



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



POSTOJE SPOLEČNOSTI K HARM REDUCTION U DROGOVĚ ZÁVISLÝCH

Bakalářská práce

Studijní program: B7508 – Sociální práce
Studijní obor: 7502R024 – Sociální práce a penitenciární péče
Autor práce: **Dominika Typltová**
Vedoucí práce: Mgr. Martin Korych



ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Dominika Typltová**
Osobní číslo: **P12000535**
Studijní program: **B7508 Sociální práce**
Studijní obor: **Sociální práce a penitenciární péče**
Název tématu: **Postoje společnosti k Harm reduction u drogově závislých**
Zadávající katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl bakalářské práce: Definovat základní teoretický rámec Harm reduction a charakterizovat problematiku drogové závislosti. Zmapovat postoje žáků středních škol a seniorů k metodě Harm reduction a zjistit mezi těmito postoji různých věkových generací rozdíly.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Standardizovaný dotazník.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

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

Seznam odborné literatury:

INCIARDI, J., HARRISON, L., 1999. Harm reduction: national and international perspectives. United States: Sage Publications. ISBN 978-076-1906-889.

NEŠPOR, K., 2000. Návykové chování a závislost. Praha: Portál. ISBN 80-7178-432-X.

ONDREJKOVIČ, P. aj., 1999. Protidrogová výchova. Bratislava: Veda. ISBN 80-224-0553-1.

RHODES, T., 1999. Terénní práce s uživateli drog. Brno: Albert. ISBN 80-85834-71-5.

ZÁBRANSKÝ, T. a kol., 1997. Racionální protidrogová politika. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-250-4

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Martin Korych

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **23. dubna 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2015**



doc. RNDr. Miroslav Brzezina, CSc.
děkan

L.S.



PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 23. dubna 2014

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum:

Podpis:

Poděkování

Velmi tímto děkuji panu Mgr. Martinu Korychovi za cenné rady, vstřícnost a pečlivé vedení mé bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří mi vyšli vstříc při realizaci průzkumu. V neposlední řadě děkuji celé své rodině, která mě při mém studiu podporovala.

V Liberci dne 4. 5. 2015

Dominika Typltová

.....

Název bakalářské práce: Postoje společnosti k Harm Reduction u drogově závislých

Jméno a příjmení autora: Dominika Typltová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2014/2015

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Martin Korych

Anotace

Bakalářská práce se zabývala postojem společnosti k drogové problematice, zejména k metodě Harm Reduction. Zaměřila se na postoje studentů středních škol a na postoje seniorů. Práci tvořily dvě stěžejní části, a sice teoretická a praktická. Teoretická část se soustředila na drogovou závislost spolu s její prevencí a na metodu Harm Reduction, včetně její kritiky. Praktická část zjišťovala pomocí standardizovaného dotazníku distribuovaného mezi studenty a seniory jejich postoje k uživatelům návykových látek a k metodě Harm Reduction. Výsledky ukazovaly podobnost názorů u studentů a u seniorů, přičemž přístup studentů k Harm Reduction byl pozitivnější nežli přístup seniorů. Jako největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné vnímat potvrzení o neinformovanosti o Harm Reduction u daného vzorku respondentů, z čehož následně vyplynula i navrhovaná opatření, jako je zejména osvětová činnost na dané téma.

Klíčová slova: droga, drogová závislost, drogová prevence, Harm Reduction, kritika Harm Reduction

Title: Attitudes of Society towards Harm Reduction for Drug Addicts

Author: Dominika Typltová

Academic Year of Submission: 2014/2015

Supervisor: Mgr. Martin Korych

Annotation

The Bachelor thesis dealt with attitudes of society towards drugs, particularly towards the method called Harm Reduction. It focused on the attitudes of high school students and seniors. The thesis is composed of two main parts, i.e. theoretical and practical. The theoretical part was focused on drug addiction and its prevention and on the method Harm Reduction, including its critics. The practical part examined, with the help of a standardized questionnaire distributed among students and seniors, their attitudes towards drug users and towards the method called Harm Reduction. The results showed similarity of views among students and seniors, while students' stances to Harm Reduction were more positive than the of seniors. As the largest contribution of the work in relation to the topic was possible to perceive the acknowledgment of ignorance about Harm Reduction in our sample of respondents, which subsequently resulted in proposed measures, in particular the educational activity on the subject.

Keywords: drug, drug addiction, drug prevention, Harm Reduction, criticism of Harm Reduction

Obsah

Seznam grafů.....	9
Úvod	10
I. Teoretická část	12
1 Drogová závislost.....	13
1.1 Vymezení základních pojmů.....	13
1.2 Příčiny drogové závislosti	17
1.3 Průběh drogové závislosti	21
1.4 Důsledky drogové závislosti	24
1.4.1 Důsledky drogové závislosti pro závislého jedince	24
1.4.2 Důsledky drogové závislosti na společnost	26
2 Prevence.....	27
2.1 Primární prevence	27
2.2 Sekundární prevence.....	29
2.3 Terciární prevence.....	29
3 Harm Reduction	31
3.1 Vymezení pojmu a metody Harm Reduction	31
3.2 Vznik a vývoj Harm Reduction.....	33
3.3 Postoje Harm Reduction	34
3.4 Cíle Harm Reduction.....	37
3.5 Služby Harm Reduction	38
3.5.1 Výměnný program.....	40
3.5.2 Poradenství	41
3.5.3 Bezpečný sex	42
3.5.4 Testování tablet „extáze“	43
3.5.5 Zdravotnické služby	44
3.5.6 Substituční léčba	45
3.6 Kritika Harm Reduction	46
II. Praktická část	49
4 Vlastní průzkum.....	50
4.1 Cíl průzkumu.....	50
4.2 Hypotézy průzkumu	50
4.3 Metodologie a technika průzkumu	51

4.4 Vzorek respondentů, prostředí a průběh průzkumu.....	53
4.5 Vyhodnocení a interpretace dat.....	56
4.6 Diskuse výsledků a vyhodnocení hypotéz.....	75
4.7 Shrnutí praktické části.....	77
5 Návrh opatření.....	78
Závěr.....	79
Seznam použitých zdrojů.....	81
Seznam příloh.....	86

Seznam grafů

Graf 1 : Rozložení respondentů z řad studentů dle pohlaví.....	57
Graf 2 : Rozložení respondentů dle pohlaví.....	57
Graf 3 : Věk studentů	58
Graf 4 : Věk seniorů.....	59
Graf 5 : Ekonomické postavení respondentů.....	59
Graf 6 : Nejvyšší dosažené vzdělání u seniorů	60
Graf 7 : Je nutná institucionální pomoc poskytovaná uživatelům drog?.....	61
Graf 8 : Je potřebné poskytovat služby uživatelům návykových látek?.....	62
Graf 9 : Je užívání drog svobodnou volbou jedince?.....	63
Graf 10: Postoj k Harm Reduction.....	64
Graf 11: Nejpotřebnější služba v rámci Harm Reduction.....	65
Graf 12: Pozitivum Harm Reduction	66
Graf 13: Negativum Harm Reduction.....	67
Graf 14: Podporuje Harm Reduction užívání drog?	68
Graf 15: Rozdílnost názorů studentů, zdali Harm Reduction podporuje užívání drog	69
Graf 16: Podporuje Harm Reduction legalizaci a dekriminizaci drog?	70
Graf 17: Rozdílnost vnímání studentů, zdali Harm Reduction podporuje legalizaci a dekriminizaci	71
Graf 18: Má Harm Reduction svůj význam?.....	72
Graf 19: Důležitost Harm Reduction	73
Graf 20: Znali jste Harm Reduction?	74
Graf 21: Jak moc jste Harm Reduction znali?.....	74

Úvod

Tématem předložené bakalářské práce jsou postoje společnosti k metodě Harm Reduction u drogově závislých. Téma bylo zvoleno s ohledem na současný stav Harm Reduction i drogové problematiky v naší společnosti. Autorka práce se domnívá, že společnost často zavrhuje nejen uživatele drog, ale i pracovníky snažící se jim pomoci. Bez znalosti kontextu života uživatelů není ovšem vhodné je ihned odsuzovat, „nepodat jim pomocnou ruku“. Na druhou stranu lze pochopit i odmítavý, často opodstatněný postoj společnosti k drogově závislým jedincům, již vinou drog často ztrácí základní morální hodnoty. To ovšem není důvod k zániku služeb určených pro tyto osoby, bez kterých by došlo nejen ke zhoršení stavu závislého člověka, ale i ke zhoršení stavu společnosti. Poměrně často se můžeme setkat s kritikou strategií Harm Reduction, která tvrdí, že díky nim dochází k napomáhání a usnadňování užívání návykových látek. Bakalářská práce se snaží ověřit a dále specifikovat existenci těchto negativních názorů vůči Harm Reduction.

Cílem práce je tedy zmapovat postoje dvou skupin respondentů, a sice studentů středních škol a seniorů. Dílčím cílem je pak porovnání rozdílů v názorech u těchto dvou generačních skupin. Zajímá nás, zdali se smýšlení liší podle věku, zdali bude přístup studentů k Harm Reduction jiný, pozitivnější než přístup seniorů. Předmětem bádání předložené práce jsou postoje studentů a seniorů vůči drogové závislosti, zejména pak vůči Harm Reduction.

Bakalářská práce vychází z hlavního předpokladu, že odmítání Harm Reduction u studentů a seniorů bude probíhat odlišnou měrou, tedy, že postoje těchto dvou skupin respondentů, jak k Harm Reduction, tak k drogové problematice, budou rozdílné. Práce také vychází z myšlenky, že povědomí respondentů o Harm Reduction je zanedbatelné a zkrleslé, což má následně vliv na utváření negativních a odmítavých postojů.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části bakalářské práce se autorka zabývá drogovou závislostí, tedy jak jejími příčinami, průběhem a důsledky, tak i její prevencí. Dále se zaměřuje na přístup Harm Reduction, jenž detailněji přibližuje, přičemž neopomíná ani jeho kritiku.

V praktické části je charakterizován cíl práce, provedený průzkum spolu s jeho metodologií, sběr dat, vyhodnocení a interpretace získaných údajů spolu s formulací závěrů. V praktické části práce prostřednictvím vzorku respondentů, tvořeném záměrným výběrem z řad studentů středních škol a z řad seniorů, dochází k ověření formulovaných hypotéz. Jedná se o nereprezentativní vzorek respondentů, a výsledky průzkumu tudíž nelze zobecňovat. Účelem práce je ověření jmenovaných hypotéz v praxi. K tomu bylo užito metody dotazování a techniky standardizovaného dotazníku.

Práce je určena osobám, jež se zajímají o problematiku drogové závislosti, zejména o přístup Harm Reduction. Smyslem a účelem bakalářské práce je zmapování postojů studentů středních škol a seniorů, jež je podpořeno teoretickým základem. Význam práce také sledujeme ve snaze zvýšit informovanost čtenáře v málo známé oblasti Harm Reduction.

I. Teoretická část

V teoretické části bakalářské práce, která předchází části praktické, se budeme věnovat drogové závislosti. Tedy nejprve vymezíme základní pojmy s ní související, a to zejména pojem droga, syndrom závislosti, úzus, abúzus apod. Dále si přiblížíme drogovou závislost jako takovou, její příčiny, průběh a důsledky. Následně se budeme zabývat prevencí drogové závislosti, a to jak primární, sekundární, tak i terciární.

Stěžejní kapitolou je pro nás kapitola třetí, jež se snaží více přiblížit přístup Harm Reduction, a sice jeho vznik, vývoj, postoje, principy, cíle a služby. Charakterizování podstaty tohoto přístupu je klíčové pro celou bakalářskou práci. V této kapitole je také zpracována kritika Harm Reduction, jež je pro nás velmi důležitá a jež je následně reflektována v praktické části. Teoretická část vychází především z poznatků odborné literatury.

1 Drogová závislost

V dnešní době se s pojmem závislost, tedy se souborem symptomů a příznaků, jež mají svůj původ v působení příslušného podnětu na organismus nebo na psychiku člověka, setkáváme velmi často (Liba 2001, s. 74). Obšírnost tohoto termínu je až zarážející. Můžeme například mluvit o závislosti na práci, na cukru, sportu či plastických operacích, i když se nejedná o závislost v pravém slova smyslu. Asi nejnámější a nejobávanější je závislost drogová, a to jak pro její život ohrožující aspekt pro uživatele, tak i pro její důsledky spadající na okolní společnost. Abychom tuto problematiku drog a drogové závislosti pochopili, je třeba přiblížit a objasnit si základní termíny s ní související.

1.1 Vymezení základních pojmů

Droga

Jednoduše můžeme drogu popsat jako jakoukoliv látku, a to jak nalezenou v přírodě, tak uměle vyrobenou, která obsahuje dvě základní charakteristiky (Presl 1994, s. 9):

- má psychotropní účinek, nějakým způsobem působí na naši psychiku,
- může vyvolat závislost, mluvíme o tzv. „potenciálu závislosti“, který se u různých drog liší svou mírou, ovšem pokaždé je přítomen.

Světová zdravotnická organizace (WHO) roku 1969 definovala drogu jako „jakoukoliv látku (substanci), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více jeho funkcí“ (Nožina 1997, s. 9). Množství druhů a typů drog neustále roste, postupem času vznikají stále nové.

Pravdou je, že drogami jsme obklopeni, jelikož látky, které působí na psychiku a na které si je možno vypěstovat závislost, nalezneme skoro všude. Mluvíme o tzv. legálních, tedy společností tolerovaných drogách. Asi nejpodstatnějšími legálními drogami jsou alkohol a tabák. Patří mezi ně ale i káva, čaj a podobně. „Úplná a naprostá abstinence od jakékoli psychotropní látky, tj. zásadní a trvalé odmítání čaje, kávy,

tabákových výrobků či alkoholu v jakékoli podobě a při jakékoli příležitosti, je v naší společnosti spíše výjimkou“ (Presl 1994, s. 9). V reálném životě se zkrátka těmto legálním drogám nevyhneme. Je ovšem nutné mít se, i přes jejich zdánlivou neškodnost, na pozoru a nepodceňovat jejich rizika. Větší nebezpečí představují drogy nelegální, tedy takové, které společnost netoleruje, u kterých je zakázána jejich výroba i distribuce.

Velmi populární, ačkoliv poměrně nepřesné a zastaralé, je dělení drog dle míry jejich rizika vzniku závislosti, a sice na (Riesel 1999, s. 11):

- měkké/lehké (káva, tabák, produkty konopí atd.),
- tvrdé/těžké (heroin, kokain, pervitin atd.).

Na hranici mezi měkkými a tvrdými drogami pak stojí alkohol, jehož konzumace je obvyklým a tolerovaným jevem, který v malé míře může působit jako prevence kardiovaskulárních onemocnění, ovšem při jeho nadužívání může mít až fatální následky, které již charakterizují onu „tvrдост“ drogy.

Presl (1994, s. 10–11) pak uvádí výstižnější a srozumitelnější způsob dělení drog praktikovaný v Nizozemí, tj. na ty:

- s akceptovatelným, přijatelným rizikem,
- s rizikem nepřijatelným.

Jak již bylo řečeno, drogy působí na funkce centrálního nervového systému (CNS) a zároveň ovlivňují orgány periferního nervového systému (pomocí nervů a nervových uzlin). Díky droze tedy vzniká umělý stav, který nahrazuje přirozené prostředí organismu. Tohoto stavu je pak možné znovu dosáhnout pouze pomocí aplikace dalších dávek této drogy do těla. Tím se stává nedílnou součástí metabolismu, normálních pochodů v těle. Jeho existence je pro člověka nezbytná, vzniká tak závislost na droze (Nožina 1997, s. 10–11).

Závislost, syndrom závislosti

Nešpor (2000, s. 14) mluví o syndromu závislosti, který popisuje jako skupinu fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, ve kterých má ono užívání drogy markantnější přednost před jednáním, jež bylo pro jedince předtím velmi důležité. Pro stanovení konečné diagnózy závislosti je nutné, aby jedinec dosáhl během jednoho roku minimálně tří následných kritérií – dle MKN – 10 (Nešpor 2000, s. 14):

1. silná touha nebo pocit puzení po droze
2. potíže v sebeovládání při konzumaci drogy
3. tělesný odvykací stav
4. průkaz tolerance k účinku látky
5. postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů
6. i přes prokazatelnost škodlivosti pokračování v užívání drogy

Velmi podobně pak závislost určuje i Americká psychiatrická asociace. Její kritéria jsou obdobná, ovšem trochu neočekávaně se nezmiňuje o silné touze či bažení (craving) po droze (Nešpor 2000, s. 26).

WHO (Světová zdravotnická organizace) podporuje odborné výrazy závislost a syndrom závislosti a zároveň doporučuje používat je namísto pojmu toxikomanie (Glosář pojmů: Závislost, syndrom závislosti 2010).

Drogová závislost

Termín drogová závislost (drug addiction) byl doporučen užívat pro stav tělesné a psychické závislosti, a to WHO roku 1963. Právě tento pojem vystřídal starší termíny, jako je například toxikomanie a narkomanie, které definovaly závislost pouze na určitém typu drogy, nebo adikce či drogová habitace, jež kladly důraz na stavy fyziologické závislosti (Maříková, Petrusek, Vodáková 1996, s. 225).

Závislost se dá popsat jako konec svobody člověka, který si na onu drogu vytvořil vazbu a nedokáže bez ní existovat, je v jeho životě permanentní a většinou nejdůležitější věcí. Snad nejpodstatnější (ač veřejností občas opomíjenou)

charakteristikou závislosti je, že je onemocněním s negativními dopady nejen na jedince, ale i na společnost (Nožina 1997, s. 12).

Základní definice drogové závislosti byla vytvořena experty Světové zdravotnické organizace, která ji popisuje jako „psychický, někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně (ustavičně nebo intermitentně) pro její psychické účinky, a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu“ (Vavřínková, Binder 2006, s. 13).

Fyzická závislost

Vzniká dlouhodobým a častým užíváním drogy, kdy se organismus již droze přizpůsobil, vyžaduje ji, zapojil ji do své látkové výměny. Bez ní tedy dochází k abstinenčním příznakům (Nožina 1997, s. 12).

Psychická závislost

Jedná se o duševní stav zapříčiněný požíváním drogy, kdy si jedinec přeje drogu opět užít. Někdy tomuto přání lze odolat (většinou na úplném začátku), jindy je to už velmi obtížné, a to i tehdy, když si je dotyčný vědom špatnosti drogy. Pro vznik psychické závislosti nestačí pouze pasivní konzumace drog. Je zde třeba jistých prožitků, často se jedná o závislosti na některé okolnosti provázející konzumaci návykové látky (prostředí, společnost atd.) Při přerušení užívání drogy se zpravidla objevují tzv. klamné abstinenční příznaky, tedy fyzické projevy typu třesu těla, pocení a podobně. Pravdou je, že právě psychická závislost má největší váhu při zneužívání drogy. Hlavně kvůli ní dochází k jejímu opětovnému nadměrnému užívání (Nožina 1997, s. 12).

Úzus, abúzus

Tyto termíny jsou latinského původu. Úzus znamená užití, užívání drog, a to ve střídavém množství, které není zdraví škodlivé, nijak neohrožuje mezilidské vztahy či ekonomické poměry jedince ani jeho rodiny, nijak neovlivňuje chování člověka.

Synonymem pak může být pojem konzumace. Oproti tomu stojí termín abúzus, tedy zneužívání či nadužívání. Jedná se o přílišnou konzumaci látky či nevhodnost situace pro její užívání, například u gravidní ženy. „Abúzus je takovým užíváním drog, které nepříznivě ovlivňuje fyzický a duševní vývoj člověka, zejména tehdy, když mizí jeho schopnost chápat věci a vztahy, dospívat ke správným úsudkům apod.“ (Nožina 1997, s. 14).

Tyto pojmy nelze celosvětově sjednotit, protože se názory na to, co je úzus a co abúzus drog, kulturně liší. U abúzu rozpoznáváme, zdali se jedná o abúzus s návykem či bez něj. Někdy se také můžeme setkat s termínem misúzus drog, zejména pokud jde o nevhodnou aplikaci léků (Nožina 1997, s. 14).

Abstinenční syndrom

Je to projev drogové závislosti, soubor příznaků, ať již v psychické či fyzické oblasti, který se svou intenzitou u každého člověka může značně lišit, je individuální. Při dlouhodobém užívání drogy si tělo postupně navyká, zvyšuje se tím jeho tolerance, tzn., že pro výsledný efekt je třeba vyšší dávky, než tomu bylo dříve. Zároveň při nedostatku návykové látky dochází k nepříjemným stavům, tedy k syndromu abstinence od drogy, syndrom „odnětí“. Tento syndrom je na počátku nenápadný, tím víc je nebezpečný, jelikož se droga stává pro člověka nezbytnou. Bez ní mu najednou není pouze „normálně, běžně, nudně“, ale už i nepříjemně, špatně. Syndrom odnětí dělíme na psychický, kdy je člověk neklidný, unavený, trpí úzkostí apod., a na fyzický, kdy má jedinec nejrůznější bolesti, křeče atd. (Presl 1994, s. 12–13).

1.2 Příčiny drogové závislosti

Najít jednoznačnou a konečnou příčinu drogové závislosti je úkol nereálný. Každý člověk je individualita sama o sobě, kterou ovlivňuje celé spektrum nejrůznějších faktorů. Pravdou je, že existuje celá škála nejrůznějších teorií, jež se snaží vznik závislosti na droze vysvětlit. Jak uvádí Presl (1994, s. 47), příkladem může být

biologický model, který vidí souvislost mezi určitou drogou a konkrétním jedincem. Jednoduše řečeno, pokud přijde člověk do styku s drogou, na kterou je „biologicky nastaven“, neodvolatelně vznikne závislost. Některé další modely pak dávají vinu za vznik závislosti učení nežádoucích postojů, a to zejména vlivem tzv. primární rodiny (rodiče závislé osoby). Máme ovšem také spoustu dalších teorií, které shledávají příčinu tohoto problému v různých věcech. Presl vidí základ vzniku drogové závislosti ve vzájemné kombinaci tří okruhů. Podle něj se jedná o osobnostní charakteristiky – dědičnost, o vlivy prostředí a o přítomnost drogy a její charakteristiku (Presl 1994, s. 46–48).

Osobnostní charakteristiky – dědičnost

S jistotou můžeme tvrdit, že nikdy není žádný člověk stoprocentně předurčen k závislosti na droze, stejně jako nikdy nenajdeme jedince, který by byl před vznikem závislosti naprosto chráněn. Závislost jako takovou můžeme za určitých podmínek vzbudit víceméně u každého. Na druhé straně ovšem jsou osobnosti, které mají nějaké predispozice ke vzniku závislosti, tedy vlastnosti, jež možnost vzniku tohoto problému stupňují. V této chvíli se pak přikládá velká váha dědičnosti. Například dle adopčních studií a studií dvojčat došlo k prokázání zvýšení rizika vzniku závislosti na alkoholu u dětí, jejichž rodiče byli alkoholici, a to i při odstranění vedlejších faktorů (Šerý 2007, s. 3). Tato dědičnost je však podle Presla (1994, s. 49) značně přeceňována. Oproti tomu Šerý (2007, s. 1–2) uvádí, že podíl genetických faktorů v závislosti se pohybuje v rozmezí 40 % až 60 %. Tyto faktory rozděluje na psychické, vycházející ze specifické osobnostní struktury osob, budoucích závislých jedinců, a na faktory biologické, které dále dělí na vlivy vnější (vývoj mozku, stres matky v době těhotenství atd.) a vnitřní (interakce genů).

Presl jmenuje dvě skupiny predisponovaných osobností (Presl 1994, s. 49–50):

1. **Osoby zvýšeně citlivé, zranitelné a úzkostné**, které vnímají samy sebe jako nedostačivé vůči svému okolí. Obtížně komunikují, často nejsou schopny mít uspokojující partnerský vztah, mají sklony k sebesledování apod. Kompenzaci pak nachází u drogy stimulačního typu, díky které dojde k tolik vysněné

přeměně osobnosti. Riziko závislosti je obrovské, jelikož jedinec drogou řeší své problémy. Šerý (2007, s. 1) tuto skupinu pak shledává jako značně rizikově náchylnou.

2. **Osoby extrovertní**, pro které je typická vyšší dráždivost, nesoustředěnost, impulzivnost a sebestřednost. Většinou se jedná o lidi aktivní nevhodným způsobem, což následně graduje až agresivními projevy. (Dle psychiatrů jde o osoby abnormální, s psychopatickým vývojem.) Únik pak hledají u opiátů, kdy dochází ke stavu vnitřního klidu, míru, harmonie a celkového uvolnění. Pro okolí jsou víceméně neškodní, protože droga je nepudí k akci.

Toto kategorizování a inklinace člověka k určité droze ovšem není všeobecně platné. Přebývá totiž tzv. polymorfní způsob braní drog, tedy braní více druhů návykových látek, a to hlavně pro překrytí nežádoucích efektů jedné drogy druhou. Pro jednoduché pochopení polymorfního abúzu si představme člověka, který si k láhvi piva zapálí cigaretu. Běžně aplikovaný, legální, polymorfní abúzus. Dále musíme mít na paměti, že ne každý drogově závislý jedinec je nutně nějakým způsobem abnormální či měl nějaké predispozice. Tito lidé si nesou pouze zvýšené riziko k závislosti, jsou jí více ohroženi (Presl 1994, s. 49–51).

Vlivy prostředí

Presl přikládá vlivům prostředí pro vznik závislosti největší váhu. Je to totiž vše, co jedince obklopuje. Od rodiny, přes vrstevníky a kamarády, až po působení společnosti jako takové. Podle Šerého (2007, s. 3) je ovšem vliv prostředí na vznik závislosti přibližně stejný jako vliv genů. Tvrdí, že sociální faktory mohou dopomoci vzniku závislosti u geneticky predisponovaných jedinců.

Jako velmi důležitý uvádí Presl (1994, s. 51) postupný proces učení, kdy se utváří vlastní názor a postoj. Ten je primární v rodině, jelikož rodiče jsou prvotním identifikačním vzorem. Zde se zdá být pro vznik závislosti vévodícím faktorem v rodině matka. Mluvíme o tzv. hyperprotektivním modelu, který je velmi častý. Tento model odbourává převažující názory o nestarající se matce (dysfunkce rodiny) jako důvodu drogového problému. Často totiž shledáváme přepečlivé matky, které ustrnuly na určitém stupni vývoje vztahu k potomkovi. Jedná se o pečování, starání se o dítě

naprosto nepřiměřeně k jeho věku, čímž dochází k upírání potřeby sebeprosazení a identifikace.

Mezi další podstatné prvky zvyšující riziko počítáme například vliv vrstevníků, part a kamarádů, kde je ovšem působnost obousměrná a někdy dojde ke zvýšení, jindy ke snížení drogového abúzu. Dále například partnerský vztah, profese či působení celé společnosti, zejména pak masová média (Presl 1994, s. 51–58).

Droga a její charakteristiky

Minařík popisuje drogu jako látku, jež má dvě základní charakteristiky (Minařík 2008, s. 339):

1. Psychotropní efekt, který mění prožívání jedince a jeho pohled na svět.
2. Potenciál závislosti.

Zejména psychotropní efekt je hlavním „lákadlem“ drogu okusit. Každá návyková látka má své specifické vlastnosti, účinky a rizika. Minařík poskytuje základní dělení těchto látek podle jejich účinku na člověka a jeho psychiku (Minařík 2008, s. 339–340):

- Tlumivé látky (narkotika) – zpomalují psychomotorické tempo, od utlumení až po koma a zástavu životních funkcí. Patří sem například benzodiazepiny, barbituráty, které Riesel (1999, s. 30–32) dále specifikuje jako prostředky na uklidnění a posílení spánku, jež způsobují poruchy osobnosti gradující až její degenerací. Řadíme sem dále opiáty, jako je morfin, kodein či heroin, ale také alkohol a těžké látky.
- Psychomotorická stimulancia – zbavují vyčerpání a únavy, zrychlují myšlenkové tempo a aktivují motoriku. Zesiluje se duševní a tělesný výkon, ovšem jeho kvalita upadá. Hlavním představitelem stimulancií je kokain a pervitin. Riesel (1999, s. 31) pak kokain popisuje jako jednu z nejnávykovějších a nejomamnějších drog vůbec. Vyvolává úzkost a deprese, jež často končí sebevraždou.
- Halucinogeny – způsobují modifikaci vnímání, což podle Riesela (1999, s. 32) může vyústit až ve stavy podobné schizofrenii. Často dochází k duševním

poruchám, psychózám. Patří sem drogy jako LSD, kanabis či psilocybin (lysohlávky) a další.

Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti

Na závěr této kapitoly je nutné zmínit často užívaný model, který vychází ze skutečnosti, že člověk má bio-psycho-sociálně-spirituální vrstvy. Bio- a socio- složkou jsme se již v této kapitole zabývali. V psychologické úrovni se zkoumají psychogenní vlivy a faktory pro rozvoj závislosti. I ty mohou mít své kořeny již v prenatálním období či v období porodu. Příkladem je užívání uklidňujících léků v době těhotenství, což se přenáší na plod. Organismus plodu si tuto informaci uchová a v pozdější době života na ni bude reagovat pozitivně, čímž zvýší ono riziko. Jako další faktory můžeme jmenovat například úroveň péče o dítě a jeho vývoj, podporu v dospívání, pomoc při duševních chorobách a podobně. Hledání sebe sama, důvodu žití v drogách není ojedinělé, mluvíme o tzv. spirituálním faktoru. Můžeme zde nalézt i novodobé rituály zasvěcování a kultovní aspekty. Potřeba jakéhosi duchovního naplnění je u člověka běžná, ovšem v dnešní době ne vždy realizovaná, což je často příčinou inklinace ke droze (Kudrle 2003, s. 91–94).

1.3 Průběh drogové závislosti

Jak již bylo řečeno, drogová závislost začíná nenápadně, v některých případech pomaleji, a o to nebezpečněji. Průběh, stupně, fáze či stadia závislosti jsou autory pojmenovávány různě, v jádru se ovšem jedná o totéž. Velmi přehledně rozdělil a uspořádal závislost na čtyři stadia Novotný, přičemž v každém stupni se zaměřuje na tři specifické závislosti (Novotný 1999, s. 166–167):

1. stádium:

a) závislost na alkoholu – iniciální, počáteční

V této fázi u závislosti na alkoholu dochází k pravidelnému pití a nepravidelnému opíjení. Heller (1996, s. 16) uvádí, že jedinec se nijak svým pitím neodlišuje od okolí a od společenských norem. V tuto chvíli

pije z důvodu, že jinak nedokáže svůj problém řešit. V případě, že se jeho problém nějak vyřeší, je v tuto chvíli schopen své pití omezit. Při vzniku problému dalšího je velmi pravděpodobný relaps.

b) závislost na toxických látkách – počáteční

Jedinec nepravidelně drogu užívá, rozmýšlí o ní a orientuje se na ni.

c) závislost u mladistvých – stádium experimentování

Jde o první setkání s drogu, jedinec se přizpůsobuje drogové partě, přijímá drogové rituály.

2. stádium:

a) závislost na alkoholu – prodromální, varovné

Již dochází k pravidelnému opíjení se, ke ztrátě kontroly. Heller (1996, s. 16) v této souvislosti doplňuje, že zde se může člověk kvůli psychickému vypětí (skrývání pití před ostatními, pocity viny, studu atd.) dostat do tzv. okénka, palimpsestu, kdy si nevzpomíná na průběh intoxikace. Při vzniku okénka jedinec vstupuje do třetího stadia, které již nazýváme chorobné.

b) závislost na toxických látkách – stádium úzu

Jedinec začíná své pravidelné užívání drogy omlouvat a odůvodňovat.

c) závislost u mladistvých – stádium zaujetí drogu

Člověk je drogu zaujat, přijímá svou novou roli, je nadšený z nových kladných zážitků.

3. stádium:

a) závislost na alkoholu – rozhodné, krucální

Mění se tolerance i kontrola v pití, alkohol je neměnnou součástí života, a tím i metabolismu. Jak píše Heller (1996, s. 17–18), je zde tzv. racionalizační systém, systém zdůvodnění, omlouvání a vysvětlování pití okolí a tzv. alkoholocentrické chování, kdy v centu života stojí alkohol, končí plnění jakýchkoliv povinností či zájem o předchozí koníčky apod.

b) závislost na toxických látkách – stádium rozvoje závislosti

Rozvoj závislosti, postupně roste závislost jak fyzická, tak i psychická, a to přímo úměrně dle kvality a účinků drogy.

c) závislost u mladistvých – stádium úzu

Mülhpachr (2002, s. 16) uvádí, že jde už o pravidelné užívání, kdy dotyční pocítují první abstinenční příznaky, dochází ke změnám v životním stylu a ke konfliktům s prostředím. „Vzniká vlastní závislost jedince na droze, kterou potřebuje bez ohledu na partu.“ (Mülhpachr 2002, s. 16)

4. stádium:

a) závislost na alkoholu – terminální, konečné

Heller (1996, s. 18) toto stádium u alkoholové závislosti specifikuje prohlubujícími se příznaky třetího stadia, které jsou doplněné o potřebu ranní konzumace, tzv. „ranní doušky“, kdy se napravuje nepříjemný stav vystřízlivění, a již je viditelné poškození fyzických a duševních funkcí organismu. Typické jsou tzv. tahy, několikadenní období opilosti, kdy neproběhne vystřízlivění, „už to nejde bez drogy, ale ani s drogou“ (Heller 1996, s. 18).

b) závislost na toxických látkách – terminální, konečné

Jsou poškozeny funkce a jedinec se plně podřizuje droze.

c) závislost u mladistvých – terminální, konečné

Zrod trvalých následků, poškození funkcí, pomalu se objevují konflikty se zákonem atd.

Vedle konceptu Novotného nabízí pětistupňový model průběhu závislosti Kalina (2003, s. 17), který onu míru závislosti třídí dle síly, frekvence a následků. Jedná se o:

- **experimentální** užívání drogy (droga je konzumována pouze někdy bez jakékoliv pravidelnosti, následky nemusí být žádné),
- **příležitostné** (droga je užívána pravidelně, maximálně však jednou týdně, a to většinou ve volném čase, přičemž důsledky jsou ve většině případů pouze po užití drogy, charakteristické u marihuany, LSD či extáze),

- **pravidelné, škodlivé** (aplikace je pravidelná, vícekrát v týdnu, již se objevují škodlivé účinky),
- **problémové** (probíhá stálé užívání drogy, které má vliv na další části života – pracovní a soukromý život, objevují se zdravotní problémy a droga je většinou nebezpečně aplikována (nitrožilně)),
- **závislost na droze** (nutnost zvyšování dávek k dosažení stejného efektu – zvyšování tolerance, nekontrolovatelná touha po droze, jasné zdravotní, psychické a sociální problémy související s drogovou závislostí).

1.4 Důsledky drogové závislosti

V samotném počátku užívání návykové látky jedinec vždy od drogy něco očekává, například uklidnění, zvýšení sebevědomí, zbavení strachu a zodpovědnosti a podobně. Jedná se o dosažení určitého příjemného stavu, o únik od reality, což má ovšem za následek opravdové, negativní a často neměnné důsledky drogové závislosti (Riesel 1999, s. 15).

1.4.1 Důsledky drogové závislosti pro závislého jedince

Dopad drog na samotného závislého člověka je značný. V některých případech může mít až fatální následky. Důsledky si pro lepší orientaci můžeme seřadit následovně:

Zdravotní

Jedná se jak o fyzické, tak i psychické následky. Mezi psychické patří například snížená schopnost koncentrace, horší úroveň paměti až demence, značné rozkolísání emocí, celková degenerace osobnosti, extrémní nabuzení (stimulační drogy) nebo naopak naprostý útlum (tlumivé drogy), psychózy, jako je schizofrenie či stihomam (zejména u pervitinu), halucinace vyvolané LSD či jiným halucinogenem. Tyto látky navíc mohou vyvolat latentní psychotické onemocnění (duševní nemoc), jež se v životě člověka nemusela vůbec projevit (Zábranský 1997, s. 9–13).

Obecně jsou velmi známé fyzické či biologické důsledky, jako je postupný rozpad organismu, velká rizika infarktů, nádorových onemocnění, poškození plic, jater a dalších orgánů, nosní přepážky (šňupání, sniffing), mozku, sliznice, kůže (často její znachovění), zhoršený stav vlasů, nehtů, zubů, zvýšené pocení atd. Zejména injekční aplikací drogy dochází k velkému riziku šíření infekčních chorob. Časté jsou různé hepatitidy a HIV/AIDS, vznik abscesů, embolií a trombů (Zábranský 1997, s. 9–14).

Velký vliv mají drogy také na plodnost a vývoj plodu. Pokud žena v těhotenství užívá návykové látky, může dojít k poškození plodu, a to již během vývoje v děloze. Rizikem zde je potrat nebo duševní i tělesná defektivita dítěte. Někdy u kojence dokonce dochází k abstinčním obtížím, zejména u žen závislých na heroinu a kokainu (Riesel s. 38–39).

Jak uvádí Nešpor (1999, s. 10), návykové látky způsobují celou škálu problémů. Často se jedná o velmi závažné zdravotní problémy. Z toho důvodu Světová zdravotnická organizace užívá pojmu „problémy působené návykovými látkami“.

Sociální, ekonomické

Člověk závislý na návykové látce postupně ztrácí zájem o vše ostatní, tedy i o své zaměstnání a kariéru, což spolu s výdaji potřebnými k získání drogy způsobuje značné ekonomické potíže, které vedou k sociálnímu propadu jedince. Ztráta zaměstnání, bydlení a finanční jistoty spolu se sestupem ze společenského žebříčku napomáhají celkovému úpadku osobnosti. Velmi často se pak svou špatnou finanční situací snaží řešit co nejrychleji a nejjednodušeji, často protizákonně, a sice pácháním trestných činů za účelem obstarání prostředků na (většinou nezákonné) drogy. Zejména se jedná o krádeže nebo dealerství, což často končí vězením, po kterém se z mnohých stávají bezdomovci (Riesel 1999, s. 40). Neobvyklá není ani prostituce, ať už heterosexuální či homosexuální. Zmiňujeme se tedy o dalším možném důsledku drogové závislosti – důsledek kriminální povahy (např. trestné činy pod vlivem drog, doprovodná finanční kriminalita atd.) (Zábranský 1997, s. 17–21).

Ztráta zájmu se ovšem týká i rodiny a veškerých blízkých, což způsobuje krizi a rozvrat rodiny. Závislý jedinec na jedné straně rodině ubližuje, obvykle na ní parazituje, využívá ji i své okolí, na straně druhé je ovšem on sám citově deprimován.

Postupně přichází jak o své blízké, tak o stejně drogově závislé „kamarády či partnera“ a zůstává jen sám se svou drogou. Pokud se v tomto okamžiku člověk retrospektivně zamyslí nad svým životem a uvidí vše, o co přišel, o co dále přichází, a že i přes snahu s drogou přestat to nedokáže, může dojít až k sebevražednému pokusu, tzv. bilanční typ sebevraždy (Višňovský, Bečková 1998, s. 14).

1.4.2 Důsledky drogové závislosti na společnost

I pro společnost je drogová problematika značným břemenem. Řešení již zmíněného kriminálního chování, finanční nákladnost a časová náročnost, nebezpečnost nákaz infekčních chorob krví či pohlavním stykem jsou nejstěžejnějšími a nejzákladnějšími problémy, které drogy způsobují. Jak již bylo řečeno, velký nátlak je kladen na rodinu a blízké osoby nemocného, které mohou mít psychické a jiné následky. Jak uvádí Riesel (1999, s. 40), u většiny uživatelů drog se kromě onemocnění objevuje také celková sešlost, zchátralost a úpadek osobnosti. Jedinec selhává jako rodič, potomek, partner, zaměstnanec a podobně. Je pak nucen žádat o důchod či o sociální podporu. I s tím se společnost musí vypořádat.

Každý z nás se někdy může dostat do přímého kontaktu s drogově závislým či se ho drogová problematika může nějak dotknout. Zde je potvrzena nenahraditelnost a důležitost metody Harm Reduction, která se tyto důsledky a rizika snaží mírnit, a tím pomoci nejen závislému člověku, ale také celé společnosti.

2 Prevence

Prevenci závislosti si vysvětlujeme jako činnost, která se snaží o posílení a ochranu zdraví a o výchovu ke zdravému způsobu života (Heller 1996, s. 150). Chápeme ji jako souhrnný pojem pro opatření, jež se pokoušejí snížit poptávku po návykových látkách. Prevenci, tedy předcházení či zabránění něčeho předem, rozlišujeme dle WHO na primární, sekundární a terciární. Zajímavé dělení prevence najdeme v USA. Tam vhodně rozlišují prevenci všeobecnou a selektivní. Všeobecnou zaměřují na celkovou populaci (např. celou třídu) a selektivní pak na osoby se zvýšeným rizikem, jež drogy ale neužívají (např. děti s poruchami učení). USA dále rozlišuje tzv. indikovanou prevenci, která je typická u těch, kteří vykazují známky užívání návykových látek, ovšem není možné je u nich diagnostikovat. Dále má léčbu, která se týká uživatelů a drogově závislých, kde jde o udržování stavu a prevence recidiv pro již stabilizované jedince (Nešpor 2000, s. 133).

V následujícím textu se budeme věnovat specifikace prevence podle Světové zdravotnické organizace.

2.1 Primární prevence

Je prevencí již z názvu prvotní se zdravými lidmi, kteří s drogou nejsou v kontaktu. Jedná se o snahu zamezit užití návykové látky u dosud zdravé populace, či alespoň odsunutí do pozdějšího věku (Kalina 2003, s. 17). Jejím cílem je udržet a podpořit zdraví jak jedince, tak celé společnosti. Snaží se motivovat k dosažení plnohodnotného života. Je nutné tuto prevenci aplikovat včas, proto je především zaměřená na děti a mládež (dále pak například prevence na pracovišti a podobně). Právě u mládeže je třeba všechna opatření (preventivní, poradenská a další) vytvořit nízkoprahově a komunikačně bezbariérově. Její přístupnost finanční i místní by měla být samozřejmostí. Kvalita preventivních programů by měla být přímo úměrná kvalitě distributorské sítě. Aby prevence neztrácela svou účinnost, musíme ji přizpůsobit věku

a prostředí a musí probíhat nejen odborně, ale i citlivě, empaticky a s osobním nasazením. Je potřeba vyhnout se dvěma základním chybám, kterých se bohužel mnozí dopouštějí. Jedná se o odstrašování neustálým opakováním negativních a varovných informací, které ani nemusí být pravdivé (příkladem je vznik závislosti po jednom užití návykové látky). Vzniká dezinformace s negativními následky. „Když populace, na niž je prevence mířena, zjistí, že naivní strašení není pravdivé, má přirozenou tendenci nedůvěřovat i dalším preventivním aktivitám“ (Presl 1994, s. 25). Druhým častým nedostatkem je pak odsuzování ohrožených či závislých jedinců, přibližování jejich slabostí a poruch (Heller 1996, s. 150–153).

Prevence se snaží o to, aby se celá populace chovala zdravěji. Na závěr primární prevence si uvedeme hlavní zásady programu efektivní primární prevence dle Nešpora (Nešpor 2000, s. 134).:

- brzký, věku odpovídající začátek
- zahrnující většinu žáků
- malý, interaktivní, soustavný, dlouhodobý, komplexní a uplatňuje více strategií
- přizpůsoben místním specifikům
- používá kladné vrstevnické modely
- přibližuje získávání relevantních sociálních dovedností, dovedností potřebných pro život, včetně dovedností odmítání, zvládnání stresu atd.
- zajímá se jak o nelegální, tak o legální návykové látky
- přináší možnosti, jak zvládat nevyhnutelné komplikace
- počítá s potřebností individuálního přístupu (zejména při selektivní a indikované prevenci)

Mezi aktivity primární prevence například patří informace v rámci vyučování, nejrůznější školní besedy, projekty řady občanských sdružení apod.

2.2 Sekundární prevence

Týká se osob, jež jsou již s drogou v kontaktu či jsou na ní závislé. Jedná se o snahu předejít vzniku, rozvoji či přetrvávání závislosti. Jde o včasnou intervenci, poradenství a léčení (Kalina 2003, s. 17). Mluvíme o pomoci v již v existujícím nebezpečí závislosti. Za cíl si sekundární prevence klade co nejrychleji poznat symptomy závislosti, a díky tomu pak co nejdříve zamezit důsledkům v osobní a sociální sféře. „Cílem sekundární prevence je včasné zajištění odborné pomoci a úzdravy ve smyslu bio-psycho-sociálního principu péče“ (Heller 1996, s. 154).

Do této prevence patří tzv. služby prvního kontaktu, jež se snaží pomoci v krizových situacích. Jedná se o linky telefonické pomoci, které jsou charakteristické svou anonymitou a radami k dalším krokům, o poradny, jež jsou typické profesionální pomocí a terapiemi, o krizová centra, které poskytují ambulantní a někdy i lůžkovou psychoterapii, farmakoterapii a socioterapii, a v neposlední řadě se jedná o detoxikační centra, jež nabízejí odbornou pomoc při vysazení drogy. Do sekundární prevence také řadíme například pobytová resocializační a doléčovací centra, ústavní léčbu, terapeutické komunity apod. (Heller 1996, s. 154). Veškeré služby by měly mít nejen profesionální a empatické vedení, ale měly by také vzniknout dle nároků jednotlivých regionů a oblastí.

2.3 Terciární prevence

Terciární prevence se snaží omezit recidivu a snížit sociální nevýhody postižených jedinců. Mluvíme o přístupech, jako je poradenství, léčení, sociální práce a sociální péče (Heller 1996, s. 154). Cílem je zamezit vážnému nebo trvalému poškození, ať už zdravotního či sociálního charakteru, které plyne z užívání návykových látek. Soustřeďuje se tedy na klientelu úzce spjatou s drogovou sférou, na jedince, již mají s drogou velké zkušenosti. Do terciární prevence patří sociální rehabilitace, doléčovací podpora v abstinenci, kdy se pomáhá jedincům, kteří mají léčbu za sebou a nyní abstinují anebo klientům, kteří se přidali k tzv. substituční léčbě a abstinují od

nelegálních drog. Patří sem ovšem také prevence zdravotních rizik u neabstinujících osob, tedy těch, již aktuálně návykové látky užívají a ani se nechystají přestat. V tuto chvíli mluvíme o Harm Reduction, tedy o přístupu snižování rizik (Kudrle 2003, s. 147).

V terciární prevenci se nejvíce využívá přístupů sociální úrovně, kdy se jedná o konkrétní pomoc drogovým uživatelům na úrovni zdravotního pojištění, chráněného bydlení, zaměstnání apod. Díky tomuto přístupu jsou v lepším stavu biologické předpoklady prostřednictvím primární péče o zdravotní stav uživatelů. Zejména je to snaha o omezení přenosných chorob pomocí výměnného systému. Psychologickou dimenzi v terciární prevenci vidíme například v doléčovacích aktivitách, v motivačním tréninku, v různých poradenstvích či v prevenci relapsu. Své místo má i pomoc nemocným s terminálním vývojem choroby AIDS a umírajícím. Sledujeme zde symbiózu psychologických a spirituálních složek, a to ve snaze nalézt smíření s nevyhnutelnou blížící se smrtí (Kudrle 2003, s. 148). Oblast terciární prevence usiluje o opětovné začlenění jedince do běžného života ve společnosti. Je tedy zaměřená na klienty se znaky či symptomy sociální patologie a vyžaduje odborný přístup (Hupková 2012, s. 85).

3 Harm Reduction

Představa neexistence drog, a tedy i drogové závislosti je značně nereálná. Již v době starého Egypta se na papyrech objevovalo varování před alkoholem (Riesel 1999, s. 41). S největší pravděpodobností můžeme tvrdit, že ve společnosti vždy bude několik jedinců závislých na návykových látkách bez touhy či schopnosti vyléčit se, tedy abstinovat. Proto je nutné tuto realitu přijmout a pracovat s ní. Jednou z možností je přístup Harm Reduction.

3.1 Vymezení pojmu a metody Harm Reduction

Anglický výraz Harm Reduction můžeme pro lepší pochopení doslovně přeložit jako „snižování poškození/škod“. Jedná se zejména o přístup, tedy o jakousi optiku, přes kterou nahlížíme na drogovou problematiku (Janíková 2008, s. 100). Celkově Harm Reduction charakterizujeme jako politiky a programy, jejichž cílem je minimalizace škod a rizik spojených s užíváním psychotropních látek u jedinců, již nedokážou či nechtějí s jejich užíváním přestat. Důležitý je důraz kladený na prevenci rizik, a ne důraz na prevenci užívání návykových látek, jak to většinou bývá zvykem (Hunt 2003, s. 2).

Mezinárodní Harm Reduction asociace ji definuje jako „koncepti, 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 prospěšná pro uživatele drog, pro jejich rodiny a pro celou společnost“ (IHRA 2010, s. 1).

I přesto, že Harm Reduction lze dávat do souvislosti s veškerými drogami, včetně alkoholu či tabáku, prvotně byl tento pojem chápán v kontextu injekční aplikace drog. Z tohoto hlediska je pak odvozena definice Harm Reduction dle Světové zdravotnické organizace, která uvádí že „v oblasti veřejného zdraví je termín Harm Reduction užíván pro snahu předcházet negativním zdravotním důsledkům souvisejícím s určitým typem

chování nebo tyto důsledky minimalizovat“ (Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction 2006, s. 19). Jako hlavní cíl v rámci injekční aplikace drog pak uvádí zabránění přenosu viru HIV a jiných infekcí (Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction 2006, s. 19).

Pojem, který vystihuje a blíže specifikuje činnost Harm reduction, je tzv. „outreach“ neboli přesahování. Znamená aktivní činnost mimo zdravotnické zařízení, a to zejména terénních pracovníků s problémovými závislými jedinci, jež je obtížné kontaktovat (Nešpor, Csémy 1996, s. 116).

Harm Reduction můžeme vnímat jako strategii, přístup zaměřený na důsledky vyplývající ze závislosti, ale i jako cíl, tedy snížení škod v této souvislosti. Přijetí závislého člověka je jádrem Harm Reduction. Jednoduše lze říci, že se přístup snaží snižovat škody a rizika jak pro jedince, komunitu, tak pro společnost, přičemž je rozhodnutí, zdali bude drogu dále užívat či nikoli, na jedinci. To ovšem neznamená, že by se Harm Reduction a abstinence vzájemně vylučovaly. Harm Reduction ale připouští možnost odmítnutí či nereálnost abstinence, nevnímá ji jako to jediné správné a přijatelné. Harm Reduction specifikuje hierarchii cílů, přičemž začíná u cílů co nejdříve možných, tedy u cílů co nejreálnějších a nejrychlejších až po cíle dlouhodobé, ústící v abstinenci (Incardi, Harrison 1999, s. 2–8). Harm Reduction můžeme charakterizovat jako škálu praktických strategií, jež omezují záporné důsledky užívání drog, přičemž se jedná o strategie od bezpečnějšího užívání až po ty mířící k abstinenci. Pracuje se s klienty „tady a teď“ (Janíková 2008, s. 100).

V neposlední řadě nesmíme opomenout ani legislativní zakotvení Harm Reduction. Jako jeden z pilířů evropské protidrogové politiky se Harm Reduction uvádí již od konce 90. let, v České republice pak od roku 2000 (Hrdina 2003, s. 264–266). Aktuálně se do české protidrogové politiky promítá Národní strategie protidrogové politiky 2010–2018, kterou nadále tvoří čtyři základní pilíře, a to primární prevence, léčba a resocializace, snižování dostupnosti drog a právě i snižování rizik.

3.2 Vznik a vývoj Harm Reduction

Jak píše Hrdina (2003, s. 263), postoj Harm Reduction se objevuje od počátku lidské společnosti. Již od pradávna zaznamenáváme nespočet příkladů snahy lidí omezit rizika a škody riskantního chování v nejrůznějších oblastech lidského života. Příkladem je záchranný kruh na lodi, hasicí přístroj v domě a podobně. Ve vztahu k užívání drog byl ovšem Harm Reduction definován až v 80. letech 20. století.

Základní aplikace principů, tedy jakési jádro tohoto přístupu můžeme sledovat již ve 20. letech 20. století, a to na klinikách ve Spojených státech, kde v letech 1912–1923 léčili a pečovali o jedince závislé na omamných látkách. Dalším příkladem je zpráva Rollestonovy komise z roku 1926 z Velké Británie, která mluví o předepisování opiátů pro pacienty závislé na heroinu, a to ve snaze zachovat jejich normalitu (Cook, Bridge, Stimson 2010, s. 37–38). Jedná se o tzv. Rollestonskou protidrogovou politiku. Zábranský (1997, s. 63) uvádí, že toto předepisování, zejména opia, probíhalo zákonně tehdy, pokud pacient nemohl být zbaven závislosti bez závažných abstinčních příznaků, či pokud podstoupil postupné snižování dávek, nebo drogu nutně potřeboval k vedení normálního života.

Přístup Harm Reduction, jak jej chápeme nyní, má původ v přístupu „Public Health“, tedy přístupu ochrany veřejného zdraví. Oba pak vznikly zejména z důvodu šíření viru HIV, který se poprvé objevil na začátku 80. let 20. století (Janíková 2008, s. 99). Z důvodu této epidemie bylo nutné zajistit vhodné služby pro drogově závislé, které by snížily epidemii viru HIV, jež se šíří injekční aplikací drog či rizikovým sexem. Mezi tyto služby patří například nácvik bezpečného užívání látek, bezplatné poskytování kondomů, poradenství a podobně. Jedním z hlavních důvodů rychlého šíření HIV/AIDS bylo sdílení použitého injekčního náčiní. Zde vidíme nutnost výměnných programů. Z naléhavosti obrany proti HIV tedy vznikaly a dále se rozšiřovaly programy vycházející z principů Harm Reduction – substituční program, program prevence předávkování a další (Hrdina 2003, s. 266).

Nizozemí a Velká Británie byly prvními státy praktikujícími model Harm Reduction. V Nizozemí se jednalo zejména o výměnné programy. Roku 1972 došlo dokonce k vydání dokumentu, v jehož závěru je zmiňována důležitost obsažení rizik vyplývajících z drogové závislosti v drogové politice. Ve Velké Británii se provozovala

substituce a preskripce návykových látek lékaři. Různé programy vycházející ze strategie Harm Reduction se dále rozšířily do dalších zemí Evropy a světa (Hrdina 2003, s. 264–265).

Celkově byla tato problematika řešena několika mezinárodními organizacemi a nestátními organizacemi. Roku 1989 vznikl tzv. International Journal of Drug Policy (IJDP), o rok později poprvé proběhla každoroční Mezinárodní konference Harm Reduction, tzv. IHRC neboli International Conference on the Reduction of Drug – Related Harm. Vše pak zaštiťuje Mezinárodní Harm Reduction asociace neboli tzv. IHRA – International Harm Reduction Association (Janíková 2008, s. 99).

3.3 Postoje Harm Reduction

Harm Reduction je definováno celou řadou principů a postojů, které jsou v politikách a programech zakotveny. Mezi základní charakteristiky dle Hunta patří (Hunt 2003, s. 4):

- zachování důstojnosti klienta, který je lidskou bytostí,
- vyhýbání se zhoršování poškození zapříčiněné užíváním drog,
- maximalizování možností intervence,
- preference dosažitelných cílů,
- neutralita k legalizaci či dekriminalizaci,
- odlišení od války proti drogám.

Hunt dále popisuje principy Harm Reduction vytvořené kanadským centrem, které se problematikou drog zabývá (Hunt 2003, s. 3–4):

- Pragmatičnost – Harm Reduction připouští, že do určité míry je užívání psychotropních látek společenským rysem lidské zkušenosti. Pro celkové porozumění chování uživatelů uznává potřebu brát v úvahu jak rizika plynoucí z užívání, tak určité pozitivní zážitky s tím spojené.

- Humanistické hodnoty – rozhodnutí užívat drogy se přijímá jako fakt, toto rozhodnutí se ovšem neschvaluje a nepodporuje. Nedochozí k žádnému morálnímu soudu vůči klientovi, zachovávají se jeho práva a důstojnost.
- Zaměření na poškození – prvotním cílem je snížení negativních důsledků užívání drog jak pro uživatele, tak pro ostatní, nikoliv snížení užívání drog jako takové. Abstinenci jako dlouhodobý cíl ani nevylučuje, ani neprosazuje.
- Zvážení nákladů a přínosů – tento princip popsany Hunttem Janíková (2008, s. 102) specifikuje jako užívání procesu identifikace, měření a posouzení problémů a škod plynoucích z užívání drog, přičemž dochází k hodnocení nákladů a přínosů intervencí, díky čemuž můžeme následně zaměřit zdroje na priority.
- Priorita bezprostředních cílů – většina programů Harm Reduction má svou hierarchii cílů, které jsou bezprostředně zaměřeny na aktuální potřeby jedinců, cílové skupiny a komunity. Právě docílení nejvíce bezprostředního a realistického cíle vnímáme jako první krok k bezrizikovému užívání látek nebo dokonce ve vhodných případech k abstinenci.

Tyto principy pak Janíková (2008, s. 102) popisuje jako velmi konkrétní.

Janíková se dále zmiňuje o neexistenci univerzální definice pro prosazování Harm Reduction, a to z důvodu specifických potřeb jednotlivců a komunit. Jak Janíková uvádí, Koalice Harm Reduction roku 2007 určila jako jádro své praxe následující principy (Janíková 2008, s. 101):

- Přijímá jak legální, tak nelegální drogy jako součást našeho světa, z čehož vyplývá aplikace přístupu minimalizace poškození, jejichž příčinou je užívání návykových látek, přičemž toto užívání neignoruje, ani neodsuzuje.
- Uznává komplexnost drogové problematiky, mnohotvárnost tohoto fenoménu a akceptuje tvrzení, že některé způsoby užívání drog jsou bezpečnější než jiné.
- Uplatňuje přístup, který neodsuzuje klienta, ani na něho nevyvíjí nátlak a poskytuje služby uživatelům i komunitám, jejichž cílem je omezovat vzniklé poškození.
- Začleňuje (i bývalé) uživatele drog do tvorby programů a služeb jim určeným.
- Pojem užívání chápe jako multifaktoriální fenomén.

- Kritériem úspěšných intervencí a přístupů není pouze dosažení kvalitního slušného života, jelikož ne vždy vede k abstinenci.
- Vnímá uživatele drog jako primárního hybatele schopného snížit poškození svého užívání drog, dochází ke zplnomocňování uživatelů (sdílení informací, podpora využívání vhodných strategií Harm Reduction a podobně).
- Chápe, že sociální nepoměry jako chudoba, rasismus a další přidávají na zranitelnosti jedinců, a zároveň omezuje jejich schopnosti účinně se zabývat minimalizací jejich poškození plynoucí z užívání návykových látek.
- Nebagatelizuje a neignoruje jak tragická poškození, tak reálná nebezpečí, která závislé chování způsobuje.

Hrdina uvádí tři základní principy a strategie Harm Reduction (Hrdina 2003, s. 265):

- Harm Reduction je alternativou k tradičním a jednostranným modelům užívání drog a závislosti. Filosofické základy nalezneme v pragmatismu. Harm Reduction na rozdíl od jiných modelů přináší celou škálu nástrojů a postupů, jak minimalizovat škodlivé následky. Přijímá tedy realitu, ve které někteří lidé drogy užívají a chovají se pak rizikově i v jiných situacích. „Uskutečnění idealistické vize společnosti bez drog pokládá za velmi nepravděpodobné“ (Hrdina 2003, s. 265).
- Harm Reduction považuje abstinenci za ideální výsledek, ale akceptuje také alternativy, které pracují s neabstijnícím klientem. U většiny uživatelů drog nelze úplně odstranit ono riziko poškození. Harm Reduction se jej tedy snaží snížit dvěma způsoby, a to zachováním zdravotního stavu a předáním informací a motivací klienta k zodpovědnosti za své chování, které budou následně měnit v méně rizikové.
- Harm Reduction uplatňuje nízkoprahově přístup, který je charakteristický reálnějšími požadavky na klienta, bez nutnosti jejich identifikace. Aby mohly být zvolené intervence efektivní, je nutné pracovat s klientem v jeho prostředí, tedy tam, kde se právě nachází, ve stavu, v jakém právě je, a za předem dohodnutých podmínek dle potřeb klienta.

3.4 Cíle Harm Reduction

Jak již bylo psáno v kapitole 3.2, hlavním podnětem pro vznik politik a programů v rámci Harm Reduction bylo zamezení HIV/AIDS epidemie, což se týkalo především injekčních aplikací a nechráněného sexu. Prvotním a nejvíce zmiňovaným je tedy cíl snižování škod a rizik, vyplývajících z užívání návykových látek. Příkladem je výrok Poradního výboru pro zneužívání drog (Advisory Council on the Misuse of Drugs) z roku 1988 britské vládě, který říká, že nebezpečí HIV a AIDS je mnohem větší než nebezpečí, které přináší užívání drog. Jak uvádí Hunt, to pak následně vedlo k definování hierarchie cílů této oblasti (Hunt 2003, s. 3):

- snížit výskyt sdílení injekčního náčiní
- snížit výskyt injekčních aplikací
- snížit užívání pouličních drog
- snížit užívání preskripce drog
- zvyšovat abstinenci u všech typů drog

Obecně a prakticky cíle definuje Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS: Harm Reduction, s. 1):

- Minimalizovat opětovné používání náčiní k užití drog.
- Praktikovat aplikace drog méně rizikovými způsoby.
- Informovat klienty o následcích a rizicích užívání drog.
- Znalost pravidel bezpečného sexu.
- Přerod rizikového chování klientů v chování méně rizikové.
- Snižovat rizika somatického poškození (či jeho redukci nebo odstranění).
- Informovanost o poskytování první pomoci.
- Vědomosti a orientace v systému fungování orgánů státní správy a orgánů činných v trestním řízení.
- Utužení či znovunabytí základních hygienických dovedností a návyků.
- Snížení trestné činnosti.
- Navázání kontaktů s klientem, zprostředkování kontaktu s odborným zařízením.

IHRA (Mezinárodní asociace Harm Reduction) uvádí, že ve specifickém kontextu jde cíle Harm Reduction hierarchizovat způsobem, kdy na jedné straně budeme mít cíle realistické, zatímco na straně druhé budou varianty hůře dosažitelné, přesto velmi žádoucí, jako je například abstinence. Primárním cílem je udržení klienta naživu a zamezení neměnných škod. Nesmíme ovšem opomíjet důležitost dalších významných priorit a cílů (IHRA 2010, s. 2).

Před každým definováním cílů Harm Reduction a před individuálním zkoumáním jejich efektivity je vhodné vždy rozhodnout, které škodě či újmě se chceme vyhnout. K tomu dojde v procesu, jenž je založen na komplexní směsi organizačních cílů, morálních přesvědčení a racionální analýzy. Jak uvádí Newcombe (1992, s. 1–2), vždy je ku prospěchu existence tzv. druhotných, vedlejších cílů („sub-goals“), jež plní funkci záchranné sítě.

3.5 Služby Harm Reduction

Služby poskytované v rámci Harm Reduction nejčastěji probíhají v rámci nízkoprahových programů, a to formou terénní práce a práce v kontaktních centrech. Nízkoprahový přístup můžeme charakterizovat jako program, jehož základem je neomezená přístupnost komukoli. Na klienta neklade žádné nároky (např. abstinence), nijak jej dále neomezuje. S tím je spojena pro uživatele drog velmi důležitá záruka anonymity. (Janíková 2008, s. 104–105) Vědomí, že ne každý člověk v nouzové situaci vyhledá pomoc ve standardní zdravotní či sociální instituci, je podstatou nízkoprahových přístupů (Hrdina, Korčíšová 2003, s. 160).

Rhodes (1999, s. 8) terénní práci definuje jako metodu propagace zdravotnické osvěty a služeb. Jednoduše terénní práci (streetwork) popisuje Hrdina a Korčíšová (2003, s. 159) jako speciální formu sociální služby, jež je aktivně realizována přímo na ulici. Autoři dále zmiňují Elicha, který terénní práci specifikuje jako „navštěvující“ samonabízející se sociální práci, a to v místech, kde vznikají sociální konflikty (Elich in Hrdina, Korčíšová 2003, s. 159). Terénní sociální práce je tedy „sociální práce s rizikovými jedinci vykonávaná v přirozeném prostředí klientely sociálních

pracovníků. Součástí terénní sociální práce jsou: depistáž, navazování kontaktů, poskytování sociální pomoci, mapování lokality včetně sběru dat, analýzy a sumarizace poznaných informací o příčinách, charakteru a intenzitě nepříznivé sociální situace cílové skupiny“ (Matoušek 2008, s. 229).

Hlavním cílem streetworku je nárůst zdravého chování. Rhodes jako tři základní metody terénní práce uvádí (Rhodes 1999, s. 8):

- propagaci informací o možných zdravotních rizicích,
- podporu změn vedoucí k méně rizikovému chování,
- stálost kladné změny v chování.

Rhodes (1999, s. 11) dále přináší dva hlavní důvody pro terénní práci, které Hrdina a Korčíšová také zmiňují:

1. Nedokážeme efektivně oslovit cílovou skupinu klasickými způsoby intervence.
2. Dosavadní metody intervence nenabízejí takové služby, jež cílová skupina vyžaduje.

Kontaktní centra jsou zařízení určená uživatelům návykových látek. Matoušek (2008, s. 88) je popisuje jako zařízení nízkoprahového charakteru, určená pro klienty, jimž stačí pravidelný či občasný ambulantní program. Jsou typická snadným přístupem, již zmíněnou nízkoprahovostí, a tedy i anonymitou a v neposlední řadě se po využití služby na klienta nevyvíjí nátlak v podobě nutnosti abstinence. Mezi základní služby realizované v kontaktním centru patří kontaktní práce, poradenství, výměnný program, základní zdravotnická péče, testování na HIV a další (Janíková 2008, s. 107–108).

Roku 2013 v České republice fungovalo 111 nízkoprahových programů, zahrnujících 54 terénních prací a 57 kontaktních center, jejichž nejpočetněji zastoupenou (75–80%) cílovou skupinu tvořili injekční uživatelé drog (Mravčík a kol. 2014, s. 6).

V následující části textu si uvedeme základní služby poskytované v rámci Harm Reduction, jako je výměnný program, poradenství, bezpečný sex, testy extází a zdravotnické služby.

3.5.1 Výměnný program

Výměnný program je jednou z nejzákladnějších složek strategie Harm Reduction. Realizuje se jak v terénních programech, tak v kontaktních centrech. Díky výměně a následné bezpečné likvidaci použitého náčiní ubývá riziko přenosu virových infekcí z použitých a odhozených stříkaček a jehel. Pro efektivnost programu je podstatný ukazatel návratnosti, tedy poměr vydaných a vrácených kusů, který by v ideálním případě měl přesáhnout 100 %, jelikož se do oběhu dostává i náčiní odjinud, například z lékáren (Glosář pojmů: Výměna, výměnný program 2010).

Hunt udává, že vliv sdílení jehel u drogově závislých na přenos virových infekcí, jako je hepatitida B, byl znám nejméně od roku 1970. Ovšem až epidemie HIV/AIDS dala vznik tzv. schémat výměny jehel a injekčních stříkaček, a to v řadě zemí Evropy, Austrálie a části Severní Ameriky (Hunt 2003, s. 9).

Hlavním cílem výměnného programu je tedy zabránění a sdílení injekčního náčiní k šíření krví přenositelných virových infekcí u drogových uživatelů. Jen pro orientaci, v České republice bylo roku 2013 infikováno šest HIV pozitivních osob, které se nakazily injekční aplikací (Mravčík a kol. 2014, s. 97). Mezi další cíle patří například vytvoření tolik cenného kontaktu s klientem, což umožňuje právě proces výměny. „Sterilní injekční stříkačky tedy nejsou jen preventivním materiálem, ale také prostředkem k navázání kontaktu“ (Hrdina, Korčíšová 2003, s. 159). Dochází ke komunikaci, jež klientovi přináší základní informace a praktické znalosti, například jak správně dezinfikovat užitou jehlu či stříkačku (Hunt 2003, s. 9). Jak píše drogová poradna Sananim, tento postup je založený na principu „Když už bereš, tak ber tak, aby sis pokud možno ublížil co nejméně“ (Streetwork, K-centra 2015). Jako další cíle můžeme například jmenovat poskytnutí snadnějšího přístupu k ošetření, ke zdravotnickým a sociálním službám.

Ve výměnných programech ovšem nefigurují pouze injekční jehly a stříkačky, patří sem také distribuce kondomů, ale také dalšího náčiní pro méně rizikovou aplikaci, jako je sterilní voda (příprava roztoků a vymývání injekčních stříkaček), bavlněné filtry (odfiltrují nečistoty při plnění stříkaček), dezinfekční tampony či lžičce. Rhodes (1999, s. 23) uvádí, že dle výzkumů se nákazy virů, jako je HIV či hepatitida C, mohou šířit i sdílením tohoto materiálu. Z toho pak vyplývá důležitost distribuce těchto produktů.

Roku 2013 výměnné programy jehel a stříkaček poskytovalo 110 nízkoprahových programů, přičemž celkový počet tohoto materiálu dosáhl 6,2 mil. kusů. Zajímavá je pak distribuce želatinových kapslí, jež fungují jako perorální alternativa injekční aplikace, zejména pervitinu (Mravčík a kol. 2014, s. 6). O těchto kapslích ovšem nemáme dostatek ověřených informací, zejména o způsobu jejich užívání, o jejich přínosech a rizicích (Mravčík a kol. 2014, s. 131).

3.5.2 Poradenství

Již z názvu poradenství je nám jasná činnost této služby, jednoduše řečeno jde o poskytování rady. Broža (2003, s. 111) definuje profesionální poradenství jako činnost, ve které působí vyškolený odborník (poradce), poskytující poradenské služby, a uživatel (klient), jenž tyto služby využívá. HadjMousová (2002, s. 5) poradenství popisuje jako aplikovanou disciplínu sdružující teoretickou i praktickou složku, jejíž počátek nalézáme v potřebě pomoci druhým v nesnázích a jež se věnuje závažným lidským problémům.

Poradenství v drogových službách se nejčastěji skládá z poradenství sociálního, zdravotního, psychologického a právního. Trvání tohoto poradenství může mít formu jednorázovou i dlouhodobou. Důležitá je charakteristika poradenství v pomáhajících profesích, jež je přirovnává k pomoci, nikoli ke kontrole. Klientovi je poradenství nabízeno, on jej může svobodně přijmout či odmítnout. Jako všeobecný cíl poradenství vnímáme podporu uživatele drog ve zlepšení jeho životní situace, v jeho autonomii a soběstačnosti (Broža 2003, s. 111).

Poradenské služby pro uživatele návykových látek nejčastěji probíhají v netypických, ne vždy vhodných podmínkách, jako jsou ulice, kluby a podobně. Poradenství v kontaktním centru často předchází dlouhodobý proces vzájemného poznávání a budování vztahu založeného na důvěře. Obvykle je prvotním úkolem poradenského pracovníka motivovat uživatele návykových látek k aktivní účasti v poradenském procesu. Broža vidí jako nejsilnější nástroj, který má odborník při interakci s uživatelem k dispozici, vlastní osobnost (Broža 2003, s. 115).

Dle Brožy má běžná podoba poradenství 4 základní prvky (Broža 2003, s. 117):

1. určení problému, příčin a východisek,
2. poskytnutí informací o dalších možnostech, službách a kontaktech,
3. rozhodování a volbu dalších kroků,
4. posilování a podporu rozhodnutí, motivace.

Existují ovšem také poradenské služby pro uživatele drog v podobě telefonické a internetové. Tvoří jednu z důležitých forem nejen prevence, ale i léčby závislosti. Tyto typy poradenských služeb můžeme rozdělit do dvou hlavních skupin (Sadflek, Mravčík 2006, s. 13):

- Subjekty, jejichž hlavní a často jedinou náplní práce je telefonické či internetové poradenství, orientující se zejména na krizovou intervenci. Příkladem jsou linky důvěry, internetové poradny.
- Subjekty specializované na problematiku drogové prevence a léčby. Telefonické a internetové poradenství je pouze část jejich aktivit. Příkladem jsou kontaktní centra, centra prevence.

3.5.3 Bezpečný sex

U drogově závislých jedinců se často vyskytuje sexuální promiskuita, jež bývá v horších případech gradována ženskou i mužskou prostitucí. Důvodem je zisk financí, za které je možno drogy obstarat, někdy dochází přímo k získání drogy za sex (Hobstová, Minařík 2003, s. 223). Hlavním rizikem je zde přenos infekčních chorob, jako například hepatitidy A (zejména při užívání orálně - análních praktik), hepatitidy B (sexuálním stykem se jí nakazí až 50 % všech, většinou je tento styk homosexuální), (Hobstová, Minařík 2003, s. 229), či HIV/AIDS (v České republice je nejvíce zastoupeným důvodem přenosu HIV sexuální styk mezi muži), (Mravčík a kol. 2014, s. 97).

Jak Hrdina (2003, s. 264) dále specifikuje, rizikový sex boří hranice mezi drogovou komunitou a širší společností. Tím pak může docházet k rozrůstání virových infekcí

do nedrogové populace. Zde nemluvíme o ochraně pouze závislého jedince, ale o ochraně celé společnosti.

Harm Reduction se snaží minimalizovat rizika spojená s nechráněným pohlavním stykem, a to formou poskytování informací o bezpečném sexu pomocí letáčků, kartiček i přímého poradenství, kdy drogového uživatele seznamujeme s riziky nejen přenosu infekčních chorob, ale i neplánovaného těhotenství, podobně pak s riziky nechráněného styku či jiných forem sexuálního kontaktu. Podstatná je znalost možností ochrany, antikoncepce atd. Část Harm Reduction programů nabízí i testování na pohlavně přenositelné choroby (Glosář pojmů 2010).

Velmi rozšířená je také distribuce kondomů, kdy víceméně všechny projekty distribuují různé druhy, včetně kondomů pro vaginální, orální a anální sex (Rhodes 1999, s. 23).

3.5.4 Testování tablet „extáze“

V rámci služeb Harm Reduction dochází k testování drog, zejména tzv. tanečních drog, v jejichž čele stojí MDMA neboli extáze. Právě popularita této drogy vede k potřebě jejího testování a následně pak i k možnosti varování před jejím skrytým nebezpečím buď na místě prodeje, nebo na internetu. Velkým pozitivem je také vznik kontaktu odborníka a uživatele (Fišerová, Páleníček 2001).

Taneční droga extáze se řadí na pomezí stimulancií a halucinogenů. Základním účinkem je nabuzení uživatele energií. Typické je intenzivní tančení, které často končí až naprostým vyčerpáním, jež jedinec předtím nepocíťoval, či které bylo přehlušeno příjemnými prožitky. Extáze obvykle také vyvolává příjemné emoční stavy s relaxací, s pocity štěstí a blaha, beze strachu. Vše může být doplněno halucinacemi (Minařík, Páleníček 2003, s. 200).

Jelikož je extáze nelegální drogou, nevztahují se na ni žádné predepsané standardy, nepodléhá ani regulérní kontrole podmínek jejího vzniku a výroby. Hunt uvádí tři hlavní možnosti rizik plynoucích z nekontrolované, zakázané výroby drog (Hunt 2003, s. 33):

1. Znečištění, kdy v droze zůstávají zbytky z výrobního procesu a další nečistoty, jež mohou způsobit otravu.
2. Falšování, tedy záměrné přidání dalších látek, zejména z důvodu nižších nákladů výroby drog, které může vést k otravě.
3. Chybování v dávkování/čistotě, přičemž nejistota množství a síly dávky může vést k předávkování.

Fišerová, Páleníček uvádí význam testování pilulek v rámci Harm Reduction (Fišerová, Páleníček 2001):

- Varování před škodlivými a nepředvídatelnými substancemi v tabletách buď přímo na místě, nebo na internetu.
- Osobní kontakt odborníka s (potenciálním) uživatelem návykových látek, neopakovatelná možnost nabídky informací, poradenství atd.
- Výzkumný nástroj pro získávání informací o dané problematice.

Hromadný rozvoj extáze ve specifických hudebně-tanečních místech je příčinou intervencí Harm Reduction přímo zde, tedy v tzv. cooling místnostech neboli místnostech pro ochlazení a podobně. Pracovníci nízkoprahových programů nabízí testování chemického složení drogy, což zajišťuje předejití potencionálního nebezpečí z důvodu nevhodného složení výrobku (Minařík, Páleníček 2003, s. 202).

3.5.5 Zdravotnické služby

Dle Popisu realizace služeb Ministerstvem práce a sociálních věcí zdravotnický servis obsahuje základní vyhodnocení zdravotního stavu uživatele spolu se základním ošetřením, s poskytnutím první pomoci a zdravotního poradenství. Pokud je stav klienta vážnější, vyžadující specifickou odbornou pomoc, je mu doporučeno vhodné zdravotnické zařízení.

Klientům se poskytují hlavní zdravotnické materiály, zejména masti k ošetření povrchových ranek po aplikaci drogy, protizánětlivé léky, jako je heparoid, paralen, ibalgin, septonex atd., vitamíny a podobně. Cílem těchto služeb je zejména omezení

zdravotních rizik, která jsou způsobena užíváním návykových látek (MPSV – *Popis realizace služeb*, s. 7).

Je třeba zmínit i důležité testování na infekční choroby, jako je HIV, hepatitida C, syfilis a podobně, které probíhá zdarma a je samozřejmě dobrovolné. Presl (1994, s. 72) uvádí pozitivum testování HIV pomocí slin, jelikož je velmi komplikované, často až nemožné odebrat krev jedinci, který užívá návykové látky injekční aplikací.

3.5.6 Substituční léčba

Své specifické postavení má léčba založená na substituci (nahrazování) drog. Substituční léčby úzce souvisí se strategiemi Harm Reduction. V širším pohledu je lze pod Harm Reduction zařadit (Glosář pojmů: Substituce 2010).

Popov (2003, s. 221) substituční léčbu definuje jako terapeutický postup, při němž dochází k nahrazení užívané návykové látky látkou (lékem) s výhodnějším bezpečnostním profilem (jako je známá koncentrace bez toxických příměsí, jež se většinou užívá perorálně atd.). Substituce je tedy možnost léčby spočívající v nahrazení původní nebezpečné drogy užíváním látky, která je téměř vždy předepsána lékařem, s obdobnými účinky, ale s výrazně menšími riziky než u drogy prvotní. Příkladem je orálně podávaný metadon místo injekčně aplikovaného heroinu (Glosář pojmů: Substituce 2010).

Popov rozlišuje tři formy substituční léčby dle délky jejich trvání (Popov 2003, s. 221):

1. Krátkodobá, tzv. detoxifikační substituce, jež je užívána nejčastěji během hospitalizace, trvá 1 až 2 týdny.
2. Střednědobá, tzv. prodloužená detoxifikace, která je nejvíce realizovaná při ústavní léčbě, dlouhá v rozmezí několika týdnů až měsíců.
3. Dlouhodobá, tzv. udržovací substituce probíhající hlavně ambulantní formou nejčastěji pomocí metadonu. Může trvat několik měsíců, ale i let.

Hlavním principem substituční léčby je odložení plnění finálního cíle, abstinence na dobu, kdy uživatel splnění bude schopen, a to jak objektivně, tak subjektivně. Než tato chvíle nastane, je nutné klientův zdravotní stav udržovat a zlepšovat. Zároveň se přijímá fakt, že pro některé uživatele drog je substituční terapie konečným cílem, přičemž z klinického hlediska je takový pacient, pokud abstinuje od všech ostatních návykových látek, brán za zcela abstinujícího (Popov 2003, s. 222).

Substituční léčba má ovšem i svá rizika. Popov uvádí nežádoucí účinky metadonu, jako je například útlum dýchání, oběhové selhání, závratě, zvracení atd. I metadon je návyková látka, jež vede k závislosti. Díky substituci ovšem dochází k minimalizaci kriminality, přenosu chorob a k celkovému zlepšení zdravotního stavu a života klientů (Popov 2003, s. 221–224).

3.6 Kritika Harm Reduction

I přesto, že má Harm Reduction kořeny v přístupu veřejného zdraví a v dnešní době má jeho existence značné opodstatnění, někdy podléhá kritice, a to zejména v oblastech účinnosti, záměrech a dopadech Harm Reduction. (Hunt 2003, s. 7)

Hunt jmenuje čtyři nejčastější výroky kritizující Harm Reduction (Hunt 2003, s. 7–9):

1. Harm Reduction nefunguje.

Harm Reduction má své silné i slabší stránky, některé oblasti pak vyžadují další, podrobnější zkoumání. Janíková (2008, s. 103) v této souvislosti zmiňuje nedůvěřivost efektivitě výměnných programů injekčního materiálu, zejména na jejich počátku. Z tohoto důvodu bylo realizováno mnoho studií, jež účinnost v kontextu šíření HIV zkoumaly. Z celkového počtu 42 studií více než polovina (28) potvrdila pozitivní efekt, přičemž 14 studií získalo výsledky neutrální, tedy ani pozitivní, ani negativní. Vyplývá tak jasný doklad o efektivnosti programů výměny injekčního náčiní. Výzkumy také popřely pravost tvrzení, že tyto programy znásobují užívání drog, počet injekčního náčiní na ulici či že brání nástupu do léčby.

2. Harm Reduction udržuje závislé jedince ve „slepé uličce“.

Obavy týkající se principu Harm Reduction v této souvislosti uvažují o nemožnosti zanechání užívání drog, a to z důvodu nepoznání opravdového „spadnutí na dno“, kterému Harm Reduction předchází. Kritika tvrdí, že strategie Harm Reduction dovoluje užívání návykových látek, a tím drogově závislý člověk uvízne v opakujícím se cyklu závislosti. To ovšem zejména literatura předkládající výsledky substituční léčby metadonem vyvrací. Substituce byla postavena proti některým dalším alternativním léčbám, jako je léčba pomocí placebo či detoxikace. Zjistilo se, že substituce metadonem funguje v udržení klientů v léčebném procesu a ve snižování užívání heroinu. Máme také důkazy o účinnosti léčby v předcházení přenosu HIV, ve snižování smrtelnosti a kriminální činnosti. Dalším pozitivem je pak finanční nenáročnost substituční léčebné metody.

3. Harm Reduction podporuje užívání drog.

Zde se setkáváme s názorem, že Harm Reduction užívání návykových látek podporuje u lidí, již drogy zatím neužívají. A to z důvodu, že začnou drogy vnímat jako bezpečné, jelikož je uživatelům drog pomáháno zůstat zdraví (v rámci možností), vyhnout se dalším problémům a celkově zůstat naživu. Strategie Harm Reduction zabraňují existenci „odstrašujících případů“, a naopak vysílají do světa nevhodný obrázek drogového uživatele, a tím i oslabují snahy primární prevence. Tato kritika byla částečně vyvrácena studiemi o výměně injekčního materiálu, které neměly za následek zvýšení počtu nových uživatelů návykových látek. Setkáváme se zde ovšem s omezením možnosti zkoumání této problematiky, jelikož užívání drog je dynamický fenomén, který v průběhu času nezávisle na sobě kolísá. Podstatné ovšem je, že tento pohled na Harm Reduction opomíjí důležitost faktorů, které ovlivňují lidské rozhodnutí, zdali drogu užívat či nikoli, tedy to, co člověka k užívání návykových látek přimělo. Základní myšlenkou je zde potenciální škodlivost všech drog, které ovšem lze do určité míry díky Harm Reduction omezit.

4. Harm Reduction je „trojský kůň“ pro reformu drogové legislativy.

V tomto případě jde o názor, že Harm Reduction má skrytý úmysl, a sice dosažení legislativních reforem vedoucích k legalizaci drog. Pravdou je, že někteří zastánci tohoto přístupu jsou zároveň zastánci drogových reforem vedoucích k jakémusi legálnímu, regulovanému trhu některých či veškerých drog. Na druhé straně však máme v Harm Reduction spoustu odborníků, kteří tyto návrhy odmítají. Důležité jsou ovšem předkládané principy přístupu, jež výslovně uvádějí neutralitu k legalizaci a dekriminálnímu (viz kap. 3. 3).

Jak uvádí Janíková (2008, s. 103), přístup Harm Reduction má své příznivce, ale i své odpůrce, již jej kritizují.

II. Praktická část

Praktická část bakalářské práce navazuje na část teoretickou. Klíčovým záměrem práce je zmapování postojů žáků středních škol a seniorů k metodě Harm Reduction. Následně se pokusíme zjistit, zdali mezi těmito názory existují rozdíly. Dílčím cílem této práce je právě zjišťování a porovnávání odlišností v názorech u těchto dvou skupin respondentů.

Toto zjišťování bude provedeno pomocí metody dotazování, užijeme techniky standardizovaného dotazníku. V praktické části se tedy budeme zabývat cílem, hypotézami a metodikou průzkumu. Objasníme si vzorek respondentů, prostředí a průběh průzkumu. V neposlední řadě se pokusíme o vyhodnocení a interpretaci získaných dat, jež doplníme vlastními návrhy opatření.

4 Vlastní průzkum

4.1 Cíl průzkumu

Bakalářská práce se věnuje drogové závislosti, zejména pak metodě Harm Reduction. Jak již bylo řečeno, cílem praktické části je pomocí dotazníku u vzorku respondentů zjistit postoje žáků středních škol a seniorů k metodě Harm Reduction. Dílčím cílem je zjištění rozdílů v názorech těchto generací na tuto problematiku. Dále nás bude zajímat všeobecné povědomí o Harm Reduction mezi našimi respondenty.

Pokusíme se tedy zodpovědět základní výzkumnou otázku, která nám přiblíží předmět našeho šetření, a sice: *Jaké jsou postoje žáků středních škol a seniorů k metodě Harm Reduction?* Z této otázky nám vyplývají další podotázky, tzv. dílčí otázky:

1. dílčí otázka: Jaký je názor seniorů a žáků středních škol na drogovou problematiku jako takovou?
2. dílčí otázka: Liší se názory žáků středních škol a seniorů na metodu Harm Reduction?
3. dílčí otázka: Znájí, alespoň zhruba, žáci středních škol a seniori metodu Harm Reduction?

4.2 Hypotézy průzkumu

V praktické části se snažíme zjistit různost postojů k Harm Reduction dle věku. Právě věk považujeme za základní ukazatel, základní faktor mající vliv na vnímání metody Harm Reduction.

Stanovili jsme si následující hypotézy:

1. Postoje studentů k přístupu Harm Reduction budou odlišné od postojů seniorů k přístupu Harm Reduction.
2. Studenti mají k Harm Reduction pozitivnější přístup než senioři.
3. Studentů a seniorů, kteří neznají pojem Harm Reduction, je více než studentů a seniorů, již tento pojem znají.

4.3 Metodologie a technika průzkumu

Metodologii lze dle Jeřábka definovat jako „soustavu pravidel stanovující postupy, jimiž lze k vysvětlení dojít, anebo je ověřit“ (Jeřábek 1992, s. 12). V naší práci se snažíme zjistit postoje dvou věkových skupin k metodě Harm Reduction. Jak uvádí Gavora (2010, s. 19), je velmi podstatné vybrat jak vhodnou metodu, tak správnou techniku z ní vyplývající. Gavora dále upozorňuje na důležitost tzv. předvýzkumu. V našem případě se jedná o pilotní průzkum či pilotáž. Má své značné opodstatnění, jelikož díky ní můžeme ověřit nejen patřičnost námi vybrané metody a techniky, ale také její nedostatky či nejasnosti, které posléze máme možnost odstranit. Tím se vyhneme zbytečným chybám v samotném průzkumu. V této práci byl menší pilotní průzkum užít. Dalo se vyplnit šest dotazníků vhodným respondentům (tři studenti středních škol a tři osoby starší 60 let) z rodiny autorky. Proběhla tedy pilotáž dotazníku, díky které se odstranily jeho mírné nesrozumitelnosti a nejasnosti, konkrétně se jednalo například o potřebu stručného vysvětlení služeb poskytovaných v rámci Harm Reduction.

Pro účely této práce jsme volili metodu dotazování a techniku standardizovaného dotazníku (viz přílohu č. 1). Pojmy metoda a technika nám mohou často splývat. Základní rozdíl shledáváme v jejich rozsahu. Metoda definuje obecnější postup, přičemž technika charakterizuje postup již konkrétnější, poskytuje jakýsi návod provedení. Metoda dotazování je nejvíce užívanou metodou v empirických výzkumech.

Hlavní charakteristikou je její závislost na výpovědi oslovených respondentů. Dotazování lze kategorizovat podle nejrůznějších měřítek, jako je například stupeň standardizace, počet dotazovaných či počet témat. V bakalářské práci se jedná o dotazování standardizované, jednorázové, týkající se jedné problematiky apod. (Surynek, Komárková, Kašparová 2001, s. 79–81).

Gavora (2010, s. 121) vymezuje dotazník jako prostředek ke kladení písemných otázek, díky kterému získáváme písemné odpovědi. Jedná se o nejpoužívanější techniku zjišťování údajů, a to pro jeho zdánlivou jednoduchost. Má ovšem svá rizika, jako je nesprávné sestavení, zadání či vyhodnocení. Dotazník je většinou užit pro hromadné získávání dat, mluvíme o tzv. kvantitativním výzkumu. Jeho jádrem je zkoumání velké skupiny lidí, snaha o zevšeobecnění výsledků. Snaží se vysvětlit dané jevy a ověřovat teorie (Gavora 2010, s. 38).

V dotazníku lze aplikovat různé typy otázek. Jedná se zejména o otázky otevřené, uzavřené, polouzavřené, škálované atd. Tyto otázky je pro zvýšení pozornosti a pro jakési osvěžení vhodné střídat, nemělo by ovšem dojít k jejich chaotickému nadužití (Gavora 2010, s. 124–128). V našem dotazníku byly uplatněny otázky uzavřené, tedy ty, jež nabízejí již hotové odpovědi, z čehož nám vyplývá ona standardizace dotazníku. Doplňovali jsme je otázkami škálovými, kdy jsme se snažili získat odstupňované hodnocení na danou problematiku.

Velmi důležitá je pro nás návratnost, tedy poměr dotazníků daných k vyplnění a dotazníků zpět vrácených. Autoři návratnost vidí jako jeden ze záporů této techniky. Gavora (2010, s. 130) minimální návratnost označuje 75 %, přičemž uvádí, že je někdy dovolena i návratnost nižší. Jelikož v práci dotazník používáme, je na místě přiblížit si dle Dismana jeho základní klady a zápory (Disman 2002, s. 141):

Klady dotazníku:

- jistota anonymity respondenta,
- efektivita techniky pracující s velkým počtem jedinců,
- relativně malá nákladovost,
- menší časová náročnost,
- vysoká formální shoda podnětné situace.

Zápory dotazníku:

- vysoké nároky na ochotu respondenta,
- možnost záměny respondentů,
- nízká návratnost.

Surynek, Komárková a Kašparová (2001, s. 115) navíc jako zápor jmenují možnost rozmyslet si odpověď, čímž nám uniká často důležitá spontánnost odpovědi.

Standardizovaný dotazník užitý pro zjištění postojů k metodě Harm Reduction byl vypracován jako součást bakalářské práce. Skládá se z patnácti otázek, přičemž seniorům pokládáme navíc podotázku zajímavější se o jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Tyto otázky se snaží (kromě prvních tří identifikačních osobních otázek) zmapovat tuto problematiku. Zaměřili jsme se tedy zejména na postoje k Harm Reduction, přičemž jsme do otázek zakomponovali i onu kritiku této metody, dle kapitoly 3.6 teoretické části. Dále jsme chtěli objasnit, jaké hlavní negativum a pozitivum oslovení jedinci v této metodě vidí. Stručně nás zajímaly i názory na užívání návykových látek jako takových. Pro získání opravdu upřímných odpovědí nám zde velmi pomohala anonymita zajištěná užitou technikou.

4.4 Vzorek respondentů, prostředí a průběh průzkumu

V této práci jsme si jako základní soubor (populaci) zvolili dvě skupiny, a sice žáky středních škol a seniory. Jelikož jsou tyto kategorie značně rozsáhlé, nijak neomezené, je třeba zvolit si i další kritéria pro realizaci průzkumu.

Žáci středních škol

U této skupiny jsme si zvolili dvě hlavní kritéria:

- *Studují na střední škole.*

- *Studují v Libereckém kraji.*

Pro respondenty z řad středoškoláků se nám další limity nehodily. Snažili jsme se totiž zjistit reálný pohled dnešního studenta střední školy, přičemž definování dalších kritérií by nám onoho studenta značně zužovalo a onu reálnost by omezovalo. Nejednalo by se poté pouze o studenta střední školy, ale o studenta střední školy s humanitárním zaměřením apod., čehož jsme se chtěli vyvarovat. Chtěli jsme ovšem zachovat jakousi „inteligentní“ normu, proto jsme vzorek dotazovaných vybírali ze středních škol, které jsou známé a vyhlášené svou kvalitou. Snažili jsme se vyhnout středním školám „se špatnou pověstí“, jež mají poměrně nízké požadavky na studenty a u kterých je získání maturity pouze formalitou.

Proběhl zde záměrný výběr, který stojí na tzv. relevantních znacích. Jedná se o znaky, které jsou pro daný průzkum stěžejní. U této skupiny to byla zmiňovaná kritéria a požadavek schopnosti rozumově myslet. Jako nedostatek záměrného výběru vnímáme to, že zvětšováním našeho vzorku se nebudou zlepšovat jeho vlastnosti. Hlavním ukazatelem správného záměrného výběru je jeho kvalifikovanost. Je nutné vyhnout se „braní toho, co je po ruce“. O to jsme se snažili i v našem průzkumu. Školy i seniory jsme vybírali dle kritérií, nikoli dostupnosti. Nejedná se tedy o tzv. výběr dostupný, u kterého je pak nereálné sebemenší zevšeobecňování. (Gavora 2010, s. 79–80) Ovšem z důvodu velikosti vzorku respondentů není možné příliš zobecňovat ani náš průzkum.

Záměrným výběrem dochází ke vzniku nereprezentativního vzorku respondentů, což musíme mít při průzkumu na paměti. Nejde nám o to, generalizovat získané údaje na všechny žáky středních škol. Snažíme se zmapovat názory studentů na vyšší rozumové úrovni, což by nám měla zaručit náročnost vybraných škol, zejména náročnost přijímacích zkoušek a studia jako takového. Po uvážení jsme tedy zvolili dvě střední školy z Turnova, o kterých doopravdy můžeme tvrdit, že jsou vyhlášené, a sice Obchodní akademii, Hotelovou školu a Střední odbornou školu (OHS) – obor cestovní ruch, a Střední zdravotnickou školu – obor zdravotnické lyceum. Obsah studia na Zdravotnickém lyceu tvoří nejen učivo zdravotnické specializace, ale také učivo široké všeobecné orientace. Je výslovně uvedeno, že se jedná o důslednou přípravu žáků na vysoké školy. Studium oboru cestovní ruch na OHS se skládá zejména ze všeobecných vzdělávacích předmětů, informačních a komunikačních technologií a odborných

předmětů souvisejících s cestovním ruchem. Velký důraz je kladen nejen na etiketu a správné vystupování, ale i na odbornou praxi, jež zaručuje možnost uplatnění na trhu práce.

Pro naši potřebu jsme požádali studenty prvních a čtvrtých ročníků těchto škol o vyplnění dotazníku. Bude zajímavé sledovat, zdali se jedinci i s tímto malým věkovým rozdílem budou nějak markantně lišit v názorech. Průměrně jsme počítali s jedním stem respondentů, celkově tyto třídy navštěvuje 98 žáků, přičemž v den dotazování bylo přítomno 89 studentů. Dotazníky jsme rozdali a vybrali zpět v tentýž den. návratnost tedy byla stoprocentní. Jako nedostatek zde ovšem vidíme nepoměr mezi dívkami, kterých bylo 73, a chlapci, jichž bylo 25. Tato nevyváženost bohužel umocňuje onu nereprezentativnost našeho vzorku respondentů.

Senioři

U seniorů jsme stanovili následná kritéria (s ohledem k první skupině respondentů) z důvodu vyloučení vysokého počtu proměnných, které by vedly k nižší srozumitelnosti a zároveň by snižovaly podstatu průzkumu:

- *Lidé starší šedesáti let* – obecně se za seniorský věk považuje 65 let, my jsme ovšem zvolili jako mezní hranici 60 let, a to zejména kvůli příznakům stárnutí, o kterých píše Stuart-Hamilton (1999, s. 20), jenž uvádí, že v rozmezí mezi 60 a 65 lety se symptomy stárnutí obvykle projeví. Většina autorů pak za počátek stáří považují rozmezí těchto let. I nejznámější periodizace stáří podle Příhody (1963, s. 14) uvádí počátek stáří v 60 letech, proto jsme se i my drželi dolní hranice při specifikování respondentů z řad seniorů.
- *Trvalé bydliště v Libereckém kraji* – pro zachování objektivitu průzkumu jsme se zaměřili (u obou skupin dotázaných) pouze na Liberecký kraj.
- *Stále plně samostatní jedinci, bez výrazných kognitivních změn, zejména ti, u kterých nedošlo ke změně myšlenkových procesů* – pro získání relevantních odpovědí.

I přes tato kritéria je základní populace této skupiny značně velká a poměrně obtížně zjištělná. Z tohoto důvodu jsme zde opět využili záměrný výběr, který byl navíc podpořen technikou „snowball“. Technika „snowball“ neboli technika postupného

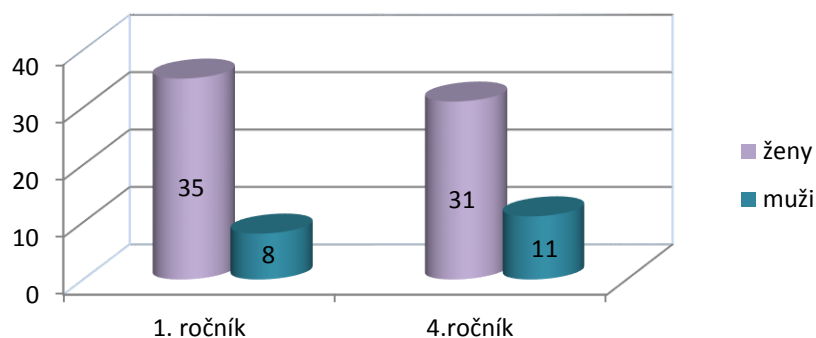
„nabalování“ spočívá v navázání kontaktu s několika jedinci potřebného vzorku, kteří následně osloví další vhodné respondenty. Tato „lavina“ pokračuje do doby dosažení potřebného počtu respondentů (v našem případě se opět počítalo přibližně se 100). Znovu je třeba zdůraznit, že výsledný vzorek není reprezentativní, je charakteristický pro danou skupinu (Srnc 2006, s. 23).

Záměrný výběr proběhl uvážením autorky, byli osloveni jedinci z jejího blízkého okolí, kteří následně navázali kontakt se svými blízkými dle předem stanovených kritérií a po řádné domluvě s autorkou. Technika nabalování je poměrně složitá a zdlouhavá, její realizace v tomto případě ovšem proběhla poměrně rychle. Časově náročná však byla její organizace před vlastní realizací, čítající velké množství telefonátů, domluv a rozhodování o vhodnosti jednotlivců, která trvala přibližně měsíc. Celkově jsme vybrali 94 vhodných respondentů, splňující dané podmínky. Dotazník jsme 53 osobám poslali pomocí emailu (předem byl domluven termín odezvy na tři dny od odeslání), zbytek byl předán a tentýž den vyzvednut osobně. Návratnost dotazníků byla 94 %, tj. 88 z celkového počtu 94 dotazníků.

4.5 Vyhodnocení a interpretace dat

V bakalářské práci byla použita metoda vlastního šetření, a to pomocí standardizovaného dotazníku. Získaná data mezi sebou porovnááme, a to na základě dvou hlavních skupin. Porovnááme tedy názory studentů a názory seniorů. Jednotlivé odpovědi respondentů v našem dotazníku jsou zpracovány v grafech, doplněny příslušným komentářem autorky.

Jak již bylo zmíněno, návratnost dotazníků u studentů byla stoprocentní, ne všechny získané dotazníky bylo ovšem možné použít. Čtyři dotazníky jsme byli nuceni vyřadit z hodnocení, jelikož obsahovaly značné nedostatky (vyplnění více odpovědí či naopak nevyplnění odpovědi žádné). Nakonec jsme celkem pracovali s 85 dotazníky od studentů, přičemž 66 z nich pocházelo od dívek a 19 od chlapců. Tento nepoměr nám přiblíží první graf, na kterém vidíme i rozložení žáků dle pohlaví v prvním (celkem 43 studentů) a čtvrtém ročníku (celkem 42 studentů).



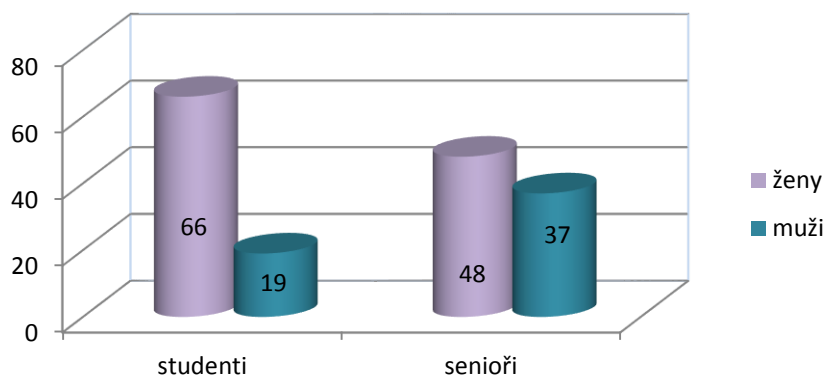
Graf 1: Rozložení respondentů z řad studentů dle pohlaví

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Pro zachování správnosti a vyvarování se matematických chyb v porovnávání jsme se snažili získat i 85 dotazníků z řad seniorů. Z celkového počtu 94 se nám jich vrátilo 88, návratnost zde tedy činí necelých 94%. Tři pak byly opět nesprávně vyplněny, čímž jsme získali požadovaných 85 dotazníků. Nikoho jsme dále neurgovali, nebylo to již třeba.

I zde převládá pohlaví ženské, ne ovšem v takové výši jako u studentů. Jedná se o 48 žen a 37 mužů. Následující graf odpovídá již na první otázku dotazníku a ukazuje poměr mezi ženami a muži jak u seniorů, tak u studentů.

Otázka č. 1: Jaké je Vaše pohlaví?



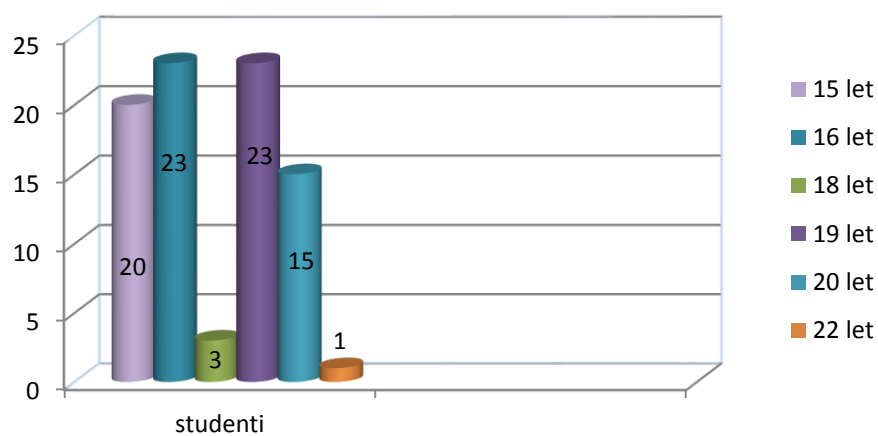
Graf 2: Rozložení respondentů dle pohlaví

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Z tohoto grafu je nám u studentů jasná nemožnost porovnávání dat mezi muži a ženami. Ovšem u seniorů je zastoupení obou pohlaví téměř vyrovnané (zastoupení žen je 56,5 % a mužů 43,5 % v celkovém vzorku seniorů), a tak se můžeme při velkých názorových rozdílech o nich zmínit i z tohoto hlediska. Celkový počet všech dotázaných žen činí 67 %, mužů pak 33 % (poměr žen a mužů je tedy 2:1).

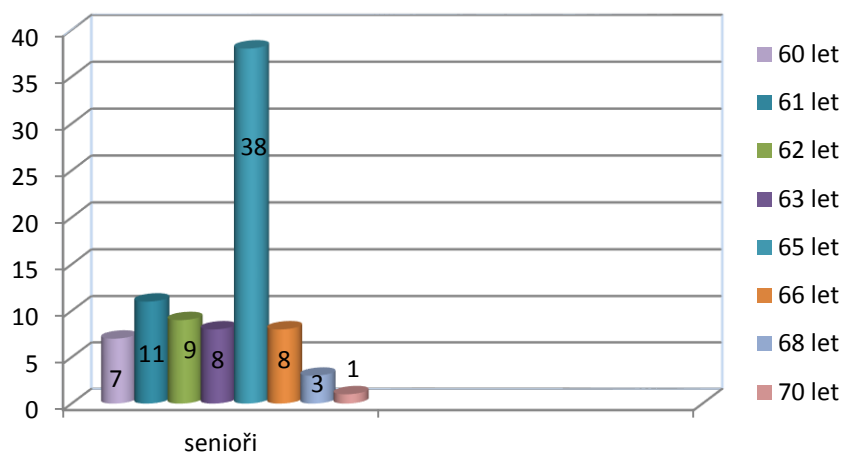
Otázka č. 2: Kolik je Vám let?

Tato otázka je víceméně identifikační. Věk respondentů ovšem v práci hraje opravdu velkou roli, rozděluje nám naše dvě základní skupiny. Je zajímavé sledovat i uvnitř skupin, zejména mezi prvním a čtvrtým ročníkem, kdy se názorovost stále vyvíjí, zdali jsou postoje nějak výrazně odlišné. Průměrný aritmetický věk studentů je přibližně 18,3 let, přičemž vážený průměr věku činí 17,4 let, a průměrný aritmetický věk seniorů je 64,3 let, avšak vážený průměr věku seniorů vychází na 63,8 let.



Graf 3: Věk studentů

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

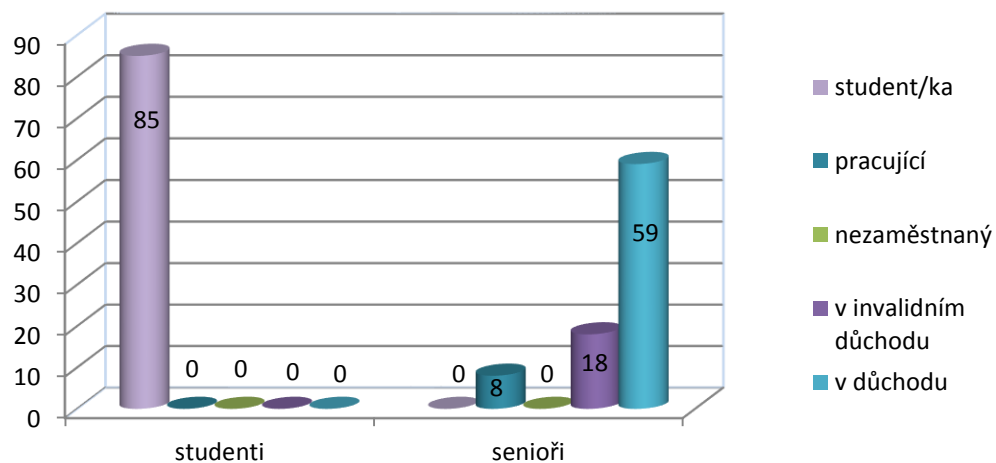


Graf 4: Věk seniorů

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Otázka č. 3: Jaké je Vaše současné ekonomické postavení?

Dosavadní stav byl zkoumán pouze z důvodu informačního. Všichni studenti samozřejmě uvedli, že jsou studenty. Díky tomu bylo potvrzeno základní kritérium platnosti zkoumaného vzorku u první skupiny. U seniorů byla nejčastější odpověď důchod, popřípadě invalidní důchod. Přesné výsledky jsou uvedeny v grafu 5.

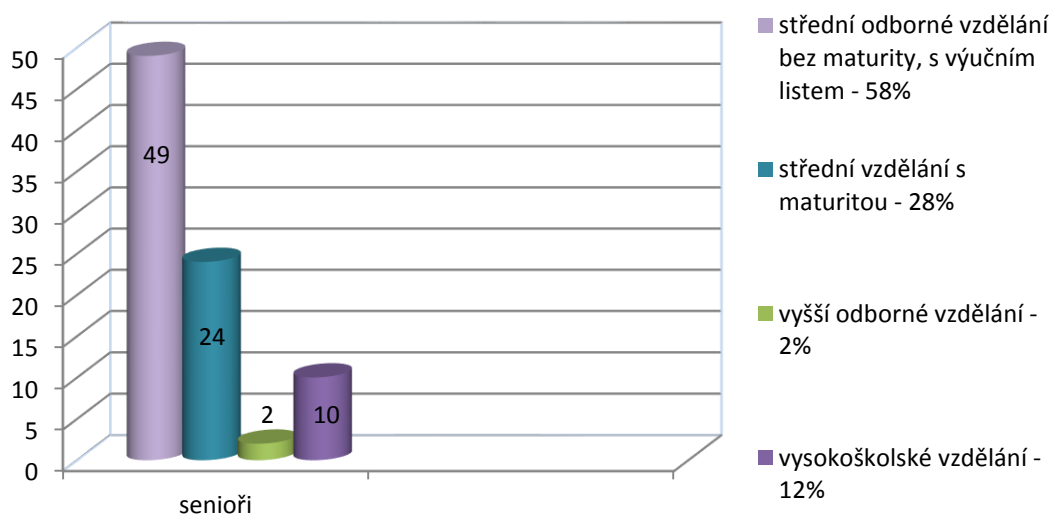


Graf 5: Ekonomické postavení respondentů

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Otázka č. 3b: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nejvyšší dosažené vzdělání jsme zjišťovali pouze u skupiny seniorů, a to z nutnosti potvrzení jejich inteligenčního potenciálu. Musíme vzít ovšem v úvahu časové období jejich studijních let, kdy studium jako takové nebylo vždy možné, ani nebylo upřednostňováno. Nejfrekventovanějším dosaženým vzděláním pak bylo u respondentů střední odborné, a to dokonce v zastoupení 58 %, což samozřejmě souvisí s tehdejší preferencí výučního listu.



Graf 6: Nejvyšší dosažené vzdělání u seniorů

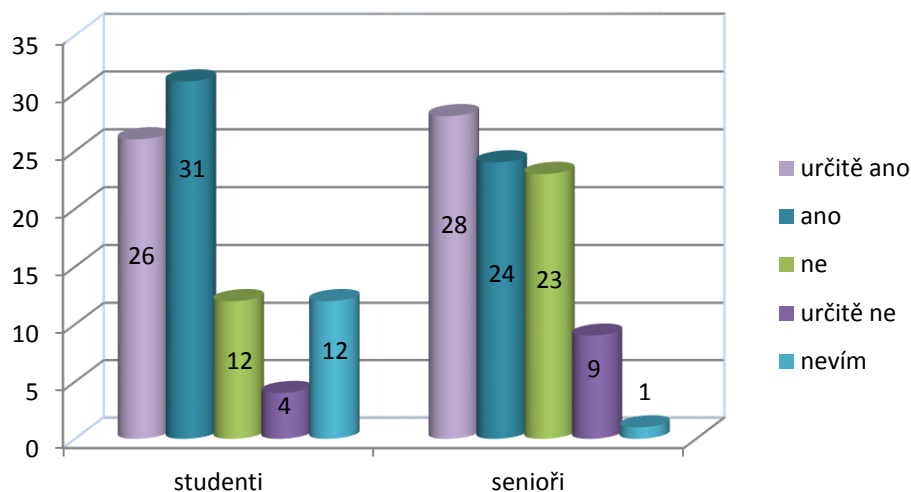
Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Studium jako takové tehdy spočívalo spíše ve vyučení kvalitního řemeslníka. Základní vzdělání pak nebylo nic neobvyklého, v té době rozhodně nevyvracelo rozumové schopnosti jedinců. Přesto žádný z respondentů nevedl základní jako své nejvyšší dosažené vzdělání, což nám potvrzuje dobrý výběr vzorku respondentů, ve kterém byla důležitá určitá inteligence jedinců. Celých 12 % respondentů z řad seniorů dokonce získalo vysokoškolské vzdělání.

Otázka č. 4: Jaký je Váš názor na institucionální pomoc uživatelům drog – vnímáte ji jako nutnou?

Čtvrtý dotaz již začíná zjišťovat danou problematiku. Chceme zde nalézt postoje respondentů k drogám a jejich uživatelům, zejména zdali je nutné zajistit jim státem

pomoc. Z toho nám následně bude plynout i nutnost potřeby strategií Harm Reduction. To znamená, že pokud někdo odmítá potřebnost základních aktivit s uživateli, těžko bude přijímat aktivity v rámci Harm Reduction. Výsledky této otázky jsou znázorněny v grafu 7.



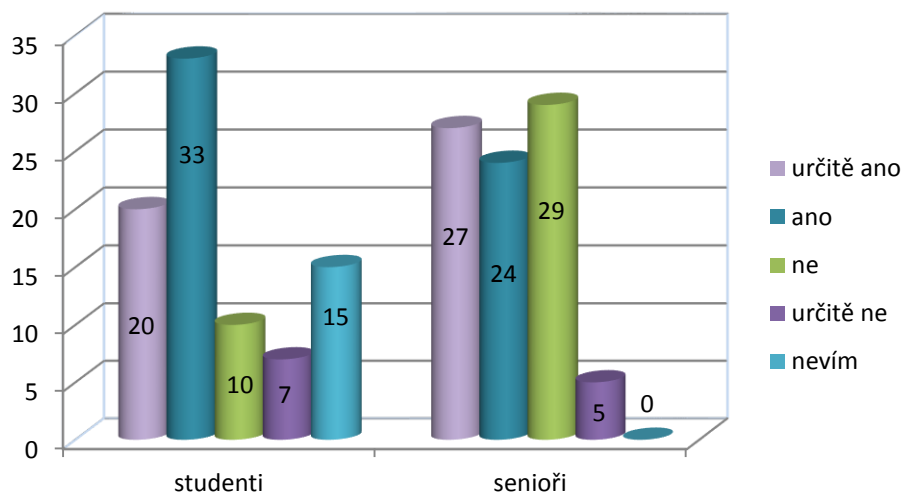
Graf 7: Je nutná institucionální pomoc poskytovaná uživatelům drog?

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Vidíme zde značný rozdíl mezi postoji studentů a seniorů, zejména se liší počet jedinců, již institucionální pomoc odmítají. U studentů se jedná o asi 19 % jedinců, kdežto u seniorů už o přibližně 38 %. O pět studentů více než seniorů pak vnímá institucionální pomoc jako nutnou, tento rozdíl již není tak markantní. Shledáváme zde ovšem značné rozdílnosti názorů mezi skupinami respondentů. Již se nám v menší míře potvrzuje první hypotéza, která tvrdí, že postoje seniorů a studentů budou různé. Dále zde můžeme vyzorovat o něco kladnější přístup studentů nežli seniorů k drogové problematice, o čemž pojednává hypotéza druhá.

Otázka č. 5: Je podle Vás potřeba pracovat s uživateli drog (poskytovat jim služby)?

Pátá otázka navazuje na dotaz předchozí, dále mapujeme názory respondentů na důležitost poskytování služeb drogovým uživatelům. Vyhodnocené údaje jsou opět pro přehlednost zaznamenány v následném grafu.



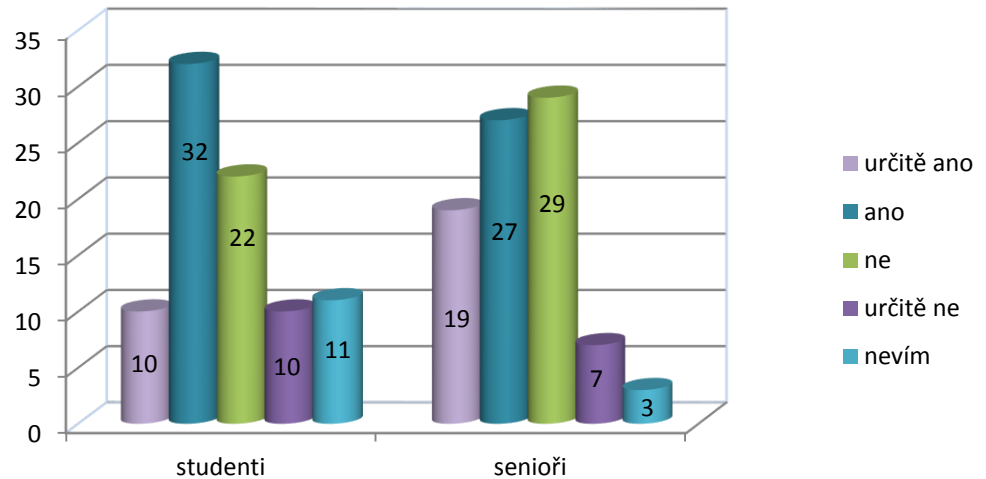
Graf 8: Je potřebné poskytovat služby uživatelům návykových látek?

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

I zde se setkáváme s rozdílností postojů. Můžeme tvrdit, že více než polovina studentů (62 %) i seniorů (60 %) poskytování služeb uživatelům vnímá pozitivně. Názory se ovšem dále rozcházejí. Vidíme, že značná část studentů (18 %) nevěděla, jak se rozhodnout, kdežto celých zbylých 40 % seniorů je proti poskytování služeb. U dotazovaných seniorů vznikly dva skoro rovnocenné tábory, naproti tomu u studentů naprosto převažuje kladný postoj. První hypotéza o rozdílnosti názorů se nám opět částečně potvrzuje.

Otázka č. 6: Myslíte si, že užívání návykových látek, by mělo být svobodnou volbou každého jedince?

Šestá otázka uzavírá prvotní dotazování na celkovou problematiku návykových látek. V tomto případě zjišťujeme onu (odlišnou) benevolentnost u dotazovaných, jak oni sami nahlíží na svobodu v rámci drogového konzumu. Prvotně nás zajímá, zdali je nějaký rozdíl vnímání této svobody u studentů a seniorů a zdali má tento názor následně nějaký vliv na vnímání Harm Reduction. Výsledky jsou zaznamenány v grafu 9.



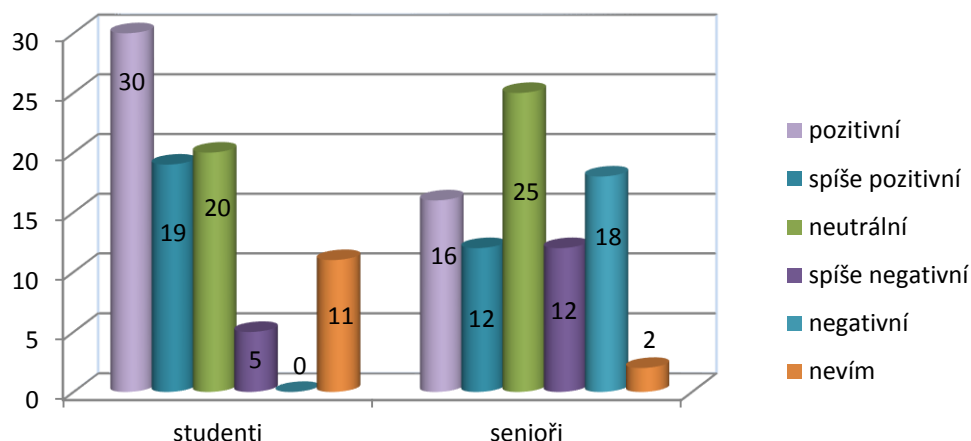
Graf 9: Je užívání drog svobodnou volbou jedince?

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Získali jsme opravdu zajímavé až nepředvídatelné výsledky. Jak vidíme v grafu 9, názorovost studentů a seniorů se zde nijak výrazně neliší. Navíc můžeme překvapivě pozorovat o malinko větší shovívavost u seniorů nežli u studentů. Souhrnně pak můžeme říci, že 52 % všech oslovených na otázku, zdali je užívání drog svobodnou volbou jedince, odpovědělo kladně, kdežto záporně odvětilo 40 %. Zbýlých 8 % nevědělo. První hypotéza se nám tu nepotvrdila, naopak nám ji tyto údaje zpochybňují.

Otázka č. 7: Jaký je Váš osobní postoj k metodě Harm Reduction?

Nyní se již dostáváme k primárnímu tématu, a sice k metodě Harm Reduction. Zajímá nás celkový postoj dotazovaných k metodě Harm Reduction jako takové. Jelikož až na pár výjimek nikdo Harm Reduction dříve neznal (viz otázku č. 15), chtěli jsme zjistit, jak tato metoda na respondenty prvotně působí po přečtení poznámky v dotazníku, jež ji stručně vysvětluje. Vyhodnocené údaje nalezneme v grafu 10.



Graf 10: Postoj k Harm Reduction

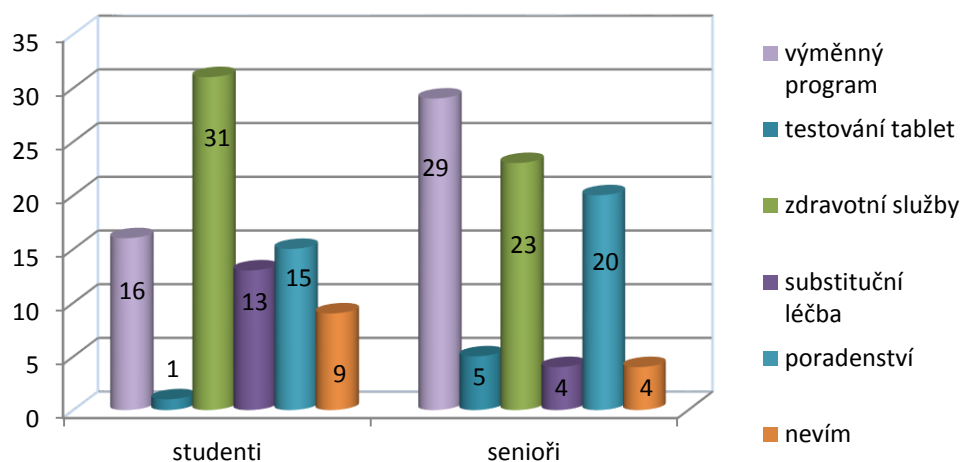
Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Dané údaje potvrzují první hypotézu o rozdílnosti názorů. Sami vidíme poměrně značné odlišnosti v postoji k Harm Reduction. S jistotou můžeme tvrdit, že 58 % studentů Harm Reduction vnímají pozitivně a 23,5 % neutrálně. Pouze necelých 6 % se k Harm reduction staví spíše negativně, přičemž odpověď plně negativně neoznačil nikdo. Oproti tomu 35 % seniorů vidí metodu záporně. Negativní postoj vůči Harm Reduction tedy zastává 6 % studentů a 35 % seniorů. Jedná se o poměrně velkou odlišnost v daném postoji. Na druhou stranu ovšem 33 % seniorů zaujímá pozitivní názor a 29 % názor neutrální.

Věkově starší skupina se nám tedy rozdělila do tří téměř stejných podskupin pokrývajících základní osu vnímání Harm Reduction, kdežto u studentů víceméně chybí postoj negativní. Toto zjištění pak plně podporuje druhou hypotézu bakalářské práce, kdy tvrdíme, že studenti budou k Harm Reduction přistupovat pozitivněji než senioři. Jak vidíme, přístup seniorů ovšem není plně záporný, jelikož třetina seniorů Harm Reduction sice hodnotí negativně, ale další třetina už jej posuzuje neutrálně a poslední třetina dokonce pozitivně. To nic nemění na faktu, že studenti vnímají Harm Reduction kladněji než senioři.

Otázka č. 8: Jakou službu v rámci Harm Reduction považujete za nejpotřebnější?

Služby poskytované v rámci Harm Reduction tvoří celkové jádro aktivit tohoto postoje, jsou tedy velmi důležité. Podstatné je ovšem i jejich přijetí či naopak odsouzení v populaci. Z tohoto důvodu se zajímáme, jaká služba je dle respondentů nejpotřebnější. Výsledky jsou zaznamenány v grafu 11.



Graf 11: Nejpotřebnější služba v rámci Harm Reduction

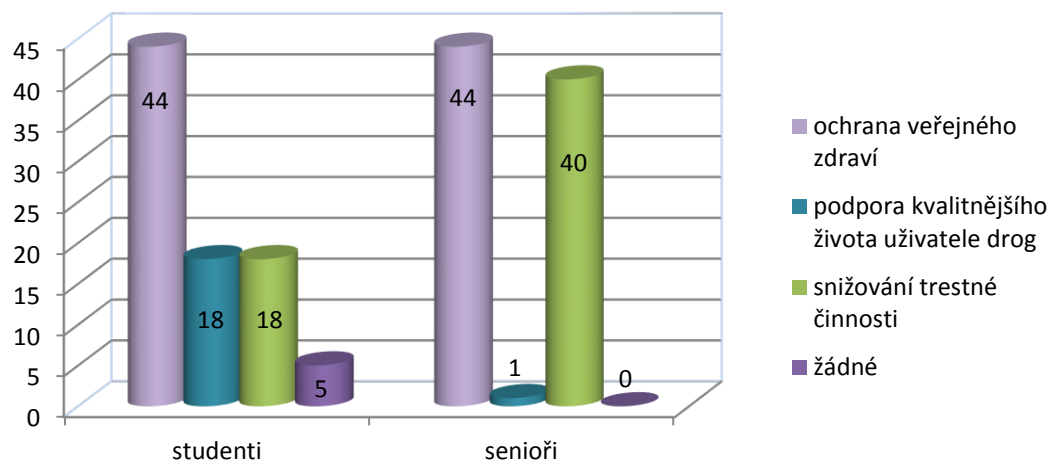
Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Jisté rozdíly v postojích ke službám tu vidíme. Jako nejpotřebnější studenti zvolili službu zdravotní (36,5 %), zatímco senioři vybrali výměnný program (34 %). Poměrně stejně dopadly u studentů tyto služby – výměnný program (19 %), substituční léčba (15 %) a poradenství (18 %). Oproti tomu u seniorů jako druhé byly služby zdravotní (27 %) a hned za nimi se drželo poradenství (23,5 %). Zřejmě není až tak překvapivé, že substituční léčba u seniorů skončila na posledním místě. Substituci můžeme řadit k pokrokovějším aktivitám, které jsou ne vždy pochopeny. Můžeme si zde klást otázku, zda ji senioři nevnímali jako jakousi formu „legalizace“ drog.

Naopak poměrně závažející je u studentů propad testování tablet, které získalo pouze jednu odpověď (1,2 %), přičemž právě tato služba se dotyčné věkové kategorie nejvíce týká. Je na ní vidět spojitost Harm Reduction s příležitostnými uživateli látek, či dokonce s jedinci, kteří se k droze dostali poprvé, pouze ji zkouší apod. Z toho lze usuzovat, že si studenti Harm Reduction nejspíše dali do spojitosti pouze se závislými uživateli.

Otázka č. 9: Dokázali byste dle Vašeho názoru vybrat, v čem vidíte největší pozitivum Harm Reduction?

I přesto, že část respondentů nepovažuje Harm Reduction za pozitivní, je vhodné vědět, zdali dotazovaní shledávají na této metodě něco kladného, jelikož nám to dále pomůže ve vytvoření si náhledu na postoje respondentů. Vypsali jsme primární klady Harm Reduction a nechali jsme náš vzorek vybrat. Vše je zaznamenáno v grafu 12.



Graf 12: Pozitivum Harm Reduction

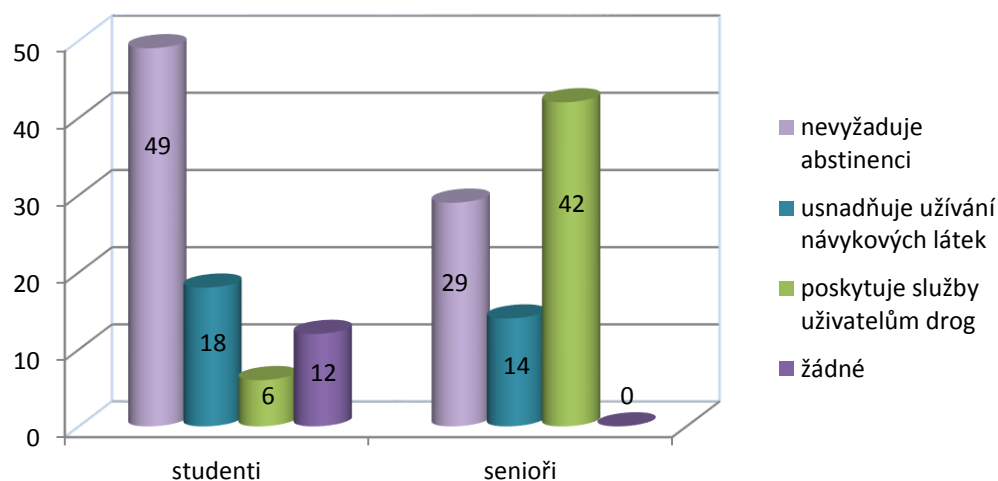
Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Nastala nám shoda, kdy 52 % studentů i seniorů jako pozitivum uvedlo ochranu veřejného zdraví. Další názory se ale výrazně liší. Pozorujeme zde onu postojovou odlišnost ve vnímání uživatele návykových látek. A sice 21 % studentů zvolilo jako klad podporu kvalitnějšího života uživatele drog, oproti tomu tuto možnost vybral pouze jeden senior (1,2 %). Pro skupinu starších respondentů bylo totiž důležitější snižování trestné činnosti (47 %), které volilo 21 % studentů. Pouze pět studentů pak v Harm Reduction neshledává žádný klad. Každý senior si oproti tomu dokázal vybrat i přes svůj ne vždy pozitivní postoj. Pomalu se nám zde krystalizuje názor seniorů, kdy je podstatná ochrana společnosti jako takové, to znamená zamezení rizik pro společnost, ovšem ochrana samotného uživatele drog už tak významná není. Pro některé seniory je dokonce zcela bezvýznamná. U studentů zaznamenáváme sice také větší důležitost v ochraně společnosti, ovšem ochrana či pomoc uživateli látek se na druhou kolej neodsouvá, studenti jí také přikládají svou váhu. Nicméně je tu ukázána jistá rozdílnost

i shoda postojů zkoumaných skupin, což nám první hypotézu nepotvrzuje, ani nevyvrací.

Otázka č. 10: Dokázali byste dle Vašeho názoru vybrat, v čem vidíte největší negativum Harm Reduction?

Zvolení negativa Harm Reduction je značně relevantní. Jelikož má tato metoda i své odpůrce, je nutné vědět, proč tomu tak je a zdali to lze nějak ovlivnit. Nikdy nemůžeme o něčem reálně tvrdit, že je to bezchybné. Totéž platí i v našem případě. Snažili jsme se tedy u našich respondentů zjistit, co považují za nejhorší. Díky tomu si více ujasníme, jaké postoje dotazovaní k Harm Reduction mají. Jaká negativa zvolili, vidíme v grafu 13.



Graf 13: Negativum Harm Reduction

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

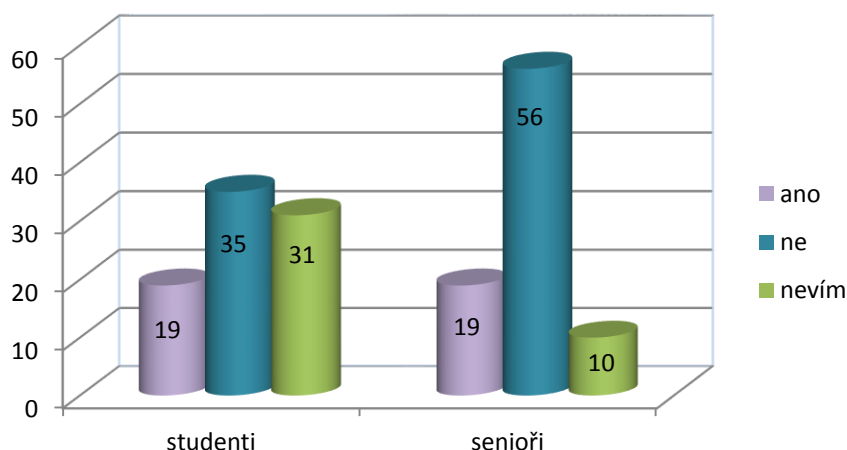
Na tomto grafu je jasně vidět názorová rozdílnost studentů a seniorů. Většina studentů (58 %) jako největší negativum vnímá nevyžadování abstinence, které vadí „pouze“ 34 % seniorů. Usnadňování užívání drog jako součást Harm Reduction chápe 21 % studentů a 16 % seniorů, zde velké rozdíly nejsou. Ovšem naprosto markantní odlišnost postojů pozorujeme v poskytování služeb uživatelům drog, kdy velká část seniorů, tj. celých 49 % je řadí mezi negativa. Oproti tomu poskytování služeb vadí pouze 7 % studentů. Někteří studenti (14 %) pak dokonce v Harm Reduction

neshledávají nic záporného. Toto zjištění podporuje prokazování hypotézy číslo jedna, přičemž lze říci, že studenti Harm Reduction přijímají o něco více nežli senioři. To ovšem ještě nepotvrzuje hypotézu druhou.

Otázka č. 11: Domníváte se, že Harm Reduction podporuje a schvaluje užívání drog jako takové?

Otázky číslo 11, 12 a 13 reagují na kritiku Harm Reduction, jež byla zpracována v kapitole 3.6 teoretické části práce. Smyslem bylo zjistit reálnost popsané kritiky na vzorku respondentů. Jedná se o to, nalézt odpověď na otázku: Jsou uvedené důvody opravdovou příčinou nepřijetí Harm Reduction?

Nejprve jsme zjišťovali, zdali si respondenti myslí, že Harm Reduction podporuje užívání drog (viz graf 14).

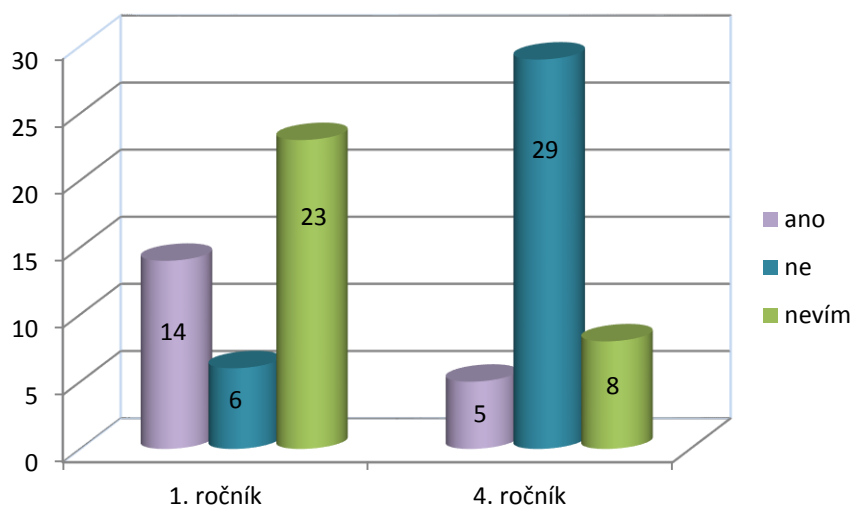


Graf 14: Podporuje Harm Reduction užívání drog?

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Stejná část studentů a seniorů (22 %) se domnívá, že Harm Reduction podporuje užívání návykových látek. Zajímavé ovšem je, že celých 36,5 % studentů nedokáže odpovědět (seniorů neví 12 %). Tato neznalost může vést ke špatnému pochopení metody a strategií Harm Reduction, což následně může vyústit až k jejímu ztracování. Je zajímavé, že 66 % seniorů si nemyslí, že by bylo užívání drog podporováno, zatímco 41 % studentů tento názor zastává.

Za zmínku stojí i značná rozdílnost postojů na toto téma u studentů prvních a čtvrtých ročníků, jež je zobrazena v grafu 15.



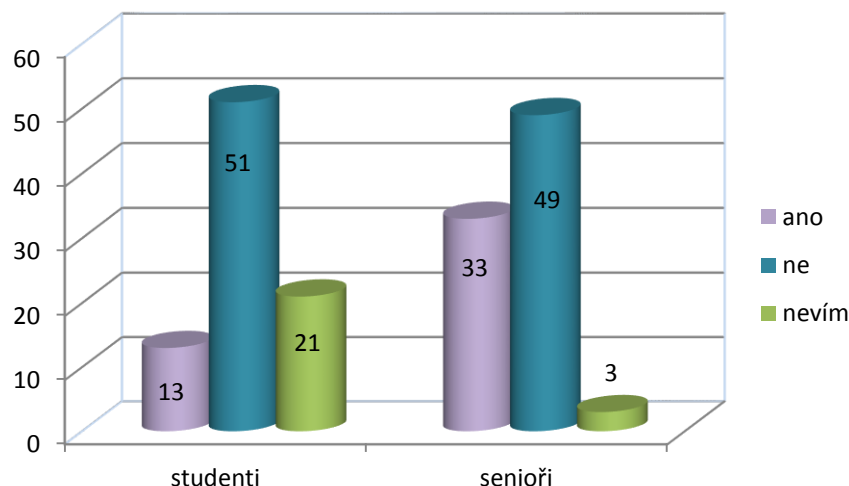
Graf 15: Rozdílnost názorů studentů, zdali Harm Reduction podporuje užívání drog

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Všimněme si tu zejména četnosti odpovědi „nevím“ u prvního ročníku, jež činí 53,5 % a četnosti odpovědi „ne“ u ročníku čtvrtého, která je 69 %. Čtvrtý ročník si již vytvořil určitý názor na Harm Reduction, jenž je dle výsledků dat poměrně reálný. Porovnáme-li jej s ročníkem prvním, dojdeme k závěru, že ten má zčásti nejasnou představu o Harm Reduction.

Otázka č. 12: Vnímáte Harm Reduction jako nástroj k legalizaci a dekriminlizaci drog?

Chtěli jsme objasnit, zda se respondenti domnívají, že Harm Reduction figuruje jako prostředek k legalizaci a dekriminlizaci drog. Pokud bude častá odpověď „ano“, je pravděpodobné (a značně oprávněné) nepřijetí této metody respondenty. Výsledné údaje jsou zaznamenány v grafu 16.

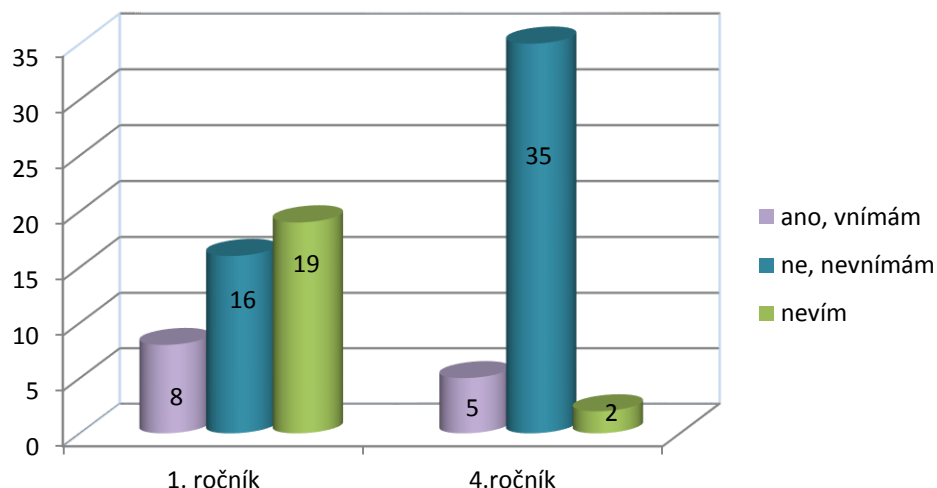


Graf 16: Podporuje Harm Reduction legalizaci a dekriminalizaci drog?

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Z výše uvedených údajů vyplývá značná podobnost v názorech studentů (60 %) a seniorů (57,6 %), kde převládá vyloučení Harm Reduction jako nástroje legalizace a dekriminalizace drog. Jistou odlišnost pozorujeme u zbylých dvou odpovědí, jelikož poměrně velká část studentů (25 %) opět nevěděla, jak odpovědět, avšak senioři nevěděli pouze tři. Výrazný rozdíl pak nalzáme v postoji tvrdícím, že Harm Reduction podporuje legalizaci a dekriminalizaci, jež zastává 39 % seniorů, ale pouze 15 % studentů. Z již uvedených dat můžeme vyzorovat pravděpodobnost částečného potvrzení hypotézy číslo dvě, tedy že postoj studentů k Harm Reduction bude pozitivnější, jelikož si většina z nich nemyslí, že by to byl nástroj pro legalizaci, že by podporoval užívání drog. Několik studentů navíc nenašlo v Harm Reduction žádné negativum. Problémem bude část nerozhodných studentů, již metodu ani nepřijímají, ani nevyvrací.

Opětovně se zmiňme o lišících se postojích v prvním a čtvrtém ročníku, tentokrát v otázce, zdali Harm Reduction podporuje legalizaci a dekriminalizaci v grafu 17.



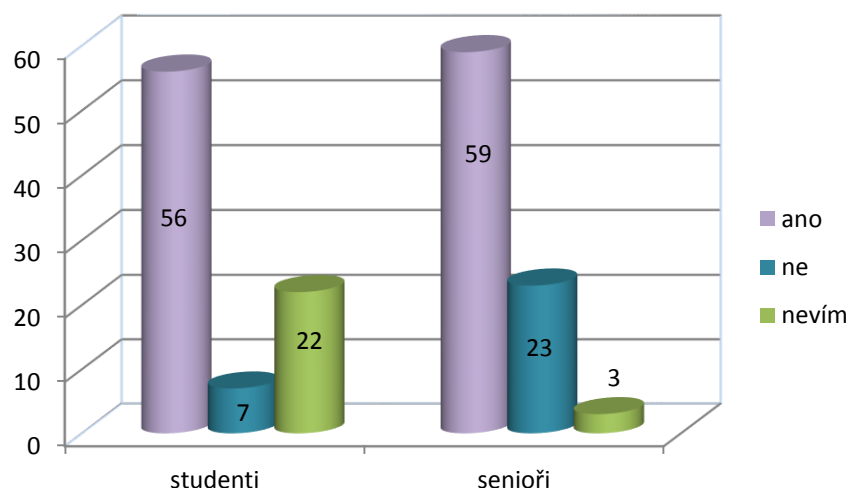
Graf 17: Rozdílnost vnímání studentů, zdali Harm Reduction podporuje legalizaci a dekriminalizaci

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Znovu se v prvním ročníku setkáváme s převládající odpovědí „nevím“, kdežto ve čtvrtém ročníku je užita minimálně. Celkově lze říci, že starší studenti (83 %) nevnímají tuto metodu jako podporu legalizace a dekriminalizace.

Otázka č. 13: Myslíte si, že má Harm Reduction v drogové problematice význam?

Tato otázka je jednou z nejvýznamnějších. Nejenže mapuje onu kritiku Harm Reduction, ale zároveň přibližuje skutečné postoje respondentů. Nelze předpokládat, že pokud je pro někoho metoda bezvýznamná, tak ji bude následně akceptovat, souhlasit s ní apod. Získaná data jsou uvedena v grafu 18.



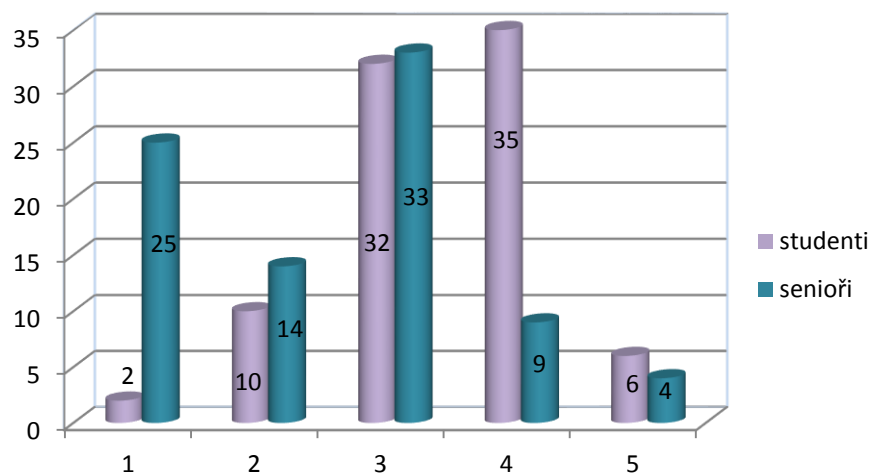
Graf 18: Má Harm Reduction svůj význam?

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Naprostá většina všech respondentů se domnívá, že Harm Reduction svůj význam má. Tento názor zastává skoro stejné množství studentů (66 %) i seniorů (69 %). Tím se vyvrací první hypotéza. Nezanedbatelné množství seniorů (27 %) ovšem tvrdí opak, přičemž u studentů je těchto jedinců minimum. Jak je již obvyklé, větší počet studentů (26 %) neví.

Otázka č. 14: Jaká je podle Vás důležitost Harm Reduction v drogové problematice – vyznačte na škále 1-5, přičemž 1 je nejméně a 5 nejvíce.

V předposlední otázce jsme užili škálování, kdy jsme chtěli vědět důležitost Harm Reduction podle respondentů. Přiblíží se nám tak jejich názory a postoje k danému tématu a ujasníme si jednou provždy, jak na Harm Reduction nahlíží. Tato škála je vyjádřena grafem 19.



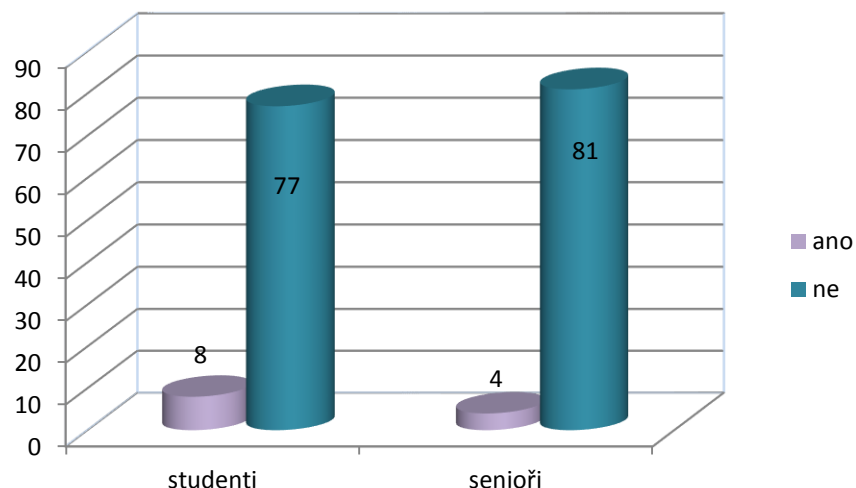
Graf 19: Důležitost Harm Reduction

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Převládající je zde tzv. zlatý střed, tedy trojka. Tou Harm Reduction ohodnotilo víceméně stejně studentů (38 %) i seniorů (39 %). Téměř shodný počet studentů a seniorů uvedlo dvojku a pětku. Tím nám ovšem ona podobnost končí. Velký rozdíl je zejména při řazení Harm Reduction k jedničce, tedy k nejnižší možné důležitosti, kterou studenti užili pouze ve 2 % na rozdíl od seniorů, u kterých byla druhou nejběžnější, tedy 29%. Nejvíce obvyklá míra důležitosti u studentů byla čtyřka (41 %), jež značí velkou podstatu Harm Reduction, což podporuje pravdivost druhé hypotézy. V tuto chvíli je zde patrná značná rozdílnost postojů k Harm Reduction, jelikož 25 seniorů, ale pouze 2 studenti ji nevnímají jako důležitou, přičemž 35 studentů a pouze 9 seniorů ji naopak hodnotí jako velmi významnou. Na druhou stranu nesmíme opomíjet ani podobnost názorů, zejména se jedná o klasifikaci trojkou.

Otázka č. 15a: Setkali jste se již v oblasti drogové závislosti s termínem Harm Reduction?

Poslední dotaz je zaměřen na ověření třetí hypotézy, která tvrdí, že respondentů, již Harm Reduction neznají, bude více než respondentů, kteří Harm Reduction znají. Právě malá či žádná znalost metody Harm Reduction populací je jedním z jejich největších nedostatků. Zpracované výsledky lze vidět v grafu 20.

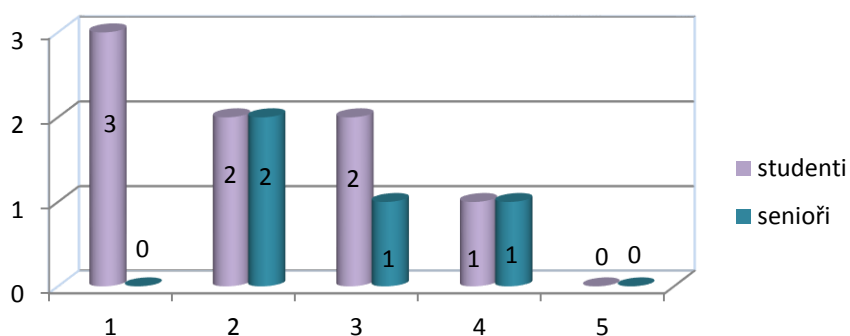


Graf 20: Znali jste Harm Reduction?

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Zde se nám naprosto jasně potvrzuje poslední hypotéza, jelikož opravdu pouze minimum respondentů se s termínem Harm Reduction již setkalo. Souhrnně celých 93 % dotazovaných pojem v životě předtím neslyšelo, z čehož vyplývá i jeho následná neznalost. Pokud bychom chtěli srovnávat skupiny, tak osm studentů a čtyři senioři metodu znali. Do jaké míry, je zobrazeno v grafu 21, který zároveň odpovídá na podotázku 15b. v dotazníku.

Otázka č. 15b: Pokud ano, zakroužkujte na stupnici 1-5, přičemž 1 je nejméně a 5 nejvíce, jak moc jste již s pojmem Harm Reduction seznámeni.



Graf 21: Jak moc jste Harm Reduction znali?

Zdroj: vlastní dotazníkové šetření

Část respondentů, tedy sedm, Harm Reduction znala minimálně, přičemž tři jedinci průměrně a pouze dva dotázaní pak dobře. Celkově ovšem můžeme tvrdit, že existuje poměrně velká neznalost Harm Reduction, alespoň pokud se zkoumaného vzorku týká.

4.6 Diskuse výsledků a vyhodnocení hypotéz

Data získaná průzkumem nyní máme již zpracována a prezentována. Potýkáme se zde s otázkou, zdali se nám potvrdila či nepotvrdila první hypotéza, jež zní: „*Postoje studentů k Harm Reduction budou odlišné od postojů seniorů.*“ Tuto rozdílnost zaznamenáváme u většího počtu negativních postojů seniorů jak k Harm Reduction, tak k uživatelům návykových látek. Zajímavé je vytvoření dvou skoro stejně velkých skupin seniorů, kdy jedna skupina zastává postoj víceméně pozitivní a druhá skupina negativní. Porovnáme-li tyto názory se studenty, zjistíme, že většinou došlo k velké podobnosti obou souborů respondentů v kladné sféře odpovědí. Jednoduše řečeno, obvykle skoro stejné množství studentů i seniorů zastávalo kladný postoj k uživatelům návykových látek, k jejich potřebám i k potřebě existence Harm Reduction. V tuto chvíli se nám první hypotéza nepotvrzuje. Oproti tomu se smýšlení respondentů rozchází v druhé kategorii odpovědí, tedy u odpovědí negativních. Ty u seniorů také byly zaznamenány častokrát. Studenti ve velké míře využívali možnosti odpovědi „nevím“, zatímco seniory byla volena pouze výjimečně. Můžeme tedy konstatovat, že smýšlení seniorů je vždy víceméně určité, tedy „bud’, anebo“ dle jednotlivých názorů, kdežto studenti Harm Reduction buď přijímají, nebo zkrátka neví. Hypotéza se v tomto úseku sice potvrdila, celkově ovšem nemůžeme tuto skutečnost zobecňovat na veškeré postoje respondentů, které se, jak již bylo řečeno, ve velké části značně podobaly. Z toho vyplývá, že první hypotéza není platná.

Na to následně navazuje ověřování hypotézy druhé. Ta říká, že „*studenti mají k Harm Reduction pozitivnější přístup než seniři*“. Podle zjištěných údajů studenti z našeho vzorku respondentů Harm Reduction doopravdy vnímají kladně. Zaměříme se například na otázku číslo šest, kde jsme se ptali na osobní postoj k této metodě. Pouze pět jedinců se vyjádřilo negativně a dalších jedenáct nevědělo. Většina studentů zastává pozitivní postoj, dalších dvacet pak neutrální. Jasně zde vidíme majoritní kladnou reakci

na Harm Reduction. To nám dále potvrzuje i dotazování, zdali má Harm Reduction význam. Zde pouze sedm jedinců uvedlo „ne“. Při dotazování na důležitost metody jako takové s jistotou převažovala na škále čísla udávající její značnou podstatu. Jak již bylo zmíněno, u seniorů pak pozorujeme dva názorové tábory. Názor přijímající Harm Reduction je tedy velmi podobný postojům studentů a o něco větší nežli názor odmítající. Převaha pozitivního či alespoň neutrálního postoje k metodě je patrná, činí přibližně 61 %. Na druhou stranu zbytek dotázaných (tedy kromě dvou, již nevěděli) se k minimalizaci rizik staví negativně. Více než 69 % respondentů se navíc domnívá, že má Harm Reduction význam. Opak si myslí pouze 27 %, zbytek seniorů neví. Na druhé straně nelze opomíjet ani hodnocení důležitosti metody, kdy nemalá část (46 %) dotazovaných uvedla jenom jedničku či dvojku. Vidíme zde jistou míru benevolentnosti vůči Harm Reduction, jež má v některých případech své jasné meze. Nicméně převážná část seniorů se řadí spíše k pozitivnějšímu postoji. Přesto, porovnáme-li názory u obou skupin respondentů, zjistíme, že studenti jsou vůči Harm Reduction pozitivnější než senioři, a to zejména z důvodu existence poměrně velké skupiny seniorů, kteří se k Harm Reduction staví negativně, přičemž takových studentů je minimum. Celkově můžeme tvrdit, že postoj studentů je o něco kladnější než postoj seniorů, čímž dochází k potvrzení druhé hypotézy.

Poslední, třetí hypotéza, která zní: „*Studentů a seniorů, kteří neznají pojem Harm Reduction, je více než studentů a seniorů, již pojem Harm Reduction znají.*“ je již jasně potvrzena. Celých 93 % všech dotazovaných tento pojem nikdy neslyšelo, s touto metodou se ani nikdy předtím nesetkalo. Pouze 12 ze 170 jedinců tento termín znalo, přičemž pět z nich jen okrajově. Třetí hypotéza je platná.

4.7 Shrnutí praktické části

V praktické části jsme si objasnili hlavní cíl bakalářské práce. Usilovali jsme o zjištění postojů žáků středních škol a seniorů k metodě Harm Reduction a z něho vycházející výzkumné otázky znějící: „*Jaké jsou postoje žáků středních škol a seniorů k metodě Harm Reduction?*“ Následně jsme si stanovili dílčí cíl a několik podotázek, na které jsme se snažili v praktické části odpovídat. K tomu nám sloužilo definování tří hypotéz, jejichž pravdivost jsme zjišťovali. Veškerá data jsme získali metodou dotazování, přesněji řečeno technikou standardizovaného dotazníku vlastní tvorby. Tento dotazník byl distribuován celkem 85 studentům dvou středních škol v Turnově a 85 seniorům, jejichž bydliště se nachází v Libereckém kraji. Volba vzorku respondentů proběhla záměrným výběrem, přičemž u skupiny seniorů jsme si dopomohli technikou „snowball“.

Veškerá data získaná z průzkumu jsou prezentována a následně porovnávána. Snažili jsme se z nich vyvodit správné závěry platné pro naši skupinu respondentů. Celkem se nám podařilo v našem vzorku respondentů prokázat pravdivost dvou hypotéz, a to druhé a třetí, tedy že studenti budou zastávat pozitivnější přístup k Harm Reduction než senioři a že bude více respondentů, již Harm Reduction nebudou znát než respondentů, kteří jej znát budou. Zbylá, první hypotéza byla za pomoci vyhodnocených údajů naopak vyvrácena. Hypotéza očekávala názorovou odlišnost u studentů a seniorů, což se nám nepotvrdilo.

Zjišťovali jsme základní postoje dvou skupin respondentů na Harm Reduction, které jsme následně mezi sebou porovnávali. Nalezli jsme jak podstatné rozdíly, zvláště v četné nerozhodnosti studentů a skoro stoprocentní rozhodnosti seniorů, tak shodné postoje, kterými jsme se zabývali a jež jsme popisovali. Domníváme se, že tím bylo dosaženo primárního cíle bakalářské práce.

5 Návrh opatření

Největším nedostatkem v rámci utváření postojů a názorů na Harm Reduction je dle názoru autorky práce rozsáhlá neznalost této problematiky. Logicky nelze zaujmout reálný postoj k něčemu, co neznáme. To bylo prokázáno zejména častými odpověďmi „nevím“ u studentů. Jako nejdůležitější opatření bych zde viděla vhodnou osvětu, realizovanou na našich středních školách v rámci primární prevence. Jednalo by se o zakomponování strategií a činností Harm Reduction do povědomí a celkové vzdělanosti studentů, s důrazem na činnosti metody týkající se ochrany veřejného zdraví a ochrany populace jako takové. Jde o to, přinést reálný obrázek o metodě Harm Reduction, čímž bychom se vyvarovali jejího špatného pochopení a následného odmítnutí.

Další možné opatření by mohlo mít formu dobrovolnictví, vhodného především pro studenty zdravotnického lycea. Dobrovolnictví v rámci Harm Reduction by pak nejen přineslo skutečné praktické poznatky, ale i zkušenosti s užíváním návykových látek, což by finálně mohlo působit jako ta nejúčinnější primární prevence. Toto dobrovolnictví by také mohlo zastávat funkci povinné praxe.

Jedním z nástrojů zvýšení informovanosti může být i větší medializace Harm Reduction. Ať již by se jednalo o články v tisku, reportáže v televizi či dokumentární filmy apod., je nutné snažit se akcentovat zejména základní principy a hodnoty Harm Reduction, jako je zejména neutralita k legalizaci a dekriminizaci drog atd., jelikož jejich špatná interpretace může vést ke zvyšování negativních postojů vůči snahám snižování škod.

Velmi prospěšné by bylo i rozšíření nabídky přednášek věnujících se této tematice, které by neprobíhaly pouze pro adiktologické odborníky, ale i pro studenty středních škol a pro širokou veřejnost, do které patří i náš vzorek respondentů. Velmi by pomohlo i začlenění těchto přednášek do systému celoživotního vzdělávání, do univerzit třetího věku, kde by se o dané tematice více dozvěděla i část seniorů z našeho vzorku. Kolektivní informovanost o Harm Reduction je základem pro její pochopení a následné přijetí.

Závěr

Tématem bakalářské práce jsou postoje společnosti k metodě Harm Reduction. Téma jsme zaměřili na dvě různé generační skupiny, a sice na studenty středních škol a seniory. Hlavním cílem v teoretické části práce bylo definování základního teoretického rámce Harm Reduction a charakterizování problematiky drogové závislosti, na což navazuje cíl praktické části, tedy zmapování postojů studentů středních škol a seniorů k metodě Harm Reduction a následné zjištění rozdílů mezi těmito postoji. Chtěli jsme zjistit, zdali je věk faktorem ovlivňujícím vnímání Harm Reduction. Vycházeli jsme z přesvědčení, že senioři zastávají konzervativnější názory vůči uživatelům návykových látek, a tedy i vůči Harm Reduction než studenti, kteří jsou naopak shovívavější.

Nejprve jsme vytvořili teoretický základ, tedy teoretickou část bakalářské práce zabývající se drogovou závislostí, prevencí drogové závislosti a metodou Harm Reduction, včetně její kritiky. Na část teoretickou navazuje část praktická, ve které došlo s ohledem na téma a stanovený cíl k formulaci tří hypotéz, z čehož se nám v průběhu vyhodnocování výsledků průzkumu dvě potvrdily. Ke splnění cíle jsme užili průzkumu, založeného na metodě dotazování a technice standardizovaného dotazníku.

Hlavním úskalím průzkumu bylo správné získání výzkumného vzorku respondentů. Z důvodu definování nutných kritérií, který nám následně velmi ztížil zjistitelnost populace, jsme byli nuceni zvolit metodu záměrného výběru, čímž jsme bohužel získali nereprezentativní vzorek respondentů. Dalším úskalím byla také nejednoduchost techniky snowball aplikované v záměrném výběru u vzorku seniorů, především pak časová náročnost její organizace.

Základním zjištěním bakalářské práce byla pozitivní názorová podobnost větší části seniorů se studenty vůči Harm Reduction. Postoje studentů můžeme definovat jako pozitivní nebo neutrální, zatímco postoje seniorů jako pozitivní nebo záporné. V tomto zjištění tkví jistá odlišnost mezi přístupy těchto dvou skupin respondentů. Hlavní rozdíl vidíme v neschopnosti rozhodnout se u části studentů, kteří si nedokázali na danou problematiku vytvořit názor. Až na výjimky ovšem nikdo ze studentů nezastával negativní postoj. Oproti tomu senioři si vždy nějaký úsudek vytvořili. Překvapivě většina seniorů zastávala k Harm Reduction kladný postoj, ovšem v menší míře než

tomu bylo u studentů. Nezanedbatelná část seniorů se pak stavěla ke snižování rizik odmítavě.

Zajímavé je také objasnění celkových postojů respondentů k uživatelům návykových látek. Většina seniorů chápe důležitost služeb zajišťujících ochranu veřejného zdraví a společnosti jako takové. Ke službám, jež se snaží vylepšit či alespoň zachovat úroveň života uživatele drog, jeho zdravotního stavu, se už většinou staví odmítavě. Převážná část seniorů tedy přijímá zamezování rizik v rámci společnosti, nikoli v rámci osoby uživatele. Studenti pak také vnímají důležitost ochrany veřejného zdraví a společnosti jako takové, ovšem onu míru důležitosti přikládají i samotnému uživateli drog. Jejich názory jsou tedy benevolentnější ve srovnání se striktnějšími názory seniorů.

Potvrdilo se nám tvrzení o neznalosti Harm Reduction respondenty. Nabízí se nám zde otázka, zdali tato neznalost nebude existovat i v celé populaci. Bylo by vhodné tuto problematiku více prozkoumat, tentokrát ovšem na větším a reprezentativním vzorku respondentů. Právě malá či žádná informovanost o Harm Reduction vede ke vzniku odmítavých postojů, jež jsou postavené na zkreslujících informacích. Velmi zajímavý by mohl být i průzkum zaměřený na samotné uživatele návykových látek a jejich osobní přístup k metodě Harm Reduction.

Přínos bakalářské práce shledáváme zejména v jejím akcentování důležitosti znalosti metody Harm Reduction širokou veřejností. Práce přináší jistý stručnější náhled na drogovou problematiku a na přístup Harm Reduction. Snaží se přiblížit základní teoretický rámec vyplývající z odborné literatury a pomocí průzkumu v praktické části objasnit postoje respondentů na dané téma. Výsledné údaje, které jsme získali průzkumným šetřením, platí pouze pro náš vzorek respondentů, není možné je zobecnit. Domníváme se ale, že i přes tuto skutečnost jsme získali cenné poznatky o přístupu respondentů k metodě Harm Reduction. Tím podle nás došlo i k naplnění předem stanoveného cíle.

Seznam použitých zdrojů

BROŽA., J. 2003. Poradenství u uživatelů drog (se zvláštním zřetelem na terénní a kontaktní práci). In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1. mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 269 - 275. ISBN 80-86734-05-6.

COOK., C., BRIDGE., J., STIMSON., G. 2010. *The Diffusion of Harm Reduction in Europe and Beyond*. In Harm reduction: evidence, impacts and challenges. EMCDDA mono. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. s. 37 – 58. ISBN 9789291684199.

DISMAN, M. 2002, *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

FÍŠEROVÁ., M., PÁLENÍČEK., T., 2001. *Testování tablet „extáze“ – kvantitativní analýza obsahu*. Dostupné z: <http://old.lf3.cuni.cz/drogy/articles/extazetestovani.html>

GAVORA, P. 2010, *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.

GLOSÁŘ POJMŮ, 2010. In *Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS) – pracoviště Úřadu vlády České republiky*. [online]. [vid. 25. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu

HADJMOUSSOVÁ., Z. 2002. *Úvod do speciálního poradenství*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-659-8.

HARM REDUCTION. In *Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti (NMS) – pracoviště Úřadu vlády České republiky*. [online]. [vid. 25. 2. 2015]. Dostupné z [file:///C:/Users/admin/Downloads/Harm_Reduction%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/Harm_Reduction%20(1).pdf)

HELLER, J., PECINOVSKÁ, O., a kol., 1996. *Závislost známá neznámá*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing. ISBN 80-7169-277-8.

HOBSTOVÁ, J., MINAŘÍK, J. 2003. Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1. mezioborový*

přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 229 - 232. ISBN 80-86734-05-6.

HRDINA, P., KORČIŠOVÁ, B. 2003. Terénní programy. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1. mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 159 - 164. ISBN 80-86734-05-6.

HRDINA., P. 2003. Harm reduction – snižování poškození drogami. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 1. mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 263 - 268. ISBN 80-86734-05-6.

HUNT., N. 2003. *A review of the evidence-base for Harm Reduction approaches to drug use*. [online]. [vid. 25. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.ihra.net/files/2010/05/31/HIVTop50Documents11.pdf>

HUPKOVÁ, I., LIBERČANOVÁ, K., 2012. *Drogové závislosti a ich prevencia*. Trnava: Pedagogická fakulta Trnavskej univerzity v Trnave. ISBN 978-80-8082-563-8.

IHRA: *What is Harm Reduction?* A position statement from the International Harm Reduction Association. London, United Kingdom, Czech, April 2014. [online]. [vid. 25. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.ihra.net/files/2010/10/26/BriefingWhatisHR%28czech%29amended2.pdf>

INCIARDI, J., HARRISON, L., 1999. *Harm reduction: national and international perspectives*. United States: Sage Publications. ISBN 978-076-1906-889.

JANÍKOVÁ., B. 2008. Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. In KALINA, K., a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 99 – 108. ISBN 978 – 80 – 247 – 1411 – 0.

JEŘÁBEK, H. 1993, *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: Karolinum, 162 s. ISBN 8070666625.

KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislostí. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1. mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 91 - 95. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, S. Bio-psycho-socio-spirituální model jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci. In KALINA, K. a kol. *Drogy a drogové závislosti 1.*

mezioborový přístup. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 145 - 149. ISBN 80-86734-05-6.

LIBA, J., 2001. *Zdravie drogy a drogová závislosť – terminologické a výkladové minimum*. 1.vyd. Prešov: Metodické centrum v Prešove Fakulta humanitných a prírodných vied v Prešove. ISBN 80-8086-036-1.

MAŘÍKOVÁ, H., PETRUSEK, M., VODÁKOVÁ, A., a kol. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum. ISBN 80-7184-164-1.

MATOUŠEK, O., 2008. *Slovník sociální práce*. 2. přep. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0.

MINAŘÍK, J., 2008. Přehled psychotropních látek a jejich účinků. In KALINA, K., a kol. *Základy klinické adiktologie*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, s. 339 - 364. ISBN 978 – 80 – 247 – 1411 – 0.

MINAŘÍK., J., PÁLENÍČEK, T. 2003. MDMA a jiné drogy „technoscény“. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti I. mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 200 - 204. ISBN 80-86734-05-6.

MPSV – *Popis realizace služeb*. Dostupné z: file:///C:/Users/admin/Downloads/POPIS_REALIZACE_SLUZEB_PDF.pdf

MRAVČÍK, V., CHOMYNOVÁ, P., GROHMANNOVÁ, K., NEČAS, V., GROLMUSOVÁ, L., KIŠŠOVÁ, L., NECHANSKÁ, B., SOPKO, B., FIDESOVÁ, H., VOPRAVIL, J., JURYSTOVÁ, L. 2014. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013* [Annual Report on Drug Situation 2013 – Czech Republic] Praha: Úřad vlády České republiky.

MÜHLPACHR, P., 2002. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2511-5.

NEŠPOR., K., CSÉMY., L. 1996. *Léčba a prevence závislostí – příručka pro praxi*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Bohnice. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, K., 2000. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-432-X.

NEWCOMBE, R. 1992. *The Reduction of drug-related harm: A conceptual framework for theory, practice and research*. In O'HARE., P. A., NEWCOMBE., R., a kol. 1992.

The Reduction of drug related harm. USA, Kanada: Routledge. s. 1 – 14. ISBN 0-415-06692-1.

NOVOTNÝ, I., 1999. Vznik drogových závislostí a štádiá drogových závislostí. In ONDREJKOVIČ, P. aj., *Protidrogová výchova*. Bratislava: Veda. s. 161 – 167. ISBN 80-224-0553-1.

NOŽINA, M., 1997. *Svět drog v Čechách*. Praha: KLP. ISBN 80-85917-36-X.

POPOV, P. 2003. Programy metadonové a jiné substituce. In KALINA, K., et al. *Drogy a drogové závislosti 2. mezioborový přístup*. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, s. 221 - 227. ISBN 80-86734-05-6.

PRESL, J., 1994. *Drogová závislost*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85800-18-7.

PŘÍHODA, V. 1963. *Ontogeneze lidské psychiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. Učebnice vysokých škol.

RHODES., T. 1999. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Brno: Albert Boskovice. ISBN 80- 85834-71-5.

RIESEL., P. 1999. *Lesk a bída drog - praktická příručka pro mládež, rodiče a pedagogy*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-348-9.

SADÍLEK., P., MRAVČÍK., V. 2006. *Poradenská činnost v oblasti závislosti poskytovaná prostřednictvím telefonu nebo internetu*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-89-7.

SRNEC, J. 2006, *Strategie a metody psychosociálního výzkumu* - Studijní materiál pro distanční vzdělávání. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 62 s.

STREETWORK, K-CENTRA, 2015. In *Drogová poradna – Sananim* [online]. [vid. 25. 2. 2015]. Dostupné z:

<http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/streetwork,-k-centra.html>

STUART-HAMILTON, I. 1999. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-274-2.

SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. 2001, *Základy sociologického výzkumu*. vyd. 1. Praha: Management Press, 160 s. ISBN 80-7261-038-4.

ŠERÝ, O. 2007. Dědičnost látkových závislostí – podíl genetické výbavy na vzniku závislostí. In *Zaostřeno na drogy 3*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISSN 1214 – 1089.

VAVŘINKOVÁ, B., BINDER, T., 2006. *Návykové látky v těhotenství*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-829-8.

VIŠŇOVSKÝ, P., BEČKOVÁ, I., 1998. *Bludný kruh toxikomanie*. Hradec Králové: E.I.A. ISBN 80-85490-76-5.

WHO: *Poziční dokument o drogách, věznicích a harm reduction*. 1. vyd. v jazyce českém. Editor Ondřej Petroš. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006, 48 s. Monografie (Úřad vlády České republiky), no. 8. ISBN 8086734765.

ZÁBRANSKÝ, T. a kol., 1997. *Racionální protidrogová politika*. Olomouc: Votobia. ISBN 80-7198-250-4.

Seznam příloh

Příloha A - Dotazník

Příloha A

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentkou Technické univerzity v Liberci obor Sociální práce. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, jenž zkoumá postoje veřejnosti k drogové závislosti, zejména k metodě zvané Harm Reduction. Vaše odpovědi napomohou zmapovat výše uvedenou problematiku. Zvolenou odpověď prosím zakroužkujte, popřípadě vypište hůlkovým písmem. Ke každé otázce prosím vyberte pouze jednu odpověď. Dotazník je zcela anonymní, veškeré závěry a výsledky budou sloužit pouze pro záměry mé bakalářské práce. Děkuji Vám za odpovědi na otázky tohoto dotazníku.

Pozn.: Strategie Harm Reduction, patřící do terciární prevence, spočívají v omezování rizik a snižování zdravotních a ekonomicko-sociálních škod spojených s užíváním drog, a to jak pro osoby užívající návykové látky, tak pro společnost. Klienti jsou uživatelé drog, již s drogou nechtějí nebo nedokážou přestat. Hlavní myšlenkou je přijetí jedince „tady a teď“, nevyžaduje nutnost léčby vedoucí k abstinenci, ani ji však nevylučuje. Pro lepší představu, mezi hlavní služby patří výměnný program (výměna injekčního náčiní, s následnou bezpečnou likvidací náčiní použitého, snižuje riziko přenosu infekčních chorob), poradenství, bezpečný sex (poskytování kondomů), substituční léčba (léčba spočívající v nahrazení nelegální drogy legální látkou s menšími riziky, jež je předepsána lékařem a podávána ústně), testování tablet (jejich nevhodné složení) atd. Jedná se o snahy snižovat rizikové chování klientů, v rámci možností udržovat jejich současný zdravotní stav, zlepšit jejich životní situaci apod.

1. Jaké je vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

2. Kolik je Vám let?

.....

3a. Jaké je Vaše současné ekonomické postavení?

- a) student/ka
- b) pracující
- c) nezaměstnaný
- d) v invalidním důchodu
- e) v důchodu

3b. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední odborné bez maturity – s výučním listem
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

4. Jaký je Váš názor na institucionální pomoc uživatelům drog – vnímáte ji jako nutnou?

- a) určitě ano
- b) ano
- c) ne
- d) určitě ne
- e) nevím

5. Je podle Vás potřeba pracovat s uživateli drog (poskytovat jim služby)?

- a) určitě ano
- b) ano
- c) ne
- d) určitě ne
- e) nevím

6. Myslíte si, že užívání návykových látek by, mělo být svobodnou volbou každého jedince?

- a) určitě ano
- b) ano
- c) ne
- d) určitě ne
- e) nevím

7. Jaký je Váš osobní postoj k metodě Harm Reduction?

- a) pozitivní
- b) spíše pozitivní
- c) neutrální
- d) spíše negativní
- e) negativní
- f) nevím

8. Jakou službu v rámci Harm Reduction považujete za nejpotřebnější?

- a) výměnný program
- b) testování tablet, zejména „extáze“
- c) zdravotní služby (včetně testů na HIV)
- d) substituční léčbu
- e) poradenství
- f) nevím

9. Dokázali byste dle Vašeho názoru vybrat, v čem vidíte největší **pozitivum** Harm Reduction?

- a) ochrana veřejného zdraví
- b) podpora kvalitnějšího života uživatele drog
- c) snižování trestné činnosti
- d) žádné

10. Dokázali byste dle Vašeho názoru vybrat, v čem vidíte největší **negativum** Harm Reduction?

- a) nevyžaduje po klientovi abstinenci
- b) usnadňuje užívání návykových látek
- c) poskytuje služby uživatelům drog
- d) žádné

11. Domníváte se, že Harm Reduction podporuje a schvaluje užívání drog jako takové?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12. Vnímáte Harm Reduction jako nástroj k legalizaci a dekriminlizaci drog?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

13. Myslíte si, že má Harm Reduction v drogové problematice význam?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

14. Jaká je podle Vás důležitost Harm Reduction v drogové problematice – vyznačte na škále 1–5, přičemž 1 je nejméně a 5 nejvíce.

1 2 3 4 5

15a. Setkali jste se již v oblasti drogové závislosti s termínem Harm Reduction?

- a) ano
- b) ne

15b. Pokud ano, zakroužkujte na stupnici 1–5, přičemž 1 je nejméně a 5 nejvíce, jak moc jste již s pojmem Harm Reduction seznámeni.

1 2 3 4 5

Děkuji za Vaši ochotu!