

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Znalosti a názory vybrané skupiny vysokoškolských studentů na poskytování služeb k minimalizaci rizik u drogově závislých v ČR

Knowledge and opinions of selected group of university students on providing services to minimize risks in drug addicts in the Czech Republic

Veronika Benková

Vedoucí práce: Ing. Bc. Váchová Alena, Ph.D.

Studijní program: Specializace v pedagogice

Studijní obor: Tělesná výchova se zaměřením na vzdělání – Výchova ke zdraví
se změřením na vzdělání

Odevzdáním této bakalářské práce na téma „Znalosti a názory vybrané skupiny vysokoškolských studentů na poskytování služeb k minimalizaci rizik u drogově závislých v ČR“ potvrzují, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzují, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Praha 16. 4. 2019

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat paní Ing. Bc. Aleně Váchové, Ph.D. za cenné rady a odborné vedení během zpracovávání bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem zúčastněným respondentům, za jejich čas a v poslední řadě své rodině a přátelům za trpělivost a veškerou pomoc.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce s názvem „Znalosti a názory vybrané skupiny vysokoškolských studentů na poskytování služeb k minimalizaci rizik u drogově závislých v ČR“ se zabývá zmapováním vědomostí studentů Pedagogické fakulty na Univerzitě Karlově v Praze o přístupu Harm reduction.

Teoretická část popisuje drogy, vznik a důsledky závislostí a nemoci vyplývající z užívání drog. Dále se zabývá prevencí a Harm reduction – poskytovanými službami, historií, cíli, principy, kritikou a finanční náročností ze strany státu. Praktická část je zaměřena na studenty Univerzity Karlovy Pedagogické fakulty, kterým byl podán dotazník. Dotazník byl zaměřen na vědomosti studentů, ale také na jejich názory a postoje ke službám, které slouží k minimalizaci rizik u drogově závislých lidí. Dotazníku se zúčastnilo celkem 102 dotazovaných studentů, kterým bylo podáno celkem 22 otázek.

Dle celkových výsledků většina dotazovaných souhlasí s poskytovanými službami, jako je poradenství, informovanost a zdravotní péče a nesouhlasí s podáváním vitamínů či distribucí potravin drogově závislým lidem. Převážná část dotazovaných si nemyslí, že by služby poskytované drogově závislým lidem měli šetřit státní rozpočet. Více jak polovina dotazovaných na Univerzitě Karlově uvedla, že nemá dostatek přednášek zabývajících se závislostmi a pouze 27 dotazovaných někdy slyšelo pojem Harm reduction.

KLÍČOVÁ SLOVA

drogová závislost, harm reduction, studenti, drogová prevence

ABSTRACT

This bachelor's thesis "Knowledge and opinions of selected group of university students on providing services to minimize risks in drug addicts in the Czech Republic" aims to map out the knowledge of the students at Charles University's Faculty of Education about the 'harm reduction' approach.

The theoretical part describes drugs, origin and effects of addiction, and the diseases that result from drug abuse. Additional topics are prevention and harm reduction – provided services, history, aims, principles, criticism, and the financial impact on the government. The practical part presents a questionnaire, filled out by students of Charles University's Faculty of Education. The questionnaire focuses on the knowledge of the students as well as their opinions on the services aiming to minimize the risks in drug addicts. The questionnaire contained 22 questions and was filled out by 102 students.

The overall results indicate that the majority of respondents agree with the currently offered services such as counseling, raising awareness, and medical care, and they disagree with distributing vitamins or food to drug addicts. Most respondents do not believe that the state budget should economize on these services. More than half of respondents reported that they do not have enough lectures related to addiction and only 27 of them have heard the term 'harm reduction'.

KEYWORDS

drug addiction, harm reduction, students, drug prevention

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 7 |
| 1 Závislost na psychoaktivních látkách a její zdravotní důsledky | 8 |
| 1.1 Stádia vzniku závislosti..... | 8 |
| 1.2 Důsledky závislosti | 9 |
| 1.3 Drogy..... | 11 |
| 1.3.1 Rozdělení drog..... | 11 |
| 1.3.2 Nemoci spojené s užíváním drog..... | 15 |
| 2 Protidrogová prevence..... | 19 |
| 2.1 Harm reduction (HR) | 20 |
| 2.1.1 Historie Harm reduction | 21 |
| 2.1.2 Principy Harm Reduction | 21 |
| 2.1.3 Cíle a strategie Harm reduction | 22 |
| 2.1.4 Nízkoprahové / Harm reduction služby | 23 |
| 2.1.5 Postupy využívané v Harm reduction..... | 25 |
| 2.1.6 Kritika a financování Harm reduction | 27 |
| 3 Výzkumné šetření..... | 29 |
| 3.1 Cíle výzkumu | 29 |
| 3.2 Metodologie | 30 |
| 3.3 Výsledky průzkumného šetření..... | 31 |
| 3.4 Diskuze..... | 51 |
| Závěr..... | 56 |
| Zdroje:..... | 58 |
| Přílohy:..... | 62 |

Úvod

Problematika užívání drog patří do rizikového chování, které tu vždy byly, jsou a budou. Jedná se o celospolečenský problém, který poškozují nejen zdraví osob, které jsou závislé na drogách, ale i zdraví jejich blízkých a celé společnosti.

Reakcí společnosti je hledání efektivní protidrogové politiky, kde jednou z možností je právě přístup Harm reduction. Tento přístup se snaží minimalizovat rizika užívání drog tzn., že hlavním cílem není pacienty vyléčit, nýbrž jim pomoci v bezpečném užívání drog, informovat je o rizicích spojených s užíváním drog a motivovat je k lepšímu životnímu stylu. Harm reduction představuje pro společnost velmi kontroverzní téma – většina lidské populace nechápe pravý smysl přístupu a má k němu negativní postoj. Lidé považují drogově závislé lidi za morálně zkažené, a to jen kvůli nedostatečné informovanosti.

V dnešní moderní době se odborníci zabývají různým rizikovým chováním včetně závislosti na návykových látkách, a to hlavně u dospívající mládeže, která je ovlivňována nejen svými vrstevníky, celkovou společností, ale především rodinou a školou. Proto by měli mít pedagogičtí pracovníci nezastupitelnou roli v poskytování informací v oblasti drogových závislostí.

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapování znalostí studentů Univerzity Karlovy v Praze na Pedagogické fakultě o poskytování služeb k minimalizaci rizik u drogově závislých neboli Harm reduction. Mezi vedlejší cíle práce jsem zahrnula zjištění o dostatečnosti přednášek na Univerzitě, dále názory studentů na poskytování služeb drogově závislým lidem a jejich povědomí ohledně výdajů státního rozpočtu týkajícího se léčebných výloh za onemocnění způsobené drogami.

Bakalářská práce je rozdělena na tři hlavní kapitoly – dvě se zabývají teoretickou částí a jedna praktickou. První kapitola se věnuje drogám, drogové závislosti – vzniku a důsledkům a druhá kapitola se zabývá drogovou prevencí a zejména Harm reduction službami. Třetí kapitola je věnovaná výsledkům dotazníkového šetření, které bylo zaměřeno na budoucí pedagogy z Univerzity Karlovy v Praze a jejich znalostmi, názory a pohledy na přístupy Harm reduction.

1 Závislost na psychoaktivních látkách a její zdravotní důsledky

Drogová závislost v podstatě označuje psychickou nebo fyzickou závislost na psychoaktivní látce, kterou jedinec užívá. Závislost může být, buď na jedné droze – monotoxikomanie, nebo na více drogách zároveň – polytoxikomanie. (Hubinková, 2008)

Fyzická závislost je stav organismu, který je vyvolaný častým a dlouhodobým užíváním drogy, která se tak stává součástí metabolismu a je zahrnuta do látkové výměny. Organismus na přerušení přísunu této drogy reaguje poruchou tzv. abstinenciími příznaky. Psychická závislost se projevuje nepotlačitelnou potřebou drogy – chování jedince se zaměřuje pouze na to, jak drogu získat (Křivohlavý, 2009).

Drogová závislost je řazena mezi chronická onemocnění mozkových center odměny, motivace, paměti a dalších souvisejících funkcí, ale můžeme ji zařadit i do onemocnění, kterému lze předcházet. Závislost můžeme charakterizovat jako poruchu kontroly chování, má progresivní průběh a bez léčby může dojít i k předčasné smrti (Vágnerová, 1999).

Stavy, které nutí uživatele požit drogu opakovaně, nejen kvůli jejím psychickým účinkům, ale také proto, aby se zabránilo nepříjemným stavům, které se vytvářejí v důsledku nepřítomnosti drogy v organismu, vznikají několika způsoby (Vavřínková, 2006).

1.1 Stádia vzniku závislosti

Droga má určité fyziologické a psychické účinky, které vedou jejího konzumenta k opakovanému užití. Droga vyvolává žádoucí pocity, ale je třeba ji užívat stále častěji a větších dávkách, protože organismus získává stále větší toleranci. Čím větší a častější je dávka, tím více se mění různé fyziologické i psychické vlastnosti. Postupně dochází k narušení schopnosti autoregulace. Člověk není schopen přestat (Vágnerová, 1999).

Drogová závislost vzniká postupně, ale zato mnohem kratší dobu než závislost na alkoholu. Proces vzniku závislosti můžeme rozdělit na několik stádií – experimentování, příležitostné užívání, pravidelné užívání a návykové užívání.

Prvním stádiem je experimentování. Impulz k experimentování s drogou vychází především ze zvědavosti, nudy, touhy po něčem, co je vzrušující a neočekávané. Lidé, kteří mají vážné problémy chtějí užívat drogu, aby od problémů unikli, kdežto lidé, kteří

problémy nemají, prahnou po něčem novém, vzrušujícím. Významnou roli zde hraje společnost, ve které se jedinec nachází.

Další stádium je příležitostné užívání. V této fázi jedinec ještě není závislý – drogu neužívá pravidelně, ale naučil se, že mu může pomoci v nouzi. Uživatel drogy tají její aplikaci, protože ví, že droga není dobrým řešením – záleží mu na lidech kolem něho.

Třetí fázi pravidelného užívání Vágnerová popisuje tak, že jedinec užívá drogu čím dál častěji, ale nechce si připustit, že dělá něco špatného.

Poslední stádium neboli fáze je návykové chování, kde se postupem zvyšuje lhostejnost ke všemu kromě drog – nezáleží mu na tom, co si myslí druzí, je bezohledný a nespolehlivý. Člověk je na ní závislý, už se bez ní neobejde (Vágnerová, 1999).

Po tom, co droga způsobí návykové chování u uživatele drog, nastávají určité důsledky závislosti.

1.2 Důsledky závislosti

Důsledky závislosti mohou být jak somatické, tak i psychické a sociální.

Vlivem užívání psychoaktivních látek dochází k poškození **somatického zdraví** jak uvnitř těla jedince, tak i k poškození jeho zevnějšku. K vnitřnímu poškození může dojít například nerespektováním hygienických pravidel při injekční aplikaci nebo vyděláváním si na drogy pomocí prostitute (nechráněný sex) – může tedy dojít ke zvýšení rizika infekce HIV a hepatitidy, k poškození jater, ledvin, cév, CNS atd. Vnější stránka člověka chátrá. Drogově závislý jedinec o sebe přestává dbát, nemá již žádné hygienické návyky, injekční aplikace vede k devastaci žilního systému, dochází i k velké ztrátě na tělesné váze.

Psychické důsledky jsou způsobeny tím, že psychoaktivní látky mění celkovou osobnost drogově závislého jedince a jejich dlouhodobé užívání může vytvořit organický psychosyndrom (změny osobnosti vyvolané poškozením mozku) nebo i duševní poruchy např. bludy, halucinace, objevují se neadekvátní emoce i poruchy motoriky. Závislý člověk má horší pozornost, je labilnější, podrážděnější, nemá dostatek vůle k překonávání potíží, s nimiž je užívání drog spojeno. Není schopen se ovládat a jeho jediným cílem je droga. Život závislého jedince se stává stereotypním – jde jen o to, jak drogu získat a užít ji (Vágnerová, 1999).

„Paradoxní je, že počáteční motivací k užití drogy bývá často potřeba změnit všednost života a nějak jej obohatit.“ (Vágnerová, 1999, str. 39, část druhá).

Sociální důsledky se u člověka, který je závislý na drogách, projevuje tak, že přestává chodit do školy, do zaměstnání, začíná s trestnou činností a kriminálním chováním (vloupání a krádeže zaměřené na získání drogy, výroba a distribuce drog, násilné trestné činy pod vlivem drogy atd.), mění se jeho vztahy s lidmi – je nespolehlivý, necitlivý, sobecký k potřebám druhých lidí. Ztrácí většinu svých sociálních rolí (role žáka, zaměstnance, syna, dcery, apod.), nakonec vyhraje jediná role narkomana. Společnost začne drogově závislým člověkem pohrdat a narkomanovi nezbývá nic jiného než se s drogovou subkulturou ztotožnit (přijmout její hodnoty a normy), protože je to jediná skupina, která ho neodmítá (Vágnerová, 1999).

Důsledky závislosti jsou většinou u všech druhů závislostí stejné. Závislým se člověk může stát na cigaretách, alkoholu a samozřejmě i na drogách.

1.3 Drogy

1.3.1 Rozdělení drog

Původním významem drog bylo léčebné použití upravené látky živočišného či rostlinného původu. V současné době je droga chápána jako přírodní nebo uměle vyrobená (syntetická) látka, která splňuje dva základní požadavky:

1. Má tzv. psychotropní účinek – mění či ovlivňuje naše vnímání a prožívání reality, změna se nejčastěji týká emočního prožívání.
2. Může vyvolat závislost – míra nebezpečí vzniku závislosti je u různých drog odlišná, může být větší či menší, ale vždy je přítomna (Machová, 2015).

Drogy rozdělujeme podle několika hledisek.

I. Podle rizika pro uživatele

- a) Měkké – závislost vyvolávají až po delší době nebo v menším rozsahu, jsou méně nebezpečné.
 - Marihuana, káva, čaj, kokový čaj, hašiš
- b) Tvrdé – vyvolávají závislost, poškození sociálních vztahů a také poškození zdraví – smrt může nastat už při prvních užitích z důvodu předávkování.
 - Extáze, LSD, heroin, pervitin, lysohlávky, morfin, ...

Rozdělení drog na měkké a tvrdé se však v dnešní době již nepoužívá, spíše se drogy dělí na zákonné a nezákonné.

II. Podle postoje společnosti ke droze

- a) Legální (zákonné) – jsou dostupné volně nebo za určitých podmínek (lékařský předpis, věk), jejich užívání je tolerováno, ale neznamená to, že nemohou způsobit vážné zdravotní komplikace a závislost.
 - alkohol, nikotin, léky (benzodiazepiny aj.)
- b) Nelegální (nezákonné) – jsou definovány zákonem, za jejich držení, výrobu či distribuci může hrozit finanční trest nebo dokonce trest odnětí svobody.
 - Extáze, pervitin, kokain, konopné drogy, heroin (Kukla, 2016)

III. Podle působení můžeme rozdělit drogy na:

a) Halucinogeny

Drogy, které způsobují halucinace, fantazie, mění vnitřní prožitky, ale i vnímání okolního světa (Hajný, 2001). Nejčastějšími drogami této skupiny

jsou LSD a houbičky, které u člověka nevyvolávají takovou závislost, jako jiné.

LSD se nejčastěji užívá ve formě tzv. tripu (malé papírové čtverce s potiskem symbolů) či krystalek (malé zelené nebo tmavomodré granulky). Užívají se perorálně – rozpouštěním v ústech pod jazykem.

Psilocybin je aktivní látka obsažena v houbách rodu *Lysohlávek*. Tyto houby se vyskytují na českém území. Houba se užívá perorálně a pro zpříjemnění chuti se může namočit do medu (Kalina, 2003).

b) Psychofarmaka

Původem jsou to léky, které zbavují nemocného halucinací a strachu. Za úkol mají jedince zklidňovat, uvolňovat a zmírňovat jeho agresivitu. Mají však celou řadu nežádoucích účinků – porucha koordinace, oběhového systému, paměti, dále mohou vyvolávat stav podobný Parkinsonově chorobě. Mohou vytvořit těžkou fyzickou i psychickou závislost s abstinenčními příznaky. Mezi nejčastěji užívaná psychofarmaka patří **benzodiazepiny, rohypnol, barbituráty** (Kukla, 2016).

c) Opiáty a Opioidy

Opioidy se v lékařství využívají jako nejsilnější léky proti bolesti (analgetika, narkotika). Název je odvozen od opia – šťáva z nezralých makovic. Jsou považovány za nejnebezpečnější psychotropní látky. Mezi hlavní představitele patří opium, morfium, heroin, oxikodon a subutex.

Opium je nejstarší droga a jejím zdrojem jsou zelené makovice. Užít opium můžeme buď kouřením, odvarem pomocí vaření nebo už i přímo nitrožilně. Nejčastějšími účinky jsou navozování stavu euforie, klidu a tlumení bolesti. K nebezpečným účinkům patří nevolnost, zvracení, křeče, zácpa, halucinace aj.

Morfium je vyrobeno z opia a využívá se jako lék proti bolesti. Účinky má stejné jako opium a dochází k velmi rychlé psychické i fyzické závislosti.

Oxikodon – derivát morfinu – má podobnou závislost, užívá se injekčně, ale i ve formě tablet či šňupáním. Využívá se k tišení bolesti a k nabuzení euforie.

Heroin je nejškodlivější a nejčastěji zneužívaný opiát. Objevuje se ve formě bílého či hnědého prášku, který se může šňupat, kouřit, ale nejčastější a také nejrizikovější užití heroinu je vstříkávání přímo do žil. Příznaky jsou podobné jako u opia, ale mnohem silnější.

Subutex se využívá jako lék proti bolesti, jeho účinek je slabší než u heroínu a vyskytuje se nejčastěji ve formě tabletek (Kukla, 2016).

d) Těkavé látky

Jsou to chemické látky (uhlovodíky), které se vyznačují silným tlumivým účinkem – snadno dochází k předávkování s následkem smrti. (Kukla, 2016) Uživatelé drog těkavé látky často využívají jako tzv. „doplňkovou drogu“ při nedostatku hlavní drogy a aplikují ji pomocí inhalace. Účinky se podobají opilsti – krátká euforie, halucinace a poruchy vnímaná, spánek (po spánku nastává kocovina) (Kalina, 2008).

Mezi nejznámější zástupce patří **toluen**. Toluen je nerozpustná těkavá kapalina na ředění barev, u které hrozí psychická závislost a způsobuje vážné poškození mozkových buněk, jater, ledvin (Kukla, 2016).

e) Stimulační drogy

Jsou to látky s budivým efektem. Mezi legální drogy patří káva a čaj, typickými nelegálními zástupci jsou amfetamin, kokain, pervitin, ale i extáze. Mezi hlavní účinky patří zrychlování tempa, urychlení myšlení, zahánění únavy a zkracuje spánek, vyvolává euforii a pocit tělesné i psychické síly, snižuje chuť k jídlu. Stimulační drogy vyvolávají hlavně psychickou závislost (Kalina, 2003).

Extáze neboli „taneční droga“ (užívají ji zejména lidé na různých tanečních akcích, jelikož tanečník po požití nepocítuje únavu) se díky svým účinkům řadí mezi stimulační, ale i halucinogenní drogy. Nejčastěji se vyskytuje jako tableta. Extáze má vliv hlavně na psychiku – pocit pohody, klidu, žádný stres, pocity empatie a potřeby se někoho dotýkat. Mezi nežádoucí účinky patří poškození nervových buněk nebo absence pocitu žízně, kdy může dojít k přehřátí organismu a dehydrataci.

Amfetaminy se dříve používaly jako součást prášků na hubnutí, nyní jsou často využívány jako nepovolený doping ve sportu, jelikož stimulují centrální nervovou soustavu. Mezi hlavní účinky patří pocit síly, sebedůvěry, euforie, neúnavnosti, zvýšení krevního tlaku, snížení hmotnosti, objevují se halucinace i deprese. Amfetaminy jsou ve formě tablety, ale můžeme je aplikovat i šňupáním nebo injekčně (Kukla, 2016).

Kokain je alkaloid jihoamerického keře *Erythroxilon koka Lam.*

Tradičním způsobem užití je žvýkání kokových listů, ale spíše se aplikuje šňupáním, které vede k poškození nosní sliznice a ztrátě čichu. Mezi příznaky patří halucinace, potřeba fyzického pohybu, euforie, hyperaktivita. Při dlouhodobém užívání se objevují představy, že jedince někdo sleduje, nebo ho chce zabít, stavy úzkosti a paniky. Psychická závislost na kokainu je často považována za vůbec nejsilnější.

Pervitin (péčko, piko, peří) je účinnější drogou než amfetamin, je označován jako tradiční česká droga. Obvykle se vyskytuje ve formě bílého prášku, který si vaříči pervitinu nelegálně vyrábějí v tzv. domácích varnách. Aplikuje se injekčně nebo šňupáním a vyskytuje se na tanečních akcích podobně jako extáze, ale jeho účinky jsou mnohem silnější. Drogově závislý člověk na pervitinu musí dávku neustále zvyšovat, aby dosáhl stejných účinků. (Kalina, 2003). „*Pervitin dnes představuje příčinu více než poloviny všech léčení závislosti na nealkoholových drogách v ČR a předávkování pervitinem se nemalou měrou (cca 35 %) podílejí na celkové drogové úmrtnosti.*“ (Kukla, str. 340 2016)

f) Kanabinoidy

Jedná se o přírodní drogy, které mají halucinogenní účinky a jsou vyráběné z konopí (rostlina Cannabis). Tato rostlina má spoustu účinných látek a tou nejaktivnější, psychotropní je delta-9-tetrahydrokanabinol (THC). Konopné drogy jsou užívány především kouřením, a to v podobě tzv. jointů (hašišové či marihuanové cigarety), ale můžeme si z nich připravit i různé pokrmy či nápoje. Mezi hlavní představitele kanabinoidů patří marihuana a hašiš (Kalina, 2008). Hašiš je samotná pryskyřice, která je získána z konopí a obsahuje až 40 % účinných látek. Marihuana je směs listů, větviček, semen, květů a palic konopí a představuje nejrozšířenější druh nelegální drogy (Kukla, 2016).

Všechny výše zmíněné drogy mohou být příčinou závažných zdravotních komplikací.

1.3.2 Nemoci spojené s užíváním drog

Jedním z nejzávažnějších důsledků injekčního užívání drog jsou infekční nemoci. Mezi ty nejčastější patří hnisavé infekce kůže, které jsou způsobeny špatnými injekčními vpichy. Mezi ty nejobávanější infekce však patří HIV, hepatitidy typu A až D nebo tuberkulóza. Uživatelům drog se však nevyhnou ani sexuálně přenosné nemoci jako jsou kapavka, syfilis nebo chlamydie. (Mravčík a kol, 2012)

HIV

Virus HIV byl identifikován v roce 1993. Tento vir vyvolává onemocnění AIDS (syndrom získaného selhání imunity) a napadá imunitní systém v lidském těle – výskyt atypických infekcí a nádorů. AIDS má dlouhé bezpříznakové období, než vypukne v plně rozvinuté onemocnění (cca 10 let). Infikovaná osoba je nakažena téměř okamžitě od vniknutí viru do organismu až do konce života.

K infekci dochází pohlavní cestou, krevní cestou a přenosem z matky na dítě. Proto se pro omezení šíření tohoto viru využívá služeb jako je výměnný program nebo dbaní na bezpečný sex.

Onemocnění musí být povinně hlášeno a je nevyléčitelné. Lze ho oddálit pomocí léčebných zařízení – AIDS center. Nakažení pacienti nemají omezení společenského styku a ani nejsou v karanténě – jejich povolání však může být omezeno celkovým zdravotním stavem. (Kalina, 2008)

Péče o infikované virem HIV a nemocné s AIDS je v ČR zajištěna v 8 HIV centrech, léčba HIV infekce je pro uživatele drog plně dostupná. Na hepatitidu typu B (VHB) je od roku 2001 zavedeno povinné plošné očkování – jeho výskyt klesá (Mravčík a kol., 2017).

Tabulka č. 1 Nově diagnostikované případy HIV a smrt po předávkování v letech 2010–2017

| | Nově diagnostikované případy HIV | Smrt díky předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami |
|------|----------------------------------|---|
| 2017 | 5 | 42 |
| 2016 | 7 | 32 |
| 2015 | 3 | 44 |
| 2014 | 9 | ? |
| 2013 | 6 | ? |
| 2012 | 5 | 38 |
| 2011 | 7 | 28 |
| 2010 | 7 | 55 |

Zdroj: Mravčík a kol., 2010-2017, Výroční zprávy

Tabulka vytvořená z Výročních zpráv o stavu ve věcech drog v České republice zobrazuje počet nově diagnostikovaných případů onemocnění HIV u drogově závislých lidí a také smrt při předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami. Z tabulky můžeme vyčíst, že nejméně nově diagnostikovaných případů HIV u injekčních uživatelů drog bylo zjištěno v roce 2015 a naopak nejvíce rok před tím (2014).

Soudně lékařské oddělení v letech 2013–2014 neposkytovalo informace o smrtelném předávkování. Nejvíce smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami bylo hlášeno v roce 2010 – až 55 uživatelů drog. Je však překvapivé, že hned po roce 2015 je rok 2017 nejvíce smrtelným a zemřelo v něm až 42 uživatelů drog.

Další významnou nemocí jsou hepatitidy.

Hepatitidy

V České republice se nejvíce vyskytují hepatitida typu A, B a C, ostatní, jako jsou hepatitidy typu D a E jsou u nás pouze vzácně.

Virová hepatitida typu A není tak závažná jako ostatní hepatitidy, ale její šíření je velice snadné – zdrojem je nejčastěji stolice infikovaného. Tato infekce se nazývá také jako „nemoc špinavých rukou“, jelikož jejím nejčastějším přenosem je nedostatečná hygiena (Štefánek, 2011).

VHB neboli žloutenka typu B se také nazývá jako „jehlová“, jelikož její nejčastější přenos je u lidí, kteří užívají drogy injekčně. Hlavním příznakem hepatitidy B je žluté zbarvení kůže a očního bělma. Další příznaky jsou podobné chřipce – bolest kloubů, nevolnost a celková únava. Akutní onemocnění způsobuje zánět jater, zvracení a vzácně smrt. Chronická hepatitida B může nakonec způsobit jaterní cirhózu (Štefánek, 2011). Výskyt virové hepatitidy typu B, u nás v důsledku zavedení plošného očkování od roku 2001, postupně klesá, např. v roce 2016 při injekčním užívání se žloutenkou typu B nakazilo o 166 osob méně než žloutenkou typu C, která se přenáší infikovanou krví (Mravčík a kol., 2017).

Virová hepatitida typu C je také velmi rozšířená mezi injekčními uživateli drog. K přenosu může však dojít i používáním stejných hygienických pomůcek, jako jsou například holicí strojky či zubní kartáčky. Žluté zbarvení tkání u tohoto typu onemocnění většinou vůbec nenastane a nemoc se zhruba do 2 měsíců přesouvá do chronického stádia, kde postupně vzniká cirhóza a rakovina jater. Léčba VHC je velice nákladná, ale v dnešní době lze úplně vyléčit pomocí protivirových léků (Štefánek, 2011).

Mezi další nejčastější onemocnění patří svrab, který je hlavně zapříčiněn špatnými životními a hygienickými podmínkami drogově závislých lidí.

Svrab

Jedná se o kožní onemocnění, které podléhá povinnému infekčnímu hlášení. Svrab je způsoben parazitem – Zákožkou svrabovou. Tento parazit žije ve svrchní vrstvě kůže, kde vytváří chodbičky a klade v nich vajíčka. Za svůj poměrně krátký život (5 týdnů) stihne naklást až 50 nových vajíček. Typickým projevem jsou dvě světle červené papuly

o velikosti špendlíkové hlavičky, které jsou vedle sebe. Jedna z nich je větší (místo vstupu zákožky) a jedna menší (konec svrabové chodbičky). Nejčastěji se nachází ve větším množství mezi prsty ruky, na zápěstí, genitáliích a na vnitřní straně stehen. Pacienta nejčastěji dovede k lékaři nesnesitelný pocit svědění. Přenáší se těsným tělesným kontaktem – hlavně v teple. Prvotní terapií při likvidaci zákožky je vyloučení kontaktu s kontaminovanými lůžkovinami (převaření) a léčba celé komunity, rodiny, kde dotyčný přebývá. Dále pak mazání se sírovou masťou nebo masťou Permethrinem (Urbánková, 2008).

U drogově závislých uživatelů se svrab přenáší hlavně v sociálních zařízeních – a to nepřímou lůžkovinami – dále také při pohlavním styku, se kterým se pojí i další infekční onemocnění, jelikož jednou z možností, jak si lidé přivydělávají na drogy, je prostituce a s tím je spojená možnost získání syfilisu.

Syfilis

Syfilis je jedním ze sexuálně přenosných infekčních onemocnění, které způsobuje bakterie *Traponema pallidum*. V posledních letech se výskyt onemocnění zvýšil a to hlavně z důvodu vysokého střídání sexuálních partnerů a sníženého užívání kondomů. Nejčastěji se u závislých lidí přenáší pohlavním stykem, ale může se přenést i krví (transfúzí, trans placentárně).

Projevuje se ve třech stádiích. V prvním stádiu (třetí týden) vzniká vřed, který se nejčastěji objeví v místě genitálií, ale i v ústech či na bradavkách. Ve druhém stádiu, které začíná devátým týdnem, se začne objevovat vyrážka po těle, a hlavně na sliznicích (v ústech). Dalšími příznaky bývají vysoké horečky, bolest hlavy a kloubů, teplota aj. Do dvou let se tyto příznaky ustálí a nemoc přechází do bezpříznakové fáze. Tato fáze může trvat až 20 let a jedinec je nejméně nakažlivý. Takzvané třetí stádium, neboli pozdní syfilis, toto stádium přeruší a dochází např. k postižení kostí a jater, rozpadá se kůže a kostní tkáň a zánět poškozuje nervovou tkáň, což může vést k obrně a poruchám řeči či demenci, většinou dochází k celkovému rozpadu osobnosti. K vyléčení se podávají antibiotika – nejčastěji penicilin nebo tetracyklin – nebo také mastě (Röcken, 2018).

K zamezení šíření těchto infekčních onemocnění a vůbec vzniku závislostí slouží preventivní programy.

2 Protidrogová prevence

Jedná se o soubor intervencí s cílem zamezit rozvoji a výskytu daného negativního jevu, zaměřuje se na mládež, která pomocí drog dosahuje uvolnění, zmírňuje jejich pocity napětí a nejistoty. Protože se děti učí napodobováním, měli bychom jim již od útlého věku jít dobrým příkladem, aby se v pozdějších letech dokázaly s „nástrahami života“ vyrovnat a neutíkaly od reality pomocí drog. Jak se říká: „V dospělosti se sklízí, co se v mládí zaseto“.

Prevenici můžeme dělit do tří druhů, podle toho, v jakém časovém úseku je okolí poskytována: primární, sekundární a terciální. (Machovcová, 2015)

Primární prevence

Cílem primární prevence je odradit od prvního užití návykových látek a vyvarovat se experimentování s nimi. Aktivní primární prevence musí přijít včas a s předstihem, než dojde k působení jevu. (Machová, 2015) Podporuje zdravý životní styl bez drog a informuje o rizicích a nebezpečích užívání drog pomocí preventivních programů. (Kalina, 2003). Primární prevenci můžeme dále dělit na specifickou, nespecifickou, selektivní a indikovanou.

Specifická prevence – aktivity a programy, které se zabývají přímou problematikou drog – konání přednášek, besed atp.

Nespecifická prevence – veškeré aktivity k trávení volného času. Nespecifická prevence slouží k rozvoji osobnosti, komunikace a posílení sebevědomí. Obecně je zaměřena na prevenci negativních sociálních jevů.

Selektivní prevence – cílem je včasné a efektivní řešení problematiky u rizikových skupin (speciální školy, sídlištní party).

Indikovaná prevence – cílem jsou skupiny či jednotlivci, kde je nebezpečí výskytu rizikového chování značné (šikanované děti, děti s poruchami učení, ...) (Machová, 2015).

Sekundární prevence

Tímto typem prevence se již zabývají některé organizace působící v oblasti léčby závislostí a prevence rizikového chování. Sekundární prevence představuje veškeré aktivity, které jsou zaměřené na předcházení vzniku a rozvoji závislosti u lidí, kteří již drogu užívají (Machová, 2015).

„Sekundární prevence se provádí až po vzniku nemoci, ale ještě před tím, než nemoc způsobí poškození“ (Nešpor, 2011, s. 156).

Terciální prevence

V terciální prevenci jde o co největší zmírnění důsledků, které užívání drog způsobuje. Nelze ji však chápat jako řešení, ale jako tzv. volbu menšího zla. Hlavním úkoly jsou – sociální rehabilitace u klientů, kteří se buď zapojili do substituční léčby, anebo už prošli léčbou, která vede k abstinenci, a intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat.

Tato prevence využívá zejména sociální práci, jako je pomoc při jednání se zdravotními pojišťovkami, hledání bydlení, zaměstnání atd. Patří sem i základní péče o zdraví drogových uživatelů, o které se stará služba Harm reduction (Kalina, 2008).

2.1 Harm reduction (HR)

Jedná se o přístupy či programy, které mají za úkol minimalizovat a snižovat poškození drogově závislých lidí, kteří nemají dostatečnou motivaci k tomu, aby přestali s užíváním drog. Hlavní důraz klade Harm reduction na ochranu zdraví uživatelů, kteří jsou kvůli svému návyku vystaveni vysokému riziku předávkování a nákazy infekčními onemocněními, které se šíří buď nechráněným pohlavním stykem (např. HIV, AIDS, či hepatitida typu B, C) nebo sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog. Nejenom, že se HR zajímá o přenos nákazy infekčními onemocněními mezi uživateli, ale snaží se i zabránit přenosu infekcí i mezi uživateli a obyčejnou populací (Kalina, 2001).

Harm reduction služby se také snaží uživatele drog informovat např. o možnostech získání sociálních dávek, o stabilním bydlení a hlavně se jej snaží podpořit ve změně životního stylu včetně užívání návykových látek (Janíková in Kalina, 2015).

IHRA (International Harm Reduction Association) definuje HR jako programy a koncepce, které se snaží o minimalizaci nepříznivých dopadů – jak sociálních a ekonomických, tak i zdravotních a říká, že je Harm Reduction prospěšné nejen pro uživatele drog, ale i pro jejich rodiny a okolí (IHRA, 2010).

2.1.1 Historie Harm reduction

Přístup „Harm reduction“ vznikl jako odpověď na vysoký nárůst HIV v 80. letech, vznikl z přístupu „public health“ (ochrana veřejného zdraví), který se od Harm reduction liší tím, že se zabývá ochranou celé společnosti před infekčními chorobami, kdežto HR vychází především z individuálních potřeb klientů, kteří drogy aktuálně užívají (Janíková in Kalina, 2008).

Mezi první zprostředkovatele přístupu Harm reduction v evropských zemích můžeme zařadit Nizozemí – zde v roce 1984 vznikl první HR program. Další země jsou např. Velká Británie a Švýcarsko, ve kterém byla vybudována první aplikační místnost v roce 1986, a ve stejném roce byl otevřen první výměnný program i v České republice ve středisku drogových závislostí u Apolináře. V Dánsku v roce 1987 se objevil první automat na výdej HR materiálu. V roce 1990 se konala první konference, která vedla k vytvoření IHRA, tedy nevládní organizace, která se snaží podpořit a rozšířit podporu Harm reduction na celém světě (Hrdina in Kalina, 2003).

V souvislosti s HR je Nizozemí zajímavé tím, že v roce 1976 zákon rozdělil drogy na měkké (marihuana, hašiš) a tvrdé (heroin, kokain, amfetamin,...). Jejich cílem bylo ukázat, že když bude legální si marihuanu pořídit v kontrolovaných a státem legalizovaných coffee shopech, zabrání tím ji kupovat od pouličních prodejců, kteří by marihuanovým zákazníkům mimo jiné nabízeli i tvrdé drogy (MacCoun, 2011).

2.1.2 Principy Harm Reduction

Principy Harm reduction vycházejí z realistického pohledu na drogovou problematiku a závislost, která se pravděpodobně bude v nějaké míře ve společnosti objevovat vždy. Uživatelé drog by měli mít možnost snížit rizika vyplývající z pokračujícího užívání a minimalizovat škody, které mohou způsobit sobě i lidem kolem sebe (Janíková – Kalina, 2015).

Právě principy HR podnítily vznik nízkoprahových zařízení, substitučních programů a výměnných programů, které se řadí mezi služby, které jsou poskytovány uživatelům drog (Hrdina in Kalina a kol., 2003).

Konkrétní a hlavní principy sestavilo kanadské centrum věnující se drogové problematice v roce 2003:

Pragmaticčnost – HR akceptuje, že jistá míra užívání látek, které ovlivňují vědomí, jsou běžným prvkem lidské zkušenosti. Bere v potaz jak pozitivní, tak i negativní užívání drog, a snaží se danému jedinci porozumět.

Humanistické hodnoty – jedinec by neměl být podporován, ale ani odsuzován za užívání psychoaktivních látek. Okolí by mělo respektovat jeho práva, že chce drogy užívat.

Zaměření na poškození – hlavním cílem není snížit užívání drogy jako takové, ale snížit negativní dopady užívání drog u uživatelů a jejich okolí. HR považuje abstinenci za ideální výsledek, ale akceptuje také alternativy (snížení dávek, změna způsobu užívání aj.), které pracují s neabstijnícím klientem.

Zvažování nákladů a přínosů – měří a posuzuje poškození či problémy spojené s užíváním drog a také hodnotí přínosy a náklady zásahů neboli intervencí.

Zaměření na bezprostřední cíle – dosažení realistického cíle je prvním krokem k bezpečnému užívání dokonce i k abstinenci. Cíle jsou vztahovány k cílové skupině a k jednotlivcům tak, aby se reagovalo na aktuální potřeby (Janíková - Kalina, 2015).

2.1.3 Cíle a strategie Harm reduction

Hlavním cílem HR dle WHO (World Health Organization) je předcházet přenosu viru HIV a jiných infekcí, k němuž dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a přípravků určených k výrobě drog.

Přehledný a zestručněný souhrn cílů, které zde byly nejednou řečeny:

- motivovat klienta, aby se zřekl sdílení stejného náčiní s ostatními uživateli k aplikaci drog,
- naučit klienty užívat drogy méně rizikovým způsobem,
- informovat klienty o užívání drog (druhy, účinky drog) a o zásadách bezpečného sexu,
- informovat klienty o jejich právech a povinnostech,
- zvýšit dovednosti a znalosti klientů při poskytování první pomoci,

- upevnit nebo znovuvytvořit u klientů základní hygienické návyky,
- přispět ke snížení páchaní trestné činnosti,
- podnítit klienta ke kontaktu s odborným zařízením. (Radimecký, 2006)

Přístup HR zahrnuje široké spektrum strategií vedoucích od bezpečnějšího způsobu užívání přes kontrolované užívání až k abstinenci. Mezi základní strategie Harm reduction patří:

- vyhýbání se zveličování škod spojených s užíváním drog,
- maximalizace možnosti intervencí,
- seřazení dosažitelných cílů podle priorit,
- přístup k uživatelům drog s úctou – jako ke každé jiné bytosti,
- neutrální postoj k dekriminizaci a legalizaci drog,
- distancování od boje proti drogám (Jirešová, 2005).

2.1.4 Nízkoprahové / Harm reduction služby

Cílem nízkoprahového přístupu je oslovit a kontaktovat co nejvíce osob, jak uživatelů drog, tak i jejich blízkých – jedná se o první kontakt či místo, kde uživatel hovoří o užívání. Tyto programy a služby jsou nedílnou součástí systému péče o uživatele drog a jsou nastaveny tak, že počítají s tím, že okamžitá abstinence není reálná (Janíková – Kalina, 2008).

Harm Reduction se provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech (Kalina, 2001).

Terénní programy

Jedná se o specifickou formu sociální služby, kdy pracovník přichází za klientem, tzn. rozhovor mezi klientem a pracovníkem se většinou odehrává přímo na ulici, což je přirozené prostředí pro klienta (Kalina, 2008). Tito pracovníci neboli tzv. „streetworkeri“, se kromě zmírnění zdravotního a sociálního poškození uživatelů nelegálních návykových látek, snaží o motivování klienta ke změně životního stylu, dále brání šíření hepatitid a HIV a chrání většinovou společnost před infekčními chorobami prostřednictvím výměny a likvidace použitého injekčního materiálu (SANANIM, 2007).

Kontaktní centra

Kontaktní centra poskytují jak sociální, tak i zdravotní péči pro uživatele návykových látek. V těchto centrech se mohou uživatelé drog anonymně dozvědět o tom, jak užívat drogu bezpečněji, mohou si zde vyměnit použité injekční nádoby a dle druhu kontaktního centra se mohou osprchovat nebo si vyprat prádlo (Kalina, 2008). Některá centra nabízí potravinový servis, který umožňuje klientům si za poplatek uvařit instantní polévku, čaj nebo kávu – služba poskytuje i prostor a pomůcky pro přípravu vlastního jídla.

Tištěné materiály – které obsahují rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat nebo jak dezinfikovat náčiní – jsou zcela specifické a jejich distribuce musí být omezena na okruh klientů, kterým jsou určeny. Dostanou-li se mimo tento okruh, např. do škol, vyvolávají senzaci, pobouření a obviňování, že se touto cestou mládež navádí k braní drog (Kalina, 2001).

Kontaktní centra také často nabízejí poradenství pro rodiče a přátele uživatelů drog. Také zde bývají rodičovské podpůrné skupiny, kde se setkávají rodiče závislých jedinců, sdílejí spolu své zkušenosti a poskytují si vzájemnou podporu (MeDitorial, nedatováno).

Harm reduction ve vězení

O drogách ve vězení se často dozvídáme prostřednictvím médií, kde policie vyšetřuje dodávání a distribuce drog přímo v prostorách věznic. Hlavním důvodem zavedení Harm reduction do věznic je vysoký výskyt infekce HIV a VHC u vězňů oproti běžné populaci.

V České republice byla v roce 2010 provedena studie, která se zabývala užíváním návykových látek ve věznicích. Studie se zúčastnilo celkem 2000 dotazovaných (použito bylo 1668 dotazníků) z 36 věznic na území ČR. K užití alespoň jedné nelegální látky přímo ve vězení (tj. při některém z pobytu ve vězení během života) se přiznalo 26,2 % respondentů a 6,6 % použilo injekční stříkačku k aplikaci drogy ve vězení (Mravčík, 2011). Jestliže se nezmenší počet osob, které užívají drogy injekčně, bude se riziko epidemie infekčních onemocnění ve věznicích zvyšovat (Mravčík, 2006).

V Evropských věznicích často dochází k homosexuálním i heterosexuálním pohlavním stykům. Při takto nechráněném pohlavním styku je přenos infekcí velice pravděpodobný, a proto je třeba zajistit dostupnost kondomů i lubrikačních gelů a také prosazovat vznik místností, kde by vězni se svými partnery mohli provozovat bezpečný pohlavní styk (Havlíčková, 2003). Jiný přístup byl zaveden v Portugalsku, kde zapojili samotné vězně.

Vybraní portugalští vězni byli vyškoleni tak, aby mohli šířit materiály a informace o Harm reduction a také aby mohli bezpečně tetovat (Koubová, nedatováno).

Mezinárodní dokumenty ukazují, že by se zdravotní péče pro obyčejnou populaci neměla lišit od péče poskytované pro vězně (Mravčík, 2006).

2.1.5 Postupy využívané v Harm reduction

Mezi nejznámější postupy používané v HR patří poskytování informací o odborné pomoci a možnostech léčby a výměna použitého injekčního náčiní za sterilní. HR se zaměřuje i na distribuci kondomů tzn. bezpečný sex a do širšího okruhu zapadá i substituční léčba a aplikační místnosti (Kalina, 2001).

Výměnný program

Injekční stříkačka se k aplikaci drog začala používat již v roce 1850. Výměnný program byl zahájen díky jistému lékárníkovi v Edinburghu kolem roku 1983, který poskytoval – po zjištění vypuknutí epidemie hepatitidy B, C i HIV mezi injekčními uživateli drog – sterilní injekční náčiní. Oficiálně byla výměna započata v roce 1986 (WHO, 2004).

Výměnný program popisuje například Průdková (2007). Výměnný program spočívá v tom, že klient dostane – za své použité injekční stříkačky a jehly, které vhodí do speciálního kontejneru – nové, sterilní stříkačky a jehly o stejném počtu. Pokud klient nepřinesl žádnou použitou injekční stříkačku nebo jehlu, může ve většině zařízení dostat max. 2 sterilní, které musí po aplikaci vrátit, jinak na další nemá nárok. Klient mimo jiné dostává i dezinfekční polštářky, ampulku sterilní vody a filtry používané pro natahování látky do stříkačky. Klienti, kteří užívají heroin, mohou dostat také kyselinu askorbovou pro rozpuštění dávky (Průdková, 2007).

„Množství injekčního materiálu distribuovaného nízkoprahovými programy meziročně mírně kleslo, v r. 2017 bylo vydáno 6,4 mil. injekčních setů (v roce 2016 bylo vydáno 6,5 mil. injekčních setů). Injekční uživatelé v kontaktu s nízkoprahovými programy si v r. 2017 vyměnili průměrně 199 kusů injekčního náčiní na jednoho klienta. V přepočtu na jednoho odhadovaného injekčního uživatele celkem to představuje 147 kusů ročně, což je podle standardu WHO střední míra pokrytí.“ (Mravčík a kol., str. 9, 2017)

V současnosti jsou v ČR provozovány 3 prodejní automaty, které slouží k výměně injekčního materiálu i mimo otevírací dobu kontaktních center. Jako alternativu injekčního užívání drog nabízí nízkoprahové programy dále aluminiové fólie určené ke kouření heroínu a želatinové kapsle určené k perorální aplikaci především pervitinu (Mravčík a kol., 2017).

Dalším postupem využívaným v prevenci Harm reduction je substituční léčba.

Substituční léčba

Substituční léčba se řadí mezi nejúspěšnější možnost léčby pro drogově závislé pacienty. Jedná se o náhradu ilegální, drahé a intravenózně aplikované látky za látku aplikovanou pravidelně a perorálně (i jiným způsobem), legální, zdarma a v čisté formě. (Kalina, 2008). Užívání substitučních látek zmírňuje abstinенční příznaky, které jedinci pociťují v důsledku absence drogy. Substituční léčba je podávána lékařem, dávky je možné postupně snižovat, ale pokud je třeba, je možné se udržovací dávky držet i delší dobu (MeDitorial, nedatováno).

Mezi cíle substituční léčby můžeme řadit: ukončení či omezení užívání ilegálních drog, snížení kriminality, zlepšení vztahů s okolím, získání a udržení si práce a zahájení či pokračování ve studiu (Kalina, 2008).

Substituční léčba je určena pro uživatele, kteří jsou závislí na opiátech déle než 6 měsíců a nemusí užívat drogy injekčně, a pro uživatele, kteří opiáty užívají injekčně (Kalina, 2008). Užívání substituční látky prodlužuje dobu do příchodu abstinенčních příznaků a snižuje frekvenci užívání, tzn., že pacient nemusí stále shánět drogy, ale může se soustředit na běžný denní režim. Substituce neukončuje fyzickou závislost, ale umožňuje jedinci žít život s legálním lékem (Verster, 2003).

Existují tři typy substituční léčby – metadon, subutex (buprenorfin) a suboxon. Nejčastěji používanými látkami jsou metadon (90 % případů) a buprenorfin.

Metadon je podáván ve formě nápoje ve specializovaných metadonových centrech léčby. Nástup účinku metadonu je spolehlivý a rychlý – zabraňuje rozvoji abstinенčních příznaků jaké má heroin. Při dodržování lékařských doporučení je možné metadon užívat i dlouhodobě. Mezi rizika užívání metadonu patří předávkování a prodej na černém trhu.

Subutex je lék, který je u nás dostupný od roku 2002. Může být předepsán nejčastěji psychiatrem, ale také u praktického lékaře a je k vyzvednutí v lékárnách. Předpis se píše na opiátové recepty, se kterými souvisí spousta administrativních úkonů a je třeba jej evidovat. Proto málokterý praktický lékař tyto recepty předepisuje.

Suboxon – jedná se kombinaci buprenorfinu a naloxonu. Naloxon je látka, která působí opačně než opiáty, proto se využívá při předávkování opiáty. Pokud je Suboxon podán ústně, buprenorfin zabráňuje rozvoji odvykacího stavu (MeDitorial, nedatováno).

Kromě výměnného programu a substituční léčby se využívají i aplikační místnosti.

Aplikační místnosti

Aplikační místnosti jsou zdravotní zařízení, kde si mohou uživatelé drog aplikovat návykové látky pod dohledem odborníků. Hlavním přínosem aplikačních místností je snížení pohoršení společnosti, proto se tyto místnosti nacházejí v lokalitách, kde se nejčastěji vyskytují problémy s užíváním drog. Hlavním cílem je, aby tato zařízení poskytovala bezpečnější a hygieničtější prostředí pro užívání drog (Hedrich and Hartnoll, 2015).

První aplikační místnost byla otevřena v roce 1986 ve Švýcarsku. Postupem času se rozšířily aplikační místnosti i do dalších evropských zemí, Kanady a Austrálie. V České republice však tato služba neexistuje (Janíková, 2011).

Místnosti k aplikaci drogy neslouží pouze lidem se špatným sociálním zázemím, ale i lidem, kteří žijí plnohodnotný život (mají práci, domov, rodinu), ale jejich partner či rodinní příslušníci drogu neužívají (Hedrich and Hartnoll, 2015).

2.1.6 Kritika a financování Harm reduction

Stejně jako všechny názory na světě má i Harm reduction své příznivce a odpůrce. Někdo postoj Harm reduction považuje za otevřenější a tolerantnější, jeho odpůrci ho naopak mohou považovat za kontraproduktivní – škodlivý a propagující drogy.

Mezi nejkritičtější názory patří například to, že – Harm reduction nenechá spadnout uživatele drog „na dno“, díky čemuž by se mohli uživatelé vzdát svého návyku. Drží je v tzv. „slepé uličce“ - nebo, že – Harm reduction podporuje užívání drog a vysílá špatný signál, který podkopává primární prevenci (Kalina, 2008).

Tyto názory lze zpochybnit různými studiemi, ve kterých se zkoumá např. efektivita programů výměny jehel s ohledem na šíření HIV – ze 42 studií našlo pozitivní efekt 28 studií. Dále byla srovnána substituční léčba s jinými formami léčby (detoxifikace) a substituční léčba metadonem si vedla o poznání lépe, jak v udržení klientů v léčbě, tak i ve snížení uživatelů heroinu (Kalina, 2008).

Hlavním problémem těchto tvrzení je, že společnost není dostatečně informovaná o službách Harm reduction, které se snaží pomoci osobám, jež nejsou schopné přestat provozovat činnost, která je nějakým způsobem ohrožuje.

Jedna z výhod přístupu Harm reduction je, že není až tak finančně nákladný, ale přesto je k jeho realizaci potřeba určité množství financí, pracovníků a prostředků. V současnosti probíhá kvůli nedostatku financí spíše regulace služeb i pracovníků.

Rampachová (2017) říká: *„Analýza efektivnosti nákladů (CEA) ukázala, že člověk s problémem se závislostí, který nemá v blízkosti dostupnou službu, na kterou by se mohl obrátit, je pro společnost minimálně pětkrát dražší než ten, komu jsou tyto služby dostupné a může zde vyhledat potřebnou pomoc.“* (Tiskové prohlášení A.N.O. ..., 2017, nestránkováno)

Léčba hepatitidy C státní rozpočet na tisíc obyvatel stojí až 500 milionů, léčba HIV až 350 milionů, pobyt ve věznicích zhruba 320 milionů. To jsou čísla, která udávala Rampachová v roce 2017 při nezvednutí státního rozpočtu na protidrogovou politiku (Tiskové prohlášení A.N.O., 2017).

3 Výzkumné šetření

3.1 Cíle výzkumu

V této části bakalářské práce uvedu definice hlavního a vedlejších cílů své práce. Hlavním cílem této práce je zmapování znalostí studentů vybrané vysoké školy – Univerzity Karlovy v Praze, Pedagogické fakulty – o přístupu Harm reduction.

Pro mé šetření jsem si zvolila Pedagogickou fakulta na Univerzitě Karlově v Praze, jelikož na univerzitě sama studuji a je jednou z nejlépe hodnocených pedagogických fakult v celé České republice, ze které vychází velké množství budoucích kantorů a pedagogů.

Jak je již výše zmíněno práce je zaměřena na vědomosti a informovanost budoucích pedagogů, kteří by své znalosti měli šířit dále mezi mladé lidi. Ve chvílích, kdy budou mít pedagogové dostatek informací a znalostí o přístupu Harm reduction mohou tyto vědomosti využít a předat je svým žákům či studentům. Mimo hlavní cíl jsem si pro svůj výzkum stanovila několik dílčích cílů a k nim výzkumné otázky, které mi pomohou na cíle odpovědět.

Dílčí cíle a výzkumní otázky:

Výzkumná otázka k hlavnímu cíli: „Jaké jsou vědomosti studentů v rámci tématu Harm reduction?“

1. Zda souhlasí budoucí pedagogové Univerzity Karlovy se službami, které poskytují služby Harm reduction. - S jakými službami studenti nejčastěji souhlasí?
2. Zda měli či mají budoucí pedagogové dostatek přednášek na Univerzitě Karlově ohledně drogové problematiky. – Mají či měli budoucí pedagogové více přednášek týkající se drogové problematiky na střední škole nebo na vysoké škole Univerzity Karlovy?
3. Zda se studenti Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy domnívají, že Harm reduction šetří státní rozpočet. - Kolik dotazovaných studentů si myslí, že Harm reduction šetří státní rozpočet?

3.2 Metodologie

Dotazník jsem šířila pomocí elektronického dotazování a to konkrétně ve vytvořeném dotazníku v internetovém prohlížeči Google, kde jsem si dotazník pečlivě připravila a poté jsem jej určité skupině, kterou jsem si pro daný výzkum vybrala (pedagogové Univerzity Karlovy), nasdílela do společné skupiny na sociálních stránkách (Facebook – studenti pedf UK).

Dotazníkové šetření se konalo v období od poloviny února 2019 do začátku března 2019. Dotazníku se zúčastnilo celkem 102 budoucích pedagogických pracovníků.

Zvolený dotazník jsem z části vypracovala sama na základě znalostí z teoretické části a z části jsem se nechala inspirovat bakalářskou prací z roku 2010 Dity Kalousové, která poměřovala informovanost Harm reduction na daných středních školách (Kalousová, 2010).

Dotazník obsahuje celkem 22 otázek. Z toho je 18 uzavřených otázek, 2 uzavřené otázky s více správnými odpověďmi, 1 otázka otevřená týkající oboru, který respondenti studují. A jedna otázka polootevřená, ve které se zajímám, zdali mají dotazovaní představu o tom, kolik stojí léčba hepatitida typu C pro jednu osobu a zdali ano, tak ať napíší částku.

Dále dotazníkové otázky mohu zhruba rozdělit na:

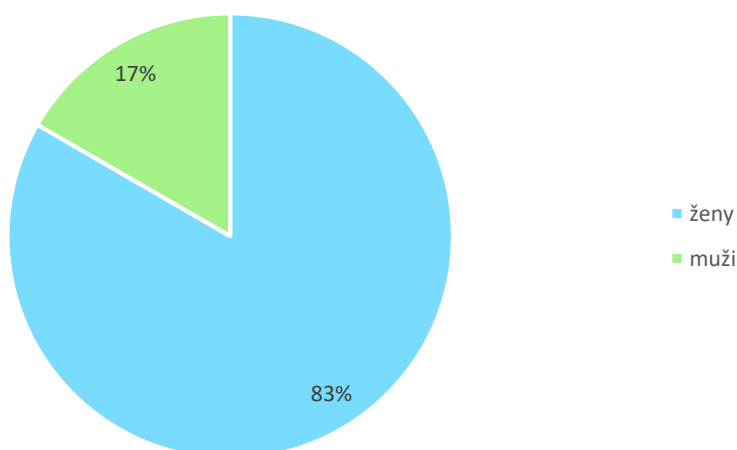
- Identifikační otázky – otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 16, 17, 22
- Otázky pro osobní postoj/názor – otázky č. 7, 13, 14, 15, 21
- Vědomostní otázky – otázky č. 8, 9, 10, 11, 12, 18, 19, 20,

3.3 Výsledky průzkumného šetření

Dotazníkové šetření bylo určeno pro studenty Univerzity Karlovy fakulty Pedagogické.

V prvním okruhu se otázky vztahují na samotné respondenty, tzn. jakého jsou pohlaví, jaký ročník aktuálně studují, na jaké střední škole studovali, zda-li jim byli v průběhu studia na střední škole nebo i na vysoké škole poskytovány informace ohledně drog, kdy si myslí, že je nejdříve vhodné mluvit s dětmi/žáky/studenty o problematice drog a v poslední řadě otázka - jestli někdy slyšeli pojem Harm reduction – která je dále směřovala do okruhu číslo dva, který se zabývá znalostmi o Harm reduction nebo do okruhu číslo tři, který se zabývá všeobecným pohledem a znalostmi o drogách.

První otázka se dotazovala na pohlaví klientů a podrobněji se jí zabývá graf č. 1.

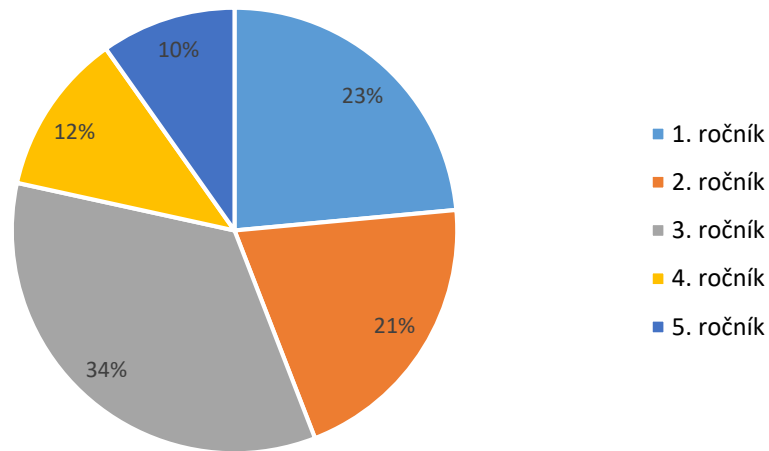


Graf č. 1 Pohlaví respondentů

Zdroj: Vlastní

Z dotazovaných 102 (100 %) klientů se dotazníkového šetření zúčastnilo 85 žen (83 %) a 17 (17 %) mužů.

Druhá otázka se zabývala, jaký ročník respondenti ve školním roce 2018 - 2019 studují.



Graf č. 2 Ročník studia

Zdroj: Vlastní

Ze 102 dotazovaných na otázku odpovědělo 35 (34 %) studentů ze třetího ročníku, 24 (23 %) z prvního ročníku, 21 (21 %) studentů z druhého ročníku, 12 (12 %) studentů ze čtvrtého ročníku a 10 (10 %) studentů z pátého ročníku. Z toho vyplývá, že se dotazníku zúčastnilo nejvíce studentů ze třetího ročníku, který taktéž studuji a mám zde nejvíce přátel.

Ve třetí otázce jsme se studentů dotazovala, jaký obor na Univerzitě Karlově studují. Vzhledem k tomu, že toto byla otevřená otázka a na naší univerzitě se dá studovat spousta kombinací, rozdělila jsem obory dle prvního zapsaného oboru.

Tabulka č. 2 Studující obory dotazovaných

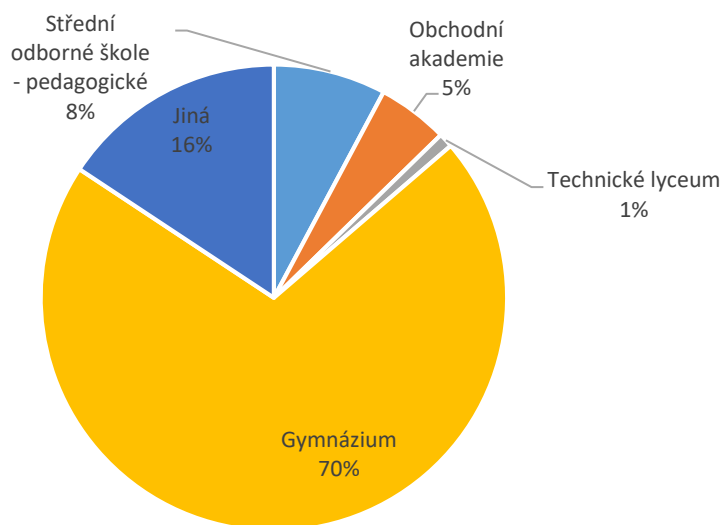
| OBOR | POČET STUDENTŮ |
|--|----------------|
| 1. stupeň ZŠ | 8 |
| AJ (HV, PG, zsv) | 5 |
| Biologie (Tv, Vz, Che, D) | 13 |
| ČJ (Rj, Nj, D, Aj, spec.ped, ZSV, VV) | 16 |
| D (ZSV, geologie) | 4 |
| HV - sbormistr | 2 |
| Chemie (VZ, M) | 2 |
| IT (Pg, M) | 5 |
| Mateřská škola | 1 |
| M (pedagogika) | 3 |
| NJ - ZSV | 2 |
| Pedagogika (spec. Ped., IT) | 4 |
| speciální pedagogika | 9 |
| psychologie rozšířena o speciální pedagogiku | 1 |
| školský management | 2 |
| TVS (Vz, ZSV, IT) | 15 |
| vychovatelství | 2 |
| NEVYPLNILO | 8 |

Zdroj: Vlastní

Ze 102 (100 %) dotazovaných na otázku neodpovědělo 8 dotazovaných (7,8 %), což znamená, že celkem odpovědělo 94 (92,2 %) respondentů. Nejvíce zúčastněných studentů z 94 odpovídajících (100 %) bylo s primárním oborem český jazyk 16 (17 %) studentů hned za nimi tělocvikáři 15 (16 %) a biologové 13 (13,8 %). Dalšími studujícími primárními obory respondentů byla angličtina 5 studentů (5,4 %) a informatika rovněž 5 studentů (5,4 %). Studenti, kteří uvedli, jako primární obor dějepis byli čtyři (4,2 %) stejně jako studenti pedagogiky (4,2 %). Tři studenti uvedli jako svůj primární obor matematiku (3,2 %). Hudební výchovu (2,1 %), dějepis (2,1 %) a němčinu (2,1 %) uvedli pouze dva studenti a jeden student (1,1 %) uvedl studium psychologie rozšířené o speciální pedagogiku.

Šedou barvou v tabulce jsou znázorněny studující obory dotazovaných, které se na naší Pedagogické fakultě Univerzity Karlovy dají studovat jako jednooborové. 9 dotazovaných (9,6 %) uvedlo jako studující obor speciální pedagogiku a 8 dotazovaných (8,5 %) uvedlo, že studuje učitelství pro první stupeň. Dva respondenti (2,1 %) studují školský management, další dva (2,1 %) vychovatelství a pouze jeden (1,1 %) z dotazovaných učitelství pro mateřské školy.

Ve 4. otázce jsem se respondentů ptala, na jaké střední škole studovali.

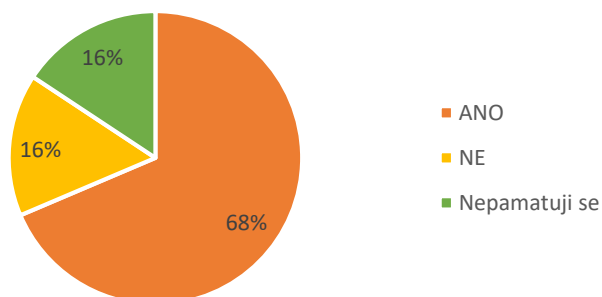


Graf č. 3 Střední škola respondentů

Zdroj: Vlastní

Ze 102 dotazovaných (100 %) jich 72 (70 %), navštěvovalo gymnázium, 16 (16 %) dotazovaných studovalo na jiné střední škole, 8 (8 %) studovalo na pedagogické střední škole, 5 (5 %) na obchodní akademie a 1 (1 %) z dotazovaných na technickém lyceu.

Pátá otázka navazovala na vzpomínky ze střední školy a dotazovaných jsem se ptala, zdali jim byly poskytovány na SŠ informace o drogách.

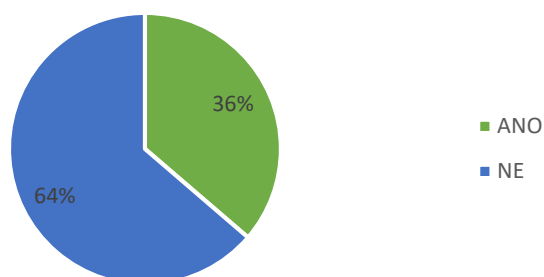


Graf č. 4 Informace o drogách na SŠ

Zdroj: Vlastní

Ze 102 dotazovaných odpovědělo 70 studentů (68 %) ano, že měli předměty, které je informovaly o drogách. 16 (16 %) studentů odpovědělo, že nebyli informováni a dalších 16 (16 %) si nepamatuje, zdali měli nějaký předmět, který by je informoval o drogách.

V 6. otázce jsem se studentů Univerzity Karlovy dotazovala, zda mají/měli během svého dosavadního studia nějaké předměty, přednášky či výuku, která by se zabývala drogovou problematikou nebo závislostmi.

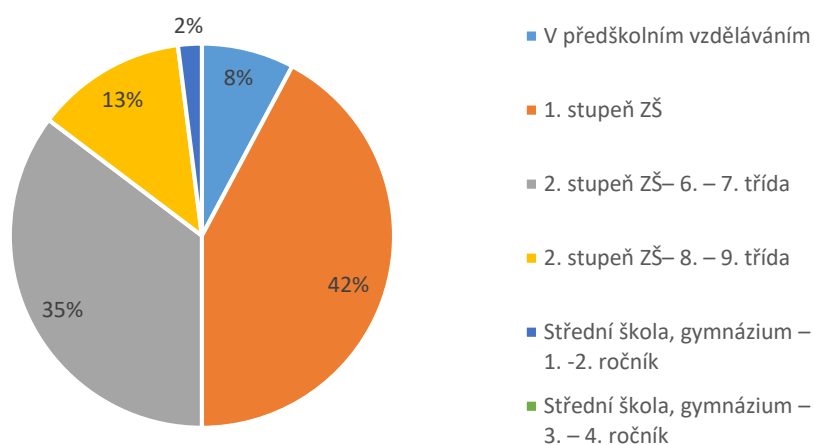


Graf č. 5 Výuka, předměty či přednášky na Univerzitě Karlově

Zdroj: Vlastní

Ze 102 dotazovaných jich více jak polovina 65 (64 %) uvádí, že žádné předměty aj. nemají a ani neměli, pouhých 37 respondentů (36 %) odpovědělo, že nějaká výuka o drogách jim je či byla poskytována.

Sedmá otázka se vztahoval na osobní postoj dotazovaných. Otázka zněla „Kdy nejdříve je vhodné mluvit o drogách s dětmi/žáky/studenty?“.

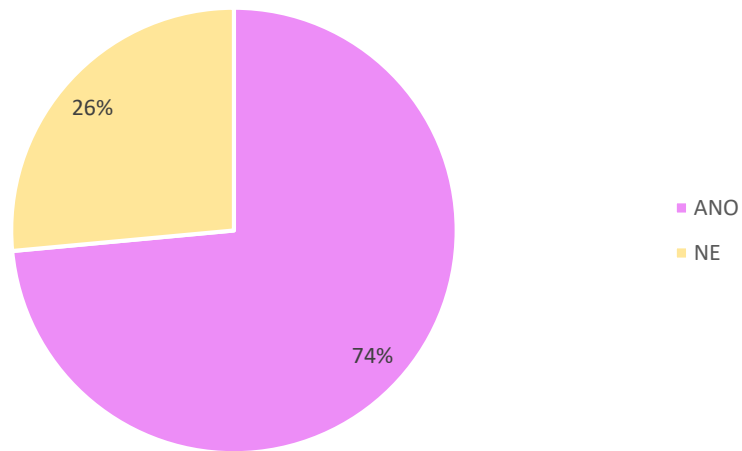


Graf č. 6 „Kdy nejdříve je vhodné mluvit o drogách s dětmi/žáky/studenty?“

Zdroj: Vlastní

Na tuto otázku odpovědělo všech 102 dotazovaných. 43 studentů (42 %) odpovědělo, že nejlepší je mluvit o drogách s žáky na prvním stupni základní školy. O něco méně 43 studentů (35 %) si myslí, že na druhém stupni základní školy, konkrétně 6. - 7. třída. Dále si 13 dotazovaných (13 %) myslí, že nejvhodnější období, kdy hovořit o drogách, je v 8. -9. třídě na druhém stupni základní školy, dva dotazovaní (2 %) uvádí až na střední škole a oponuje jim 8 (8 %) dotazovaných, že nejvhodnější je mluvit o drogách s dětmi již v předškolním věku.

Otázka číslo 8 se dotazovala, zda studenti někdy slyšeli termín Harm Reduction.



Graf č. 7 Termín Harm reduction

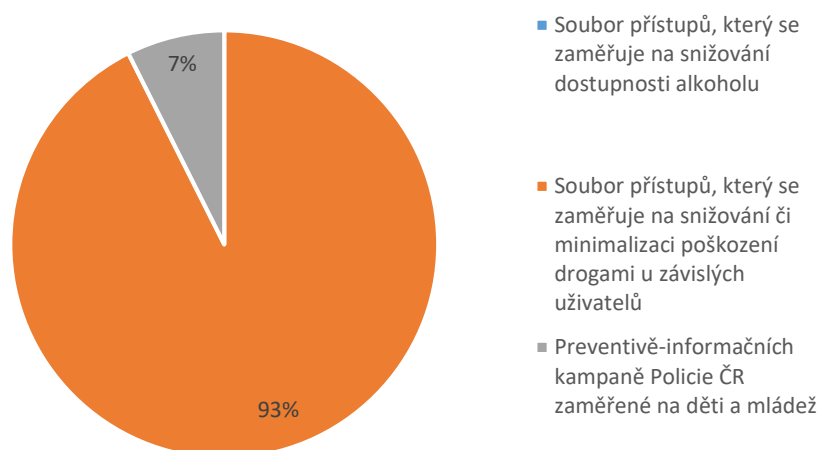
Zdroj: Vlastní

Ze 102 (100 %) uvedlo 75 studentů (74 %), že tento termín nikdy neslyšeli a pouhých 27 studentů (26 %) alespoň jednou tento termín zaslechlo.

Tato otázka byla stěžejní a rozhodovala dle odpovědi, jak bude dotazník dané osoby dále probíhat. Jestliže respondenti odpověděli ANO – dotazník normálně pokračoval otázkou číslo 9 do druhého okruhu, který se zabýval znalostmi Harm reduction. Pokud odpověděli NE, dotazník přeskočil druhý okruh a přesunul je, až na otázku č. 13, což znamená do třetího okruhu, který se zabývá všeobecným přehledem o drogách a jejich názorem na tuto problematiku.

Druhý okruh otázek obsahuje pouze 4 otázky a je určený pro respondenty, jejichž odpověď u otázky č. 8 byla ANO – tedy, že již někdy termín Harm reduction zaslechli. Těchto respondentů bylo ze 102 (100 %) pouhých 27 (26 %). Tyto otázky se týkají znalostí Harm reduction.

Druhý okruh jsem začala otázkou, jak dotazovaní rozumí pojmu Harm reduction.

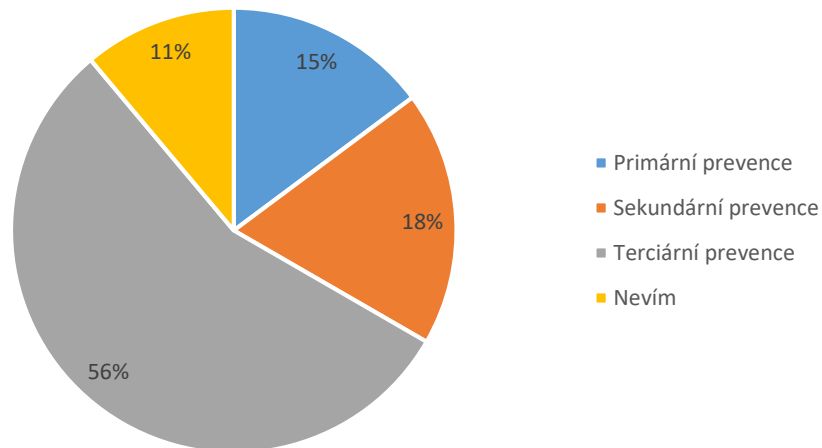


Graf č. 8 „Jak rozumíte pojmu Harm reduction?“

Zdroj: Vlastní

Z 27 dotazovaných jich 25 (93 %) odpovědělo na otázku správně a to, že se jedná o soubor přístupů, který se zaměřuje na snižování či minimalizaci poškození drogami u závislých uživatelů. Pouze dva respondenti (7 %) se domnívali, že HR jsou preventivně-informační kampaně Policie ČR zaměřené na děti a mládež. Třetí možnost, že se jedná o soubor přístupů, který se zaměřuje na snižování dostupnosti alkoholu, nezadal žádný z dotazovaných.

Otázka č. 10 „Do jaké prevence patří Harm reduction?”

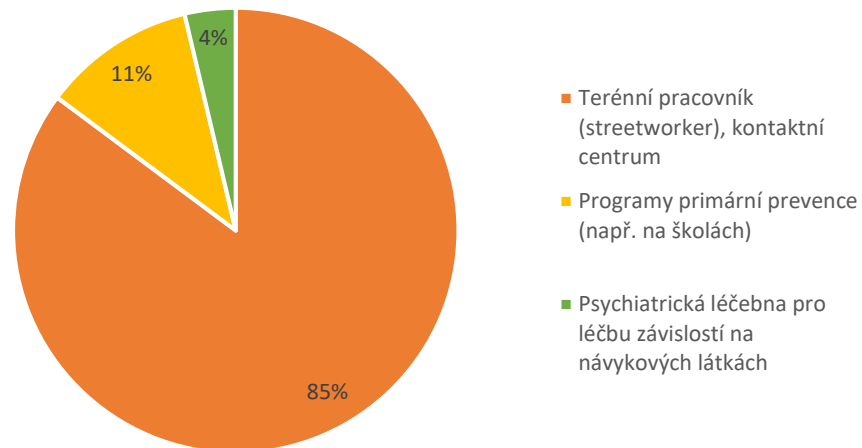


Graf č. 9 „Do jaké prevence patří Harm reduction?“

Zdroj: Vlastní

Z 27 respondentů (100 %) odpovědělo 15 (56 %) správně, a to tak, že se jedná o terciální prevenci. Čtyři dotazovaní (15 %) si myslí, že HR spadá do primární prevence, pět (18 %) si jich myslí, že do sekundární prevence a tři (11 %) respondenti se přiznali, že nemají ponětí, do jaké prevence se HR řadí.

„Kdo poskytuje služby HR?“ Tak zněla otázka číslo jedenáct.

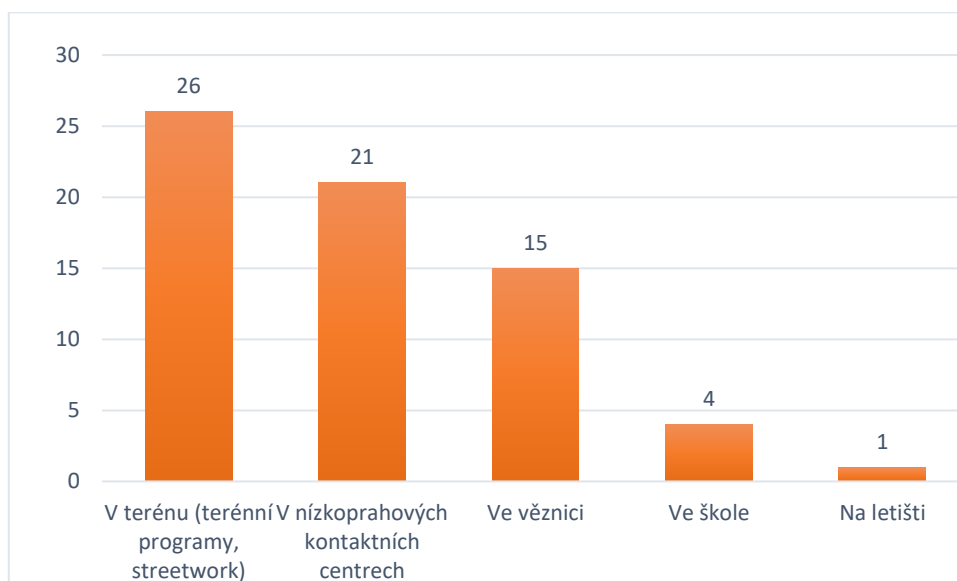


Graf č. 10 „Kdo poskytuje služby Harm reduction?“

Zdroj: Vlastní

Z 27 respondentů (100 %) jich 23 (85 %) odpovědělo správně – Služby HR poskytuje terénní pracovník (streetworker) a kontaktní centrum. Tři dotazovaní (11 %) si mysleli, že HR poskytují primární programy prevence na školách a jeden dotazovaný (4 %) se domníval, že psychiatrická léčebna pro léčbu závislostí na návykových látkách poskytuje služby Harm reduction.

Otázka č. 12 „Kde se můžeme setkat se službami Harm reduction?“



Graf č. 11 Služby Harm Reduction

Zdroj: Vlastní

Dotazovaným jsem v otázce číslo 12 dala na výběr z pěti odpovědí. U otázky jsem přidala dodatek, že správných odpovědí je zde více. Správné odpovědi byli tři a to, že se s HR můžeme setkat v terénu, v nízkoprahových centrech a ve věznicích. Na tuto otázku odpovědělo správně 10 respondentů viz. Tabulka č.3

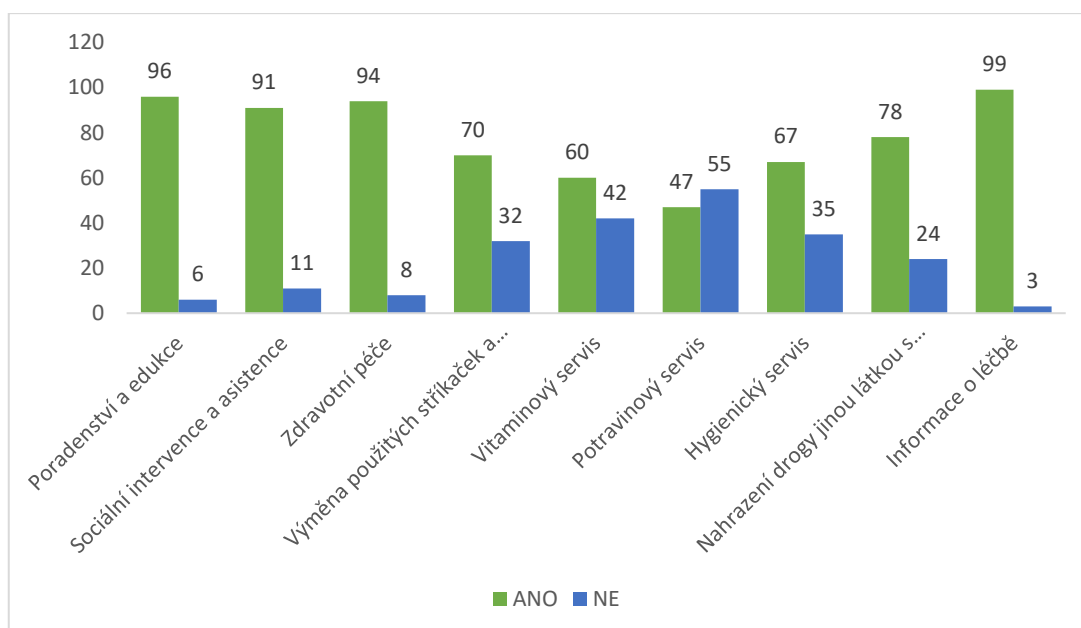
Četnost odpovědí můžeme vidět v grafu č. 11. Celkově jsem dostala 67 odpovědí což je 100 %, nejvíce – 26krát (38,8 %) byla zaškrtnuta odpověď číslo jedna – tedy, že se s Harm reduction můžeme setkat v terénu. 21krát (31,3 %) byla zaškrtnuta odpověď v nízkoprahových kontaktních centrech, 15krát (22,4 %) ve věznici, 4krát (6 %) ve škole a pouze jeden krát (1,5 %), že se s Harm reduction službami můžeme setkat na letišti.

V tabulce č. 3 je uvedeno, jak respondenti odpovídali. Z 27 (100 %) dotazovaných jich 10 (37 %) zaškrtnulo všechny tři správné odpovědi, 8 respondentů (37 %) nevědělo, že se HR provádí i ve věznicích. Tři (29 %) zaškrtnuli pouze terénní programy. Dva (11 %) odpověděli v terénu, v kontaktních centrech, ve věznici a ve škole. A zbylé varianty odpovědí byly po jednom dotazovaném – viz. Tabulka č. 3.

Tabulka č. 3 „Kde se můžeme setkat s HR?“

| ODPOVĚDI | POČET DOTAZOVANÝCH |
|--|-------------------------------|
| V terénu (terénní programy, streetwork) | 3 |
| V terénu (terénní programy, streetwork), v nízkoprahových kontaktních centrech | 8 |
| V terénu (terénní programy, streetwork), v nízkoprahových kontaktních centrech, ve věznici | 10 |
| V terénu (terénní programy, streetwork), v nízkoprahových kontaktních centrech, ve věznici | 2 |
| V terénu (terénní programy, streetwork), ve věznici, ve škole | 1 |
| V terénu (terénní programy, streetwork), ve věznici | 1 |
| V terénu (terénní programy, streetwork), ve škole, na letišti | 1 |
| V nízkoprahových kontaktních centrech, ve věznici | 1 |

Zdroj: Vlastní



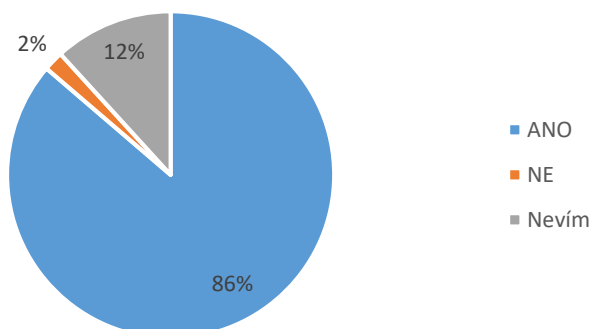
Graf č. 12 Služby poskytované lidem se závislostí

Zdroj: Vlastní

Ve třinácté otázce jsem se dotazovaných ptala na jejich osobní názor a to – zdali souhlasí či nesouhlasí se službami, které jsou poskytovány drogově závislým. Celkem je zde 9 podotázek a na každou z nich se odpovědělo 102 dotazovaných (100 %).

Na první podotázku, zdali souhlasí s poradenstvím a edukcí dle grafu č. 12 můžeme vidět, že ze 102 respondentů (100 %) jich 96 (94 %) souhlasí a pouze 6 (4 %) nesouhlasí. U druhé podotázky – sociální intervence a asistence – jich 91 (89 %) souhlasí a 11 (11 %) nesouhlasí s poskytováním služeb. Se zdravotní péčí jich 94 (92 %) souhlasí a 8 (8 %) nesouhlasí, s výměnou použitých stříkaček 70 (68 %) souhlasí a 32 (32 %) nesouhlasí, s vitamínovým servisem 60 (59 %) souhlasí a 42 (41 %) nesouhlasí. U jediné služby, kdy nesouhlas 55 (54 %) převyšuje souhlas 47 (46 %) je potravinový servis. Dále s hygienickým servisem souhlasí 67 (65 %) a nesouhlasí 35 (35 %), s nahrazením drogy jinou látkou souhlasí 78 (76 %) a nesouhlasí 24 (24 %). Nejvíce respondentů souhlasí s poskytováním informací o léčbě lidem se závislostí (99 dotazovaných, což je 97 %) a nesouhlasí 3 dotazovaní (3 %).

Otázka číslo 14 „Myslíte, že jsou služby pro lidi se závislostí pro společnost potřebné?“

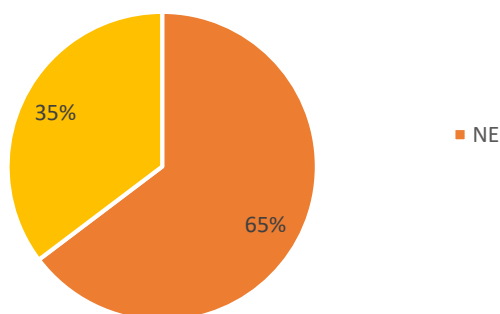


Graf č. 13 Potřebnost služeb

Zdroj: Vlastní

Ze 102 (100 %) si 88 (86 %) respondentů myslí, že jsou služby pro lidi se závislostí potřebné, 12 (12 %) si není úplně jista a dva (2 %) říkají, že ne.

Otázka číslo 15 „Myslíte, že služby, které jsou poskytovány lidem se závislostí (např. výměna použitých injekčních stříkaček za čisté) šetří státní rozpočet?“

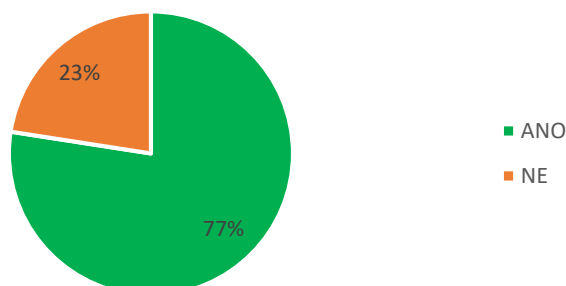


Graf č. 14 Šetření státního rozpočtu

Zdroj: Vlastní

Ze 102 (100 %) respondentů si jich 66 (65 %) myslí, že díky službám, které jsou poskytovány závislým, se státní rozpočet nešetří. Pouze 36 (35 %) respondentů si myslí, že šetří.

V 16. otázce se zajímám o to, zdali se respondenti setkali někdy s někým, kdo využil služby, které jsou poskytovány pro drogově závislé.

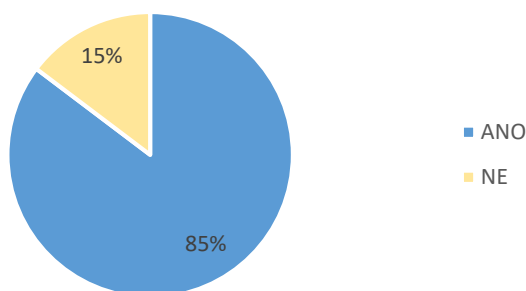


Graf č. 15 „Setkal jste se někdy s někým, kdo využil služby, které jsou poskytovány pro drogově závislé?“

Zdroj: Vlastní

Z grafu č. 15 je patrné, že více jak 2/3 (77 %) dotazovaných se s nikým takovým neseťkali, pouze 23 respondentů (23 %) ano.

V otázce číslo 17 se ptám, zdali se budoucí pedagogové z Univerzity Karlovy aktivně zajímají o problematiku drog mimo školu. Ze 102 (100 %) dotazovaných jich 87 (85 %) odpovědělo, že se aktivně nezajímá o tuto problematiku a pouhých 15 (15 %), že ano.

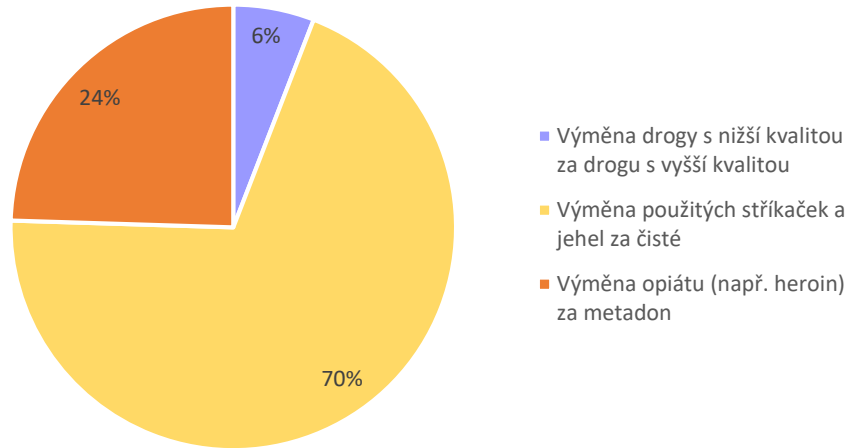


Graf č. 16 Zájem o problematiku drog mimo školu

Zdroj: Vlastní

Otázky 18, 19, 20 se opět opírají o vědomosti respondentů.

Otázka číslo 18 – Co je to „výměnný program“ v prevenci drogových závislostí?

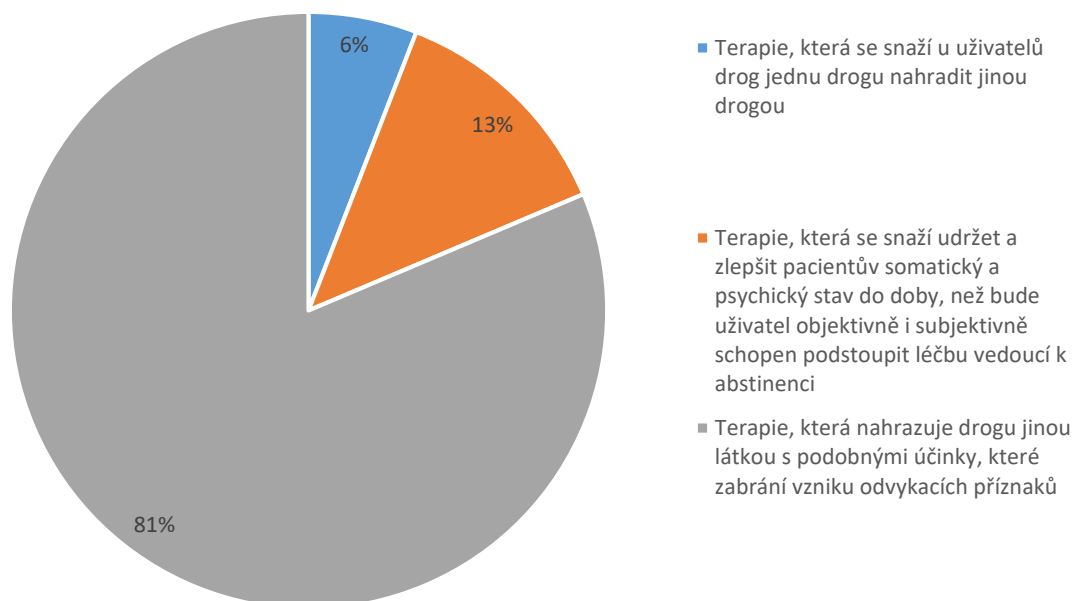


Graf č. 17 Výměnný program

Zdroj: Vlastní

Na výběr měli respondenti tři odpovědi, z nichž byla jen jedna správná. Ze 102 dotazovaných (100 %) jich 71 (70 %) odpovědělo, že výměnný program je výměna použitých stříkaček za čisté, což je také správná odpověď. 25 (24 %) respondentů si myslí, že se jedná o výměnu opiátu za metadon a 6 (6 %), že se jedná o výměnu drogy s nižší kvalitou za drogu s vyšší kvalitou.

V 19. otázce se ptám, zdali respondenti vědí, co je to substituční léčba.

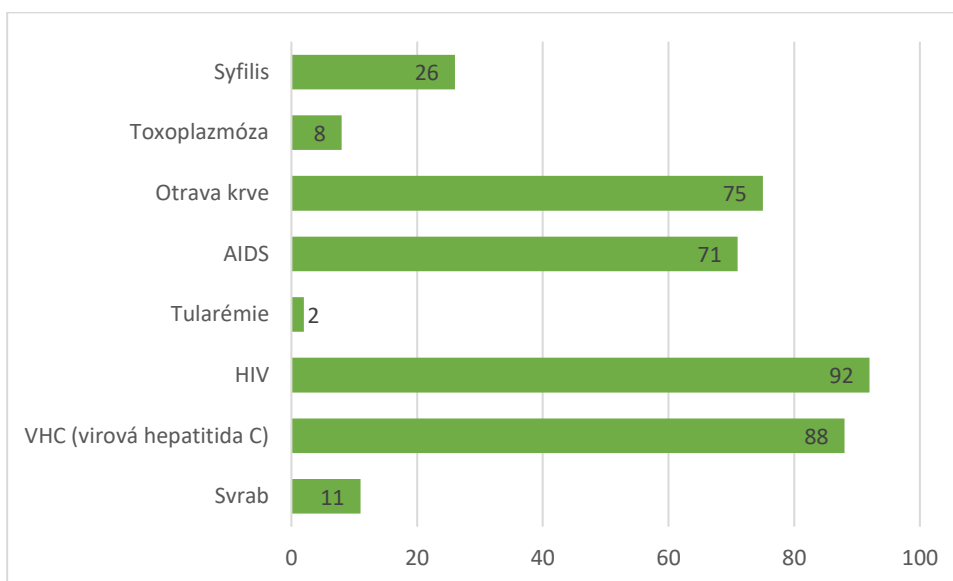


Graf č. 18 Substituční léčba

Zdroj: Vlastní

Dotazovaní mají na výběr opět ze tří odpovědí, kde je jen jedna správná. Ze 102 (100 %) respondentů jich 83 (81 %) odpovědělo správně a to tak, že se jedná o terapii, která nahrazuje drogu jinou látkou – která má podobné účinky a ty zabrání vzniku odvykacích příznaků. Třináct respondentů (13 %) si myslelo, že se substituční léčba snaží o zlepšení pacientova stavu do doby, než bude uživatel schopen podstoupit léčbu vedoucí k abstinenci. A 6 respondentů (6 %) se domnívalo, že se jedná o terapii, která u závislých nahrazuje jednu drogu jinou drogou.

Otázka číslo 20. „Jaká jsou nejčastější zdravotní rizika injekčních uživatelů drog?“



Graf č. 19 Zdravotní rizika

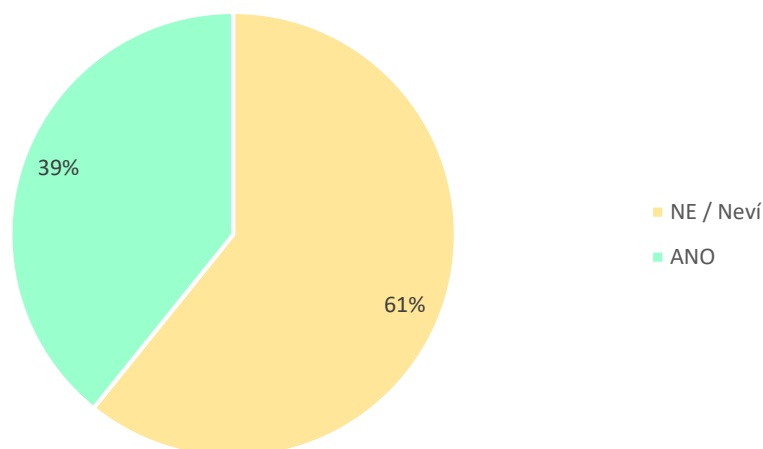
Zdroj: Vlastní

V této otázce měli opět respondenti na výběr z více správných odpovědí. Mezi správné odpovědi se řadí syfilis, otrava krve, AIDS, HIV, VHC, svrab a mezi ty špatné tularémie a toxoplazmóza. Toxoplazmóza je parazitární onemocnění, které se na člověka nejčastěji přenese z trusu koček, který je infikovaný a tularémie je bakteriální infekční onemocnění, které nejčastěji přenese klíště nebo jiný hmyz po styku s králíkem či jiným hlodavcem.

V grafu č. 19 můžeme vidět četnost odpovědí. Celkem bylo zaznamenáno 373 odpovědí. Dotazovaní za zdravotní rizika injekčních uživatelů nejvíce označovali odpovědi HIV (92 x) a Virová hepatitida typu C (88 x). Otrava krve obsadila třetí příčku se 75 odpověďmi a AIDS zaškrtili dotazovaní 71krát. Méně byly označeny odpovědi jako je syfilis – pouze 26krát a svrab 11krát. Špatné odpovědi byly také zaznamenány, a to u toxoplazmózy 8krát a u tularémie 2krát.

Ze 102 dotazovaných zaškrtilo všech šest správných odpovědí pouhých 6 dotazovaných.

21. otázka zjišťuje, jestli mají respondenti ponětí o tom, kolik stojí léčba hepatitidy typu C. A jestliže mají, tak aby připsali přibližnou částku.



Graf č. 20 Ponětí o léčebných částkách VHC

Zdroj: Vlastní

V grafu č. 20 můžeme vidět, že z celkových 102 dotazovaných (100 %) jich 62 (61 %) odpovědělo, že neví či nemá ponětí o tom, kolik stojí léčba hepatitidy typu C a 40 dotazovaných (39 %) napsalo přibližnou částku o které si myslí, že pokryje tuto léčbu.

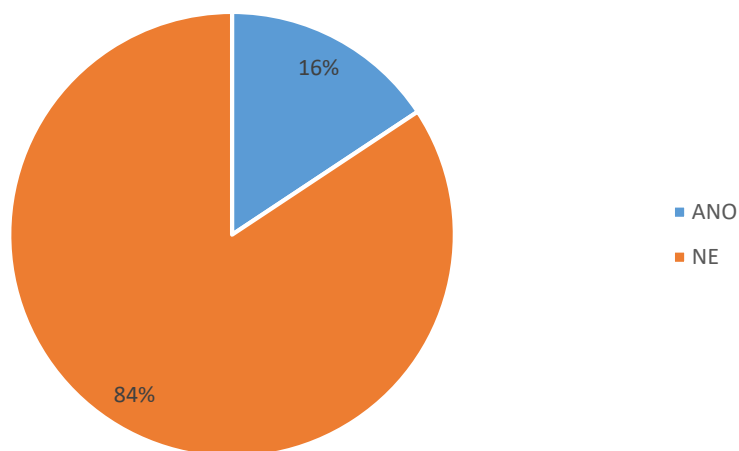
Tabulka č. 4 Přibližné částky léčby VHC

| Částky | Počet dotazovaných |
|--------------|--------------------|
| tisíce | 7 |
| desetitisíce | 21 |
| statisíce | 12 |

Zdroj: Vlastní

Tabulka č 4. zobrazuje, jak dotazovaní v otázce č. 21 odpovídali. Z celkových 40 respondentů (100 %), kteří se pokusili napsat přibližnou částku jich 7 (17,5 %) napsalo přibližnou částku v tisících, 21 (52,5 %) v desetitisících a 12 (30 %) ve statisících.

V poslední (22. otázce) se dotazovaných ptám na jejich osobní přístup, zdali by si někdy chtěli zkusit práci terénního pracovníka.



Graf č. 21 Práce terénního pracovníka

Zdroj: Vlastní

V grafu č. 21 můžeme vidět, že ze 102 (100 %) pouhých 16 dotazovaných (16 %) by si chtělo tuto práci vyzkoušet, zbylých 86 (84 %) budoucích pedagogů raději zůstane u svého zaměření.

3.4 Diskuze

Hlavním cílem mé bakalářské práce bylo zmapování znalostí studentů vybrané vysoké školy – Univerzity Karlovy v Praze, Pedagogické fakulty – o přístupu Harm reduction. Pro toto zjištění jsem využila tyto konkrétní otázky z dotazníku – 8, 9, 10, 11, 12, 18, 19, 20. U otázek 8, 18, 19, 20 zodpovědělo vždy všech 102 dotazovaných tzn. 408 odpovědí. V tabulce č. 5 v šedivém sloupci můžeme vidět celkový počet správných a špatných odpovědí na tyto otázky.

Tabulka č. 5 Správnost a špatnost odpovědí u otázek 8, 18, 19 a 20

| Odpovědi | Slyšel jste někdy termín "Harm reduction"? | Co je to výměnný program? | Co je to substituční léčba? | Jaké jsou nejčastější zdravotní rizika u drogově závislých lidí? | Celkem |
|----------|--|---------------------------|-----------------------------|--|--------|
| Správné | 27 | 71 | 83 | 6 | 187 |
| Špatné | 75 | 31 | 19 | 96 | 221 |

Zdroj: vlastní

Ze 408 odpovědí (100 %) byla správná odpověď zaškrtnuta 187krát (45,8 %) a špatná 221krát (54,2 %).

Otázky číslo 9, 10, 11 a 12 byly určeny pouze pro respondenty, kteří alespoň někdy slyšeli pojem Harm reduction – těchto respondentů bylo 27, což je 26 % z celkového počtu 102 dotazovaných. Počet správných a špatných odpovědí můžeme vidět v tabulce číslo 6 v šedém sloupci.

Tabulka č. 6 Správnost a špatnost odpovědí u otázek 9, 10, 11 a 12

| Odpovědi | Co znamená pojem Harm reduction? | Do jaké prevence patří Harm reduction? | Kdo poskytuje služby Harm reduction? | Kde se můžeme setkat se službami Harm reduction? | Celkem |
|----------|----------------------------------|--|--------------------------------------|--|--------|
| Správné | 25 | 15 | 23 | 10 | 73 |
| Špatné | 2 | 12 | 4 | 17 | 35 |

Zdroj: vlastní

Na všechny čtyři otázky odpovědělo 27 dotazovaných – celkem bylo zaznamenáno 108 odpovědí (100 %) z nichž bylo 73krát (67,6 %) odpovězeno správně a 35krát (32,4 %) odpovězeno špatně.

Z těchto výsledků si mohu zodpovědět výzkumnou otázku „Jaké jsou vědomosti studentů v rámci tématu Harm reduction?“. Méně než polovina dotazovaných budoucích pedagogů odpověděla na otázky týkající se Harm reduction správně. Studenti z větší části uváděli, že nikdy neslyšeli pojem Harm reduction, ale na otázky, které se ho týkají, odpovídali celkem správně (zhruba přes 70 % správných odpovědí bylo zaznamenáno u otázek co je to výměnný program nebo substituční léčba) až na poslední otázku týkající se nejčastějších zdravotních rizik u drogově závislých – zde odpovědělo správně pouhých 5,8 %, což mohlo být způsobeno špatným poddáním otázky – slovo „nejčastější“ mohlo respondenty zmást, a i když by zvolily všechna správná zdravotní rizika, uváděli jen ta nejčastější. Ti studenti, kteří již Harm reduction někdy slyšeli, měli o 4 otázky více a v nich byla správnost lehce přes 70 %.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda budoucí pedagogové z Univerzity Karlovy souhlasí se službami, které poskytují služby Harm reduction. Pro tento cíl mi pomohlo devět podotázek v otázce č. 13.

Tabulka č. 7 Poskytování služeb drogově závislým – diskuzní

| <u>Poskytované služby</u> | <u>Poradenství a edukce</u> | <u>Sociální intervence a asistence</u> | <u>Zdravotní péče</u> | <u>Výměna použitých stříkaček a jehel za čisté</u> | <u>Nahrazení drogy jinou látkou s podobnými účinky</u> |
|----------------------------------|------------------------------------|---|---------------------------------|---|---|
| Souhlasí | 96 | 91 | 94 | 70 | 78 |
| Nesouhlasí | 6 | 11 | 8 | 32 | 24 |
| <u>Poskytované služby</u> | <u>Vitaminový servis</u> | <u>Potravinový servis</u> | <u>Hygienický servis</u> | <u>Informace o léčbě</u> | |
| Souhlasí | 60 | 47 | 67 | 99 | 702 |
| Nesouhlasí | 42 | 55 | 35 | 3 | 216 |

Zdroj: Vlastní

Na každou podotázku odpovědělo všech 102 dotazovaných, což znamená, že na 9 otázek bylo zaznamenáno 918 odpovědí. 216krát (23,5 %) byl označen nesouhlas s poskytovanými službami a 702krát (76,5 %) dotazovaní zaškrtnuli souhlas. Z čehož vyplývá, že 76,5 % dotazovaných souhlasí a zhruba ¼ nesouhlasí se službami poskytovanými pro drogově závislé uživatele.

Výzkumná otázka: „S jakými službami studenti nejčastěji souhlasí?“ - Nejvíce dotazovaných souhlasilo s poskytováním informací o léčbě – souhlas byl zaškrtnut celkem 99krát a naopak nejméně lidé souhlasí s potravinovým servisem – zde byl souhlas zaškrtnut pouze 27krát. Dle celkových výsledků dotazování spíše souhlasí s poskytováním služeb, jako jsou poradenství, informovanost a zdravotní péče oproti podávání vitamínů či potravin drogově závislým lidem.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, zda měli či mají budoucí pedagogové dostatek přednášek na Univerzitě Karlovy ohledně drogové problematiky. Otázky číslo 5 a 6 mi pomohly k odpovědi na výzkumnou otázku: „Mají či měli budoucí pedagogové více přednášek týkající se drogové problematiky na střední škole nebo na vysoké škole Univerzity Karlovy?“

Ze 102 dotazovaných jich 68 % uvedlo v otázce číslo 5, že na středních školách mělo předměty, které je informovaly o drogách. V otázce číslo 6 uvedlo pouhých 36 % ze 102 dotazovaných, že na Univerzitě Karlově konkrétně na Pedagogické fakultě měli nějaké přednášky či předměty, které jim mohly předat informace ohledně drog. Z těchto výsledků mohu posoudit, že dotazovaní měli více přednášek na střední škole, než na vysoké škole Univerzity Karlovy, Pedagogické fakulty.

Třetím dílčím cílem bylo zjistit, zda se studenti Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy domnívají, že Harm reduction šetří státní rozpočet. K tomu se vztahovala i výzkumná otázka: „Kolik dotazovaných studentů si myslí, že Harm reduction šetří státní rozpočet?“. K vyhodnocení této otázky jsem použila dotazníkovou otázku číslo 15. V této otázce si 65 % dotazovaných, což je 66 lidí, nemyslí, že by služby (např. výměna použitých stříkaček) poskytované lidem se závislostí měly šetřit státní rozpočet a pouze 35 % pedagogů si myslí, že šetří. Myslím si, že tento výsledek je způsoben neinformovaností ohledně celého Harm reduction, kterému jde nejen o minimalizaci škod způsobené drogami, ale i ušetření státních peněz, které raději investují do čistých stříkaček a jiných služeb nežli do léčby infekčních onemocnění, které jsou několikanásobně nákladnější.

Dále se zde zaměřuji na, z mého pohledu, důležitá a zajímavá zjištění, která z výzkumu prováděného mezi studenty Pedagogické fakulty Karlovy Univerzity, vyplynula. Celkový počet respondentů, jak jsem se již zmínila, činil 102.

Jedním, ze zajímavých zjištění bylo, že ze 102 dotazovaných pouze dvě ženy zodpověděly všech 22 otázek a měly všechny znalostní otázky správně. Obě ženy studují rozdílné ročníky (2. a 3.) i rozdílné obory (speciální pedagogika, dějepis), ale shodly se, že by se o drogové problematice mělo hovořit s žáky na druhém stupni mezi 6. - 7. třídou. Tyto ženy uvedly, že z vysoké školy nemají žádné informace ohledně drog, ale v otázce, zdali se aktivně zajímají o problematiku drog, mimo školu obě zodpověděly, že se zajímají. Z těchto odpovědí soudím, že veškeré informace a znalosti, které studentky mají, posbíraly na základě své osobní zvědavosti a bohužel je vysoká škola zatím o žádné další vědomosti neobohatila. Naopak 10 (9,8 %) budoucích pedagogů (ze 102 dotazovaných) znalostní otázky absolutně nezvládlo.

Dost mě překvapilo, že 102 dotazovaných (100 %) jich 8 uvedlo, že studovalo střední školu pedagogického zaměření. Všichni tito studenti uvedli, že měli na střední škole nějaký předmět či výuku, která se zabývala drogovou problematikou, což se projevilo i na znalostech ohledně pojmu Harm reduction, kde všichni tito studenti odpověděli správně, že se jedná o minimalizaci poškození drogami u závislých uživatelů. Oproti střední škole pedagogické, se dotazníku účastnilo 72 studentů gymnázií, a pouze 14 (19,4 %) z nich jich odpovědělo správně.

Jedním z dalších výsledků, který mě dost zaujal, byl u otázky, která se týkala nejčastějších zdravotních rizik u drogově závislých uživatelů. V této otázce byli dva respondenti, kteří za nejčastější zdravotní riziko uvedli nemoc tularémií (zaječí nemoc). Tito budoucí pedagogové označili i zbytek zdravotních rizik, které uvedly správně a další vědomostní otázky měly také správně. Z čehož vyplývá, že informovanost těchto studentů z pohledu drog je výborná, ale pojmy týkající se zdravotních onemocnění by si měli ujasnit. Mimo tento zajímavý výsledek, jsem si u této otázky během vyhodnocování výsledků uvědomovala, že otázka nebyla podaná správně, jak již zmiňuji výše – slovo „nejčastější“ mohlo respondenty zmást, a i když by zvolili všechna správná zdravotní rizika, uváděli jen ta nejčastější. Pouhých 5,8 % mělo tuto otázku správně.

Dalším zajímavým zjištěním bylo, že ze 102 dotazovaných, s výměnnou použitých stříkaček za čisté, souhlasí 70 budoucích pedagogů, z nich 27,1 % pedagogů neví, že se

této výměně říká „výměnný program“. Pouze 34 (48,5 %) ze 70 dotazovaných si myslí, že by služby, jako je výměna stříkaček měly šetřit státní rozpočet a v otázce (která se vztahuje k financím státního rozpočtu) zdali vědí, kolik stojí léčba hepatitidy typu C jich ze 34 studentů uvedlo 20 (58,8 %), že nemá tušení kolik tato léčba stojí.

S ohledem na zjištěné výsledky a relativně vysokou míru neinformovanosti ze strany Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy – až 64 % respondentů uvádí, že žádné přednášky ani předměty jim nejsou poskytovány – by měla škola zvážit jisté změny ve studijních plánech. Dále by bylo do budoucna dobré porovnat informovanost budoucích pedagogů i na jiných vysokých školách a třeba naplánovat realizační programy, které by informovanost, týkající se drogové závislosti a její prevence, zvýšily.

Závěr

V bakalářské práci jsem se snažila zmapovat znalosti studentů na Univerzitě Karlově v Praze, Pedagogické fakultě o přístupu Harm reduction. Dále pak bylo cílem zjistit, zdali souhlasí se službami, které jsou poskytovány drogově závislým uživatelům, zdali mají dostatek přednášek ohledně drogové problematiky na Univerzitě Karlově a jestli mají ponětí o tom, že Harm reduction se snaží šetřit státní rozpočet.

Harm reduction patří do terciální prevence, která se snaží předcházet sociálnímu a trvalému zdravotnímu poškození. Pomocí určitých programů se snaží zamezit infekčním onemocněním a hlavně se snaží o zmírnění dopadu užívání drog na celkovou společnost.

V teoretické části jsem podala všeobecné informace o drogách, o vzniku a důsledcích závislosti a o infekčních onemocněních, které jsou typické u uživatelů drog. Dále jsem vysvětlila pojem Harm reduction, jeho historii, cíle, postupy a poskytované služby. Na základě teoretické části jsem mohla sestavit dotazník, který mi pomohl ve vypracování praktické části.

V praktické části jsem se zaměřila na konkrétní otázky pro zjištění svých cílů. Tyto otázky jsem pomocí internetového zdroje sdílela na sociálních sítích a při dostatečném počtu zúčastněných jsem mohla začít s vyhodnocováním příslušných dat. Výzkumného šetření se účastnilo celkem 102 budoucích pedagogů z Univerzity Karlovy v Praze. Pouhých 27 z nich alespoň někdy slyšelo pojem Harm reduction. Těchto 27 respondentů mělo k dispozici zvláštní okruh otázek (otázky č. 9, 10, 11, 12), které se týkaly znalostí ohledně pojmu Harm reduction. Na všechny čtyři vědomostní otázky správně odpovědělo 22 % respondentů a 30 % respondentů nevědělo, že se Harm reduction služby provádí i ve věznicích, jinak by vědomostní otázky týkající se HR mělo správně 52 % z 27 respondentů.

Co se týče názoru budoucích pedagogů na poskytování služeb, kterému se věnovaly otázky č. 13 a 14, tak si 86 % dotazovaných myslí, že jsou služby pro společnost potřebné a nejvíce dotazovaní souhlasí s poskytováním informací (97 %) a poradenstvím (94 %) pro drogově závislé. Naopak s poskytováním potravinového servisu nesouhlasí 53,9 % dotazovaných.

Další výzkumné otázky ukázaly, že absenci přednášek na Univerzitě Karlově uvádí 64 % dotazovaných a 65 % dotazovaných si nemyslí, že by služby poskytované drogově závislým lidem měli šetřit státní rozpočet.

Zdroje:

HAJNÝ, Martin, 2001. *O rodičích, dětech a drogách*. Praha: Grada. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.

HAVLÍČKOVÁ, Miloslava, MIOVSKÝ Michal, SPIRIG Herald, 2003. *Vězeňství a nelegální drogy*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-03-X.

HEDRICH, Dagmar, HARTNOLL Richard, 2015. *Harm Reduction Interventions*. In: el-Guebaly N., Carrà G., Galanter M. (eds) *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*. Springer, Milano. ISBN 978-88-470-5322-9

HUBINKOVÁ, Zuzana, 2008. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3., aktualiz., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1593-3.

IHRA (Stanovisko mezinárodní asociace pro Harm reduction), 2010. „Co je Harm Reduction?“. [online]. [cit. 2018-11-30]. dostupné z <https://www.hri.global/files/2010/10/26/Briefing-WhatisHR%28czech%29amended2.pdf>

JIREŠOVÁ, Katarína, 2005. *Úvod do Harm reduction: příručka pre učiteľa*. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti. ISBN 80-969271-2-4

KALINA, Kamil, a kol., 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* (Kalina, K. a kol.). © Úřad vlády České republiky. Publikaci vydalo o.s. Filia Nova pro Radu vlády ČR – Meziresortní protidrogovou komisi. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil, 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, Kamil, 2008. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

KALOUSOVÁ, Dita, 2010. *Harm reduction v prevenci drogových závislostí*. České Budějovice. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, pedagogická fakulta a vysoká škola ekonomická v Praze fakulta managementu v Jindřichově Hradci. Vedoucí práce Miroslav PROCHÁZKA. Dostupné online z: https://theses.cz/id/zznjgr/downloadPraceContent_adipIdno_15564

- KOUBOVÁ, Michaela, nedatováno. Vězení jsou živnou půdou pro drogy a infekce. Pomoci může terapie zvládnání vzteku či peer edukátoři. Praha, Zdravotnický deník. [online]. [cit. 2019-02-12]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2018/03/vezeni-jsou-zivnou-pudou-drogy-infekce-pomoci-muze-terapie-zvladani-vzteku-ci-peer-edukatori/>
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KUKLA, Lubomír, 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
- MACCOUN, Robert J, 2011. What can we learn from the Dutch cannabis coffeeshop system? *Addiction* [online]. [cit. 2018-11-30]. dostupné z <https://pdfs.semanticscholar.org/1e68/a48e96fb119df731c8d28e0a2bb007d8c98d.pdf>
- MACHOVÁ, Jitka, KUBÁTOVÁ Dagmar, 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.
- MEDITORIAL, nedatováno. K-centra (kontaktní a poradenská centra), Praha [online]. [cit. 2019-01-28]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/k-centra>
- MEDITORIAL, nedatováno. Kde mohu o léčbu požádat?, Praha [online]. [cit. 2019-01-29]. Dostupné z: <http://www.substitucni-lecba.cz/kde-mohu-o-lecbu-pozadat-n>
- MRAVČÍK, Viktor, 2006. *Výměna jehel ve věznicích*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 80-86734-79-X
- MRAVČÍK, Viktor a kolektiv, 2010 – 2018. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog pro Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti: Česká republika*. Praha: Úřad vlády ČR. [online]. [cit. 2018-12-08]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/publikace/vyrocnizpravy/>
- MRAVČÍK, Viktor, 2011. *Drogy a vězni v ČR. Zaostřeno na drogy*. ISSN 1214-1089.
- NEŠPOR, Karel, 2011. *Návykové chování a závislost*. 4. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8
- Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog: metodický pokyn ECDC a EMCDDA*, 2012. Praha: Úřad vlády České republiky. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-064-3.

PRŮDKOVÁ, Taťána, 2007. Harm reduction. Sociální práce. *Sociální práce*. České Budějovice: Asociace vzdělavatelů v sociální práci a ZSF Jihočeská univerzita. 3. ISSN 1213- 6204.

RADIMECKÝ, Josef, 2006. Minimalizace rizik (harm reduction) v kontaktním centru pro uživatele drog. [online]. [cit. 2018-12-08]. Dostupné z <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/71/197/Minimalizace-rizik-harm-reduction-v-kontaktim-centru-pro-uzivatele-drog>

RÖCKEN, Martin, SCHALLER Martin, SATTLER Elke a BURGDORF Walter, 2018. *Kapesní atlas dermatologie*. Přeložil Marta CETKOVSKÁ, přeložil Pavel CHALOUPKA. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0106-1.

SANANIM, 2007. Terénní programy [online]. [cit. 2019-01-25]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/terenni-programy-\(tp\)/nase-cile.html](http://www.sananim.cz/terenni-programy-(tp)/nase-cile.html)

ŠTEFÁNEK, Jiří, 2011. Infekční hepatitidy. [online]. [cit. 2019-02-16]. Dostupné z: <https://www.stefajir.cz/infekcni-hepatitidy>

Tiskové prohlášení A.N.O. - preventivní a léčebná zařízení pro závislé chybí, přesto jich bude ještě méně, 2017. A.N.O. – Praha [online]. [cit. 2019-01-30]. Dostupné z: http://www.asociace.org/aktuality/tiskove-prohlaseni-a-n-o-preventivni-a-lecebna-zarizeni-pro-zavisle-chybi-presto-jich-bude-jeste-mene/?fbclid=IwAR3znXu-X_FnRygseP2jhZlank9chXpfPT9Z9NbBjBd1-Ckp02oJ_7dKUxI

URBÁNKOVÁ, Jitka, 2008. Parazitární kožní choroby a jejich léčba. [online]. [cit. 2019-19-03]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/02/08.pdf>

VÁGNEROVÁ, Marie, 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-214-9.

VAVŘINKOVÁ, Blanka a BINDER Tomáš, 2006. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-829-8.

VERSTER, Annette a BUNING Ernst, 2003. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-15-3.

WHO, 2004. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog: Odborné podklady pro veřejnost*.

Přeložil Artlingua a. s. 1. vyd v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-74-9.

Přílohy:

Příloha dotazníku:

V dotazníku jsou šedě zvýrazněné správné odpovědi na vědomostní otázky.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - Žena
 - Muž

2. Jaký ročník na pedagogické fakultě studujete?
 - 1. ročník
 - 2. ročník
 - 3. ročník
 - 4. ročník
 - 5. ročník

3. Jaký obor ve specializaci v pedagogice studujete? _____

4. Na jaké střední škole jste studoval/a?
 - Střední odborná škola – pedagogická
 - Obchodní akademie
 - Zdravotnická škola
 - Technické lyceum
 - Gymnázium
 - Jiná

5. Byly Vám poskytovány, v průběhu studia na střední škole, kterou jste studoval/a, v některém z předmětů informace o drogách?
 - ANO
 - NE
 - Nepamatuji se

6. Máte/měli jste na vysoké škole (Karlově univerzitě – fakulta pedagogická) výuku, přednášky či předměty, které se zabývají drogovou problematikou či závislostmi?
 - ANO
 - NE

7. Kdy nejdříve je vhodné mluvit o drogách s dětmi/žáky/studenty?
 - V předškolním vzdělávání
 - 1. stupeň ZŠ
 - 2. stupeň ZŠ– 6. – 7. třída
 - 2. stupeň ZŠ– 8. – 9. třída
 - Střední škola, gymnázium – 1. -2. ročník
 - Střední škola, gymnázium – 3. – 4. ročník
 - Nikdy
 - Jiné

8. V oblasti prevence drogových závislostí je často používán termín „Harm Reduction“. Slyšel/a jste již někdy tento termín?
- ANO
 - NE
9. Jak rozumíte pojmu „Harm Reduction“:
- soubor přístupů, který se zaměřuje na snižování dostupnosti alkoholu
 - soubor přístupů, který se zaměřuje na snižování či minimalizaci poškození drogami u závislých uživatelů
 - preventivně-informačních kampaně Policie ČR zaměřené na děti a mládež
10. Víte, do jaké prevence je zahrnován přístup „Harm Reduction“?
- primární prevence
 - sekundární prevence
 - terciární prevence
 - nevím
11. Služby „Harm Reduction“ poskytuje především:
- terénní pracovník (streetworker), kontaktní centrum
 - programy primární prevence (např. na školách)
 - psychiatrická léčebna pro léčbu závislostí na návykových látkách
 -
12. Kde se můžeme setkat se službami Harm Reduction? – více správných odpovědí
- V terénu (terénní programy, streetwork)
 - V nízkoprahových kontaktních centrech
 - Ve věznici
 - Ve škole
 - Na letišti
13. Souhlasíte nebo nesouhlasíte se službami, které jsou poskytovány lidem se závislostí?
- Poradenství a edukce ANO - NE
 - Sociální intervence a asistence ANO - NE
 - Zdravotní péče ANO - NE
 - výměna použitých stříkaček a jehel za čisté ANO - NE
 - vitaminový servis ANO - NE
 - potravinový servis ANO - NE
 - hygienický servis ANO - NE
 - nahrazení drogy jinou látkou s podobnými účinky (zabránění vzniku odvykacích příznaků) ANO - NE
 - informace o léčbě ANO – NE
14. Myslíte, že jsou služby pro lidi se závislostí pro společnost potřebné?
- ANO
 - NE
 - NEVÍM

15. Myslíte, že služby, které jsou poskytovány lidem se závislostí (např. výměna použitých stříkaček za čisté) šetří státní rozpočet?
- ANO
 - NE
16. Setkal/a jste se někdy s někým, kdo služby, které jsou poskytovány lidem se závislostí, využil?
- ANO
 - NE
17. Zajímáte se aktivně o problematiku drog mimo školu?
- ANO
 - NE
18. 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
19. 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 jinou látkou s podobnými účinky, které zabrání vzniku odvykacích příznaků
20. Nejčastější zdravotní rizika injekčních uživatelů drog? (více správných odpovědí)
- Svrab
 - VHC (virová hepatitida C)
 - HIV
 - Tularémie
 - AIDS
 - Otrava krve
 - Toxoplazmóza
 - Syfilis
21. Máte představu o tom, kolik stojí léčba Hepatitidy typu C pro jednu osobu?
- ANO - přibližná částka: _____
 - NE
22. Chtěl/a byste si někdy zkusit práci terénního pracovníka?
- ANO
 - NE

Přílohy grafů:

| | |
|---|----|
| Graf č. 1 Pohlaví respondentů..... | 31 |
| Graf č. 2 Ročník studia | 32 |
| Graf č. 3 Střední škola respondentů..... | 34 |
| Graf č. 4 Informace o drogách na SŠ..... | 35 |
| Graf č. 5 Výuka, předměty či přednášky na Univerzitě Karlově..... | 35 |
| Graf č. 6 „Kdy nejdříve je vhodné mluvit o drogách s dětmi/žáky/studenty?“ | 36 |
| Graf č. 7 Termín Harm reduction | 37 |
| Graf č. 8 „Jak rozumíte pojmu Harm reduction?“ | 38 |
| Graf č. 9 „Do jaké prevence patří Harm reduction?“ | 39 |
| Graf č. 10 „Kdo poskytuje služby Harm reduction?“ | 40 |
| Graf č. 11 Služby Harm Reduction..... | 41 |
| Graf č. 12 Služby poskytované lidem se závislostí | 43 |
| Graf č. 13 Potřebnost služeb | 44 |
| Graf č. 14 Šetření státního rozpočtu | 44 |
| Graf č. 15 „Setkal jste se někdy s někým, kdo využil služby, které jsou poskytovány pro drogově závislé?“ | 45 |
| Graf č. 16 Zájem o problematiku drog mimo školu | 45 |
| Graf č. 17 Výměnný program | 46 |
| Graf č. 18 Substituční léčba..... | 47 |
| Graf č. 19 Zdravotní rizika | 48 |
| Graf č. 20 Poněti o léčebných částkách VHC..... | 49 |
| Graf č. 21 Práce terénního pracovníka..... | 50 |

Přílohy tabulek:

| | |
|---|----|
| Tabulka č. 1 Nově diagnostikované případy HIV a smrt po předávkování v letech 2010–2017 | 16 |
| Tabulka č. 2 Studující obory dotazovaných..... | 33 |
| Tabulka č. 3 „Kde se můžeme setkat s HR?“ | 42 |
| Tabulka č. 4 Přibližné částky léčby VHC..... | 49 |
| Tabulka č. 5 Správnost a špatnost odpovědí u otázek 8, 18, 19 a 20..... | 51 |
| Tabulka č. 6 Správnost a špatnost odpovědí u otázek 9, 10, 11 a 12..... | 51 |
| Tabulka č. 7 Poskytování služeb drogově závislým – diskuzní | 52 |