

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Fakulta zdravotně sociální
Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Filozofie harm reduction v prevenci drogových závislostí

Vypracoval: Josef Hruša
Vedoucí práce: Mgr. Jana Gabrielová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Tématem bakalářské práce je filozofie Harm Reduction v prevenci drogových závislostí. Teoretická část práce je členěna do pěti kapitol. V první kapitole je definován pojem droga, je zde uvedeno základní dělení drog z několika hledisek. Podrobněji jsou popsány účinky základních typů drog. Druhá kapitola popisuje důsledky užívání drog. Je zde popsána drogová závislost, která se rozvíjí v důsledku opakovaného a chronického užívání drog včetně sociálních, psychických a zdravotních problémů, které chronické užívání drog provází. Problematika užívání drog je zde nahlížena i z hlediska celospolečenského, neboť i pro společnost jako celek představuje nezodpovědné užívání drog závažný problém. Třetí kapitola se věnuje prevenci jejímž obecným cílem je snaha předcházet vzniku a rozvoji drogové závislosti. V této souvislosti je zmíněna filozofie Harm Reduction, jejíž podstatou je minimalizovat škody, které užívání drog představuje pro jedince i pro společnost. Opatření a intervence, které směřují k tomuto cíli jsou zpravidla řazeny do terciální prevence. Podrobnému popisu filozofie Harm Reduction se věnuje čtvrtá kapitola. Jsou zde popsány základní principy harm reduction, historické souvislosti vzniku této koncepce a také kritické postoje vůči tomuto přístupu k aktivním uživatelům drog, protože i mezi odborníky není jednotný názor o jeho smyslu a účinnosti. V páté kapitole jsou popsány jednotlivé harm reduction služby, které poskytují sociální a zdravotní instituce. Tyto služby jsou zde rozčleněny podle jejich jednotlivých poskytovatelů. Těmi jsou kontaktní centra, terénní služby a substituční centra. Dále jsou zde popsány neúčinnější harm reduction projekty, které přispívají ke snížení škod spojených s užíváním drog. Na pátou kapitolu plynule navazuje výzkumná část práce, jejímž hlavním cílem je poskytnutí reflexe těchto služeb ze strany aktivních uživatelů drog. K tomuto účelu byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Hlavním přínosem výzkumu je získání několika domněnek, které lze ověřit kvantitativním způsobem. Podle provedeného výzkumu se lze domnívat, že uživatelé drog s pokročilou drogovou závislostí nemají stabilní bydlení a zaměstnání, a proto využívají služby poskytované v kontaktním centru, především hygienický a potravinový servis a sociální

služby. Díky existenci výměnného programu a poskytování informací o rizicích injekčního užívání drog se chovají méně rizikově ve vztahu k vlastnímu zdraví. Substituční léčba je vhodná pro narkomany motivované ke změně životního stylu. Ti, kteří nejsou motivovaní si raději obstarají drogu na černém trhu než aby respektovali nastavená pravidla.

KLÍČOVÁ SLOVA: drogy - drogová závislost - prevence drogových závislostí - harm reduction – výměnný program – substituční léčba

Abstract

The bachelor theme deals with the philosophy Harm Reduction in the prevention of drug addiction. The theoretical part is divided into five chapters. The first chapter defines the concept of a drug and the drugs are classified here according to several criteria. There are described here the effects of the basic types of drugs. The second chapter describes the consequences of drug abuse. It is described here the drug addiction which is developing due to repeated and chronic drug abuse including social, psychological and health problems that accompany chronic drug use. The issue of drug abuse is here also seen in terms of society, because for society as a whole represents the irresponsible drug abuse a serious problem. The third chapter is dedicated to the prevention whose general purpose is an effort to prevent the development of drug addiction. In this context it is mentioned the philosophy of Harm Reduction whose principle is to minimise the harms for individuals and society from drug abuse. Measures and interventions heading towards this goal are usually classified into tertiary prevention. The fourth chapter deals with the detailed description of the philosophy of Harm Reduction. There are described here the principles of harm reduction, historical contexts of its origin as well as critical attitudes towards this approach to active drug users, because even among experts there is no consensus about its meaning and effectiveness. In the fifth chapter there are described various harm reduction services that are provided by social and health institutions. These services are divided according to their individual providers. These are low-threshold centres, outreach services and substitution centres. There are also described the most effective harm reduction projects that contribute to reducing harms associated with drug abuse. The fifth chapter follows up the research part whose main objective is to provide a reflection of these services by active drug users. For this purpose was chosen a qualitative research strategy. The main benefit of the research is to obtain several assumptions that can be verified in a quantitative way. According to the research, it appears that drug users with developed drug addiction do not have stable housing and employment, and therefore they use the

services provided in the low-threshold center, especially hygiene and food service and social services. Due to the existence of a needle and syringe program and also by providing informations about the risks of injecting drugs, the drug users act less risky in relation to their health. Substitution treatment is suitable for addicts who are motivated to change their lifestyle. The unmotivated addicts prefer obtain the drug on the black market than to respect the rules.

KEY WORDS: drugs - drug addiction - prevention of drug addiction - harm reduction
– needle and syringe program - substitution treatment

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 13.8. 2015

.....
(jméno a příjmení)

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Gabrielové, Ph.D. za trpělivost při vedení mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod	10
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1.1 DROGY.....	11
1.2 DŮSLEDKY DROGOVÉ ZÁVISLOSTI.....	14
1.2.1 Drogová závislost	14
1.2.2 Sociální problémy	14
1.2.3 Psychické problémy	15
1.2.4 Zdravotní problémy	15
1.2.5 Celospolečenské problémy	17
1.3 PREVENCE DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ	19
1.3.1 Primární prevence	19
1.3.2 Sekundární prevence	19
1.3.3 Terciální prevence	20
1.4 FILOZOFIE HARM REDUCTION	21
1.4.1 Základní principy harm reduction	22
1.4.2 Historie harm reduction	24
1.4.3 Kritika harm reduction	26
1.5 POSKYTOVATELÉ HARM REDUCTION SLUŽEB	27
1.5.1 Kontaktní centra	27
1.5.2 Terénní služby (Streetwork)	29
1.5.3 Substituční centra	29
1.5.4 Další harm reduction projekty	30
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
2.1 Cíl práce	33
2.2 Výzkumné otázky	33
3 METODIKA	34
3.1 Výzkumný přístup	34

3.2 Výběr respondentů	34
3.3 Způsob sběru dat	34
3.4 Etické normy a pravidla výzkumu	35
3.5 Zpracování a analýza dat	35
4 VÝSLEDKY	36
4.1 Základní údaje o respondentech	36
4.2 Využívané služby	38
4.2.1 Harm reduction služby	38
4.2.2 Doplnkové služby	40
4.2.3 Substituční léčba	40
4.2.4 Léčba závislosti	40
4.3 Spokojenost s poskytovanými službami	44
4.3.1 Spokojenost s harm reduction a kontaktními službami	44
4.3.2 Spokojenost se substituční léčbou	44
4.3.3 Názory na realizaci některých harm reduction projektů	45
5 ZÁVĚR	46
6 SEZNAM ZDROJŮ	48

Úvod

Tato bakalářská práce se věnuje tématu harm reduction. Jedná se o přístup, který je zaměřen na uživatele drog, kteří nejsou schopni nebo ochotni změnit svůj rizikový způsob života. Podstatou tohoto přístupu je minimalizace zdravotních a sociálních rizik, která jsou spojena s užíváním drog. Nejde jen o zdravotní a sociální stabilizaci uživatelů drog, ale také o opatření, jejichž cílem je ochrana společnosti. V teoretické části jsou popsány důsledky drogové závislosti, preventivní postupy zahrnující předcházení nebo rozvoj drogové závislosti a postupy harm reduction. Jsou zde popsány jednotlivé harm reduction služby, které poskytují kontaktní centra, terénní služby nebo substituční centra. Cílem práce je provést terénní výzkum s injekčními uživateli drog a zjistit zkušenosti uživatelů s těmito službami a poskytnout určitou reflexi těchto služeb z jejich pohledu.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 DROGY

Dle Presla (1995: 9) lze jako drogu chápat každou látku, ať už přírodní nebo syntetickou, která splňuje dva základní požadavky:

1. má psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem vnímání a prožívání reality, mění vnitřní naladění - jednoduše působí na psychiku
2. může vyvolat závislost, tzn. má potenciál závislosti (menší či větší, ale je přítomen vždy)

Drogy lze dělit například podle těchto hledisek:

- **podle postoje společnosti ke droze**

Podle postoje společnosti k jednotlivým drogám lze drogy dělit na legální a nelegální. Legální drogy jsou ve společnosti tolerované. Patří sem např. alkohol, nikotin, kofein, léky, organická rozpouštědla. Tyto psychotropní látky nebývají běžně označovány termínem „droga“. Tento termín je téměř výlučně spojován s látkami nelegálními, tedy látkami, jejichž výroba a distribuce je nezákonná (Dočkal, 2000).

- **podle míry rizika**

Drogy lze dělit na drogy s akceptovatelným, přijatelným rizikem (tzv. „měkké drogy“) a drogy s rizikem nepřijatelným (tzv. „tvrdé drogy“). Drogy zařazené do první skupiny lze užívat „v přijatelných intervalech a v přijatelných množstvích, aniž by v

neúnosné míře došlo ke vzniku závislosti nebo k jiným negativním důsledkům“. Patří sem např. kofein, nikotin, konopí a alkohol, i když u alkoholu je tato hranice sporná. Užívání alkoholu v přiměřeném množství není nebezpečné, nicméně jeho nadužívání je pro organismus vysoce rizikové (Nožina, 1997: 10). Mezi drogy s nepřijatelným rizikem patří např. heroin, kokain, pervitin atd. (Presl, 1995).

- **podle účinků na psychiku**

Stimulační drogy – Jejich základním efektem je absolutní nabuzení organismu. Zvyšují psychomotorické tempo a bdělost, urychlují myšlení, vyvolávají euforii a posilují ego. Zbavují člověka únavy a aktivují jeho motoriku. Navozují stav, kdy organismus pracuje na plný výkon. Po skončení účinku drogy se naopak dostavuje stav vystupňované únavy. U jedince užívajícího tyto drogy se jako vedlejší účinek projevuje ztráta chuti k jídlu a ve spojitosti s nadměrným výdejem energie dochází k hubnutí. Při vyšších dávkách nebo po delším užívání dochází ke vzniku toxické psychózy, která se projevuje podobně jako schizofrenie. Mezi stimulační drogy se řadí například pervitin, amfetamin, kokain, crack, extáze. Stimulační drogy způsobují psychickou závislost (Minařík, 2008).

Tlumivé látky (narkotika) – V malých dávkách zklidňují organismus, způsobují pasivitu. Užití vyšších dávek navozuje spánek, v krajním případě může jedinec upadnout do komatu a může dojít k zastavení jeho životních funkcí. Poměrně rychle vzniká fyzická i psychická závislost a pokud člověk drogu nemá, projevují se abstinenci příznaky. Do této skupiny se řadí opiáty (heroin, morfin, metadon, subutex) látky používané v medicíně ke zklidnění a navození spánku (hypnotika, sedativa) a látky, které člověka zbavují úzkosti a strachu (anxiolytika) (Minařík, 2008).

Halucinogeny – Halucinogenní drogy mohou být přírodního nebo syntetického původu. Jejich základním efektem je změna vnímání. Od pouhého zostření až po stav podobný schizofrenii. Nižší dávky způsobují zostřené vnímání, barvy vypadají jako živé a veškeré vjemy jsou velmi plastické. Hudba je intenzivně vnímána a prostupuje celým tělem. Středně silné dávky prohlubují intenzitu vnímání, které se výrazně mění a objevují se halucinace. Při vysokých dávkách člověk ztrácí kontakt s realitou a dochází k jeho depersonalizaci. Ve vyjimečných případech může dojít k psychickým změnám, které mohou být nevratné. Postižený jedinec musí podstoupit dlouhodobou léčbu na psychiatrii. Halucinogeny také mohou u predisponovaného jedince spustit psychickou poruchu, která by se u něj bez požití těchto látek vůbec neprojevila. Závislost na halucinogenech nevzniká. Rizika jsou spojena hlavně se špatným průběhem intoxikace. V případě, že má intoxikace příjemný průběh, jedná se o zajímavý a obohacující zážitek. V opačném případě může jedinec zažít hrůzný zážitek, který může evokovat potřebu uniknout z nepříjemně vnímané situace. Pro člověka, který není na takovou změnu vnímání připraven, může být takováto zkušenost fatální (Minařík, 2008).

Tabulka 1: Rozdělení drog podle míry rizika

MÍRA RIZIKA	"TVRDOST"	ZÁSTUPCI
vysoká	tvrdé	Heroin Morfin Crack LSD
vysoká až střední	tvrdé	Lysohlávky Kokain Pervitin
střední	tvrdé	Alkohol Ecstasy
relativně malá	měkké	Marihuana Hašiš
prakticky bez rizika	měkké	Káva Čaj

Zdroj: Minařík (2008: 340)

1.2 DŮSLEDKY UŽÍVÁNÍ DROG

1.2.1 Drogová závislost

Drogová závislost vzniká při opakovaném nebo chronickém užívání drogy. Je to stav, při kterém absence drogy vyvolává fyzické nebo psychické obtíže. Podle definice WHO je návyk na léky, drogy nebo alkohol „stav periodické nebo chronické intoxikace psychotropními substancemi, jenž je vyvoláván opakovaným užíváním drogy a je škodlivý pro jednotlivce a společnost.“ Závislost vede „k narušení osobnosti, snížení výkonnosti a často i inteligence“ (Goehlert a Kuehn, 2001: 20).

Rozlišuje se psychická a fyzická závislost. Psychická závislost může mít intenzitu od pouhého přání, kterému lze odolat až po neodolatelnou a nezvladatelnou touhu získat drogu všemi možnými prostředky. Fyzická závislost je stav, kdy organismus zahrnul drogu do své látkové výměny, vytvořil si „pseudopotřebu“ drogy a při jejím odnětí reaguje abstinenčními příznaky (Nožina, 1997).

1.2.2 Sociální problémy

V důsledku nekontrolovaného užívání drog dochází k narušení sociálního fungování jedince. Čím více člověk podléhá drogové závislosti, tím více problémů se v jeho životě objevuje. Droga člověku přináší fascinující prožitky, kterým se cokoliv světského může jen ztěžít vyrovnat. Kouzlo drogy je natolik silné, že člověk ztrácí své zájmy, přestává si rozumět se svými kamarády a hledá známost v okruhu uživatelů drog, se kterými může sdílet svou zkušenost. Drogově závislý často nezvládá chodit pravidelně do práce nebo do školy, odkud je následně vyhozen. V pokročilé fázi závislosti musí denně uspokojit svou potřebu. Pokud nemá stálý příjem, musí peníze shánět jinými způsoby. V počátcích řeší situaci zpravidla prodejem svého majetku a půjčkami od známých. Někteří nejsou v

dané situaci schopni hradit náklady na bydlení a stávají se z nich bezdomovci. Přespávají na různých místech, například v opuštěných domech, v lesích a v zahradních domcích. Jejich hlavním cílem je získat drogu a hodnoty jako je vzdělání, kariéra, rodina, tedy hodnoty, které jsou vlastní většině lidí ve společnosti, jsou pro ně podružné. Díky svému životnímu stylu bývají ze strany společnosti ostrakizováni a jejich identifikace s drogovou subkulturou se tak prohlubuje. Nezřídka se stává, že peníze na drogy si začnou obstarávat trestnou činností (Dočkal, 2000; Sanetníková, 1990).

1.2.3 Psychické problémy

Při dlouhodobém dráždění a útlumu mozkových center prostřednictvím drog dochází k poruchám nervového systému. Narkomané mají často problémy se spaním. Prakticky všichni dlouhodobí uživatelé pervitinu zažijí opakovaně toxickou psychózu, která se svými příznaky podobá paranoidní schizofrenii. Postižený má pocit, že se proti němu všichni spikli, často slyší hlasy apod. Pod vlivem těchto bludů může postižený ublížit sobě nebo i někomu jinému (Krekulová, 1999).

1.2.4 Zdravotní problémy

Užívání drog (zejména stimulačních drog) potlačuje chuť k jídlu. Při nedostatku živin a vitaminů dochází k celkovému tělesnému chátrání a oslabení imunity. Lidé dlouhodobě závislí na drogách často zanedbávají hygienu, včetně čištění zubů, což vede k jejich kažení a ztrátě (Krekulová, 1999).

Mezi nejčastější infekční onemocnění u narkomanů patří virové hepatitidy typu B a C. Jedná se o infekční zánět jater. Tato onemocnění se mezi narkomany šíří sdílením injekčního náčiní a nechráněným pohlavním stykem. V počátečním stadiu jsou typické projevy této nemoci podobné chřipce, takže se stává, že tato choroba je někdy chybně

diagnostikována. Při plném rozvinutí nemoci dochází ke žlutavému zbarvení kůže, sliznic a očního bělma. Léčba spočívá v podání léku Interferon, který brání množení viru v játrech. Nejlepší prevencí proti hepatitidě typu B je očkování. Proti hepatitidě typu C dosud žádná vakcína neexistuje (Minařík a Hobstová, 2003).

Častým zdravotním problémem u injekčních uživatelů drog jsou bakteriální infekce v důsledku nesterilní aplikace drogy. Při používání nesterilního injekčního náčiní (včetně pomůcek pro přípravu drogy) a opomenutím dezinfekce místa vpichu alkoholovým tampónem riskují uživatelé drog zanesení místa vpichu bakteriální infekcí. Povrchové záněty se projevují zčervenáním, otokem a hnisavou sekrecí s tvorbou zarudlých, žlutavých krust. V horším případě dochází ke hnisavému roztavení postižené tkáně a vzniká absces nebo flegmóna. Absces je dutina v těle, která je vyplněná hnisem. Pokud se absces vytvoří na povrchu těla, jeví se jako boule, která je zarudlá a teplá. Absces je bolestivý a je doprovázen vysokými teplotami. Z ohraničeného abscesu se infekce může nekontrolovaně šířit do okolních tkání. Tento proces se označuje jako flegmóna. Léčba se neobejde bez chirurgického zákroku. Dalším častým problémem injekčních uživatelů drog je povrchový zánět žil. Při špatně provedené aplikaci drogy dochází k zanesení bakterií do žilní stěny a ke vzniku zánětu. Zánět se projevuje bolestivostí a zarudnutím v místě vpichu. Léčí se protizánětlivými mastmi, studenými obklady a stažením postižené části obinadlem (Minařík a Řehák, 2008).

Pokud se infekce dostane do krevního řečiště, může se zachytit na srdečních chlopních a ohrožovat tak funkci srdce. Jedná se o závažné a život ohrožující infekční onemocnění zvané endokarditida, které vyžaduje hospitalizaci. Při zanedbání léčby se může krevním oběhem šířit dále do celého těla a vytvářet abscesy ve vnitřních orgánech. Krevním řečištěm nebo z okolní zanícené kůže se může infekce také dostat do kostí a kloubů. Léčba zánětu v kostech je obtížná a při jejím zanedbání může dojít ke ztrátě hybnosti a v krajním případě k amputaci postižené části těla (Minařík a Řehák, 2008).

Injekční uživatelé drog jsou ohroženi plicními infekcemi ve větší míře než běžná populace. K většímu riziku propuknutí infekce přispívá také fakt, že uživatelé drog jsou většinou silnými kuřáky cigaret, čímž se poškozuje samočisticí schopnost dýchacích cest (Minařík a Hobstová, 2003).

Virus HIV je mezi narkomany v České republice relativně málo rozšířen. Nakaženo je cca. 1% injekčních uživatelů drog. Tento virus se mezi narkomany šíří podobně jako hepatitidy typu B a C sdílením injekčních stříkaček a nechráněným pohlavním stykem. Virus HIV způsobuje postupné selhávání imunitního systému. V počátečním stadiu se u nemocného projevují příznaky podobné chřipce, v pokročilejším stadiu se rozvíjí onemocnění AIDS, které je charakteristické rozvinutým selháním imunitního systému, který není schopen při sebemenší nemoci adekvátně reagovat. Jedná se o smrtelné onemocnění, které současná medicína nedokáže vyléčit. Při zahájení včasné léčby lze rozvoj onemocnění AIDS oddálit o mnoho let a zlepšit kvalitu života nakaženého (Krekulová, 1999).

1.2.5 Celospolečenské problémy

Infekční nemoci, které se vyskytují mezi narkomany, se přenáší nechráněným pohlavním stykem, a proto mohou být hrozbou i pro většinovou společnost. Dalším ohrožením jsou infekce, které se šíří kapénkovou cestou (např. hepatitida typu A). Zdrojem nákazy mohou také být odhozené infikované injekční stříkačky. Dalším faktorem zatěžujícím většinovou populaci jsou problémy, které vyplývají ze sociálních a psychických potíží narkomana, který zatěžuje rodinné příslušníky a okolí. Těhotné matky, které jsou drogově závislé, ohrožují zdraví plodu (Zábranský, 1997).

Podle zpráv o situaci v oblasti drog ze zemí Evropské unie pohoršuje veřejnost zejména injekční užívání drog na veřejnosti, očividná drogová intoxikace, pouliční distribuce drog a trestná činnost páchaná pod jejich vlivem, odhazování použitého

injekčního materiálu a ohrožování dětí drogově závislími a drogovými dealery. Veřejný pořádek bývá dále narušován například hlučným chováním, obtěžováním lidí, dotěrným slovním kontaktem, agresivním žebráním, kriminalitou, vandalismusem a ničením veřejného nebo soukromého majetku (EMCDDA, 2005: 10).

Podle provedených výzkumů a zpráv o situaci v oblasti drog v zemích Evropské unie narušují veřejný pořádek majoritně polyvalentní uživatelé drog, kteří jsou zároveň pravidelnými konzumenty alkoholu, dále injekční uživatelé, kteří si aplikují drogu na veřejnosti a uživatelé se současným výskytem více nemocí (EMCDDA, 2005: 14).

Zatím neexistuje žádný signifikantní důkaz o tom, že by intoxikace nelegální drogou prolamovala bariéry a zvyšovala ochotu páchat trestné činy. Dle amerických studií jsou násilné zločiny častěji páčány pod vlivem alkoholu. Nezákonné chování ve spojitosti s nelegálními drogami je spojeno s obstaráváním finančních prostředků na nelegální drogy, jejichž cena je ve srovnání s legálním alkoholem extrémně vysoká. Drogová závislost proto mnohdy vede uživatele drog k páčání trestné činnosti za účelem uspokojení své potřeby (Zábranský, 1997).

Herzog (2012) rozděluje uživatele drog české drogové scény do tří kategorií podle nákladů potřebných na obstarání drogy. Do první kategorie řadí tzv. nízkorozpočtové uživatele, jejichž denní náklady se pohybují kolem 100 Kč denně. Jsou to typičtí uživatelé subutexu. Středněrozpočtoví uživatelé potřebují na nákup denní dávky 500 až 1000 korun denně. Jsou to typičtí uživatelé pervitinu. Vysokorozpočtoví uživatelé představují přibližně 5 až 10 % všech narkomanů. Na nákup denní dávky drogy (heroinu) potřebují 2000 až 3000 korun denně. Je tedy zjevné, že určitá část narkomanů si obstarává finanční prostředky na nákup drogy nelegální činností.

Narkomané jsou svým rizikovým způsobem života náchylnější k infekčním nemocem. Léčba těchto nemocí je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Náklady na léčení hepatitidy B se pohybují řádově v desetitisících, hepatitidy C a AIDS v řádu statisíců korun na jednotlivce za rok (Zábranský, 1997).

1.3 PREVENCE DROGOVÝCH ZÁVISLOSTÍ

Prevence drogových závislostí je soustava opatření, jejichž cílem je předejít rozvoji drogové závislosti. Světová zdravotnická organizace rozděluje prevenci na primární, sekundární a terciální (Kalina, 2001).

1.3.1 Primární prevence

Primární prevence je *„předcházení užití u osob, kteří dosud s drogou nejsou v kontaktu. Obvykle je ztotožňovaná s prevencí bez dalšího přívlastku.“* (Kalina, 2001)

Cílovou skupinou je obecná populace. Jejím cílem je odradit od užívání nelegálních psychotropních látek. Primární prevence probíhá v rodině, kdy je na rodičích, aby mluvili se svými dětmi o této problematice a podávali jim objektivní informace o rizicích užívání drog. Preventivní výchova spočívá ve vedení dětí k smysluplným aktivitám ve volném čase, umění jim naslouchat, pomáhat jim a vést je k pocitu hrdosti na svou individualitu. Primární prevence dále probíhá ve školách, kde působí tzv. peer programy, v rámci kterých starší studenti vedou s žáky diskuzi na toto téma. Dále probíhá s využitím médií, prostřednictvím kterých je společnost informována o této problematice (Nešpor a Provazníková, 1997).

1.3.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence je *„předcházení vzniku a rozvoje závislosti u osob, které již drogu užívají. Obvykle je používána jako synonymum pro poradenství a léčení.“* (Kalina, 2001)

Mezi odborníky nepanuje jednotný názor na to, kde přesně je hranice mezi sekundární a terciální prevencí. Z literatury vyplývá, že sekundární prevence je zaměřena na aktuální uživatele drog, kteří mají zájem nebo jsou schopni změnit svůj styl života ve smyslu integrace do většinové společnosti. V tomto smyslu sekundární prevence tedy zahrnuje programy jejichž cílem je abstinence a resocializace drogově závislých. Někteří autoři (např. Zábranský, 2003) do sekundární prevence zahrnují i nízkoprahové programy určené i těm narkomanům, kteří nejsou motivováni k abstinenci. Stejně tak i substituční léčba je některými autory (např. Fišerová, 2000) řazena do sekundární prevence.

Sekundární prevence probíhá například v adiktologických poradnách, v pedagogicko-psychologických poradnách, v denních stacionářích, v terapeutických komunitách a psychiatrických léčebnách, v doléčovacích a resuscitačních centrech (Kalina, 2003).

1.3.3 Terciální prevence

Terciální prevence je *„předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. V tomto smyslu je terciární prevencí jednak resocializace či sociální rehabilitace, jednak opatření zaměřená především na snížení přenosu infekčních nemocí při nitrožilním užívání drog, souborně zvaná Harm Reduction.“* (Kalina, 2001).

Cílovou skupinou jsou uživatelé drog, kteří nejsou schopni nebo ochotni se užívání drog vzdát. Jejím cílem je změnit rizikové chování uživatelů drog, které může mít negativní vliv nejen pro ně samotné, ale i pro společnost (Zábranský, 2003).

V rámci terciální prevence se provádí například výměna použitých injekčních stříkaček za sterilní, což z určitého hlediska může být posuzováno jako podpora užívání drog, nicméně z pragmatičtějšího pohledu tato intervence pomáhá zabránit šíření

infekčních nemocí mezi narkomany a potenciálně i mezi většinovou společností. Do terciální prevence se řadí také substituční léčba, jejíž podstatou je náhrada nelegální a nečisté drogy za drogu chemicky čistou, určenou pro aplikaci méně rizikovým způsobem v tzv. substitučním centru. Substituční léčba je určena těm narkomanům, kteří selhali v pokusech léčit se z drogové závislosti, a u kterých je jejich drogový stereotyp natolik zafixován, že nejsou schopni se ho sami zbavit a potažmo změnit svůj životní styl (Kalina, 2003).

1.4 FILOZOFIE HARM REDUCTION

Termín „harm reduction“ znamená v doslovném překladu „snižování škod“ a používá se v různém kontextu. Harm reduction označuje především nové paradigma, tedy úhel pohledu, z kterého lze na drogovou problematiku pohlížet. Harm reduction se zaměřuje na minimalizaci rizik a snižování škod, které souvisejí s užíváním drog a stojí tak v protikladu k přístupu, který striktně prosazuje prohibici, a který se vyznačuje nulovou tolerancí k užívání drog. V užším pojetí lze jako harm reduction označit soubor strategií, které redukují negativní dopady užívání drog. Zahrnuje celé spektrum strategií od bezpečnějšího užívání drog až ke strategiím vedoucím k abstinenci (Janíková, 2008).

Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA, 2010) tímto termínem označuje *„koncepte, programy a činnosti směřující k minimalizaci škod souvisejících s užíváním psychoaktivních látek u osob, které nejsou schopny nebo ochotny s užíváním přestat.“*

1.4.1 Základní principy harm reduction

Pragmaticčnost

Harm reduction akceptuje, že jistá míra užívání psychotropních látek patří mezi běžné prvky lidské zkušenosti. Uznává, že užívání drog s sebou nese určitá rizika, ale zároveň poskytuje uživateli jisté přínosy, které je třeba zohlednit, jestliže chceme porozumět jeho chování. Z hlediska komunity může být schůdnější a reálnější alternativou snaha o zmírnění škod spojených s užíváním drog než úsilí zaměřené na jejich úplnou eliminaci (Hunt, 2003).

Zaměření na škody

Skutečnost nebo míra užívání drog má druhořadý význam v porovnání s rizikem škod vyplývajících z užívání. Škody mohou být zdravotního, sociálního nebo ekonomického typu a mohou se týkat jednotlivce, komunity nebo celé společnosti. Prioritou je snížit negativní dopady užívání drog pro uživatele a jeho okolí, než se snažit snížit užívání jako takové. Abstinence může ale nemusí být dlouhodobým cílem. V některých případech je efektivní formou harm reduction snižování dávek, jindy může být efektivní změna způsobu užívání (Hunt, 2003).

Zaměření na bezprostřední cíle

S uživateli drog je pracováno bez nátlaku a veškeré intervence vycházejí z jejich aktuálních potřeb. Vychází se z předpokladu, že náhlá změna jejich životního stylu a okamžitá abstinence od drog je příliš náročný úkol, který ve většině případů není reálný. Při práci s uživateli drog se postupuje od realistických a snadno dosažitelných cílů k těm náročnějším. Z hlediska harm reduction jsou pro komunitu větším přínosem drobné změny k lepšímu u velkého množství lidí než heroické počiny týkající se vybrané hrstky osob (IHRA, 2010).

Ochrana lidských práv

Rozhodnutí člověka užívat drogy je akceptováno jako fakt. To ovšem neznamená souhlas s užíváním drog. Uživatel drog není odsuzován moralistickými soudy, ale také není podporován ve svém užívání. Jsou respektována práva a důstojnost uživatele drog (Hunt, 2003).

Lidé, kteří berou drogy mají mít stejná práva jako ti, kteří drogy neberou. Tato práva zahrnují právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví, právo na využívání sociálních služeb, právo na práci či právo na využívání výtěžků vědeckého pokroku. Není akceptovatelné, aby uživatelé drog byli svévolně zadržováni nebo zatýkáni a byli vystaveni krutému nelidskému a ponižujícímu zacházení (IHRA, 2010).

Vystupování proti politikám a praktikám, které zvyšují škody

Mnohé politiky a praktiky zvyšují rizika možných škod souvisejících s užíváním drog. Patří sem kriminalizace užívání drog, diskriminace, policejní zvrůle, restriktivní a represivní zákony a politiky, odepírání lékařské péče a sociálních služeb a sociální nerovnost. Harm reduction usiluje o přehodnocení těch mezinárodních a národních zákonů a politik, které vytvářejí pro užívání drog rizikové podmínky a zvyšují tak jejich škodlivost (IHRA, 2010).

Ochrana veřejného zdraví

Harm reduction nesleduje jen zájem klienta, ale také usiluje o ochranu komunity a celé společnosti před nákazou infekčními nemocemi (AIDS, hepatitidy B a C). Infekce se šíří nejčastěji sdílením jehel při nitrožilní aplikaci drog a při pohlavním styku. Součástí harm reduction jsou metodické postupy, jejichž cílem je zabránit šíření infekce. Jsou to například výměna jehel a stříkaček, distribuce kondomů a edukačních materiálů, očkování drogové populace proti hepatitidám apod. (Kalina, 2003).

Nízkoprahový přístup

Někteří lidé, kteří se ocitnou v nouzové situaci, nevyužijí pomoci sociálních nebo zdravotních institucí, protože služby, které tyto instituce poskytují jsou pro ně obtížně dosažitelné. Je to například proto, že o těchto službách nevědí nebo mají obavy tyto instituce vyhledat, instituce nenabízejí služby, které potenciální klienti potřebují nebo kladou podmínky, které jsou pro ně obtížně splnitelné. Ve snaze nabídnout pomoc i těmto lidem začala fungovat nízkoprahová zařízení, která jsou přístupná komukoliv bez zvláštních požadavků (Libra, 2003).

1.4.2 Historie harm reduction

Pojem „harm reduction“ je používán od 80. let 20. století. Některé principy harm reduction však byly uplatňovány mnohem dříve.

Například ve Velké Británii jsou již od 20. let 20. století předepisovány drogy (především heroin a kokain) klientům, kteří opakovaně selhali v pokusech léčit svou závislost. Podstatou tohoto přístupu k závislosti je psycho-sociální stabilizace těch uživatelů drog, kteří nejsou schopni nebo ochotni s užíváním drog přestat (Heller, Pecinovská, 1996).

Nizozemí přistoupilo k radikální změně své drogové politiky v 70. letech 20. století. V roce 1972 zveřejnila Pracovní skupina pro narkotika dokument, ve kterém stojí, že drogová politika by se měla zaměřit i na rizika spojená s užíváním drog. O čtyři roky později byl přijat zákon, který rozděloval návykové látky na látky s „nepřijatelným rizikem“ (heroin, kokain, amfetaminy a LSD) a látky s „nižším rizikem“ (např. marihuana a hašiš). V roce 1980 vzniká v Rotterdamu odborová organizace „Junkie Bond“ hájící zájmy uživatelů drog. Snaží se zabránit jejich postupnému úpadku a zlepšit jejich životní situaci. Diskutuje s vládou o distribuci metadonu, dostupnosti sterilních jehel zdarma, policejní zlovůli a špatných bytových podmínkách. Výsledkem jejího úsilí

je zavedení prvního oficiálního výměnného programu v roce 1984 v Amsterdamu (Marlatt et al., 2012).

V britském Liverpoolu se v 80. letech rozšířila epidemie AIDS mezi injekčními uživateli drog. V zájmu ochrany veřejného zdraví byla koncipována strategie, která měla primárně za úkol zabránit dalšímu šíření AIDS. Tato strategie zohledňovala i individuální potřeby uživatelů drog zahrnovala následující postupy: zavedení výměnného programu, poskytování metadonu jako substituční drogy a v ojedinělých případech i heroinu, kontaktování skryté populace terénními pracovníky, nehodnotící a přátelský postoj pracovníků služeb a snadná dostupnost těchto služeb pro uživatele drog. Tento model byl pojmenován „The Merseyside model“ a je dodnes využíván jako vzorová strategie pro práci s aktivními uživateli drog (O'Hare, 2007).

Harm reduction jako sociální hnutí se začíná formovat od poloviny 80. let. Usiluje o to, aby se programy zaměřené na snižování rizik a negativních důsledků užívání drog staly součástí národních protidrogových politik. Společným diskuzním místem se stala každoroční mezinárodní harm reduction konference (IHRC - International Conference on Reduction of Drug-Related Harm), a to od roku 1990, kdy se konala v Liverpoolu. Brzy na to vznikla Mezinárodní asociace harm reduction (IHRA - International Harm Reduction Association), která začala přístup harm reduction prosazovat po celém světě (Tammi, 2004).

Co se týče historie harm reduction na našem území, tak první výměnný program byl zahájen v roce 1986 ve Středisku drogových závislostí v Praze (Kalina, 2001). První kontaktní centra začala vznikat v první polovině 90. let. Ve stejné době začaly být zaváděny terénní programy zacílené na uživatele drog (Bém, 2003). První substituční léčba metadonem byla povolena Ministerstvem zdravotnictví v roce 1992 jako jednorozční experiment. Podobný program pro omezený počet pacientů byl spuštěn v roce 1997. V roce 1999 vznikly oficiální standardy pro substituční léčbu a následně začala být zakládána centra substituční léčby (Zábranský, 2003). V roce 1995 vznikla

Asociace nestátních organizací (A.N.O.), která slouží jako střešní organizace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby uživatelům drog. V roce 1999 je zde založena sekce harm reduction, vymezená pro kontaktní centra a programy terénních služeb (Randák et al., 2015).

1.4.3 Kritika harm reduction

Hunt (2003) uvádí výhrady některých kritiků k přístupu harm reduction. K pochybnostem o vlivu přístupu harm reduction patří obava, že uplatňování tohoto přístupu udržuje lidi v závislosti a brání jim tak spadnout na „tvrdé dno“, od kterého by se mohli odrazit. Dalším kritickým argumentem je to, že tento přístup podporuje užívání drog. Logika tohoto argumentu spočívá v tom, že pokud se bude pomáhat lidem, kteří užívají drogy, aby byli zdravější a sociálně adaptovaní, budou lidé, kteří drogy neužívají považovat jejich užívání za bezpečné. Harm reduction tak podle svých kritiků vysílá zlý signál a podkopává úsilí primární prevence. Někteří lidé si také myslí, že skrytým záměrem harm reduction je prosazení legalizace drog. Je ovšem nesporným faktem, že někteří zastánci tohoto přístupu jsou příznivci legalizace.

Výrazným kritikem přístupu harm reduction je Dr. Francesca Heller. Ve svém článku se zamýšlí nad touto koncepcí a staví se vůči ní kriticky. Podle Heller znamená harm reduction odklon od cíle, kterým je úplná abstinence. Uplatňováním tohoto přístupu se nepomáhá závislému, ale jeho závislosti. Závislý jedinec si nevybuduje motivaci k úplnému vyléčení ze závislosti a pouze pasivně přijímá pomoc, aniž by vyvinul vlastní úsilí. Dále argumentuje, že intervence ve prospěch drogově závislých jako je poskytování lékařské pomoci, provozování aplikačních místností a podávání substitučních drog podporují konzumaci drog. Namítá, že tato koncepce podporuje užívání drog ve společnosti, čímž se užívání drog dostává do podvědomí mladistvých a nebezpečí, že začnou experimentovat s drogami se tak zvyšuje (Haller, 1997).

1.5 POSKYTOVATELÉ HARM REDUCTION SLUŽEB

„Opatření směřující ke snižování zdravotních rizik spojených s užíváním drog provádějí především služby nízkoprahových zařízení (kontaktní centra, terénní programy/streetwork), případně léčebná zařízení (substituční centra).“ (Mravčík et al., 2004: 44)

1.5.1 Kontaktní centra

Kontaktní centra jsou určena především intravenózním uživatelům, kteří vedou vysoce rizikový způsob života. Mezi základní poskytované služby patří výměnný program, sociální poradenství a další doplňkové služby (viz níže). Spolupráce mezi klientem a kontaktním centrem není podmíněna abstinencí. Klient má možnost svobodné volby, jestli se rozhodne pro abstinenci nebo život s drogou. Je zde zaručena anonymita klienta. Klienti jsou zde evidováni prostřednictvím kódů (Libra, 2003).

Výměnný program

Podstatou výměnného programu je poskytnutí injekčních stříkaček a injekčních pomůcek zdarma nebo za poplatek a vybírání použitého injekčního materiálu k bezpečné likvidaci.

„Hlavním cílem výměnného programu je:

- *snížení výskytu infekčních nemocí (HIV/AIDS, hepatitidy B a C)*

Sekundárními cíli jsou:

- *zvýšení míry využívání sociálních a zdravotních služeb,*
- *poskytnutí informací o bezpečnější injekční aplikaci,*
- *navázání kontaktu se skrytou populací“ (Marlatt 2012, s. 14).*

Důležitou součástí výměnného programu je komunikace s klientem. Klienti jsou

poučení o rizicích sdílení použitých jehel a dále jsou instruováni jak postupovat při přípravě a aplikaci drogy, aby byla minimalizována veškerá zdravotní rizika. Pokud se podaří s klientem navázat důvěrnější vztah, je možné ho motivovat k léčbě z drogové závislosti. Součástí výměnného programu je také distribuce pomůcek k injekční aplikaci drogy. V rámci výměny bývá zdarma nebo za poplatek poskytnuta ampule sterilní vody k rozpuštění drogy, balíček filtrů určených k filtrování rozpuštěné drogy při jejím natahování do stříkačky a alkoholové tampóny k dezinfekci místa vpichu. K dispozici jsou také pomůcky k neinjekční aplikaci jako je aluminová folie pro uživatele heroínu nebo želatinové kapsle pro perorální užití pervitinu.

Podle autorů (Wodak a Cooney 2004) publikace vydané Světovou zdravotnickou organizací existují přesvědčivé důkazy o účinnosti výměnných programů ve vztahu ke snižování výskytu infekčních nemocí. Dalším pozitivním aspektem výměnných programů je jejich nákladová efektivita. Náklady na zavedení výměnných programů jsou totiž mnohonásobně menší než náklady spojené s léčbou infekčních nemocí. Autoři dále uvádějí, že dosud nebyly předloženy přesvědčivé důkazy o nezamýšlených negativních důsledcích zavedení výměnných programů.

Sociální služby

Sociální služby zahrnují pomoc při vyřizování osobních záležitostí, například při vyřizování dokladů, hledání zaměstnání, ubytování nebo zprostředkování léčby. Klientům jsou poskytnuty potřebné informace a případně je i zajištěna osobní asistence (Libra, 2003).

Doplňkové služby

V kontaktním centru jsou dále poskytovány další služby, protože cílovou skupinou jsou především klienti s nedostatečným sociálním zázemím. Patří sem základní potravinový, hygienický a zdravotní servis. V rámci potravinového servisu jsou

klientovi nabídnuty potraviny zdarma nebo za symbolický poplatek. Zpravidla se jedná o polévku, pečivo, čaj a vitaminy. Hygienický servis představuje možnost provedení osobní hygieny a vyprání prádla. Zdravotnický servis zahrnuje poskytnutí ošetření při drobných poraněních a testování na přítomnost infekčních nemocí (testy HIV a hepatitid typu B a C) (Průdková, 2007).

1.5.2 Terénní služby (Streetwork)

Terénní služby doplňují činnost kontaktních center. Jsou určeny především injekčním uživatelům drog, kteří vedou rizikový způsob života a nejsou v kontaktu se zdravotnickými zařízeními. V rámci terénní služby je zajišťován výměnný program. Terénní pracovníci jsou schopni poskytnout základní zdravotní ošetření. V případě zájmu klienta poskytují sociálně-právní poradenství, případně osobní asistenci při vyřizování osobních záležitostí. Při navázání důvěrnějšího vztahu mohou klienta motivovat k sociálně adaptabilnějšímu způsobu života, případně k úplné abstinenci. Jednou z forem terénní služby je tzv. vrstevnická podpora (peer program), která spočívá v zapojení stávajících nebo bývalých injekčních uživatelů drog. Tyto osoby mohou snáze kontaktovat hůře dostupné skupiny a motivovat je ke spolupráci s institucemi (EMCDDA, 2012).

1.5.3 Substituční centra

Substituční centra jsou zdravotnická zařízení, která zajišťují substituční léčbu lidem s fyzickou závislostí na opiátech. Léčba spočívá v poskytnutí substituční látky se stejnými nebo podobnými vlastnostmi a účinky jako užívaná nelegální droga. Látky podávané formou substituce zmírňují abstinenční příznaky, které drogově závislí jedinci pociťují při nedostatku drogy. Substituční léčba je určena pro drogově závislé, pro něž

je obtížné s užíváním drog přestat. Podávání substituční drogy pomáhá stabilizovat zdravotní a sociální stav uživatele, který se může věnovat běžným denním aktivitám a nemusí shánět peníze na svou dávku drogy (Verster a Buning, 2003).

Existují dvě formy substituční léčby. Je to forma udržovací, při které se poskytuje drogově závislému jedinci dostatek substituční látky, aby se zabránilo jeho problémovému chování. Při detoxifikační formě substituční léčby se množství podávané látky postupně snižuje za účelem dosažení úplné abstinence. Substituční léčba by měla být podpořena psychosociální péčí, která by měla klienta motivovat k abstinenci. Bohužel v praxi to tak nebývá, protože pozornost se zaměřuje hlavně na substituci. Ve většině zemí Evropské unie je v rámci substituční léčby nejčastěji podáván metadon. Alternativní substituční látkou je subutex (buprenorfin) (Zábranský, 2003).

Z výsledků výzkumu vyplývá, že substituční léčba je prevencí kriminality, šíření infekčních onemocnění v důsledku injekční aplikace drog a v neposlední řadě zlepšuje fyzický, sociální a psychický stav pacientů (EMCDDA, 2012).

1.5.4 Další harm reduction projekty

Výdejní automaty

Výdejní automaty slouží jako doplněk tradičních výměnných programů. Jsou k dispozici bez časového omezení a zajišťují maximální anonymitu, díky čemuž jsou atraktivní pro specifické skupiny uživatelů drog, kteří nejsou klienty kontaktního centra. Na automatech jsou vylepeny informace o infekčních nemocech a kontakt na kontaktní centrum. Součástí výdejního automatu bývá zpravidla kontejner určený pro použitý injekční materiál. Oslovením širší skupiny injekčních uživatelů přispívají k ochraně veřejného zdraví. Mezi rizika zavedení výdejních automatů patří zpřístupnění injekčního náčiní všem bez kontroly, kterou v případě přímého kontaktu představuje pracovník kontaktního centra nebo terénní služby. Potenciálním rizikem je také ztráta

kontaktu uživatele drog s odborným personálem klasického výměnného programu (Janouškovec a Mravčík, 2009).

V České republice nejsou výdejní automaty příliš rozšířeny. V současné době jsou v provozu 3 výdejní automaty - v Plzni, v Kolíně a ve Strakonících (Janouškovec a Randák, 2014).

Aplikační místnosti

Aplikační místnosti jsou „*legálně ustanovená a supervidovaná zdravotnická zařízení, která poskytují bezpečnější a hygieničtější podmínky pro užívání drog.*“ (Janíková, 2011: 2)

Obvykle jsou provozovány v oddělených prostorách institucí, které poskytují služby uživatelům drog a lidem bez domova. Aplikační místnosti začaly být zřizovány v některých zemích Evropské unie jako reakce na problémy spojené s užíváním drog na veřejných prostranstvích. Přínosy zavedení aplikačních místností jsou spatřovány zejména ve „*snížení veřejného pohoršení (zahrnuje odhozené injekční náčiní a injekční aplikaci drog na veřejnosti), snížení počtu předávkování, snížení přenosu infekčních chorob přenosných krví a zlepšení dostupnosti do zdravotních, léčebných a ostatních sociálních služeb.*“ (Janíková, 2011: 3)

Uživatelům drog je k injekční aplikaci poskytnut sterilní injekční materiál, jsou zde nádoby na infekční odpad, takže použitý materiál je bezpečně likvidován. Některé aplikační místnosti také poskytují doplňkové služby jako je poradenství a potravinový servis (Janíková, 2010).

Pro využívání aplikačních místností je třeba splňovat určitá kritéria. Aplikační místnosti jsou určeny pouze pro dlouhodobě závislé uživatele drog. Klient musí při příchodu předložit lékařské potvrzení o dlouhodobé fyzické závislosti na droze. Aplikační místnosti nejsou určeny pro ty, kteří s drogou pouze experimentují. Doba pobytu v zařízení je omezena na půl hodiny. Je zakázáno hlučné a agresivní chování. V

zařízení je zakázáno prodávat nebo předávat drogu druhému člověku. Při porušení tohoto pravidla je okamžitě přivolána policie (Zábranský, 2001).

Aplikační místnosti jsou běžné v zemích západní Evropy. V České republice nejsou aplikační místnosti dosud zavedeny (Janíková, 2010).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem praktické části je provést terénní výzkum s injekčními uživateli drog a zjistit jejich zkušenosti s existujícími službami. Dílčími cíli praktické části bude zjistit jaké služby injekční uživatelé drog využívají a jak jsou s těmito službami spokojeni.

2.2 Výzkumné otázky

Na základě výzkumných cílů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

Jaké služby injekční uživatelé drog využívají?

Jak jsou injekční uživatelé drog spokojeni s poskytovanými službami?

3 METODIKA

3.1 Výzkumný přístup

K realizaci práce byl zvolen kvalitativní přístup. Strauss a Corbinová (1999: 10) jej definují jako přístup, ve kterém výzkumník výsledků „*nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace.*“ Dle Švaříčka a Šedové (2007: 24) jde o široce rozprostřený sběr dat bez toho, že by na počátku byly stanoveny základní proměnné či hypotézy. Určitý jev je zkoumán do hloubky a výzkumník o něm přináší maximální množství informací.

3.2 Výběr respondentů

Kritériem pro výběr respondentů bylo injekční užívání drog. Původní záměr vybrat respondenty prostřednictvím institucí nebylo možné uskutečnit, a proto byla zvolena metoda sněhové koule. Tato metoda je vhodná pro výzkum obtížně dostupných populací. Její podstatou je získávání nových kontaktů od již získaných respondentů (Hartnoll, 2003). V našem případě byla první osoba vyhovující příslušnému kritériu kontaktována díky osobní známosti s výzkumníkem. S touto osobou byl proveden rozhovor, a poté byla požádána o zprostředkování kontaktu s dalšími osobami, které splňují příslušné kritérium. Ti, kteří svolili k účasti na výzkumu, byli opět požádáni o zprostředkování dalších kontaktů a celý proces se opakoval. Tímto způsobem bylo vybráno sedm respondentů.

3.3 Způsob sběru dat

Pro sběr dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru. Byla vytvořena osnova (viz příloha), ve které byly specifikovány okruhy otázek, které měl tazatel za úkol probrat. Přesné znění a pořadí otázek nebylo dopředu určeno. Rozhovory probíhaly spontánně a tazatel je pouze usměrňoval, aby získal potřebné informace. Rozhovory byly s vědomím respondentů nahrávány na diktafon.

3.4 Etické normy a pravidla výzkumu

Hlavním závazkem při sběru dat bylo nijak neohrozit účastníky výzkumu. Z tohoto důvodu nebyla v bakalářské práci uvedena jména respondentů ani lokalita, ve které byl výzkum proveden. Získaná data obsahující citlivé údaje o respondentech nebyla poskytnuta žádným dalším osobám. Nahrávky byly po ukončení výzkumu smazány. Respondenti byli vždy seznámeni s účelem sběru a použití dat. Výzkumu se účastnili dobrovolně a bez nároku na honorář. Rozhovory byly provedeny v přirozeném prostředí respondentů nebo v restauračním zařízení.

3.5 Zpracování a analýza dat

Byla provedena doslovná transkripce všech významných částí rozhovorů. Některé pasáže, které se nezdály být užitečné pro další analýzu, byly při přepisu vynechány. Dále byly vynechány všechny výrazy, které narušovali plynulost textu a nesdělovaly žádnou identifikovatelnou informaci. Získaný text byl rozdělen na významové jednotky, které byly označeny příslušnými kódy. Tyto jednotky byly podle podobnosti seskupeny do kategorií. Z takto seříděných dat byla následně vytvářena teorie.

4 VÝSLEDKY

4.1 Základní údaje o respondentech

Všichni respondenti mají ukončenou základní školu. Pouze ukončenou základní školu mají dva respondenti (R2, R3), přičemž respondentka R3 studovala na gymnáziu, které nedokončila. Čtyři respondenti (R1, R4, R6) úspěšně absolvovali učební obor bez maturity a dva respondenti (R5, R7) úspěšně dokončili střední školu s maturitou. Dva respondenti (R3, R6) spolu žijí jako partneři, ostatní stálého partnera nemají. Nikdo z respondentů nemá stabilní sociální zázemí. Tři respondenti (R2, R4, R5) přespávají na ulici a tři (R3, R6, R7) bydlí ve squatu bez přívodu vody a elektřiny. Jeden respondent (R1) přebývá v současné době na ubytovně. Žádný respondent nemá stálé zaměstnání. Hlavním zdrojem příjmu jsou dávky hmotné nouze a příležitostné brigády. Dalšími legálními zdroji příjmu jsou žebrání, pouliční hraní, sběr surovin. Někteří respondenti (R3, R6, R7) si snižují náklady na živobytí vybíráním nezávadných potravin z kontejnerů u supermarketu.

Tabulka 1: Základní údaje o respondentech

	pohlaví	věková kategorie	ukončené vzdělání	rodinná situace	ekonomická aktivita	charakter bydlení
R1	muž	31-35	OU	svobodný	nezaměstnaný	ubytovna
R2	muž	36-40	ZŠ	svobodný	nezaměstnaný	venku
R3	žena	21-25	ZŠ	žije s partnerem	nezaměstnaná	squat
R4	muž	26-30	OU	svobodný	nezaměstnaný	venku
R5	muž	36-40	SŠ	rozvedený	nezaměstnaný	venku
R6	muž	26-30	OU	žije s partnerkou	nezaměstnaný	squat
R7	muž	36-40	SŠ	svobodný	nezaměstnaný	squat

Zdroj: vlastní výzkum

Užívané drogy

Většina respondentů užívá pervitin. Respondent R2 je bývalým dlouholetým uživatelem pervitinu a již čtyři roky jej neužívá. Pervitin si kupují na černém trhu a aplikují injekčně.

Pět respondentů (R2, R3, R5, R6, R7) jsou uživateli opiátů. Nejpopulárnějším opiátem je vendal retard, který je v místním regionu údajně nejdostupnějším opiátem na černém trhu, a který nahradil dříve rozšířený subutex. Nikdo z respondentů neužívá heroin z důvodů jeho nejisté kvality a poměrně vysoké ceny ve srovnání s těmito opiáty. Opiáty vendal retard a subutex jsou dostupné ve formě tablet, ze kterých si uživatelé připravují roztok k injekční aplikaci. Užívání opiátů je často kombinováno s benzodiazepiny.

Z drog užívaných neinjekčním způsobem je nejrozšířenější marihuana, kterou příležitostně užívají všichni respondenti.

Tři respondenti (R1, R2, R7) vůbec nepijí alkohol.

4.2 Využívané služby

VO1: Jaké služby problémoví uživatelé drog využívají?

4.2.1 Harm reduction služby

Všichni respondenti jsou injekčními uživateli drog. Byli proto dotazováni, jestli využívají možnosti výměny injekčních stříkaček a distribuce harm reduction materiálu v kontaktním centru nebo u terénní služby. Všichni respondenti shodně odpověděli, že jsou klienty kontaktního centra a příležitostně využívají i terénních služeb. O existenci kontaktního centra se dozvěděli nejčastěji od svých kamarádů nebo známých. Respondent R5 se o existenci kontaktního centra dozvěděl od terénního pracovníka. Respondenti se shodují v názoru, že všichni dlouhodobí injekční uživatelé drog o možnosti výměny injekčních stříkaček a distribuci harm reduction materiálu zdarma vědí. Zároveň tvrdí, že ne všichni této možnosti využívají. Tuto skupinu uživatelů popisují jako ty, kteří vedou navenek normální život - mají rodinu, práci, nechtějí se prozradit nebo být spojovány s „fetáky“. Podle většiny respondentů lze drogy brát kontrolovaným způsobem, nicméně připouštějí, že většina lidí to dlouhodobě nezvládne. Podle respondentky R3 je jenom otázka času, než člověk přijde o všechno, co má, a skončí na ulici. V souvislosti s tzv. „skrytou populací uživatelů drog“ uvádí respondentka R3 jeden zajímavý postřeh: *“My fetáci máme takovej šestej smysl, že i na lidech, o kterých by to v životě nikdo neřek, že berou, tak my je poznáme. Stačí prostě nějaký gesto, stačí třeba jenom pohled a víš, že bere.”*

Mezi harm reduction služby patří také poskytování informací o méně rizikovém užívání drog. Všichni respondenti shodně tvrdí, že mají dostatek informací o tom, jak minimalizovat rizika zdravotních komplikací při přípravě a aplikaci drogy. Poučení se

jim dostalo od kontaktních pracovníků, z letáků a časopisů distribuovaných v kontaktním centru a v terénu. Všichni respondenti jsou poučeni o riziku nákazy infekčních nemocí při sdílení injekčních jehel a parafernálií. Všichni tvrdí, že injekční jehly mezi sebou nesdílejí. Díky existenci kontaktního centra a terénní služby jsou pro uživatele drog sterilní injekční stříkačky a další harm reduction materiál snadno dostupným artiklem. Na otázku, co dělají, když sterilní stříkačku k dispozici nemají, odpovídají, že požádají o sterilní stříkačku nějakého známého nebo zavolají terénnímu pracovníkovi. Respondent R1 uvádí, že si v krajním případě aplikuje drogu vlastní použitou stříkačkou. Respondent R2 si aplikuje drogu do třísla, protože na ruku má natolik poškozené žíly, že už do nich nelze aplikovat. Pravděpodobně si je jenom částečně vědom vysokého rizika tohoto způsobu aplikace („*Vim, že to třísla je nebezpečný. Když to trefíš vedle, tak prostě je to hardcore. Už kolikrát se mi to stalo. Jsem si to dal vedle, a to pak nevíš jestli stojíš ve studený vodě nebo...*“). Někteří respondenti (R4, R5) uvádí, že neužívají při každé aplikaci sterilní parafernálie. Pokud nemají sterilní vodu, používají vodu z vodovodní sítě. K filtrování roztoku drogy někdy používají nevhodné cigaretové filtry, ze kterých se mohou do krevního řečiště zanést vlákna a nečistoty. Všichni respondenti jsou poučeni o nutnosti bezpečné likvidace použitých stříkaček. Stříkačky shraňují (např. v petlahvi) a vyměňují je za sterilní v kontaktním centru nebo u terénních pracovníků.

Součástí harm reduction služeb je distribuce želatinových kapslí, které umožňují aplikaci určitých drog (např. pervitinu) perorálně, tedy méně rizikovým způsobem. Respondenti byli dotazováni, jestli vědí o možnosti aplikovat si pervitin perorálně ve formě želatinové kapsle a pokud ano, z jakých důvodů preferují injekce. Všichni respondenti shodně odpovídají, že o této možnosti vědí. Jako důvody injekční aplikace nejčastěji uvádí rychlejší nástup účinku drogy a závislost na jehle (např. R1: „*Když to šňupneš, tak máš nájezd po dlouhý době a když si to šlehneš, tak to máš během pěti*

vteřin.“, R6: „*Okamžitej nájezd...taky je závislost na tom vpichu. Nemáme jenom závislost na drogách, ale už i na tom vpichu.*“). Želatinové kapsle k perorální aplikaci by použili v případě, že by neměli sterilní injekční stříkačku nebo kdyby už neměli k injekční aplikaci použitelné žíly.

4.2.2 Doplnkové služby

Respondenti byli dotazováni na další využívané služby v kontaktním centru. Většina respondentů využívá hygienický servis, což je služba, která umožňuje klientům se osprchovat a vyprat si prádlo. Velmi oceňují možnost pobytu v kontaktní místnosti. Dostanou zde zadarmo kávu a mohou si koupit polévku za pět korun. Všichni respondenti v minulosti využili sociálního poradenství, někteří využili osobní asistence při styku s úřady. Další často využívanou službou je testování infekčních nemocí. Frekvence využívání těchto služeb se liší podle ročního období. Respondenti využívají tyto služby častěji v zimních měsících.

4.2.3 Substituční léčba

Respondenti, kteří jsou závislí na opiátech byli dotazováni, jestli vědí o existenci substitučního centra, ve kterém mohou legálně dostávat metadon nebo subutex k neinjekční aplikaci. Všichni respondenti shodně tvrdí, že o substitučním centru vědí, ale nikdo z nich ho v současné době nenavštěvuje. Zkušenosti se substituční léčbou mají dva respondenti (R2, R7).

Respondent R2 je bývalým klientem substitučního centra. Účastnil se substitučního programu, v rámci kterého dostával substituční drogu subutex. Z programu byl vyloučen z důvodu neomluvených absencí. V současné době nemá zájem účastnit se substitučního programu. Metadon, který je v substitučním centru zadarmo, pro něj není

dostatečně atraktivní. Subutex si kupuje na základě lékařského předpisu v lékárně za srovnatelnou cenu, za kterou by jej dostal v substitučním centru. Kromě toho respondent preferuje injekční aplikaci, což v substitučním centru není možné. Zmiňuje se o své závislosti na jehle.

Respondent R7 je taktéž bývalým klientem substitučního centra. Údajně asi půl roku se účastnil metadonové substituce. Z programu byl na měsíc vyloučen, protože měl pozitivní test na jiné drogy. Tvrdí, že byl stále v nulté fázi, tedy ve fázi, kdy je tolerováno užívání jiných drog. To je ovšem v rozporu s jeho předchozím tvrzením, protože nultá fáze trvá pouze tři měsíce. Respondent také tvrdí, že denní dávka metadonu pro něj nebyla dostačující a nedokázala ho zbavit abstinčních příznaků. Po měsíci nastoupil do substitučního programu subutexem. Po třech neomluvených absencích byl ze substitučního programu vyloučen. Důvodem jeho absencí byl nedostatek finančních prostředků na zakoupení subutexu. Na otázku, proč se alespoň neomluvil, odpovídá toto: *„Protože je ti špatně, takže sháníš něco jinýho, sháníš ty peníze, rozhodně v tom stavu se neženeš, abys jim to tam jenom řekl. Nikdy jsem se s tím nesetkal.“* V současné době nemá zájem účastnit se substitučního programu. Opiáty si shání na černém trhu.

Respondent R6 má zájem o účast v substitučním programu. Hlavním motivem je zvyšující se cena opiátů na černém trhu. Respondent tvrdí, že chce začít chodit do práce, ale potřebuje k tomu mít pravidelný přísun substituční drogy, která ho zbaví abstinčních příznaků.

Respondentka R3 měla zájem o účast v substitučním programu. Do programu nebyla přijata z důvodu nízkého věku a byla jí doporučena léčebna. Respondentka má za sebou již jedno léčení, které předčasně ukončila.

Respondent R5 nemá o substituční program zájem. V substitučním centru nikdy nebyl. Tvrdí, že si opiáty dokáže obstarat sám na černém trhu. Nemá zájem se, podle svých slov, někde někoho doprošovat.

4.2.4 Léčba závislosti

Dále byla zjišťována motivace respondentů jít se léčit ze závislosti na drogách. Léčbu v psychiatrické léčebně podstoupila pouze respondentka R3. Léčbu nedokončila a předčasně odešla. Když potkala své staré známé, tak u ní převládla touha znova vyzkoušet drogu. Do drogové závislosti se propadla okamžitě. Na otázku, jestli si myslí, že lze užívat drogy takto experimentálně, odpovídá: *(„Perník možná, jednou za čas, ale co se týče opiátů, tak to nejde. Já vim o čem mluvím, protože já jsem přijela vyabstinovaná, chtěla jsem jenom vědět, jaký to bude, jestli to prostě dokážu ukočírovat, jestli dokážu jenom jednou si dát a pak se na to vykašlat a nedala jsem to. Já jsem věděla, že to je strašně nebezpečná věc. Už jenom ta myšlenka, že je nebezpečná a stejně jsem do toho šla, protože tam nešlo o to zjistit, jestli to zvládnu. Tam šlo o to, že jsem měla chuť si dát, prostě se zřetovat, a hledala jsem si záminku, jak omluvit své chování, teď už to můžu posoudit. My feťáci jsme prostě dobrý v tom, že dokážeme omluvit i neomluvitelný. A hlavně omlouváme sami sebe před sebou.“)* Respondentka je přesvědčená o tom, že sama se závislosti na opiátech nezbaví. V současné době nemá v plánu vrátit se do léčebny, protože se musí starat o svoji fenku, která čeká štěňata. Svoji situaci konzultuje s pracovníky kontaktního centra.

Jiný názor má respondent R2, který si myslí, že se ze závislosti dostane sám postupným snižováním dávek. Tvrdí, že se mu podařilo snížit denní dávku ze čtyř tablet na půl tablety.

Respondent R6 má primární zájem o sociální stabilizaci. Rád by se účastnil substitučního programu, v rámci kterého by dostával „udržovací“ dávku opiátu k neinjekční aplikaci. Úplnou abstinenci vidí jako vzdálený cíl, ke kterému by jednou rád dospěl postupným snižováním dávek.

Respondent R4 užívá pervitin a necítí se být na droze závislý. Tvrdí, že může s

užíváním pervitinu kdykoliv přestat. Pervitin užívá jenom z nudy, a také proto, že je teď na ulici.

Respondent R7 nemá žádnou motivaci kvůli komu by s užíváním drog přestal („*Já netrpím takovou sebeláskou, abych to udělal pro sebe. Nenarazil jsem dlouho na holku, kvůli kteréj bych to třeba udělal, že jo.*“).

4.3 Spokojenost s poskytovanými službami

VO2: Jak jsou uživatelé drog spokojeni s poskytovanými službami?

4.3.1 Spokojenost s harm reduction službami

Všichni respondenti hodnotí velmi kladně existenci kontaktního centra, které poskytuje harm reduction služby. Nejvíce oceňují možnost výměny injekčních stříkaček, distribuci harm reduction materiálu a jsou rádi, že jsou zde poskytovány i další služby. Na kontaktních pracovnících oceňují zejména jejich vstřícnost a ochotu pomoci. Většina respondentů nenavrhuje žádné změny ve fungování kontaktního centra. Respondent R7 považuje povolenou délku pobytu v kontaktním centru za příliš krátkou a navrhuje ji prodloužit alespoň na dvě hodiny. Respondent R2 má bizarní nápad, aby se v kontaktním centru prodával subutex. Respondentka R3 by byla ráda, kdyby kontaktní centrum bylo určené jen pro toxikomany a alkoholici by chodili do denního centra, které je nedaleko.

4.3.2 Spokojenost se substituční léčbou

Zkušenosti se substituční léčbou mají dva respondenti (R2, R7). Respondent R2 popisuje tuto zkušenost poměrně kriticky. Zejména kritizuje nedůstojné podmínky při kontrole na přítomnost drog v moči („... *já se prostě nevyčurám, před sestrou a ještě před kamerou a ještě tam bejt nahatej.*“), vzápětí ovšem dodává („... *kolikrát se mi povedlo, i když jsem byl nahatej, tak vždycky jsem měl cizí moč a vždycky jsem tam tu cizí moč natlačil*“), čímž potvrzuje nutnost určitých opatření. Respondent R7 namítá, že se za subutex musí v substitučním centru platit a tvrdí, že ve Francii je subutex

zadarmo. Pozitivní postoj k substituční léčbě má respondent R6, který spatřuje výhody zejména v tom, že člověk má každý den přístup k čisté droze, může pracovat a nemusí se obávat abstinčních příznaků.

4.3.3 Názory na realizaci některých harm reduction projektů

Většina klientů by uvítala zřízení aplikačních místností. Respondenti zmiňují, že často musí hledat vhodné místo, kde by si mohli drogu připravit a aplikovat. Hlavní výhody spatřují v tom, že by si drogu mohli připravit v klidu a nemuseli by se nikde skrývat. Respondent R4 by navíc ocenil, že by tam bylo teplo, protože při aplikaci v zimě mají narkomané problém, aby jim nastoupily žíly. Jiný názor má respondent R2, který se obává, že aplikační místnosti by byly sledované policií a z tohoto důvodu by je nevyužíval.

Čtyři respondenti (R1, R3, R6, R7) by uvítali zavedení výdejních automatů na injekční stříkačky a harm reduction materiál, ale nepovažují jejich existenci za nezbytnou. Respondent R7 spatřuje hlavní výhodu výdejních automatů v tom, že by injekční stříkačky byly snadno dostupné i pro tzv. „skrytou populaci“, tedy pro lidi, kteří nejsou v kontaktu s nízkoprahovými službami. Tři respondenti (R2, R4, R5) si myslí, že zavedení výdejních automatů je zbytečné. Tvrdí, že pokud člověk nemá sterilní stříkačku, tak vždycky zná někoho, kdo mu může sterilní stříkačku poskytnout.

Většina respondentů si myslí, že není nutné zavádět výměnný program v lékárnách. Myslí si, že kdyby se narkomané soustřeďovali v okolí lékáren, tak by to vzbuzovalo veřejné pohoršení. Dva respondenti (R1, R7) souhlasí s tímto projektem. Respondent R7 je pro zavedení jakýchkoliv alternativních výměnných programů. Sám se dlouho vyhýbal kontaktnímu centru, protože nechtěl být nijak spojován s ostatními narkomany.

5 ZÁVĚR

V teoretické části byla popsána problematika drogové závislosti a preventivní postupy, jejichž cílem je drogové závislosti předejít, zabránit jejímu rozvoji a minimalizovat rizika, která z ní vyplývají. Minimalizace rizik je podstatou přístupu harm reduction, kterému se bakalářská práce dále podrobněji věnuje. Cílem výzkumné části bylo zjistit jaké harm reduction služby uživatelé drog využívají a jak jsou s nimi spokojeni. K realizaci výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup, který umožňuje vést s dotazovanými hloubkový rozhovor. Kritériem výběru respondentů bylo pravidelné injekční užívání drog. Vzhledem k povaze výzkumu nešlo o statistické zhodnocení, ale o subjektivní pohledy a názory na dané téma. Všichni respondenti uvedli, že využívají harm reduction služeb, které jsou poskytovány v kontaktním centru nebo terénní službou. Nejčastěji je využíván výměnný program, který využívají všichni respondenti. Respondenti jsou poučeni o nutnosti bezpečné likvidace injekčního náčiní a toto pravidlo všichni dodržují. Jsou poučeni o minimalizaci zdravotních rizik při přípravě a injekční aplikaci drogy, ale někteří ne vždy tyto zásady dodržují. Doplnkové služby včetně sociálního poradenství a osobní asistence jsou využívány individuálně. Vzhledem k tomu, že respondenti nemají stabilní zázemí, je využívání těchto služeb poměrně časté. Zajímavým zjištěním bylo, že přestože pět respondentů je fyzicky závislých na opiátech, tak se z různých důvodů neúčastní substituční léčby. Co se týče spokojenosti s harm reduction službami, tak respondenti jsou celkově s poskytovanými službami spokojeni. Především oceňují existenci kontaktního centra. Názor na existenci substitučního centra je rozporuplný. Kritické postoje jsou podle mého názoru ovlivněny neochotou respektovat nastavená pravidla. Co se týče názorů na realizaci některých harm reduction projektů, tak nejvíce by respondenti ocenili zřízení aplikační místnosti. Další projekty by podle mého názoru vzhledem k dobré dostupnosti injekčního materiálu v kontaktním centru nebo prostřednictvím terénní služby byly více prospěšné

pro tzv. skrytou populaci uživatelů drog.

Osobně si myslím, že přístup harm reduction by měl mít své místo v rámci protidrogové politiky.

6 SEZNAM ZDROJŮ

BÉM, Pavel, 2003. *Složky systému péče v ČR*. In KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

DOČKAL, Jan. 2000. *Člověk a drogy*. Praha: Éthum. ISBN neuvedeno.

EMCDDA. 2005. *Annual report 2005: selected issues*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. ISBN 92-9168-246-2. Dostupné z: http://www.drugsandalcohol.ie/11597/1/EMCDDA_Selected_issue_2005_Drug-related_public_nuisance.pdf

EMCDDA. 2012. *Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog: metodický pokyn ECDC a EMCDDA*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-064-3.

FIŠEROVÁ, Magdaléna. 2009. Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. *Postgraduální medicína*, s. 288–298.

GÖHLERT, Christoph a Frank KÜHN. 2001. *Od návyku k závislosti: toxikomanie : drogy: účinky a terapie*. Praha: Ikar. ISBN 80-720-2950-9.

HALLEROVÁ, Francesca. 1997. Harm reduction: Krok na cestě k legalizaci. *Bulletin*. Národní protidrogová centrála: Praha.

HARTNOLL, Richard et al. 2003. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové*

koule: snowball sampling. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-08-0.

HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ. 1996. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada. ISBN 8071692778.

HERZOG, Aleš. 2012. *Kriminalita & Drogy: Sborník odborné konference* [online]. Praha: Sananim [cit. 2015-07-12]. ISBN 978-80-904536-4-7. Dostupné z: http://www.sananim.cz/pages/serve.php?file=1358934893_10_san_kriminalita-a-drogy_148x220_v3.pdf

HUNT, Neil. 2003. *A review of the evidence-base for harm reduction approaches to drug use* [online]. [cit. 2015-06-26]. Dostupné z: <http://www.forward-thinking-on-drugs.org/review2-print.html>

IHRA. 2010. Co je „harm reduction“? Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA). *Adiktologie*, (10)3, s. 188-190.

JANÍKOVÁ, Barbora. 2008. *Harm reduction: Časné intervence v nízkoprahových službách*. In KALINA, Kamil et al. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1411-0.

JANÍKOVÁ, Barbora. 2011. Aplikační místnosti. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 9 (1). ISSN 1214 -1089.

JANOŠKOVEC, Vojtěch a Viktor MRAVČÍK. 2009. Výdejní automaty. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády České republiky, 7(3). ISSN 1214 -1089.

JANOUSHKOVEC, Vojtěch a RANDÁK, Daniel. Občanské sdružení Prevent.

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

KALINA, Kamil et al. 2003. *Drogy a drogové závislosti: 2 mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-867-3405-6.

KREKULOVÁ, Laura. 1999. *...když už bereš...: Informace pro uživatele*. Praha: Triton. ISBN 80-725-4064-5.

LIBRA, Jiří. 2003. *Nízkoprahová kontaktní centra*. In KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 1. mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

MARLATT, G, Mary E. LARIMER a Katie WITKIEWITZ. 2012. *Harm reduction: pragmatic strategies for managing high-risk behaviors*. 2nd ed. New York: Guilford Press. ISBN 1462502563

MINAŘÍK, Jakub. 2008. *Přehled psychotropních látek a jejich účinků*. In KALINA, Kamil et al. 2001. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80- 247-1411-0.

MINAŘÍK, Jakub, HOBSTOVÁ, Jiřina. 2003. *Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová poškození*. In KALINA, Kamil et al. *Drogy a drogové závislosti 1. mezioborový přístup*. Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.

MRAVČÍK, Viktor et al. 2004. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2003*. Praha: Úřad vlády České republiky.

NEŠPOR, Karel a Hana PROVAZNÍKOVÁ. 1997. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. 2. vyd. Praha: Fortuna. ISBN 80-7071-050-0.

NOŽINA, Miroslav. 1997. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP-Koniasch Latin Press. ISBN 80-859-1736-X.

O'HARE, Pat. 2007. Merseyside, the first harm reduction conferences, and the early history of harm reduction. *International Journal of Drug Policy* [online].18(2): s. 141-144 [cit. 2015-07-10]. Dostupné z:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955395907000047>

PRESL, Jiří. 1995. *Drogová závislost: může být ohroženo i vaše dítě?*. 2. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-25-X.

PRŮDKOVÁ, Táňa. Harm reduction. 2007. *Sociální práce*. Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2007(3). ISSN 1213-6204.

RANDÁK, Daniel et al. 2015. Sekce harm reduction. *Asociace nestátních organizací poskytujících adiktologické a sociální služby pro osoby ohrožené závislostním chováním*. Dostupné z: <http://www.asociace.org/odborne-sekce/sekce-harm-reduction/>

SANETRŇÍKOVÁ, Iva. 1990. *Ještěrka*. Praha: Zvon. ISBN 80-7113-006-0.

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*:

Postupy a techniky metody zakotvené teorie. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ et al. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

VERSTER, Annette a Ernst BUNING. 2003. *Informace pro tvůrce drogové politiky o účinnosti substituční léčby závislosti na opiátech.* Praha: Úřad vlády České republiky, Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. ISBN 80-867-3415-3.

WODAK Alex a COONEY Annie. 2004. *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing hiv/aids among injecting drug users* [online]. Switzerland: World Health Organization [cit. 2015-07-12]. ISBN 92-4-159164-1. Dostupné z: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/effectivenesssterileneedle.pdf

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

ZÁBRANSKÝ, Tomáš. 2001. *Drogy: Aplikační místnosti nebo šlehárny?* *Neviditelný pes* [online]. [cit. 2015-07-13]. Dostupné z: http://archiv.neviditelnypes.lidovky.cz/clanky/13045_11_20_0.html

ZÁBRANSKÝ, Tomáš. 2003. *Drogová epidemiologie.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0709-4.