

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

A

**VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU V JINDŘICHOVĚ HRADCI**

Harm Reduction v prevenci drogových závislostí

Autor práce: Dita Kalousová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Procházka, Ph.D.

Studijní program: Sociální pedagogika, specializace: výchovná a vzdělávací praxe

Datum odevzdání: 31. března 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 24.3.2010

Dita Kalousová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Miroslavu Procházkovi, Ph.D. za odborné vedení a cenné připomínky.

Anotace

Bakalářská práce na téma Harm Reduction v prevenci drogových závislostí se zabývá terciární drogovou prevencí. Cílem práce je poukázat na důležitost informovanosti studentů středních škol o přístupu Harm Reduction.

Teoretická část poskytuje informace o dopadech drogové závislosti, prevenci drogových závislostí, substituční léčbě, přístupu Harm Reduction a službám poskytovaným uživatelům drog v rámci tohoto přístupu. V praktické části jsou uvedeny výsledky výzkumu, jehož cílem bylo zmapovat informovanost studentů vybraných středních škol jihočeského regionu o přístupu Harm Reduction.

Klíčová slova: Harm Reduction, terciární drogová prevence, drogová závislost, uživatel drog, terénní sociální práce

Abstract

Harm Reduction in the prevention of drug addictions

This dissertation on Harm Reduction approach in the prevention of drug addictions deals with tertiary drug prevention. It aims to show the importance of how much information about this topic students at comprehensive schools get and have.

The theoretical part provides some information about the consequences of drug addiction in general, about drug prevention, substitution treatment, Harm Reduction approach and the services involved. The practical part presents the results of a survey which aimed to map the awareness of students from selected comprehensive schools in the South Bohemian region of the Harm Reduction approach.

Key words: Harm reduction, tertiary drug prevention, drug addiction, a drug addict, streetwork

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 8 |
| 1 Teoretická část | 10 |
| 1.1 Vymezení pojmů droga a drogová závislost | 10 |
| 1.2 Vznik drogové závislosti..... | 12 |
| 1.3 Dopady drogové závislosti..... | 13 |
| 1.3.1 Psychické důsledky závislosti | 13 |
| 1.3.2 Sociální důsledky závislosti | 14 |
| 1.3.3 Somatické důsledky závislosti | 14 |
| 1.3.3.1 Infekční hepatitidy a AIDS | 16 |
| 1.4 Aktuální drogová scéna v České republice | 18 |
| 1.5 Prevence drogových závislostí..... | 19 |
| 1.5.1 Terciární drogová prevence..... | 20 |
| 1.7 Substituční léčba | 22 |
| 1.7.1 Metadon | 23 |
| 1.7.2 Subutex..... | 25 |
| 1.7.3 Suboxone..... | 26 |
| 1.7.4 Typy substituční léčby | 27 |
| 1.8 Přístup Harm Reduction..... | 28 |
| 1.8.1 Vymezení pojmu a přístupu Harm Reduction..... | 28 |
| 1.8.2 Vznik a vývoj Harm Reduction | 31 |
| 1.8.3 Základní principy, strategie a postoje Harm Reduction..... | 33 |
| 1.8.4 Cíle Harm Reduction..... | 34 |
| 1.8.5 Terénní sociální práce | 35 |
| 1.8.5.1 Terénní sociální práce s drogovými uživateli | 35 |
| 1.8.6 Služby poskytované v rámci Harm Reduction..... | 36 |
| 1.8.6.1 Výměnný program injekčních stříkaček a jehel..... | 37 |
| 1.8.6.2 Testování tablet „extáze“ | 38 |
| 1.8.6.3 Bezpečný sex..... | 40 |
| 1.8.6.4 Poradenství..... | 40 |
| 1.9 Zařízení poskytující služby drogově závislým v Jihočeském kraji..... | 43 |
| 2 Praktická část | 45 |
| 2.1 Cíl výzkumu | 46 |

| | |
|---|----|
| 2.2 Stanovení a zdůvodnění předpokladů | 47 |
| 2.3 Metodika | 49 |
| 2.3.1 Použité metody a technika sběru dat | 49 |
| 2.3.2 Charakteristika zkoumaného souboru | 50 |
| 2.4 Prezentace a interpretace výsledků | 51 |
| 2.5 Shrnutí praktické části..... | 68 |
| 3 Závěr | 72 |
| 4 Seznam použitých zdrojů | 74 |
| 5 Přílohy..... | 80 |

Úvod

„Sobectví není totéž co sebeláska, ale jejím přímým opakem. Sobectví je druhem chtivosti. Jako každá chtivost implikuje nenasytnost, jejímž důsledkem je věčná neukojitelnost. Chtivost je bezedná jáma, která člověka vyčerpává nikdy nekončícím vypětím, aby uspokojil své potřeby, aniž toho kdy dosáhne.“

Erich Fromm

Problematika užívání a zneužívání drog je celosvětový problém, který se nevyhýbá ani České republice. Drogovou závislost je nutno chápat komplexně jako bio-psycho-sociální onemocnění, kde jsou jednotlivé faktory ve vzájemné interakci, doplňují se a integrují. Drogová závislost se pak dotýká nejen uživatele drog, jeho rodiny a okolí, ale také celé společnosti.

S postupně zvyšující se dostupností drog po celém světě se zvyšuje riziko jejich užívání. Intervence ze strany přístupu Harm Reduction se snaží rizika užívání drog minimalizovat. Jedná se zejména o předcházení přenosu viru HIV a virových hepatitid typu B a C, k němuž dochází sdílením použitého injekčního materiálu. Část společnosti se k přístupu Harm Reduction staví velmi negativně. Služby poskytované v rámci Harm Reduction, jako například výměnu použitých stříkaček a jehel za čisté, distribuci kondomů atd., považuje za pouhé podporování uživatelů drog v „braní.“ Přístup Harm Reduction počítá s tím, že mezi námi jsou lidé, kteří své „braní“ dosud jako problém nevidí anebo vidět nechtějí a tudíž ani necítí potřebu jít se léčit.

Prvními kroky na cestě k léčbě závislosti může být pro uživatele drog právě kontakt s terénními pracovníky (streetworkery), kteří uživatelům drog poskytují nejen čisté injekční náčiní atd., ale také informace, poradenství a snaží se uživatele namotivovat k návštěvě kontaktního centra. Cílem Harm Reduction je omezit šíření infekčních nemocí mezi drogovými uživateli a minimalizovat šíření z drogové subkultury do světa a společnosti bez drog. Vzhledem k tomu, že mezi drogově závislými a společností, která drogy neužívá, neexistují viditelné bariéry, je potřeba Harm Reduction zřejmá.

Během mého pracovního působení v Kontaktním a doléčovacím centru o.s. Háječek v Českých Budějovicích, kde jsem během studií působila jako terénní pracovník, jsem se setkala s drogově závislými z řad středoškoláků. Přesto, že

v posledních letech trend nitrožilního užívání drog není tak výrazný a u středoškolské populace byl vysledován především nárůst užívání konopných látek, zajímalo mne, jak jsou studenti středních škol informováni o službách poskytovaných v rámci přístupu Harm Reduction. Vědí studenti, kam se obrátit v případě, kdyby se sami nebo jejich blízcí ocitli v situaci uživatele drog?

1 Teoretická část

1.1 Vymezení pojmů droga a drogová závislost

Droga

Presl (1995) označuje jako návykovou látku, drogu, každou látku, ať přírodní nebo syntetickou, která však splňuje dva základní požadavky:

1. určitým způsobem ovlivňuje prožívání reality, má tzv. psychotropní účinek,
2. může vyvolat návyk a závislost.

Drogová závislost

Skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo skupiny látek, jež má u daného jedince daleko větší přednost než jakékoli jiné jednání a které pro něj dříve bylo důležité, se označuje jako syndrom závislosti (Nešpor, Csémy, 1996).

Centrální popisnou charakteristikou je často silná až přemáhající touha brát psychoaktivní látky, které mohou avšak nemusí být lékařsky předepsány, alkohol nebo tabák (Nešpor, Csémy, 1994).

Vavřínková, Binder (2006) vycházejí z definice Světové zdravotnické organizace, která definuje drogovou závislost jako psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně, proto aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při absenci drogy v organismu.

Zásadní charakteristikou syndromu závislosti je silná touha užívat psychoaktivní látky (ať jsou či nejsou lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Opětovné užívání látky po určitém období abstinence, obvykle vede k rychlejšímu znovuoobjevení rysů syndromu, než je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje (Nešpor, Csémy, 1996).

Nešpor a Csémy (1996) uvádí, že definitivní diagnóza závislosti by se obvykle měla stanovit pouze tehdy, jestliže během jednoho roku došlo ke třem nebo více z následujících jevů:

- a) silná, nezvladatelná touha nebo pocit puzení užívat látku,
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky,
- c) tendence ke zvyšování dávek (příklady lze nalézt u jedinců závislých na alkoholu či opiátech, kteří mohou brát denně takové množství látky, které by uživatele bez tolerance dokonce i usmrtilo),
- d) postupné zanedbávání jiných zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času k získání nebo užívání látky,
- f) pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Motivace k užívání psychoaktivních látek je různá:

- potřeba vyřešit problémy a uniknout stresovým situacím,
- potřeba dosáhnout uspokojení, které není jinak dosažitelné,
- potřeba uniknout stereotypu, nudě,
- potřeba sociální konformity, udržení sociálních vztahů,
- potřeba být akceptován skupinou či subkulturou, pro kterou užívání drog patří k standardu chování (Vágnerová, 1999).

Fyzická závislost

Jde o stav organismu vyvolaný dlouhodobým a častým užíváním určité drogy, která se tak stává součástí metabolismu. Droga je zahrnuta do látkové výměny a organismus na přerušení přísunu této drogy reaguje poruchou – tzv. abstinenčními příznaky.

Psychická závislost

Charakterizuje je ji duševní stav vzniklý soustavným a po delší dobu trvajícím užíváním drogy, projevující se touhou, nutkáním po různých příjemných prožitcích vyvolaných drogou. Přerušení přísunu drogy zpravidla vyvolává psychickou poruchu (Völfová, 2008).

Sociální závislost

Jak uvádí Hajný (2001), jedná se o závislost na skupině lidí, ve které se droga užívá a distribuuje. Jedinec se záměrně izoluje od lidí, kteří by mu mohli pomoci a vlivem závislosti se chová a jedná nestandardně než jak je jeho okolí zvyklé.

Pro mnoho lidí je užívání drog pouze módní záležitostí či zvyk, proto předpokládají, že vyléčení ze závislosti spočívá v tom, že jedinec jednoduše drogu přestane brát a časem pochopí, že život bez drog je lepší a smysluplnější. Problémy, které se podílely na vzniku závislosti u dotyčného a změny, které v jeho těle a osobnosti v průběhu užívání drog nastaly, neberou v úvahu.

Pro léčbu ze závislosti je nejdůležitější, aby závislého zasáhla komplexně. Nejen jeho fyzický a psychický stav, ale také aby se zaměřila na vztahy s blízkými lidmi a sociálním prostředím dotyčného (Hajný, 2001).

1.2 Vznik drogové závislosti

Na vzniku závislosti se podílí především dvě skupiny faktorů. První skupinou je osobnost člověka a vlastnosti jeho organismu, druhou skupinou jsou vlivy vnějšího prostředí (obecné a sociokulturní vlivy, působení menších sociálních skupin a také situační podněty (např. tradice užívat drogu, její dostupnost).

Mnoho studií se pokoušelo vymezit typické rysy osobnosti drogově závislého člověka, jedná se však o mýtus. Neexistuje zvláštní typ osobnosti, který by byl k užívání drog předurčen. Na psychoaktivní látce si může vytvořit závislost každý člověk (Vágnerová, 1999).

Drogová závislost vzniká postupně a mnohem kratší dobu než závislost na alkoholu. Vznik drogové závislosti lze rozdělit do 4 etap:

- ***Experimentování*** – primární impulz může vycházet z nudy, touhy po něčem novém, vzrušujícím a neobvyklém. Značnou roli hraje sociální model (vzor lidí, kteří drogu užívají a jsou pro člověka atraktivní). Příčinou může být také potřeba uniknout od problémů či osobní nouze člověka, problém, s nímž si neví rady.
- ***Příležitostné užívání*** – člověk zatím návyk nemá, ale naučil se užívat drogu v situaci nouze nebo nudy a věří, že mu droga pomáhá. Je si vědom, že droga

není dobrým řešením, záleží mu na vztazích k blízkým a profesní roli, proto drogu zapírá.

- **Pravidelné užívání** – člověk drogu užívá častěji a častěji. Nechce si však připustit závažnost a rizika svého jednání.
- **Návykové užívání** – člověk je již na droze závislý a bez ní se neobejde. Droga mu však nepřináší to, co dřív. Drogově závislý je lhostejný k čemukoli, rozpadají se mu vztahy s blízkými, kamarády, ztrácí svou profesní roli. Kontakt udržuje s lidmi, kteří stejně jako on užívají drogy (Vágnerová, 1999).

1.3 Dopady drogové závislosti

Drogová závislost je závažný celospolečenský problém s dopady jak v psychosociální, tak v somatické oblasti. Vzhledem k zaměření práce je následující kapitola věnována především dopadům drogové závislosti způsobených injekční aplikací drog v somatické oblasti.

1.3.1 Psychické důsledky závislosti

Vágnerová (1999) uvádí, že závislost na psychoaktivních látkách mění psychické reakce, procesy a celou osobnost drogově závislého. Dlouhodobé užívání drog může mít za následek změny osobnosti, vytvořit tzv. organický psychosyndrom.

V oblasti emoční jde především o nepřiměřené citové reakce, závislý jedinec bývá dráždivější, labilnější, se sklonem k extrémním citovým prožitkům. V kognitivní oblasti jde především o zhoršenou schopnost koncentrace pozornosti a zhoršení paměťových funkcí, což může vést až k demenci. Pod vlivem drogy se mění i aktivizační úroveň člověka. Může být buď extrémně aktivizován (např. po užití pervitinu) nebo je naprosto utlumen (např. po užití heroinu).

Skála (1987) zdůrazňuje, že při vývoji drogové závislosti vznikají typické změny, které jsou označovány jako tzv. motivační syndrom. Tento syndrom tvoří tři symptomy: euforie, abúlie, pasivita. Pokračujícím abúzem se tato symptomatika zvyrazňuje. Stupňuje se lhostejnost k vlastní osobě a okolí, provozuje se naprostý nezájem o události dne, zvyrazňuje se pasivita k vlastnímu osudu. Klinický obraz je

charakterizován především ztrátou iniciativy, ctižádosti, přiměřené živosti a zájmu o okolí, postiženy jsou i vyšší emoce.

1.3.2 Sociální důsledky závislosti

Vágnerová (1999) hovoří o tom, že člověk závislý na drogách má jinou hierarchii hodnot. Nemá dostatek vůle k překonávání potíží a překážek spojených s užíváním drog, nebývá schopen potřebného sebeovládání (např. přeje si alespoň dávku drogy nezvyšovat).

Návyk na drogu mění výrazně životní styl závislého, jež představuje stereotyp (aktivity zaměřené na získání drogy a její užití). Tyto činnosti se opakují stále dokola.

Osobnost závislého postupně upadá, člověk závislý na droze nemá budoucnost, neplánuje ji, je soustředěn pouze na přítomnost.

V sociální oblasti jsou dopady drogové závislosti nejvýznamnější v interpersonálních vztazích. Závislý člověk je nespolehlivý, sobecký a necitlivý, pro získání drogy je ochoten krást, prostituovat a páchat trestnou činnost vůbec.

1.3.3 Somatické důsledky závislosti

Hobstová a Minařík (2003) uvádějí, že způsob života uživatele drog vede ke zvýšenému riziku řady chorob infekční i neinfekční povahy. Užívání drog může také zhoršit již existující chorobné procesy nebo vyprovokovat k manifestaci jejich latentní formu.

Velká část zdravotního rizika drogově závislého jedince je způsobená infekčními chorobami. Charakter nemocí vyvolávající klinické symptomy těchto chorob atd. souvisí:

- s nesterilní přípravou drogy, s používáním nesterilních pomůcek užívaných k intravenózní (nitrožilní) aplikaci a zejména pak se vzájemným půjčováním jehel a stříkaček při nedostatku vlastních,
- s nízkou socioekonomickou životní úrovní a z ní vyplývajícím nízkým hygienickým standardem,

- se sexuální promiskuitou, která bývá v horším případě násobena prostitucí obou pohlaví k získání finančních prostředků na drogu.

Podle Nešpora (2001) může zejména injekční užívání drog způsobit zvýšené riziko těžké otravy, zanesení infekce do těla, přenos žloutenky, přenos viru HIV/AIDS a dalších onemocnění. Krví se může přenést infekce k srdci a tím způsobit zánět srdeční nitroblány. Dále pak také často dochází ke vzniku hnisavých ložisek a zánětům žil. Velmi nebezpečné je napíchnutí tepny místo žíly.

Diagnostika a průběh infekčního onemocnění u aktivního uživatele drog s sebou přináší mnoho komplikací. Například už nechť závislého k návštěvě lékaře, která ho často vede ke zvyšování dávky, která mu pomáhá snášet či necítit bolest. Není však ojedinělým případem, kdy se drogově závislý nemocný své obtíže vymýšlí za účelem dostat vyšší dávku analgetika nebo substituční lék. Ošetřování drogově závislých též není jednoduché. Nechtějí se podřizovat léčebnému režimu a velmi často odcházejí nedoléčení na revers i proti lékařské radě.

Onemocnění, která může drogově závislý jedinec získat, mohou být vážnějším problémem než samotná drogová závislost, např. AIDS (Hobstová, Minařík, 2003) .

Na začátku roku 2008 se uskutečnil průzkum mezi klienty 7 nízkoprahových programů v Praze s cílem zanalýzovat sociodemografické a uživatelské charakteristiky klientů a jejich využívání služeb. Součástí tohoto průzkumu byla otázka zaměřená na výskyt zdravotních potíží souvisejících s užíváním drog. Ze 783 klientů uvedlo zdravotní potíže související s užíváním drog 396, což je 50,6 %. Na prvních místech se objevily komplikace typu absces v místě vpichu (34,0 %), relativně nízký je výskyt VHC (4,3 %), VHB (1,9 %) a (0,5 %) předávkování (Mravčík, Pešek a kol., 2009).

I přes výše uvedené výsledky průzkumu je injekční aplikace spolehlivě nejrizikovější způsob užívání drog, protože dochází k vpravení toxické látky včetně všech nežádoucích příměsí přímo do krve (Hobstová, Minařík, 2003).

1.3.3.1 Infekční hepatitidy a AIDS

- ***Hepatitida typu A***

Toto onemocnění je pouze výjimečně přenášeno prostřednictvím krve. Hlavním způsobem přenosu jsou především špinavé ruce. Nákaza se velmi snadno šíří v kolektivech s nízkým hygienickým standardem. Jedná se zejména o komunity, které přebývají na tzv. squattech. Příspět přenosu může i sexuální kontakt, zejména při orálněanálních praktik. Nejúčinnější prevencí je očkování.

- ***Virová hepatitida typu B***

Jde o onemocnění přenášeno krevní cestou. V případě uživatelů drog se virus přenáší zejména sdílením injekčního náčiní a předmětů osobní potřeby. Přenos je také možný i sexuálním kontaktem přes neporušenou sliznici, často homosexuálním stykem. Během porodu z matky na novorozence dochází k přenosu až v 80 %. V 10 % přechází do chronické formy, která může během 6 – 20 let vyústit v jaterní cirhózu. U malého počtu nemocných se může vytvořit i rakovina jater. Účinným způsobem, jak virové hepatitidě B předejít je vakcinace. V ČR se od roku 2001 proti hepatitidě B očkují všichni novorozenci a dvanáctileté děti, u kterých je předpoklad začátku rizikového chování. Drogoví uživatelé patří do vysoce rizikové skupiny.

- ***Virová hepatitida C***

Jedná se o další kreví přenosnou nákazu. Na rozdíl od hepatitidy B je podíl přenosu vyšší kreví než sexuálním kontaktem. Přenos z infikované matky na novorozence se pohybuje mezi 2 – 5 %. Infekce většinou bývá diagnostikována již jako chronická. Do chronické formy přechází 70 – 80 % případů. Cirhóza jater vzniká u 7 – 20 % nemocných. Prevence hepatitidy očkování dosud není možná. Vzhledem k náročnosti léčby a zejména pak možné reinfekce, doporučuje se léčit závislé pouze v případě doložené roční abstinence od drog (Minařík, Hobstová, 2003).

- ***Infekce HIV (Human Immunodeficiency Virus) / onemocnění AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome)***

HIV patřící mezi retroviry je vyvolavatelem onemocnění. Hyne při teplotách nad 60° C a při zaschnutí, běžné dezinfekční prostředky jej zničí. HIV napadá buňky imunitního systému jedince (lymfocyty, které nesou CD 4 receptor) a tím způsobuje postupnou ztrátu imunity.

AIDS je pokročilé stádium nemoci, ve kterém je nemocný náchylný onemocnět řadou oportunních infekcí a nádory. Centrální nervový systém je též postižen a nejen HIV, ale i jinými viry, houbami a nádory (Minařík, Hobstová, 2003).

Nejčastěji se přenos viru HIV uskutečňuje prostřednictvím krve, spermatu či poševního sekretu, a to v jakémkoli stádiu infekce. Zanesení viru do krevního oběhu lze uskutečnit: pohlavním stykem s infikovanou osobou, prostřednictvím krve (též transfúze), přenosem z infikované matky na plod nebo novorozence (Šejda a kol., 1993).

Včasná diagnostika HIV infekce vede k zahájení léčby a tím k významnému prodloužení kvalitního života. Stadium klinicky plně rozvinutého onemocnění AIDS nastupuje samozřejmě v závislosti na typu léčby přibližně po 10 -15 letech. Nemocný ve stadiu AIDS umírá na některou z oportunních infekcí jako např. pneumocystová pneumonie, tuberkulóza, toxoplasmóza CNS.

Nejdůležitější roli hraje prevence onemocnění a to zejména prosazováním běžných sexuálních praktik a výměnným i programy injekčních jehel a stříkaček uživatelů drog, dále pak osvětou prováděnou především v rizikových skupinách a u dětí (Minařík, Hobstová, 2003).

Občanské sdružení Sananim na svém drogovém informačním serveru uvádí, že v roce 2009 přibylo v České republice 157 HIV pozitivních. Toto číslo představuje největší nárůst v historii. Podle odborníků je velmi pravděpodobné, že počet nově nakažených lidí poroste i nadále. V České republice se celkem nakazilo virem HIV 1344 lidí, z toho u 292 propuklo onemocnění AIDS a 156 na tuto chorobu zemřelo. Nejnovější statistiky ale odborníky příliš nepřekvapily. Domnívají se, že počet nově nakažených poroste i nadále. Jako důvod uvádějí, že lidé si stále myslí, že HIV/AIDS je nemoc jen homosexuálů, holek na ulici a injekčních uživatelů drog. Studie provedené po celém světě však ukázaly, že toto už dávno neplatí (Loni přibylo nejvíce HIV-pozitivních, drogy-net.cz).

Minařík a Hobstová (2003) poukazují na to, že infekce HIV/AIDS není zatím v ČR rozšířena v takové míře jako ve světě. Zásahu na tom má především vysoká dostupnost testů na přítomnost protilátek proti HIV (i anonymně), legální dostupnost sterilního injekčního materiálu pro intravenózní uživatele drog a preventivní programy zaměřené přímo na populaci injekčních uživatelů drog.

1.4 Aktuální drogová scéna v České republice

Mravčík, Pešek a kol. (2009) popisují stav drogové problematiky a zejména protidrogové politiky v České republice jako stále se vyvíjející a to na mnoha úrovních.

Dne 1. ledna 2010 nabyl účinnosti nový trestní zákoník (zákon č. 40/2009 Sb.), který významně upravuje nakládání s nelegálními drogami. Osoby, které v množství větším než malém přechovávají konopné drogy, budou trestány nižší trestní sazbou než tomu bylo doposud. Také pěstování malého množství rostlin nebo hub pro vlastní potřebu je postihováno mírnější trestní sazbou a je postihováno podle zákona o přestupcích.

Výzkumy provedené v roce 2008 ukazují, že podíl osob, které mají zkušenost s návykovými látkami roste, přičemž největší nárůst se týká konopných drog. V roce 2002 a 2004 uvedla pětina dospělých respondentů alespoň jednu zkušenost s konopnými látkami, v roce 2008 to byla třetina. Oproti r. 2007 se v r. 2008 zvýšil počet problémových uživatelů (tzn. injekční užívání drog nebo jako dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a drog amfetaminového typu) všech typů drog.

Relativně příznivá situace přetrvávala v roce 2008 ve výskytu infekcí mezi (injekčními) uživateli drog – promořenost HIV je stále hluboko pod 1 %. Prevalence virové hepatitidy typu C mezi klienty vyšetřenými v nízkoprahových programech byla okolo 12 %. Takto nízké zjištěné procento séroprevalence VHC (virové hepatitidy C) je však pravděpodobně způsobeno tím, že testování využívají především mladí uživatelé s kratší dobou injekční aplikace. Dále pak HIV infekce byla v r. 2008 nově diagnostikována u 13 osob, u kterých mohlo dojít k nákaze právě injekčním užíváním drog. Ve srovnání s rokem 2007 je to sice méně, ale oproti období do roku 2006 jde o relativně vysoký počet.

Na snižování rizik užívání drog se v České republice podílí hojná síť nízkoprahových programů. Počet jehel a stříkaček distribuovaných ve výměnných programech se mírně zvýšil (ze 4,5 mil. v roce 2007 na 4,6 mil. v roce 2008). Poprvé po dlouhé době se v roce 2008 téměř zdvojnásobil počet testů na HIV a VHC provedených uživatelům drog v nízkoprahových zařízeních (Mravčík, Pešek a kol., 2009).

Rizikové chování uživatelů drog se v roce 2008 odrazilo na opětovném zvýšení podílu injekční aplikace mezi prvožadateli o léčbu v souvislosti s užíváním heroinu. U uživatelů pervitinu došlo naopak k mírnému poklesu. Injekční aplikace je rovněž nejčastější formou aplikace Subutexu mezi žadateli o léčbu v souvislosti s jeho užíváním (Mravčík, Pešek a kol., 2009).

Podle Vavřínkové a Bindera (2006) jsou nejčastějšími sociálními problémy spojenými s užíváním drog zhoršené rodinné vztahy, nedokončené vzdělání, nezaměstnanost, nižší socioekonomický status, špatná bytová situace. Kumulace zmíněných sociálních problémů může u uživatelů drog vyústit až v sociální exkluzi.

Dalšími problémy, s kterými se uživatelé drog potýkají jsou zdravotní komplikace a infekce vyvolané především injekční aplikací drog.

1.5 Prevence drogových závislostí

Doposud nebyly nalezeny žádné zaručené a efektivní metody prevence a léčby závislostí. Byly však již popsány některé mechanismy, které vedou ke zmírnění rizika vzniku drogového problému. Proto je prevence definována jako intervence, která vede k zamezení či snížení výskytu a šíření škodlivých účinků užívání alkoholu a nealkoholových drog (Presl, 1995).

Prevence tvoří jeden ze tří pilířů protidrogové politiky státu. Prevence, léčba a nízkoprahové služby spolu tvoří soubor opatření směřujících k omezování poptávky. Je třeba nezaměňovat prevenci za represí. Represe na rozdíl od prevence se snaží o potlačení nabídky jako takové (Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti (Základní pojmy z oblasti primární drogové prevence, drogy-info.cz).

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti vychází z definice Světové zdravotnické organizace, podle které se prevence dělí na:

- ***primární prevenci***, která má za úkol předcházet užití drog u osob, kteří s ní doposud nejsou v kontaktu,
- ***sekundární prevenci***, která se snaží předcházet vzniku a rozvoji závislosti u osob, které se již s drogou setkali či se opakovaně setkávají,

- **terciární prevenci**, která usiluje o předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog (Základní pojmy z oblasti primární drogové prevence, drogy-info.cz). Danou problematikou se zabývá následující část práce.

Moderní doba přináší nový pohled i na prevenci drogových závislostí a Ústav pro lékařství americké akademie věd na to reaguje návrhem rámcové klasifikace prevence. Prevenci dělí podle cílové skupiny, u níž hrozí riziko rozvoje závislosti a u níž se předpokládá, že určitá intervence tomuto vzniku závislosti zabrání. Jde o prevenci všeobecnou, selektivní a indikovanou. Tímto systémem nahrazuje tradiční klasifikaci prevence na primární, sekundární a terciární.

Všeobecná prevence zaměřuje na celou populaci (např. školu, městskou čtvrť atd.). Cílem všeobecné prevence je předjít tomu, aby mladí lidé začali užívat drogy. Příkladem tohoto typu prevence je například školní protidrogová prevence v rámci učebních osnov.

Selektivní prevence se cíleně věnuje ohroženým skupinám populace, u nichž je riziko vzniku závislosti vysoké. Jako příklad selektivní prevence je možno uvést mimoškolní programy a aktivity pro děti s problémovým chováním.

Indikovaná prevence se zaměřuje na jedince, u nichž se předpokládá riziko rozvoje závislosti, ale ještě nesplňují kritéria závislého jedince. Příkladem je snaha snížení konzumace konopí u osob, které se jinak projevují jako neproblémové.

Vzhledem k zaměření mé práce se nebudu podrobněji zabývat primární a sekundární prevencí, ale přejdu rovnou k podrobnému popisu prevence poslední, tedy terciární (McGrath, Sumnall, McVeigh, Bellis, 2007).

1.5.1 Terciární drogová prevence

Následující část práce je věnována terciární drogové prevenci, jelikož práce je zaměřena právě na přístup Harm Reduction. Tento přístup je jednou z intervencí terciární prevence.

Snahou terciární prevence je předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Jedná se resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstinují od nelegálních drog.

Dále se pak terciární prevence soustředí na intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat, tzv. Harm Reduction. Tato intervence spočívá v zaměření se především na snížení zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog. Harm Reduction se soustředí především na lidi, kteří vůbec neuvažují o tom, že by je přestali brát a svou závislost nevidí jako problém.

Jak již bylo výše zmíněno, do terciární prevence, de facto do Harm Reduction se díky svým postupům řadí také substituční léčba (Harm Reduction, drogy-info.cz).

Podle Kudrleho (2003) využívá terciární prevence zejména přístupů sociální úrovně, které mívají podobu konkrétní pomoci uživatelům drog na úrovni chráněného zaměstnání a bydlení, zdravotního pojištění, právního poradenství apod.

Dále tento přístup zlepšuje biologické předpoklady prostřednictvím elementární péče o zdraví uživatelů drog. Jedná se zejména o předcházení vážným přenosným onemocněním, poskytováním informací o možných komplikacích například abscesů a trombóz žilního systému. V rámci tohoto programu se např. provádí výměna použitých jehel a stříkaček za nové.

Stejně jako Baláš (2007) souhlasím, že by se mohlo zdát, že se jedná o podporu „brání“ drog. Avšak lidem, kteří si drogy aplikují nitrožilně (z velké části přešli na tento způsob aplikace z jiného, bezpečnějšího) jen velmi málo záleží na tom, zda je to podporování anebo není. Pokud je člověk závislý, jediné, co je pro něj v daný okamžik důležité, je droga. Způsob její aplikace je vedlejší. Pokud nemá čistou jehlu a stříkačku, půjčí si jí od jiného uživatele a tím riskuje přenos infekce hepatitidy či HIV.

Kromě výměny injekčních stříkaček je snaha uživatele informovat o možnostech přenosu infekce hepatitid a HIV prostřednictvím letáčků a zejména terénních pracovníků (streetworkerů). Streetworkeri navazují s uživateli kontakt v jejich prostředí (parky, squaty, atd.) a snaží se je nemotivovat k návštěvě center.

Jak uvádí Kudrle (2003), terciární prevence využívá i pomoc psychologickou ve smyslu komplexu doléčovacích aktivit, individuálního a skupinového poradenství, motivačního tréninku, prevencí relapsu, rodinného poradenství a edukací rodiny. Za významnou složku je považována i psychologická podpora v terminálních fázích vývoje závislosti, kdy jedinec medicínskou pomoc neakceptuje či již selhává.

Zvláštní místo zaujímá pomoc nemocným s terminálním vývojem choroby AIDS a umírajícím. V tomto aspektu se psychologická pomoc propojuje s dimenzí spirituální. Snahou spirituální dimenze je najít smíření s fyzickou smrtí.

Stejně jako Nešpor (1999) se domnívám, že substituční léčba je nepostradatelnou součástí terciární prevence drogových závislostí, potažmo Harm Reduction, proto je jí věnována následující kapitola.

1.7 Substituční léčba

Jedná se o časově neomezenou udržovací terapii, která odkládá splnění konečného cíle, tj. trvalé a důsledné abstinence, na dobu, kdy bude uživatel objektivně i subjektivně schopen abstinenci orientovanou léčbu podstoupit. Do té doby chce substituční léčba udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav (Daňková, 2009).

Nástrojem této léčby je podávání substituční látky jiným než nitrožilním způsobem, a to v množstvích, která efektivně potlačují pacientovy abstinenci příznaky a umožňují mu všestranně zlepšit kvalitu jeho života. Důležitým dílčím cílem substituční léčby je odnaučení toxikomana aplikovat si drogu do žíly (Popov, 2003).

Použitá substituční látka má jiné účinky na organismus než zneužívaná látka. Lze ji podávat ústy (tzv. perorálně) a má delší poločas působení v organismu. Toto má velký vliv na výsledné působení látky na daného jedince. Při podání ústy je rozvoj účinků látek ovlivňujících opioidní receptory opožděn a má menší intenzitu účinku, než po podání injekčních přípravků. Z tohoto důvodu se nevytváří tak silná euforie, která je hlavním důvodem touhy závislého jedince po podání další dávky návykové látky. Druhou nedílnou, a ještě důležitější složkou účinku, je skutečnost, že v organismu dlouho přetrvávající látka obsazuje opioidní receptory až po několik dnů, a při jejím vysazení nedochází k rychlému rozvoji odvykacích příznaků. To pacienty uklidňuje, nenutí je okamžitě si opatřovat prostředky pro další dávku látky a umožňuje jim to uvědomit si svou životní situaci, a postupně se zapojovat do společnosti a pracovního procesu (Daňková, 2009).

Substituční léčbou se sleduje několik cílů:

- udržet nebo zlepšit psychický a somatický stav,
- zastavit injekční aplikace a z ní plynoucích rizik přenosu viru HIV/AIDS, hepatitid atd.,
- snížit užívání nezákonných návykových látek,
- odstranit nutnosti obstarávat si prostředky na drogu trestnou činností,
- snížení euforie, která znemožňuje uživatelům opiátů normální komunikaci s okolím,
- zlepšit rodinné a sociální vztahy,
- příprava pro zavedení léčebného režimu, vedoucího k detoxifikaci a trvalé abstinenci (Daňková, 2009).
- pravidelný styk uživatele drog se sociálním pracovníkem a lékařem (musí si náhražkovou drogu osobně vyzvedávat) a tedy šanci pozitivně uživatele ovlivňovat k abstinenci, nalezení zaměstnání atd.,
- snížit riziko, jež díky pohybu uživatele opiátů na černém trhu nese celá společnost (Opiáty a substituční léčba, drogy-info.cz).

Pro substituční léčbu se používá řada látek opioidové povahy. Vůbec nejužívanější je celosvětově metadon a buprenorfín (Daňková, 2009)

Substituční léčbu je třeba doplnit dalšími postupy, jako je psychoterapie nebo poradenství. Pokud je člověk v substitučním programu, měl by se také zdržet přijímání jiných návykových látek včetně alkoholu (Nešpor, Provazníková, 1999).

1.7.1 Metadon

Metadon patří mezi syntetické opiáty, při jejichž výrobě se nevychází z opiátů přírodních. Jeho molekula se nepochybně podobá molekulám morfinu či heroinu a má odlišnou chemickou strukturu.

Za 1. světové války trpěla německá armáda nedostatkem morfinu, který byl podáván zraněným vojákům. Proto byl německým vědcům přidělen prioritní úkol syntetizovat nová, vysoce účinná analgetika. S výsledky experimentů se odborná

veřejnost mohla seznámit již v roce 1929, ovšem pro praxi měly význam až o mnoho let později (Kalousová, 2006).

Americká špionážní služba narazila na metadon po válce při průzkumu objevů německého farmaceutického průmyslu. Zprvu byl využíván jako součást léků proti kašli, v Československu pod názvem „Mecodin“.

Metadon má delší biologický poločas rozpadu, po který zůstává delší dobu přítomen v organismu, což je určitě jistá výhoda. Jeho další výhodou je to, že se velmi dobře vstřebává ze zažívacího traktu a je ho proto možné aplikovat ústy (Opiáty a substituční léčba, drogy-info.cz). V zahraničí se používá i injekční forma (Minařík, 2003). Metadon je ve formě sirupu či tablet (Kalousová, 2006).

Metadonová substituce se nehodí k léčení počínajících závislostí nebo pacientů, kteří s opiáty teprve experimentují. Nehodí se ani pro osoby závislé na jiných skupinách drog než jsou opiáty. U kombinovaných závislostí může být jeho podávání riskantní. Kombinace metadonu s jinými návykovými látkami včetně alkoholu zvyšuje riziko letální intoxikace.

Při injekčním podání vyvolává metadon reakce typické pro opiáty, včetně euforie. „Flash“, tj. euforický pocit vyvolaný injekčním podáním metadonu, bývá srovnáván s „flashem“ po podání morfinu, ale bez "bodavého" pocitu. Nejpodstatnější rozdíl mezi účinkem metadonu a ostatních opiátů je doba jeho působnosti. U metadonu 13 až 47 hodin (individuálně odlišné), v průměru však 25 hodin. U heroinu je to 4 až 6 hodin.

Na metadon vzniká stejně snadno závislost jako na přírodní či polosyntetické opiáty (Popov, 2003).

Je patrné, že metadonové programy jsou jednoznačně zaměřeny na omezení zdravotních rizik, zlepšení společenského fungování a životní situace a také na prevenci zhoršení sociální situace. Tedy cíle reálné a pragmatické. Trvalá a důsledná abstinence je možná krásným ideálem. Její dosažení se často rozplývá v nedohlednu, proto se pozornost přesouvá na konkrétní současnou situaci závislých, s cílem co nejvíce omezit další poškozování v oblasti zdravotní a sociální a eventuálně zvýšit kvalitu jejich života (Kalousová, 2006).

Nešpor a Csémy (2003) uvádějí, že metadonovou léčbu je vhodné kombinovat s dalšími léčebnými aktivitami jako je individuální psychoterapie, rodinná terapie, socioterapie, nácvik sociálních dovedností, pracovní rehabilitace atd.

Metadon se vyrábí pouze legálně za účelem substituční léčby závislých na opioidech. Dostává se však na nelegální trh, kde je vyhledáván jako doplňující droga či droga náhradní a též pro účely abstinčních pokusů (Minařík, 2003).

1.7.2 Subutex

Subutex obsahuje účinnou látku buprenorfin hydrichloridum. Po aplikaci obsadí opiátové receptory, kde brání účinku plných atomistů (heroin, morfin, metadon). Zároveň snižuje frekvenci a intenzitu abstinčních příznaků, pokud v organismu momentálně žádná taková látka není přítomna.

Po aplikaci má buprenorfin pozvolný nástup účinku a téměř nezatelný vznik „rauše“, což podporuje odvykání ze závislosti na látce.

Buprenorfin je látka se stropovou dávkou. Při zvyšování dávky nad tuto hranici již nedochází ke zvyšování účinku preparátu a tudíž nedochází k fatálnímu útlumu dechového centra v důsledku předávkování.

Subutex je možno získat v sublingválních tabletách, které obsahují 0,4 mg, 2 mg nebo 8 mg buprenorfinu. Tablety se okamžitě po aplikaci pod jazyk rozpouští a tím se snižuje riziko zneužití preparátu. Orální podání podporuje odvykací režim od injekční aplikace (Březovský, 2002). Na českém trhu je Subutex dostupný od 1. března 2000 (Opiáty a substituční léčba, drogy-info.cz).

Podle Březovského (2002) je hlavní indikací buprenorfinu je substituční léčba v co nejkratší době a následná detoxifikace. Z tohoto pohledu z léčby buprenorfinem profitují především následující skupiny pacientů:

- **Mladistvé drogově závislé osoby:** při včasné léčbě, tj. pokud není pacient závislý na velkých dávkách heroinu a nemá velkou toleranci, je naděje na úspěch léčby mnohem větší. Velká část problémových uživatelů drog je v reprodukčním věku. Dostupnost bezpečné substituční léčby (s cílem úplné abstinence) je proto důležitá nejen z osobního hlediska konkrétního pacienta a jeho okolí, ale i z hlediska celospolečenského (ukončená příprava na budoucí povolání, pracovní zařazení, omezení zdravotních komplikací a potřeby lékařské či zdravotní péče).

- **Gravidní drogově závislé pacientky:** průměrný věk drogově závislých těhotných žen v České republice je 23 let. Těhotenství bývá téměř vždy neplánované, velmi často nechtěné. V mnoha případech není možno pro pokročilost gravidity provést interrupci. Porod u žen, užívajících tvrdé drogy, bývá obvykle s komplikacemi. Novorozenec s nízkou porodní váhou nebo s neonatálním abstinenčním syndromem bývá umístěn na jednotce intenzivní péče (léčbou buprenorfinem se eliminuje abstinenční příznak novorozenců). Dítě pak často končí v ústavní péči - všechny tyto faktory výrazně zvyšují náklady na zdravotní péči jak okamžité, tak oddálené.
- **Podávání buprenorfinu je indikováno obecně u drogově závislých, u kterých není zajištěno striktní dodržení léčebného režimu z jejich strany.** Při substituční léčbě metadonem je nezanedbatelné riziko předávkování, pokud pacient užije nezákonnou drogu (metadon posiluje účinek heroinu). V léčbě buprenorfinem toto nebezpečí nehrozí – při následné aplikaci heroinu je účinek drogy blokován.

1.7.3 Suboxone

Suboxone obsahuje účinné látky buprenorfin a naloxon v poměru 4:1. Možnost injekčního užití se výrazně omezuje díky naloxonu, který je antagonistou opioidních receptorů. Na českém trhu je Suboxone dostupný od února 2008 a doplnil tak přípravek Subutex.

Dne 1. února 2010 nabylo platnosti rozhodnutí Státního ústavu pro kontrolu léčiv, na jehož základě je Suboxone 8 mg částečně hrazen ze zdravotního pojištění. Částečná úhrada jednoho balení (7 sublingválních tablet) byla stanovena na částku 629, 72 Kč, maximální úhrada pak ve výši 890, 6 Kč. Spoluúcast pacienta je 231,04 Kč a regulační poplatek 30 Kč. Suboxone však musí předepsat psychiatr nebo lékař s odborností „Návykové nemoci“ v rámci substituční léčby závislosti na opioidech a léčba musí probíhat ve specializovaných zdravotnických zařízeních.

Tato terapie je určena pro dospělé a dospívající nad 15 let, kteří s léčbou závislosti souhlasili. Pokud však pacient nespolupracuje jako např. nedodržuje schéma předepsaných plánovaných návštěv, léčba se mu nehradí.

Náklady na měsíční léčbu se pro pacienta při denní dávce Suboxone 8 mg sníží z 4 tisíc Kč na 1 tisíc Kč.

Poprvé v historii České republiky je přípravek pro substituční léčbu závislosti na opiátech/opioidech hrazen ze zdravotního pojištění (Subuxone je od 1. února 2010 částečně hrazen zdravotními pojišťovnami, drogy-info.cz).

1.7.4 Typy substituční léčby

Komplexní substituční léčba (ve specializovaných zařízeních s plným spektrem služeb pro závislé na návykových látkách).

V zařízeních je poskytována substituční látka (podávání pod dozorem, vydávání a/nebo předepisování) a služba podle „Základní substituční léčby“. Na ně pak navazují služby poskytované v rámci zařízení:

- terapie somatických a psychických poruch,
- skupinová psychoterapie,
- individuální psychoterapie,
- rodinná terapie,
- pracovní terapie,
- následná péče,
- vzdělávání o aspektech užívání návykových látek,
- osobní poradenství,
- pracovní poradenství,
- profesní vzdělávání atd.,
- ústavní/rehabilitační pobyty.

Komplexní cílené programy péče o závislé na opiátech jsou určeny pro ty, kteří jsou schopni tyto služby efektivně využívat (Daňková, 2009).

Základní substituční léčba (ve specializovaných zařízeních se standardním spektrem služeb pro závislé na návykových látkách).

Poskytování (podávání pod dozorem nebo předepisování) substituční látky je doplněno dalšími službami, zejména adekvátní somatickou léčbou, psychoterapií, psychosociálním servisem. Jedná se o nejčastější formu substituční léčby, a to zejména

v případech, kdy pacient není schopen či ochoten využít služeb komplexní substituční léčby nebo není místně dostupná komplexní substituční léčba.

Minimální substituční léčba (ve zdravotnických zařízeních s jinou specializací)

Omezuje se na poskytování substituční látky bez další terapie nebo poradenství.

- Krátkodobá - výjimečná forma substituční léčby, indikovaná především v emergenčních stavech, kterými jsou akutní stavy pacientů jiných typů substituční léčby, plánované diagnostické nebo terapeutické výkony pacientů jiných typů substituční léčby nebo cesty mimo trvalé bydliště (rekreační, rehabilitační, pracovní).
- Dlouhodobá (udržovací) – jde spíše o výjimečnou formu terapie; následuje vždy až po komplexní nebo základní substituční léčbě. Indikuje ji specializované zařízení, které o pacienta dosud pečovalo, se souhlasem zařízení, které má dlouhodobou substituční léčbu poskytovat. Samozřejmě je nutný souhlas pacienta. Podmínkou jsou pravidelná hodnocení pacientova stavu specializovaným zařízením (Daňková, 2009).

1.8 Přístup Harm Reduction

1.8.1 Vymezení pojmu a přístupu Harm Reduction

Přístup Harm Reduction provází lidskou společnost od jejích počátků. Definován byl však až v 80. letech 20. století v souvislosti s drogovou problematikou (Hrdina, 2003).

Tento program spočívá v klíčové změně rizikového chování uživatele. Například pokud jde o nitrožilního uživatele, tak přestane používat sdílené injekční náčiní a zapojí se do výměnného programu, nebo přejde k užívání neinjekčního (Harm Reduction, drogy-info.cz).

Z definice Světové zdravotnické organizace, která používá zejména v souvislosti s injekčním užíváním drog tuto jednoduchou definici: v oblasti veřejného zdraví je termín Harm Reduction užíván pro snahu předcházet negativním zdravotním důsledkům souvisejícím s určitým typem chováním nebo tyto důsledky minimalizovat,

vychází Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (Harm Reduction, drogy-info.cz).

Cílem Harm Reduction je v rámci komplexních intervencí vztahujících se k injekční aplikaci drog předcházení přenosu viru HIV a jiných infekcí, k němuž dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a přípravků určených k výrobě drog.

Významnou složkou strategie Harm Reduction je právě výměna injekčního náčiní. Tento tzv. výměnný program probíhá jak v terénních programech, tak v kontaktních centrech. Více se výměně injekčního náčiní práce věnuje v kapitole zaměřené na služby poskytované v rámci Harm Reduction. (Harm Reduction, drogy-info.cz).

Hrdina (2003) uvádí, že závislé nebo jinak rizikové chování je výsledkem složitého komplexu interakcí mezi bio-psycho-sociálními faktory s jedinečnými možnostmi jak ve volbě chování, drogy a způsobu užití, tak i v důvodu užití. Jednou z reakcí na tento poznatek je právě uplatnění přístupu Harm Reduction v léčbě drogových závislostí.

Harm Reduction si uvědomuje, že užívání ilegálních a nelegálních drog je součástí našeho světa a proto se zaměřilo spíše na přístup minimalizace škodlivých účinků drog, než jejich pouhé ignorování nebo jejich zavržení.

Přístup Harm Reduction upřednostňuje zdraví a osobní zodpovědnost před perzekucí. Stejně tak má Harm Reduction na zřeteli ochranu celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog a souvisí se strategií ochrany veřejného zdraví.

Je třeba neustále hledat rovnováhu mezi zájmy jednotlivce a zájmy společnosti, které mohou být odlišené. Je však důležité zmiňovat společný jmenovatel ochrany zdraví. Intervence jsou pak plánovány na základě potřeb jednotlivců i celé společnosti. Potřeby jsou zjišťovány přímo od uživatelů drog a lékařů, kteří znají jejich zdravotní stav. Intervence jsou tak plánovány na základě skutečných potřeb a to tak, aby byly co nejúčinnější, tj. aby oslovili co nejvíce uživatelů.

Přístup k závislosti z pohledu Harm Reduction počítá s tím, že pouhé vybudování kvalitního a spořádaného života nemůže být kritériem úspěšných intervencí a přístupů, protože nutně nevede k abstinenci. Proto prosazuje neodsuzující, nenátlakový přístup a poskytování služeb uživatelům i komunitám, v nichž uživatelé žijí. Dále prosazuje poskytování služeb s cílem minimalizovat vzniklá poškození.

Chápe, že některé způsoby užívání jsou bezpečnější než ostatní. Dále pak uznává, že skutečnost chudoby, rasismu, sociální izolace, prožitá traumata, diskriminace a ostatní sociální nepoměry činí lidi zranitelnými a snižují jejich schopnosti efektivně se zabývat minimalizováním poškození způsobených drogami. Nemají se bagatelizovat nebo ignorovat tragická poškození a reálná nebezpečí vyplývající z užívání legálních a nelegálních drog.

Východiska práce s uživateli drog je mnohdy spojena s ambivalentními postoji k těmto lidem. Jednu z hlavních rolí zde často hrají emoce. Harm Reduction se snaží nezabývat se emocemi a kontroverzemi, ale spíš hledět na účinnost svých metod. Je založena na pragmatickém přístupu k problematice drogových závislostí (Teoretická a etická východiska pro všechny zařízení a pracovníky, kteří pracují v harm reduction, drogy.net)

Hrdina (2003) zdůrazňuje, že velkým zdravotním problémem ohrožujícím injekční uživatele drog jsou krví přenosné nemoci, zejména AIDS a virové hepatitidy typu B a C.

Přístup Harm Reduction bere na vědomí, že prevence HIV/AIDS, virových hepatitid a jiných infekčních onemocnění je vždy méně nákladná než následná léčba nebo represe (Teoretická a etická východiska pro všechny zařízení a pracovníky, kteří pracují v harm reduction, drogy.net).

Předávání informací o způsobech přenosu těchto nemocí a jejich důsledcích a podpora motivace k léčbě u těch, kteří jsou již nakaženi, znamená snižování poškození v této konkrétní oblasti (Hrdina, 2003).

Harm Reduction se v poslední době jeví jako jediný možný a fungující způsob intervence, který je pro toxikomany akceptovatelný.

Tento názor vychází ze dvou fenoménů. Prvním z nich je fakt, že lidé po absolvování léčby drogové závislosti v léčebných programech jen velmi zřídka dosáhnou totální abstinence. (poznámka pod čarou, již nikdy ve svém životě si nebudou aplikovat žádnou drogu). Druhým fenoménem je, že většina uživatelů se domnívá, že je schopna udržet své užívání pod kontrolou, aniž by absolvovali nějakou léčbu a to pro ně platí jako norma (Teoretická a etická východiska pro všechny zařízení a pracovníky, kteří pracují v harm reduction, drogy.net).

1.8.2 Vznik a vývoj Harm Reduction

Harm Reduction jako jedna ze složek drogové prevence vznikla na počátku 20. století v USA jako reakce na selhání tradičních přístupů sociální práce. K tomuto selhání došlo v souvislosti s rychle se šířícím sociálním úpadkem celých čtvrtí amerických velkoměst a následnému vzniku gangů dětí a mladistvých. Dále pak Harm Reduction reagovalo na kritiku práce s mládeží v souvislosti se stoupající kriminalitou mladistvých a vzrůstající počet lidí nakažených virem HIV/AIDS. Z USA byla tato metoda během 60. let importována do západní Evropy a od počátku let 90. se začala uplatňovat i v postkomunistických zemích (Hrdina, 2003).

Prvními evropskými zeměmi, které začaly přístup Harm Reduction praktikovat, byly Nizozemí (výměnné programy) a Velká Británie (substituční léčba a proskripce návykových látek lékaři). V mnoha dalších zemích Evropy, například ve Švýcarsku a Německu, vznikly další programy vycházející z této strategie. Jednalo se zejména o „injection room“ (aplikační místnosti), testování tanečních drog apod.

Od konce 90. let je strategie Harm Reduction uváděna jako jeden z pilířů evropské drogové politiky.

Velkou úlohu začala hrát strategie Harm Reduction s nástupem epidemie HIV/AIDS na počátku 80. let 20. století. V postkomunistických zemích střední a východní Evropy a zemích bývalého SSSR nastoupila tato epidemie zhruba o 10 let později. Obrovského rozšíření však dosáhla velmi rychle. Experti OSN odhadují, že počet HIV pozitivních lidí v regionu východní Evropy a zemích bývalého SSSR raketově narostl. V roce 1995 byl počet HIV pozitivních v těchto oblastech 30 000, v roce 2003 již 700 000 lidí.

Příčinou rychlého šíření HIV/AIDS v postkomunistických zemích bylo sdílení použitého, tedy kontaminovaného injekčního náčiní. Stejným způsobem se virus HIV rychle šířil i v takových zemích, jako je například Španělsko, Itálie a USA (Hrdina, 2003).

Služby poskytované v rámci přístupu Harm Reduction se rozrůstají. V květnu roku 2008 zahájilo občanské sdružení Progressive projekt NON STOP 24. Jednalo se o automaty na Harm Reduction zdravotnický materiál. Městskou částí Praha 5 byl tento projekt v říjnu 2008. Jako důvod bylo uvedeno zhodnocení dopadů celého projektu pro městskou část. Evaluace projektu přitom jasně ukázala, že počet setů

vydaných v automatech kontinuálně rostl a služba byla klienty pozitivně hodnocena. Dále se ukázalo, že přibližně třetina klientů nebyla v kontaktu s žádným jiným Harm Reduction programem a projekt tak zachytil především dosud nekontaktovanou, resp. těžce kontaktovatelnou část pražské populace injekčních uživatelů drog (Mravčík, Pešek a kol., 2009).

Poprvé se výdejní automaty na Harm Reduction materiál objevily v roce 1987 v Kodani v Dánsku, o několik měsíců později v Norsku. Časem byly automaty uvedeny do řady dalších evropských zemí a v současné době jsou v provozu v Dánsku, Francii, Německu, Itálii, Maďarsku, Lucembursku, Nizozemsku, Rakousku, Slovinsku a Norsku. Mimo Evropský kontinent byly výdejní automaty instalovány např. v Austrálii a na Novém Zélandu.

Hlavním cílem výdejních automatů je umožnit přístup k Harm Reduction materiálu především těžko kontaktovatelným a vysoce rizikovým skupinám injekčních uživatelů drog. Proto jsou vhodným doplňkem u nás již tradičních výměnných programů. Obecně jsou určeny osobám, které v neznámém prostředí jednájí s velkou nedůvěrou k okolí. Takovými osobami mohou být např. cizinci, imigranti či etnické minority. Za těžko kontaktovatelné klienty se také považují velmi mladí uživatelé drog, kteří se z důvodu obavy nebo neochoty Harm Reduction programům vyhýbají. Vysoké riziko šíření infekcí je také u osob poskytujících komerční sex a současně užívajících drogy, dále pak např. u osob drogově závislých ze zemí s vysokým výskytem HIV a virových hepatitid (v Praze se jedná zejména osoby ze zemí bývalého SSSR).

Výhodou výdejních automatů jsou nízké provozní náklady, hlavní nevýhodou pak absence přímého kontaktu s odborníkem. Ta je částečně nahrazována informacemi umístěnými na přístroji, kde jsou uvedeny i kontaktní údaje na pomáhající zařízení, což může v konečném důsledku vést ke zvýšení kontaktů s nimi (Automaty na stříkačky, drogy-info.cz).

Dalším projektem v oblasti Harm Reduction v Praze je FIX POINT realizovaný též o.s. Progressive a spočívá v instalaci speciálních bezpečnostních kontejnerů na použitý injekční materiál.

Jako další potencionální místo pro systematické poskytování intervencí Harm Reduction uživatelům drog se na základě dvouleté výzkumné studie Role lékáren

v systému zdravotní péče a poradenství (injekční) uživatelům drog v ČR provedenou Centrem adiktologie v roce 2007 a 2008 ukázaly lékárny (Mravčík, Pešek a kol., 2009).

Podle odhadů je v České republice právě v lékárnách ročně prodáno injekčním uživatelům drog přibližně 1,5 milionu kusů injekčních setů (Automaty na stříkačky, drogy-info.cz).

Podle Jarguse (2003) své specifické místo zaujímá intervence Harm Reduction ve věznicích. Některé z těchto programů jsou spíše v rovině experimentální. Jiné, jako např. metadonová substituce, informační materiály a programy zaměřené na vzdělávání v oblasti redukce škod se pomalu stávají součástí drogových programů ve věznicích. V důsledku šíření HIV nákazy v některých věznicích byl zaveden výměnný program a na něj navazující distribuce kondomů. V roce 1992 byl ve španělské Barceloně otevřen první program metadonové substituce ve věznici.

1.8.3 Základní principy, strategie a postoje Harm Reduction

- ***Akceptuje fakt, že mnoho lidí užívá drogy a chová se rizikově i v jiných situacích.***

Idealistickou vizi společnosti bez drog považuje za velmi nepravděpodobnou.

- Považuje abstinenci za ideální výsledek léčby drogové závislosti, ale také ***akceptuje alternativy, které pracují s neabstijním klientem.*** Pragmaticnost přístupu Harm Reduction spočívá v tom, že se pokouší snížit rizika poškození z užívání drog u jedinců, u nichž není možné tato rizika zcela odstranit. Činí tak zachováním zdravotního stavu uživatelů, předáváním informací a motivací uživatelů k tomu, aby byli zodpovědní za své chování a postupně jej měnili k méně rizikovému.
- Harm Reduction ***uplatňuje nízkoprahový přístup***, tzn. že na klienty nejsou kladeny pro ně mnohdy nereálné požadavky (aktuální abstinence, omezení frekvence či způsobu užívání). Klienty neidentifikuje, nezjišťuje jejich národnosti. Nízkoprahové služby pracují klientem tam, kde právě je, ve stavu, v jakém zrovna je, a za podmínek, na nichž se s ním dohodnou dle jeho potřeb.

Služby vybudované na těchto principech jsou klienty pozitivně přijímány. Z výzkumů vyplývá, že služby řídicí se přístupem Harm Reduction mohou oslovit 70 – 80 % problémových uživatelů (Hrdina, 2003).

- Cílem je oslovit nejen uživatele, ale i jejich rodiny a ostatní lidi v komunitě, aby byly zvolené intervence účinné.
- ***Snaží se o uplatnění názoru, že některé způsoby aplikace drog jsou bezpečnější než jiné (např. inhalování heroinu z aluminiové folie je bezpečnější než intravenózní aplikace).***
- Prosazuje to, že ti, kteří užívají drogy, jsou schopni řídit svůj vlastní život a měnit se (Teoretická a etická východiska pro všechny zařízení a pracovníky, kteří pracují v harm reduction, drogy.net).

1.8.4 Cíle Harm Reduction

Přístup Harm Reduction se snaží dosáhnout následujících cílů:

- odstranění opakovaného používání náčiní používaného k aplikaci drog u intravenózních uživatelů,
- používání méně rizikových způsobů aplikace drog příp. aplikace méně rizikovými způsoby,
- informování klientů o rizicích spojených s užíváním drog (druhy, účinky drog, ale také způsoby aplikací),
- změna rizikového chování uživatelů drog směrem k méně rizikovému,
- informování klientů o bezpečnějším sexu,
- minimalizace rizika somatického poškození, popř. jeho odstranění či redukce,
- znalost informací o poskytování první pomoci,
- navázání klienta ke kontaktu s odborným zařízením,
- informování o systému fungování orgánů státní správy a orgánů činných v trestním řízení (způsoby komunikace, práva a povinnosti),
- upevnění či znovuvytvoření základních hygienických návyků,
- redukce trestné činnosti.

1.8.5 Terénní sociální práce

Vznik metody sociální práce na ulici (streetwork) je datován na počátek 20. století. V ČR se bohužel muselo čekat dalších padesát let.

Streetwork se zrodil v USA jako reakce na selhání tradičních přístupů sociální práce. K tomuto selhání došlo v souvislosti s rychle se šířícím sociálním úpadkem celých městských čtvrtí velkých amerických měst a dále následkem vzniku gangů dětí a mladistvých. Hledání účinných způsobů řešení sociálních problémů donutilo sociální pracovníky opustit instituce a vydat se za klienty přímo do jejich sociálního prostředí. Znamenalo to nejen změnu v přístupu ke klientovi, ale i změnu v samotných prioritách, cílech a specifikách sociální práce.

V 70. letech 20. století je model terénní sociální práce na ulici importován z USA do Evropy. Po rozšíření drogové scény se sociální práce na ulici začala věnovat zvláště drogové problematice mládeže. V současné době patří sociální práce na ulici k důležitým metodám práce s dětmi a mladistvými či s drogově závislými.

Terénní pracovník neboli streetworker je sociálním pracovníkem, jehož „kanceláří“ je přirozené prostředí klientů - ulice, parky, kluby, herny, nádraží aj. Úkolem streetworkera je v první řadě vyhledávat a kontaktovat skupiny a jednotlivce, kteří jsou stylem svého života a nebo trávením volného času ohroženi negativními sociálními jevy. Následně jim pak nabídnout nebo zprostředkovat pomoc.

Jedná se především o ty jednotlivce, kteří sami nejsou ochotni nebo schopni pomoc vyhledat.

1.8.5.1 Terénní sociální práce s drogovými uživateli

Terénní práce mezi uživateli drog je metodou šíření zdravotnické osvěty a služeb. Jejím cílem, podobně jako jiných zdravotnických intervencí, je podpora zdravého chování (bezpečnějšího užívání drog a bezpečného sexu).

Terénní práce s drogovými uživateli má svá specifika. Především se zaměřuje se na uživatele drog, kteří žijí nebo se pohybují na ulici a nejsou tedy v kontaktu s žádnou zdravotnickou, sociální či jinou organizací. Jsou tím pádem velmi těžko zachytitelní a ovlivnitelní. V kontaktu s žádnou institucí nejsou z mnoha různých důvodů. Mezi

ty nejčastější patří, že mají strach, špatné zkušenosti z minulosti, zkreslené informace nebo o možné pomoci vůbec nevědí.

Na tuto skupinu se terénní pracovníci zaměřují proto, že svým rizikovým chováním představuje značné nebezpečí přenosu infekčních chorob (hepatitid, HIV/AIDS) pro své okolí. Terénní pracovník se na taková místa s vysokou koncentrací takto žijících lidí vydává a snaží se navázat s nimi kontakt a nabídnout jim svou pomoc (Teoretická a etická východiska pro všechny zařízení a pracovníky, kteří pracují v harm reduction, drogy.net).

Harm Reduction je často praktikována tam, kde pomoc nikdo neočekává, lépe řečeno tam, kde o ni nikdo nejvíce zájem. O to je terénní práce důležitější, složitější a pro pracovníky náročnější. Je třeba si však uvědomit, že smysl této části terciární prevence není jen v minimalizaci škod na samotných drogových uživatelích, ale zároveň jde i o ochranu celé společnosti před nepřímými dopady drogové závislosti. (Baláš, 2007).

1.8.6 Služby poskytované v rámci Harm Reduction

Mezi základní služby poskytované nízkoprahovými zařízeními patří poskytování informací, distribuce letáků upozorňujících na nebezpečí infekčních chorob a dalších zdravotních problémů, vzdělávání a motivace k bezpečnější aplikaci drog a k bezpečnému sexu, výměnný program jehel a stříkaček, distribuce kondomů, poskytování/zprostředkování testování infekcí a případné další zdravotní péče.

Síť nízkoprahových programů je tvořena kontaktními centry a terénní programy (v roce 2008 jich bylo celkem 100).

Následující údaje o službách poskytnutých v nízkoprahových zařízeních a o osobách, které je využily, jsou získány zejména ze závěrečných zpráv, které zpracovávají zařízení pro potřeby dotačního řízení Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Počet uživatelů drog, kteří služby nízkoprahových zařízení využili v posledních třech letech vzrostl. Průměrný věk uživatelů dlouhodobě rostl z 22,0 let v roce 2002 na 25,9 let v roce 2008.

Podle průzkumu z května 2008 provedeného mezi klienty všech nízkoprahových programů v Praze určených uživatelům drog využívali klienti nejvíce výměnný program (48 %), následně poradenství a rozhovor s pracovníkem (25 %), kontaktní místnost

(12 %), zdravotní ošetření (11 %) a (7 %) hygienický servis (Mravčík, Pešek a kol., 2009).

V následující části práce jsou podrobněji přiblíženy nejčastější služby poskytované v rámci přístupu Harm Reduction. Jedná se zejména o výměnný program, testování tablet extáze, intervence v oblasti bezpečného sexu a poradenskou činnost.

1.8.6.1 Výměnný program injekčních stříkaček a jehel

Výměna stříkaček a jehel je jednou ze služeb nabízených v rámci přístupu Harm Reduction. Hlavním důvodem výměny injekčního náčiní je prevence šíření infekčních onemocnění. V případě, kdy si již uživatel drog aplikuje drogy injekční cestou, je důležité, aby měl možnost si použité injekční náčiní vyměnit za sterilní. Dále je nezbytné, aby všichni uživatelé byli dostatečně informováni o rizicích intravenózní aplikace drog (Mravčík, Pešek a kol., 2009).

Trváním na výměně s následnou bezpečnou likvidací použitého náčiní se snižuje riziko přenosu virových infekcí z použitých a odhozených jehel a stříkaček. K výměnnému programu patří i distribuce dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci (sterilní voda, dezinfekční tampóny, bavlněné filtry) a distribuce kondomů (Výměna, výměnný program, drogy-info.cz).

Výměna stříkaček a jehel probíhá v přímo v terénu nebo v kontaktních centrech. Uživatel, který chce využít tohoto servisu má možnost dostat počet čistých jehel za stejný počet použitých, které přinese. V případě, že uživatel nemá žádné použité náčiní, má možnost dostat od pracovníků určitý počet stříkaček a jehel, které musí po použití odevzdat. Uživatel dostává k injekčním stříkačkám a jehlám stejný počet desinfekčních alkoholových polštářků určených k očištění místa vpichu před aplikací. Pokud mají uživatelé zájem, mohou dostat také ampulku sterilní vody vyráběné pro zdravotnické účely. Uživatelé heroinu mohou dostat také kyselinu askorbovou v jednorázových balíčcích, která je potřeba pro přípravu dávky k aplikaci. Součástí standardní nabídky pro klienty výměnného programu jsou též bavlněné filtry používané pro natahování látky do stříkačky. Použité stříkačky a jehly vhazují klienti

do speciálních plastových či kartonových kontejnerů k tomu určených, které jsou posléze odborně likvidovány.

Velmi důležitou součástí vlastního aktu výměny injekčního náčiní je komunikace s uživatelem. Pracovník je povinen s klientem mluvit o způsobech aplikace a možných souvisejících problémech. Nenásilným způsobem informovat klienta o bezpečnějších způsobech užívání, dotazovat se na jeho zdravotní stav a nabízet mu méně rizikové způsoby aplikace než je intravenózní. Při distribuci informačních materiálů o minimalizaci rizik je zapotřebí mapovat, jak je klient informován o řádném způsobu použití pomůcek a případně chybějící informace poskytnout či doplnit (Radimecký, 2006).

Pro hodnocení účinnosti výměnného programu je významný indikátor návratnosti (poměr vydaných a vrácených stříkaček): v optimálním případě by měl přesáhnout 100%, protože se do oběhu dostává náčiní získané jinde, např. v lékárnách (Výměna, výměnný program, drogy-info.cz).

Na základě informací ze závěrečné zprávy Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogově závislé si každý injekční uživatel, který v roce 2008 navštívil nízkoprahové zařízení, vyměnil průměrně 9,7krát (10,3krát v r. 2007) a obdržel celkem 208 sterilních stříkaček (214 v r. 2007). Nejvyšší počet výměn byl proveden v Hl. m. Praze (cca 120 tis.), (cca 11 tis.) v Jihočeském kraji (Mravčík, Pešek a kol., 2009).

1.8.6.2 Testování tablet „extáze“

MDMA, „extáze“ (dále jen extáze) byla syntetizována, resp. patetizována jako účinná látka v roce 1912 firmou Merk jako lék na hubnutí. Moderní historie MDMA je spojena především se jménem Alexandra Shulgina, který v 50. letech látku resyntetizoval. Poté probíhaly pokusy o možné využití látky v psychoterapii. V momentě, kdy však byla prokázána neurotoxicita MDMA, bylo její další legální používání zakázáno.

V 70. letech se v USA začalo objevovat rekreační užívání MDMA na parties. Postupně se rozšířilo do Velké Británie a následně do ostatních evropských států. Dnes patří extáze všude po světě mezi vůbec nejrozšířenější drogu užívanou na tanečních parties. (Minařík, Páleníček, 2003).

V České republice se extáze začala objevovat asi v roce 1992, konkrétně v Praze. O roku 1993 se rozvinulo masové užívání extáze jako tzv. taneční drogy, provázející hudbu typu techno, house a další její odvozeniny a vzniklé směry. Nyní již extáze patří stejně jako ve světě neodmyslitelně k parties, k moderní taneční hudbě a nové subkultuře. Nadpoloviční většina návštěvníků parties dnes užívá extázi jako způsob odreagování a zábavy. Tablety extáze, jinak také “Éčko”, “bobule”, “pilule”, “kulatý” a tak podobně neobsahují vždycky jen MDMA a inertní pojiva. Někdy se prodávají tablety extáze, ve kterých je i něco jiného, ať už v příměsích, nebo dokonce jako hlavní účinná látka. Oproti rizikům samotné MDMA mohou mít takové tablety ještě další specifická rizika a úskalí. Z toxikologického pohledu mohou být i velkým a zákeřným nebezpečím. Z tohoto důvodu se snahy o zjištění skutečného obsahu tablet extáze, tedy testování tablet, stávají jednou z důležitých součástí postupů a projektů zaměřených na snižování rizik souvisejících s drogami a jejich užíváním (Fišerová, Páleníček, Ústav farmakologie 3. LF UK).

Smyslem testování obsahu tablet je informovat potenciální konzumenty o velmi nebezpečných a neočekávaných tabletách přímo na místě, ať už prostřednictvím plakátů, časopisů, internetu nebo chemické analýzy tablet. Velmi důležité je nabídnout možnost otestování tablet přímo uživatelům a poskytnout jim informace o co nejpřesnějších substancích v dané tabletě. Pracovníci v oblasti Harm Reduction poskytují přímo na místě kromě chemické analýzy tablet také informativní rozhovory, případně krizové intervence a letáčky o problémech spojených s konzumací extáze (Fišerová, Páleníček, Ústav farmakologie 3. LF UK).

Masový rozvoj užívání extáze na tzv. hous parties přináší stále nové intervence z oblasti Harm Reduction přímo na těchto místech. Jedná se například o místnosti pro ochlazení (cooling) a dostek studené pitné nebo minerální vody. Ve Velké Británii a Itálii úřady od provozovatelů parties tato opatření povinně vyžadují (Minařík, Páleníček, 2003).

1.8.6.3 Bezpečný sex

Jedním z cílů Harm Reduction je snížit riziko šíření HIV injekčním užíváním drog, ale také propagací bezpečného sexu.

Rizikový sex překračuje hranice mezi komunitou drogově závislých a širší společností a především jeho prostřednictvím dochází k šíření virových infekcí do populace, která drogy neužívá (Hrdina, 2003).

Intervence ze strany Harm Reduction spočívají zejména v distribuci kondomů a informačních letáků, snaže informovat uživatele drog o riziku přenosu infekčních chorob nezodpovědným sexuálníím chováním a zprostředkováním testů na HIV a virové hepatitidy typu C.

Uživatelům drog musí být maximálním možným způsobem dostupné veškeré informace o rizicích nechráněného pohlavního styku i jiných forem sexuálníím kontaktů. Je nutné s nimi bez zábran a předsudků hovořit o všem, co se sexuálníím praktikami souvisí. Důležité je hovořit nejen o nebezpečích vyplývajících z nedostatečné ochrany, ale i o formách a způsobech styku, o tom jaké jsou prostředky ochrany proti pohlavně přenosným chorobám i jaké existují druhy antikoncepce. Dále pak jaké jsou možnosti a prostředky testování zdravotního stavu, vliv užívání drog na kvalitu sexu, průběh těhotenství a porodu u uživatelék - matek atd. (Harm Reduction, drogy-info.cz)

1.8.6.4 Poradenství

Poradenství patří spolu s poskytováním základního servisu, psychoterapie atd. do rejstříku služeb poskytovaných uživatelům návykových látek.

Poradenství je činnost, při které na jedné straně vystupuje vyškolený odborník nabízející a poskytující určité služby, na straně druhé uživatel, který tyto služby dobrovolně využívá.

Cílem poradenství je pomoc k lepšímu vedení vlastního života uživatele. Jde o formu sociální či psychologické pomoci, nikoli kontroly, z čehož vyplývá, že poradenství nemůže být nuceno. Uživateli je nabízeno jako jedna z možností, pro kterou se svobodně rozhodne nebo ji odmítne. Poradce by neměl klienta vést k řešení, které neodpovídá jeho zájmům i přes to, že by navržené řešení mohlo směřovat např. k celospolečenským zájmům.

Poradenství je velmi častou intervencí v péči o uživatele drog. Vzhledem k tomu, že se poradenství týká široké škály uživatelů, kteří jsou v různých stupních závislosti, není možné používat jeden typ přístupu a aplikovat jej na různé typy uživatelů. I přes tuto různorodost situací má poskytování poradenských služeb jednotné východisko. Základním předpokladem je vycházet z reálného a aktuálního stavu věci (pokud je znám), ze subjektivního prožívání klienta a jeho možností, které jsou často limitovány zdravotním stavem, psychickým stavem a sociálním postavením klienta.

Uživatelé se nachází v různém stupni očekávání, motivace a požadavků od poradenské služby. Do cílové skupiny lze zahrnout i rodinné příslušníky a blízké uživatelů, kterých se užívání drog klienta osobně či společensky dotýká. (Broža, 2003).

Ke kontaktu s klientem může docházet jak v terénu, tak v kontaktním či poradenském centru. Poradenská a léčebná centra nabízejí též poradenství telefonické.

Poradenství v terénu

Jak uvádí Broža (2003) v terénu je kontaktní aktivita a úspěšnost kontaktu obzvláště závislá na terénním pracovníkovi (streetworkerovi). Jedná se většinou o poradenství jednorázové, které je zaměřené spíše ve smyslu Harm Reduction. Pracovník se však může pokusit namotivovat uživatele drog k docházení do kontaktního centra. Uživatelé bývají nemotivovaní ke změně svého životního stylu a vůči okolí ostražití. Tato ostražitost se zintenzivňuje ve chvíli, kdy cítí nepřiměřený nátlak na změnu svého chování. Cílem této intervence je vytvořit pro klienta určitou vazbu mezi světem bez drog, který do té doby zpravidla vnímá jako ohrožující a světem drog, ve kterém žije.

Ze své zkušenosti terénního pracovníka vím, jak je těžké navázat s uživateli drog jakýkoli kontakt a získat jejich důvěru. Tento proces trvá i několik měsíců a i poté je potřeba, aby terénní pracovník získanou důvěru ze strany uživatelů udržoval a utvrzoval. Terénní pracovník během své práce nesmí na uživatele vyvíjet nátlak ve smyslu abstinence. Musí postupovat od změny rizikového chování k návštěvě kontaktního centra až k případné abstinenci. Dosažení abstinence však není cílem poradenství kontaktního centra. Lze alespoň namotivovat uživatele ke snaze abstinovat, avšak jedná se o dlouhodobý a složitý proces, na kterém se podílejí jak terénní pracovníci, pracovníci kontaktních center atd., tak hlavně sami uživatelé.

Poradenství v kontaktním centru

Broža (2003) se zmiňuje o tom, že pracovníci kontaktních center se setkávají především s uživateli (potažmo klienty), kteří jsou se svým životem spojeným s užíváním drog nespokojeni. Ať vědomě či nevědomě, ale mají potřebu osobní či společenské změny. U těchto uživatelů (klientů) lze začít od podávání základních informací, jednorázové poradenské intervence k rozhovorům motivujícím ke změně životního stylu až k systematické a dlouhodobé terapii a spolupráci s jasně stanovenými cíli.

V případě, že se klient obrátí na kontaktní centrum a to i v momentě, kdy do kontaktního centra dochází z důvodu Harm Reduction, je zřejmé, že se jedná o klienta, který je ochoten sám navazovat kontakt a nevyhýbá se mu. Poradenská činnost s klientem na půdě kontaktního centra vypadá odlišně od té realizované v terénu. Dalo by se říci, že pro klienta je nadějnější ve smyslu přijetí pravidelné odborné spolupráce na osobní změně. Od klienta docházejícího do kontaktního centra může poradce chtít mnohem více než od klienta, s kterým pracuje v terénu a služby mu spíše jenom nabízí. Poradce se snaží s klientem navázat kontakt na základě vzájemné důvěry. Je třeba, aby měl vždy na paměti, že pracuje s člověkem, jehož problém lze posuzovat na dvou základních rovinách: na rovině osobnosti s jejími přirozenými schopnostmi a na rovině osobnosti pod vlivem drogy .

Jednou ze základních charakteristik klientů kontaktních center je podceňování reálné situace. Poradce by s tím měl počítat a přijatelným způsobem klientovi pomoci, aby si svou reálnou situaci uvědomil. Skutečnou situaci mají klienti tendenci vnímat lépe. Tato charakteristika se dá vyjádřit jako tzv. „krok pozadu“. V praxi to znamená především to, že klient, který potřebuje poradenství, pomoc nevyhledává, klient, který by měl pravidelně docházet do ambulance, žádá o radu, klient, který by měl být zařazen do intenzivní formy ambulantního programu, žádá o občasné ambulantní schůzky a klient, který by měl být intenzivně léčen ve specializovaném zařízení, žádá o intenzivní ambulantní péči

Aktuální cíle je nezbytné určovat individuálně, měly by vycházet z reálných možností klienta a hlavně by měly být splnitelné v krátkém časovém horizontu (Broža, 2003).

1.9 Zařízení poskytující služby drogově závislým v Jihočeském kraji

Ke konci ledna odsouhlasili jihočeští zastupitelé podporu projektů minimální sítě protidrogových služeb na území Jihočeského kraje pro rok 2010 ve výši 2,4 miliony korun. Grant je určen ke spolufinancování služeb kontaktních center a souvisejících programů v oblasti protidrogové politiky v tomto kraji.

Marek Nerud, vedoucí oddělení prevence a humanitních činností Jihočeského kraje, odhaduje počet problémových uživatelů nelegálních drog v tomto kraji asi na 1550 osob, z toho v kontaktu s výše popsányými službami je jich asi 65 až 70%. K těmto číslům je však nutno připočítat další osoby, jimž jsou tyto služby užitečné jako např. jiné skupiny uživatelů, rodinné nebo sociální okolí uživatelů nelegálních drog a u některých služeb ještě děti a mládež, kteří jsou účastníci preventivních programů. Dále pak uvádí, že zmiňované služby pomohou každoročně v konečném důsledku okolo 2 500 obyvatelům kraje.

Celkově Jihočeský kraj uvolňuje na podporu protidrogové politiky pro rok 2010 5,9 milionu korun, a to ve dvou grantových programech Podpora protidrogové politiky a Podpora minimální sítě protidrogových služeb (Jihočeský kraj podpoří kontaktní centra 2,4 miliony korun, parlamentnilisty.cz).

Tato kapitola je věnována zařízením (viz. příloha č. 3), která svou činnost orientují na drogově závislé a realizují ji na území Jihočeského kraje. Vzhledem k tomu, že jsem z Českých Budějovic a před několika lety jsem v jednom takové zařízení pracovala, zaměřila jsem se tedy na zařízení poskytující služby drogově závislým právě v Jihočeském kraji a zejména pak v Českých Budějovicích.

Pro bližší seznámení jsem zvolila Občanské sdružení Prevent, které dle mého názoru poskytuje nejkomplexnější služby pro uživatele drog v Jihočeském kraji.

Sociální služby poskytované o.s. Prevent jsou následující:

- **Primární prevence Prevent pro region Strakonice** - cílem je pomáhat s tvorbou prevence na základních i středních školách a s volbou obsahů a realizací primárně preventivních aktivit.
- **Drogová poradna Prevent** - poskytuje odborné sociální poradenství osobám užívajícím drogy žijícím na území Českobudějovicka, osobám na drogách závislým, jejich rodinám a blízkým, kteří se ocitli v náročné životní situaci.

- **Krizové a kontaktní centrum Prevent ve Strakonících, Kontaktní centrum Prevent v Prachaticích a Kontaktní centrum Prevent v Českých Budějovicích** - centra poskytují ve svém regionu sociální, poradenské a terapeutické služby lidem, kteří se ocitli v těžké životní situaci. Služby jsou primárně zaměřeny na uživatele drog.
- **Jihočeské substituční centrum Prevent** - poskytuje ucelenou substituční léčbu metadonem a buprenorfinem klientům závislým na opiátech.
- **Centrum následné péče Prevent** – poskytuje širokou škálu sociálně terapeutických služeb včetně ubytování v chráněném prostředí klientům se závislostí na návykových látkách v anamnéze, kteří již absolvovali léčbu a minimálně 3 měsíce abstinují.
- **Jihočeský streetwork Prevent** - program terénní sociální práce v Českých Budějovicích a dalších městech Jihočeského kraje. Cílovou skupinou tohoto programu jsou především nitrožilní uživatelé drog, druhým okruhem klientů jsou uživatelé syntetických drog na tanečních akcích.

Služby, které jsou uživatelům drog poskytovány v rámci tohoto programu jsou:

- výměna injekčního materiálu a distribuce materiálu ke snížení zdravotních rizik,
- základní zdravotní, sociální a právní poradenství, distribuce informačních materiálů,
- poradenství v otázkách "bezpečného braní" a sexu,
- poradenství a zprostředkování testování na žloutenku C, HIV, těhotenské testy pro uživatelky drog,
- prevence spojená se zneužíváním syntetických drog (informace o rizicích spojených s užíváním syntetických drog a kvalitativní testování extáze přímo na tanečních akcích),
- krizová intervence, aktuální pomoc v tísní,
- motivační trénink,
- zprostředkování další odborné péče (např. detoxu, léčby v lůžkovém zařízení, drogová poradna Prevent, informace o zařízeních následné péče atd.),
- sociální práce a asistence,
- zdravotní ošetření drobných poranění,
- vitaminový program (o.s.Prevent, os-prevent.cz).

Kapacita programu Jihočeský streetwork Prevent je dle výroční zprávy 2008 o.s.Prevent stanovena počtem 15 klientů denně pro realizaci služby v Českých Budějovicích a 4 klienti v Týně nad Vltavou. Pokud je počet klientů vyšší, služby jsou poskytována, avšak v minimálním rozsahu (tzn. výměnný program, základní zdravotní ošetření drobných poranění, poskytnutí základních informací atd.) Pokud se jedná o práci na taneční scéně (parties), je kapacita programu 3 kontakty s klientem za hodinu.

Počet klientů (užívajících drogy) tohoto programu za rok 2008 byl 441. Výměnný program využilo 420 klientů, potravinový a vitamínový servis využilo 215 klientů, testy na HIV, HCV a HVB využilo dohromady 20 klientů a těhotenské testy byly provedeny u 32 klientek. V rámci prevence zneužívání syntetických drog na tanečních akcích navštívili pracovníci o.s. Prevent 5 tanečních akcí, uskutečnili 207 kontaktů a provedly 40 kvalitativních testů tablet extáze (Výroční zpráva 2008, os-prevent.cz).

Jihočeský streetwork Prevent je za o.s. Prevent členem projektu Safer party. Tento projekt se zabývá sociální prací na taneční scéně. Cílem je především poskytovat objektivní informace o legálních a ilegálních psychoaktivních látkách, možných rizicích spojených s jejich konzumací a legislativních otázkách. Dále projekt Safer Party nabízí poradenství v oblasti bezpečného sexu a zdravého životního stylu.

Jihočeský streetwork Prevent nabízí také možnost kvalitativního testování tablet extáze za účelem včasného varování před nebezpečnými příměsemi. Jihočeský streetwork Prevent a také další organizace je možno potkat u informačních stánků nebo v Chill outu na největších festivalech po celé České republice (Služby o.s. Prevent, os-prevent.cz)

2 Praktická část

2.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zmapovat informovanost studentů středních škol jihočeského regionu o problematice Harm Reduction. Zvolila jsem si Soukromou střední školu s právem státní jazykové školy typu obchodní akademie v Českých Budějovicích a Biskupské gymnázium v Českých Budějovicích (dále jen Č.B.).

Výzkumný problém se opírá o potřebu zmapování povědomí středoškolských studentů o přístupu Harm Reduction.

Přístup Harm Reduction spočívá v zaměření se na snížení zdravotních rizik, zejména přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog. Harm Reduction se soustředí především na lidi, kteří vůbec neuvažují o tom, že by je přestali brát a svou závislost nevidí jako problém.

Výzkumy provedené v roce 2008 ukazují, že podíl osob, které mají zkušenost s návykovými látkami roste, a dále pak uvádějí, že nárůst počtu problémových uživatelů všech typů drog v roce 2008 oproti roku 2007 vzrostl.

Jak uvádí Minařík (2003) injekční aplikace je spolehlivě nejrizikovější způsob užívání drog, protože dochází k vpravení toxické látky včetně všech nežádoucích příměsí přímo do krve. Nejdůležitější roli hraje prevence onemocnění a to zejména prosazováním běžných sexuálních praktik, výměnnými programy injekčních jehel a stříkaček uživatelů drog a osvětou prováděnou především v rizikových skupinách a u dětí (viz. teoretická část - kapitoly 1.3.3.1 Infekční hepatitidy a AIDS a 1.5 Prevence drogových závislostí).

Je velmi důležité, aby především mladí lidé byli o přístupu Harm Reduction informováni. V momentě, kdy budou mít dostatek informací o přístupu Harm Reduction, mohou tyto informace předat svým vrstevníkům. Pokud se ocitnou v situaci, kdy oni sami nebo někdo z jejich okolí bude např. potřebovat využít služby poskytované v rámci přístupu Harm Reduction, bude pro ně mnohem snazší v dané situaci vědět, na koho a kam se obrátit. Dále pak budou schopni předejít mnoha rizikovým situacím (např. ve chvíli, kdy budou chtít drogu užít intravenózně, obrátí se na streetworkera, koupí si potřebný materiál v lékárně atd. Riziko sdílení injekčního

materiálu se může výrazně snížit). Je důležité, aby mladí lidé měli možnost volby, zvolit cestu rizikového užívání drog nebo se i v této situaci snažit ochránit sama sebe a okolí před přenosem infekčních onemocnění atd.

2.2 Stanovení a zdůvodnění předpokladů

Na základě výzkumného cíle byly stanoveny následující předpoklady vycházející ze vztahu mezi mírou informovanosti a typu střední školy a ze vztahu mezi mírou informovanosti a délkou školní docházky.

Předpoklad č. 1:

Předpokládám, že studenti 4. ročníku Soukromé střední školy s právem státní jazykové školy typu obchodní akademie v Č.B. a Biskupského gymnázia v Č.B. jsou více informováni o problematice Harm Reduction než studenti 1. ročníku Soukromé střední školy s právem státní jazykové školy typu obchodní akademie v Č.B. a Biskupského gymnázia v Č.B.

Předpoklad č. 2:

Předpokládám, že studenti Biskupského gymnázia v Č.B. jsou více informováni o problematice Harm Reduction než studenti Soukromé střední školy s právem státní jazykové školy typu obchodní akademie v Č.B.

Předpoklad č. 3:

Předpokládám se, že studenti Soukromé střední školy s právem státní jazykové školy typu obchodní akademie v Č.B. a Biskupského gymnázia v Č.B. jsou informováni o službách poskytovaných v rámci přístupu Harm Reduction.

Zdůvodnění předpokladů:

Harm reduction si uvědomuje, že užívání ilegálních a nelegálních drog je součástí našeho světa a proto se zaměřilo spíše na přístup minimalizace škodlivých účinků drog, než na jejich pouhé ignorování nebo jejich zavržení.

Velkým zdravotním problémem ohrožujícím injekční uživatele drog jsou krví přenosné nemoci, zejména AIDS a hepatitidy typu B a C. Harm Reduction bere na vědomí, že prevence HIV/AIDS, hepatitid a jiných infekčních onemocnění je vždy méně nákladná než následná léčba nebo represe. Předávání informací o způsobech přenosu těchto nemocí a jejich důsledcích a podpora motivace k léčbě u těch, kteří jsou již nakaženi, znamená snižování poškození v této konkrétní oblasti.

V rámci přístupu Harm Reduction se např. provádí výměna použitých jehel a stříkaček za nové. Mohlo by se zdát, že se jedná o podporu braní drog, avšak lidem, kteří užívají drogy nitrožilně jen velmi málo záleží na tom, zda je to podporování anebo není. Pokud je člověk závislý, jediné, co je pro něj v daný okamžik důležité, je droga. Způsob její aplikace je vedlejší. Pokud nemá čistou jehlu a stříkačku, půjčí si jí od jiného uživatele a tím riskuje přenos infekce hepatitidy či HIV.

Výměny injekčních stříkaček, snaha informovat uživatele o možnostech přenosu infekce hepatitid a HIV atd. probíhá zejména prostřednictvím terénních pracovníků (streetworkerů). Streetworkeri navazují s uživateli kontakt v jejich prostředí (parks, squats, parties atd.) a snaží se je namotivovat k návštěvě center.

Stejně jako Minařík (2003) se domnívám, že nejdůležitější roli hraje prevence u rizikových skupin a dále pak u dětí a mládeže. Ze svých zkušeností terénního pracovníka kontaktního centra jsem získala dojem, že v oblasti prevence drogových závislostí u dětí a mládeže je terciární prevence, do které je přístup Harm Reduction zahrnován, zastíněna primární prevencí. V dnešní době jsou primárně preventivní programy realizované na základních a středních školách téměř samozřejmostí. Důležitost primární prevence u dětí a mládeže je nezpochybnitelná. Přesto si myslím, že také problematika Harm Reduction by měla mít v rámci preventivních programů realizovaných na základních a středních školách své místo. Vědí děti a mládež, kam se obrátit o pomoc v momentě, kdy primární a sekundární prevence drogových závislostí

v jejich případě selhala? (viz teoretická část – kapitola 1.8.1 Vymezení pojmu a přístupu Harm Reduction)

2.3 Metodika

2.3.1 Použité metody a technika sběru dat

Jednalo se o kvantitativní výzkum. Ke sběru dat byly použity následující techniky:

a) dotazník vlastní konstrukce

Techniku dotazníku jsem zvolila především proto, že díky ní je možno v krátkém čase zmapovat znalosti větší skupiny respondentů. Výsledky získané dotazníkem lze pak snadno utřídit a vyjádřit jednoduchými matematickými operacemi a zanást do tabulek a grafů.

Otázky v dotazníku musí být zcela jasně formulované, aby byly pro respondenta srozumitelné, pochopitelné a nevnucovaly mu předem odpovědi. Při formulaci jednotlivých otázek jsem si byla vědoma toho, že otázky musí být respondentů srozumitelné. Vzhledem k tématu a výzkumnému cíli práce vyvstalo riziko, že pro studenty, kteří neznají pojem Harm Reduction budou otázky příliš složité. Cílem dotazníku však bylo, aby se studenti nad otázkami zamysleli i přes to, že v úvodní části dotazníku označí odpověď, že nikdy neslyšeli termín Harm Reduction. Mnoho studentů může znát jednotlivé služby poskytované právě v rámci přístupu Harm Reduction, avšak pouze neví, že se jedná o tento přístup. Nevýhodou jsou dále složitá příprava, finanční zatížení a nemožnost konzultace případných nejasností.

Distribuce dotazníků proběhla prostřednictvím jednoho pedagoga na každé ze škol. Pedagogové byli obeznámeni jak s problematikou Harm Reduction, tak s výzkumným záměrem práce a následně řádně proškoleni vzhledem k distribuci dotazníků.

Vzhledem ke stavbě otázek dotazníku č. 5 až č. 12, plnil dotazník též funkci informativně - vzdělávací. Aby si studenti své odpovědi mohli ověřit či si doplnit informace potřebné ke správnému zodpovězení těchto otázek, byl studentům po

vyplnění dotazníku, rozdán informační leták obsahující základní informace z oblasti přístupu Harm Reduction (viz příloha č. 2)

Úvodní část dotazníku směřuje k získání základních identifikačních údajů o respondentech. Z identifikačních údajů zjišťují pohlaví, věk, typ a ročník střední školy. Další otázky v dotazníku se zaměřují na ověření stanovených předpokladů.

V dotazníku byly použity tyto typy otázek:

- otevřené – respondentovi nechávají naprostou volnost odpovědi (otázky č.5, 13, 14, 16)
- uzavřené - nabízejí konečný počet daných odpovědí, respondent si vybere jednu z nich. Není možnost vlastní volby. (otázky č. 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)
- polootevřené – začínají jako uzavřené, tzn. nabídnou respondentovi několik alternativ odpovědi, poslední alternativa je otevřená, tzn.nabízí možnost doplnit to, co nabídnuto nebylo. (otázka č.15)

Dotazník obsahuje 16 otázek sledujících tři stanovené předpoklady. 4 otázky, které jsou uvedeny samostatně jsou identifikační.

b) obsahová analýza dat - jednalo se především o práci s odbornou literaturou související s prevencí drogových závislostí se zaměřením na Harm Reduction.

2.3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Respondenty výzkumu byli studenti 1. a 4. ročníků Soukromé střední školy s právem státní jazykové školy typu obchodní akademie v Českých Budějovicích (dále jen Obchodní akademie) a studenti 1. a 4. ročníků Biskupského gymnázia v Českých Budějovicích (dále jen Gymnázium). Dotazník vyplnilo celkem 88 respondentů. Věkové zastoupení bylo v 1. ročnících od 15 do 17 let, ve 4. ročnících od 18 do 20 let.

2.4 *Prezentace a interpretace výsledků*

Dotazník obsahuje 16 otázek (viz příloha č. 1). První čtyři otázky, které jsou uvedené samostatně jsou identifikační. Ostatní otázky již testují stanovené předpoklady.

Předpoklad č. 1 testují otázky: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

Předpoklad č. 2 testují otázky: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

Předpoklad č. 3 testují otázky: 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14

Ostatní otázky jsou pouze informativní, konkrétně se jedná o otázky č. 1, 2, 3, 15, 16. Mají za úkol doplnit informace ke stanoveným předpokladům a zjistit, jak by se studenti zachovali v konkrétní situaci.

Výsledky jsou zpracovány na základě vlastního výzkumu. Jednotlivé odpovědi jsou zaznamenány v přehledné tabulce s výčtem četnosti voleb, dále v grafu (také s výčtem četnosti voleb). Poté následuje stručný popis dat s výčtem četnosti a procentním zastoupením.

Vzhledem k 95 % zastoupení respondentů ženského pohlaví, nebylo s pohlavím podrobněji pracováno. Během zpracování výsledků se pracovalo s typem střední školy a s ročníkem, ve kterém respondenti na dané střední škole právě studují.

Celkem bylo vydáno 93 prázdných dotazníků a zpět shromážděno 88 vyplněných, návratnost byla 94,6 %.

Otázka č. 1

Máte/měli jste v průběhu studia na škole, kterou právě studujete předmět (předměty), v rámci kterého Vám byla přednášena drogová problematika?

ano

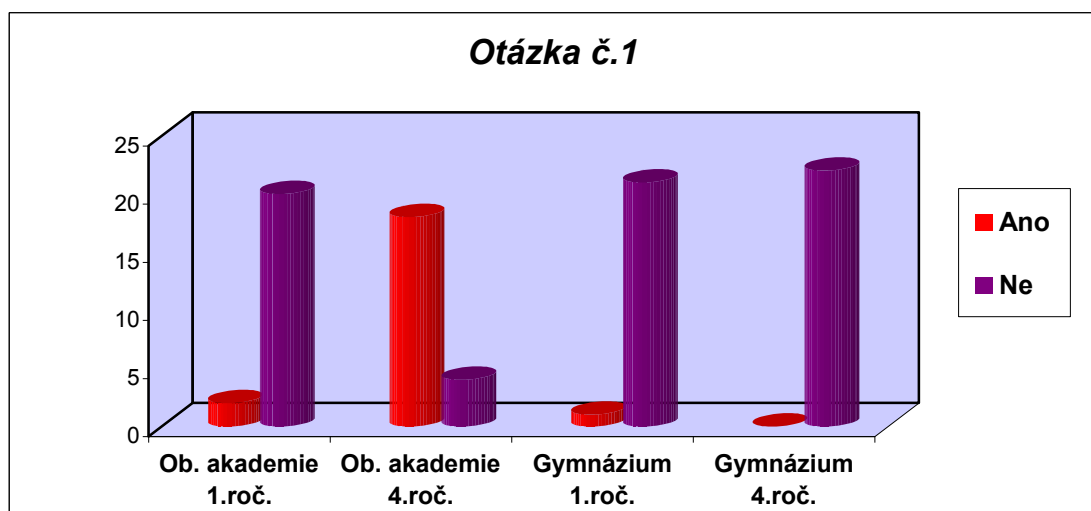
ne

pokud ano, uveďte jaký (jaké):

Tabulka č. 1

| Odpovědi | Ob. akademie 1.roč. | Ob. akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|----------|------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| Ano | 2 | 18 | 1 | 0 |
| Ne | 20 | 4 | 21 | 22 |

Graf č. 1



Studenti prvních ročníků Obchodní akademie a Gymnázia odpovídali shodně, že v během studia dané střední školy zatím neměli předmět (předměty), v rámci kterého by jim byla přednášena drogová problematika. Z 1. ročníku Obchodní akademie takto odpovědělo 22 (90 %) studentů a z 1. ročníku Gymnázia 21 (95 %). Stejně odpovídali i studenti čtvrtého ročníku Gymnázia, kteří takto odpověděli ve 100 %. Naopak studenti čtvrtého ročníku Obchodní akademie uvedli, že nějaký předmět (předměty), v rámci kterých jim bylo o drogové problematice přednášeno, měli (18 odpovědí, tj. 81 %). O jaký předmět (předměty) se jedná však neuvedli.

Otázka č. 2

Máte/měli jste v průběhu studia na škole, kterou právě studujete odbornou přednášku/ky (např. od pracovníků kontaktního centra) zabývající se drogovou problematikou?

ano

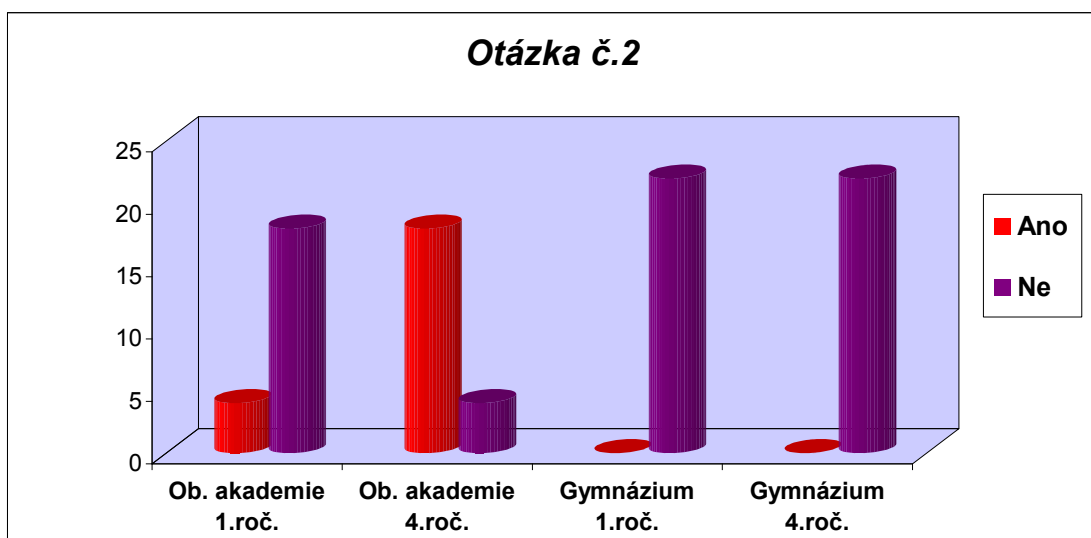
ne

pokud ano, uveďte jakou/jaké a kým byla realizována:

Tabulka č. 2

| Odpovědi | Ob. akademie 1.roč. | Ob. akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|----------|---------------------|---------------------|------------------|------------------|
| Ano | 4 | 18 | 0 | 0 |
| Ne | 18 | 4 | 22 | 22 |

Graf č. 2



Z tabulky č. 2 a grafu č. 2 je patrné, že studenti 1. ročníku Obchodní akademie 18krát (82 %) uvádějí, že neměli. Žádnou přednášku realizovanou odborníky neměli ani studenti Gymnázia, oba ročníky tuto odpověď zvolily ve 100 %. Jediný ročník, který uvedl, že přednášku z řad odborníků měl, byl 4. ročník Obchodní akademie (18 odpovědí, tj. 82 %). Shodně pak studenti uvedli, že se jednalo o přednášku realizovanou Policií ČR.

Otázka č. 3

Zajímáte se aktivně o problematiku drog mimo školu?

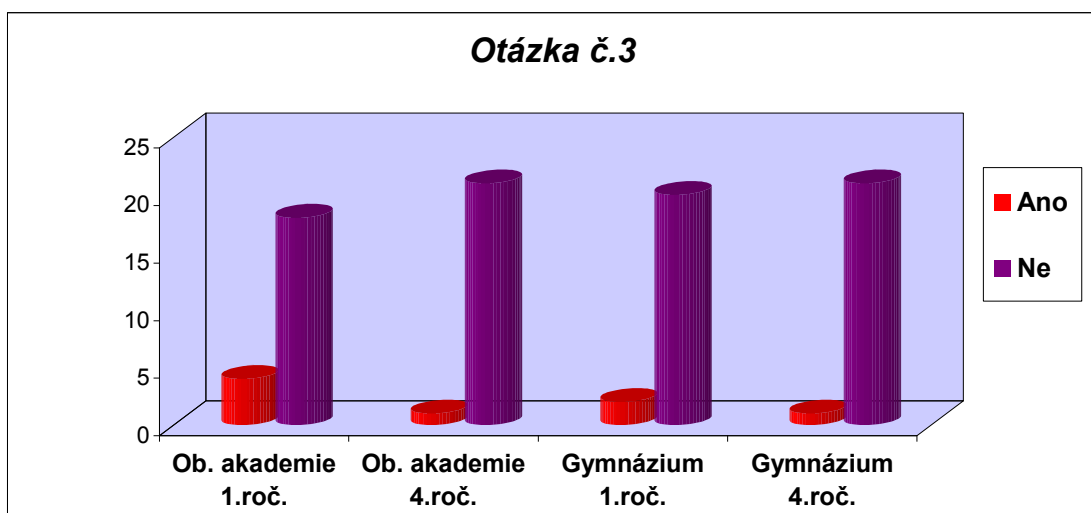
ano

ne

Tabulka č. 3

| Odpovědi | Obchodní akademie 1.roč. | Obchodní akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|----------|--------------------------|--------------------------|------------------|------------------|
| Ano | 4 | 1 | 2 | 1 |
| Ne | 18 | 21 | 20 | 21 |

Graf č. 3



Z tabulky č. 3 a grafu č. 3 můžeme vidět, že studenti ani jednoho typu střední školy či ročníku se o problematiku drog mimo školu aktivně nezajímají.

Otázka č. 4a

V oblasti prevence drogových závislostí je často používán termín „Harm Reduction“. Slyšel/a jste již někdy tento termín?

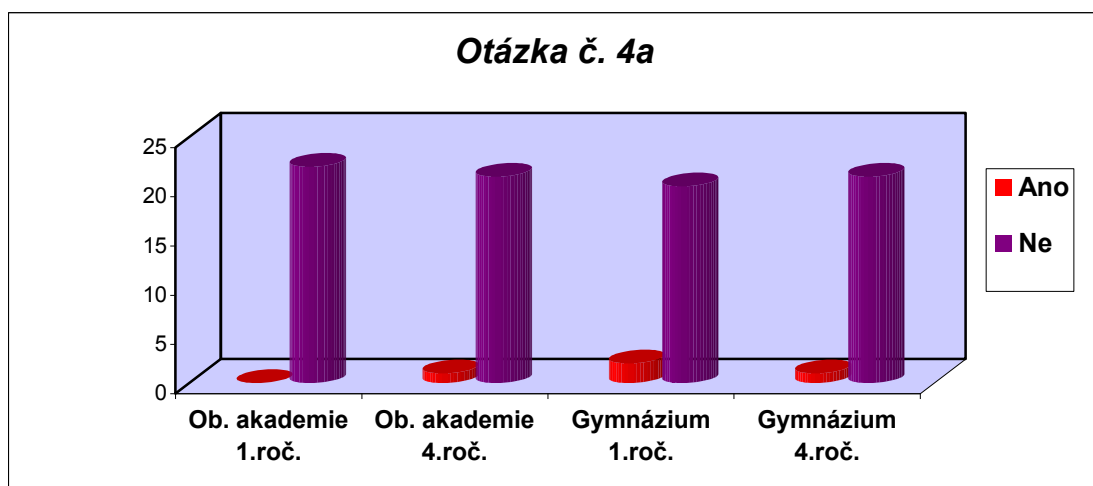
ano

ne

Tabulka č. 4

| Odpovědi | Ob. akademie 1.roč. | Ob. akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|----------|---------------------|---------------------|------------------|------------------|
| Ano | 0 | 1 | 2 | 1 |
| Ne | 22 | 21 | 20 | 21 |

Graf č. 4



Na otázku, zda někdy studenti slyšeli termín Harm Redcution, uvedli studenti 1. ročníku Obchodní akademie ve 100 % ne, stejně tak studenti 4. ročníku Obchodní akademie (95 %). 20 (90 %) studentů 1. ročníku Gymnázia zvolilo stejnou odpověď, stejně jako 21 (95 %) studentů 4. ročníku Gymnázia.

Otázka č. 4b

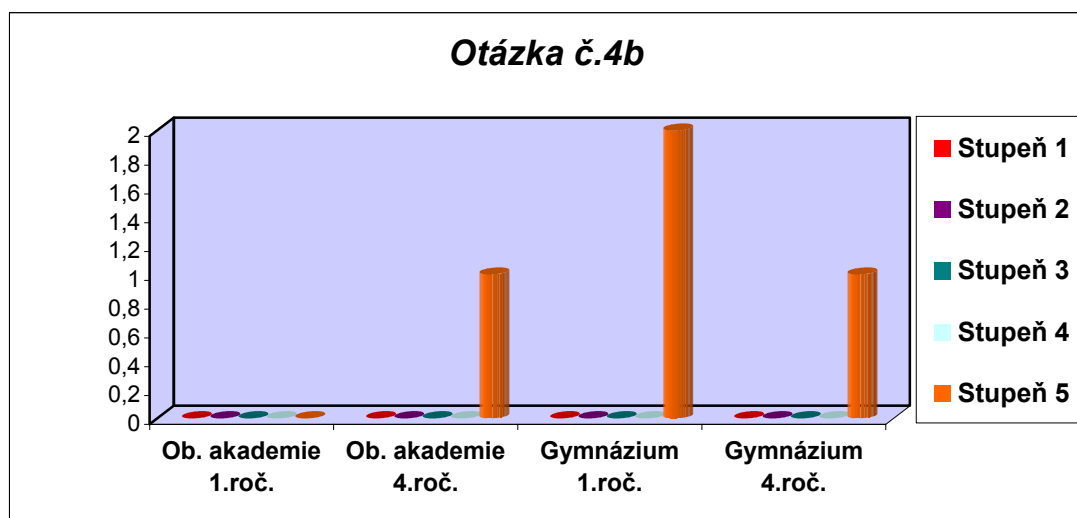
Pokud ano, ohodnořte, jako ve škole na stupnici od 1 do 5, jak si myslíte, že jste o problematice „Harm Reduction“ informován/a.

1 2 3 4 5

Tabulka č. 5

| Odpovědi | Obchodní akademie 1.roč. | Obchodní akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|----------|--------------------------|--------------------------|------------------|------------------|
| Stupeň 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Stupeň 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Stupeň 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Stupeň 4 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Stupeň 5 | 0 | 1 | 2 | 1 |

Graf č. 5



Pokud studenti na otázku, zda termín Harm Reduction někdy slyšeli, odpověděli ano, pak svou informovanost o tomto termínu na stupnici ohodnotili jako ve škole známkou 5. Cítí se tedy nedostatečně informováni o problematice Harm Reduction.

Otázka č. 5

Pokuste se napsat svými slovy, jak rozumíte pojmu „Harm Reduction“ (co si pod ním představujete, s čím jej spojujete):

Na otázku jak rozumíte pojmu Harm Reduction (co si pod ním představujete, s čím je spojujete) odpovídali studenti 1. ročníku Obchodní akademie nejčastěji neví a to 18krát (82 %), 1krát (4,5 %) byla odpověď – postupná detoxifikace, 1krát (4,5 %) byla odpověď, že se jedná o označení pro různé typy drog, 1krát (4,5 %) pomoc drogově závislým a 1krát (4,5 %) respondenti odpovídali na tuto otázku, že se jedná o zamezení přístupu k drogám.

Studenti 4. ročníku Obchodní akademie nejčastěji uváděli neví a to 19krát (86 %), 2krát (9 %) byla odpověď – snížení dostupnosti drog, 1krát (5 %) byla odpověď, že se jedná o pomoc drogově závislým.

Dalšími respondenty byli studenti 1. ročníku Gymnázia, nejčastěji uváděli odpověď neví a to 14krát (64 %), 8krát (36 %) odpověděli studenti správně, uváděli, že se jedná o snahu zabránit šíření nemocí, které se přenášejí v souvislosti s užíváním drog, snižování rizik braní drog, snižování poškození atd.

Stejně tak studenti 4. ročníku Gymnázia odpovídali nejčastěji nevíím a to 17krát (77 %), 1krát (4,5 %) byla odpověď – snaží se omezit šíření nemocí mezi narkomany. Dále pak respondenti uváděli příklady konkrétních služeb poskytovaných v rámci Harm Reduction a to 1krát (4,5 %) byla odpověď, že se jedná o rozdávání kondomů zdarma, 3krát (14 %) rozdávání jehel drogově závislým, aby nepřenašeli nemoci.

Otázka č. 6

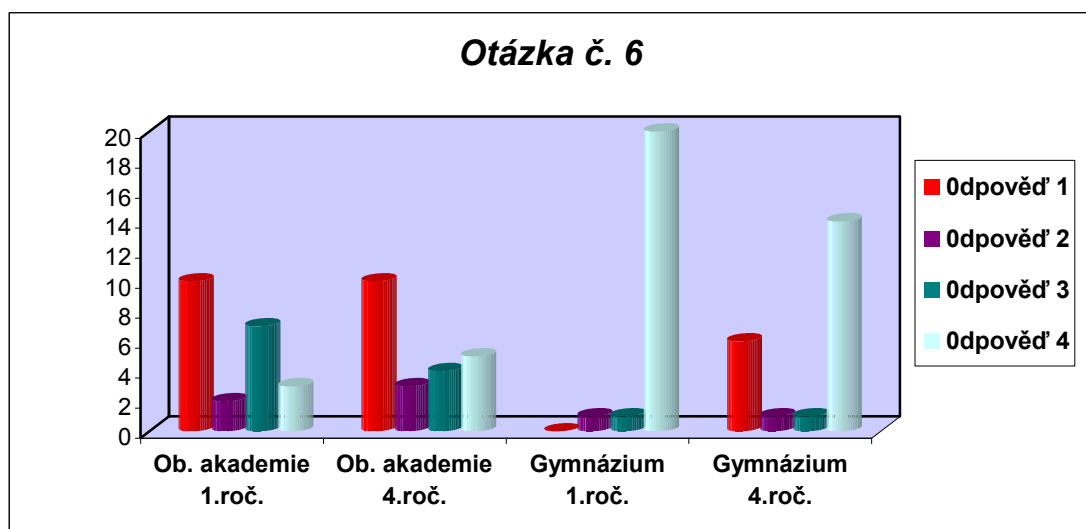
Přesto, že jste odpověděl/a, že pojem „Harm Reduction“ neznáte, pokuste se označit z následujících možností tu, která podle Vás nejvíce vystihuje přístup „Harm Reduction“.

- prosazuje nátlakový přístup k uživatelům drog (cílem je především abstinence uživatele drog)
- pracuje pouze s abstinujícím klientem
- věří ve společnost bez drog
- prosazuje, že určité způsoby užívání drog jsou bezpečnější než jiné

Tabulka č. 6

| Odpovědi | Ob. akademie 1.roč. | Ob. akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|------------------|------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| Odpověď 1 | 10 | 10 | 0 | 6 |
| Odpověď 2 | 2 | 3 | 1 | 1 |
| Odpověď 3 | 7 | 4 | 1 | 1 |
| Odpověď 4 | 3 | 5 | 20 | 14 |

Graf č. 6



Z tabulky č. 6 a grafu č. 6 je patrná převaha dvou odpovědí. Studenti obchodní akademie nejčastěji volili odpověď 1, že přístup Harm Reduction prosazuje nátlakový přístup k uživatelům drog. V obou ročnících se tato odpověď objevila 10 krát (45 %). Oproti tomu studenti Gymnázia považují odpověď 4 za nejvíce vystihující přístup Harm Reduction. V 1. ročníku Gymnázia ji volilo 20 studentů (91 %), ve 4. ročníku Gymnázia 14 (64 %).

Otázka č. 7

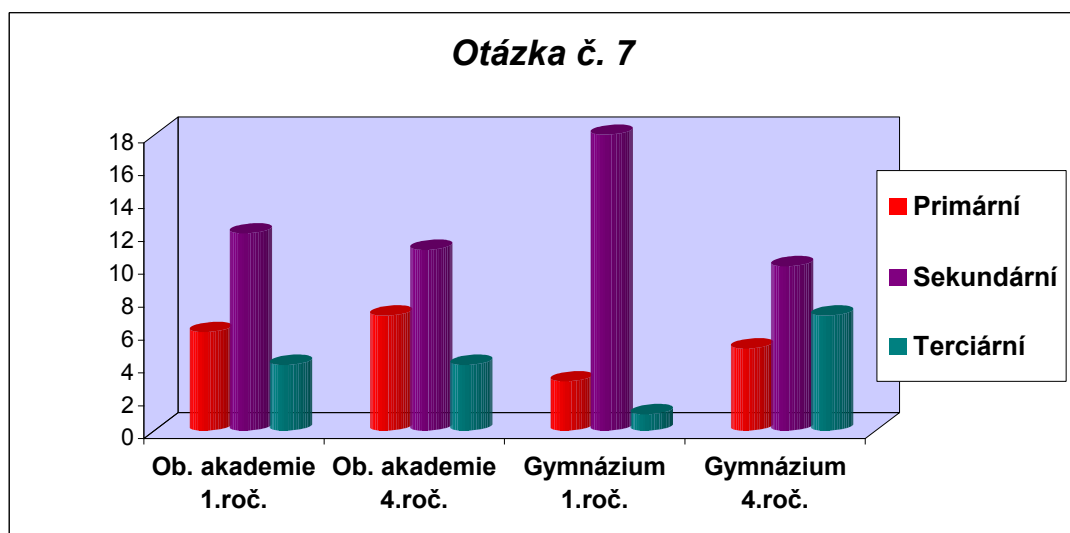
Víte, do jaké prevence je zahrnován přístup „Harm Reduction“?

- primární prevence
- sekundární prevence
- terciární prevence

Tabulka č. 7

| Odpovědi | Ob. akademie 1.roč. | Ob. akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|------------|---------------------|---------------------|------------------|------------------|
| Primární | 6 | 7 | 3 | 5 |
| Sekundární | 12 | 11 | 18 | 10 |
| Terciární | 4 | 4 | 1 | 7 |

Graf č. 7



Na tuto otázku odpovídali studenti nejčastěji sekundární prevence. Jak je však patrné z tabulky č.7 a grafu č. 7, studenti 1. ročníku Gymnázia tak odpověděli 18 krát (82 %), studenti 4. ročníku Gymnázia 10 krát (45 %), studenti 1. ročníku Obchodní Akademie 12 krát (54 %) a studenti 4. ročníku Obchodní akademie 11 krát (50 %). Možnost odpovědi, že přístup Harm Reduction je součástí terciární prevence volili studenti nejméně. Studenti Obchodní akademie shodně 4 krát (18 %), studenti 1. ročníku Gymnázia 1 krát (4,5 %) a studenti 4. ročníku Gymnázia 7 krát (32 %).

Otázka č. 8

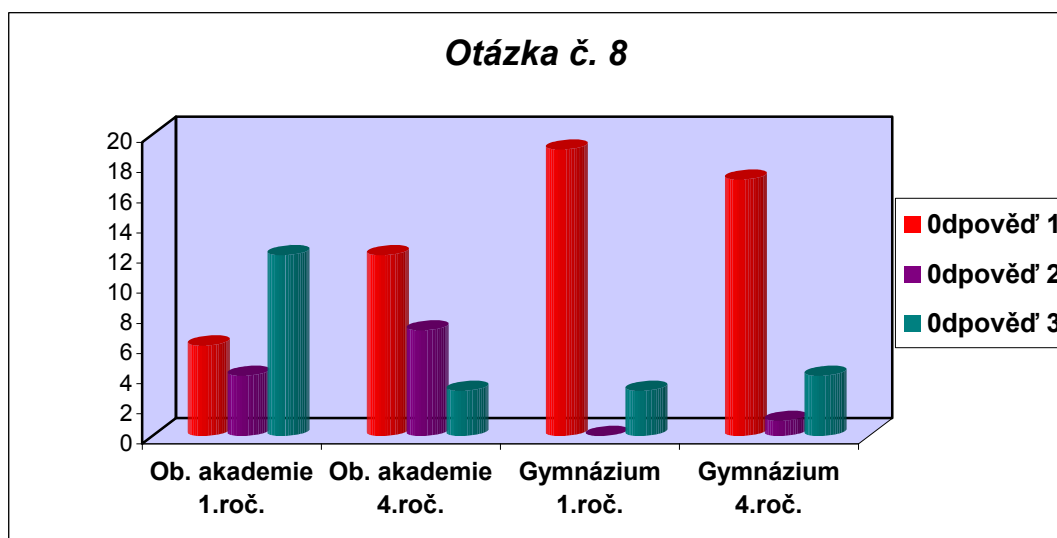
Služby „Harm Reduction“ poskytuje především:

- terénní pracovník (streetworker), kontaktní centrum
- programy primární prevence (např. na školách)
- psychiatrická léčebna pro léčbu závislostí na návykových látkách

Tabulka č. 8

| Odpovědi | Ob. akademie 1.roč. | Ob. akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|-----------|---------------------|---------------------|------------------|------------------|
| Odpověď 1 | 6 | 12 | 19 | 17 |
| Odpověď 2 | 4 | 7 | 0 | 1 |
| Odpověď 3 | 12 | 3 | 3 | 4 |

Graf č. 8



Kdo poskytuje služby v rámci Harm Reduction především, zvolili studenti Gymnázia možnost terénní pracovník a kontaktní centrum nejčastěji. 1. ročník 19krát (86 %) a 4. ročník 17krát (92 %). Studenti 4. ročníku Obchodní akademie rovněž většinou volili první možnost a to 12krát (54,5 %). Zato studenti 1. ročníku Obchodní akademie volili nejčastěji možnost poslední a to 12krát (54,5 %).

Otázka č. 9

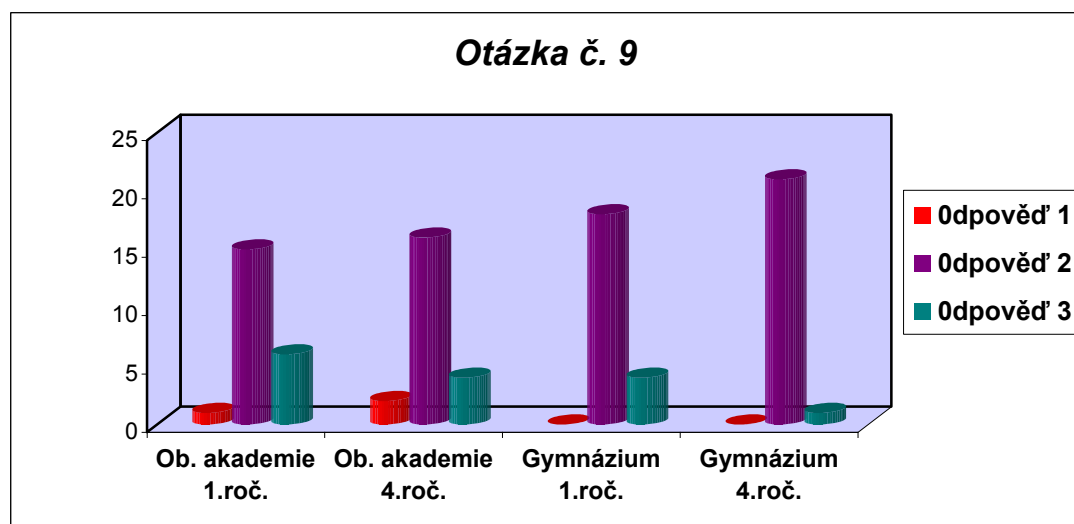
Co je „výměnný program“ v prevenci drogových závislostí?

- výměna drogy s nižší kvalitou za drogu s vyšší kvalitou
- výměna použitých stříkaček a jehel za čisté
- výměna opiátu (např. heroin) za metadon

Tabulka č. 9

| Odpovědi | Ob. akademie 1.roč. | Ob. akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|-----------|---------------------|---------------------|------------------|------------------|
| Odpověď 1 | 1 | 2 | 0 | 0 |
| Odpověď 2 | 15 | 16 | 18 | 21 |
| Odpověď 3 | 6 | 4 | 4 | 1 |

Graf č. 9



Na otázku, co je výměnný program odpovídali studenti jednoznačně, že se jedná o výměnu použitých stříkaček a jehel za čisté. Studenti 1. ročníku Obchodní akademie ji zvolili 15krát (68 %), studenti 4. ročníku obchodní akademie 16krát (73 %), studenti 1. ročníku Gymnázia 18krát (82 %), studenti 4. ročníku Gymnázia 21krát (95 %).

Otázka č. 10

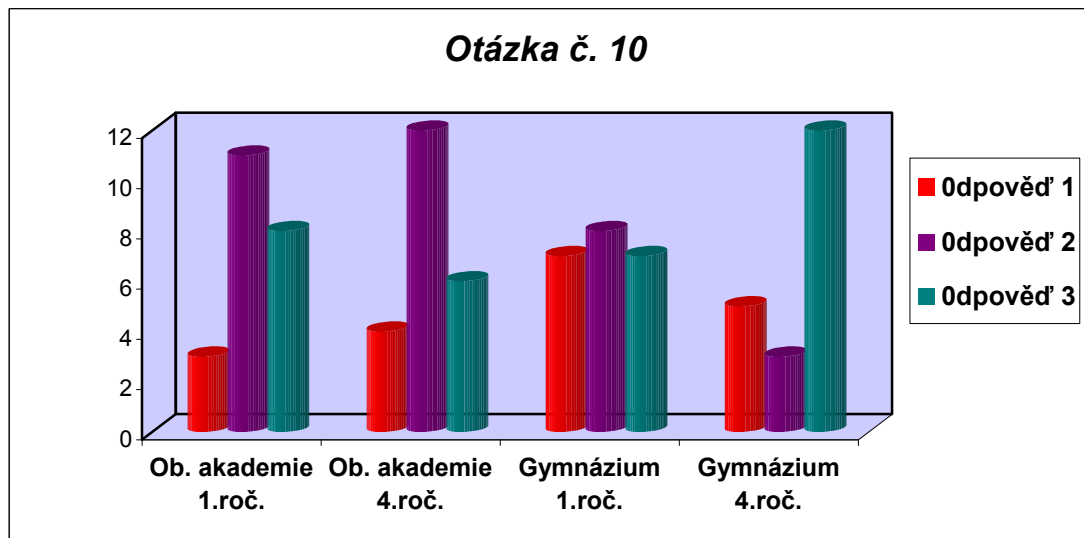
Co je „substituční léčba“?

- terapie, která se snaží u uživatelů drog jednu drogu nahradit jinou drogou
- terapie, která se snaží udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav do doby, než bude uživatel objektivně i subjektivně schopen podstoupit léčbu vedoucí k abstinenci
- terapie, která nahrazuje drogu neúčinnou látkou tzv. placebem

Tabulka č. 10

| Odpovědi | Ob. akademie 1.roč. | Ob. akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|-----------|---------------------|---------------------|------------------|------------------|
| Odpověď 1 | 3 | 4 | 7 | 5 |
| Odpověď 2 | 11 | 12 | 8 | 3 |
| Odpověď 3 | 8 | 6 | 7 | 12 |

Graf č. 10



Jak je patrné z tabulky č. 10 a grafu č. 10, na tuto otázku zvolili studenti 1. ročníku Obchodní akademie 11krát (50 %) odpověď 2, studenti 4. ročníku Obchodní akademie 12krát (54,5 %). Studenti 1. ročníku Gymnázia volili všechny možnosti stejně často (odpověď 1 v 32 %, odpověď 2 v 36 %, odpověď 3 v 32 %). Oproti tomu studenti 4. ročníku Gymnázia nejčastěji volili odpověď 3 a to 12krát (54,5 %).

Otázka č. 11

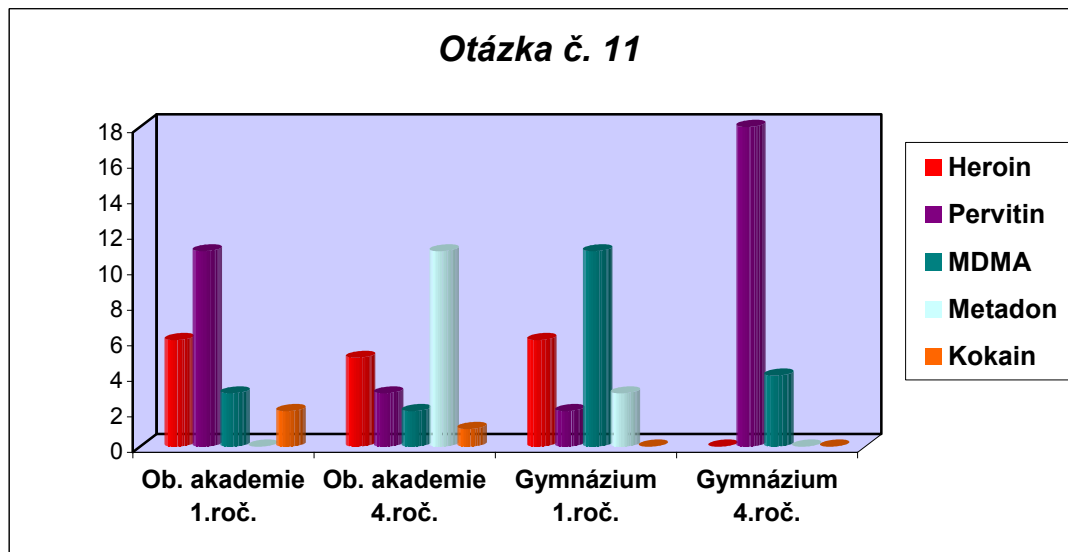
Vyberte, kterou pouličně prodávanou drogu nahrazuje na předpis vydávaný preparát „Subutex“.

- heroin
- pervitin
- MDMA (extáze)
- metadon
- kokain

Tabulka č. 11

| Odpovědi | Ob. akademie 1.roč. | Ob. akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|-----------------|---------------------|---------------------|------------------|------------------|
| Heroin | 6 | 5 | 6 | 0 |
| Pervitin | 11 | 3 | 2 | 18 |
| MDMA | 3 | 2 | 11 | 4 |
| Metadon | 0 | 11 | 3 | 0 |
| Kokain | 2 | 1 | 0 | 0 |

Graf č. 11



Podle studentů 1. ročníku Obchodní akademie a 4. ročníku Gymnázia nahrazuje preparát Subutex pouličně prodáváný pervitin. Tuto možnost zvolilo 11 (50 %) studentů 1. ročníku Obchodní akademie a 18 (82 %) studentů 4. ročníku Gymnázia. Studenti 4. ročníku Obchodní akademie naopak 11krát (50 %) vybrali možnost metadon. Studenti 1. ročníku Gymnázia zvolili 11krát (50 %) MDMA (extázi).

Otázka č. 12

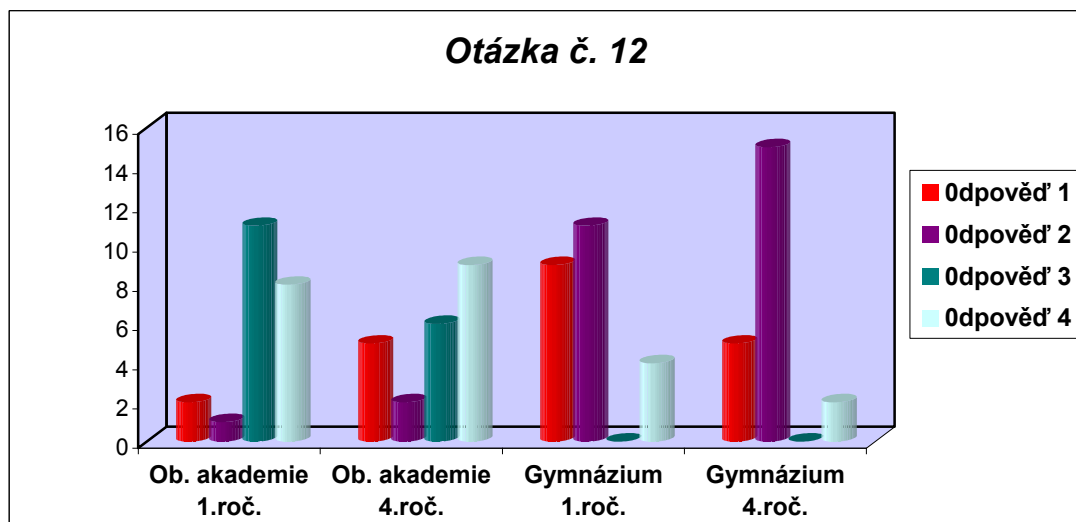
Testování tablet extáze spočívá v:

- testování důsledků užívání drogy
- testování chemického složení drogy
- testování účinků drogy na fyzický stav člověka
- testování účinků drogy na psychický stav člověka

Tabulka č. 12

| Odpovědi | Obchodní akademie 1.roč. | Obchodní akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|-----------|--------------------------|--------------------------|------------------|------------------|
| Odpověď 1 | 2 | 5 | 9 | 5 |
| Odpověď 2 | 1 | 2 | 11 | 15 |
| Odpověď 3 | 11 | 6 | 0 | 0 |
| Odpověď 4 | 8 | 9 | 4 | 2 |

Graf č. 12



Testování tablet extáze spočívá podle studentů Gymnázia v testování chemického složení drogy. 11krát (50 %) tak odpověděli studenti 1. ročníku a 15krát (68 %) studenti 4. ročníku. Studenti 1. ročníku Obchodní akademie nejčastěji volili odpověď 3, že se jedná o testování účinků drog na fyzický stav člověka, a to 11krát (50 %). Studenti 4. ročníku Obchodní akademie 9krát (41 %) vybrali možnost poslední.

Otázka č. 13

Uveďte podle Vás nejčastější zdravotní rizika uživatelů drog:

Na otázku: „Uveďte podle Vás nejčastější zdravotní rizika uživatelů drog“ uváděli studenti obou typů škol a ročníků zpravidla více příkladů. U všech respondentů se konkrétní odpovědi příliš nelišily. Nejčastěji pak uváděli HIV, AIDS, žloutenky, smrt, přenášení nemocí z důvodu sdílení stříkaček, předávkování, selhávání orgánů, špatný fyzický a psychický stav.

Otázka č. 14

Uživatelům drog jsou v rámci prevence drogových závislostí poskytovány různé typy služeb. Pokuste se vyjmenovat služby, které jsou poskytovány zejména v rámci přístupu „Harm Reduction“:

Také na tuto otázku téměř všichni respondenti odpovídali shodně. Téměř polovina respondentů uvedla, že neví. U dalších respondentů byla nejčastěji uváděným typem služby výměna použitých stříkaček a jehel za čisté a rozdávání kondomů. Mezi zbylými odpověďmi se objevovaly služby jako např. poradenství, práce streetworkerů, protidrogová centra a léčebny, rozdávání vody spolu s dalším potřebným materiálem k užívání drog.

Otázka č. 15

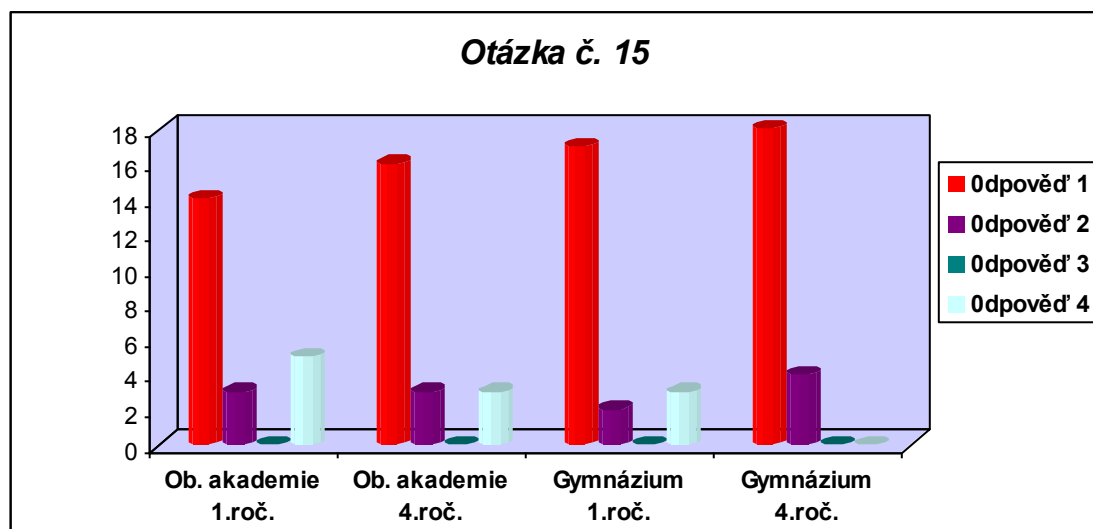
Popište, jak by jste se zachoval/a, pokud by si Váš kamarád/spolužák chtěl dát na party extázi:

- pokusím se mu/jí to rozmluvit
- nechám to na jeho/jejím uvážení
- doporučím mu/jí, aby si extázi nechal/a přímo na místě otestovat
- jinak

Tabulka č. 13

| Odpovědi | Ob. akademie 1.roč. | Ob. akademie 4.roč. | Gymnázium 1.roč. | Gymnázium 4.roč. |
|-----------|------------------------|------------------------|---------------------|---------------------|
| Odpověď 1 | 14 | 16 | 17 | 18 |
| Odpověď 2 | 3 | 3 | 2 | 4 |
| Odpověď 3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Odpověď 4 | 5 | 3 | 3 | 0 |

Graf č. 13



Pokud by studenti věděli, že si jejich kamarád chce užít tabletu extáze, pokusili by se mu to rozmluvit. Takto odpověděli 14krát (64 %) studenti 1. ročníku Obchodní akademie, 16krát (73 %) studenti 4. ročníku Obchodní akademie, 17krát (77 %) studenti 1. ročníku Gymnázia a 18krát (82 %) studenti 4. ročníku Gymnázia.

Pokud využili možnosti jinak, odpovídali studenti Obchodní akademie, že je to jeho život a proto by se nestarali nebo že by si vzali extázi spolu s kamarádem. Studenti Gymnázia též uváděli, že by si vzali extázi s kamarádem, někteří pak, že by si sice vzali sním, ale pak ji vyhodili, aby si ji kamarád nemohl vzít.

Otázka č. 16

Popište, jak by jste se zachoval/a, pokud by jste věděl/a, že Váš kamarád/spolužák užívá intravenózně (nitrožilně) drogy:

Na otázku „Jak byste se zachoval, pokud byste věděl, že Váš kamarád užívá nitrožilně drogy“ odpovídali studenti 1 ročníku Obchodní akademie: „rozmluvím mu to“, „pokusím se mu pomoci a doporučím mu, ať vyhledá odbornou pomoc“, „řekl bych to ve škole“, „promluví si s ním a řeknu svůj pohled na věc“ a „informuji metodika sociálně patologických jevů na škole“. Oproti tomu studenti 4. ročníku Obchodní akademie nejčastěji uváděli, že by změnili svůj názor na daného člověka, pohrozili mu, že se s ním přestanou bavit, nezajímali by se o jeho situaci. Používali i výrazy jako např.

„ohlásil bych to“, „práskl bych ho“ atd. Přesto i někteří odpověděli, že by se mu pokusili pomoci, vyhledali mu pomoc či doporučili léčení.

Na gymnáziu se mezi jednotlivými ročníky odpovědi příliš nelišily. Nejčastěji studenti uváděli: „snažil bych se mu pomoci“, „doporučil bych mu odbornou pomoc“, „dal bych mu najevo, že stojím při něm“, „snažil bych se ho dostat do protidrogového centra, drop-inu“, „zjistil bych proč je v takové situaci“, „informoval rodiče“, požádal o pomoc odborníka“

2.5 Shrnutí praktické části

Předpoklad č. 1

Předpokládám, že studenti 4. ročníku Soukromé střední školy s právem státní jazykové školy typu obchodní akademie v Č.B. a Biskupského gymnázia v Č.B. jsou více informováni o problematice Harm Reduction než studenti 1. ročníku Soukromé střední školy s právem státní jazykové školy typu obchodní akademie v Č.B. a Biskupského gymnázia v Č.B.

| Stěžejní otázky dotazníku | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|
| Potvrzení/nepotvrzení položky | - | - | + | + | + | - | - | + | 0 | 0 |

První předpoklad se výzkumným vzorkem zcela nepotvrdil. Výsledky 4. ročníků nebyly výrazně lepší v porovnání s 1. ročníky.

Z výsledků je patrné, že přesto že na určité otázky odpovídali studenti velmi podobně, v některých otázkách byly odpovědi 1. ročníků výrazně lepší než ročníků 4. Studenti převážně odpovídali, že termín Harm Reduction nikdy neslyšeli, že neví, co tento pojem znamená. Přesto třetina studentů 1. ročníku Gymnázia, kteří uvedli, že pojem neznají, byli schopni správně odpovědět na otázku, co si pod pojem Harm Reduction představují a co podle nich znamená. Dále pak šlo například o otázku č. 6, kde možnost, že nelépe vystihuje přístup Harm Reduction, který se snaží prosazovat, že určité způsoby užívání drog jsou bezpečnější než jiné, odpověděli sice 4. ročníky lépe než 1. Nejlépe ovšem odpověděl 1. ročník Gymnázia. Dále se jednalo o otázku, kdo poskytuje služby v rámci Harm Reduction. Studenti 4. ročníků odpověděli oproti 1. ročníkům lépe. Avšak studenti 1. ročníku Gymnázia na tuto otázku odpověděli ze všech nejlépe. Rovněž na otázku č. 11, kterou pouličně prodávanou drogu nahrazuje na předpis vydávaný preparát Subutex, odpověděli studenti 1. ročníků lépe než studenti 4. ročníků.

V dnešní době, kdy je patrný trend užívání syntetických látek na tzv. parties zejména mladými lidmi, věděli studenti 4. ročníků lépe než 1. ročníků, v čem spočívá testování tablet extáze. Jakým zdravotním rizikům se snaží přístup Harm Reduction předcházet či je minimalizovat odpovídali studenti bez větších problémů. Nejčastěji

uváděli HIV, hepatitidy a AIDS. Stejně tak polovina studentů znala služby poskytované v rámci Harm Reduction. Nejčastěji uváděli výměnu použitých stříkaček a jehel za čisté.

Z výsledku je zřejmé, že informovanost studentů o problematice Harm Reduction nezávisí na délce školní docházky.

Předpoklad č. 2

Předpokládám, že studenti Biskupského gymnázia v Č.B. jsou více informováni o problematice Harm Reduction než studenti Soukromé střední školy s právem státní jazykové školy typu obchodní akademie v Č.B.

| Stěžejní otázky dotazníku | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|--------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Potvrzení/nepotvrzení položky | 0 | + | + | 0 | + | + | - | - | + | 0 | 0 |

Předpokládala jsem, že studenti Gymnázia vzhledem k všeobecnějšímu zaměření tohoto typu školy budou více informováni o problematice Harm Reduction než studenti Obchodní akademie. Tento předpoklad se výzkumným vzorkem potvrdil. Studenti Gymnázia více než v polovině otázkách odpověděli s jasnou převahou lépe než studenti Obchodní akademie.

Zajímavé však je, že studenti Gymnázia (ať 1. či 4. ročníku) uváděli, že v průběhu studia střední školy nebyli v rámci žádného předmětu informováni o drogové problematice, stejně tak nebyli přítomni žádné přednášky realizované z řad odborníků. Stejně opověděli i studenti 1. ročníku Obchodní akademie. Jediný ročník, který uvedl, že mu drogová problematika byla přednášena v rámci nějakého předmětu či z řad odborníků, byl 4. ročník Obchodní akademie. V rámci kterého předmětu však neuvedl. Přednášku věnovanou drogové problematice realizovala Policie ČR.

Zde by byl prostor pro další výzkum toho, jak efektivní byli dané přednášky a zda studenti Gymnázia své znalosti nezískali během studia základní školy.

Předpoklad č. 3

Předpokládám se, že studenti Soukromé střední školy s právem státní jazykové školy typu obchodní akademie v Č.B. a Biskupského gymnázia v Č.B. jsou informováni o službách poskytovaných v rámci přístupu Harm Reduction.

| Stěžejní otázky dotazníku | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
|--------------------------------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Potvrzení/nepotvrzení položky | + | + | 0 | - | + | + | + |

Předpokládala jsem, že studenti obou typů středních škol jsou informováni o službách poskytovaných v rámci přístupu Harm Reduction. Třetí předpoklad se výzkumným vzorkem potvrdil. Riziko, že pro studenty, kteří neznají pojem Harm Reduction budou otázky příliš složité mi několik respondentů potvrdilo. Někteří na konci dotazníku uvedli, že poté, co označili možnost, že pojem Harm Reduction nikdy neslyšeli, byly pro ně následující odpovědi těžké. Cílem dotazníku však bylo, aby se studenti nad otázkami zamysleli i přes to, že v úvodní části dotazníku označili odpověď, že termín Harm Reduction nikdy neslyšeli. Tento záměr též potvrdil předpoklad č. 3. Mnoho studentů zná jednotlivé služby poskytované právě v rámci přístupu Harm Reduction, avšak pouze neví, že se jedná o tento přístup.

Polovina studentů jako poskytované služby uváděla výměnu stříkaček a jehel za čisté a distribuci kondomů. Někteří pak uváděli poskytování informací a protidrogová centra. Studenti jsou také informováni prostřednictvím koho jsou tyto služby uživatelům drog nejčastěji poskytovány. Z výzkumu je patrné, že cíle poskytování např. výměnného programu jsou studentům rovněž známy.

Poslední dvě otázky dotazníku byly pouze k doplnění výše uvedených předpokladů. Zajímalo mne, jak by se studenti v určitých situacích zachovali. Pokud by byli studenti přítomni toho, jak má jejich kamarád v úmyslu užít extázi, většina z nich by se mu to pokusila rozmluvit. Pouze malá část studentů uvedla, že by si ráda extázi vzala s ním. Odpovědi se mezi jednotlivými typy škol nelišily.

Co se týče intravenózního užívání kamaráda, z odpovědí byl znát jasný rozdíl mezi tím, jak by se zachovali studenti Gymnázia a jak studenti Obchodní akademie. Studenti Gymnázia by se s kamarádem pokusili promluvit, zjistit, proč je v takové

situaci, doporučili mu vyhledat odbornou moc, případně by se s radou na odborníka obrátili sami. 1. ročník Obchodní akademie odpovídal podobně. Oproti tomu většině studentům 4. ročníku Obchodní akademie by byla situace jejich kamaráda lhostejná, na kamaráda by změnili názor. Též z volby slov byl znát odlišný přístup. Zatímco studenti 4. ročníku Obchodní akademie volili slova typu „práskl bych ho“ atd., ostatní studenti používali slova typu „oznámil bych to“, „informoval bych rodiče“.

Pozitivním zjištěním jistě je, že většina studentů by měla snahu svému kamarádovi pomoci a pokud by si nevěděli rady, obrátili by se s pomocí na někoho dospělého či vyhledali odborníka.

3 Závěr

Dopady drogové závislosti, kterým se přístup Harm Reduction snaží předejít či je minimalizovat, jsou zřejmé. V dnešní době, kdy získat drogu není velký problém, je třeba uživatele a společnost chránit před přenosem infekčních nemocí, které jsou způsobeny zejména sdílením injekčního materiálu. V posledních letech minulého století se přístup Harm Reduction začal prezentovat jako jeden z pilířů evropské protidrogové politiky.

Služby poskytované v rámci tohoto přístupu se stále rozrůstají. Od výměnného programu, testování chemického složení tablet extáze až po výdejní automaty na stříkačky. V poslední době je přístup Harm Reduction uváděn jako jediný možný a fungující způsob intervence, který je uživateli drog akceptovatelný (Harm Reduction, drogy-info.cz).

Cílem práce bylo zjistit informovanost studentů vybraných středních škol jihočeského regionu o problematice Harm Reduction. Studenti sice pojem a cíle přístupu Harm Reduction neznají, ale o službách poskytovaných právě v rámci Harm Reduction informování vcelku jsou. Většina studentů zná hlavně výměnný program a to, že je realizován prostřednictvím terénních pracovníků (streetworkerů) a kontaktních center.

Vzhledem k tomu, že přístup Harm Reduction je specifickou oblastí prevence drogových závislostí, jsou informace s ním související pro studenty středních škol celkem odborné. I přesto si myslím, že je pro mladé lidi, v jejichž případě všechny intervence ze strany primární i sekundární prevence selhaly, důležité, aby věděli, jak při užívání drog chránit sama sebe i okolí a kam se případně obrátit o pomoc. Je samozřejmé, že na základních a středních školách není terciární drogové prevenci věnován takový prostor jako primární, ale je třeba její význam nepodceňovat.

Možným řešením by mohl být např. seminář. Cílovou skupinou by byli studenti středních škol. Seminář by byl věnovaný problematice terciární prevence drogových závislostí se zaměřením na přístup Harm Reduction a jeho cílem by bylo zvýšit informovanost studentů středních škol o problematice Harm Reduction. Optimální doba semináře by byly 2 vyučovací hodiny, byl by realizovaný vždy pro jednu či dvě třídy (maximálně však pro 30 studentů). V rámci semináře by byly použity techniky brainstormingu, diskuze a práce ve skupině, které by využívaly názory, nápady, postoje a emoce účastníků. Jako lektori by byli přizváni odborníci z řad terénních pracovníků

(streetworkerů), pracovníků kontaktních center atd. V teoretické části semináře by byli studenti prostřednictvím lektorů seznámeni se základními pojmy, aby danou problematiku pochopili. Na teoretickou část by navazovala část praktická. Ta by byla věnována přístupu Harm Reduction, rizikům drogových závislostí, službám poskytovaným v rámci Harm Reduction, práci terénních pracovníků (streetworkerů), ukázkám modelových situací a jejich možným návrhů řešení, dále např. ukázce brašny streetworkerů a veškerého materiálu, který je uživatelům drog distribuován. Závěr semináře by se věnoval reflexi teoretické i praktické části.

Přesto, že terciární drogová prevence není prioritou protidrogové prevence realizované na základních a středních školách, domnívám se, že by si své místo v tomto systému zasloužila.

4 Seznam použitých zdrojů

1. BAJGAR, L., STUDNIČKOVÁ B., BENÁKOVÁ, Z., ŠEBLOVÁ, J. *Výroční zpráva ČR – 2007. Incidence, prevalence, zdravotní dopady a trendy léčených uživatelů drog*. 1. vyd. Praha: Hygienická stanice hl. m. Prahy, Centrální pracoviště drogové epidemiologie, 2008. ISBN 978-80-254-1552-8.
2. BALÁŠ, O. *Harm Reduction – minimalizace negativních dopadů drogové problematiky*. Brno, 2007, 73 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.
3. BROŽA, J. Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci). In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 269 – 275.
ISBN 80-86734-05-6.
4. BŘEZOVSKÝ, P. *Buprenorfin v léčbě drogových závislostí. Závislost a my* - odborný časopis pro sociálně patologické jevy. Liberec: 2002, s. 8-10. Registrační číslo MK ČR E 8418.
5. DAŇKOVÁ, I. *Standardy substituční léčby závislosti na opioidech*. Psychiatrie pro praxi, 2009, č. 10, příloha. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <<http://www.substitucni-lecba.cz/dokumenty/standardy.pdf>>.
6. Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. *Automaty na stříkačky – účinný nástroj harm reduction u uživatelů drog*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády České republiky. [cit. 2010-03-03]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/automaty_na_strikačky_ucinny_nastroj_harm_reduction_u_uzivatelu_drog>.

7. Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. „*Harm Reduction*“. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády České republiky. [cit. 2010-01-23]. Dostupné z: < http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/h/harm_reduction>.
8. Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. *Opiáty a substituční léčba*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády České republiky. [cit. 2010-01-012]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/ilegalni_drogy/opiaty/opiaty_a_substitutcni_lecba>.
9. Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. *Subuxone je od 1. února 2010 částečně hrazen zdravotními pojišťovnami..* [cit. 2010-02-20]. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády České republiky. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/press_centrum/substitutcni_pripavek_suboxone_je_od_1_unora_2010_castecne_hrazen_zdravotnimi_pojistovnami>.
10. Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. *Výměna, výměnný program*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády České republiky. [cit. 2010-01-23]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/v/vymena_vymenny_program_exchange_exchange_programme>.
11. Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. *Základní pojmy z oblasti primární drogové prevence - souhrn* Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády České republiky. [cit. 2010-01-012]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/evaluace/zakladni_pojmy_z_oblasti_primarni_drogove_prevence_souhrn>.
12. Drogy-info.cz: informační portál o ilegálních a legálních drogách [online]. *Změna*. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti Úřadu vlády České republiky. [cit. 2010-01-08]. Dostupné z: <http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/z/zmena>.

13. FIŠEROVÁ, M., PÁLENÍČEK, T. [online]. *Testování tablet "extáze" – kvantitativní analýza obsahu*. Ústav farmakologie 3. LF UK [cit. 2010-03-10]. Dostupné z: <<http://209.85.135.132/search?sourceid=navclient-ff&ie=UTF-8&q=cache%3Ahttp%3A%2F%2Fold.lf3.cuni.cz%2Fdrogy%2Farticles%2Fextazet+estovani.html>>.
14. FROMM, E. *Strach ze svobody*. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1993. ISBN 80-206-0290-9.
15. HAJNÝ, M. *O rodičích, dětech a drogách. Edice pro rodiče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-247-0135-9.
16. HOBSTOVÁ, J., MINAŘÍK, J. Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 229 – 232. ISBN 80-86734-05-6.
17. HRDINA, P. Harm reduction – snižování poškození drogami. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 263 – 268. ISBN 80-86734-05-6.
18. JARGUS, M. Klienti ve vazbě a výkonu trestu. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 255 – 260. ISBN 80-86734-05-6.
19. JIHOČESKÝ KRAJ [online]. *Jihočeský kraj podpoří kontaktní centra 2,4 miliony korun*. [cit. 2010-03-02]. Dostupné z: <<http://www.parlamentnilisty.cz/arena/politici-volicum/158848.aspx>>.
20. KALOUSOVÁ, D. *Neplánované těhotenství u žen v substituční léčbě*. České Budějovice, 2006. 97 s. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta.

21. KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 145 - 149. ISBN 80-86734-05-6.
22. McGRATH, Y., SUMNALL, H. McVEIGH, J., BELLIS, M. *Prevence užívání drog mezi mladými lidmi: Přehled dostupných informací. Nejnovější výzkumné poznatky*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-16-1.
23. MINAŘÍK, J. Opioidy a opiáty. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159 - 163. ISBN 80-86734-05-6.
24. MINAŘÍK, J., HOBSTOVÁ, J. Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 223 - 228. ISBN 80-86734-05-6.
25. MINAŘÍK, J., PÁLENÍČEK, T. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 200 - 204. ISBN 80-86734-05-6.
26. MRAVČÍK, V., PEŠEK, R. a kol. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2008*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. ISBN 978-80-87041-99-4.
27. NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A DROGOVÉ ZÁVISLOSTI, WHO. Požiční dokument o drogách, věznicích a harm reduction. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. ISBN 80-86734-76-5.
28. NEŠPOR, K. PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 3. rozšířené vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. ISBN 80-7071-123-X.

29. NEŠPOR, K. *Vaše děti a návykové látky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-515-6.
30. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti. Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat, jak je zvládat*. 2. roz. vyd. Praha: MŠMT, 1994. ISBN 80-85850-03-6.
31. NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí. Příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
32. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PREVENT [online]. *Prevent - Home* [cit. 2010-03-08]. Dostupné z: <<http://www.os-prevent.cz/>>.
33. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PREVENT [online]. *o.s. Prevent* [cit. 2010-03-08]. Dostupné z: <<http://www.os-prevent.cz/index.html#vyrocky>>.
34. OBČANSKÉ SDRUŽENÍ PREVENT [online]. *Jihočeský streetwork Prevent* [cit. 2010-03-09]. Dostupné z: <<http://www.os-prevent.cz/jsw/index.html#sluzby>>.
35. POPOV, P. Programy metadonové a jiné substituce. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 2. Mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 221 - 227. ISBN 80-86734-05-6.
36. PRESL, J. *Drogová závislost. Může být ohroženo i Vaše dítě*. 2. rozšířené vyd. Praha: Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.
37. RADIMECKÝ, J. [online]. *Minimalizace rizik (harm reduction) v kontaktním centru pro uživatele drog*. Centrum adiktologie UK. [cit. 2010-03-01]. Dostupné z: <<http://www.adiktologie.cz/articles/cz/71/197/Minimalizace-rizik-harm-reduction-v-kontaktnim-centru-pro-uzivatele-drog.html?acc=enb>>.

38. SANANIM, o.s.: Drogový informační server [online]. *Loni přibylo nejvíce HIV-pozitivních.* [cit. 2010-02-20]. Dostupné z: <http://www.drogy.net/portal/hlavni_portal/aktualita-tydne/loni-pribylo-nejvice-hiv-pozitivnich_2010_02_01.html>.
39. SANANIM, o.s.: Drogový informační server [online]. *Teoretická a etická východiska pro všechny zařízení a pracovníky, kteří pracují v harm reduction.* [cit. 2010-01-15]. Dostupné z: <http://www.drogy.net/portal/pro-odborniky/typy-pece/harm-reduction-2/teoreticka-a-eticka-vychodiska-pro-vsechny-zarizeni-a-pracovniky-kteri-pracuji-v-harm-reduction_2000_02_18.html>.
40. SKÁLA, J. a kol. *Závislost na alkoholu a jiných drogách.* 1. vyd. Praha: Avicentrum, 1987. 08-077-87.
41. ŠEJDA, J. a kol. *Prevence, léčba a další aspekty nákazy HIV/AIDS.* 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví v nakladatelství Galén, 1993. ISBN 80-85047-14-4.
42. VAGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky.* 2. vyd. Praha: Portál. 1999. ISBN 80-7178-496-6.
43. VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T. *Návykové látky v těhotenství.* 1. vyd. Triton, 2006. ISBN 80-7254-829-8.
44. VÖLFLOVÁ, P. *Drogy a prevence drogových závislostí na středních školách.* Brno, 2008, 79 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Filosofická fakulta.

5 Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Informační leták

Příloha č. 3: Seznam vybraných zařízení poskytujících služby drogově závislým
v Jihočeském kraji

Příloha č. 1: Dotazník

Vážené studentky, vážení studenti,

jsem studentkou Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění níže uvedeného dotazníku. Vámi zvolenou odpověď označte křížkem, popřípadě vypište hůlkovým písmem. Dotazník je zcela **anonymní** a veškeré údaje budou použity výhradně pro zpracování mé bakalářské práce, odpovídejte prosím pravdivě.

Děkuji za spolupráci

Dita Kalousová

Pohlaví: žena muž

Věk:

Typ střední školy

Ročník:

1. Máte/měli jste v průběhu studia na škole, kterou právě studujete předmět (předměty), v rámci kterého Vám byla přednášena drogová problematika?

ano

ne

pokud ano, uveďte jaký (jaké):

.....
.....

2. Máte/měli jste v průběhu studia na škole, kterou právě studujete odbornou přednášku/ky (např. od pracovníků kontaktního centra) zabývající se drogovou problematikou?

ano

ne

pokud ano, uveďte jakou/jaké a kým byla realizována:

.....
.....

3. Zajímáte se aktivně o problematiku drog mimo školu?

ano

ne

4a. V oblasti prevence drogových závislostí je často používán termín „Harm Reduction“. Slyšel/a jste již někdy tento termín?

ano

ne

4b. Pokud ano, ohodnoťte, jako ve škole na stupnici od 1 do 5, jak si myslíte, že jste o problematice „Harm Reduction“ informován/a.

1

2

3

4

5

5. Pokuste se napsat svými slovy, jak rozumíte pojmu „Harm Reduction“ (co si pod ním představujete, s čím jej spojujete):

.....
.....
.....

6. Přesto, že jste odpověděl/a, že pojem „Harm Reduction“ neznáte, pokuste se označit z následujících možností tu, která podle Vás nejvíce vystihuje přístup „Harm Reduction“.

prosazuje nátlakový přístup k uživatelům drog (cílem je především abstinence uživatele drog)

pracuje pouze s abstinujícím klientem

věří ve společnost bez drog

prosazuje, že určité způsoby užívání drog jsou bezpečnější než jiné

7. Víte, do jaké prevence je zahrnován přístup „Harm Reduction“?

- primární prevence
- sekundární prevence
- terciární prevence

8. Služby „Harm Reduction“ poskytuje především:

- terénní pracovník (streetworker), kontaktní centrum
- programy primární prevence (např. na školách)
- psychiatrická léčebna pro léčbu závislostí na návykových látkách

9. Co je „výměnný program“ v prevenci drogových závislostí?

- výměna drogy s nižší kvalitou za drogu s vyšší kvalitou
- výměna použitých stříkaček a jehel za čisté
- výměna opiátu (např. heroin) za metadon

10. Co je „substituční léčba“?

- terapie, která se snaží u uživatelů drog jednu drogu nahradit jinou drogou
- terapie, která se snaží udržet a zlepšit pacientův somatický a psychický stav do doby, než bude uživatel objektivně i subjektivně schopen podstoupit léčbu vedoucí k abstinenci
- terapie, která nahrazuje drogu neúčinnou látkou tzv. placebem

11. Vyberte, kterou pouličně prodávanou drogu nahrazuje na předpis vydávaný preparát „Subutex®“.

- heroin
- pervitin
- MDMA (extáze)
- metadon
- kokain

12. Testování tablet extáze spočívá v:

- testování důsledků užívání drogy
- testování chemického složení drogy
- testování účinků drogy na fyzický stav člověka
- testování účinků drogy na psychický stav člověka

13. Uveďte podle Vás nejčastější zdravotní rizika uživatelů drog:

.....

.....

.....

14. Uživatelům drog jsou v rámci prevence drogových závislostí poskytovány různé typy služeb. Pokuste se vyjmenovat služby, které jsou poskytovány zejména v rámci přístupu „Harm Reduction“:

.....

.....

.....

15. Popište, jak by jste se zachoval/a, pokud by si Váš kamarád/spolužák chtěl dát na party extázi:

- pokusím se mu/jí to rozmluvím
- nechám to na jeho/jejím uvážení
- doporučím mu/jí, aby si extázi nechal/a přímo na místě otestovat
- jinak

.....

.....

.....

16. Popište, jak by jste se zachoval/a, pokud by jste věděl/a, že Váš kamarád/spolužák užívá intravenózně (nitrožilně) drogy:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Pokud máte nějakou informaci či poznámku, která se týká dotazníku nebo se chce k nějaké z výše uvedených otázek více rozepsat, zde můžete

.....
.....
.....
.....
.....

Příloha č. 2: Informační leták

Víte, co je to přístup „Harm Reduction“, substituční léčba, výměnný program, jaké služby jsou poskytovány uživatelům drog v rámci prevence drogových závislostí?

Co je přístup „Harm Reduction“?

Jako Harm Reduction se označují přístupy *snižování či minimalizace poškození drogami* u osob, kteří v současnosti drogy užívají a užívání nechtějí zanechat. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekce, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem, jako je AIDS a hepatitidy B a C. Dále se pak snaží zmírnit riziko dalších tělesných komplikací, dlouhodobého působení vysokých dávek, předávkování, sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti.

Služby poskytované v rámci „Harm Reduction“:

Nejznámější postupy používané v HR jsou: *výměna použitých jehel a stříkaček za čisté* (= výměnný program), *poskytování informací* (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), vzdělávání o rizicích užívání drog, rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně *distribuce kondomů*. V širším pohledu můžete také pod HR zahrnout i *substituční léčbu*. Služby poskytované v rámci Harm Reduction poskytují především terénní pracovníci a kontaktní centra.

Co je substituční léčba?

Jde o způsob léčby, kdy je *užívání původní drogy nahrazeno* (téměř vždy lékařsky předepsaným) *užíváním látky s podobnými účinky a vlastnostmi*, avšak s výrazně menšími riziky, než původní droga (např. heroin je nahrazen metadonem). Cílem substituce je odstranění nebo snížení užívání určité drogy nebo snížení škodlivé formy a metody podávání, provázející techniky nebezpečné zdraví (např.: sdílení jehel) a snižování sociálních následků. Substituční léčba může trvat od několika týdnů k mnoha letům, někdy neohraničeně. Nejčastěji užívanými preparáty jsou metadon, Subutex a Suboxone.

Pokud máte zájem o více informací z oblasti prevence drogových závislostí, najdete je například na těchto internetových portálech
www.drogy-info.cz, **www.sananim.cz** (**www.drogy.net**, **www.odrogach.cz**), **www.mvcr.cz**

**Příloha č. 3: Seznam vybraných zařízení poskytujících služby drogově závislým
v Jihočeském kraji**

Kontaktní centra

Kontaktní centrum pro uživatele drog, 28. října 16, České Budějovice

Kontaktní a doléčovací centrum pro drogovou závislost, o.s. Háječek, F. A. Gerstnera 2, České Budějovice

Kontaktní centrum, Fügnerovo náměstí 48, Písek

Krizové a kontaktní centrum, Komenského 174, Strakonice

Kontaktní centrum Auritus, Klokotská 114, Tábor

Krizové a kontaktní centrum, 1. máje 74, Vimperk

Substituční centra

Ordinace AT při Psychiatrickém oddělení v Nemocnici České Budějovice, a.s.,

B. Němcové 585/54, České Budějovice

Jihočeské substituční centrum, Matice školské 17, České Budějovice

Psychiatrické léčebny

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, Červený Dvůr 1

Psychiatrická léčebna Lnáře, Lnáře 16

Terapeutické komunity

Terapeutická komunita Karlov, o.s. Sananim, Karlov 3

Terapeutická komunita Němčice, o.s. Sananim, Zámek 1, Němčice u Volyně

Terapeutická komunita Podcestný Mlýn, Kostelní Vydří 64, Dačice

Terénní programy:

Streetwork pro města Český Krumlov a Kaplice, Špičák 114, Český Krumlov

Jihočeský streetwork, Lannova 63, České Budějovice

P.Centrum, Masarykovo náměstí 168, Jindřichův Hradec