

Mgr. Jaroslav Vacek

Absolvent jednooborové psychologie na FF Univerzity Palackého v Olomouci, v současné době působí jako pedagog a vědecký pracovník Centra adiktologie PK 1. LF a VFN UK v Praze. Výzkumný zájem o drogovou problematiku a změněné stavy vědomí, výuka a vedení seminářů transpersonální psychologie externě na FF UP Olomouc od roku 2003.



Mgr. Roman Gabrhelík, Ph.D.

Absolvent jednooborové psychologie na FF Univerzity Palackého v Olomouci. V současné době působí jako pedagog a vědecký pracovník Centra adiktologie PK 1. LF a VFN UK v Praze.

Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Psycholog a psychoterapeut. Absolvent jednooborové psychologie na FF MU v Brně a postgraduálního studia na FF UP v Olomouci. Působí jako vedoucí Centra adiktologie PK 1. LF a VFN UK v Praze a jako odborný asistent na Katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci, kde se věnuje metodologii výzkumu, léčbě a prevenci problémů způsobených užíváním návykových látek a narativní psychologii aplikované na práci s filmem. Je externím spolupracovníkem Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti, předsedou občanského sdružení SCAN vydávajícího odborný časopis Adiktologie.

Citace:

Vacek, J., Gabrhelík, R., Miovský, M. (2008). Zapojení lékáren do systému služeb pro uživatele nelegálních drog: výsledky kvalitativní studie. *Adiktologie*, (8)4, 300-319-

Zapojení lékáren do systému služeb pro uživatele nelegálních drog: výsledky kvalitativní studie



autoři

Vacek, J., Gabrhelík, R., Miovský, M.

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta,
Psychiatrická klinika 1. LF a VFN

Background: Lékárny se prodejem injekčního materiálu aktivně podílí na snižování rizika přenosu infekčních onemocnění mezi problémovými uživateli drog a tím i v obecné populaci. Tento výzkum je substudií projektu „Role lékáren v prevenci infekčních chorob u injekčních uživatelů“. **Cíle:** Cílem bylo stanovit kapacitu a ochotu lékáren poskytovat širší spektrum drogových služeb, zejména harm reduction. Výzkumné otázky byly zaměřeny na přístup pracovníků lékáren k uživatelům drog, problémy, se kterými se při kontaktu s nimi setkávají, na možnosti rozšíření nabídky služeb, a na podporu a vzdělávání lékárníků v oblasti infekčních chorob a užívání drog. **Metody:** Pro sběr dat byly využity semistrukturované rozhovory, data byla zpracována induktivní kvalitativní analýzou. **Soubor:** Rozhovory s pracovníky 40 záměrně, částečně stratifikovaně vybraných lékáren z celé ČR. **Výsledky:** Všichni participanti výzkumu se setkávají s injekčními uživateli a jsou schopni je identifikovat. Uživatelé nejčastěji požadují injekční materiál a léky s pseudoefedrinem. Typický kontakt s uživatelem se neliší od běžného kontaktu s jakýmkoliv zákazníkem, problémy s uživateli jsou ojedinělé, nejčastěji jde o slovní agresi. Uživatelé často požadují větší množství preparátů s pseudoefedrinem a pracovníci lékáren používají různé strategie, jak uživatelům zabránit v nákupu většího množství těchto léků (expertní postoj, omezení maximálního množství balení daného přípravku, předstírání nedostatečných zásob), uživatelé komplementárně využívají strategie, jak získat co největší množství těchto preparátů (zmnožení zdrojů, navýšení počtu nakupujících, využití více prodávajících). Systematická podpora ani vzdělávání pro pracovníky lékáren v drogové oblasti neexistují, hlavním zdrojem informací je pro respondenty internet. Určité formy drogových služeb (předávání informací, odkazování a výměnu) si pracovníci v lékárnách představit dovedou, zavedení těchto služeb do lékáren ale brání především strach ze ztráty zákazníků a tím i zisku. **Závěry:** Implementace služeb harm redu-

ction do lékáren je možná, nezbytnou podmínkou je ale plošné řešení a zejména zvyšování motivace, znalostí a dovedností pracovníků i majitelů lékáren.

Klíčová slova: veřejné zdraví - lékárny - injekční uživatelé drog - harm reduction - adiktologie

Došlo do redakce: dd. mm rrrr

Grantová podpora: IGA MZ NR 9447-2



1. Úvod

Podle definice Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) je problémovým užíváním drog injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu (např. Scalia Tomba et al., 2008). Užívání kokainu je v ČR na velmi nízké úrovni, z drog amfetaminového typu se vyskytuje téměř výhradně pervitin (methamfetamin), z opiátů heroin a Subutex® (Mravčík et al., 2007). Mezi zdravotní rizika, kterým se problémoví uživatelé vystavují, patří např. smrtelné předávkování nebo vznik závislosti. Nejvíce rizikovým způsobem užívání návykových látek je injekční užívání. Sdílení jehel a stříkaček mezi uživateli umožňuje přenos závažných infekčních nemocí (HIV, hepatitidy typu B a C, tuberkulózy a endokarditidy), které mohou mít fatální následky. Ačkoliv počet problémových a injekčních uživatelů v České republice v posledních letech stagnuje (Mravčík et al., 2007), je třeba tomuto problému věnovat zvýšenou pozornost. Počet problémových uživatelů drog v ČR v r. 2006 je odhadován na 30 200 osob, z toho 19 700 uživatelů pervitinu, 6 200 uživatelů heroinu a 4 300 uživatelů Subutexu®; počet injekčních uživatelů drog je odhadován na 29 000 (Mravčík et al., 2007).

Virové hepatitidy patří mezi nejzávažnější a zároveň nejčastější dlouhodobé komplikace injekčního užívání návykových látek.

Prevalence virové hepatitidy typu C dosahuje mezi injekčními uživateli drog (dále jen IUD) v České republice přibližně 35 % (Zábranský et al., 2006), u virové hepatitidy typu B je odhadována na 10 - 50 %. Prevalence HIV je relativně nízká a celkově nedosahuje ani 1 %, protože se jedná o jednotlivé případy (Brůčková et al., 2007). Podskupinou uživatelů v ČR, kde lze předpokládat vyšší výskyt infekcí, jsou (i)migranti ze zemí s vysokou prevalencí HIV a virových hepatitid, zejména ze zemí bývalého Sovětského svazu (Mravčík et al., 2007). Studie výskytu infekčních nemocí a rizikového chování mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli drog v Praze (Zábranský & Janíková, 2008) tento předpoklad potvrdila: z 59 testovaných osob byly celkem 2 HIV pozitivní (3,4%), 49 případů pozitivních na protilátky anti HCV, jež jsou známkou prodělané nebo probíhající infekce virovým zánětem jater typu C (83%), 37 případů s prokázanou replikací viru hepatitidy typu C (62%) a 31 případů s přítomností protilátek anti HBc, které jsou známkou prodělané nebo probíhající (akutní či chronické) infekce virem hepatitidy B (52,5 % zkoumané populace).

IUD představují významný zdroj šíření infekčních onemocnění v populaci, která návykové látky intravenózně (nebo vůbec) neužívá. Také proto je nezbytné zamezit dalšímu šíření infekčních chorob mezi IUD. Přístup „harm reduction“ (dále též HR) se zaměřuje na snižování či minimalizaci poškození drogami u osob,

kteří v současnosti drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby užívání zanechali. HR se snaží minimalizovat, omezit či zmírnit riziko život a zdraví ohrožujících infekcí, které se šíří sdílením injekčního náčiní při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem (Kalina et al., 2001). Mezi nejznámější postupy používané v HR patří výměna použitého injekčního náčiní za sterilní, poskytování informací (o možnostech léčby či jiné odborné pomoci), kontaktní (situační) poradenství a vzdělávání o rizicích užívání drog. Poradenství a edukace v rámci HR nezbytně zahrnuje i rady, návody a vysvětlení, jak drogu bezpečně aplikovat, jak používat a dezinfikovat náčiní a podobné čistě technické informace. Důležité je i zaměření na bezpečný sex včetně distribuce kondomů. HR se provádí buď přímo v terénu (terénní programy, streetwork) nebo v nízkoprahových kontaktních centrech.

Přístup minimalizace rizik je jedním ze čtyř základních pilířů české drogové politiky (Úřad vlády ČR, 2005). HR je sice v oficiálním dokumentu vlády deklarován jako uznávaný, v praxi je ale tento přístup některými z těch, kdo se na formulaci strategie podíleli, veřejně a bez věcných důkazů stále ještě zpochybňován (NPC, 2004 podle Radimecký, 2006). Zastánci snižování nabídky a snižování poptávky mohou vnímat přístup HR jako podporu v užívání drog. Účinnost přístupu HR byla ale již dostatečně prokázána (WHO, 2006). Z hlediska nákladovosti je také zřejmou pravdou, že levnější je infekcí předcházet než je léčit (v adiktologii např. Pollack, 2001; CDHA, 2002).

Pro většinu uživatelů jsou terénní programy a kontaktní centra hlavním zdrojem injekčního materiálu pro aplikaci drog (Zábranský et al., 2002; Mravčík et al., 2006), nicméně dalším významným zdrojem jsou lékárny. Právě lékárny představují potenciál, který není pro práci s uživateli drog ani pro monitorování situace v ČR plně využíván (Mravčík & Zábranský, 2001; Gabrhelík & Vacek, 2005).

Spolupráce drogových služeb s lékárnami v ČR není systematická, iniciativa vychází téměř výhradně ze strany nestátních neziskových organizací, které drogové služby nabízejí, a rozšíření alespoň základních drogových služeb v lékárnách (poskytování informací, odkazování do dalších služeb nebo výměna injekčního materiálu) je sporadické. V průběhu posledních let bylo nestátními neziskovými organizacemi (mnohdy opakovaně) realizováno několik regionálních průzkumů (aplikovaný výzkum) s cílem odhadnout prevalenci problémového užívání drog v daném regionu, navázat spolupráci s lékárnami a prostřednictvím spolupracujících lékáren tak kontaktovat potenciální klienty drogových služeb, dosud nekontaktované uživatele (např. CPPT, 2004; Prostor, 2005; Prevent, 2005; Semiramis, 2007; PLUS, 2008). Výsledky těchto průzkumů ukazují, že většina injekčního materiálu pro uživatele drog je vydávána nízkoprahovými službami, což potvrzuje relativně vysoký podíl (60-70%) problémových uživatelů v kontaktu (Mravčík et al., 2007). Každý z neziskových subjektů realizujících výše zmíněné výzkumy má navázanou různě intenzivní spolupráci s různým počtem lékáren (většinou v řádu desítek), která spočívá nejčastěji v distribuci informačních materiálů a balíčků s injekčními sety a paraferáliemi pro nitrožilní aplikaci drog.

Regionální analýzy potřeb realizované kvalitativními metodami potvrzují sice menší, nicméně stále významnou roli lékáren pro uživatele. Podle Minaříka (2004) hraje prodej injekčního náčiní v lékárnách podle informací od klientů roli okrajového zdroje, lékárnou jako hlavní nebo významný zdroj sterilního injekčního náčiní využívá 39% participantů tohoto výzkumu. Charvát a Gabrhelík (2004) uvádějí, že pro určité uživatele je jednodušší si injekční náčiní koupit v lékárně (přibližně 20% oslovených uživatelů). V některých případech je to podle autorů celkem pochopitelné, pokud se jedná o jedince, který neužívá příliš často, např. jen o víkend.

V ČR byl dosud realizován pouze jediný systematický průzkum v lékárnách zaměřený na problematiku injekčního užívání drog; jeho cílem bylo získat alternativní data pro odhad prevalence IUD. Byl součástí výzkumné studie Projekt analýzy dopadů novelizované drogové legislativy v ČR (Mravčík & Zábranský, 2001) a proběhl v roce 1999. Autoři ve svém krátkém dotazníku použili 7 otázek: zda v dané lékárně IUD nakupují, kolik jich přichází, v jakém věkovém rozmezí jsou, jaký je poměr pohlaví, odhadovaný počet prodaného injekčního materiálu za měsíc, o jaký materiál jde (inzulinové sety nebo zvlášť jehly a stříkačky), a zda jsou pracovníci lékárny prodeji injekčního materiálu nakloněni příznivě nebo nepříznivě. Z metodologického hlediska se v této studii ukázalo, že dotazníkový průzkum v lékárnách je postupem použitelným pro sběr informací o injekční drogové scéně v ČR, včetně konstrukce prevalenčního odhadu, i když taková data je nutno považovat za orientační nebo doplňující. Prodeji injekčního materiálu IUD nebyla příznivě nakloněna téměř polovina lékáren z tohoto výzkumu (Mravčík & Zábranský, 2001). Přestože publikované údaje nejsou zcela aktuální, na základě odborných setkání evidujeme, že v lékárnách stále převažuje diskriminační přístup k IUD (Gabrhelík & Vacek, 2005); tento postoj lékáren je v ostrém rozporu s nejnovějšími trendy v oblasti otázek veřejného zdraví.

Systematické výzkumy na téma lékáren v systému drogových služeb byly v minulosti realizovány v několika evropských zemích, např. ve Velké Británii, Nizozemí a Švýcarsku či Rakousku (Burns et al., 1996; Kubec, 2002). Ve Velké Británii jsou lékárny zapojeny nejen do výměnných programů injekčního materiálu, ale od roku 1992 také do metadonových substitučních programů (Roberts & Hunter, 2004), zároveň tam pro implementaci a realizaci drogových služeb vzniká množství manuálů a směrnic na komunitní i národní úrovni.

Výzkum „Role lékáren v prevenci infekčních chorob u injekčních uživatelů“ (podpořený grantem IGA MZ NR9447) vychází z předpokladu, že lékárny jsou v ČR dosud málo využívaný zdroj informací a poskytovatel služeb pro uživatele drog. Základním cílem této substudie projektu je zjistit kapacitu a ochotu lékáren poskytovat nový typ služeb a zabývat se možnostmi budoucích systémových změn směřujících k jejich efektivnějšímu využití v rámci širšího kontextu ochrany veřejného zdraví. Aplikačním cílem je vypracování projektu, který specifikuje roli a přínos lékáren spočívající v systémovém a intenzivnějším zapojení do programů pro udržení, resp. zvýšení zdraví obyvatelstva, a to prostřednictvím zapojení lékáren do služeb pro uživatele drog. Ve výzkumu je využíváno jak kvantitativních (vypracování mapy lékáren a realizace plošného dotazníkového šetření), tak kvalitativních metod. Cílem tohoto článku je seznámit čtenáře s realizovanou kvalitativní substudií.

2. Cíl výzkumu, design výzkumu a výzkumné otázky

Cílem kvalitativní substudie, stejně jako celého výzkumu, je stanovit kapacitu a ochotu lékáren poskytovat dosud plošně neposkytované drogové služby. Protože cílem výzkumu je detailně popsat relativně málo zmapovaný jev a jedná se tedy o tzv. explorační výzkum, byla zvolena kombinace kvantitativních a kvalitativních metod s důrazem na kvalitativní analýzu expertních odhadů pracovníků lékáren.

Pro dosažení výzkumného cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky:

- a) Jak pracovníci lékáren přistupují k (injekčním) uživatelům drog?
- b) Jakým způsobem jsou uživatelům drog v lékárnách distribuovány injekční materiál a léčiva?
- c) Jaký druh a míra podpory jsou lékárníkům dostupné?
- d) S jakými problémy se lékárníci při poskytování služeb IDU setkávají?

e) Jak zvýšit motivaci lékáren pro implementaci služeb zvyšující nákladovou efektivitu a účinnost preventivních aktivit?

3. Výzkumný soubor

V ČR je v provozu přibližně 2600 lékáren.¹ V kvalitativním přístupu se velikost výběrového souboru neřídí reprezentativností vzhledem k základnímu souboru (všechny lékárny v ČR), ale vzhledem k teoretickému nasycení² (Strauss & Corbinová, 1999). Výběr lékáren byl záměrný, částečně stratifikovaný: nejvyšší zastoupení ve velkých městech – centrum i okrajové části měst Praha, Brno a Ostrava – polovina souboru, a namátkový výběr dalších lékáren z různě velkých měst v nadpolovičním počtu krajů – druhá polovina souboru. Původně plánovaný rozsah 40 lékáren se ukázal být z hlediska teoretického nasycení jako dostatečný.

Telefonicky byli osloveni vedoucí vybraných lékáren, aby na základě svého uvážení a personálních a provozních možností nominovali zástupce lékárny, se kterým bude uskutečněn výzkumný rozhovor. Kritériem pro účast ve výzkumu byl souhlas vedoucího pracovníka, přítomnost uživatelů drog (blíže nespecifikováno) mezi zákazníky dané lékárny a alespoň nějaká zkušenost nominovaného pracovníka s kontaktem s uživateli drog v dané lékárně (také blíže nespecifikováno).

Výběrový soubor (40 lékáren) představuje přibližně 1,5% všech lékáren v ČR, rozložení (stratifikaci podle regionů) ukazuje tabulka č. 1. Rozložení lékáren podle velikosti obcí znázorňuje obrázek č. 1: 23 lékáren se nachází v městech nad 100 tisíci obyvateli, 7 lékáren v obcích s 50-100 tisíci obyvateli, 5 lékáren v obcích

s 20-50 tisíci obyvateli a konečně 5 lékáren má sídlo v obcích s méně než 20 tisíci obyvateli. Pro získání 40 rozhovorů bylo osloveno celkem 58 lékáren, 10 lékáren účast ve výzkumu odmítlo, 8 lékáren se neúčastnilo z provozních důvodů. V 7 případech se výzkumného rozhovoru zúčastnili 2 pracovníci lékárny, celkem bylo tedy do výzkumu zapojeno 47 respondentů (17 mužů a 30 žen), z toho 15 vedoucích lékárníků (8 mužů, 7 žen) a 32 lékárníků asistentů (9 mužů a 23 žen) – viz také tabulka č. 1. Další sociodemografické charakteristiky respondentů kromě pracovní pozice a pohlaví sledovány nebyly.

4. Metody tvorby dat a jejich zpracování

Metodou tvorby dat byly polostrukturované hloubkové rozhovory (Seidman, 1998) s pracovníky lékáren, rozhovory probíhaly osobně a byly zaznamenávány na diktafon.³ Ve všech případech byla dodržena jednotná osnova rozhovoru, která vycházela z výzkumných otázek a měla za cíl získat kvalifikované odhady pracovníků (Miovský, 2006). Osnova obsahovala přibližně dvě desítky otázek, které byly zacílené na získání výpovědi o zkušenostech daného pracovníka a snažily se o získání konkrétních (nezobecněných) popisů událostí, osob nebo podmínek. Pokud zobecňuje již sám respondent a indukce není v rukou výzkumníka, snižuje se kvalita takto získaných dat a tím i validita celého výzkumu; proto byli respondenti nabádáni k tomu, aby mluvili co nejvíce konkrétně a sami za sebe.

Délka realizace jednoho rozhovoru byla přibližně 30 minut. Sběr rozhovorů probíhal od března do června 2008 a byl realizován jedním proškoleným výzkumným pracovníkem.

Zpracování a interpretace kvalitativních dat probíhala metodou induktivní analýzy (Miles

¹ Státní ústav pro kontrolu léčiv (<http://www.sukl.cz>) k 12. 9. 2008 eviduje 2597 schválených lékáren, odloučených oddělení výdeje léčiv a vyhrazených prodejců.

² Teoretické nasycení = stav, kdy už se i s přibývajícím vzorkem neobjevují žádné nové významné informace a souvislosti, a kdy je výsledná teorie (odpovědi na výzkumné otázky) hutně propracována a v podstatě ověřena.

³ V případě čtyř rozhovorů respondenti záznam na diktafon odmítli, proto byly odpovědi zaznamenány písemně.

& Huberman, 1994) zhruba v těchto fázích: doslovný přepis rozhovorů,⁴ výběr relevantních témat, otevřené kódování významných jevů, kategorizace a hierarchizace kódů, axiální kódování a tvorba závěrů. Axiálním kódováním rozumíme identifikaci souvislostí mezi vytvořenými kódy, kategoriemi a původním kontextem, s následnou systematizací klíčových jevů. Při analýze bylo využito zejména těchto postupů: výčtu, clusteringu, kategorizace, kontrastu a srovnávání (Miles & Huberman, 1994).

5. Etické otázky výzkumu

Účast všech respondentů byla dobrovolná, nebyla honorována a byla podmíněna podepsáním informovaného souhlasu. Zapojeným respondentům i lékárnám byla výzkumnými pracovníky zaručena anonymita a souhlasili s pořízením nahrávky. Účastníci výzkumu byli vždy výzkumnými pracovníky seznámeni s průběhem a cílem výzkumu (obdrželi také písemné informace o výzkumu), byli informováni o možnosti kdykoliv z výzkumu odstoupit a požádat o zničení nahrávky a vlastní vyřazení z výzkumu. Po pořízení doslovných prepisů (případně identifikační údaje byly při přepisu anonymizovány) byly nahrávky bezpečně archivovány a dále se pracovalo jen s transkripcemi hloubkových rozhovorů. Metodika výzkumu byla před zahájením schválena etickou komisí Všeobecné fakultní nemocnice a 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

6. Výsledky

Při prezentaci výsledků jsou využívány citace z rozhovorů, diskrétní kategorie jsou podpořeny mírou zastoupení daných odpovědí, nicméně těžiště tkví v kvalitativní analýze

⁴ Doslovné prepisy byly pořizovány pouze z několika prvních rozhovorů, z dalších rozhovorů byly přepisovány pouze pasáže s relevantními tématy, poslední rozhovory sloužily spíše k obohacení dat, kvantifikaci a validizaci výzkumných zjištění, neboť se nové skutečnosti již příliš neobjevovaly (došlo k teoretickému nasycení).

expertních odhadů. Citace jsou uváděny v uvozovkách a označeny kódy (písmeno označuje velikost města⁵ a číslo pořadí protokolu). Identifikované kategorie jsou zvýrazněny tučně, klíčové jevy jsou podtrženy.

Identifikace a charakteristiky uživatelů

Klíčovým problémem, který je implicitně přítomný ve všech odhadech respondentů (a ovlivňuje tak validitu celého výzkumu), je otázka identifikace uživatelů drog v lékárnách. Jak vlastně může lékárník rozpoznat uživatele drog mezi normálními zákazníky?

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že za **uživatele drog**, který nebyl tazatelem nijak blíže specifikován, je pracovníky lékáren téměř bez výjimky považován **injekční uživatel** stimulancí nebo opiátů. Doplňující otázka „Jaké drogy máte na mysli?“ byla položena pouze dvěma respondenty. Tři respondenti spontánně zmínili problematiku závislosti na tabáku a alkoholu, která je podle nich podceňována.

Nejčastější odpovědí na otázku, podle čeho pracovníci lékáren poznají uživatele drog, je podle jimi **požadovaného zboží**: injekčních setů (případně samostatných jehel a stříkaček), prekurzorů⁶ pro výrobu metamfetaminu/pervitinu (preparáty obsahující pseudoefedrin) nebo Subutexu[®]; tento znak zmínili všichni respondenti. Pracovníci lékáren ale také uvádějí, že ne všechny zákazníky, kteří nakupují preparáty s prekurzory ve větším množství (dvě nebo více balení daného přípravku), automaticky považují za uživatele drog – v některých případech si vysvětlují větší zakoupené množství jako nákup

⁵ Stejně jako na obrázku č.1 jsou použity tyto kódy: A – město nad 100 tisíc obyvatel, B – 50-100 tisíc obyvatel, C – 20-50 tisíc a D – obce s méně než 20 tisíci obyvateli.

⁶ Výchozí látka, z níž vzniká chemickou přeměnou výsledný produkt; v případě pervitinu je výchozí látkou pseudoefedrin, který se nachází zejména v těchto volně prodejných lécích: Modafen[®], Nurofen[®] StopGrip a Panadol[®] PlusGrip.

do zásoby pro celou rodinu obzvláště v období chřipkových epidemií.

Na druhém místě z hlediska frekvence stojí typické **chování** uživatelů. „Jsou agitovaní, excitovanější, jak na pérkách, ten člověk je těkavější, vrazí rychle do té lékárny a chce být zase rychle venku, nikdy to není klidný pacient“ (A3). Typická je nervozita, agitovanost a nápadná snaha o co nejrychlejší vyřízení zakázky. Snahu uživatelů „přilíši na sebe neupozorňovat“ respondenti často považují za (více či méně) nepovedenou, a její příčiny spatřují ve strachu z prozrazení užívání před pracovníky lékárny a zákazníky, dále v akutní intoxikaci nebo abstinenčním syndromu. Někteří lékárníci také poznávají typické mimické projevy intoxikovaných uživatelů pervitinu, který „neustále jako by něco žvýkal“ (C2) nebo „tak zvláště kroutí pusou“ (A8).

Dalším rozlišovacím znamením jsou **charakteristické znaky** jako vpichy a kožní vyrážky, nebo celková zanedbanost, která se projevuje zejména v detailech, jako jsou neudržované ruce nebo vlasy. Respondenti uživatele poznávají „podle rukou, 90% z nich má špinavé ruce, nehty mají takové zašlé, velké, nestříhané, podle těch rukou nejčastěji, i když mají třeba slušný vzhled, tak ty ruce jsou takové nejcharakterističtější“ (A4). Uživatelé s takovými znaky zchátralosti ale v žádné z lékáren netvoří většinu uživatelů, kteří ji navštěvují.

Častou spontánní odpovědí respondentů je také to, že **uživatele nepoznají** (tedy s výjimkou výše zmíněného kritéria požadovaného zboží), podle nich totiž neexistuje žádný na první pohled patrný typický znak, který by zaručil jejich nepochybnou identifikaci: „to se nedá říct, že by pro všechny bylo něco typické, nemají jeden styl oblékání, žádný stejný účes, ani nejsou orvaní nebo špinaví, podle vzhledu je prostě nepoznáte, vypadají vlastně úplně normálně“ (B1).

Odhadovaný **věk uživatelů** se nejčastěji pohybuje kolem 20 let, většina výpovědí korespondovala s tvrzením, že je to „spíš pod 20, tak od 16, maximálně do 25 let“ (A5). Zákazníci-uživatelé ve věku nad 30 let se objevují výjimečně, zmiňuje je 17 respondentů s tím, že se vyskytují sporadicky. Sedm respondentů odhadlo věk některých zákazníků-uživatelů i na méně než 15 let: „Občas se tu objeví i děti, no, ani patnáct jim ještě nebude, jsou to výjimky, ale praští to do očí, když si dítě přijde pro inzulinu“ (A1). Někteří respondenti se domnívají, že obzvláště pro nákup preparátů s pseudoefedrinem mohou být mladiství využívání svými staršími sourozenci nebo kamarády, případně cizími lidmi za úplatu: „Kolikrát si říkám, že to není možný, že je pro to musí někdo posílat, a třeba jim za to i platí“ (A6).

Z hlediska **pohlaví** výrazně převažují muži nad ženami, nejčastěji zmiňovaný poměr je cca 5:1 ve prospěch mužů (poměr v rozmezí 10:1 až 3:1 uvedlo 38 respondentů, tj. 80%).

Výskyt uživatelů v lékárnách

Mezi jednotlivými lékárnami přirozeně existují výrazné rozdíly v **počtu uživatelů drog**, kteří v dané lékárně nakupují. Sledována byla denní, týdenní a měsíční návštěvnost, a ačkoliv se jedná o kvantitativní odhady, zajímaly nás také kvalitativní aspekty jako např. vztah počtu zákazníků-uživatelů a polohy lékárny nebo stálost klientely.

Výrazně více kontaktů s uživateli mají některé (ne všechny) lékárny ve velkých městech (nad 50 000 obyvatel) a zejména ty, které jsou v relativní blízkosti nízkoprahových služeb (kontaktních center). Alespoň 20 kontaktů **měsíčně** deklarují čtyři pětiny lékáren (celkově 32, z toho 28 v obcích nad 50 tis. obyvatel), nejvyšší deklarovaná měsíční návštěvnost je 100 kontaktů (dvě lékárny v obcích nad 100 tisíc obyvatel), nejnižší jeden kontakt (jedna lékárna v obci do 20 tisíc obyva-

tel). Nejčastěji respondenti odhadují měsíční počet zákazníků-uživatelů v rozmezí 20 až 30, případně do 40 uživatelů.

Týdenní návštěvnost je nejčastěji odhadována kolem pět až 10 zákazníků z řad uživatelů drog. Z kvalitativního hlediska je zajímavé, že ne všechny dny v týdnu jsou využívány rovnoměrně – největší „nápor“ některé lékárny zažívají před víkendem, o tomto rozložení se spontánně zmiňují zástupci 11 lékáren. **Denní návštěvnost** téměř ve všech lékárnách značně kolísá, nárazově se objevuje i 20 kontaktů denně, průměr je ale v řádu jednotek – jeden až tři uživatelé za den, ale zároveň sedm lékáren udává modus nula uživatelů denně.

Někteří respondenti popisují určitý **vývoj návštěvnosti v delším časovém horizontu**, kdy se např. po ukončení prodeje jednotlivých injekčních setů významně snížil počet uživatelů, kteří do lékárny chodí (viz dále problémy a následný strach ze ztráty zákazníků). Pravidelné sezónní změny v návštěvnosti popisovány nebyly.

Z hlediska „**zákaznické věrnosti**“ je situace výrazně odlišná ve velkých a malých městech, stálá klientela (titíž uživatelé docházející do lékárny opakovaně) je málokde: pokud ano, je to zejména v menších městech do 50 tisíc obyvatel (pokud si respondenti z lékáren ve větších městech vybavují nějakého pravidelného klienta z řad uživatelů, jedná se většinou pouze o jednotlivce).⁷

Průběh kontaktu s uživatelem drog v lékárně

Typický kontakt se podle respondentů příliš neliší od běžného kontaktu s jakýmkoliv

⁷ Výjimku v tomto ohledu tvoří dvě lékárny z dvou velkých měst na severu Čech a Moravy, které se nacházejí ve čtvrtích hojně obývaných příslušníky romské národnostní menšiny, v nichž je klientela poměrně stálá.

zákazníkem, výjimky jsou spíše ojedinělé: „Jednou přišel jeden v abstáku, ale to je výjimečné, byl nervózní a potřeboval rychle; jinak se chovají normálně“ (A4). Chování uživatelů a vyřízení zakázky odpovídá výše popsaným charakteristikám uživatelů: „Mluvívají nekoordinovaně, mají zastřené smysly, někdy se snaží rychlým jednáním a nervozitou zamaskovat svou potřebu, mluví většinou velice stroze, zadržují na vás, co chtějí, rychle to popadnou a utíkají, vůbec neřeší finanční otázku, cokoliv dají, kolik bychom prodali balení, na všechno mají peníze, čím víc tím líp“ (A3). Mezi nejčastěji **požadované a poskytované služby či artikl** (typické pro uživatele drog) patří prodej léků s prekurzorem pro výrobu pervitinu a prodej injekčních setů (inzulinek). Některé lékárny nemají v nabídce inzulinu, ale nabízejí samostatné jehly a stříkačky. Skladba požadovaných i nabízených služeb je regionálně velmi odlišná, rozdíly existují i mezi jednotlivými lékárnami v témže regionu: někde převažuje poptávka po injekčních setech, jinde po prekurzorech pervitinu. Existují také lékárny, kde uživatelé požadují buď jen sety, nebo jen preparáty s pseudoefedrinem.⁸

Zákazníci-uživatelé často požadují **větší množství preparátů s pseudoefedrinem**: „Naposledy jsem prodávala Nurofen® StopGrip. Oni chtějí vždycky větší balení, protože se ptáme, jestli malé nebo velké, a chce většinou pět kusů, a my říkáme, že maximálně dva, že to mu na ten chřipkový stav musí bohatě stačit, tak většinou neodporují. Oni půjdou do jiné lékárny si to koupit“ (A2).

V několika případech (10 lékáren, 25%) respondenti popisují různé **strategie, jak uživatelům zabraňují v nákupu většího množství balení těchto léků**: jde

⁸ Na základě rozdílů v požadovaných službách lze uvažovat o regionálních odlišnostech na drogové scéně, takové hypotetické úvahy ale nejsou předmětem tohoto článku.

v první řadě o expertní postoj („na vyléčení chřipky Vám stačí dvě balení“), dále o sdělení o existenci restrikce s maximálním možným množstvím balení daného přípravku k zakoupení („prodáváme maximálně dvě (případně tři) balení...“) nebo o předstírání nedostatečných zásob („zrovna nám došly, mám tu poslední balení“ nebo „objednáváme pouze menší balení“).

Respondenti také popisují různé **strategie uživatelů, jak získat co největší množství preparátů s pseudoefedrinem**. Byly pojmenovány tři strategie, které využívají principu iterace⁹ (lékáren, zákazníků a prodávajících), jsou seřazeny podle četnosti výskytu. První z nich je zmožení zdrojů: „Obejdou všechny lékárny v okolí, jenom tady na naší ulici je pět lékáren, ...pak je to vlastně zbytečné prodávat omezené množství, když si stejně seženou, kolik chtějí“ (A2). Druhou strategií je navýšení počtu nakupujících: „...postávají ve skupince před lékárnou a po jednom chodí pro dvě balení, teprve když už si byli všichni, odcházejí. Nám je to jasné, na co to potřebují, ale stejně, nemůžeme s tím nic dělat“ (C5). Poslední strategií je využití více prodávajících: „Naše lékárna má prosklenou výlohu, takže je z venku vidět, kdo z nás je zrovna u pultu. Takže to dělají tak, že nakoupí řekněme u mě, pak odejdou a za nějakou dobu procházejí znovu kolem a sledují, jestli už jsme se s kolegyní prostřídaly. Když mají štěstí tak jo, a když ne, přijdou zase za nějakou dobu...“ (A10).

Injekční sety, případně samostatné jehly a stříkačky uživatelům prodává 34 lékáren (85%). Ačkoliv většina z nich (18) nemá na **prodej injekčního materiálu** stanoveny žádné restrikce a vydává ho uživatelům v požadovaném množství bez omezení (uživatelé nejčastěji požadují jeden nebo jen několik injekčních setů), část lékáren (16) neprodává jednotlivé injekční sety, prodává je pouze po více kusech

(nejčastěji po 10 nebo více kusech) nebo jen celá balení po 100 kusech (dvě lékárny, zdůvodnění: „...málo jich sem chodí a otevřená krabice se sto kusy nám tu ležela klidně půl roku, nám se to nevyplatí“ (C3)). Inspiraci pro implementaci služeb HR v menších sídlech představuje následující postřeh: „Pro lékárny na vesnicích, kde je jeden uživatel, by bylo vhodné distribuovat balíčky, protože se jim nevyplácí otvírat celou 100ks krabici“ (D3). Existují i lékárny, které uživatelům injekční materiál vůbec neprodávají, ačkoliv ho mají na skladě (dvě lékárny), s tímto zdůvodněním: „Nechceme, aby nám uživatelé odrazovali ostatní zákazníky, tak jim prostě říkáme, že inzulinu nevedeme, a už skoro nechodí“ (A10). Drtivá většina lékárníků prodej injekčního materiálu osobně schvaluje, jen někteří (čtyři respondenti, tj. 8,5%) si kladou etické otázky typu „Je to správné?“, a zamýšlejí se nad tím, zda to nemůže být podporování jejich užívání, nicméně negativní odpověď nebyla v rozhovorech explicitně zmíněna ani jednou, výpovědi měly spíše charakter zamýšlení se nad tímto problémem. V několika případech byl také patrný rozpor mezi názory řadových pracovníků a vedoucích nebo majitelů lékáren: zatímco pracovníci prodej podporují, vedoucí ho zakazují, protože mají v první řadě ekonomické zájmy a/nebo strach ze ztráty klientů: „Kdyby bylo na mě, prodávala bych je (injekční sety) klidně po jedné, bez problémů, ale pan vedoucí si to nepřeje, což teda chápu. Lékárna musí vydělávat a s nimi (zákazníky-uživateli) jsou spíš problémy, těch pár korun, co tu utratí, za to nestojí, ...a nevypadá to dobře“ (A19).

Až na třetím místě v pořadí požadovaných a poskytovaných služeb stojí podle respondentů **prodej substitučních preparátů s buprenorfinem** (Subutex® a Suboxone®), které má na skladě a uživatelům prodává cca čtvrtina lékáren (11). O problematice zneužívání Subutexu® (injekční aplikace a/nebo prodej na černém trhu) se spontánně zmiňuje sedm respondentů, ani v jednom případě

⁹ Řešení problému postupným opakováním.

se však netýká přímo interakce pracovníků s uživateli v lékárně, jde pouze o obecná konstatování o současné situaci.

Jen velmi zřídka se při interakci se zákazníky-uživateli vyskytují **problémy**. Celkem 25 respondentů si vybavilo nějakou situaci z minulosti, která by se dala označit jako problematická, a pouze pět z nich dokázalo popsat více než jednu takovou situaci (vzhledem k celkovému počtu kontaktů s uživateli je takovýto počet relativně velmi malý). Nejčastěji se jedná o **slovní agrese**: slovní napadení, nadávky nebo vyhrožování se typicky objevují v případech odmítnutí požadavků uživatele (prodeje většího množství léků s prekuzory nebo požadovaného množství nebo typu injekčního materiálu). **Fyzická agrese** se objevuje velmi výjimečně, pouze čtyři respondenti deklarovali osobní zkušenost se zničením zboží nebo vybavení lékárny nebo s napadením ze strany uživatele, dalších pět respondentů popisovalo takové zkušenosti zprostředkovaně – tak, že se to stalo v jejich lékárně, ale jinému pracovníkovi. Fyzickou agresi si někteří respondenti dávají do souvislosti s projevy akutní intoxikace, závislosti nebo abstinčního syndromu. Ať už verbální nebo fyzická agrese většinou nemá příliš závažnou podobu, a někdy se (podmíněná aktuálním stavem) vyskytuje i u stálých klientů: „Jednou musela kolegyně volat městskou (policii), přišel uživatel, který sem chodí pravidelně, vyhrožoval, měl nějakou zakrvácenou ruku a byl trochu mimo, přijela policie a vyvedla ho. Chodí sem nadále a chová se slušně“ (D1).

Častější než fyzická agrese jsou **krádeže**, které popisovali pracovníci 17 lékáren a mají nejčastěji podobu útěku bez zaplacení. Respondenti také popisovali různé kuriózní situace, např. když uživatel chtěl dvě balení Modafenu: „...dala jsem je na pult, pak si ještě vzpomněl, že chce něco dalšího, pro co jsem musela dozadu. On mezitím vybral platička z krabičky. Pak ale neměl peníze, tak řekl, že si jen skočí ven pro peníze, a už se nevrátil – a já jsem až potom

zjistila, že tam mám dvě prázdné krabičky...“ (C1). Jeden z respondentů, v jehož lékárně bylo z pultu odcizeno razítko lékárny, usuzoval na pachatele tímto způsobem: „Já říkám, že to byl přesně takový (uživatel drog), protože na co jiného by kdo potřeboval naše razítko?“ (A9).

Pracovníci lékáren také nezřídka popisují různé další **nelegální požadavky** zákazníků-uživateli, kterým nevyhoví: „On měl recept na Suboxone a chtěl Subutex, tak mi nabídnul úplatek, jestli bych mu to nevyměnila“ (A2), nebo např.: „Jednou nám sem jeden takový přišel s nějakým rádiem, které ukradl, a chtěl za něj Modafeny...“ (B1).

Drogové služby v lékárnách, ochota k rozšíření služeb

Kromě prodeje injekčního materiálu, léků s prekuzory k výrobě pervitinu a substitučních preparátů některé lékárny poskytují uživatelům drog i další služby. Z iniciativy nestátních organizací působících v drogových službách některé lékárny (zdarma) **poskytují základní služby harm reduction**: informační materiály s kontakty na drogové služby v regionu (čtyři lékárny), balíčky s injekčními sety, paraferáliemi a informacemi (dvě lékárny) a likvidaci použitého injekčního materiálu (jedna lékárna). Dalších sedm lékáren bylo v minulosti pracovníky drogových služeb osloveno, a to za účelem získání informací o místní drogové scéně, případně s nabídkou spolupráce při distribuci balíčků (tři z těchto sedmi lékáren).

V rámci výzkumného interview byla zjišťována **ochota a připravenost respondentů (a potažmo jejich lékáren) k rozšíření nabídky služeb pro uživatele drog** následující otázkou: „Dovedete si Vy osobně představit rozšíření služeb ve Vaší lékárně o nabídku...“, a to ve třech modelových situacích: a) informačních letáků s kontakty na regionální drogové služby (zejm. nízkoprahová zařízení) nebo s informacemi o bezpečnějším užívání, b) výměnu nebo sběr použitého injekč-

ního materiálu, případně distribuci balíčků s injekčním materiálem a parafernáliemi, a c) výdej substitučního preparátu metadon.¹⁰

Všichni respondenti si dovedou představit **pasivní nabídku informačních letáků** ve své lékárně, tedy jejich umístění ve stojanu s ostatními letáky nebo na pultu tak, aby si je mohl kdokoli vzít, pokud si jich sám všimne. **Aktivní nabízení informačních materiálů** všem domnělým zákazníkům-uživatelům je ale naopak pro pracovníky lékáren problematické, a to zejména z toho důvodu, že si nemohou být jistí, zda se skutečně jedná o uživatele drog. Respondenti se bojí faux pas, kterého by se dopustili tím, že by svou nabídkou označili normálního zákazníka jako uživatele, a následné ztráty zákazníků: „Už slyším to rozhořčené: ‘Co si to dovolujete?’ Takový by sem třeba už nepřišel, v okolí je konkurence dost“ (A13). „Možná kdyby to bylo ve stojanu, ale dávat to ke každé inzulince nebo k více balením Modafenu®, to by se mohlo normálního pacienta dotknout“ (A7). Další pochybnosti se týkají samotných uživatelů. Respondenti předpokládají jejich neochotu přiznat si problém s drogami: „Ano z naší strany, ale byli by ochotní si to vzít? Oni tvrdí, že to mají pro babičky... tam vidím problém s motivací“ (A5). Podle některých respondentů také v kontaktu s uživateli chybí dostatečný prostor pro předání informací: „Jsou strašně rychlí, sbalí, co potřebují, nic je nezajímá“ (B1).¹¹

¹⁰ Výdej substitučního preparátu metadon v lékárnách, samozřejmě v úzké spolupráci s lékaři funguje již několik let s pozitivním ohlasem např. ve Finsku či Velké Británii.

¹¹ Forem aktivního, ale neinvazivního nabízení kontaktních údajů na nízkoprahové služby zákazníkům-uživatelům existuje mnoho, v diskuzi k příspěvku, v němž byly prezentovány předběžné výsledky této studie (Vacek et al., 2008), se objevil mj. tento: injekční materiál nebo léky s prekurzory vydávané osobám podezřelým z užívání nelegálních drog je možné vložit do papírového sáčku, na němž jsou vytištěné informace o službách HR v regionu, což splní to dva účely – uživatel má své zboží schované a zároveň nemá pocit, že by mu někdo informace nutil proti jeho vůli.

Mezi další zmiňované důvody, proč by podle respondentů nemělo smysl předávat uživatelům informace, patří nadbytečnost: „Ten, kdo si přijde koupit inzulinu, nepotřebuje informace o bezpečnějším braní, protože už se tak chová, ne?“ (C2). Nicméně to, že zůstává spousta oblastí, ve kterých se může uživatel chovat sám k sobě nebo ke svému okolí odpovědněji, někteří připouštějí: „Určitě jsou dost nezodpovědní, pokud nakazí sami sebe, budiž, ale co ostatní, ti pacienti v lékárně nebo na ulici, měli by (uživatelé) mít aspoň základní návyky, nenechat ty jehly válet venku, dodržovat hygienu, desinfikovat si místo vpichu, určitě je toho víc. A víc je toho, co nevědí, než vědí..., těch informací a té výchovy není nikdy dost“ (B4).

Výměna injekčního materiálu (sběr použitého a výdej sterilního) představuje pro většinu respondentů problém, jen přibližně čtvrtina (13 respondentů) si dovede představit poskytování této služby za stávajících podmínek. Taková nabídka by totiž udělala z uživatelů drog jednu ze základních cílových skupin lékáren, což by podle respondentů mohlo odradit „normální“ zákazníky: „(v souvislosti s rozšířením nabídky služeb o výměnu) ...byli bysme radši, kdyby sem nechodili, odrazují ostatní zákazníky“ (A3). Zároveň se vyskytují také obavy z kumulace uživatelů: „Není to špatné, když se (uživatelé) nezačnou shlukovat..., ale tím, že budeme měnit, si o to přímo říkáme, přicházelo by jich určitě víc“ (A10).

V této souvislosti je také významným tématem rozdíl v postojích zaměstnanců a vedoucích lékáren, resp. přímo jejich majitelů. Výrok: „Ať si zajdou do Drop-inu, my jim tu nebudeme dělat samaritány“ (A8), reprezentuje typický postoj majitele lékárny, který se obává o dobré jméno svého obchodu a kladě důraz na maximalizaci zisku. Vedoucí lékárny popisuje (pro něj) uspokojivé vyřešení situace omezením služeb následovně: „Přestali jsme prodávat inzulinu jednotlivě“.

vě a vyřešilo se to, přestali chodit a je klid“ (A11). Zaměstnanci naopak častěji zdůrazňují ochotu a připravenost pomáhat i na úkor možných problémů: „...kolikrát na ně (uživatele) není hezkej pohled, ale je to zákazník jako každé jiné, možná ještě potřebnější, ... tu inzulinu mu prodám vždycky, to se na mě nesmí šéf zlobit“ (A16).

Další skupina obav pramení z rizika nákazy infekčními chorobami, ať už samotných pracovníků lékárny: „Nechceme, aby se někdo z nás nakazil...“ (C3), nebo i ostatních zákazníků. Mezi překážkami pro nabídku výměny injekčních setů v lékárnách byly zmiňovány také předpokládané obavy zákazníků-uživatelů ze ztráty anonymity: „Mělo by to být anonymní, to v naší lékárně nelze“ (C4). Někteří respondenti se domnívají, že služba by byla nadbytečná a že by o ni ze strany uživatelů nebyl zájem: „Stejně by nechodili, je tu ten drop-in“ (A6). Na posledním místě podle četnosti stojí podle respondentů technické obtíže, které znemožňují nebo přinejmenším ztěžují sběr infekčního materiálu: „Nemůžeme manipulovat s infekčním materiálem, na to nejsme zařízení“ (B7). Někteří ale naopak spontánně zmínili, že „...mít v lékárně kontejner na použité jehly a stříkačky je to nejmenší...“ (B5).

Třetí modelová situace představuje nabídku **substituce metadonem** přímo v lékárnách, nebo přesněji řečeno vydání metadonu a kontrolu jeho užití. Zajímavým zjištěním je to, že někteří respondenti substituční léčbu metadonem neznají (více než třetina (17) respondentů). Ani jeden z respondentů nepovažuje poskytování této služby za stávajících podmínek za možné, představa vydávání metadonu pacientům přímo v lékárnách je tedy podle oslovených pracovníků ze všech zmiňovaných služeb nejproblematičtější. Kromě bariér, které byly zmiňovány již u předešlých modelových situací (odrazení ostatních zákazníků, kumulace uživatelů, riziko nákazy infekčními cho-

robami), jsou v případě substituce metadonem akcentovány zejména personální a prostorové nedostatky.

Podle respondentů zejména chybí kvalifikovaný personál: „Na to bysme museli mít nějaká školení nebo kurzy, my o tom nevíme, co to s člověkem udělá, tady jsou určitě nějaká rizika...“ (A4), nebo: „...substituce patří do kompetence lékařů, co když nám tady ten člověk zkolabuje?“ (B3). Další překážkou může být nedostatek pracovníků: „...asi nemáme dost personálu, ta aplikace bude chvíli trvat, mohlo by to narušit chod lékárny“ (A7). Z personálního hlediska se objevily také obavy o rozšíření povinností pracovníků: „Mně se to moc nezdá, že by to bylo reálné. Určitě by byla nutná úzká spolupráce s odborníkem, my tady sice máme hned v budově psychiatra, ale už tak jsme dost přetížení, a ještě tohle do toho? ... a bylo by to další papírování navíc...“ (B2).

Výdej substitučního preparátu a kontrolu jeho požití podle respondentů ve stávajících podmínkách znemožňují technické problémy a prostorové nedostatky. Pro vydávání metadonu je nutné mít diskrétní zónu: „Pacient potřebuje soukromí, si myslím, a u té závislosti zvlášť, museli bychom mít zvláštní místnost nebo alespoň přepážku s opravdu diskrétní zónou, na to tady není prostor“ (B6). Obavy také pramení z možného narušení normálního chodu v lékárně: „Když takový člověk přijde, budu se mu muset věnovat, ...takových 5, 10 minut, nebude jako normální pacient..., je to jen komplikace“ (C5).

Podpora a vzdělávání lékárníků

Podle respondentů systematická **podpora pro pracovníky lékáren** v drogové oblasti neexistuje (nejčastější spontánní odpověď na otázku, na koho by se v případě potřeby obrátili, byla „nevím“). Pokud by respondenti potřebovali radu nebo praktickou pomoc, ať už pro sebe nebo pro klienta (zákazníka-uživatele), obraceli by se v první řadě na lékaře

– buď by to byli jejich známí, nebo místní specialisté (převážně z ambulancí, ale i klinik). Jako další zdroj podpory figurují ve výpovědích nízkoprahové služby v okolí. O existenci kontaktních center v dosahu vědí pracovníci 25 lékáren (tj. 83%) ve městech nad 50 tisíc obyvatel a polovina pracovníků z lékáren v menších obcích (50%). Zajímavým zjištěním je, že respondenti pro všechna kontaktní centra velmi často používají pojem „drop-in“. Pouze necelá polovina respondentů, kteří o existenci kontaktních center vědí, je schopna je dostatečně přesně lokalizovat, tedy tak aby tam sami trefili nebo tam dokázali někoho nasměrovat. Povědomí o existenci terénních programů je mezi respondenty velmi malé, konkrétní čas a místo výskytu byl schopen zhruba odhadnout jediný respondent. Nejméně často zmiňovanou formou dostupné podpory jsou specializované krizové telefonní linky – i zde se jejich znalost ukazuje spíše jako vágní: „Kdybych potřeboval, v telefonním seznamu bych něco našel, určitě je tam nějaká drogová linka“ (D4).

Hlavním **zdrojem informací** o drogové problematice je pro respondenty jednoznačně internet – všichni respondenti by hledali informace o drogách, uživatelích a závislostech na internetu, nicméně pouze výjimečně znali konkrétní webové stránky: „...určitě na internetu, zadala bych to do Seznamu, takových informací tam je spousta... Na konkrétní stránky si asi nevzpomenu, ale myslím, že bych dokázala ty důvěryhodné odlišit“ (A9). Druhým zdrojem informací je tištěná odborná literatura, ať už se jedná o knihy nebo časopisy, zmiňuje je celkem 43 (92%) respondentů. Nejčastěji byly zmiňovány farmaceutické časopisy (Časopis českých lékárníků, Praktické lékárenství, Klinická farmakologie a farmacie, Česká a slovenská farmacie, a Remedia), ve kterých se informace o drogové problematice občas vyskytují. Odborné adiktologické časopisy (Adiktologie a Alkoholismus a drogové závislosti – pro-

tialkoholický obzor) spontánně jmenovalo 9 (19%) respondentů, jednou byl zmíněn časopis Závislosti a my. Necelá polovina respondentů (21, tj. 45%) zmiňuje české i zahraniční odborné on-line databáze, jako např. Medline, BiblioMedica, Národní lékařská knihovna (Medvik) a další.

Podle respondentů systematické **vzdělávání** v oblasti adiktologie a infekčních nemocí neexistuje, většina z nich si vzpomíná pouze na jednorázové přednášky na tato témata, případně na příspěvek na konferenci věnovaný závislostem. Respondenti jednoznačně projevují obecný zájem o vzdělávání v oblasti adiktologie a problematiky infekčních nemocí, ale jaké konkrétní znalosti či dovednosti by potřebovali, většinou nedokážou říct. Jako zajímavá témata (mnohdy přesahující rámec našeho výzkumu) byla zmíněna následující: komunikace s uživateli s ohledem na specifika osobnosti závislého, jednotlivých drog a akutní intoxikace, zvládání agresivního klienta, možnosti krátké intervence a motivace ke změně případně k abstinenci, služby pro uživatele drog (možnosti a dostupnost), principy harm reduction, substituční léčba, problematika prodeje volně dostupných prekurzorů k výrobě pervitinu, problémové užívání legálních drog a možnosti intervencí, lékové závislosti. Respondenti také deklarují zájem o akreditované kurzy, zároveň však nepovažují toto téma za příliš významné (se závažnými problémy se téměř nesetkávají a uživatelé drog nejsou pro pracovníky lékáren tématem rozhovorů s kolegy, tedy kromě ojedinělých excesů, kdy uživatel zaujme svým vzhledem nebo chováním).

Souhrn výsledků – odpovědi na výzkumné otázky

a) Jak pracovníci lékáren přistupují k (injekčním) uživatelům drog?

Za uživatele drog je pracovníky lékáren téměř bez výjimky považován injekční uživatel stimulantů nebo opiátů. Nejdůležitějším rozlišo-

vacím znakem, podle kterého je uživatel identifikován, je požadované zboží (injekční materiál a léčiva s pseudoefedrinem), dále pak chování (typicky nervozita, agitovanost a snaha o co nejrychlejší vyřízení zakázky) a další znaky užívání drog (zanedbanost, vpichy a kožní vyrážky). Typický kontakt se neliší od běžného kontaktu s jakýmkoliv zákazníkem, problémy s uživateli jsou ojedinělé, na druhou stranu mají ale pracovníci lékáren strach z odrazení normálních zákazníků, pokud by se uživatelé v dané lékárně vyskytovali ve větším počtu.

b) Jakým způsobem jsou uživatelům drog v lékárnách distribuovány injekční materiál a léčiva?

Injekční sety, případně samostatné jehly a stříkačky uživatelům prodává 85% oslovených lékáren, většina z těchto lékáren nemá na prodej injekčního materiálu stanovená žádná omezení a vydává ho uživatelům v požadovaném množství, méně než polovina z těchto lékáren injekční sety prodává pouze po více kusech, 5% lékáren injekční materiál vůbec neprodává, ačkoliv ho má na skladě. Zákazníci-uživatelé často požadují větší množství preparátů s pseudoefedrinem a pracovníci lékáren často používají různé strategie, jak uživatelům zabránit v nákupu většího množství balení těchto léků (expertní postoj, omezení maximálního množství balení daného přípravku, předstírání nedostatečných zásob), na druhou stranu uživatelé používají strategie, jak získat co největší množství těchto preparátů (zmnožení zdrojů, navýšení počtu nakupujících, využití více prodávajících).

c) Jaký druh a míra podpory jsou lékárníkům dostupné?

Systematická podpora pro pracovníky lékáren v drogové oblasti neexistuje. Pro radu nebo praktickou pomoc, ať už pro sebe nebo pro klienta (zákazníka-uživatele), by se pracovníci lékáren obraceli v první řadě na lékaře (známí nebo místní specialisté), jako další zdroj podpory figurují ve výpovědích nízkoprahové služby v okolí, o jejichž existenci ví většina respondentů, nicméně jen menší část z nich je dokáže

dostatečně přesně lokalizovat. Hlavním zdrojem informací o drogové problematice je pro respondenty jednoznačně internet (ale pouze výjimečně se vyskytuje znalost konkrétních webových stránek věnujících se dané problematice), až na druhém místě je zmiňována je tištěná odborná literatura (většinou farmaceutické časopisy), případně české a zahraniční odborné on-line databáze. Stejně tak neexistuje systematické vzdělávání v oblasti adiktologie a infekčních nemocí, většina respondentů zmiňuje pouze jednorázové přednášky na tato témata.

d) S jakými problémy se lékárníci při poskytování služeb IDU setkávají?

Při interakci se zákazníky-uživateli se vyskytují konflikty jen zřídka, nejčastěji se jedná o slovní agresi, která se typicky objevuje v případě odmítnutí požadavků uživatele (prodeje většího množství léků s prekurzory nebo požadovaného množství nebo typu injekčního materiálu). Fyzická agrese se objevuje velmi výjimečně (přibližně 25% lékáren má nějakou zkušenost s fyzicky agresivním klientem), častější jsou krádeže, které popisují pracovníci necelé poloviny lékáren a mají nejčastěji podobu útěku bez zaplacení. Jako teoretický problém pracovníci lékáren vnímají dále volný prodej prekurzorů k výrobě pervitinu, zneužívání substitučních preparátů na předpis, problémové užívání legálních drog a lékové závislosti.

e) Jak zvýšit motivaci lékáren pro implementaci služeb zvyšující nákladovou efektivitu a účinnost preventivních aktivit?

V první řadě je nutné rozptýlit obavy, které mají pracovníci (a hlavně majitelé) lékáren ze ztráty zákazníků, pokud se budou v lékárně uživatelé drog vyskytovat pravidelně a/nebo ve větším počtu. Toho lze dosáhnout vzděláváním pracovníků a majitelů lékáren a přiměřenou „politikou“. Služby HR by neměla poskytovat jen jedna lékárna v oblasti, aby se tam zákazníci-uživatelé neshlukovali, proto je nutné plošné řešení a koordinace. Další důležitou složkou je vzdělávání zejm. v těchto oblastech: principy HR, účinnost HR, zkušenosti s posky-

továním HR v lékárnách (z ČR i zahraničí – že uživatelé normální zákazníci neodrazují). Lze použít i finanční motivaci, pokud by bylo poskytování „balíčků“ honorováno (a zároveň pro uživatele zdarma), dá se předpokládat, že motivace pro poskytování této služby vzroste. Na posledním místě zmiňujeme ještě možnost vzbudit osobní zájem pracovníků lékáren, např. upozorňováním na souvislosti mezi rodinným zázemím (i pracovníci lékáren mají děti), rizikovým chováním a užíváním drog, nebo poukázáním na občanskou zodpovědnost, protože drogový problém se vždy týká celé komunity, tedy i jich samotných.

7. Diskuze

Důležitou otázkou validity výzkumu je reprezentativnost výzkumného souboru. Ačkoliv výběr nebyl náhodný a představuje pouze 1,5% všech lékáren v ČR, lze jej považovat za dostatečný vzhledem k budované teorii, neboť došlo k teoretickému nasycení. Teorie byla budována již v průběhu sběru dat a platnost závěrů tak byla rekurentně ověřována v později realizovaných rozhovorech. Z důvodu zachování anonymity respondentů, která přispívá k prohloubení důvěry ve výzkumníka a tím k získání otevřených a pravdivých výpovědí (a tím k zvýšení reliability), byly sledovány pouze dvě základní charakteristiky respondentů: pohlaví a pracovní pozice. Ukázalo se, že pohlaví nemá na zkušenosti, názory a postoje respondentů výrazný vliv, naopak pracovní pozice ovlivňuje přístup k problematice uživatelů drog v lékárnách významně (v rozhovorech s vedoucími nebo majiteli lékáren je implicitně patrný primární cíl vydělávat, zaměstnanci naopak častěji zdůrazňují ochotu a připravenost pomáhat i na úkor možných problémů). Ačkoliv by mohly být zohledněny i další proměnné, jako např. věk respondentů nebo délka praxe, byl upřednostněn efekt zvyšování důvěry mezi respondentem a výzkumníkem před vyčerpávající explorační. Z hlediska validity je také nutné zdůraznit, že jde „pouze“ o expertní

odhady, tedy o generalizované subjektivní zkušenosti, názory a postoje pracovníků lékáren, a ačkoliv je zobecnění problematické, domníváme se, že popis aktuální situace v českých lékárnách je relativně vyčerpávající.

Ve výsledcích se objevilo mnoho zajímavých zjištění. Zdá se například, že více kontaktů s uživateli mají zejména ty lékárny, které jsou v relativní blízkosti nízkoprahových služeb (kontaktních center). Proč tomu tak je? Můžeme jen spekulovat o tom, zda jsou uživatelé navyklí chodit do dané lokality kvůli výměnnému programu, který tam existuje, ale když zrovna nefunguje, jdou si pro injekční materiál do lékárny, anebo naopak když si jdou vyměnit do kontaktního centra, zajdou rovnou koupit prekurzory do blízké lékárny. Nebo jsou nízkoprahové služby přiléhavě situované v oblastech, kde se uživatelé jednoduše vyskytují nejčastěji, a proto jsou i tamní lékárny využívanější? Z tohoto pohledu by bylo zajímavé sledovat, ve kterých hodinách uživatelé drog do lékáren dochází a zjištění porovnávat s časy, kdy jsou dostupné nízkoprahové služby v regionu.

Lékárny většinou zažívají největší „nápor“ uživatelů v pátek před víkendem, což může být potvrzením toho, že je využívají hlavně začínající (v tomto případě rekreační) uživatelé, kteří ještě nejsou navázáni na nízkoprahové služby a chovají se nejvíce rizikově, což koresponduje s výsledky studie PAD (Zábranský et al., 2002). Tuto domněnku může potvrdit i nejčastější odhadovaný věk zákazníků-uživatelů, protože modus představuje věkovou kategorii do 20 let. Právě nenávanost této skupiny na nízkoprahové služby a její předpokládané rizikové chování se stává pro lékárny do budoucna velkou výzvou k rozšiřování služeb směrem ke kontaktní práci.

Z geografického hlediska je zajímavé, že existují lékárny, kde uživatelé požadují buď jen sety, nebo jen preparáty s pseudoefedrinem, z čehož

lze usuzovat na regionální odlišnosti v drogové scéně. Zde se otevírá oblast pro další výzkum, my se nicméně omezíme pouze na konstatování, že výrazné rozdíly se v našem souboru ukázaly zejména mezi severem a jihem ČR.

V porovnání s dotazníkovým průzkumem Mravčíka a Záborského (2001) se může zdát, že se postoj lékárníků pozvolna mění žádoucím směrem: prodeji injekčního materiálu IUD tehdy nebyla příznivě nakloněna téměř polovina lékáren, zatímco výsledky našeho výzkumu ukazují, že drtivá většina lékárníků prodej injekčního materiálu osobně schvaluje. Na druhou stranu ale jen necelá polovina námi oslovených lékáren prodává uživatelům injekční materiál v požadovaném množství bez omezení (18 ze 40).

Jako klíčový problém vzhledem k rozšiřování služeb pro uživatele drog v lékárnách lze chápat rozpor mezi cílem pomáhat a vydělávat, v tomto směru existují výrazné rozdíly v názorech vedoucích (majitelů) lékáren a jejich zaměstnanců. Je ale strach o zákazníky opodstatněný? Pokud ano, jen do určité a to velmi malé míry – pouze několik lékáren z našeho souboru se setkávalo s tak závažnými problémy, že se rozhodly služby pro uživatele drog omezit. V porovnání s těmito lékárnami je skupina lékáren spolupracujících s nízkoprahovými službami nebo zákazníky-uživatele obsluhujících mnohem početnější, a zkušenost s reálným odlivem zákazníků nebyla deklarována ani jednou. Jediná dosud provedená zahraniční studie zaměřená přímo na toto téma zjistila, že většina zákazníků lékáren chápe potřebnost služeb pro uživatele drog a podporuje jejich zavedení v lékárnách (Lawrie et al., 2004). Podobně obavy lékárníků, že by rozšíření nabídky služeb uživatelům drog vedlo ke kumulaci uživatelů v okolí lékáren, nevnímáme jako problematické. Podle vyjádření lékárníků se uživatelé drog v lékárnách chovají tak, aby vše proběhlo co nejrychleji – lze proto předpo-

kládat, že nechtě zdržovat se v lékárně bude platit i pro prostranství před lékárnou. Navíc, ze zkušeností a dosavadního fungování nízkoprahových programů v ČR víme, že (injekční) uživatelé drog jsou edukovatelní – čímž lze působit na chování a zvyklosti uživatelů drog.

Významnou oblastí, která se během výzkumu opakovaně objevovala, je potřeba vzdělávání lékárníků s cílem zvyšovat jejich znalosti a dovednosti pro práci s cílovou skupinou – (injekčními) uživateli návykových látek. Akreditované vzdělávání by mělo být zacíleno zejména na zvyšování znalosti cílové skupiny a seznámení s praktickými zásadami práce s ní, dále na zásady bezpečnosti práce s cílovou skupinou a infekčním materiálem. Nezbytné je zajistit správné pochopení filozofie a základních principů přístupu HR a seznámit lékárníky se specifickými intervencemi v rámci HR přístupu. Lékárníci by měli být seznámeni s možnostmi spolupráce s lékaři, pracovníky nízkoprahových služeb, regionálními protidrogovými koordinátory a dalšími klíčovými pracovníky, kteří se pohybují v oblasti adiktologie. V neposlední řadě by měli lékárníci být znát základní informační zdroje k adiktologické problematice, měli by být schopni poskytnout adekvátní informace o možnostech, kde žádat o pomoc či radu, případně by měli znát adiktologické služby v regionu.

8. Závěr

Ačkoliv se ukázalo, že téma uživatelů drog v lékárnách je pro lékárníky spíše okrajové, cíle výzkumu byly splněny. Pracovníci lékáren chápou principy HR, jen výjimečně v tom spatřují morální problém. Služby HR ovšem téměř bez výjimky považují za doménu neziskových organizací. Téměř ze všech rozhovorů je patrná snaha spíše o hledání překážek, které by ospravedlnily stávající situaci (nezapojení lékáren do služeb pro uživatele), než o hledání cest, jak svou nabídku rozšířit a přispět tak k preventivnímu působení.



Určité formy služeb HR (informace, odkazování, výměna) si pracovníci v lékárnách představit dovedou. Zavedení těchto služeb do lékáren brání především strach ze ztráty zákazníků.

Výsledky kvalitativní studie v lékárnách ČR v podstatě korespondují s výsledky dotazníkového průzkumu v lékárnách, které bylo provedeno v letech 2007/2008 (více viz Gabrhelík et al., 2008).

Kontakt na prvního autora:

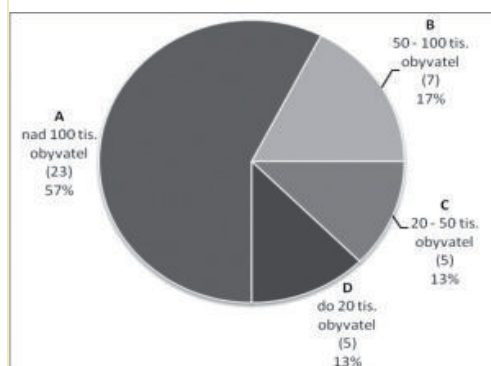
Jaroslav Vacek

Centrum adiktologie PK 1. LF a VFN
v Praze

Ke Karlovu 11, Praha 2

e-mail: vacek@adiktologie.cz

Obrázek 1: složení výzkumného souboru z hlediska velikosti obce



Tabulka 1: Výzkumný soubor

město / kraj	počet lékáren		počet respondentů		
	oslovené	zapojené	vedoucí lékárník	lékárník asistent	celkem
Praha	14	10	3	9	12
Brno	8	5	4	3	7
Ostrava	5	5	1	4	5
Olomoucký kraj	5	4	2	3	5
Středočeský kraj	5	3	1	2	3
Ústecký kraj	6	3	0	3	3
Jihomoravský kraj (kromě Brna)	3	3	2	2	4
Moravskoslezský kraj (kromě Ostravy)	5	2	0	2	2
Jihočeský kraj	3	2	0	3	3
Plzeňský kraj	3	2	1	1	2
kraj Vysočina	1	1	1	0	1
celkem	58	40	15	32	47

Literatura

- 1 Brůčková, M., Malý, M., & Vandasová, J. (2007). Výskyt a šíření HIV/AIDS v ČR v roce 2006. Zprávy CEM, SZÚ, Praha, 16(1).
- 2 Burns, S. M., Brettle, R. P., Gore, S. M., Peutherer, J. F., & Robertson, J. R. (1996). The epidemiology of HIV infection in Edinburgh related to the injecting of drugs; an historical perspective and new insight regarding the past incidence of HIV infection and derived from retrospective HIV antibody testing of stored samples of serum. *The Journal of Infection*, 32, 53-67.
- 3 Commonwealth Department of Health and Ageing - CDHA (2002). Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia. Canberra : Publications Production Unit.
- 4 CPPT, o.p.s. (2004). Výroční zpráva Centra protidrogové prevence a terapie, obecně prospěšné společnosti za rok 2003. Retrieved September 12, 2008, from <http://www.kcentrum.cz/inc/doc.php?id=44>
- 5 Gabrhelík, R., & Vacek, J. (2005). Harm Reduction: Čím mohou lékárníci přispět v systému prevence dopadu užívání drog. Příspěvek přednesený na pracovní schůzi OSL Zlín a ČLK Praha, 22. 3. 2005, Zlín.
- 6 Gabrhelík, R., Miovska, L., & Miovský, M. (2008). Dotazníkový průzkum harm reduction intervencí v lékárnách České republiky. *Alkohol. Drog. Záv.*, (43)5, 271-294.
- 7 Hendl, J. (2005) Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Praha: Portál.
- 8 Charvát, M., & Gabrhelík, R. (2004): Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení ve Středočeském kraji. Závěrečná zpráva č. 3 projektu Evaluace protidrogových opatření a programů realizovaných ve Středočeském kraji. Liberec: NTI – consulting, s.r.o.
- 9 Kalina, K. et al. (2001). Mezioborový glossář pojmů z oblastí drog a drogových závislostí. Praha: Filia Nova.
- 10 Kubec, A. (2002). Substitution-treatment in Austria - The Viennese Program. Příspěvek pro Phare Twinning Program "Strengthening National Drug Policy", březen 2002, Praha.
- 11 Lawrie, T., Matheson, C., Bond, C. M., & Roberts, K. (2004). Pharmacy customers' views and experiences of using pharmacies which provide drug misuse services. *Drug and Alcohol Review*, 23, 195 – 202.
- 12 Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook*. London, New Delhi: Sage, Thousand Oaks.
- 13 Minařík, J. (2004). Analýza drogové scény a dostupnosti nízkoprahových služeb pro uživatele drog v Ústeckém kraji. Ústí nad Labem: Centrum komunitní práce.
- 14 Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada.
- 15 Mravčík, V., & Zábranský, T. (2001). Dotazníkový průzkum injekčního užívání drog v lékárnách České republiky. *Adiktologie*, 1, 10-21.
- 16 Mravčík, V., Chomynová, P., Orliková, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Vopravil, J., & Vacek, J. (2007). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha: Úřad vlády České republiky.
- 17 Mravčík, V., Lejčková, P., Orliková, B., Petrošová, B., Škrdlantová, E., Trojáčková, A., Petroš, O., Sklenář, V., & Vopravil, J. (2006). Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2005. Praha: Úřad vlády ČR.
- 18 NPC (2004). Výroční zpráva 2003. Praha: Národní protidrogová centrála.
- 19 PLUS, Kontaktní a poradenské centrum Oblastní charity Kroměříž (2008). Průzkum prodeje injekčního materiálu v lékárnách na území okresu Kroměříž v roce 2008. Kroměříž, Oblastní charita Kroměříž. Retrieved September 12, 2008, from <http://www.kr-zlin-sky.cz/ViewFile.aspx?docid=75097>
- 20 Pollack, H. A. (2001). Cost-effectiveness of harm reduction in preventing hepatitis C among injection drug users. *Medical Decision Making*, 21(5), 357–367.
- 21 Prevent, o.s. (2005). Výroční zpráva o. s. PREVENT 2004. Retrieved September 12, 2008, from http://www.os-prevent.cz/prevent/files/VZ_2004.pdf

- 22 Prostor, o.s. (2005). Výroční zpráva 2004. Retrieved September 12, 2008, from http://www.os-prostor.cz/data/download/vyr_zp2004.doc
- 23 Radimecký, J. (2006). Když dva dělají totéž...: Srovnávací analýza strategie drogové politiky Evropské unie a České republiky na období od roku 2005. *Adiktologie*, 6(4), 442-453.
- 24 Roberts, K. and Hunter, C. (2004). A comprehensive system of pharmaceutical care for drug misusers. *Harm Reduction Journal* 2004, 1:6.
- 25 Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D., & Wiessing, L. (2008). *Guidelines for Estimating the Incidence of Problem Drug Use*. Lisbon: EMCDDA.
- 26 Seidman, I. (1998). *Interviewing as qualitative research*. New York and London: Teachers College Press.
- 27 Semiramis, o.s. (2007). Zpráva o realizaci projektu protidrogové politiky v roce 2007 - průběžná. Retrieved September 12, 2008, from <http://www.os-semiramis.cz/download/kcn/prubezna1pol2007.doc>
- 28 Strauss, A., & Corbinová, J. (1999): *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- 29 Úřad vlády ČR (2005). *Národní strategie protidrogové politiky na období 2005-2009*. Praha: Úřad vlády ČR.
- 30 Vacek, J., Gabrhelík, R., & Miovský, M. (2008). Mohou se pracovníci lékáren aktivně zapojit do systému služeb harm reduction? A chtějí vůbec? Předběžné výsledky kvalitativního výzkumu. Příspěvek přednesený na XIV. mezinárodní konferenci Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a 47. mezinárodní konferenci AT sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP, 11.-14.5.2008, Měřín.
- 31 WHO (2006). Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog. Světová zdravotnická organizace. Praha: Úřad vlády ČR.
- 32 Zábanský, T., Mravčík, V., Korčíšová, B., & Řehák, V. (2006). Hepatitis C Virus Infection among Injecting Drug Users in the Czech Republic – Prevalence and Associated Factors. *European Addiction Research*, 12, 151–160.
- 33 Zábanský, T., & Janíková, B. (2008). Studie „Séroprevalence krevně přenosných virových infekcí mezi ruskojazyčnými injekčními uživateli na drogové scéně v hl. m. Praze (RUS IDU PHA)“. Praha: Centrum adiktologie PK, 1.LF a VFN, Univerzita Karlova v Praze.
- 34 Zábanský, T., Radimecký, J., Mravčík, V., Gajdošíková, H., Petroš, O., Korčíšová, B., Miovský, M., Vopravil, J., Csémy, L., Kuda, A. (2002). *Výroční zpráva o stavu ve věcech v České republice v r. 2001*. Praha & Lisabon: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti & EMCDDA.