

# **Snižování zdravotních a sociálních rizik u uživatelů nealkoholových drog ve Zlínském kraji**

Bc. Monika Mišunová

---

Diplomová práce  
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2022/2023

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Monika Mišunová**  
Osobní číslo: **H21301**  
Studijní program: **N0111A190013 Sociální pedagogika**  
Forma studia: **Kombinovaná**  
Téma práce: **Snižování zdravotních a sociálních rizik u uživatelů nealkoholových drog ve Zlínském kraji**

## Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti harm reduction, charakteristiky nealkoholových drog a jejich uživatelů.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 9788024753263.

KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2474-331-8.

KRAUS, Blahoslav, 2008. *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-x.

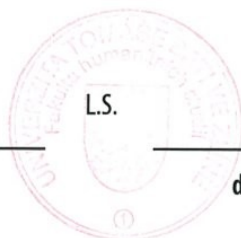
NEPUŠTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ, 2020. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9667-7.

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Hana Včelařová, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **10. ledna 2023**  
Termín odevzdání diplomové práce: **21. dubna 2023**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



---

**doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**  
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2023

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a).  
V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně .....*22. 3. 2023*.....

.....



## Univerzita Tomáše Bati Fakulta humanitních studií

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Diplomová práce je zaměřena na snižování zdravotních a sociálních rizik u uživatelů nealkoholových drog ve Zlínském kraji. Teoretická část diplomové práce se zabývá vymezením základních pojmů z oblasti drogové problematiky, definicí cílové skupiny s důrazem na zdravotní a sociální rizika postihující tuto skupinu lidí a důležitostí nízkoprahových služeb v oblasti snižování zdravotních a sociálních rizik vyplývajících z problémového užívání drog. Praktickou část tvoří kvantitativní výzkum, který je zaměřen na zjištění toho, jak jsou služby Harm Reduction uplatňovány v praxi mezi klienty nízkoprahových služeb ve Zlínském kraji.

Klíčová slova: snižování rizik, uživatelé nealkoholových drog, nízkoprahová centra, Zlínský kraj

## **ABSTRACT**

The thesis is focused on the reduction of health and social risks among non-alcohol drug users in the Zlín region. The theoretical part of the thesis deals with the definition of basic concepts in the field of drug problems, definition of the target group with emphasis on health and social risks affecting this group of people and the importance of low-threshold services in the field of reducing health and social risks resulting from problematic drug use. The practical part consists of quantitative research, which is aimed at finding out how Harm Reduction services are applied in practice among clients of low-threshold services in the Zlín Region.

Keywords: harm reduction, non-alcohol drug users, low-threshold centres, Zlín region

Ráda bych poděkovala pracovníkům nízkoprahových služeb, kteří se podíleli na distribuci dotazníků a také všem klientům, kteří se do výzkumu zapojili. Velmi také děkuji vedoucí mé diplomové práce, paní PhDr. Haně Včelařové, Ph.D., za její čas, ochotu a odbornou pomoc při vedení práce.

*„Život nás nutí vypořádat se s tím, čím jsme ve své nejhlubším nitru“.* Dalajláma

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA ZÁVISLOSTI</b> .....	<b>12</b>
1.1    DEFINICE ZÁVISLOSTI.....	12
1.2    TYPY ZÁVISLOSTÍ.....	14
1.3    VZNIK ZÁVISLOSTI .....	16
<b>2 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ RIZIKA V DŮSLEDKU UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK</b> .....	<b>20</b>
2.1    ZDRAVOTNÍ RIZIKA SPOJENÁ S UŽÍVÁNÍM DROG.....	20
2.2    SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY ZÁVISLOSTI NA NEALKOHOLOVÝCH DROGÁCH .....	23
<b>3 HARM REDUCTION</b> .....	<b>26</b>
3.1    DEFINICE HARM REDUCTION .....	26
3.2    SLUŽBY POSKYTOVANÉ V RÁMCI HARM REDUCTION .....	28
3.2.1    Výměnný program .....	29
3.2.2    Informace o bezpečnějším užívání.....	30
3.2.3    Testování na infekční nemoci .....	32
3.2.4    Sociální práce .....	33
<b>4 NÍZKOPRAHOVÁ CENTRA PRO UŽIVATELE DROG</b> .....	<b>34</b>
4.1    TERÉNNÍ PROGRAMY .....	34
4.2    KONTAKTNÍ CENTRA .....	35
4.3    SITUACE VE ZLÍNSKÉM KRAJI.....	37
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>39</b>
<b>5 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU</b> .....	<b>40</b>
5.1    METODA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	41
5.2    VÝZKUMNÉ OTÁZKY A CÍLE .....	41
5.3    POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	42
5.4    METODA SBĚRU DAT .....	43
<b>6 ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ DAT</b> .....	<b>45</b>
6.1    ZÁKLADNÍ ÚDAJE O RESPONDENTECH .....	45
6.2    VYUŽITELNOST VÝMĚNNÉHO PROGRAMU .....	48
6.3    SOCIÁLNÍ OBLAST.....	51
6.4    TESTOVÁNÍ NA INFEKČNÍ NEMOCI .....	53
6.5    INFORMACE O BEZPEČNĚJŠÍM UŽÍVÁNÍ .....	56
<b>7 INTERPRETACE DAT</b> .....	<b>59</b>
<b>8 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI</b> .....	<b>63</b>



<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>73</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>74</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>75</b>

## ÚVOD

Lidé se vždy snažili a budou snažit uniknout svým problémům, dosáhnout pocitů štěstí, euforie, pohody, mimořádných schopností a fantastických zážitků. Je lákavé dosáhnout žádaných pocitů rychle, bez vynaložení námahy. Iluzi o této možnosti lidem poskytovaly psychoaktivní látky. Látky, které mohou polknutím jedné tabletky zbavit lidi strachu, nejistoty, problémů a přinést snadné uspokojení, které však zároveň přináší další, obvykle ještě mnohem větší problémy. I přesto, že je všeobecně známo, že užívání návykových látek má až devastující účinky, lidé se jich nikdy nedokázali zcela vzdát. Užívání psychoaktivních látek patří mezi nejstarší lidské činnosti a každé historické období mělo svou drogu, která výrazně poznamenala lidskou společnost.

Téma závislostí je i v současné době velmi aktuální a jeho význam neustále narůstá. Zvyšuje se počet rizikových uživatelů, narůstá spotřeba návykových látek, na trhu se objevují stále nové drogy a jejich dostupnost je čím dál snadnější. Spousta pracovníků pomáhajících profesí se v praxi potýká s lidmi řešícími problematiku závislostí, ať už u sebe samých nebo u svých blízkých. To vše ukazuje na vzrůstající potřebu práce s tímto tématem a s jeho rozšiřováním do společnosti. S užíváním drog a závislostí jsou těsně provázány problémy sociálního vyloučení, stigmatizace, marginalizace, chudoby a dalších fenoménů dnešní společnosti.

Cílem této diplomové práce je představit systém Harm Reduction a zdůraznit důležitost služeb pomáhajících velmi specifické a často stigmatizující cílové skupině – osobám závislým na návykových látkách. Nízkoprahové centra nepochybně mohou mít dopad na snížení rizik spojených s užíváním návykových látek, a to především proto, že pomáhají uživatelům drog k zodpovědnému užívání. Práce se zaměřuje na vymezení škodlivého užívání, objasnění pojmu závislosti, jejich typů a důvodů, které ke vzniku závislosti vedou. Dále se zaměřuje na zdravotní a sociální rizika, která jsou důsledkem užívání návykových látek, představením sítě adiktologických služeb působících ve Zlínském kraji a v neposlední řadě se práce zaměřuje na popis jednotlivých metod, které mohou napomáhat ke snižování zdravotních i sociálních rizik v důsledku užívání návykových látek.

Cílem výzkumu bude pomocí dotazníkového šetření zjistit, jak se metody snižování zdravotních a sociálních rizik uplatňují v praxi. Výsledky výzkumu by mohly být užitečné zejména adiktologickým službám Zlínského kraje.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 CHARAKTERISTIKA ZÁVISLOSTI

V této úvodní kapitole se budu zabývat vymezením základních pojmů, které se bezprostředně týkají drogové problematiky. Definuji základní pojmy jako jsou droga, návykové látky a závislost. Podíváme se na základní dělení návykových látek a na to, jak závislost vzniká a funguje na úrovni organismu. Tuto kapitolu vnímám jako důležitou pro pochopení pojmů, které se budou v celé diplomové práci objevovat a také pro pochopení cílové skupiny, o které tato práce pojednává.

### 1.1 Definice závislosti

V mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) jsou jako *psychoaktivní látky* označovány ty látky, které vyvolávají závislost. Za psychoaktivní látku se považuje každá látka, která má vliv na psychickou činnost. Psychoaktivní látky ovlivňují procesy, které v mozku řídí myšlení, motivaci, utváření nálady aj. Požívání psychoaktivních látek má dlouhou historii a důvodů, proč lidé užívají tyto látky je celá spousta, nejčastěji se jednalo o povzbuzení a prožívání příjemného stavu. Některé psychoaktivní látky mohou vyvolat závislost – pak hovoříme o *návykových látkách*. Ty můžeme charakterizovat jako chemické látky, které mají schopnost měnit psychický stav a mohou vyvolat závislost (Fischer a Škoda, 2014). Oba pojmy – psychoaktivní a návykové látky se v klinické praxi často překrývají (Křížová, 2021).

Pojem „*droga*“ je podle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1969 definována takto: „za drogu je považována jakákoli látka, která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo několik životních funkcí. S touto definicí se shodují také autoři Lullmann, Mohr, a Wehling (2004), dále autoři Čevela, Čeledová a Dolanský (2009) nebo Matoušková (2013).

Co se pojmu závislosti týče, mezi odborníky neexistuje shoda ohledně konceptualizace závislosti (Nepustil a Geregová, 2020). Křížová (2021) hovoří o syndromu závislosti jako o souboru příznaků, kdy látka nebo činnost způsobující závislost začne mít pro dotyčného mnohem větší hodnotu než činnosti, které pro něj byly důležité před vznikem závislosti.

Röhr (2015) přirovnává závislost k „nemoci žízně“. Problém žízně dále přirovnává k díře v nitru, která se nedá vyplnit, ať člověk udělá cokoliv. Podle Matého (2020) je závislost odpovědí na bolest. V jeho pojetí se závislost stává způsobem zvládnání dlouhodobě neuspokojivého stavu.

Maté (2020) dále označuje za závislost jakékoliv opakované chování, ať už je, nebo není spojené s užíváním nějakých látek, v němž má jedinec nutkání pokračovat i přes negativní dopad na jeho vlastní život, nebo životy druhých. Mezi základní rysy závislosti podle tohoto autora patří: nutkání, omezená kontrola, setrvalé pokračování, podrážděnost, recidiva a šíravá touha po droze.

Vágnerová (2014) definuje syndrom závislosti jako soubor psychických (kognitivních, emočních, behaviorálních) a somatických změn, které se rozvinuly v důsledku opakovaného užívání určité psychoaktivní látky.

V odborných i laických kruzích je také široce přijímaná představa, že závislost je nemoc, onemocnění nebo porucha. S touto premisou se ztotožňují například autoři Peel a Brodsky (1991), dále Alexander (2010), nebo Reinerman (2009). Dle autorů Fischera a Škody (2014) je nutné na závislostní chování a škodlivé užívání psychoaktivních látek nahlížet jako na nemoc vzhledem k jednotlivci a rovněž jako na patologii (nemoc) celé společnosti. S pojmem závislosti jako poruchy se ztotožňuje i další autorka, „*Jde o stav, ke kterému dochází na základě dlouhodobého působení mnoha vzájemně se doplňujících faktorů. Na konečný stav má zároveň vliv způsob chování nebo myšlení dotyčného člověka, respektive určitý návyk. Ten poté vede k objevení dané poruchy, která se projevuje sdružením typických symptomů na rozdíl od nemoci. Ta vzniká náhle a často na podkladě převážně biologického vlivu, který nelze příliš ovlivnit chováním a myšlením.*“ (Křížová, 2021).

V České republice se k diagnostice somatických a psychických nemocí používá klasifikace MKN-10, vytvořená Světovou zdravotnickou organizací. Tento klasifikační systém definuje *syndrom závislosti* jako sdružení příznaků, při kterém dochází k fyzickému, psychickému nebo sociálnímu poškození uživatele a zároveň se užívání látky stává mnohem důležitější než jiné aktivity, které pro něj byly před vznikem závislosti také důležité. MKN-10 také definuje základní kritéria syndromu závislosti:

- Silná potřeba získat a užívat psychoaktivní látku, která se projevuje stavem intenzivního bažení označovaným jako *craving*.
- Neschopnost kontroly a sebeovládání ve vztahu k jejímu užívání.
- Růst tolerance, potřeba stále většího množství nebo častějších dávek.

- Abstinenční syndrom, respektive odvykací stav, který je reakcí na snížení obvyklé dávky nebo na abstinenci. Může mít různý charakter a různou intenzitu v závislosti na typu psychoaktivní látky.
- Potřeba psychoaktivní látky je dominantní, dochází k omezení všech ostatních zájmů a potřeb. Závislý jedinec vynaloží mnoho času, energie i finančních prostředků, aby ji získal, návyková látka se stává nejvýznamnější hodnotou jeho života.
- Potřeba konzumace psychoaktivní látky přetrvává i navzdory vědomí škodlivých následků. Závislý člověk se o nich často přesvědčil sám, uvědomuje si své potíže. Mnohdy mu její užívání vadí, chtěl by je omezit, nebo přestat úplně ale nedokáže to.

Vzhledem k tomu, jak je proces závislosti komplikovaný, se Maté (2020) neztotožňuje se spojením závislosti a choroby. Pokud bychom se podle autora dívali na závislost jako na nemoc, ať už získanou nebo dědičnou, zúžili bychom ji pouze na zdravotní problém. I přesto, že závislost vykazuje určité znaky choroby, které bývají nejvíce viditelné na lidech, kteří užívají tvrdé drogy a model choroby je pro pochopení závislosti klíčový, nedokáže sám o sobě závislost zcela vysvětlit. Závislost je ovlivňována řadou faktorů a má mnoho dalších aspektů (Maté, 2020).

## 1.2 Typy závislostí

Jednotlivé psychoaktivní látky mají různé účinky a vyvolávají tak různé typy závislosti. Závislosti na návykových látkách můžeme proto dělit podle různých kritérií. Jedním z nich je dělení z hlediska původu psychoaktivních látek. V tomto případě rozlišujeme látky *přírodní*, které se nemusí příliš upravovat, aby nastal psychoaktivní účinek a látky *syntetické*, které vznikají chemickou syntézou, nebo extrahováním psychoaktivní složky z látky přírodního původu. Typickým představitelem přírodní látky je například konopí, příkladem syntetické například alkohol (Křížová, 2021).

Dále můžeme psychoaktivní látky dělit podle potenciálu jejich závislosti. Rozlišujeme látky, které vyvolávají závislost fyzickou neboli také somatickou, a látky, které vyvolávají závislost psychickou (Křížová, 2021). *Somatická závislost* je definována jako „stav adaptace biologických funkcí organismu na příslušnou látku, někdy doprovázený zvyšující se tolerancí“ (Vágnerová, 2014). Podle Křížové (2021) je fyzická závislost stav, kdy je fungování těla závislé na pravidelném přísunu dané látky. Pokud tuto látku tělu nedodáme, vysadíme nebo prudce snížíme dávku návykové látky, může nastat rozvoj tělesných příznaků

zahrnující například třes rukou, pocení, křeče aj. (Fischer a Škoda, 2014). Silná fyzická závislost vzniká na všech tlumivých látkách, lehká fyzická závislost vzniká na stimulantech, a naopak žádná fyzická závislost nevzniká na halucinogenech (Křížová, 2021).

*Psychická závislost* je spojena s osobnostními a situačními faktory, přetrvává mnohem déle než fyzická závislost a je charakterizována jako touha po opětovném navození příjemných pocitů po užití návykové látky (Fischer a Škoda, 2014). Podle autorky Vágnerové (2014) se psychická závislost projevuje „*obtížně přemožitelnou touhou vzít si svou drogu*“, potřebou užívat ji opakovaně a s přesvědčením, že pokud by to člověk neudělal, bude se cítit špatně. Úzkost a podrážděnost vyvolává u závislého člověka i pouhá představa, že by ji neměl. Silnou psychickou závislost vyvolávají opět všechny tlumivé látky. Těžká psychická závislost vzniká také na stimulantech. Oproti tomu halucinogeny obecně vyvolávají jen mírnou psychickou závislost (Křížová, 2021). Často se však jedná o soubor příznaků komplexnějšího charakteru, a proto se nejčastěji hovoří o psychosomatické závislosti (Fischer a Škoda, 2014).

Známé a všeobecně užívané je také dělení látek dle míry rizika jejich užívání. Dle těchto kritérií rozlišujeme *tvrdé drogy* a *měkké drogy*. Jako tvrdé drogy jsou označovány ty s vysokým rizikem poškození zdraví a patří sem heroin, morfin, toulén, durman, crack, kokain, pervitin, LSD, alkohol, lysohlávky, extáze, efedrin a kodein (Křížová, 2021). Mezi měkké drogy s „relativně nízkým“ potenciálem k poškození zdraví se řadí marihuana, hašiš, kokový čaj, nikotin, káva a čaj (Křížová, 2021).

Velmi známé je nám i členění na legální a nelegální návykové látky. Nelegální návykové látky jsou ty, které nejsou společností tolerovány, a jejichž uchováváním, prodejem nebo výrobou se lidé dostávají do rozporu se zákonem. Patří sem například marihuana, hašiš, heroin, pervitin či kokain. Představa, že jsou nelegální drogy více nebezpečné, než drogy legální byla vyvrácena rozsáhlým výzkumem zaměřeným na rizikovost různých návykových látek (Nutt, King a Phillips, 2010). Podle tohoto výzkumu je nejnebezpečnější psychoaktivní látka všudypřítomný alkohol. Oproti tomu nelegální látky jako THC, nebo psilocybin byly vyhodnoceny jako ty s nízkou rizikovostí.

Na základě toho, jak látka působí na centrální nervový systém, je můžeme dělit na stimulanty, tlumivé látky, asociativní anestetika, opiáty, kanabinoidy, halucinogeny a těkavé látky.

*Stimulancia*, nebo také stimulační drogy jsou látky, které způsobují celkové povzbuzení organismu a zvýšení fyzického i psychického výkonu (Křížová, 2021). Stimulační drogy můžeme rozdělit na přírodní (např. kokain) a syntetické látky (extáze, pervitin).

*Tlumivé látky* mají opačný efekt, navozují pocit zklidnění, uvolnění. Patří sem alkohol, benzodiazepiny a barbituráty. *Asociativní anestetika* tlumí vědomí a vnímání a řadíme sem ketamin. Mezi *opitáty* patří heroin, morfin, metadon a kodein. Látky v nich obsažené tlumí bolest a navozující celkový pocit zklidnění. Další třídou jsou *kanabinoidy*, které přinášejí uvolnění, zklidnění až euforii. Patří sem marihuana a hašiš. *Halucinogeny* navozují změny ve vnímání. Nejznámější halucinogeny jsou psilocybin, LSD, bufetonin nebo mezkalin. Posledním druhem jsou *těkavé látky*, kam řadíme toluen, ředidla a éter. Těkavé látky mohou vyvolat euforii a zklidnění (Křížová, 2021).

Závislosti můžeme ještě rozdělit na látkové a nelátkové. *Látková závislost* vzniká na určité psychoaktivní látce, která tělu přináší ty účinky, pro které je užívána. Tato závislost může být jak psychická, tak i fyzická. *Nelátková závislost* vzniká na určité činnosti a faktorech, které jsou s touto činností spojeny. Tyto závislosti jsou také nazývány jako behaviorální, nebo závislosti na procesech. Jejich podstatou je chorobná touha oddávat se určité činnosti (Křížová, 2021).

### 1.3 Vznik závislosti

Rozvoj závislosti je *multifaktoriálně podmíněn*, na jejím vzniku se podílejí somatické a psychické vlastnosti jedince i vlivy vnějšího prostředí, především sociálního.

Podle Kaliny (2003) zatím nebylo potvrzeno nic, co by jednoznačně prokazovalo predispozice pro vznik závislosti. Ani neexistuje typ osobnosti, který by k užívání psychoaktivních látek jednoznačně směřoval. Vágnerová (2014) však popisuje typy lidí, kteří k užívání návykových látek více disponují. Podle autorky jde o lidi se zvýšenou emoční labilitou, kteří častěji pocítují nepohodu, jsou nejistí a neschopní zvládat své problémy. Může se také jednat o lidi, kteří rádi vyhledávají vzrušující zážitky, tudíž mívají i větší tendenci riskovat. K řešení problémů pomocí psychoaktivních látek mají také větší sklon lidé, kteří mají nepřiměřená očekávání, jež nemohou naplnit. Dále lidé se sníženou sebekontrolou nebo sklonem k impulzivnímu a nezdrženlivému chování.

Důvody počátečního experimentování s psychoaktivními látkami mohou být různé. Obvykle jde o projev potřeby uniknout něčemu negativnímu, např. vyřešit problémy, vyhnout se



stresu a frustraci, nebo získat něco pozitivního, např. dosáhnout uspokojení nebo slasti. Může jít o potřebu uniknout stereotypu, nudě, získat inspiraci, uvolnit zábrany. Tímto způsobem se může projevit i potřeba být akceptován skupinou nebo subkulturou, v níž užívání drog patří ke standartnímu chování (Vágnerová, 2014). S tím souvisí i období vzniku závislosti. Podle Vágnerové (2014) je riziko vzniku závislosti na drogách nejvyšší u mladých lidí, v období adolescence. V tomto období života se obecně zvyšuje tendence riskovat, experimentovat a provádět zakázané činnosti. Jedinec si v tomto období života utváří vlastní identitu, což je náročný proces a dospívající se často dostává do situace, kdy je nejistý, nemá dostatek sebejistoty a droga pro něj může představovat prostředek k dosažení pocitu euforie, uvolněnosti a sebedůvěry. Má dojem, že díky droze může všechno zvládnout a nepřemýšlí o případných důsledcích v budoucnosti (Vágnerová, 2014).

Při vzniku závislosti záleží i na *chemickém složení* psychoaktivní látky a jejím působení na lidský organismus. Užívání některých látek vyvolá závislost téměř u kohokoliv, tak je tomu v případě tzv. tvrdých drog (např. heroínu). Jindy může být důležitá míra její snášenlivosti, či poměr pozitivní a negativní reakce na jejich požití (Vágnerová, 2014).

*Biologickým základem* vzniku závislosti na psychoaktivní látce je způsob jejího zpracování v organismu. Na zpracování takových látek v mozku se, bez ohledu na jejich chemické složení, podílí mezolimbicko-kortikální systém. Vytvoření pozitivní zpětné vazby souvisí s fungováním systému odměny: užití látky člověku poskytne nějakou výhodu (zbaví ho úzkosti, lepší sebehodnocení apod.) (Vágnerová, 2014). Všechny závislosti, ať už na látkách, nebo na chování, sledují jeden cíl, a to navodit v mozku pozměněný fyziologický stav. Takového stavu lze docílit mnoha způsoby, avšak drogy jsou jedním z těch nejrychlejších a nejpříjemnějších způsobů (Maté, 2020).

Podle Vágnerové (2014) mohou ovlivnit snášenlivost a ochotu zkusit psychoaktivní látku také *genetické dispozice*. Gabor Maté (2020) má na genetické dispozice při vzniku závislosti jiný názor: „*Ačkoliv mohou mít geny nějaký vliv, výzkumy neprokázaly žádný přímý genetický přenos*“. Podle tohoto autora však existuje jeden faktor, který zvyšuje u jedince pravděpodobnost rozvoje závislosti, a to je zážitek *traumatu*. Závislosti jsou, dle tohoto autora, důsledkem traumat prožitých v nejranějším dětství a jsou způsobeny reakcí dětského mozku na fyzickou, či psychickou nepřítomnost pečující osoby. Zároveň dodává, že ne každý člověk, který prožil trauma se stal později závislým, ale že každý závislý člověk zažil v dětství trauma (Maté, 2020).

Riziko užívání mohou ve značné míře zvyšovat také *sociální faktory*. Mohou to být obecné sociokulturní faktory, působení menších sociálních skupin i situační podněty, jako je např. aktuální dostupnost drog. Jejich interakce určuje pravděpodobnost ochoty k experimentaci i míru rizika vzniku závislosti (Vágnerová, 2014). Za rizikovější je považováno například městské prostředí, kde je větší anonymita a možnost menší kontroly nežádoucího chování. Riziko konzumace psychoaktivních látek také zvyšuje dysfunkční rodinné zázemí nebo neznalost přijatelného způsobu řešení běžných problémů. Významný může být i vliv party, kde je užívání drog běžné. Za rizikové lze považovat i některé *profese*, jež přinášejí více stresových situací či usnadňují přístup k psychoaktivním látkám (např. zdravotníci, barmani). Riziko posiluje *nižší úroveň vzdělání* a s tím související sociální znevýhodnění, nezaměstnanost, absence možnosti přijatelné seberealizace a sociální vyloučení (např. bezdomovectví) (Vágnerová 2014).

Z výše uvedeného můžeme vznik závislosti na návykových látkách vystihnout jako proces komplexních změn v somatické, psychické a sociální oblasti. Závislost na drogách nevzniká náhle, ve většině případů tento proces probíhá v několika po sobě jdoucích fázích. K rozvoji závislosti na návykových látkách dochází však v mnohem kratší době než například u alkoholu (Fischer a Škoda, 2014).

Podle Kaliny a kol. (2003) se míra závislosti člověka dá vyjádřit podle frekvence, intenzity a následků užívání jedním z následujících pěti stadií:

1. *Experimentální užívání drogy* – stadium, ve kterém je návyková látka užívána nepravidelně a její užívání nemusí způsobit žádné následky.
2. *Příležitostné užívání drogy* – stadium, ve kterém uživatelé již berou drogu pravidelně, ne však častěji než jednou týdně. Obvykle se užití látky pojí s trávením volného času, následky se projeví jen bezprostředně po užití drogy, jinak uživatel nemusí mít větší problémy.
3. *Pravidelné (škodlivé) užívání drogy* – stadium, kdy uživatelé berou drogu pravidelně, více než jednou týdně. Užívání drogy se stává součástí životního stylu a následky se projevují jistými škodlivými účinky.
4. *Problémové užívání drogy* – užívání je pravidelné a ovlivňuje soukromý, případně pracovní život. Vyskytují se zdravotní problémy související s aplikací drogy, droga je užívána rizikovým způsobem (např. nitrožilně).

5. *Závislost na droze* – projevuje se vyšší tolerancí k droze. K dosažení požadovaného stavu je třeba čím dál větší dávka, projevuje se také touhou po droze, které se následně podřizuje celý jeho život. Uživatel má zdravotní, psychické i sociální problémy, které jsou způsobeny užíváním drogy.

Sociální pracovníci pracují převážně s klienty spadajícími do 3. až 5. stadia užívání drog (Matoušek a kol., 2005). To je také cílová skupina, na niž je zaměřena výzkumná část této práce. Jedná se o klienty, kteří užívají drogy škodlivě, problémoví uživatelé drog a uživatelé závislí. V textu budeme nadále pro takto vymezenou cílovou skupinu používat pojem uživatelé drog, potažmo *uživatelé nealkoholových drog* (tj. uživatelé, u kterých alkohol není primární drogou, ale mnohdy je drogou sekundární). Zaměření některých odborníků na uživatele pouze nealkoholových drog pramení z prudkého nárustu zneužívání nealkoholových drog v České republice v devadesátých letech 20. století, které způsobilo, že se někteří odborníci a stejně tak část služeb zaměřená na uživatele s nealkoholovou závislostí oddělili od zařízení pracujících s lidmi závislými na alkoholu (Matoušek a kol., 2005).

## 2 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ RIZIKA V DŮSLEDKU UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Dlouhodobé užívání psychoaktivních látek mění takřka celou osobnost. Závislost na psychoaktivních látkách představuje značnou zátěž pro jedince i společnost, která se pojí nejen se vznikem závažných onemocnění, ale i k dalšímu spektru zdravotních a sociálních problémů (Fischer a Škoda, 2014). Vlivem rozvoje závislosti také často dochází k různému stupni fyzického poškození organismu, k poruchám chování, vnímání, myšlení nebo poruše osobnosti (Křížová, 2021). V této kapitole se podíváme na zdravotní a sociální problémy, se kterými se závislí lidé potýkají.

### 2.1 Zdravotní rizika spojená s užíváním drog

Čeho si můžeme všimnout na první pohled, je, že se vlivem užívání psychoaktivních látek mění zevnějšek člověka (droga může mít anorektické účinky, což se projeví nápadným vyhubnutím, pervitin zničí zuby apod.). *„Lidé, kteří užívají pervitin bývají poměrně nápadní. Jejich okolí si většinou dříve nebo později všimne některých nezvyklých projevů. Rychlé hubnutí, jiný režim spánku i stravování, zvláštní chování, specifický zápach – to všechno může způsobit, že se obraz člověka v očích druhých začne přetvářet do obrazu uživatele nebezpečné a nelegální drogy – feťáka a narkomana“* (Nepustil, 2014).

Závislost na psychoaktivních látkách může poškodit i somatické zdraví jedince (nevhodným způsobem života, špatnou výživou, nerespektováním hygienických pravidel při nitrožilní aplikaci apod.). Může jít o poškození CNS, zažívacího traktu, jater, ledvin, pankreatu a cévního systému, je zde zvýšené riziko infekce hepatitidou a HIV.

V ČR je nejrozšířenější užívanou látkou metamfetamin – pervitin. V případě metamfetaminu a amfetaminu obecně převažuje aplikace injekční, převážně intravenózní (Kalina a kol., 2015). Injekční aplikace je nejrizikovějším způsobem aplikace drogy, kdy dochází k vpravení drogy přímo do krevního řečiště, a to včetně všech nežádoucích příměsí a mikroorganismů. Může proto dojít k rychlému rozvoji infekčních onemocnění (Minařík a Hobstová, 2003a).

Mezi nejčastější zdravotní problémy, se kterými se potýkají lidé užívající drogy injekčně, bývají různé druhy povrchových infekcí. *„Povrchové neboli lokální infekce, které postihují kůži, sliznice a měkké tkáně, přivedou uživatele drog jen málokdy k lékaři. Nejenom proto,*

*že zpočátku nemají velké obtíže, ale i pro nechuť vůbec lékařskou péči vyhledávat.“ (Minařík a Hobstová, 2003a).*

Ke vzniku těchto bakteriálních infekcí dochází nejčastěji nesterilním nitrožilním užitím drogy, kdy se bakterie z povrchu kůže přenesou přes nevydezinfikovanou pokožku do tkání a následně mohou způsobit abscesy a flegmony (Jirešová a Javorková, 2003).

*Absces* je ohraničený hnisavý zánět, dutina naplněná hnisem, která roste, a nejen viditelně na povrchu kůže, ale také dovnitř, do hlubších vrstev tkání. Pokud praskne a hnis vyteče, vytvoří se v místě poškození otevřená rána, která může být bránou pro další infekce a bakterie (Vyskočilová, 2018). V horším případě však absces nepraskne na povrchu, ale způsobí potíže uvnitř – například v podobě *flegmony*. Tento zánět se může šířit a pronikat do jiných částí těla např. dutých orgánů (Nešpor a Müllerová, 2000).

*„Riziko lokálních infekcí narůstá zejména při společném používání jehel, stříkaček a jiných injekčních pomůcek, při opakovaném používání nesterilních injekčních pomůcek, při používání kontaminovaných pomůcek během společného užívání drog, v důsledku nehygienické přípravy drog a používání kontaminovaných pomůcek na jejich přípravu (např. voda), při nedostatečné osobní hygieně a v důsledku užívání nefarmaceutických preparátů.“ (Jirešová a Javorková, 2003).*

Injekční užívání drog představuje také somatická zdravotní rizika, která ohrožují konkrétní tělní systémy. Při nitrožilním podání drogy dochází například k mechanickému poškození cévního systému. Dlouholetí uživatelé drog se často uchylují k nebezpečnému vpravování drogy do žíly na krku, stehenní žíly, nebo žíly podklíčkové, protože už jim nezbyvá mnoho vhodných míst ke vpichu (Minařík a Hobstová, 2003a). Injekční vpravování drog do cév v dolních končetinách způsobuje zánět hlubokého žilního systému (tromboflebitida) a může způsobit zamezení odtoku krve z končetiny a její odumření (Minařík a Řehák, 2008). Takové poškození vyžaduje odbornou léčbu, která ovšem ze strany uživatelů nealkoholových drog zpravidla není dokončena, což často vede k nezhojení trombózy a vzniku neprůchodnosti žilního systému a směřuje ke vzniku nehojících se vředů na dolních končetinách (Minařík a Hobstová, 2003a).

U nitrožilních uživatelů drog se také velmi často objevuje poškození plic, které vede k nedostatečnému okysličení krve, tím i k poruchám mnoha orgánů a v nejhorším případě k úmrtí (Minařík a Řehák, 2008). Dalšími riziky je zanesení pevných částic obsažených v roztoku určenému k nitrožilní aplikaci, krví do plicních kapilár a následné ztluštění stěn plicních kanálků, čímž dojde k omezení funkční kapacity plic nebo zástava dechu v době

intoxikace anebo vdechnutí žaludečního obsahu při poruše vědomí (Minařík a Hobstová, 2003a).

Mezi nejvýznamnější negativní zdravotní dopady rizikového užívání nelegálních drog však patří infekční nemoci a injekční užívání drog je hlavním faktorem šíření těchto infekčních onemocnění mezi uživateli drog (Chomynová a kol., 2022). Infekční onemocnění nepředstavují hrozbu pouze pro samotné uživatele drog, ale také pro širší společnost, v níž se nemoc může šířit.

Mezi uživateli nealkoholových drog je největším rizikem nákaza *virovou hepatitidou C*. Injekční uživatelé drog tvoří přibližně polovinu všech nakažených touto nemocí. V roce 2021 bylo hlášeno 662 nových případů, z toho 313 (47,3 %) mezi lidmi užívající drogy injekčně (Chomynová a kol., 2022). Tato nákaza se přenáší zejména krví, v případě uživatelů drog se přenáší zejména sdílením nebo opakovaným užitím injekčního náčiní či jiného zdravotnického materiálu (Minařík a Hobstová, 2003b). K přenosu může dojít také při tetování nebo aplikace piercingů, a to zejména v případě, že tyto metody nejsou prováděny za přísně sterilních podmínek. Přenos sexuálním kontaktem nebo přenos z infikované matky na novorozence je možný, ale toto riziko je oproti například zmíněnému sdílení jehel velmi nízké. Hepatitida C se také nepřenáší příležitostnými doteky, jako je objetí, nebo podání ruky, sdílením nádobí ani kapénkami ve vzduchu (kýčáním, kašláním).

Virus může zapříčinit akutní nebo chronickou infekci. Někdy je průběh nemoci mírný a trvá pouze několik týdnů, jindy se rozvine v závažné celoživotní onemocnění, jako je cirhóza jater, která může vyústit v rakovinu jater. Přestože se jedná o nejčastější formu žloutenky, člověk o nákaze často neví i několik let, jelikož její příznaky se u řady lidí vůbec neprojeví nebo jsou jen velmi mírné. O přítomnosti viru v těle se tak lidé nezdědají až po několika letech, kdy už se začínají ozývat zničená játra. I proto je hepatitida C na drogové scéně považována za skrytý problém, jehož následky mohou být pro jedince fatální. Proti hepatitidě typu C zatím neexistuje očkování, ale léčba chronického stádia je možná a velmi účinná, je však nutné dodržet léčebný plán, což je pro uživatele nealkoholových drog často obtížné (Minařík a Hobstová, 2003b).

Mezi další krví přenosné nákazy patří *virová hepatitida typu B*. Možnosti přenosu jsou obdobné jako u žloutenky typu C, ale riziko přenosu sexuálním stykem je zde podstatně vyšší. Velmi častý je přenos homosexuálním stykem. K přenosu nákazy z matky na plod dochází až v 80 % případů (Minařík a Hobstová, 2003b). Podíl přenosu žloutenky typu B (VHB) prostřednictvím injekčního užívání je v ČR dlouhodobě nízký. V r. 2021 bylo

hlášeno 17 nových případů VHB, z toho jen 1 mezi lidmi užívajícími drogy injekčně (Chomynová a kol., 2022).

Stejně tak je tomu i u přenosu *viru HIV* prostřednictvím injekčního užívání drog. Ročně jde o 5–9 případů (Chomynová a kol., 2022). Infekce HIV se přenáší obdobě jako výše uvedené hepatitidy C a B. Nejčastějším způsobem přenosu je nechráněný sexuální styk, homosexuální i heterosexuální. Možný je také přenos z matky na dítě během porodu, či dokonce kojením (Minařík a Hobstová, 2003b). Pro prevenci tohoto onemocnění je důležité nesdílet a nepoužívat vícekrát injekční jehly a další materiál potřebný k aplikaci drog, nesdílet ani osobní hygienické potřeby jako jsou holicí strojek nebo kartáček na zuby, které mohou přijít do styku s krví infikované osoby a dodržovat chráněný pohlavní styk.

Nitrožilní aplikace drog také představuje velké riziko úmrtí z *předávkování*, protože množství účinné látky v dávce není nikdy jisté (Gronský a Zábranský, 1997). Na předávkování nelegálními drogami zemře ročně 40–60 osob. Zátěží pro společnost a zdravotní systém jsou také další nehody, úrazy, sebevraždy a dopravní nehody způsobené vlivem drog (Chomynová a kol., 2022).

## 2.2 Sociální důsledky závislosti na nealkoholových drogách

Kromě negativních zdravotních dopadů je závislostní chování spojeno také s rozsáhlými sociálními dopady, například v oblasti bydlení, zaměstnání nebo dluhové problematiky. Až 75 % klientů služeb pro závislé má dluhy, jejichž výše se pohybuje přibližně okolo 200 tisíc korun (Chomynová a kol., 2022). Problémoví uživatelé drog své dluhy často podrobně ani neznají a svou situaci mnohdy neřeší. Nabízená řešení vnímají jako nerealizovatelná, jelikož nemohou dosáhnout na podmínky osobního bankrotu nebo je jejich majetek v exekuci a nejsou motivováni k práci, která by mohla být prvním krokem z dluhové pasti.

Velká část klientů terénních služeb a kontaktních center také nemá stabilní zázemí. Pronájmy bytů jsou pro ně kvůli vysokým kaucím nedosažitelné. Bydlí tedy buď na ubytovnách, ve squatech, v garážích nebo v chatkách zahrádkářských kolonií. Hojně také využívají sociální služby – noclehárny, azylové domy apod. (Chomynová a kol., 2022). Na problematiku bydlení pro uživatele drog upozorňuje také Herzog (2017), který uvádí, že v současné době není v ČR k dispozici nízkoprahové bydlení v podobě nocleháren a azylových domů pro aktivní uživatele drog, které jsou v zahraničí označovány jako „mokrý domy“. Stávající ubytovny, jako jsou noclehárny nebo azylové domy často nezvládají ubytování

problémových uživatelů drog a uživatelé drog často nevyhovují pravidlům těchto zařízení, zejména proto, že jsou v danou chvíli pod vlivem drog. „*Pokud klientovi odpadne jedna starost (bydlení) má najednou výrazně větší kapacitu řešit starosti jiné (např. užívání drog, práci, rodinu a podobně)*“ (Herzog, 2017).

Významné sociální důsledky užívání návykových látek vyplývají z odlišného chování drogově závislých. Závislý jedinec *přestává respektovat běžné normy*, neplní povinnosti, nechodí do zaměstnání nebo do školy. Pod vlivem drogy často není schopen požadovaného výkonu, není schopen se soustředit a ztrácí motivaci k jakékoliv jiné činnosti. Takové chování často vede k vyloučení ze školy nebo k propuštění ze zaměstnání (Vágnerová, 2014). S rozvojem užívání drogy uživatel ztrácí kontakt s jiným než drogovým způsobem života, ze života se mu vytrácí denní řád, stejně jako pracovní návyky a uživatel drog se dostává na okraj společnosti, kdy už cesta zpět do běžné společnosti není lehká (Mravčík a kol., 2016). V určité fázi rozvoje své závislosti uživatelé drog už pouze parazitují na rodině nebo společnosti. Drogově závislý jedinec je pro rodinu přítěží, zatěžuje ji ekonomicky i psychicky. Potřeba drogy je tak silná, že je pro její získání ochoten krást, podvádět a využívat i nejbližší lidi. Hlubší partnerství nebo přátelské vztahy nevydrží, ani když jsou na drogách závislí oba partneři (Vágnerová, 2014).

Častým *důsledkem drogové závislosti je trestná činnost*. Drogová závislost je finančně náročná, spolu se změnou osobnosti a změnou hodnotového systému se zvyšuje pravděpodobnost nezákonného jednání. Kriminální chování je většinou spojené přímo s drogou, ať už se jedná o její výrobu, distribuci nebo krádeže a vloupání zaměřené na její získání, násilné trestné činy pod vlivem intoxikace apod. (Vágnerová, 2014). Závislost na drogách vede velmi často k delikvenci kriminálnímu chování. Trestná činnost je v naprosté většině těchto případů sekundárním problémem (Fischer a Škoda, 2014). Autoři Nepustil a Geregová (2020) vidí souvislost mezi kriminalitou a stigmatizací osob užívající drogy. Člověk, který užívá drogy si je vědom, že je v očích okolí vnímán jako nedůvěryhodná a nechtěná osoba, začne své chování skrývat před nejbližšími a drogy si začne obstarávat na černém trhu, který je sám o sobě spojen s kriminální činností. Vysoká cena návykové látky často vede k finančním problémům, špatná kvalita zase ke problémům zdravotním.

Lidé užívající drogy postupně ztrácejí většinu sociálních rolí, a nakonec jim zůstane jen stigmatizující role drogově závislého (Vágnerová, 2014). Stigmatizace lidí, kteří užívají drogy je obrovská. Podle Prokopa a kol. (2019) jsou lidé užívající drogy nejobávanější společenskou skupinou. Mají také pověst těch, kterým se nedá vůbec věřit, manipulují



s lidmi, neumějí brát ohledy na druhé, lžou a kradou. Osoby závislé na drogách se také umístily na prvním místě v sociologickém výzkumu pořádaném Akademií věd, jehož otázka zněla „Koho byste nechtěli za souseda?“ Za sousedy by tuto skupinu lidí nechtělo mít téměř devět desetin dotázaných (Tuček, 2020).

Jedním z důvodů vyhraněně odmítaného postoje je omezenější zkušenost s takovými lidmi a z ní vyplývající nejistota. Dalším důležitým faktorem je podle Vágnerové (2014) rychlý vznik závislosti na drogách a s tím související negativní změny osobnosti. Tento faktor podporují i autoři Fischer a Škoda (2014), podle kterých je rozvoj závislosti například na alkoholu mnohem plíživější a k rozvoji závislosti na návykových látkách a s tím souvisejících negativním důsledkům pro jedince i společenské okolí dochází mnohem rychleji.

Odlišnost spočívá zejména v postojích společnosti k užívání alkoholu, které je tolerováno. Naopak užívání nealkoholových látek je často spojeno s následnou stigmatizací. Tito jedinci jsou ohroženi sociální exkluzí (Fischer a Škoda, 2014). Rozdíl mezi sociálními důsledky souvisejícími s užíváním alkoholu a užíváním nealkoholových látek vidí i Vágnerová (2014): *„Postoj české společnosti ke konzumentům drog je odmítavější a více odsuzující než k lidem, kteří pijí alkohol. Je zde silná tendence drogově závislé stigmatizovat a sociálně izolovat. S tím souvisí i negativní očekávání a nedůvěra v možnost nápravy“*.

Postoje veřejnosti k užívání nelegálních návykových látek se příliš nemění a lidé užívající drogy jsou stále vystaveni velké kritice. V roce 2019 proběhla velká sociologická studie, která odhalila, že lidé užívající drogy jsou skupinou vzbuzující ve společnosti největší odpor (Prokop a kol., 2019).

### 3 HARM REDUCTION

V minulých kapitolách jsme definovali závislost a popsali jsme s jakými problémy, nejen zdravotními, se osoby závislé potýkají. V této kapitole se seznámíme s důležitým pojmem této diplomové práce – Harm Reduction a na služby, které jsou v rámci tohoto přístupu poskytovány. „Snižování poškození nebo škod“ je doslovný překlad termínu Harm Reduction, který bývá používán v mnoha slovních spojeních. Snížení škod je nedílnou součástí služeb poskytovaných uživatelům drog. Toto slovní spojení lze chápat jako strategii, filozofii nebo přístup k fenoménu užívání návykových látek.

#### 3.1 Definice Harm Reduction

Ve společnosti existují a nadále budou existovat uživatelé drog, kteří nejsou motivováni k abstinenci, ale jsou schopni a ochotni dělat kroky, které vedou ke snížení rizik spojených s užíváním návykových látek. *„Jako Harm Reduction se označují koncepce, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo ke snižování jejich spotřeby. Harm Reduction je prospěšné pro uživatele drog, pro jejich rodiny a pro celou společnost“* (What is Harm Reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association, 2010).

Kalina a kol. (2001) vysvětlují pojem Harm Redution (HR) jako přístup, který se zaměřuje na snižování či minimalizaci poškození u osob, které v současné době drogy užívají a nejsou motivováni k abstinenci. Dále autor upozorňuje kromě zdravotních komplikací i na nutnost minimalizovat riziko sociálního debaklu a ztráty lidské důstojnosti.

V širším pojetí můžeme chápat HR jako jeden z pilířů protidrogové politiky. HR označuje především přístup, jakým se na drogovou problematiku díváme. Spojení „Harm Reduction Movement“ (hnutí), bývá označováno jako protiklad k „War of Drugs“ (válka proti drogám). Tento přístup se oproti HR přístupu vyznačuje nulovou tolerancí k drogám (Kalina a kol., 2015).

V užším pojetí můžeme HR chápat jako soubor praktických strategií, které přispívají ke snížení negativních dopadů spojených s užíváním drog a které zahrnují spektrum strategií od bezpečnějšího užívání, až po strategie vedoucí k abstinenci (Kalina a kol., 2015). HR se snaží pracovat s lidmi „tam, kde právě jsou“ a zaměřují se nejen na užívání samotné, ale i na okolnosti užívání drog (Kalina a kol., 2015).

„Jedna z nejrozšířenějších počátečních definic Harm Reduction rozlišuje poškození na různých úrovních – individuální, komunitní a na úrovni společnosti“ (Kalina a kol., 2015). Tohle rozdělení poukazuje na to, že zaměření HR je velmi široké a rozsáhlé a je úzce propojeno s oblastí veřejného zdraví. Strategie ochrany veřejného zdraví neboli *Public Health*, není zaměřena na jedince, ale na celou společnost. Přístup Public Health primárně nevznikl v souvislosti s užíváním drog, ale s šířením viru HIV v populaci. Šíření HIV je mimo jiné způsobeno sdílením injekčních stříkaček a rizikovým pohlavním stykem. Na rizikové způsoby chování uživatelů drog se přístup Public Health zaměřuje prostřednictvím několika nástrojů, mezi které patří například výměna injekčního náčiní, distribuce kondomů, edukačních materiálů a služba screeningového testování na HIV. Public Health přístup si tak klade za cíl omezení zdravotně škodlivých jevů v populaci tak, aby se v populaci nešířilo závislostní chování a zejména s tím spojené infekční choroby (Kalina a kol., 2015).

HR patří do oblasti sociální prevence na její terciární úroveň. Prevence v oblasti zneužívání drogových látek je cíleně vedená intervence, sloužící k předcházení užívání látek, snížení výskytu či zmenšení rizik vznikajících během rizikového chování. Prevence je rozdělena na 3 druhy: primární, sekundární, terciární.

*Primární prevence* spočívá v šíření informovanosti o nepříznivém účinku psychoaktivních látek. Cílem je, aby lidé drogy brát ani nezačali a problém tak vůbec nevznikl. Určitým rizikem je skutečnost, že takto získané poznatky mohou zejména dospívajícím sloužit jako impulz k experimentování s něčím, co je považováno za nebezpečné (Vágnerová, 2014).

*Sekundární prevence* spočívá ve včasném vyhledávání závislých lidí a v jejich léčbě. K tomuto účelu slouží různá kontaktní centra, která mohou uživatelé psychoaktivních látek sami navštívit, aniž by riskovali, že budou někde registrováni (Vágnerová, 2014).

*Terciární prevence* je zaměřena na snižování nepříznivých důsledků užívání drog. Jde obvykle o terénní práci mezi drogově závislými (Vágnerová, 2014). U skupiny uživatelů drog je hlavním cílem minimalizovat zdravotní dopady, především předcházením přenosu vážných onemocnění díky výměnnému programu jehel, dále také informováním o dalších zdravotních komplikacích spojených s nitrožilní aplikací. Neméně důležitá je ale také sociální a ekonomická stránka, a tak jsou uživatelé drog v rámci tohoto programu informováni také o rizicích neplacení dluhů nebo možnostech získání bydlení. Organizace poskytující terciální prevenci jsou kontaktní centra, terapeutické komunity, terénní programy aj. (Česko, 2006).

Kanadské centrum věnující se problematice návykových látek sestavilo *principy Harm Reduction* (Hunt a kol., 2003):

1. *Pragmatická* – HR akceptuje, že návykové látky jsou běžným prvkem lidské existence. Nesou určité riziko, ale také přinášejí svému uživateli určité příjemné zážitky. Pro porozumění chování uživatelů drog je třeba brát zřetel jak na negativa, tak na pozitiva užívání drog.
2. *Humanistické hodnoty* – rozhodnutí uživatele užívat drogu je akceptováno, nikoliv však schvalováno a podporováno. Uživatel však není odsuzován, ani moralizován. Jsou respektována práva a důstojnost uživatele.
3. *Zaměření na poškození* – prioritou není snížit užívání drog, ale snížit negativní důsledky užívání přímo u uživatele a jeho okolí. Abstinence není pokládána za dlouhodobý cíl, ale v žádném případě není vyloučena. V některých případech může být snížení dávky nejúčinnější formou HR, jindy může být efektivní jen samotná změna způsobu užívání.
4. *Zvažování nákladů a přínosů* – uplatňován je proces identifikace, měření a posouzení problémů a poškození spojených s užíváním. Jsou prováděna hodnocení nákladů a přínosů intervencí, protože pak je možné zaměřit zdroje na priority.
5. *Zaměření na bezprostřední cíle* – programy HR mají vytvořenou určitou hierarchii cílů, které se vztahují k jednotlivcům, ke skupině nebo komunitě tak, aby reagovaly na jejich aktuální potřeby. Dosažení bezprostředního a realistického cíle je obvykle prvním krokem k bezpečnému užívání nebo dokonce k abstinenci.

*„V současné době již není o efektivitě HR programů pochyb, mnoho studií a výzkumů potvrdilo, že výměnné programy mohou snížit HIV séroprevalenci, snížit opakované užití jehel a umožnit velkému počtu klientů přístup ke zdravotním a jiným službám.“* (Kalina a kol., 2015).

### **3.2 Služby poskytované v rámci Harm Reduction**

Přístup Harm Reduction se zaměřuje na snižování zdravotních a sociálních rizik. Díky důkazům z praxe víme, že problémoví uživatelé drog jsou s největší pravděpodobností vystaveni těmto rizikům, protože dlouhodobé injekční užívání drog vede k rychlé devastaci po zdravotní i sociální stránce.

### 3.2.1 Výměnný program

Jedním z efektivních nástrojů pro minimalizaci rizik spojených s užíváním drog je *výměnný injekční program* pro uživatele drog, který je někdy veřejností vnímán jako podpora uživatelů v jejich dalším užívání drog. Tato významná služba je poskytována v kontaktních centrech i terénních programech a funguje na principu výměny použitého injekčního materiálu za nový, sterilní. Jedná se o nejčastěji poskytovanou službu nízkoprahových center (Chomynová a kol., 2022). Míra úspěšnosti výměnného injekčního programu je závislá od indikátoru navracených – vyměněných injekčních stříkaček (Mravčík, 2005).

Celkem bylo v r. 2021 vydáno 9,4 mil. ks injekčních stříkaček, průměrně tedy 279 ks injekčního náčiní na jednoho injekčního uživatele drog, který je v kontaktu s výměnnými programy a 232 ks v přepočtu na jednoho odhadovaného injekčního uživatele (Chomynová a kol., 2022). Pro srovnání, v roce 2015 bylo, z dat Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogovou závislost, v ČR distribuováno prostřednictvím nízkoprahových služeb celkem 6,4 milionů injekčních setů (Mravčík a kol., 2016).

Distribuce injekčního materiálu v některých městech či krajích, Zlínský kraj nevyjímaje, probíhá také ve spolupráci s místními lékárnami, kdy pracovníci nízkoprahových programů po domluvě s lékárnou připraví balíčky s injekčním materiálem a informačními letáky, které může personál lékáren poskytnout uživatelům drog (Mravčík a kol., 2021).

Terénní sociální práce se neomezuje pouze na výměnu injekčních stříkaček, ale zároveň poskytuje svým klientům i další důležitý sterilní injekční materiál, tedy další prostředky prevence zdravotních rizik. Některé s nich si blíže popíšeme v následujících řádcích.

Jelikož jsou drogy velmi často dostupné ve formě prášku, který se následně musí rozpustit, aby se mohl použít k injekční aplikaci, je třeba drogu přefiltrovat, aby se zamezilo přenosu nerozpuštěné příměsi do žíly, což by mohlo vést k ucpaní žil, či ke vzniku dalších komplikací. K přefiltrování slouží *filtry*, které by měly být zhotoveny z vláken, které se nelámou, aby se předešlo tomu, že se tato vlákna dostanou do žíly i s roztokem. Na rozdíl od často používané vaty (například z cigaretového filtru) toto nebezpečí u filtrů, které jsou distribuovány prostřednictvím terénních pracovníků nehrozí (Staníček, 2007). Opakované používání stejných filtrů může být zdrojem bakterií a společné používání filtrů může vést k přenosu virových infekcí (Jirešová, Javorková, 2003).

Důležitým HR materiálem je i *sterilní voda*, která se používá k přípravě dávky. Většina organizací v České republice, která pracuje s injekčními uživateli drog v oblasti snižování

rizik, distribuuje svým klientům pro ředění drogy sterilní vodičky od firmy B. Braun, ve které se dobře rozpustí ve vodě rozpustná léčiva. Díky této vodičce je možné vytvořit roztok, který lze do těla dodat pomocí injekce. Uživatelé se často spokojí s jakoukoliv vodou, dokonce i tou z kaluže nebo nádržky na WC. Ani běžná pitná voda z vodovodu ovšem není k injekční aplikaci vhodná, stejně jako voda destilovaná. Jelikož je koncentrace destilované vody a osmolarity krve a buněk rozdílná, může při injekční aplikaci dojít ke zdravotním problémům. Buňky v místě aplikace mohou být poškozeny, prasknou, a to se následně projeví pálením či bolestí (Frýbert, 2021). Stejně jako u ostatního materiálu se vodička nesmí sdílet mezi uživateli, protože i společné použití vody může vést k šíření infekcí.

Důležitým HR materiálem jsou také *dezinfekční polštářky*, které obsahují alkohol a slouží k dezinfekci místa vpichu těsně před aplikací drogy (Staniček, 2007). Jsou účinné zejména při boji proti různým typům abscesů či flegmón. Jejich použití odstraní z povrchu kůže bakterie, které jsou zde neškodné, ale po následné nesterilní aplikaci a zanesení do tkáně by mohly způsobit lokální infekce (Jirešová a Javorková, 2003). Staniček (2007) uvádí hlavní zásady použití dezinfekčního polštářku: *„Místo vpichu neotíráme vícekrát, abychom špínu neroztírali. Počkáme, až očištěné místo oschne. Dezinfekce obsahuje alkohol, který musí vyprchat. Při vpichu by pronikl do rány a poškozoval by žíly.“*

Pravděpodobně všechny nízkoprahové programy také distribují *želatinové kapsle*, které jsou alternativou injekčního užívání. Jde o prázdnou, želatinovou kapsli, která se naplní obvyklou dávkou drogy, spolkně se a v žaludku se následně rozpustí. Ročně je v ČR vydáno odhadem téměř 250 tis. kapek (Mravčík a kol., 2021).

V kontaktních centrech jsou k dostání také například tzv. *„šňupátka“*, která slouží k aplikaci méně rizikovým způsobem – šňupáním. Jsou vyrobeny ze speciálního měkkého plastu, který eliminuje poškození nosní sliznice, jelikož i malá krvavá ranka může při sdílení infikovaného šňupátka přenášet infekční nemoci mezi uživateli (Termer, 2015).

Mezi další HR materiál patří dále alobal, prezervativy, vitamíny, kyselina askorbová, náplast, obvazy či jiný zdravotnický materiál (Seznam a definice výkonů drogových služeb, 2006).

### 3.2.2 Informace o bezpečnějším užívání

Způsob, jakým se užívají drogy ovlivňuje zdraví uživatelů, intenzitu a rychlost nájezdu a účinku drogy. Za nejrizikovější formu injekčního užívání drog je obecně považována aplikace drogy přímo do žíly. Injekční aplikace drogy do svalu může být méně riziková než aplikace do žíly, protože proces vstupu drogy do krevního oběhu může být pomalejší a může

být sníženo riziko náhlého předávkování. Nicméně i v případě injekční aplikace drogy do svalu zůstávají rizika spojená s užíváním drog stále vysoká. Sociální pracovníci drogových služeb proto apelují na užívání nelegálních návykových látek méně rizikovým způsobem.

K alternativním způsobům aplikace řadíme *orální užití*, například formou polykání již zmíněných želatinových kapslí. Užití drogy tímto způsobem minimalizuje poškození žil a také přenos infekčních onemocnění. Nevýhodou, a také častým důvodem, proč klienti tuto alternativní aplikaci tolik nevyužívají, je pomalejší nástup účinku drogy. Účinek drogy nastává po 15-30 minutách po požití kapsle. Hrozí zde riziko předávkování, protože pomalejší účinek může uživatele znejistit, že droga nefunguje a má proto tendenci dát si další, větší dávku (Přečková, 2022). Při perorální aplikaci drogy se také může objevit podráždění trávicího traktu (Minařík a Řehák, 2008).

Méně rizikovým způsobem aplikace drogy je *šňupání*, neboli *sniffing* (Minařík a Hobstová, 2003a). Šňupání bývá často spojeno s prvním užitím tvrdých drog, jako jsou pervitin nebo kokain. Nevýhodou této aplikace je pomalejší nástup účinku. Šňupnutá droga přechází do krve pomaleji než při injekční aplikaci nebo například při kouření. Užívání nosem také negativně působí na nosní přepážku a uživatelé se tak častěji potýkají s krvácením z nosu a jsou také náchylnější k infekcím horních cest dýchacích, což může při dlouhodobém užívání vést až k úplné destrukci nosní přepážky (Přečková, 2015).

*Kouření drogy* můžeme také zařadit do alternativních způsobů užití drogy. Kouřit se dá například heroin, nebo pervitin. Při dobře natrénovaném kouření přejde většina vdechnuté drogy z plic přímo do krve, nástup je tedy rychlý a účinek srovnatelný s nitrožilním užitím. Při kouření také nehrozí přenos infekcí, vznik abscesů, flegmonů nebo riziko předávkování (Termer, 2015). Šňupání a kouření drogy je častější u mladších uživatelů (Horyánský, 2021).

Dalším, i když i mezi uživateli stále velmi kontroverzním, způsobem aplikace drogy je *rektální (anální) aplikace* drogy. I přes ostych, který tato aplikace představuje, se jedná o druhou nejefektivnější cestu k užití drogy, jelikož nástup účinku je velmi rychlý, do 30 ti sekund (Přečková, 2022). Při správném provedení a dodržení hygienických zásad se jedná o relativně bezpečnou aplikaci drogy. K přenosu infekcí může dojít, pokud je oblast konečníku poškozená. Riziko přenosu HIV i hepatitidy C je však nižší než u aplikace do žíly (Laurentová, 2015).

K některému z alternativních, tedy méně rizikových způsobů aplikace se uživatelé přiklánějí zejména z důvodu možnosti odhalení užívání nebo při přetrvávajících zdravotních obtížích (např. u dlouhodobého nitrožilního užívání drogy) (Horyánský, 2021).

### 3.2.3 Testování na infekční nemoci

Nepostradatelným nástrojem ke snižování zdravotních a potažmo i sociálních rizik je testování na infekční nemoci. V nízkoprahových službách jsou prováděny screeningové testy ze slin nebo kapilární krve. Služby nabízejí nejčastěji testování na HIV, syfilis, VHC a VHB. Screeningové testy jsou testy, které umožňují rychlou detekci silných a středních koncentrací antigenů nebo protilátek na testovaný vir. Pokud při testování vyjde reaktivní výsledek screeningového testu, je nutné laboratorní vyšetření krve, které potvrdí či vyvrátí pozitivitu. Neodmyslitelnou součástí testování je poradenství před i po provedení testu, zahrnující informace o možnostech přenosu jednotlivých onemocnění, o způsobech případné léčby a o prevenci při předcházení nákazy jednotlivými typy infekcí. Při reaktivním výsledku je důležité zprostředkovat kontakt na příslušné odborníky. Do lékařského zařízení mohou pracovníci klienta doprovodit v rámci asistenční služby (Makovská-Dolanská a kol., 2004).

Nízkoprahové programy se dlouhodobě potýkají s nízkou motivovaností klientů podstoupit testování na infekční onemocnění. Podle autorky Makovské-Dolanské a kol. (2004) je vhodné prezentovat testování jako běžnou a standardní nabídku služeb, stejně jako například výměnný program, aby se testování dostalo do povědomí klientů jako něco samozřejmého.

Kromě nízké motivace klientů k testování či k návštěvě doktorů, nízkoprahové služby uváděly také nízkou motivaci ke confirmaci výsledku v případě reaktivního testu a obavy z léčby. Dále uváděly nízkou dostupnost léčby VHC, a to místní dostupnost (dostupnost např. jen v krajském městě) či překážky vstupu do léčby bez dokladu pojištěnce či vyjednávání léčby se zdravotní pojišťovnou (Mravčík a kol., 2021).

Nízkoprahové služby Společnosti Podané ruce se rozhodly motivovat klienty k testování ještě více a od 1.7.2021 se zapojily do projektu společnosti Gilead, který vznikl mimo jiné jako reakce na akční plán „Eliminace virové hepatitidy typu C mezi uživateli drog v České republice 2019-2021“, který si klade za cíl otestovat každoročně co nejvíce nitrožilních uživatelů drog, zachytit co nejvíce reaktivních jedinců, motivovat je k léčbě a dosáhnout tak snížení počtu nakažených na polovinu. Zapojení do projektu Gilead umožňuje klienty více motivovat k průběžnému testování. K tomu slouží poukázky na nákup libovolného zboží v supermarketech, které otestovaní klienti obdrží od pracovníků.



Za rok 2022 se díky tomu podařilo v centrech Společnosti Podané ruce otestovat celkem 501 klientů. Otestování klientů je však pouze prvním krokem k naplnění cíle akčního plánu. Následující fáze je naprosto klíčová. A to sice předání klientů, jejichž test se vyjevil reaktivně do rukou lékařů. Nejprve jsou odkázáni na primáře infekčního oddělení Krajské nemocnice Tomáše Bati, kde jsou přetestováni z plné krve. Tyto testy jsou již schopny odhalit samotnou infekci v těle. Pokud PCR test vyjde pozitivně, lékař se poté domlouvá s klientem na následném postupu. Pak už nic nebrání v zahájení léčby, což je cílem celého projektu.

### 3.2.4 Sociální práce

Harm Reduction se snaží minimalizovat pády i na sociální úrovni. HR v sociální oblasti spočívá v kontaktu s klienty, práci s motivací klientů, mapováním situace klienta a hledáním možných způsobů zmírnění sociálních dopadů, které často vedou k sociálnímu vyloučení. Ve službě HR je klient v kontaktu s odborníkem, který mu může pomoci zorientovat se v problematice, nasměrovat ho nebo ho doprovodit do jiné instituce.

Kořeny HR jako přístupu k problému užívání drog vidíme v sociální práci jako pomáhající profesi. Sociální práci s uživateli drog můžeme definovat jako soubor aktivit, které jsou zaměřené na zlepšení sociální situace klienta a jeho schopnosti řešit běžné sociální problémy. Jedná se zejména o pomoc v sociálně-právní oblasti, tedy například pomoc při vyřizování sociálních dávek, dokladů, pomoc při řešení problémů s bydlením apod.), dále již zmíněnou asistenční službu nebo zprostředkování dalších služeb v jiných zařízeních (Seznam a definice výkonů drogových služeb, 2006).

Přístup HR praktikovaný prostřednictvím nízkoprahové služby pro uživatele drog je vnímán napříč spektrem poskytovaných služeb na základní úrovni. Jde o úroveň, která je klientům přístupná, kde jsou přijímáni bez předsudků a přehnaných požadavků směrem k abstinenci. HR se zaměřuje na jednotlivce, ale také na společnost jako celek. Vede ke sdílené odpovědnosti za problém, poskytuje klientům informace, které jim pomáhají orientovat se v problému a posiluje tak klienty v jejich rozhodování. Nástroje HR pomáhají předcházet zdravotnímu a sociálnímu úpadku uživatelů drog, přístup HR posouvá uživatele drog k pozitivní změně, a tím i celou společnost.

## 4 NÍZKOPRAHOVÁ CENTRA PRO UŽIVATELE DROG

V této poslední kapitole se zaměříme na nízkoprahové služby, které se zaměřují na práci s uživateli drog. Popíšeme si základní služby zabývající se sekundární a terciární prevencí, včetně konkrétních služeb, které tyto centra nabízejí. Seznámíme se s pojmem terénní práce a představíme si blíže drogovou scénu ve Zlínském kraji.

Nízkoprahová zařízení bezpochyby poskytují nezastupitelné služby v oblasti HR. Jsou součástí prostředků ochrany veřejného zdraví, jejich služby pomáhají minimalizovat rizika spojená s užíváním návykových látek, vytvářejí pro uživatele drog přijatelné prostředí díky principu nízkoprahovosti, přispívají ke zlepšení kvality života uživatelů drog a v neposlední řadě chrání lidskou důstojnost těchto osob.

Z výroční zprávy o realizaci protidrogové problematiky ve Zlínském kraji za rok 2020, můžeme aktuální síť služeb ve Zlínském kraji hodnotit jako stabilizovanou a přiměřeně dostupnou (Horyánský, 2021). Službami sekundární a terciární prevence se zabývají mj. subjekty realizující v kraji programy kontaktní centrum a terénní programy.

### 4.1 Terénní programy

Terénní programy pro uživatele drog jsou služby, které se zaměřují na poskytování přímé podpory a služeb pro uživatele drog v jejich přirozeném prostředí. Tyto programy jsou důležitým zdrojem podpory pro uživatele drog, zejména pro ty, kteří nemají přístup k jiným službám, jako jsou kontaktní centra pro uživatele drog, nebo pro ty, kteří se nechtějí dostat do kontaktu s oficiálními zdravotnickými nebo sociálními službami. Terénní programy pro uživatele drog pomáhají snižovat rizika spojená s užíváním drog a podporují uživatele drog v jejich snaze o změnu a zlepšení zdraví a životních podmínek.

Podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., §69, jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných a psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Terénní programy většinou zaměstnávají terénní pracovníky, kteří mají za úkol kontaktovat a pomáhat uživatelům drog v terénu, například na ulici, v parku nebo v jiných veřejných prostranstvích. Můžeme tedy říci, že jsou terénní programy zpravidla realizovány v *přirozeném prostředí* klientů.

O sociální práci vykonávané v přirozeném prostředí hovoříme jako o *terénní sociální práci*. Terénní sociální práce s uživateli drog se snaží navázat kontakt s cílovou skupinou v prostředí, kde se tato skupina přirozeně vyskytuje. Přirozené prostředí klientů je to, kde se klienti pohybují a kde tráví svůj volný čas. Uživatelé drog se setkávají na veřejných místech, jako jsou náměstí, parky, kluby, herny apod. Vyskytují se ale i v prostředí škol, učňovských zařízeních nebo domovů mládeže. Cílovou skupinou terénní práce jsou obvykle uživatelé, v jejichž vnitřní bilanci zatím nepřevážily problémy spojené s užíváním drog nad zisky (Matoušek a kol., 2005).

O terénní práci v přirozeném prostředí klientů můžeme hovořit také jako o „streetworku“. Pojem streetwork znamená doslovně „práce na ulici“. Bednářová a Pelech (2003) definují streetwork jako *„metodu aktivní vyhledávací, doprovodné a mobilní sociální práce, jež zahrnuje nízkoprahovou nabídku sociální pomoci, určenou nositelům sociálně-patologického chování a osobám žijícím rizikovým způsobem, u nichž je předpoklad, že sociální pomoc potřebují a sami ji nevyhledají“*.

Terénní sociální práce se převážně pokouší naplňovat preventivní cíle a uplatňovat strategii snižování rizik. Klientům jsou v rámci terénních programů poskytovány informace o rizicích spojených s užíváním drog a o možnostech jejich snižování. Probíhá výměna injekčního a dalšího HR materiálu. Klientům jsou také poskytovány informace o možnostech následné péče a léčby (Matoušek a kol., 2005).

Kompletní výčet výkonů terénních programů upravuje *„Seznam a definice drogových služeb“*. Jedná se o materiál vydaný Sekretariátem Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky Úřadu vlády ČR. Smysl tohoto dokumentu je sjednocení nabídky kontaktních služeb napříč regiony v ČR a sjednocení systému vykazování.

## 4.2 Kontaktní centra

Kontaktní centra pro uživatele drog jsou zařízení, která, stejně jako terénní programy, poskytují pomoc a podporu uživatelům drog. Tato centra jsou většinou provozována

neziskovými organizacemi, vládními agenturami nebo zdravotnickými institucemi a jsou určena pro poskytování informací a služeb pro lidi, kteří užívají drogy. Kontaktní centra pro uživatele drog nabízejí řadu služeb, jako jsou například telefonické a online poradenství, krizová pomoc, prevence šíření nákazy při injekčním užívání drog, distribuce injekčního materiálu, testování na infekční nemoci a léčba závislosti na drogách. Tyto služby jsou poskytovány anonymně a bezplatně, aby byly dostupné pro všechny uživatele drog, kteří hledají pomoc a podporu.

Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., §59, jsou kontaktní centra definována jako nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- a) sociálně terapeutické činnosti,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

*„Kontaktní centra nabízejí své služby cílové skupině drogově závislých, která není v kontaktu s jinými zdravotními a sociálními institucemi (skrytá populace). Kontaktní centra překonávají psychologické a administrativní bariéry dostupnosti a umožňují této klientele přístup ke službám bez jakéhokoliv doporučení přímo z ulice, anonymně a v neformálním prostředí, proto se též nazývají nízkoprahová“ (Kalina a kol., 2001).*

Nízkoprahovost v kontaktních centrech a kontaktních službách můžeme vidět v přístupu ke klientovi. Služby jsou realizovány tak, aby umožňovaly maximální přístupnost klientů ke službám. Služby jsou poskytovány bezplatně, otevírací doba je přizpůsobena potřebám klientů, taktéž není podmínkou pravidelné docházení do služby. Klientům kontaktního centra jsou služby poskytovány anonymně. Klienti nepředkládají pracovníkům svůj občanský průkaz ani nemusí sdělovat své identifikační údaje.

Cílem kontaktních center pro uživatele drog je snížit škody spojené s užíváním drog a podpořit uživatele drog při řešení zdravotních a sociálních problémů, které mohou být spojené s jejich užíváním drog. Tyto centra jsou důležitým zdrojem podpory pro uživatele drog a mohou pomoci snížit rizika spojená s injekčním užíváním drog a dalšími formami užívání drog.

Nízkoprahová kontaktní centra v rámci strategie snižování rizik nabízejí služby podobné terénním programům. Kromě toho také poskytují například hygienický servis, jehož cílem je pomoci obnovit základní hygienické návyky klientům. Klientům je v kontaktních centrech k dispozici sprcha, je jim umožněno vyprat si prádlo, v některých centrech je k dispozici i šatník obnošených věcí, které mohou být poskytnuty klientům (Seznam a definice výkonů drogových služeb, 2006). Další službou typickou pro kontaktní centra je potravinový servis, který je zaměřen na celkovou zdravotní a částečně také sociální pomoc. Nabídkou základních potravin a vitamínů tím kontaktní centra částečně snižují zdravotní a sociální rizika klientů (Seznam a definice výkonů drogových služeb, 2006). V kontaktních centrech jsou také lepší podmínky pro cílenější a dlouhodobou práci s klienty. Je možné se zabývat klientovou motivací k léčbě, lépe zhodnotit aktuální stav uživatele, vybrat pro něj vhodnou léčbu, případně mu nástup do léčby zprostředkovat (Matoušek a kol., 2005). Z pohledu Harm Reduction tak vnímáme kontaktní služby jako stěžejní pro přímou práci s aktivními uživateli drog.

### 4.3 Situace ve Zlínském kraji

Zlínský kraj je vyšší územní správní celek a patří mezi jeden ze 14 krajů České republiky. Tvoří jej okresy Zlín, Uherské Hradiště, Kroměříž a Vsetín o celkové rozloze 3 963 km<sup>2</sup>. Na území Zlínského kraje se při sčítání lidu 2021 zjistilo 564 331 osob. Ve Zlínském kraji se nalézá 307 obcí, z toho 30 měst a 6 městysů. Jeho sídelním městem je Zlín.

Adiktologické služby ve Zlínském kraji navštěvují klienti s různorodým statutem, ať už věkovým, rodinným, sociálním nebo ekonomickým. Výrazně častěji užívají nelegální návykové látky muži, kteří tvoří dlouhodobě 2/3 všech uživatelů. Ženy v řadě případů (zejména v době na mateřské nebo rodičovské dovolené) preferují spíše službu ve svém přirozeném prostředí než ambulanci formu (v kontaktním centru) (Horyánský, 2021).

Problémově nebo rizikově užívanou nelegální návykovou látkou ve Zlínském kraji je zejména pervitin, který je užíván převážně nitrožilně – setrvává relativně vysoký celkový podíl injekčních uživatelů nelegálních drog (mezi uživateli v kontaktu se sociálními službami bylo v r. 2020 téměř 80 % IUD). Nejvíce klientů těchto služeb, včetně problémově nebo rizikově užívajících, se nachází ve Zlíně, Uherském Hradišti, Vsetíně a Kroměříži (Horyánský, 2021). O převaze nitrožilní aplikace nelegálních návykových látek v kraji může svědčit i spotřeba vyměňených injekčních setů, V roce 2021 bylo ve Zlínském kraji distribuováno 226,3 tisíc injekčních stříkaček, což je o 22 tisíc více než v předchozím roce

a o 100 tisíc více, než například v roce 2015 (Chomynová a kol., 2022). V souvislosti s realizovaným výměnným programem je zaznamenávána i vyšší návratnost injekčních stříkaček než počet těch vydaných. Takto zpětně získaný materiál je uživateli často získáván jiným způsobem než v drogových službách, např. v lékárnách.

Základní služby (tzv. „prvního kontaktu“), tedy kontaktní centra a terénní programy poskytované ve Zlínském kraji, jsou dlouhodobě stabilizované. Služby terciární prevence pro uživatele nelegálních návykových látek (zejména oblast HR) jsou aktuálně nadále rovnoměrně rozloženy na území všech čtyř okresů kraje, přičemž poskytovatelé a jejich služby se vzájemně nepřekrývají. Míra dostupnosti a efektivita v poskytování služeb klientům zejména typu TP, je rovněž ovlivněna personálními kapacitami, mírou mobility poskytovatele a také vzdáleností místa poskytování služby a administrativního sídla programu. Poslední změna v síti služeb dostupných cílové skupině je z r. 2019, kdy bylo ve Valašském Meziříčí otevřeno Kontaktní centrum Agarta. Dále bylo otevřeno Doléčovací centrum ve Zlínském kraji určené pro osoby po ukončeném léčebném programu látkové i nelátkové závislosti nebo osoby s potvrzenou 3měsíční abstinencí (Horyánský, 2021).

Vhledem do aktuální drogové situace ve Zlínském kraji jsme uzavřeli teoretickou část této diplomové práce, kde jsem se snažila o to, přiblížit čtenáři pojem závislost, co závislost na návykových látkách může způsobit a s jakými problémy se uživatelé závislí na drogách potýkají. Popsali jsme si velmi důležitou funkci nízkoprahových služeb, jejichž pracovníci se snaží zlepšit zdravotní i sociální situaci závislých klientů a využívají k tomu metod Harm Reduction. V praktické části se pomocí dotazníkového šetření pokusíme zjistit, jak se tyto metody daří aplikovat u uživatelů nealkoholových drog ve Zlínském kraji.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 STANOVENÍ VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

V souvislosti s problematikou v oblasti závislostních chování dospělých nebyly Zlínským krajem v r. 2020 realizovány žádné specifické průzkumy nebo studie zaměřené na oblast legálních nebo nelegálních návykových látek, případně hazardního hraní (Horyánský, 2021). Studie o závislostním chování se provádějí většinou u dětí a adolescentů. Například Mezinárodní studie HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children), studie ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách) (Mravčík a kol, 2021).

Můj výzkum je zaměřen na zjištění toho, jak jsou metody snižování zdravotních a sociálních rizik uplatňovány v praxi u uživatelů nealkoholových drog ve Zlínském kraji. K volbě tohoto výzkumu mě, jako pracovníka terénních programů ve Zlíně, vedlo zamyšlení nad tím, jak se důležitost naší práce odráží v chování našich klientů.

Vliv na výběr tématu a potažmo také výzkumu mělo také nedávné navázání spolupráce s firmou Gilead, díky které se nám podařilo motivovat spoustu našich klientů k pravidelnému testování. Zajímalo mne tedy, jestli je tato finanční motivace vnímána jako přínosná i pro samotné klienty. Zároveň ne všechna centra ve Zlínském kraji k motivaci klientů používají této spolupráce, a tak je cílem zjistit i to, zda by klienti ostatních center o tuto motivaci stáli. Jak už zaznělo několikrát v teoretické části této práce, jedním z největších rizik pro uživatele návykových látek a potažmo pro celou společnost je šíření infekčních nemocí. Nízkoprahová zařízení jsou mnohdy jedinou odbornou službou, se kterou jsou uživatelé drog v kontaktu je tedy potřeba aby testování na infekční onemocnění v těchto službách probíhalo v co největší míře.

Mimo to si tento výzkum klade za cíl zjistit, zda a do jaké míry je využíván výměnný program a služby zaměřené na zlepšení sociální situace klientů. Zajímá mne také, jestli se zlepšila jejich sociální situace díky tomu, že jsou v kontaktu s nízkoprahovými službami a jako zajímavé vnímám i zjištění, zda si klienti z každého kontaktu s pracovníky terénních a kontaktních služeb odnáší užitečné informace k bezpečnějšímu užívání a zda je využívají. Všechny tyto informace, by mohly být přínosné pro nízkoprahové služby Zlínského kraje a sloužit i jako zpětná vazba k jejich práci.



## 5.1 Metoda výzkumného šetření

Pro svůj výzkum jsem zvolila formu kvantitativního výzkumu, která bývá charakterizována jako „*záměrná a systematická činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy*“ (Chráska, 2016). Konkrétně jsem zvolila deskriptivní kvantitativní výzkum, který se zaměřuje na popisování a měření vlastností nebo jevů v určité populaci. V tomto typu výzkumu jsou sbírána kvantitativní data pomocí strukturovaných dotazníků, testů nebo jiných standardizovaných metod. Cílem deskriptivního kvantitativního výzkumu je poskytnout detailní a přesné informace o určité populaci, včetně charakteristik, preferencí, chování a názorů. Tyto informace mohou být použity k formulaci hypotéz nebo návrhu dalšího výzkumu.

Kvantitativní výzkum má také nesporné výhody, oproti kvalitativnímu výzkumu. Výhodou je poměrně rychlý sběr dat, možnost zkoumání velkého souboru subjektů a výsledky také bývají více objektivní. Výhodou je i snadnější zpracování dat, které je často možné provést kompletně pomocí počítačového programu (Průcha, 2014). Mým cílem je zjistit informace a postoje od většího počtu lidí, zvolila jsem proto metodu dotazníkového šetření. Dotazníky mi umožňují rychlý a relativně snadný způsob získání velkého množství dat od velkého počtu respondentů. Dotazníky také zaručují větší anonymitu, což je obzvlášť u mnou vybrané cílové skupiny důležité, a může vést k otevřenějším a upřímnějším odpovědím, protože se nemusí bát, že budou identifikováni.

Nicméně, dotazníkové šetření také má své nevýhody, jako je například omezení validity. Respondenti mohou poskytovat nesprávné nebo zavádějící odpovědi kvůli nedostatku porozumění otázkám nebo neochotě odpovědět pravdivě. Tím, že jsou dotazníky navrženy předem, neumožňují respondentům výrazně upravit otázky, což může vést ke ztrátě důležitých informací. I přesto je podle Průchy (2014) metoda dotazování nejčastěji aplikovanou metodou v pedagogickém průzkumu. Dotazníkové šetření jsem provedla formou papírové podoby, která předpokládá největší návratnost dotazníků (Průcha, 2014).

## 5.2 Výzkumné otázky a cíle

**Hlavní výzkumná otázka:** Zda a v jaké míře jsou metody snižování zdravotních a sociálních rizik uplatňovány v praxi u uživatelů nealkoholových drog ve Zlínském kraji?

**Dílní otázky k hlavní výzkumné otázce jsou:**

- Zda a v jaké míře je využíván výměnný program? (Otázky 8-11)

- Zda a v jaké míře jsou využívány sociální služby? (Otázky 12-16)
- Zda a v jaké míře je využíváno testování na infekční nemoci? (Otázky 17-21)
- Zda a v jaké míře jsou klienti informováni o bezpečném užívání? (Otázky 22-26)

**Hlavní cíl:** Zjistit, zda a v jaké míře jsou metody snižování zdravotních a sociálních rizik uplatňovány v praxi u uživatelů nealkoholových drog ve Zlínském kraji.

**Dílčí cíle:**

- Zjistit, zda a v jaké míře je využíván výměnný program.
- Zjistit, zda a v jaké míře je využíváno sociální poradenství.
- Zjistit, zda a v jaké míře je využíváno testování na infekční nemoci.
- Zjistit, zda a v jaké míře jsou klienti informováni o bezpečném užívání.

### 5.3 Popis výzkumného souboru

Výběrový soubor tvořili uživatelé nealkoholových drog ve Zlínském kraji. Z velké části se jednalo výhradně o uživatele pervitinu, jelikož tito uživatelé tvoří ve Zlínském kraji největší skupinu, co se uživatelů návykových látek týče.

Podle informací získaných od poskytovatelů adiktologických služeb, se nejvíce klientů těchto služeb nachází v obcích s rozšířenou působností, které byly v minulosti okresními sídly (Zlín, Uherské Hradiště, Vsetín, Kroměříž). Průměrný přepočtený počet klientů služeb na 10 000 obyvatel v kraji byl v r. 2020 přes 23 osob, z toho téměř 19 osob bylo IUD (Horyánský, 2021).

Skutečnost, zda se jednalo o uživatele jiné než alkoholové látky, jsem ověřovala v začátku dotazníku (viz. dotazník v příloze). Nutno poznamenat, že závislost na alkoholu nebyla důvodem k vyřazení z výzkumu, pokud se však nejednalo o látku primární. Dotazník byl distribuován do nízkoprahových center ve Zlínském kraji, které se zaměřují na kontaktní práci s uživateli nealkoholových drog. Konkrétně se jednalo o:

- Kontaktní centrum a Terénní programy ve Zlíně (Společnost Podané ruce o.p.s.)
- Kontaktní centrum v Uherském Hradišti (Společnost Podané ruce o.p.s.)
- Kontaktní centrum Plus Kroměříž (Charita Kroměříž)
- Kontaktní centrum Klíč ve Vsetíně (Agarta z.s.)
- Kontaktní centrum Agarta ve Valašském Meziříčí (Agarta z.s.)

Některá centra jsem, alespoň na pár dní, osobně navštívila a podílela se na oslovování potencionálních respondentů. Respondenti byly vybráni pomocí metody záměrného výběru přes jednotlivé instituce. Podle Miovského (2006) se jedná o metodu, při níž využíváme určitý typ služeb nebo institucí pro výběr cílové skupiny, která nás ve výzkumu zajímá. Kritériem pro výběr může být nějaká vlastnost, náležitost k určité skupině apod. Na základě kritérií vyhledáváme respondenty, kteří je splňují a souhlasí se zapojením do výzkumu (Miovský, 2006).

Pro zařazení do výzkumu byla stanovena následující kritéria:

- uživatelé nealkoholových drog (tj. alkohol není primární drogou, ale mnohdy je drogou sekundární)
- využívání nízkoprahových služeb
- aktuální přítomnost klienta v kontaktním centru/v terénu v období, kdy byla data sbírána

Ve vybraných výše uvedených centrech jsem zanechala dotazníky v kontaktních místnostech a klienti nízkoprahových center se mohli sami rozhodnout, zdali se chtějí dotazníkového šetření zúčastnit či nikoliv. Všichni respondenti byli také poučeni o anonymitě, která je zdůrazněna v úvodu dotazníku.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 67 respondentů. Na základně doporučení autorů Klingemanna a kol. (2001) jsem se rozhodla respondenty motivovat a nabídla jim za vyplnění dotazníku odměnu ve formě sladkého oplátku.

#### 5.4 Metoda sběru dat

Pro získání dat k mému výzkumu jsem zvolila již zmíněnou metodu dotazníkového šetření. Důvod k výběru dotazníku zcela vystihuje Průcha (2014) „*Obliba aplikace dotazníku vyplývá z relativně snadného sběru různých informací a z nižšího časového nákladu ve srovnání s jinými nástroji výzkumu*“. Po volbě výzkumné techniky jsem se pustila do zpracování vlastního dotazníku. Dotazník jsem se snažila sestavit tak, aby byl co nejvíce „proklientský“. Vzhledem k tomu, že při komunikaci s klienty běžně používáme tykání, bylo tohoto způsobu komunikace použito i v dotazníku, aby byl klientům způsob projevu bližší. Dále jsem se zaměřila na celkovou grafickou úpravu, jednoduchost ve smyslu snadné volby odpovědí a také na délku dotazníku a celkový čas pro jeho vyplnění.

Dotazník zahrnuje celkem 26 položek s obsahem převážně uzavřených a polouzavřených otázek. Pro snadnější vyhodnocení dotazníku a také pro větší pestrost jsem zahrnula několik bodovacích škál spokojenosti. V úvodu zjišťuji identifikační údaje o respondentovi, konkrétně pohlaví, věk, navštěvovanou nízkoprahovou službu, látkovou závislost, způsob a frekvenci užívání látky.

Následují položky zaměřené k získání odpovědí na výzkumné otázky. Položky 8-11 jsou zaměřeny na zmapování výměnného programu, zjišťují, kde se klienti dostávají ke sterilnímu materiálu, zda aplikační materiál sdílejí, nebo opakovaně používají a jestli mají pocit, že se díky kontaktu s nízkoprahovou službou zlepšila jejich zdravotní situace. Položky jsou koncipovány jako uzavřené, nebo polouzavřené s volbou jedné nebo více odpovědí. Položka 11 je otázka škálová, kde se klienti na pětistupňové stupnici (Rozhodně ano – Rozhodně ne) vyjadřují k tomu, jak vnímají zlepšení své zdravotní situace.

Následují položky 12-16, zaměřené na zmapování klientských zkušeností s poskytnutými sociálními službami. Opět zde využívám kombinace škálových otázek a uzavřených otázek s výběrem jedné odpovědi. Další zkoumanou oblastí, na kterou se zaměřují položky 17-21, je oblast testování. Pomocí uzavřených otázek s možností jedné odpovědi a dvou škálových otázek zjišťuji s jakou pravidelností se klienti testují na infekční nemoci, zda je obdržení finanční poukázky pro klienty motivující a jestli jsou spokojeni s poradenstvím, které v rámci testování dostávají. Pomocí posledních položek 22-26 zjišťuji, zda mají klienti základní informace o bezpečném užívání.

Před distribucí dotazníku proběhl předvýzkum, který sloužil jako zpětná vazba k tomu, zda je dotazník srozumitelný a přináší relevantní odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Předvýzkumu se zúčastnili 3 klienti terénních programů ze Zlína, kteří už následně nebyli zapojeni do finálního výzkumu. Po vyhodnocení předvýzkumu byly některé otázky upraveny. V původní verzi jsem se snažila zařadit nějaké projektivní techniky, jako doplnění do věty, seřazení odpovědí ve správném pořadí, ale bylo zjištěno, že tyto otázky dělaly klientům problémy, a to v tom smyslu, že otázky buď přeskočili, nebo místo seřazování pouze označili jednu z odpovědí apod., proto jsem se ve finální verzi držela pouze výběru z několika možností a vyjádření postoje na škále. Finální dotazník byl vytisknut a předán pracovníkům jednotlivých center. Sběr dat probíhal od 14.2.-31.3. 2023.

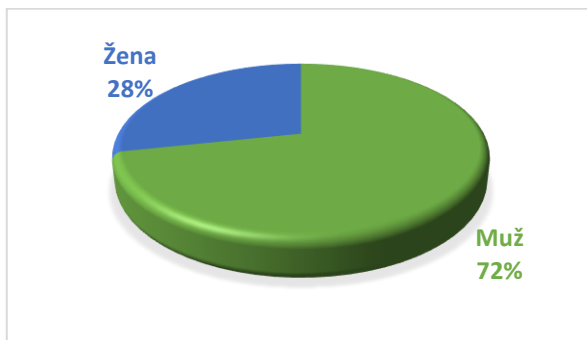
## 6 ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ DAT

Z dotazníkového šetření jsme získali data celkem od 67 respondentů, která byla následně převedena do portálu Survio, které umožňuje selektování jednotlivých odpovědí a vytváření grafů a tabulek. Prezentace dat bude provedena pomocí jednoduché deskriptivní statistiky a vyhodnocená data budou pro lepší přehlednost v následujícím textu znázorněny ve formě grafů a tabulek.

### 6.1 Základní údaje o respondentech

V této části jsou pomocí grafů vyobrazeny základní údaje o uživatelích, kteří se zapojili do výzkumu. Zjišťovány byly informace o pohlaví, věku, navštěvované nízkoprahové službě, frekvenci a způsobu užití drogy.

#### Položka č. 1: Pohlaví

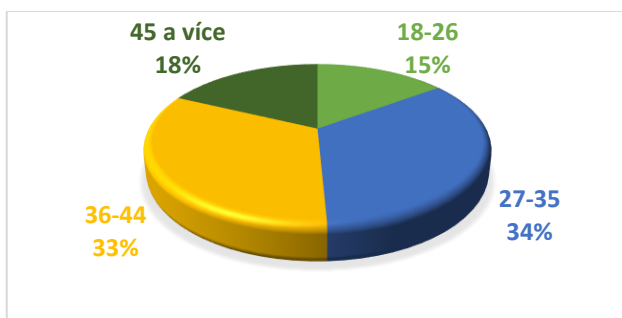


Graf 1 Pohlaví respondentů

Zdroj: vlastní výzkum

V první otázce jsem zjišťovala pohlaví respondentů. V mém výzkumu převažovali muži. Z 67 respondentů se výzkumu zúčastnilo 48 mužů (72 %) a pouze 19 žen (28 %).

#### Položka č. 2: Věk

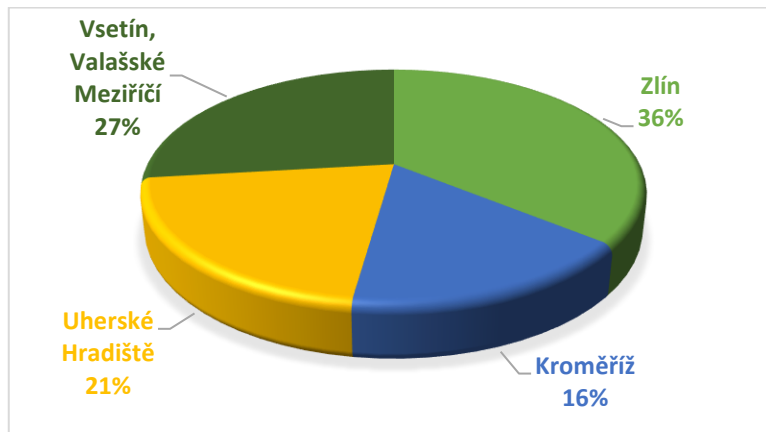


Graf 2 Věk respondentů

Zdroj: vlastní výzkum

Nejpočetněji byli zastoupeni klienti ve věku 27-44 let. Starších 45 let bylo 12 respondentů, mezi lety 18-26 mělo 10 našich respondentů a nikdo z respondentů neměl pod 18 let.

### Položka č. 3: Jsem klientem služby:

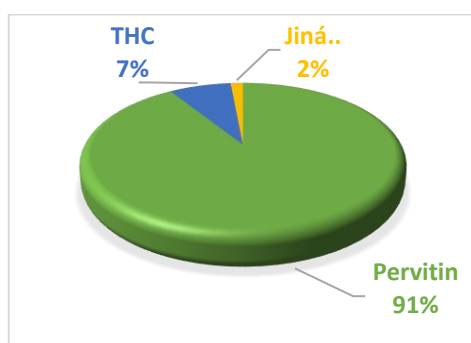


Graf 3 Respondentova služba

Zdroj: vlastní výzkum

Do výzkumu se celkem zapojilo 67 respondentů. Tento graf ukazuje, v jakém počtu byli klienti zastoupeni v jednotlivých centrech. Nejvíce respondentů je z řad klientů Zlínského kontaktního centra a terénních programů, celkově se jich dotazníkového šetření zúčastnilo 24. Dále 18 klientů ze Vsetína a Valašského Meziříčí, 14 bylo klientů z Uherského Hradiště a 11 klientů z Kroměříže.

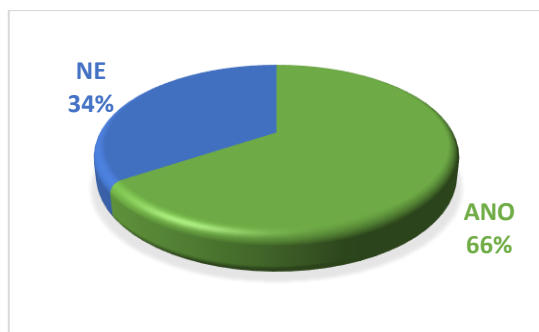
### Položka č. 4: Primární návyková látka



Graf 4 Primární návyková látka

Zdroj: vlastní výzkum

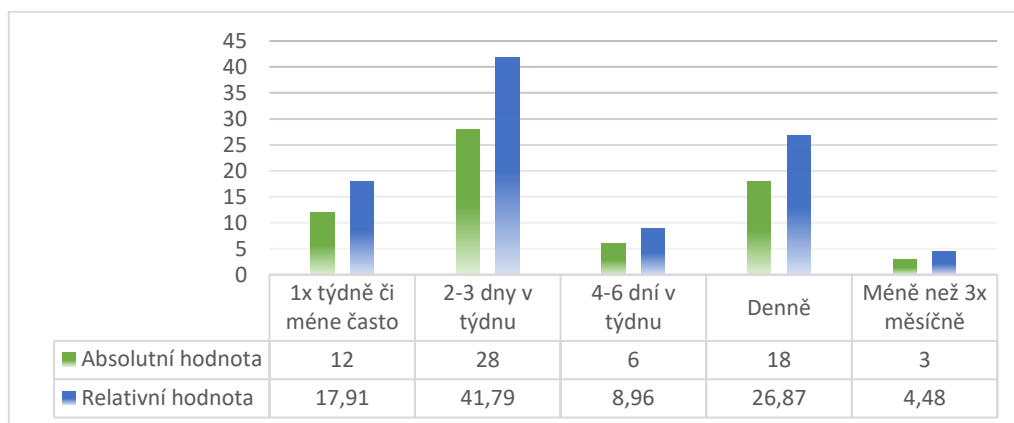
Pomocí této položky byla zjišťována primární návyková látka respondentů. Z grafu je patrné, že se jedná o pervitin, který označilo 61 respondentů (celkem tedy 91 %). Pouze 5 klientů označilo jako svou primární látku THC a jen 1 klient napsal primární návykovou látku – suboxone.

**Položka č. 5: Užíváš současně i jinou drogu?**

Graf 5 Současné užívání další návykové látky

*Zdroj: vlastní výzkum*

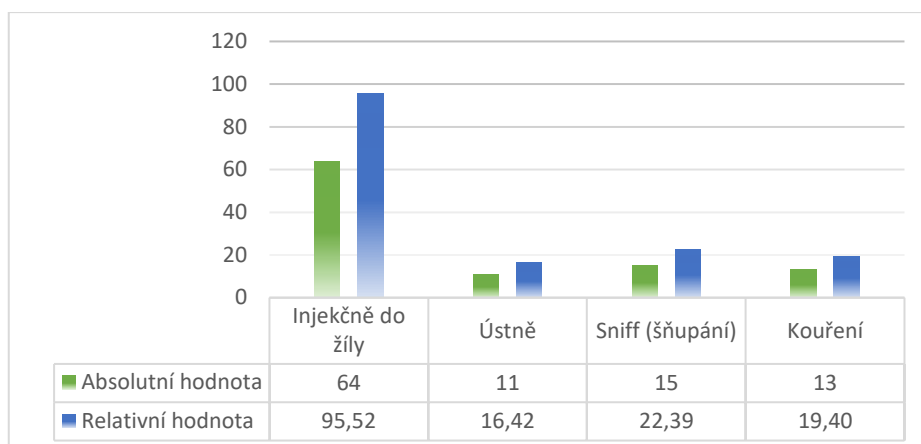
Z grafu vyplývá, že naši respondenti zřídka užívají pouze jednu drogu. V 69 % užívají současně i jinou drogu. Nejčastěji byla uváděna jako současně užívaná návyková látka THC (celkem ve 30 případech), další současně užívanou látkou byl alkohol, kterou uživatelé uvedli v 9 případech. Dále se objevovali v nízkých procentech návykové látky jako kokain, heroin, LSD, toulén, houbičky, tramal, ritalin a další léky. Uživatelé, kteří v minulé otázce označili jako svou primární látku THC, pak uváděli jako současně užívající drogu pervitin (ve čtyřech případech z pěti). Jeden respondent s primární návykovou látkou THC označil jako současně užívanou drogu opium.

**Položka č. 6: Jak často drogu užíváš?**

Graf 6 Frekvence užívání drogy

*Zdroj: vlastní výzkum*

Nejvíce klientů (28) užívá drogu 2-3 dny v týdnu (celkem 42 %), dále 18 respondentů (26,9 %) uvedlo, že drogu užívá denně, 12 respondentů označilo odpověď 1x týdně či méně často. Méně, než 3x měsíčně užívají návykovou látku jen 3 respondenti.

**Položka č. 7: Jakým způsobem drogu užíváš?**

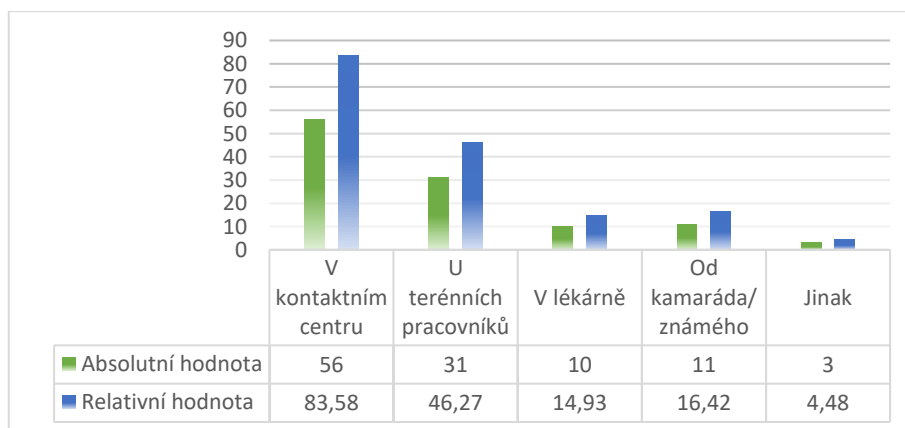
Graf 7 Způsob užití drogy

Zdroj: vlastní výzkum

Položka číslo 7 byla s možností volby více odpovědí. Z grafu je patrné, že nejčastěji uváděným způsobem užití drogy je injekční užití drogy, které označilo 64 ze 67 respondentů. Údaj není nijak překvapivý vzhledem k tomu, že už víme, že uživatelé pervitinu, kterých je ve Zlínském kraji nejvíce, nejčastěji užívají tuto drogu intravenózně. Druhý nejčastější způsob respondenti uváděli „šňupání“, těsně následovaný kouřením a užitím ústně. Všechny tyto možnosti patří k méně rizikovým způsobům užití pervitinu.

**6.2 Využitelnost výměnného programu**

Následující otázky byly zaměřeny na výměnný program jehel a stříkaček. Pomocí těchto položek v dotazníku chci zmapovat, do jaké míry je výměnný program využíván.

**Položka č. 8: Užíváš-li jehly injekčně, kde získáváš jehly a stříkačky?**

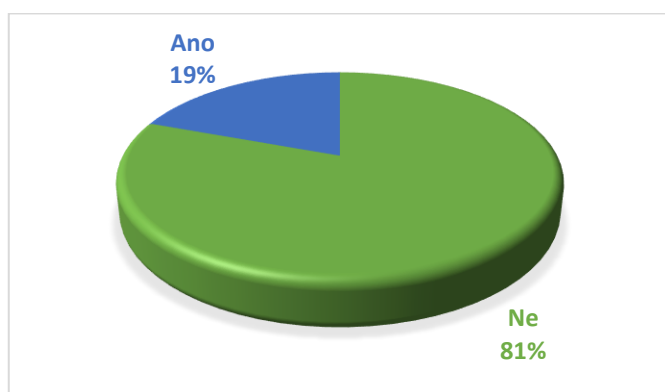
Graf 8 Kde klienti shánějí jehly a stříkačky

Zdroj: vlastní výzkum



Položka číslo 8 byla opět s možností více odpovědí. Z dat vyplývá, že nejčastěji si klienti opatřují jehly a stříkačky v kontaktním centru (v 84 % případů) nebo u terénních pracovníků (46 %). 10 odpovědí zaznamenala možnost „v lékárně“ a v 11 případech dostávají klienti jehly a stříkačky od kamarádů/známých. Klienti, kteří označili možnost „jinak“ jsou ti, kteří drogu injekčně neužívají, tudíž si jehly nikde neshánějí.

**Položka č. 9: Sdílej jsi v posledních 30 dnech jehlu, nebo jiný aplikační materiál s nějakou další osobou?**

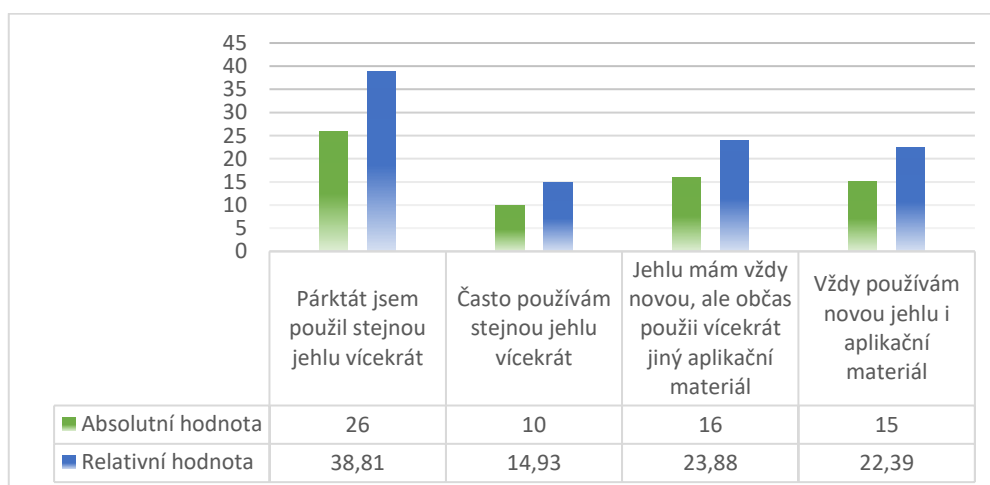


Graf 9 Sdílení jehel a dalšího injekčního materiálu

Zdroj: vlastní výzkum

S tohoto grafu vyplývá, že 54 respondentů (81 %) nesdílelo v posledních 30 dnech jehlu. Oproti tomu 13 uživatelů se ke sdílení jehly přiznalo.

**Položka č. 10: Používáš stejnou jehlu, nebo jiný aplikační materiál vícekrát?**

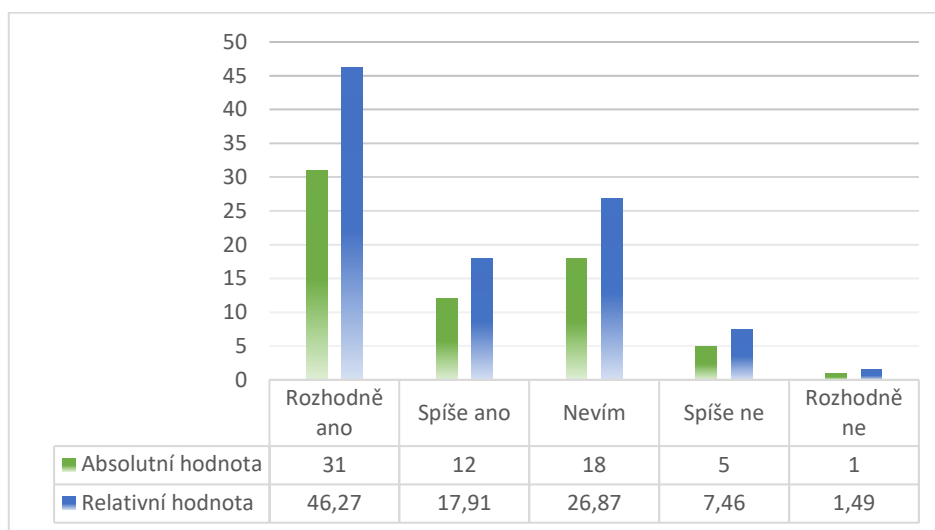


Graf 10 Znovupoužití aplikačního materiálu

Zdroj: vlastní výzkum

Položka číslo 10 měla zjistit, zda klienti používají jehly nebo aplikační materiál vícekrát než pouze jednou, jak je doporučováno. V grafu můžeme vidět, že nejvíce respondentů (39 %) označovalo první možnost, že párkrát použili stejnou jehlu. 10 respondentů (15 %) se tohoto nebezpečného chování dopouští opakovaně. 16 klientů (24 %) si dává záležet na čisté jehle, ale občas použijí více než jednou jiný aplikační materiál. Pouze 15 respondentů (22 %), používá vždy sterilní jehlu i sterilní aplikační materiál.

**Položka č. 11: Máš pocit, že se tvůj zdravotní stav, nebo přístup k aplikaci drog změnil k lepšímu od doby, kdy jsi v kontaktu s pracovníky kontaktních, či terénních služeb?**



Graf 11 Vnímání zlepšení zdravotní situace

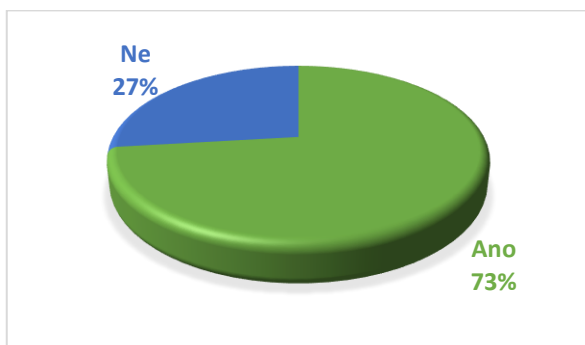
*Zdroj: vlastní výzkum*

Z výsledků položky 11 vyplývá, že 31 respondentů (46 %) si rozhodně myslí, že došlo ke zlepšení jejich zdravotního stavu, nebo přístupu k aplikaci drog, díky využívání nízkoprahových služeb. Dalších 12 respondentů označilo možnost „spíše ano“. Relativně velké množství klientů označilo odpověď „nevím“, ale pouze zanedbatelné procento lidí si nemyslí, že došlo k nějakému zlepšení od doby, kdy jsou v kontaktu s některou z nízkoprahových služeb.

### 6.3 Sociální oblast

Další oblastí, kterou jsem si dala za cíl zmapovat, je oblast sociální. V této části zjišťuji, zda mají klienti sociální problémy a zda využívají nabízené služby, jako je sociální poradenství, či asistenci.

**Položka č. 12: Máš nějaké sociální problémy související s užíváním drog, jako je například ztráta práce nebo rodinných vztahů?**

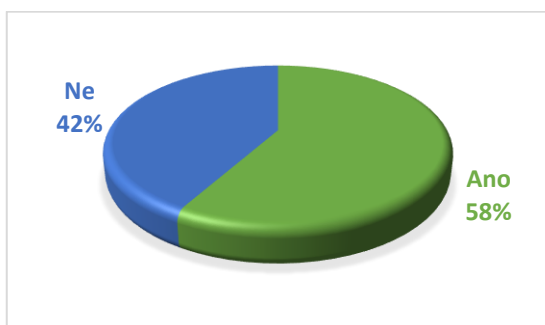


Graf 12 Existence sociálních problémů

*Zdroj: vlastní výzkum*

Z grafu vyplývá, že většina klientů zapojených do výzkumu se potýká se sociálními problémy v důsledku užívání drog. Kladně odpovědělo 49 respondentů (73 %).

**Položka 13: Využil jsi někdy sociální poradenství v oblasti bydlení, práce, dluhů apod.?**

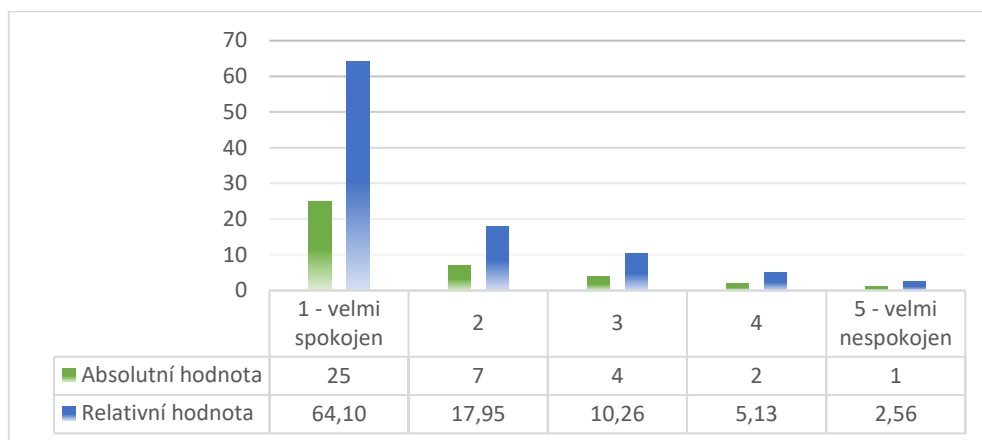


Graf 13 Využití sociálního poradenství

*Zdroj: vlastní výzkum*

I přesto, že jsme minulou otázkou zjistili, že se klienti často potýkají se sociálními problémy, služby sociálního poradenství v kontaktním centru, nebo přímo v terénu využilo jen 39 dotázaných klientů (58 %).

**Položka č. 14: Jak hodnotíš kvalitu informací, které ti byly v rámci výše zmíněného poradenství poskytnuty?**

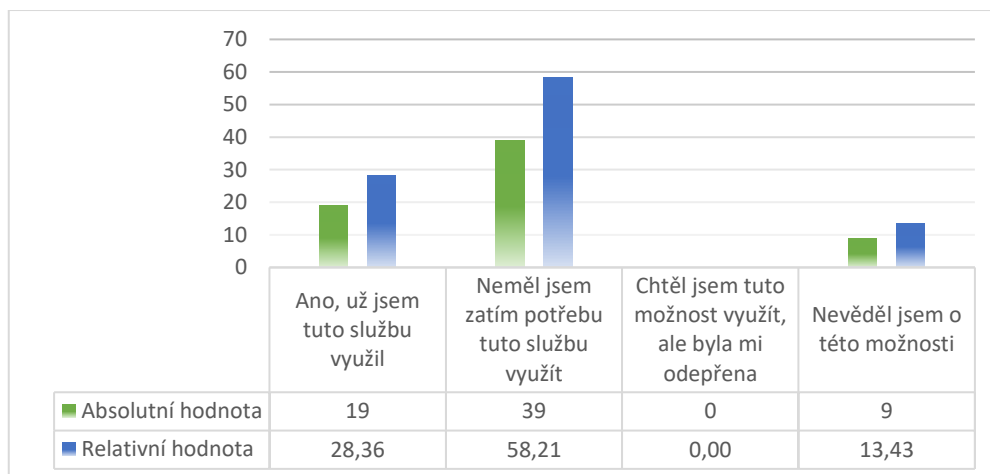


Graf 14 Hodnocení kvality poskytnutých informací

Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovídali pouze respondenti, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně. Celkově tedy odpovídalo 39 klientů. Jak můžeme z grafu vidět, kvalitu sociálního poradenství hodnotili respondenti z velké části velmi kladně.

**Položka č. 15: Využil jsi někdy službu asistence? (možnost požádat pracovníky o doprovod do lékařského zařízení, na úřad apod.)?**

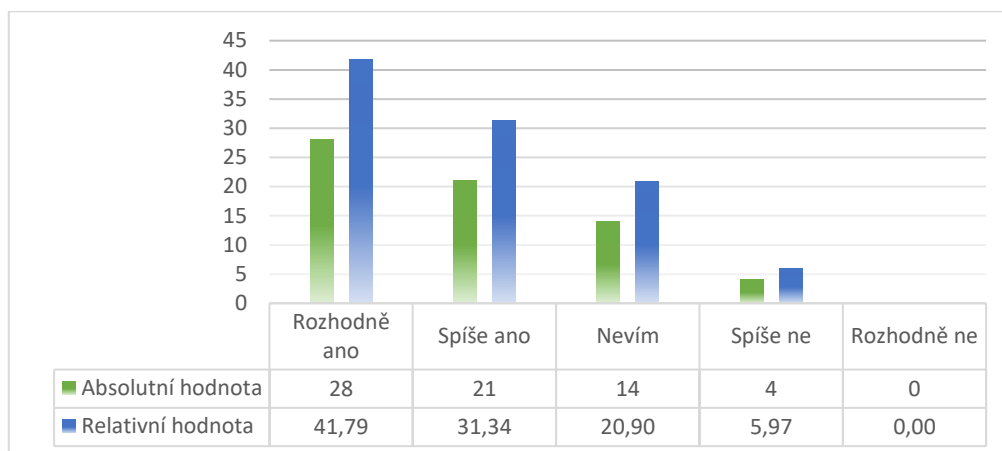


Graf 15 Využití služby asistence

Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti nejčastěji odpovídali, že zatím neměli potřebu využít službu asistence, 19 klientů tuto službu už někdy v minulosti využilo a 9 klientů vůbec netušilo, že tato služba existuje a mohou ji využít. Nikdo z dotázaných se nedostal do situace, kdy by mu byla služba asistence odepřena.

**Položka č. 16: Máš pocit, že se tvá sociální situace zlepšila k lepšímu od doby, kdy jsi v kontaktu s pracovníky kontaktních, nebo terénních služeb?**



Graf 16 Zlepšení sociální situace

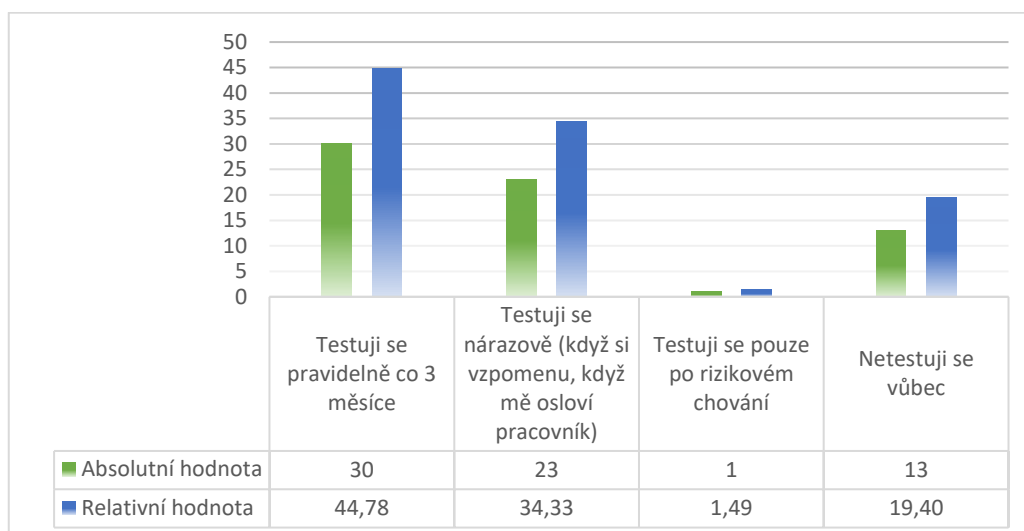
Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu jasně vyplývá, že klienti převážně vnímají zlepšení své sociální situace od chvíle, kdy jsou v kontaktu s pracovníky nízkoprahových služeb. Jen 4 respondenti označili možnost „spíše ne“ a 14 klientů zvolilo odpověď „nevím“.

## 6.4 Testování na infekční nemoci

Položky v této oblasti jsou zaměřeny na testování na infekční nemoci. Mapují pravidelnost testování, motivaci k testování a spokojenost s poskytovanými informacemi.

**Položka 17: Jak často se testuješ na infekční onemocnění?**

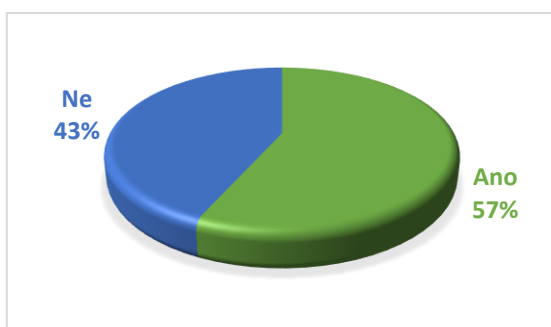


Graf 17 Pravidelnost testování

Zdroj: vlastní výzkum

Graf nám ukazuje, že se většina klientů staví k testování na infekční onemocnění kladně. 30 respondentů (44 %) se testuje pravidelně, 23 klientů (33 %) se testuje nárazově, bohužel 13 respondentů (19 %) se netestuje vůbec.

**Položka 18: Dostáváš za testování na žloutenku C finanční kompenzaci ve formě poukázky do některého z obchodních řetězců?**

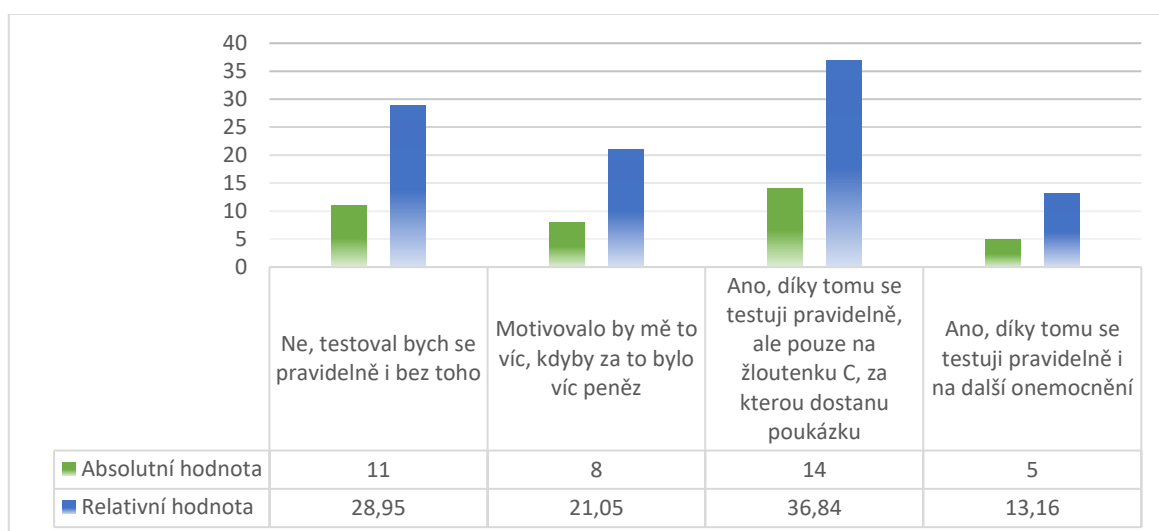


Graf 18 Poukázka za testování

*Zdroj: vlastní výzkum*

Poukázku za testování dostávají klienti ve Zlíně a v Uherském Hradišti, tento graf tedy kopíruje počet klientů těchto center, kteří se do výzkumu zapojili, celkově tedy 38 respondentů odpovědělo kladně. Naopak v centrech v Kroměříži a ve Vsetíně klienti poukázky nedostávají, jedná se o 29 respondentů.

**Položka 19: Pokud za testování dostáváš poukázku, je to pro tebe motivací k pravidelnému testování?**

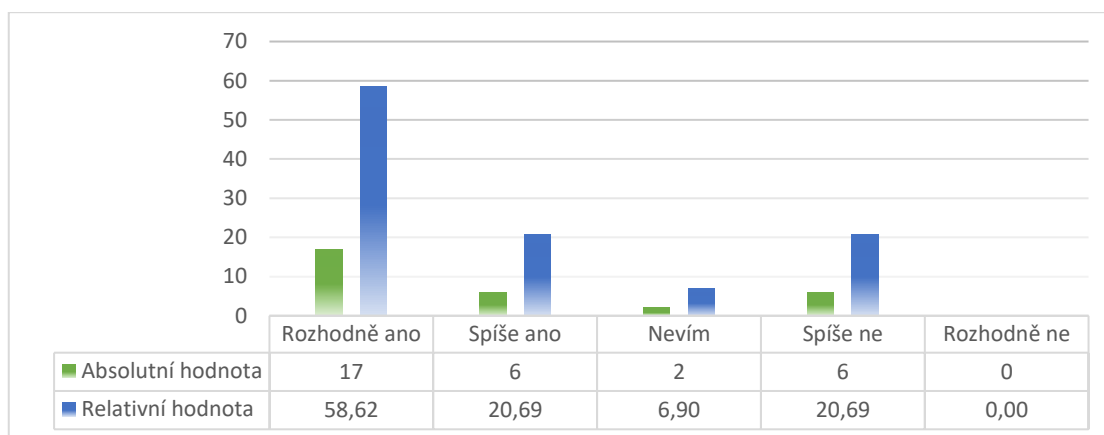


Graf 19 Motivace poukázkou I

*Zdroj: vlastní výzkum*

Tuto položku vyplňovali respondenti, kteří za testování na žloutenku C poukázku dostávají. Z výsledku vyplývá, že 11 klientů by se testovalo i bez obdržení poukázky, 8 respondentů by si představovalo poukázku ve vyšší finanční hodnotě. 19 klientů uvedlo, že je poukázka k testování motivuje, z toho 5 klientů se díky tomu testuje i na ostatní nabízená onemocnění.

**Položka 20: Pokud nedostáváš za testování poukázku, testoval by ses častěji, kdyby jsi za testování dostával finanční odměnu?**

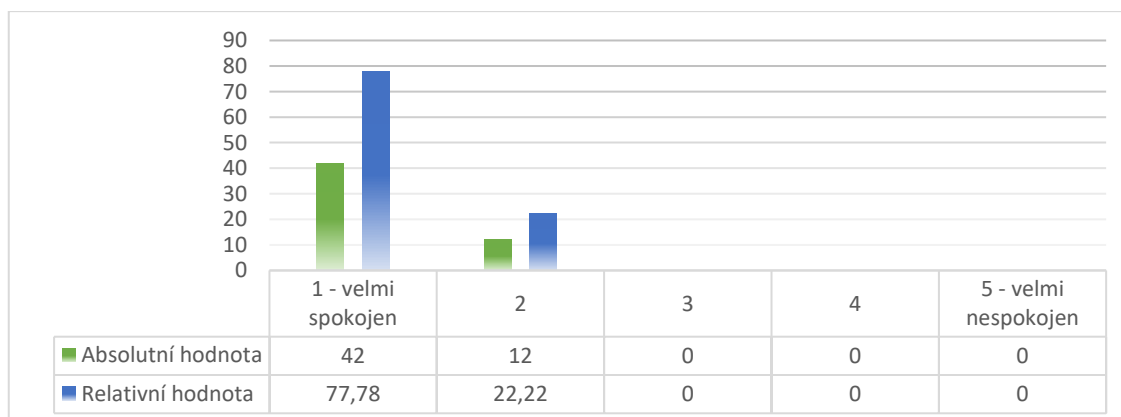


Graf 20 Motivace poukázkou II

*Zdroj: vlastní výzkum*

Na tuto položku dotazníku odpovídali klienti, kteří uvedli, že poukázku za testování nedostávají. Celkově tedy bylo vyhodnoceno 29 odpovědí. Z grafu vyplývá, že možnost dostávat za testování na žloutenku C poukázku by motivovalo téměř 80 % respondentů.

**Položka č. 21: Při každém testování by mělo probíhat poučení o infekčních onemocněních, o způsobech přenosu a léčby – jak hodnotíš kvalitu informací, kterou při testování dostáváš?**



Graf 21 Testové poradenství

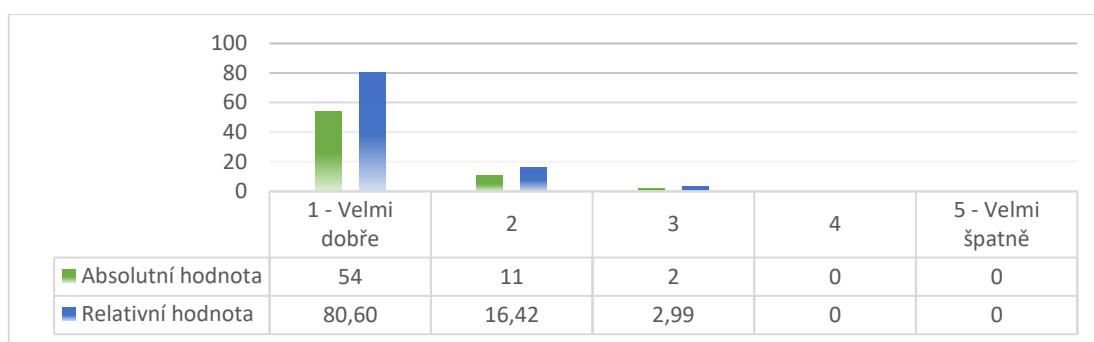
*Zdroj: vlastní výzkum*

Do této položky byly zahrnuty odpovědi respondentů, kteří uvedli, že se testují pravidelně, nárazově nebo po rizikovém chování. Nebyly započítány odpovědi respondentů, kteří na položku 17 odpověděli, že se netestují vůbec. Celkově tedy odpovídalo 54 respondentů. Ti vykazují velkou spokojenost s informacemi, které při testování dostávají.

## 6.5 Informace o bezpečnějším užívání

Posledních 6 položek dotazníku je zaměřeno na zjištění toho, zda mají klienti základní informace o bezpečnějším užívání.

**Položka č. 22: Jak hodnotíš svou informovanost o bezpečnějším užívání? (Kvalitu informací, kterou dostáváš od pracovníků, se kterými jsi v kontaktu)**

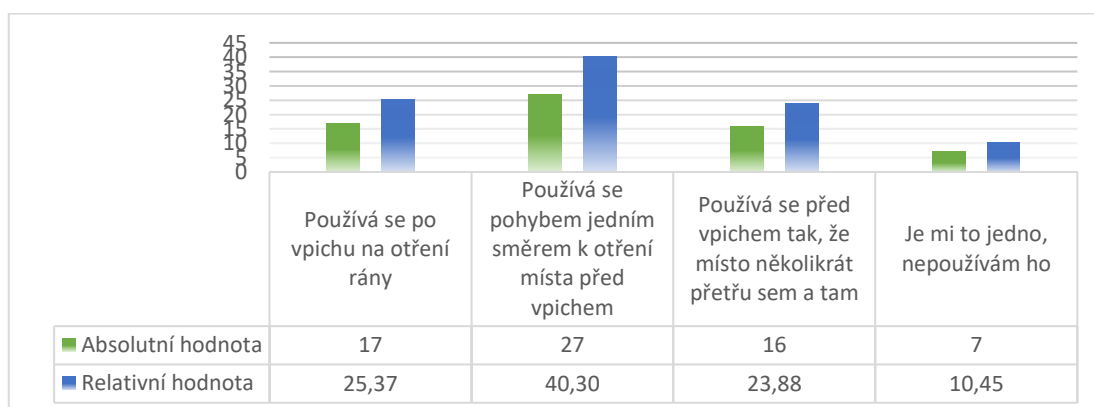


Graf 22 Vnímání informovanosti o bezpečném užívání

Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků vyplývá, že respondenti považují informace, které mají o bezpečnějším užívání, za velmi dobré.

**Položka č. 23: Víš, jak se používá dezinfekční čtvereček, který je součástí balíčku pro bezpečnější užití drogy?**



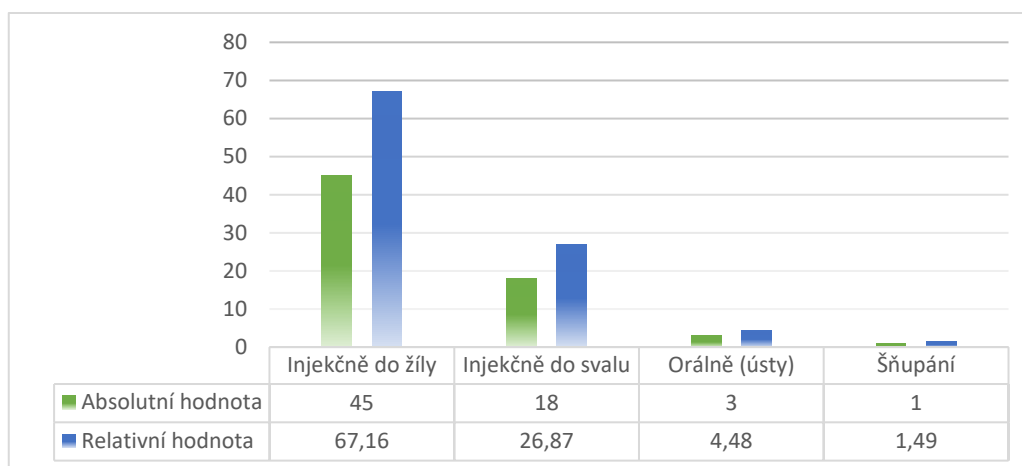
Graf 23 Použití dezinfekčního čtverečku

Zdroj: vlastní výzkum



Tato položka měla otestovat znalost klientů při použití základního materiálu pro bezpečnější aplikaci drogy. 40 % respondentů správně označilo, že se dezinfekční čtvereček používá pohybem jedním směrem k otření místa před vpichem. Téměř 50 % klientů však neví, jak se dezinfekční čtvereček používá. Zbýlých 10 % klientů jej nepoužívá vůbec.

#### Položka č. 24: Jaký způsob aplikace drogy je podle tebe nejvíce rizikový?

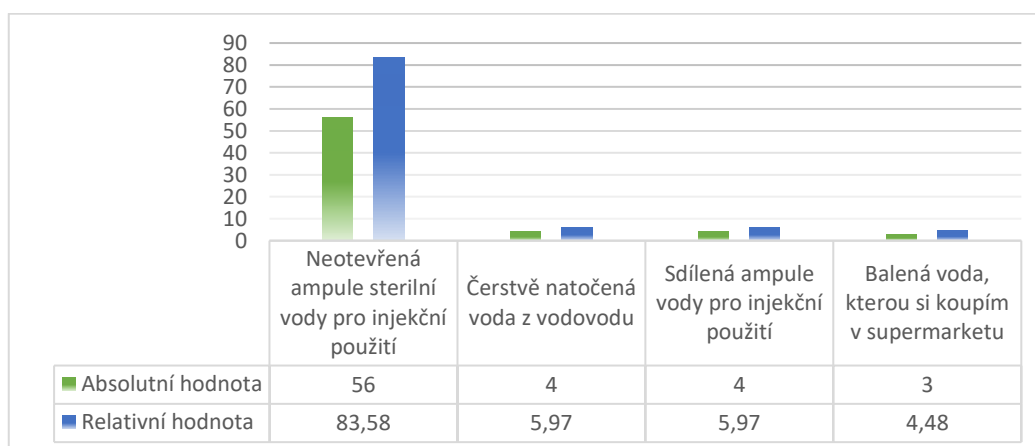


Graf 24 Nejvíce rizikový způsob aplikace

Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti nejčastěji označovali jako nejrizikovější způsob aplikace nitrožilní aplikaci. Tuto správnou odpověď označilo 45 klientů (67 %). Dalších 33 % odpovědělo nesprávně. 18 klientů se domnívá, že je rizikovější aplikace do svalu, 3 klienti se domnívají že ústně a 1 respondent označil možnost „šňupáním“.

#### Položka č. 25: Která voda je pro žilní aplikaci nejbezpečnější?

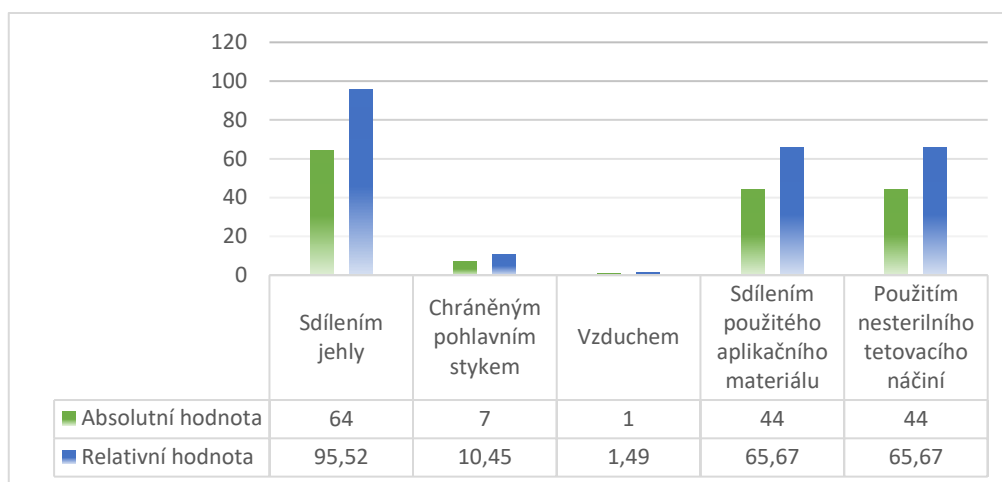


Graf 25 Voda k žilní aplikaci

Zdroj: vlastní výzkum

Respondenti při této otázce odpovídali téměř jednoznačně, zřejmě i díky formulaci možnosti, která je mohla ke správné odpovědi navést. 84 % z respondentů označilo správnou odpověď, že nejbezpečnější pro žilní aplikaci drogy je neotevřená ampule sterilní vody.

**Položka č. 26: Označ všechny možnosti, při kterých dle tvého názoru, může dojít k přenosu žloutenky C.**



Graf 26 Způsoby přenosu HCV

*Zdroj: vlastní výzkum*

Poslední položka dotazníku byla s možností více odpovědí a respondenti měli označit všechny možnosti, při kterých dle jejich názoru může dojít k přenosu žloutenky C. Správně byly tyto možnosti: sdílením jehly, sdílením použitého aplikačního materiálu a použitím nesterilního tetovacího náčiní. Pouze 32 klientů z celkových 67 označilo správně všechny tyto možnosti.

Z grafu je patrné, že téměř všichni respondenti označili možnost „sdílením jehly“. Další dvě správné odpovědi – sdílením použitého aplikačního materiálu a použitím nesterilního tetovacího náčiní byly označeny shodně 44 respondenty. 7 klientů se domnívá, že k přenosu žloutenky může dojít i během chráněného pohlavního styku a jeden respondent je přesvědčen o přenosu nemoci vzduchem.

## 7 INTERPRETACE DAT

V úvodu praktické části byly stanoveny výzkumné cíle a otázky a díky sesbíraným datům z provedeného výzkumu jsem našla na tyto otázky odpovědi. Hlavním cílem bylo zjistit, zda a v jaké míře jsou metody snižování zdravotních a sociálních rizik uplatňovány v praxi u uživatelů nealkoholových drog ve Zlínském kraji.

Mého výzkumu se zúčastnilo výrazně více mužů, než žen. Tohle zjištění není nijak zarážející, ve zprávě o nelegálních drogách Chomynová a kol. (2022) uvádějí, že výrazně častěji užívají nelegální návykové látky právě muži. Míra užití nelegálních drog je u mužů 2-3 vyšší než u žen. Nejpočetnější věkovou skupinu v mém výzkumu tvořili lidé ve věku 27-44 let. 18 % respondentů bylo dokonce ve věkové kategorii přes 45 let, a nejmenším poměrem byli zastoupeni respondenti s věkem nepřesahujícím 26 let. Tato zjištění souhlasí se zjištěními ve výroční zprávě o realizaci politiky v oblasti závislostí ve Zlínském kraji za rok 2020: „*U uživatelů nelegálních návykových látek se dá nadále zobecnit, že klientela, která je v kontaktu s nízkoprahovými zařízeními postupně nadále stárne (aktuální průměrný věk klienta v kraji přesáhl v r. 2020 již 33 let)*“ (Horyánský, 2021). Nejčastěji užívanou nelegální návykovou látkou ve Zlínském kraji, podle této výroční zprávy, je pervitin. I mezi respondenty, kteří si zúčastnili tohoto výzkumu, převažoval pervitin jako primární návyková látka, a to v celých 91 %. Když se nejednalo o látku primární, objevoval se pervitin jako další současně užívaná droga. V kombinaci s pervitinem uživatelé nejčastěji užívají THC. Z dat také plyne, že nejčastěji klienti užívají drogu intravenózně a co se pravidelnosti týče, nejčastěji užívají klienti drogu 2-3 dny v týdnu.

*První dílčí výzkumná otázka* měla za cíl zmapovat do jaké míry je využíván výměnný servis, zjistit tedy, jak klienti využívají potenciálu této služby. Tomuto cíli byly věnovány položky dotazníku 8-11. Ze získaných dat vyplynulo, že klienti nejčastěji získávají jehly a stříkačky v kontaktních centrech nebo přímo v terénu od terénních pracovníků. Do lékárny si pro jehly chodí pouhých 10 klientů a z velké části se jednalo o klienty ze Zlína. Další otázka z této oblasti měla zjistit, zda klienti, i přesto, že mají k dispozici zadarmo veškerý aplikační materiál prostřednictvím výměnného programu, sdílejí jehlu s jinou osobou. Ze získaných dat bylo zjištěno, že 54 respondentů (81 %) v posledních 30 dnech jehlu nesdílelo, naopak ke sdílení jehly nebo jiného aplikačního materiálu se přiznalo 13 respondentů. Tento výsledek můžeme hodnotit jako vcelku pozitivní. Oproti tomu výsledky z další otázky zaměřené na znovupoužití jehly nebo jiného aplikačního materiálu už dopadly podstatně hůř. Respondenti ve velkém procentu uváděli, že opakovaně používají jehlu (celkem 53 %).

Většina z nich uvedla, že se tohoto jednání dopustilo pouze párkrát, 10 respondentů přiznalo, že stejnou jehlu používá často. 16 respondentů uvedlo, že jehlu má vždy čistou, ale občas používá opakovaně jiné příslušenství. Alarmující je, že pouze 10 respondentů uvedlo, že vždy používají sterilní jehlu i sterilní materiál.

*Druhá dílčí výzkumná otázka* zjišťovala, do jaké míry jsou využívány služby zaměřené na zlepšení sociální situace klientů. Zjistili jsme, že klienti nízkoprahových služeb Zlínského kraje v 73 % zažívají sociální problémy v důsledku užívání návykových látek. Sociálního poradenství využilo 58 % dotázaných a kvalitu informací, kterou při tomto poradenství obdrželi, hodnotili ve většině případů velmi kladně. Co se týče zkušenosti se službou asistence, respondenti nejčastěji uváděli, že zatím neměli potřebu tuto možnost využít, 19 klientů tuto službu už v minulosti využilo a 9 z dotázaných klientů o této možnosti vůbec netušilo. Nikdo z dotázaných však neuvedl, že by mu byla služba odepřena. Co se týká subjektivního vnímání zlepšení sociální situace v důsledku využívání nízkoprahových služeb, valná většina klientů má pocit, že se jejich sociální situace zlepšila.

*Třetí dílčí otázka* zaměřená na oblast testování na infekční nemoci, mapovala přístup klientů k testování a zjišťovala, zda finanční poukázka za testování může působit jako vhodný motivační prvek. První z položek dotazníku v této oblasti zjišťovala, jak často se klienti testují na infekční onemocnění, přičemž byla zahrnuta i možnost odpovědi „netestuji se vůbec“, kterou označilo celkem 13 respondentů z 67. Co se jeví jako velmi pozitivní ukazatel je, že 30 klientů (což je 44 %) se testuje pravidelně a 23 respondentů uvedlo, že se testuje nárazově, například když je osloven s nabídkou testování pracovník. Dále jsem zjišťovala již zmíněný motivační potenciál finanční poukázky, kterou klienti dostanou za to, že se nechají otestovat na žloutenku C. Klienti, kteří za testování poukázku dostávají (celkem 38 respondentů) ve 14 ti případech uvedli, že je pro ně poukázka motivací k pravidelnému testování, ale pouze na žloutenku C, za kterou dostanou zmíněnou poukázku. Pouze 5 klientů uvedlo, že se díky tomu nechají rovnou otestovat i na další infekční nemoci. Pár klientů uvedlo, že by je motivovalo více, kdyby byla poukázka ve vyšší hodnotě a 11 klientů uvedlo, že by se testovalo i bez poukázky. Ač se může zdát, že z odpovědí klientů jednoznačně nevyplývá, že by je poukázka výrazně motivovala, při hlubším zpracování dat můžeme vidět ještě jednu souvislost. Klienti, kteří v položce 17 označili, že se testují pravidelně každé 3 měsíce, byli z velké části ti, kteří za testování poukázku dostávají (celkem v 25 případech z 30).

Dále jsme zjišťovali, zda by finanční poukázka byla motivující pro ty, kteří ji nedostávají. Z výsledků vyplývá, že možnost dostat za testování na žloutenku C poukázku by motivovalo téměř 80 % respondentů. Stejně jako v přechodím případě jsem hledala souvislost i mezi existencí poukázky a klienty, kteří v položce 17 uvedli, že se netestují vůbec. A bylo zjištěno, že ti, kteří se netestují vůbec, jsou zároveň ti, kteří poukázku nedostávají.

Čtvrtá a poslední dílčí otázka měla za cíl zjistit, zda mají klienti základní informace o bezpečném užívání a umějí je ve svém životě využít. Respondenti měli nejdříve zhodnotit svou subjektivní znalost o bezpečném užívání, tedy jestli mají pocit, že disponují dostatkem informací o bezpečném užívání. Klienti své znalosti vnímali jako velmi dobré. Formou jednoduchého kvízu jim pak byly předloženy 4 otázky zjišťující jejich znalosti. Nejvíce diskutabilní byla první otázka na správné použití dezinfekčního čtverečku. Pouze 27 klientů (40 %) správně označilo, že se používá pohybem jedním směrem k otření místa před vpichem. Z výsledků vyplynulo, že celých 50 % respondentů neví, jak by měli tento důležitý bezpečnostní prvek správně použít a 10 % respondentů uvedlo, že jej vůbec nepoužívá. Jako nejvíce rizikový způsob aplikace respondenti správně označovali injekční aplikaci do žíly, a to celkem v 67 %. Kde respondenti prokázali nejlepší znalosti byla položka 25, kde 84 % respondentů správně uvedlo, že nejbezpečnější voda pro žilní aplikaci je neotevřená ampule sterilní vody pro žilní použití. Ve znalostech o přenosu žloutenky C pouze 32 klientů z 67 označilo správně všechny správné možnosti – sdílením jehly, sdílením použitého aplikačního materiálu a použitím nesterilního tetovacího náčiní.

Myslím si, že se nám povedlo udělat si na základě dílčích otázek obrázek o tom, jak jsou metody snižování zdravotních a sociálních rizik uplatňovány v praxi. Zmapovali jsme 4 základní metody, které jsou při práci v kontaktních a terénních programech využívány. Výměnný program, sociální poradenství, testování na infekční nemoci a poskytování informací o bezpečnějším užívání.

Zjistili jsme, že mezi intravenózními uživateli pervitinu ve Zlínském kraji převažuje preference získání jehel a stříkaček v kontaktních centrech, případně u terénních pracovníků. I přesto že mají bezplatný přístup k jehlám i dalšímu aplikačnímu materiálu, chovají se klienti rizikově tím, že opakovaně používají stejnou jehlu nebo jiný aplikační materiál a zvyšují tak pravděpodobnost zanesení infekce, či jiných zdravotních komplikací. Pozitivní je, že klienti chápou riziko sdílení jehly s dalším člověkem a tohoto rizikového chování se většina respondentů nedopouští. Klienti navíc vnímají, že se jejich zdravotní stav, nebo přístup k aplikaci drog zlepšil od doby kdy jsou v kontaktu s pracovníky nízkoprahových

služeb. Můžeme se domnívat, že výměnný program na tom nese velký podíl. V rámci sociální oblasti můžeme hodnotit zkušenosti s poskytovanými sociálními službami velmi kladně, výsledky nám ukázali, že klienti se často dostávají do sociálních problémů v důsledku užívání návykových látek a nízkoprahová centra zastávají nezastupitelnou roli v jejich snižování tím, že nabízejí kvalitní sociální poradenství, pomocí služby asistence pomáhají bourat bariéry a že kontakt s pracovníky sociálních služeb dle klientů přispívá ke zlepšení jejich sociální situace. Můžeme konstatovat, že motivace poukázkou se jeví jako účinná v souvislosti s testováním na žloutenku C. Klienti, kteří testování podstupují si chválí kvalitu informací, které jsou jim při tomto testování poskytovány. Výsledky z oblasti informací o bezpečném užívání nám ukazují, že klienti sice mají pocit, že jejich znalosti jsou dostačující, ale ukázalo se, že mají ve znalostech o bezpečném užívání mezery, na kterých je možné zapracovat.

Výsledky tohoto výzkumu zaměřeného na popis situace ve Zlínském kraj, by mohly poskytnout důležité informace pro navrhování opatření a strategií pro snižování rizik u uživatelů nealkoholových drog ve Zlínském regionu.

## 8 DISKUZE A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Interpretace výsledků nám poskytla několik zajímavých zjištění na základě kterých, se pokusím přinést pár doporučení pro praxi, která by mohla být potenciálně využita pro další práci s klienty v nízkoprahových službách Zlínského kraje.

Nízkoprahová centra mají nepochybně nezastupitelnou roli ve snižování zdravotních a sociálních rizik u uživatelů drog. Národní institut pro zneužívání drog dlouhodobě podporuje výzkumy zaměřené na hodnocení účinných přístupů ke snižování škod. Četné výzkumy ukazují hodnotu intervencí a služeb zaměřených na snížení škod spojených s užíváním drog. Podle těchto výzkumů výměnné programy injekčního materiálu nepochybně pomáhají snižovat šíření HIV a dalších infekčních onemocnění (NIH Invests in a New Harm Reduction Research Network, 2022).

Z mých výsledků zaměřených na využití výměnného programu jsme zjistili, že jehly klienti sdílejí s další osobou jen velmi zřídka, ale často se uchylují k tomu, že stejnou jehlu nebo jiný aplikační materiál používají opakovaně. V mém případě šlo pouze o popisný výzkum, který nešel příliš do hloubky, proto jsou nám utajeny důvody, které klienty k tomuto chování vedou. I přesto lze apelovat na pracovníky, aby se snažili klienty více upozorňovat na rizika plynoucí z opakovaného užití jehel, ale i opakovaného užití šňupátek, vodičky a dalšího vybavení pro aplikaci. Ne všichni klienti jsou si patrně vědomi toho, že k přenosu infekčních onemocnění může dojít i jinak, než sdílením jehel a zapomínají na obezřetnost při sdílení jiného aplikačního materiálu. Což nám ostatně prokázala i poslední položka dotazníku. Na sdílení jehel a dalších parafernálií byla zaměřena i položka ve studii Séroprevalence VHC u injekčních uživatelů drog. Tato studie byla realizována v roce 2018 a mimo jiné se v ní ptali klientů nízkoprahových služeb na sdílení jehel, stříkaček a dalších parafernálií. Sdílení jehel a stříkaček v posledních 30 dnech přiznalo 21,8 % respondentů a sdílení parafernálií dokonce 40,6 % respondentů (Chomynová a kol, 2022).

Klienti si nejčastěji shánějí jehly přímo v kontaktních centrech nebo u svých terénních pracovníků, přičemž obliba kontaktních center převládá. Co se týče potenciálu využití lékárny jako doplňkové služby při distribuci HR materiálu, z výzkumu vyplynulo, že tuto službu využívá jen velmi málo klientů. Důvodů pro to může být hned několik. Pro klienty to znamená vystoupení z anonymity, obavy, že je uvidí někdo známý, z praxe také víme, že klienti často nevědí, ve které lékárně mohou jehly získat a že je tato doplňková služba zdarma. Doporučení, které se nabízí je pokusit se navázat spolupráci s lékárnami v místech

výskytu cílové skupiny a tuto skupinu informovat o možnosti bezplatného získání sterilního materiálu. Nabízí se také prostor pro další výzkum toho, jak klienti výměnu v lékárně vnímají a jak na tuto službu nahlíží samotní zaměstnanci lékárny, potažmo veřejnost.

Tento výzkum přispěl také k tomu, že se více klientů dozvědělo o možnosti využít službu asistence, která má při práci s klienty velký potenciál, pomáhá překonávat bariéry, kdy se klienti například bojí jít k lékaři nebo na úřad z důvodu obav, že budou zažívat stigmatizaci a diskriminaci. Přítomnost pracovníků tyto zábrany často pomůže zbourat. Důležitý potenciál má například v případě zachycení klienta reaktivního na infekční onemocnění, který by často bez nabídky doprovodu do zdravotnického zařízení svou situaci neřešil. Nízkoprahová zařízení jsou mnohdy jedinou odbornou službou, se kterou jsou uživatelé drog v kontaktu, je tedy potřeba aby testování na infekční onemocnění nabízela, prováděla a motivovala klienty k případné následné léčbě.

Podobně také zahraniční výzkumy zdůrazňují důležitost kontaktu závislých lidí se sociálními pracovníky. Podle výzkumů lidé, kteří se během období užívání drog setkají se službami Harm Reduction, častěji podnikají kroky k léčbě a zotavení a udržují si lepší zdravotní stav, čímž dlouhodobě šetří peníze na zdravotní péči a chrání také celkové zdraví komunity. Programy Harm Reduction také mohou být důležitým způsobem poskytování služeb lidem, kteří by se jinak mohli obávat vyhledat péči kvůli stigma, s nímž se setkávají ve většině prostředí, včetně tradičních léčebných zařízení (NIH Invests in a New Harm Reduction Research Network, 2022).

Dále jsem se ve svém výzkumu zaměřila na postoj klientů k testování na infekční nemoci. Podle zprávy o nelegálních drogách v ČR za rok 2021 je protestovanost lidí užívajících drogy injekčně nízká, ročně je otestováno přibližně jen 7–8 % z celkového odhadovaného počtu injekčních uživatelů. Stejně tak v rámci průzkumu realizovaném v roce 2020 Národním monitorovacím střediskem pro drogy a závislosti, hodnotili pracovníci nízkoprahových služeb protestovanost své klientely jako nízkou (do 20 %), taktéž je spíše nižší míra motivace klientů k podstoupení testu. Jako problémová místa při zajišťování služby testování programy uváděly zejména nízkou motivaci klientů k testování či k návštěvě specialisty (Mravčík a kol., 2021).

Z výsledků mého výzkumu můžeme usoudit, že ke zvýšení motivace k samotnému testování na žloutenku C nepochybně přispívá finanční poukázka, kterou klienti Společnosti Podané ruce ve Zlíně a Uherském Hradišti dostávají výměnou za otestování. Z interních zdrojů



Společnosti Podané ruce jsou známé údaje o testování za uplynulý rok 2022. Celkem bylo otestováno 501 klientů, z toho 32 bylo reaktivních a 5 z nich úspěšně dokončilo léčbu.

Společnost Agarta z.s. ve Vsetíně a Valašském Meziříčí a centrum Plus v Kroměříži by určitě měli tuto možnost zvážit, jelikož z průzkumu jasně vyplynulo, že by se klienti za poukázku nechávali testovat pravidelně, což by mohlo přispět k protestování větší části této populace, k případnému odhalení reaktivních jedinců a k léčbě těchto klientů, což by ve výsledku vedlo ke zmírnění zdravotních rizik a snížení přenosu nebezpečných infekcí mezi uživateli.

Na čem se dá dále pracovat je zvyšování povědomí o škodlivosti užívání a o apelování k bezpečnějšímu užívání drog. Spousta klientů neví, jak správně dezinfikovat místo vpichu a někteří to dokonce považují za zbytečné. Tím, že místo nedezinfikují, nebo to provádějí nesprávným způsobem, si však mohou způsobit zdravotní problémy, například zanesením infekce do rány. Ke snížení těchto zdravotních rizik by tak mohla přispět větší edukace v této oblasti. Samotná komunikace s klientem při výměně injekčního náčiní je dle Radimeckého (2006) velmi důležitou součástí samotného aktu, při kterém by měl pracovník s klientem hovořit o způsobech aplikace a možných problémech souvisejících s užíváním intravenózně a nenásilnou formou informovat klienta o bezpečnějších způsobech aplikace. Při distribuci informačních materiálů o minimalizaci rizik je nutné zmapovat, jakým způsobem je klient informován o správném způsobu použití pomůcek a případně poskytnout nebo doplnit chybějící informace.

Ke zvýšení povědomí o bezpečnějším užívání drog dle mého názoru přispělo i samotné vyplňování dotazníku. Obzvláště poslední kvízová část dotazníku často vyvolala diskuzi a docházelo tak k prohlubování znalostí ohledně bezpečnějšího užívání a upozornění na rizika spojená s užíváním drog. Vytvořilo to bezpečný prostor pro otevření různých témat a navázání bližšího kontaktu s klientem. Myslím si proto, že již samotné provádění tohoto dotazníkového šetření mělo určitý edukační vliv na snížení zdravotních a sociálních rizik.

Provádění výzkumů v oblasti drogové problematiky může nejen sociálním pedagogům poskytnout důležité informace o nejnovějších trendech, rizicích a možnostech prevence a intervence v této oblasti. Sociální pedagogové mohou přispívat k výzkumu v této oblasti, například už jen tím, že sbírají a analyzují data o uživatelích drog a jejich potřebách a vytvářejí výzkumné projekty zaměřené na tuto problematiku. Spolupráce sociálních pedagogů s výzkumnými týmy může vést k novým poznatkům, které pomohou posunout péči o uživatele drog na vyšší úroveň.

## ZÁVĚR

V rámci této diplomové práce jsem se zabývala snižováním zdravotních a sociálních rizik u uživatelů nealkoholových drog ve Zlínském kraji. Výzkumy v oblasti drogové problematiky mají významnou souvislost se sociální pedagogikou, která se zabývá prací s lidmi v různých životních situacích, včetně uživatelů drog a dalších znevýhodněných skupin a může tak přinést zajímavé poznatky o životě těchto skupin a přispět k lepší práci s nimi.

Práce byla rozdělena na dvě části. V té první, teoretické části, jsme se zaměřili na základní pojmy z oblasti drogové problematiky, objasnili jsme si pojem závislost, a to z různých úhlů pohledu, dále jsme se podrobněji zabývali různými typy závislostí a důvody, které mohou ke vzniku závislosti vést. To nás přivedlo k charakteristice osob závislých na návykových látkách a specifických problémech, se kterými se tato skupina osob potýká ať už po stránce zdravotní nebo sociální. Cílem této diplomové práce bylo také představit systém Harm Reduction a zdůraznit důležitost nízkoprahových center, které pomáhají se snižováním zdravotních a sociálních rizik u uživatelů návykových látek, respektují současnou situaci uživatelů a vhodnými metodami pomáhají k zodpovědnému užívání.

V praktické části byl následně definován výzkumný problém a stanoveny výzkumné otázky. Cílem výzkumné části bylo zjistit, jak jsou metody snižování zdravotních a sociálních rizik uplatňovány v praxi při práci s uživateli nealkoholových drog ve Zlínském kraji. Pomocí dotazníkového šetření a následného vyhodnocení sesbíraných dat, byly zjištěny zajímavé informace. Výzkum přinesl odpověď na otázku motivace klientů k většímu testování, poukázal na některé mezery ve znalostech bezpečnějšího užívání a otevřel prostor pro další výzkumy v této oblasti. Nízkoprahová centra nepochybně zastávají nezastupitelnou roli v oblasti snižování zdravotních a sociálních rizik. Nabízejí kvalitní sociální poradenství a kontakt s pracovníky sociálních služeb přispívá ke zlepšení zdravotní i sociální situace jejich klientů.

Právě sociální pracovníci jsou často jediní, kdo se chovají k uživatelům drog slušně a ukazují jim jiný pohled na život, než mají v rámci svojí drogové party. Podle Matého (2020) stojí absence lásky v životě lidí užívajících drogy často v pozadí jejich vzdálení se od společnosti a jejich izolace a marginalizace pak prohlubuje riziko, že se mohou dostávat do stále bezvýchodnější situace bez jakékoliv víry na zlepšení. Samotná přítomnost druhé lidské osoby, která člověka přijímá takového, jaký je, bez nároků na změnu, je sama o sobě

podpůrná zkušenost a také základní lidská potřeba (Nepustil a Geregová, 2020). Proto je práce sociálních služeb v oblasti závislostí tolik důležitá. Stejně tak je důležité provádět další výzkumy zaměřené na snižování zdravotních a sociálních rizik, jelikož takové výzkumy umožňují lépe porozumět problému a vyvinout účinnější prevenci a léčbu. Rozpracování těchto témat může také pomoci změnit veřejné mínění o uživatelích drog a ukázat, že uživatelé drog nejsou jen nezodpovědní jedinci, kteří si svou situaci způsobili sami, ale že jsou to lidé, kteří potřebují pomoc a podporu, aby mohli změnit své životy.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ALEXANDER, Bruce, 2010. *The Globalization of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*. Oxford University Press. ISBN 9780199588718.

BEDNÁŘOVÁ, Zdena Zuzana a Lubomír PELECH, 2003. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. Brno: Doplněk. Co, jak, proč?. ISBN 80-723-9148-8.

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČEVELA, R., L. ČELEDOVÁ a H. DOLANSKÝ, 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2860-5.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2014. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5046-0.

FRÝBERT, Jiří, 2021. Trocha chemie okolo vodiček. *E-Dekontaminace: Web pro klienty a pracovníky harm reduction* [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <http://new.edekontaminace.cz/trocha-chemie-okolo-vodicek/>

GRONSKÝ, Libor a Tomáš ZÁBRANSKÝ, 1997. *Racionální protidrogová politika: uživatelé drog do rukou policie nebo lékařů?*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-719-8250-4.

HERZOG, Aleš, 2017. *Sedm výzev pro drogové služby*. StreetWork [online]. [cit. 08.03.2023]. Dostupné z: [https://archiv.streetwork.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=5585](https://archiv.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=5585)

HORYÁNSKÝ, Petr, 2021. *Výroční zpráva o realizaci politiky v oblasti závislostí v kraji 2020*. Zlínský kraj [online]. Krajský úřad Zlínského kraje [cit. 06.03.2023]. Dostupné z: <https://www.kr-zlinsky.cz/vyrocní-zprava-o-realizaci-politiky-v-oblasti-zavislosti-v-kraji-2020-cl-5462.html>

HUNT, N., M. ASHTON, S. LENTON a kol., 2003. A Review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use. In: *Harm Reduction International* [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://www.hri.global/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf>

CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., DVOŘÁKOVÁ, Z., a kol., 2022. *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2022*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-306-4.

CHRÁSKA, Miroslav, 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5326-3.

What is Harm Reduction?: A position statement from the International Harm Reduction Association, 2010. In: *International Harm Reduction Association* [online]. UK: IHRA. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z:

[https://www.hri.global/files/2010/08/10/Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_English.pdf](https://www.hri.global/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf)

JIREŠOVÁ, Katarína a Soňa JAVORKOVÁ, 2003. *Harm reduction v problematike injekčného užívania*. Bratislava: OZ Odysseus. ISBN 8096857665.

KALINA, Kamil a kol., 2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-867-3405-6.

KALINA, Kamil a kol., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2474-331-8.

KALINA, Kamil a kol., 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Praha: Filia nova. ISBN 80-238-8014-4.

KLINGEMANN, Harald, Linda C. SOBELL, Judith C. BARKER a kol., 2001. *Promoting Self-Change from Problem Substance Use: Practical Implications for Policy, Prevention and Treatment*. Kluwer Academic Publisher. ISBN 978-0792370888.

KŘÍŽOVÁ, Ivana, 2021. *Závislosti: pro psychologické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1754-3.

LAURENTOVÁ, Hana, 2015. Rektální aplikace. *EDekontaminace: Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center*. [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <http://new.edekontaminace.cz/dekontaminace-ii-2015-alternativni-aplikace/>

LÜLLMANN, Heinz, Klaus MOHR a Martin WEHLING, 2004. *Farmakologie a toxikologie*. Vyd. 2. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0836-1.

MAKOVSKÁ-DOLANSKÁ, P., B. KORČIŠOVÁ a V. MRAVČÍK, c2004. *Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních*. Praha: Úřad vlády České republiky. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-867-3416-1.

MATÉ, Gabor, 2020. *V říši hladových duchů: blízká setkání se závislostí*. Praha: PeopleComm. ISBN 978-80-87917-62-6.

MATOUŠEK O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-x.

MATOUŠKOVÁ, Ingrid, 2013. *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4580-0.

MINAŘÍK, Jakub a Jiřina HOBSTOVÁ, 2003a. Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení. In: Kalina, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 223-228. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, Jakub a Jiřina HOBSTOVÁ, 2003b. Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS. In: Kalina, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, s. 229-233. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.

MINAŘÍK, Jakub a Vratislav ŘEHÁK, 2008. Somatické komplikace a komorbidita. In: Kalina, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, s. 89-96. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MRAVČÍK, Viktor, 2005. *Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog: odborné podklady pro činnost*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-74-9.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., a kol., 2021. *Zpráva o nelegálních drogách v České republice 2021*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-279-1.

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., a kol., 2016. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-7440-156-5.

NEPUŠTIL, Pavel, 2014. *Bez léčby to jde: proces přestávání s pervitinem bez odborné pomoci*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. ISBN 978-80-210-6754-7.

NEPUŠTIL, Pavel a Markéta GEREGOVÁ. 2020. *Bez podmínek: metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-9667-7.

NEŠPOR, Karel a Marie MÜLLEROVÁ, 2000. *Jak přestat brát (drogy): svépomocná příručka*. Praha: Sportpropag. ISBN 8026038746.

NIH Invests in a New Harm Reduction Research Network, 2022. *National Institute on Drug Abuse: Advancing Addiction Science* [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://nida.nih.gov/about-nida/noras-blog/2022/12/nih-invests-in-new-harm-reduction-research-network>

NUTT, D. J., L. A. KING a L. D. PHILLIPS, 2010. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet* [online]. 376(9752), 1558-1565 [cit. 2023-04-13]. ISSN 01406736. Dostupné z: doi:10.1016/S0140-6736(10)61462-6

PEEL, Stanton and Archie BRODSKY, 1992. *The Truth about Addiction and Recovery*. New York: Simon and Schuster. ISBN 978-0671755300

PROKOP, Daniel a kol., 2019. *Rozdělení svobodou: česká společnost po 30 letech*. Praha: Radioservis. ISBN 978-80-88286-08-0.

PRŮCHA, Jan, 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5232-7.

PŘEČKOVÁ, Eva, 2022. Alternativní aplikace. *EDekontaminace: Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center*. [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <http://new.edekontaminace.cz/dekontaminace-ii-2022-drogy/>

PŘEČKOVÁ, Eva, 2015. Šňupání je sexy. *EDekontaminace: Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center*. [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <http://new.edekontaminace.cz/dekontaminace-ii-2015-alternativni-aplikace/>

REINARMAN, Craig, 2009. *Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease* [online]. 13(4), 307-320 [cit. 2023-04-13]. ISSN 1606-6359. Dostupné z: doi:10.1080/16066350500077728.

RÖHR, Heinz-Peter, 2015. *Závislost: jak jí porozumět a jak ji překonat*. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0927-0.

*Seznam a definice výkonů drogových služeb*, 2006. Praha: Úřad vlády České republiky. Metodika. ISBN 80-86734-81-1.

STANÍČEK, Jiří, 2007. *Metodika terénní práce s uživateli drog*. In Klíma, P. a kol. *Kontaktní práce: Antologie textů České asociace streetwork*, s.231-240. Praha: Česká asociace streetwork.

TERMER, Aleš, 2015. Kouření (drog) je sexy. *EDekontaminace: Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center*. [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <http://new.edekontaminace.cz/dekontaminace-ii-2015-alternativni-aplikace/>

TUČEK, Milan, 2020. Tisková zpráva: Tolerance k vybraným skupinám obyvatel - březen 2020. In: *Centrum pro výzkum veřejného mínění* [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: [https://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c2/a5201/f9/ov200430.pdf](https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a5201/f9/ov200430.pdf)

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VYSKOČILOVÁ, Lucie, 2018. Řeš(ž)/Neřeš(ž) Absces. *EDekontaminace: Časopis pro klienty a pracovníky terénních programů a kontaktních center*. [online]. [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <http://new.edekontaminace.cz/dekontaminace-i-2018-ritual-aplikace/>



**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

Aj.	A jiné
Apod.	A podobně
CNS	Centrální nervový systém
ČR	Česká republika
HR	Harm Reduction
IUD	Injekční uživatelé drog
Např.	Například
Sb.	Sbírka
Tj.	To je
TP	Terénní programy
Tzv.	Tak zvaný
VHB	Virová hepatitida typu B
VHC	Virová hepatitida typu C

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Pohlaví respondentů .....	45
Graf 2 Věk respondentů .....	45
Graf 3 Respondentova služba .....	46
Graf 4 Primární návyková látka .....	46
Graf 5 Současné užívání další návykové látky .....	47
Graf 6 Frekvence užívání drogy .....	47
Graf 7 Způsob užití drogy .....	48
Graf 8 Kde klienti shánějí jehly a stříkačky .....	48
Graf 9 Sdílení jehel a dalšího injekčního materiálu .....	49
Graf 10 Znovupoužití aplikačního materiálu .....	49
Graf 11 Vnímání zlepšení zdravotní situace .....	50
Graf 12 Existence sociálních problémů .....	51
Graf 13 Využití sociálního poradenství .....	51
Graf 14 Hodnocení kvality poskytnutých informací .....	52
Graf 15 Využití služby asistence .....	52
Graf 16 Zlepšení sociální situace .....	53
Graf 17 Pravidelnost testování .....	53
Graf 18 Poukázka za testování .....	54
Graf 19 Motivace poukázkou I .....	54
Graf 20 Motivace poukázkou II .....	55
Graf 21 Testové poradenství .....	55
Graf 22 Vnímání informovanosti o bezpečném užívání .....	56
Graf 23 Použití dezinfekčního čtverečku .....	56
Graf 24 Nejvíce rizikový způsob aplikace .....	57
Graf 25 Voda k žilní aplikaci .....	57
Graf 26 Způsoby přenosu HCV .....	58

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Ahoj! Prosím o vyplnění dotazníku k diplomové práci, která se zabývá snižováním zdravotních a sociálních rizik u uživatelů nealkoholových drog ve Zlínském kraji. Dotazník je **anonymní** a jeho výsledky budou použity pouze pro studijní účely. Děkuji za tvůj čas věnovaný tomuto dotazníku. U jednotlivých otázek prosím označ, případně doplň odpověď dle zadání.

1. **Pohlaví:**     Žena             Muž

2. **Věk:**             méně než 18         18-26             27-35             36-44             45 a více

3. **Jsem klientem služby:**

- K-centrum, terénní programy Zlín
- K-centrum, terénní programy Kroměříž
- K-centrum, terénní programy Uherské Hradiště
- K-centrum, terénní programy Vsetín, Valašské Meziříčí

4. **Primární návyková látka**

- Pervitin
- THC
- Kokain
- Heroin
- Jiné (doplň) .....

5. **Užíváš současně i jinou drogu?**

- Ne
- Ano (doplňte jakou) .....

6. **Jak často drogy užíváš?**

- 1x týdně, či méně často
- 2-3 dny v týdnu
- 4-6 dní v týdnu
- Denně
- Méně než 3x měsíčně

7. **Jakým způsobem drogu užíváš?**

- Injekčně do žíly
- Ústně
- Sniff (šňupání)
- Kouření
- Jiné (doplňte) .....

8. **Užíváš-li drogy injekčně, kde získáváš jehly a stříkačky?**

- V kontaktním centru
- U terénních pracovníků
- V lékárně

- Od kamaráda/známého
- Jinak (doplňte...)

**9. Sdílel jsi v posledních 30 dnech jehlu, nebo jiný aplikační materiál s nějakou další osobou?**

- Ano
- Ne

**10. Používáš stejnou jehlu, nebo jiný aplikační materiál (vodu, rozdělačku..) vícekrát?**

- Párkrát jsem použil stejnou jehlu vícekrát
- Často používám stejnou jehlu vícekrát
- Jehlu mám vždy novou, ale občas použiji vícekrát jiný aplikační materiál
- Vždy používám novou jehlu i aplikační materiál

**11. Máš pocit, že se tvůj zdravotní stav, nebo přístup k aplikaci drog změnil k lepšímu od doby, kdy si v kontaktu s pracovníky kontaktních, či terénních služeb?**

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

**12. Máš nějaké sociální problémy související s užíváním drog, jako je například ztráta práce nebo rodinných vztahů?**

- Ano
- Ne

**13. Využil jsi někdy sociální poradenství v oblasti bydlení, práce, dluhů apod.?**

- Ano
- Ne (přeskoč na otázku 15)

**14. Jak hodnotíš kvalitu informací, které ti byly v rámci výše zmíněného poradenství poskytnuty? (ohodnoť jako ve škole 1- nejlepší, 5 – nejhorší)**

1      2      3      4      5

**15. Využil jsi někdy službu asistence? (možnost požádat pracovníky o doprovod do lékařského zařízení, na úřad, apod.)**

- Ano, už jsem tuto službu využil
- Neměl jsem zatím potřebu tuto možnost využít
- Chtěl jsem tuto možnost využít, ale byla mi odepřena
- Nevěděl jsem o této možnosti

**16. Máš pocit, že se tvá sociální situace zlepšila k lepšímu od doby, kdy si v kontaktu s pracovníky kontaktních, nebo terénních služeb?**

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně ne

**17. Jak často se testuješ na infekční onemocnění?**

- Testuji se pravidelně co 3 měsíce
- Testuji se nárazově (když si vzpomenu, když mě osloví pracovník centra..)
- Testuji se pouze po rizikovém chování
- Netestuji se vůbec

**18. Dostáváš za testování na žloutenku C finanční kompenzaci ve formě poukázky do některého z obchodních řetězců?**

- Ano (pokračuj otázkou číslo 19)
- Ne (pokračuj na otázku číslo 20)

**19. Pokud za testování dostáváš poukázku, je to pro tebe motivací k pravidelnému testování?**

- Ne, testoval bych se pravidelně i bez toho
- Motivovalo by mě to víc, kdyby za to bylo víc peněz
- Ano, díky tomu se testuju pravidelně, ale pouze na žloutenku C, za kterou dostanu poukázku
- Ano, díky tomu se testuju pravidelně i na ostatní onemocnění

**20. Pokud ne, testoval by ses častěji, kdyby si za testování dostával finanční odměnu?**

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Nevím
- Spíše ne
- Rozhodně

**21. Při každém testování by mělo probíhat poučení o infekčních onemocněních, o způsobech přenosu a léčby. Jak hodnotíš kvalitu informací, které při testování dostáváš? (Ohodnot' jako ve škole 1 - nejlepší, 5 - nejhorší)**

1      2      3      4      5

**22. Jak hodnotíš svou informovanost o bezpečnějším užívání? (Kvalitu informací, které dostáváš od pracovníků, se kterými si v kontaktu) (Ohodnot' jako ve škole 1- nejlepší, 5 - nejhorší)**

1      2      3      4      5

**23. Víš, jak se používá dezinfekční čtvereček, který je součástí balíčku pro bezpečnější užití drogy?**

- Používá se po vpichu na otření rány
- Používá se pohybem jedním směrem k otření místa před vpichem
- Používá se před vpichem tak, že místo několikrát přetřu sem a tam
- Je mi to jedno, nepoužívám ho

**24. Jaký způsob aplikace drogy je podle tebe nejvíce rizikový?**

- Injekčně do žíly
- Injekčně do svalu

- Orálně (ústy)
- Šňupání

**25. Která voda je pro žilní aplikaci nejbezpečnější?**

- Neotevřená ampule sterilní vody pro injekční použití, kterou dostanu od pracovníků
- Čerstvě natočená voda z vodovodu
- Sdílená ampule vody pro injekční použití
- Balená voda, kterou si koupím v supermarketu

**26. Označ všechny možnosti, při kterých, dle tvého názoru, může dojít k přenosu žloutenky C.**

- Sdílením jehly
- Chráněným pohlavním stykem
- Vzduchem
- Sdílením použitého aplikačního materiálu
- Použitím nesterilního tetovacího náčiní (např. ve věznici)