaný souhlas k uveřejnění těchto údajů. V tomto případě musí být pacient bez známé rukopisem. Poskytnutí informovaného souhlasu pacientem musí být známeno v otištěném článku. Blíže viz International Committee of Medical Journal Editors („Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals“). *J Pharmacol Pharmacother*. 2010 Jan-Jun; 1(1):42–58. PMID: PMC3142758.

Přiložte potvrzení, že článek nebyl odeslán do další redakce a je určen k publikování výhradně v časopisu Adiktologie v preventivní a léčebné praxi.

## 5 DORUČENÍ PŘÍSPĚVKU REDAKCI

Časopis přijímá příspěvky pouze elektronicky, výhradně na adrese [journal@aplp.cz](mailto:journal@aplp.cz). Příspěvky musí obsahovat:

1. Průvodní dopis
2. Textový soubor
3. Soubor(y) s tabulkami a další obrazovou dokumentací

Redakce potvrdí, že příspěvek byl doručen. Příspěvky podávající výše uvedeny požadavky mohou být v rámci řízení, o jehož výsledku bude korespondující autor informován. Doručené příspěvky, které nebudou respektovat pokyny pro autory, budou vráceny k přepracování bez recenzního řízení.

## 6 REAKCE NA OPONENTSKÉ POSUDKY

Cílem redakce je kontinuálně zvyšovat kvalitu publikovaných článků a kultivovat kodbornou komunikaci a výměnu zkušeností v oboru. Nabádáme autory – tam, kde je to relevantní – k přijetí konstruktivních návrhů oponentů. Snahou redakce je celého recenzního řízení je pomoci zvýšit kvalitu posuzované hotové textu a jeho hodnotu pro čtenáře a kolegy z oboru, odstranit chyby či nedostatky.

Vzhledem k tomu, že je pravděpodobné, že rukopis bude vyžadovat revizi, pozapracování změnou desílek korespondující autor dříve ve zveřejnění článku: 1) konečnou podobu článku bez výrazných změn, 2) text v režimu sledovaných změn. Dále korespondující autor pošle reakci na posudky jako samostatný dokument (formulář obdrží od redakce spolu s výzvou k přepracování článku), s podrobným popisem toho, jak vyřeší všechny nesené připomínky a návrhy. Jentak budeme možných leasprávně identifikovat provedené změny a umožnit redakci sledovat, jakým způsobem autor nad doporučení reagoval. Nedostatečné je uvést pouze například „přeformulováno“ nebo „změněno“ – je nezbytné uvést krátce přehledně jakým způsobem, tj. popsat nebo vložit změněnou část textu. Evidujte všechny změny ve článku, kterým reagujete na recenzní posudek a cokoli v něm měníte, předěláváte či doplňujete.

Zpracujte připomínky a proveďte změny v co nejkratším čase a zašlete novou verzi rukopisu do redakce. Pokud doba úpravy textu zabere více než tři měsíce, bude článek vyřazen z recenzního řízení – revidovaná verze, která bude zaslána k pozdějšímu datu, bude považována za nově zaslaný článek. Očekáváte-li pozdější odeslání revidované hotové textu, prosím, dejte písemně vědět před uplynutím tří měsíců od předání článku do redakce na přesném postupu a termínech.

Pokyny pro autory v aktuálním znění, stejně jako další potřebné informace autorům, předplatitelům a dalším zájemcům o časopis Adiktologie v preventivní a léčebné praxi, naleznete na webových stránkách <https://www.aplp.cz/>





# Tabák

Kouření tabáku má negativní vliv na celkovou míru nemocnosti a úmrtnosti populace, ve většině vyspělých zemí přispívá k nárůstu chronických neinfekčních onemocnění a je považováno za jednu z nejzávažnějších příčin úmrtí, které lze předcházet adekvátní prevencí, včasnou diagnostikou a motivačně-léčebnou intervencí. Na následky kouření celosvětově umírá více než 7 milionů kuřáků za rok, v ČR je to ročně kolem 18 tisíc aktivních a 2 až 3 tisíce pasivních kuřáků. V tabákovém kouří bylo popsáno přes 70 látek s prokazatelně karcinogenními účinky, které jsou obsaženy buď přímo v tabáku, nebo vznikají v průběhu procesu hoření. Nikotin, návyková látka obsažená v tabáku, je svým působením na receptory v mozkových centrech odpovědná za vznik závislosti, která má kromě psychické a fyzické složky i významný psychosociální rozměr. Aktivní kouření má neblahý vliv na zdraví kuřáka, ovlivňuje dospělé, děti, nenarozený plod gravidních kuřáček. Kouření urychluje nástup a rozvoj aterosklerózy, je významným rizikovým faktorem cévních mozkových příhod a srdečních infarktů. Z onkologických nemocí se nejedná pouze o nádory respiračního traktu, stoupá četnost nádorů dutiny ústní, slinivky, ledvin, močového měchýře, děložního čípku, střev a konečníku. Svým působením na drobné tepénky urychluje kouření projevy

stárnutí kůže, snižuje se pružnost pleti, hydratace, její hojivost. Z dalších zdravotních komplikací nelze opomenout vředovou chorobu gastroduodena, snížení potence u mužů a menstruační potíže či neplodnost u žen. Kouřením v graviditě se zvyšuje riziko potratu, předčasného porodu, děti kuřáček mívají nižší porodní hmotnost, obtížnější bývá i poporodní adaptace novorozenců. Tabákový kour je jednou z příčin syndromu náhlého úmrtí kojenců, pobyt v zakouřeném prostředí vede k zvýšenému výskytu respiračních onemocnění dětí, častých infekcí horních cest dýchacích, zánětů středouší až po riziko vzniku astmatu, zvyšuje se dokonce riziko onemocnění některým druhem dětských leukémií. Nelze opomenout negativní důsledky pasivní inhalace tabákového kouře – nárůst civilizačních nemocí, zhoršení průběhu chronických onemocnění či různé psychosomatické potíže. Stejně jako kouření klasických cigaret i užívání elektronických cigaret a zahřívání tabáku může vést k závažnému poškození zdraví.

Vznik tohoto čísla Adiktologie v preventivní a léčebné praxi byl finančně podpořen Ing. Kateřinou Konečnou, poslankyní Evropského parlamentu.