

Univerzita Hradec Králové

Filosofická fakulta

Ústav sociální práce

**Neinjekční uživatelé návykových nelegálních látek jako klienti
terénních programů pro uživatele drog**

Diplomová práce

Autor: Bc. Tereza Cermanová

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

Studijní obor: Sociální práce

Forma studia: Kombinovaná

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Hradec Králové

2020

Zadání



Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Zadání diplomové práce

Autor: Bc. Tereza Cermanová

Studium: U18026

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Neinjekční uživatelé návykových nelegálních látek jako klienti terénních programů pro uživatele drog**

Název diplomové práce AJ: Non-injecting illicit drug users as clients of outreach programmes

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se zabývá problematikou terénního programu pro uživatele drog jako potenciálně vhodné služby pro práci s neinjekčními uživateli návykových nelegálních látek. V teoretické části je popsána základní charakteristika cílové skupiny a jsou zde objasněny termíny jako: droga, bad trip, harm reduction, public health aj. Následuje popis realizovaného kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru, jehož předmětem je zmapování informovanosti neinjekčních uživatelů o rizicích spojených s užíváním těchto látek a zároveň o možnosti využití terénního programu.

KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády ČR, 2003. Monografie. ISBN 80-86734-05-6. TYLER, Andrew. Drogy v ulicích: mýty - fakta - rady. Praha: I. Železný, 2000. ISBN 80-237-3606-X. KOTOVÁ, Helena, Michal KREBS, Stanislav KUNC a Martin STRNAD, ed. Streetwork!: good practice 2015 : Czech and foreign experiences from work in low threshold social services. Přeložil Jakub FRANĚK, přeložil Jana FRANĚKOVÁ, přeložil Zdeněk HOFMAN. Praha: Česká asociace streetwork o.s. (ČAS), 2015. ISBN 978-80-905069-4-7. Kontaktní práce 2010: antologie textů České asociace streetwork. Praha: Národní vzdělávací fond ve spolupráci s Českou asociací streetwork, 2010. ISBN 978-80-86728-42-1. HŮLOVÁ, Kateřina, Drahomíra PAVLÍKOVÁ, Ivana ŠIMÍKOVÁ, Vladimíra SALVETOVÁ a Kateřina GLUMBÍKOVÁ. Přínosy a limity terénní sociální práce. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-138-6.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Oponent: Mgr. Michal Trousil, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem veškeré použité prameny a literaturu.“

V Hradci Králové dne 20. 7. 2020

.....

Tereza Cermanová

Poděkování

Na tomto místě bych v první řadě velmi ráda poděkovala panu doktorovi Mgr. Miroslavu Kapplovi, Ph.D, za jeho trpělivost při vedení mé diplomové práce a za jeho cenné rady a připomínky.

Také bych chtěla poděkovat všem účastníkům výzkumu, kteří mi věnovali svůj čas a poskytli mi rozhovor, který jsem mohla využít ve výzkumné části práce.

Dále bych ráda poděkovala svým přátelům a spolužákům za jejich pomoc a podporu během celého studia.

Anotace

CERMANOVÁ, Tereza, Neinjekční uživatelé návykových nelegálních látek jako klienti terénních programů pro uživatele drog. Hradec Králové: Filozofická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 61 s. Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá problematikou terénního programu pro uživatele drog jako potenciálně vhodné služby pro práci s neinjekčními uživateli návykových nelegálních látek. V teoretické části je popsána základní charakteristika cílové skupiny a jsou zde objasněny termíny jako: droga, bad trip, harm reduction, public health aj. Následuje popis realizovaného kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru, jehož předmětem je zmapování informovanosti neinjekčních uživatelů o rizicích spojených s užíváním těchto látek a zároveň o možnosti využití terénního programu.

Klíčová slova

droga, závislost, Harm Reduction, neinjekční užívání

Annotation

The diploma thesis deals with the issue of the field program for drug users as a potentially suitable service for work with non-injecting users of addictive illegal substances. The theoretical part describes the basic characteristics of the target group and clarifies terms such as: drug, bad trip, harm reduction, public health etc. What follows is a description of qualitative research, research in the form of a semi-structured interview, the subject of which is to map the awareness of non-injecting users about the risks associated with the use of these substances and at the same time about the possibility of using the field program.

Key words

drug, addiction, Harm reduction, non-injecting using

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 9 |
| Teoretická část | 11 |
| 1 Vymezení klíčových pojmů | 11 |
| 1.1 Koncept drogové závislosti..... | 11 |
| 1.2 Návykové látky a jejich rozdělení..... | 13 |
| 1.2.1 Konopné látky | 13 |
| 1.2.2. Stimulancia..... | 14 |
| 1.2.3 Opioidy a opiáty | 15 |
| 1.2.4 Halucinogeny | 15 |
| 1.3 Sociální práce s uživateli drog | 16 |
| 1.4 Princip Harm reduction a terciární prevence | 22 |
| 1.5 Terénní práce s uživatele drog | 23 |
| 2 Neinjekční užívání návykových látek | 26 |
| 2.1 Jednotlivé látky, jejich způsoby užití a rizika | 26 |
| 2.2 Cílová skupina..... | 29 |
| 2.2.1 Adolescence z pohledu vývojové psychologie | 29 |
| 2.3 Neinjekční užívání návykových nelegálních látek v prostředí noční zábavy..... | 31 |
| Výzkumná část | 33 |
| 3 Metodologie | 33 |
| 3.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumná otázka | 34 |
| 3.2 Participanti výzkumného šetření..... | 36 |
| 3.3 Výsledky výzkumného šetření..... | 38 |
| 3.3.1 Dílčí výzkumná otázka č. I | 38 |
| 3.3.2 Dílčí výzkumná otázka č. II | 43 |
| 3.3.3 Dílčí výzkumná otázka č. III..... | 48 |

| | |
|--|----|
| 3.3.4 Dílčí výzkumná otázka č. IV..... | 52 |
| 3.4 Souhrn výzkumného šetření..... | 56 |
| Závěr | 58 |
| Seznam použité literatury..... | 60 |
| Seznam tabulek..... | 63 |
| Přílohy | 64 |

Úvod

Užívání návykových látek má velmi dlouhou historii. Proto je snaha o jejich vymýcení nesmyslná a ve skutečnosti i nereálná. Už paleolitičtí lovci využívali rostliny s psychoaktivními účinky k navození změněných stavů vědomí při příležitosti „jeskynních happeningů“ (Svoboda, 2011), které byly pravděpodobně součástí šamanských rituálů, k nimž nedílně patřila i hudba a tanec. Také na začátku 21. století se setkáváme s obdobným jevem. Existuje ovšem jeden podstatný rozdíl. Došlo totiž k posunu od využívání těchto látek výhradně v rituálním kontextu k jejich nadužívání, kdy se stávají v rámci západního světa stále běžnější součástí každodenního života, ať už je lidé používají aktivně, nebo jsou pouze pasivními pozorovateli tohoto dění. Nastíněný fenomén lze pozorovat několik posledních desetiletí.

Drogové problematice se věnuje celá řada odborníků a sociálních služeb. V popředí zájmu nicméně stále zůstává nejrizikovější skupina, což jsou injekční uživatelé, a to zcela oprávněně. Nelze však opomenout, že i tito lidé s drogovou kariérou někdy začínali. Díky mapování anamnéz jednotlivých klientů z pracovní praxe víme, že jsou počátky jejich užívání spojeny s obdobím experimentování s různými látkami, a to právě neinjekční formou. Běžně se stává, že někteří z těchto jedinců postupem času skončí u injekční aplikace drogy. Z tohoto důvodu je podstatné podchytit začátky užívání, upozorňovat na rizika a minimalizovat nebezpečí přechodu od neinjekčního užívání k injekční aplikaci. V terénních programech je fokus zaměřen právě na tuto skupinu. V roce 2019 však terénní pracovníci Královéhradeckého kraje Laxus z.ú., začali více cílit na neinjekční uživatele návykových nelegálních látek, a to konkrétně na ulicích Hradce Králové, tedy ve městě, kde v témže roce zemřel 19letý mladík po požití extáze v hudebním klubu. I proto jsem se ve své diplomové práci zaměřila na toto téma.

Diplomová práce mapuje neinjekční užívání jako takové. V teoretické části jsou představeny základní pojmy, které slouží jako stavební kámen pro obecný úvod do práce s uživateli drog. Dále jsou zde vymezena specifika a způsoby práce terénních programů. Stěžejní úsekem teoretické části je představení problematiky neinjekčního užívání. Tato kapitola se věnuje jednotlivým typickým látkám, jež jsou užívány daným způsobem, stejně jako samotné cílové skupině, kterou představuje i z pohledu vývojové

psychologie. V neposlední řadě jsou zde probrána možná rizika, jež se s touto problematikou pojí.

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní strategie. Potřebná data byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru a následně proběhla jejich analýza. Zčásti byly jednotlivé rozhovory provedeny s oslovenými během terénního „výšlapu“, zbytek participantů byl získán metodou snowball. Jedná se o výběr jedinců z málo početné skupiny, případně mladých lidí ze špatně dostupných skupin, kteří poskytují kontakty na další jedince z dané skupiny. Konkrétní výsledky jsou představeny v kapitole 3, jejímž obsahem jsou zároveň přímé výpovědi jednotlivých participantů. Závěr diplomové práce shrnuje získané informace a zároveň navrhuje možné konkrétní intervence pro terénní drogové programy.

Teoretická část

1 Vymezení klíčových pojmů

První kapitola se zabývá vymezením základních pojmů, které jsou primárním stavebním kamenem pro přiblížení problematiky neinjekčního užívání. Následující text se bude zabývat konceptem závislosti, návykovými látkami a jejich rozdělením, ale také představí sociální práci s uživateli drog, specifika terénních programů pro uživatele drog a v neposlední řadě princip harm reducion, který je pro práci s touto cílovou skupinou klíčový.

1.1 Koncept drogové závislosti

V odborné literatuře můžeme najít hned několik teorií syndromu závislosti. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 se jedná o „*soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládní při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritu v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšenou toleranci pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.*“

Matoušek (2010) definuje závislost na droze jako stav, kdy dochází k vyšší toleranci k droze a je tak potřeba dávku zvyšovat, aby docházelo k očekávanému účinku. Uživatel po droze trvale touží a je ochoten jí podřídít celý svůj život. Jsou vnímány také zřetelné zdravotní, psychické i sociální problémy, které užívání drog způsobuje.

Na závislost je nutné pohlížet jako na komplexní jev, který je složen z mnoha faktorů. Dle Kudrleho (2003) jde o jejich vzájemnou kombinaci. Při vytvoření závislosti se určité fyziologické faktory kombinují s psychologickými nebo sociokulturními. Tom Illes (1999) řadí tyto faktory do čtyř základních skupin,

a to do skupiny farmakologické, tělesné, psychologické (kam spadá osobnost jedince) a také environmentální, kde je klíčové prostředí.

Závislost lze rozdělit do dvou skupin, a to na závislost fyzickou a závislost psychickou. Fyzická složka závislosti je návykem těla. Nedostane-li tělo drogu, vzniká abstinenci syndrom, který může být svou silou až život ohrožující (Matoušek, 2008). Oproti tomu psychická závislost je duševním stavem, který se projevuje přáním drogu požívat. Může se jednat pouze o přání, ale také o neodolatelné a opakující se nutkání drogu užít. Jestliže je dodávání drogy přerušeno, nedostaví se žádné tělesné odvykací příznaky (Vantuch, 1990). Psychická složka závislosti bývá často bagatelizována, ačkoliv je neméně závažná. Tato složka závislosti je mnohem hůře ovlivnitelná a vyžaduje daleko pevnější vůli. Často bývá příčinou recidiv i po několikaleté abstinenci (Orlíková in Zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007).

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 definuje šest základních znaků závislosti:

1. silná touha nebo pocit puzení užívat látku (dále jako craving, bažení, dychtění),
2. potíže při kontrole užívání látky,
3. tělesný odvykací stav, známý jako abstinenci syndrom – látka je užívána se záměrem oslabit nebo odstranit abstinenci příznaky,
4. nárůst tolerance k účinku látky – vyžadování vyšších látek, aby se dosáhlo stejného účinku původně vyvolaného nižšími dávkami,
5. postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané látky,
6. pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků – např. zdravotních či psychických obtíží.

Jelikož se jedná o psychiatrický termín, diagnózu závislosti provádí pouze lékař. Stanovení správné diagnózy usnadňuje rozhodnutí o další léčbě. Samotná diagnóza není ovšem jediným kritériem pro plánování vhodné léčebné intervence. Důraz je kladen na komplexní pohled na klienta, kdy se bere v úvahu nejen diagnostická kategorie, ale také řada dalších faktorů (Nešpor in Kalina, 2003).

1.2 Návykové látky a jejich rozdělení

Na užívání návykových látek se dá nahlížet jako na globální problém. Dle Kaliny (2003) se jedná o globální problém ve chvíli, kdy prakticky ovlivňuje všechny země světa a takřka nikdo nezůstává stranou. Každý jednotlivec ve své osobní, pracovní nebo sociální roli, přichází do styku s problematikou drog minimálně jako s konkrétním rizikem.

Označení droga se velmi často používá jako synonymum pro nelegální návykovou látku. Dají se sem však zařadit veškeré látky, které ovlivňují psychiku člověka a opakovaným užíváním vzniká riziko vytvoření návyku či rozvoje závislosti (Grohmanová in Radimecký, 2007). Může se jednat o alkohol, léky, potraviny a látky, které byly cíleně připraveny proto, aby byly užívány jako drogy (Matoušek, 2008).

Drogy je možné rozdělit do různých skupin. Dvěma základními skupinami jsou drogy legální a nelegální. Mezi legální návykové látky spadá např. alkohol, kofein, tabák, ale také farmaceutická léčiva s analgetickým a antipyretickým účinkem a v neposlední řadě organická rozpouštědla (Pavliček, 2020). Ačkoliv jsou některé legální návykové látky při dlouhodobém a nadměrném užívání nebezpečnější než ty nelegální, společnost je toleruje a nevnímá je jako přílišný problém.

Pro účely diplomové práce se v této části budeme více věnovat skupině nelegálních návykových látek a rozebrána bude základní charakteristika vybraných substancí. Tato skupina se dá rozdělit následovně: konopné látky, stimulancia, opioidy a opiáty, halucinogeny.

1.2.1 Konopné látky

Mezi nejvíce užívané nelegální látky u nás patří právě ty konopné. Účinnou látku v nich představuje THC neboli delta-9 trans-tetrahydrocannabinol, který se řadí mezi neaktivnější. Zdrojem jsou rostliny s názvem konopí seté a konopí indické. Konopné látky dělíme do dvou základních forem. Jsou jimi marihuana a hašiš. Zatímco u marihuany (sušené květy a lístky samičí rostliny) je obsah účinných látek 8 až 12 %, u hašiše (pryskyřice z konopí) se jedná až o 40 % (Grohmannová in Radimecký, 2007).

U každého jedince probíhá intoxikace individuálně. Důležitou složkou, která ovlivňuje účinky, je samotné „nastavení“ (setting) jedince. Záleží tak na náladě, aktuálním rozpoložení, očekávání (Miovský 2006). Akutní intoxikace se často vyznačuje pocitem euforie, daná osoba se více noří do svých pocitů a myšlenek a ovlivněno je i časové vnímání, kdy i krátká chvíle přijde člověku dlouhá. Mezi fyzické pocity patří sucho v ústech, pocity hladu a také chlad. Narušena je i funkce krátkodobé paměti. Konopné drogy se užívají buď kouřením, nebo perorálně (Grohmannová in Radimecký, 2007).

U marihuany nelze hovořit o klasické podobě závislosti či abstinčních příznacích. U dlouhodobých uživatelů bývá psychická závislost spíše spojena s životním stylem, způsobem relaxace a trávení volného času. Pro dlouhodobého kuřáka THC může abstinence vyvolat určitou rozladěnost a celková změna životního stylu bývá těžká (kol. Sananim, 2007).

1.2.2. Stimulancia

Jak již název napovídá, jedná se o látky se stimulačním – budivým účinkem. Pod tímto pojmem se skrývají desítky látek jak přírodního, tak syntetického původu. Do této skupiny řadíme látky amfetaminového a kokainového typu. Na hranici mezi stimulanty a psychedeliky stojí MDMA neboli extáze (Grohmannová in Radimecký, 2007). Mezi typické zástupce patří pervitin.

„Psychostimulancia zvyšují psychomotorické tempo a bdělost (vigilitu) především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti (na úkor přesnosti). Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly (duševní i tělesné) a energie. Snižují chuť k jídlu.“ (Minařík in Kalina, 2003, s. 164)

Stimulancia působí také anxiogenně – vyvolávají úzkost, někdy umocní trému, člověk může být agresivní. Dochází také k přecenění hranic psychosomatických možností. Ovlivňují vzestup tlaku krve, tepovou frekvenci, bronchodilataci. Typickým pro tuto skupinu látek je tzv. dojezd. Jedná se o nepříjemný stav, připomínající kocovinu, který nastupuje po vysazení účinné látky (Minařík in Kalina, 2003). Člověk

bývá vyčerpaný, prospí i několik dní, obecně je bez nálady a energie. Tento stav může být doprovázen bolestmi svalů a kloubů.

Co se týče závislosti, tato skupina látek vyvolává psychickou závislost bez výrazných projevů fyzické závislosti, neznamená to však, že jsou tyto látky méně nebezpečné. Závislost nastupuje poměrně rychle a také se rychle zvedá tolerance – člověk potřebuje vyšší dávku, aby dosáhl stejného účinku.

1.2.3 Opioidy a opiáty

Označují se tím látky, jež byly původně izolovány z opia a také další látky, které se po farmakologické stránce blíží účinkům morfinu (hlavního alkaloidu opia). Opium je zaschlá šťáva, která vzniká při nařezání makovic máku setého. Mezi opioidy se řadí morfin a kodein. Nejznámější látkou z této skupiny je heroin (Krmencík, [online]).

Tyto látky se váží v těle a mozku na opioidní receptory, mají tlumivý účinek na CNS, především mozek. Ovlivňují také krevní oběh, dýchání, trávicí trakt, urogenitální systém či kůži. Jak už bylo řečeno, typickým účinkem je celkový útlum organismu, kdy nejvýznamnějším je útlum dechového centra, díky čemuž může dojít až k úmrtí. Opiáty mají také analgetické účinky a jsou využívány v lékařství při léčbě pooperační a nádorové bolesti. V určitých oblastech mozku dochází k vazbě, která vyvolává euforii, ta pak motivuje uživatele k dalšímu užití. Opiáty mají vliv také na tělesné funkce. Aktivně ovlivňují hladké svalstvo, dochází tak k zácpám, retenci moči nebo poruchám transportu vajíčka vejcovodem, kdy dopadem může být dočasná sterilita uživatelů opioidů. Postupem času vzniká na výše zmíněné látky určitá tolerance. Člověk tak postupně navyšuje dávku až do té výše, která by pro zdravého neuživitele mohla být smrtelná. Opiáty jsou vysoce návykové látky a vzniká na nich jak fyzická, tak psychická závislost (kol. Sananim, 2007).

1.2.4 Halucinogeny

„Jednotlivé označení ‚halucinogeny‘ bylo s největší pravděpodobností zavedeno až v roce 1954 Hoffem, Osmondem a Smythiesem. Slovo samo v překladu znamená látky vyvolávající halucinace.“ (Miovský, 1996, s. 16). Jedná se o velmi různorodou skupinu látek chemického, ale i přírodního charakteru.

Dle Miovského (2006) je lze rozdělit do tří základních skupin:

- přírodní halucinogenní látky rostlinného původu (mezkalin, durman, psilocybin atd.)
- přírodní halucinogenní látky živočišného původu (bufotenin atd.)
- semisyntetické a syntetické neboli poloumělé a umělé halucinogenní drogy (LSD, PCP atd.)

Zvlášť u této skupiny je velmi důležitý set and setting. Jedná se o vnitřní duševní nastavení jedince a jeho okolí, to jak samotný uživatel vnímá prostředí, ve kterém se vyskytuje, a lidi okolo sebe. Pokud je set and setting nastaven dobře, v pozitivním smyslu proběhne i samotná intoxikace (kol. Sananim 2007).

Účinky halucinogenů, ať už přírodních nebo syntetických, bývají podobné. Nástup i účinky jsou závislé na množství požití látky, její čistotě a na samotném prožívání jedince. Nástup akutní intoxikace se projevuje mírným chvěním, neschopností ovládat pocity, někdy se objevuje mírná závrať a nevolnost. U nižších dávek je typický výskyt iluzí a pseudohalucinací, projevuje se zvýšená citlivost k prostorovému vnímání a barvám. Ve velké většině tento stav doprovází pocity euforie a dobrá nálada. Při vyšších dávkách může docházet k intenzivním halucinacím, jež nejsou ovlivněny vlastní vůlí. Pro lidi, kteří mají rádi kontrolu nad sebou samým, to může přinášet až pocity úzkosti (Miovský, 2006).

Tato skupina látek bývá většinou využívána v prostředí noční zábavy, stejně jako extáze. Volba halucinogenů jako hlavní drogy je spíše výjimečná, většina uživatelů tuto skupinu látek vnímá jako příjemné zpestření. U halucinogenů běžně nevzniká fyzická ani psychická závislost, po jejich vysazení většinou nepřichází odvykací stav (kol. Sananim, 2007).

1.3 Sociální práce s uživateli drog

Práci s uživateli drog se věnuje celá řada odborníků s kvalifikací v různých pomáhajících profesích. Řadí se sem nejen sociální pracovníci, ale také psychologové, psychiatři, adiktologové, speciální pedagogové atd. Jedná se o interdisciplinární přístup, který zasahuje hned do několik resortů státní správy.

V 90. letech dvacátého století proběhl výrazný nárůst zneužívání nealkoholových drog, který způsobil, že se část odborníků začala soustředit pouze na problematiku nealkoholové závislosti a i některé služby se oddělily od zařízení pracujících s lidmi závislými na alkoholu (Matoušek, 2010). Mezi první nestátní organizace, jež se věnovaly péči o uživatele nelegálních návykových látek, bylo občanské sdružení SANANIM a nadace Drop-in.

Dle Kaliny a kol. (2003) lze rozdělit cílovou skupinu do pěti kategorií:

1. **Experimentální užívání drogy** – droga je užívána občasně a nepravidelně, užívání tak nemusí mít žádné následky.
2. **Příležitostné užívání drogy** – užívání drogy je součástí životního stylu, užívá se pravidelně, ne však častěji než jednou týdně. Následky užití se projeví přímo po aplikaci, uživatel nemusí mít problémy v psychické rovnováze a sociálním fungování.
3. **Pravidelné (škodlivé) užívání drogy** – užívání drogy více než jednou týdně, následky se projevují jistými škodlivými účinky.
4. **Problémové užívání drogy** – užívání je pravidelné, ovlivňuje soukromou a pracovní složku člověka, vyskytují se zdravotní problémy, které souvisí s aplikací. Droga je užívána rizikovými způsoby (intravenózní aplikace).
5. **Závislost na droze** – je potřeba zvyšovat dávku, uživatel po droze trvale touží, podřizuje látce svůj život. Jedinec má znatelné zdravotní, psychické, sociální problémy.

Terénní programy

Této skupině bude věnována samostatná kapitola, proto zde proběhne pouze základní charakteristika. Terénní programy neboli streetwork je specifický typ služby, který pracuje s cílovou skupinou v jejím přirozeném prostředí, tzn. přímo na ulici. Na rozdíl od K-center samotné klienty vyhledává. Cílovou skupinou jsou lidé, kteří nechtějí změnit svůj dosavadní způsob života. Hlavním cílem je navázání důvěry mezi klientem a pracovníkem a poté motivace k méně rizikovému chování (např. sdílení jehel a náčiní či nechráněný pohlavní styk).

Nízkoprahová kontaktní centra

„Kontaktní centra jsou určena k včasné krizové intervenci, poradenství, zdravotní a sociální pomoci osobám s nízkou motivací k léčbě.“ (Libra in Kalina, 2003, s. 165)

Grohmannová (2007) popisuje princip nízkoprahovosti jako minimalizaci překážek, které by mohly klienta odradit od využití služeb. Stejně jako terénní programy jsou služby poskytovány anonymně a zdarma. Spolupráce má dlouhodobější charakter, jelikož na to mají K-centra vhodné podmínky.

Libra (2003) zahrnuje do spektra poskytovaných služeb následovně:

1. Kontaktní práce – základní poskytovaná služba, jedná se o budování důvěry mezi klientem a pracovníkem prostřednictvím rozhovoru.
2. Výměnný program – výměna injekčního materiálu, včetně náčiní. Distribuce zdravotnického materiálu.
3. Základní zdravotní péče – spadá sem základní zdravotní ošetření, testování na infekční onemocnění.
4. Základní poradenství – dochází k prohloubení stavu s klientem, klient si určuje témata, která potřebuje řešit. Týká se zdravotního stavu klienta, zdravotních a sociálních rizik a jejich minimalizaci, dále informací o možnostech léčby a sociální rehabilitace.
5. Další krátkodobé intervence – krizové intervence, jednorázová nebo krátkodobá práce s rodinou či partnerem klienta.
6. Strukturované poradenství a motivační trénink – pomáhá posílit klientovu vnitřní motivaci k dalším postupům léčby. Často je pojímáno jako „vyšší stupeň“ služeb kontaktního centra.
7. Sociální práce – pomoc při hledání bydlení, zaměstnání, vyřizování dokladů, asistence při kontaktu s úřady, policií, soudy apod.
8. Doplnkové služby – hygienický (praní prádla, sprcha) a potravinový servis.

Součástí služeb je zmapování psychosociálního stavu klienta, vytvoření individuálního plánu na základě klientovy zakázky se stanovením cílů spolupráce, dále tvorba kontraktu a jeho následné revidování.

Ambulance

Jedná se o státní i nestátní zdravotnická zařízení. Cílová skupina je velmi široká. Spadají sem všechny potřebné osoby bez omezení věku, pohlaví, vzdělání či zaměstnání. Mohou to být jak děti ze základních škol, tak i ze škol středních a vysokých, stejně jako zaměstnaní i nezaměstnaní a lidé v důchodovém věku. Ambulance jsou nejen pro závislé osoby, ale také pro experimentátory, víkendové i problémové uživatele.

Člověk navštěvující ambulantní zařízení nemusí být vnitřně motivován. Spadají sem také klienti, kteří dochází např. na základě rozhodnutí soudu či tlaku rodinných příslušníků (Hampl in Kalina, 2003).

Co se týče nabízených služeb, jedná se o komplexní lékařská vyšetření, která mohou být doplněna laboratorními a dalšími vyšetřeními, farmakoterapií, sociálním a psychologickým poradenstvím, psychoterapií a vzděláváním. Některé ambulance jsou doplněny o možnost substituční léčby (Grohmannová in Radimecký, 2007).

Denní stacionáře

Denní stacionáře jsou na rozmezí ambulantní a ústavní péče. Tato zařízení jsou určena pro uživatele nelegálních návykových látek, kteří mají dobré sociální zázemí, ale nemohou nebo by neměli být doma sami, případně jim nestačí ambulantní péče, a zároveň nejsou v takovém stavu, aby byli hospitalizováni v nemocnici (Kalina, 2003). Cíle denních stacionářů jsou různé, většinou se však se zaměřují na dosažení a udržení abstinence, změny v sebepojetí, změny v sociálních vztazích člověka, zlepšení sociálního fungování a zvládání každodenností života (Grohmannová in Radimecký 2007).

Kalina (2004) uvádí, že podstatou intenzivní denní péče je strukturovaný program:

- 1) program má jasný časový rozvrh,
- 2) je stanoven soubor pravidel, který definuje podmínky léčby, žádoucí a nežádoucí chování účastníků programu, včetně případných sankcí,
- 3) program je obsahově vyvážen – realizují se skupinové terapeutické aktivity, pracovní, sportovní, kulturní, klubové apod.,

- 4) rozsah programu je minimálně 20 h, které jsou rozvrženy do pěti pracovních dní.

Detoxifikační jednotky

Karel Nešpor (2003) definuje detoxifikační jednotky jako zařízení, která jsou určena ke zvládnutí odvykacího stavu, za předpokladu, že není nutná intenzivní péče v jiném zařízení. Jedná se buď o samostatná zařízení, anebo o součást zařízení střednědobé či dlouhodobé péče. Cílovou skupinou jsou klienti, u nichž by nebylo bezpečné detoxifikaci podstupovat doma.

Samotná detoxifikace není postačující intervencí. Terapeut, který ji navrhne, by měl vědět, proč tak činí. Důvodů pro detoxifikaci je hned několik:

- 1) pacient je nebezpečný sobě nebo okolí z důvodu intoxikace nebo odvykacího stavu,
- 2) možnost klienta připravit na nějakou delší formu odvykací léčby,
- 3) je zde přítomna diferenciální diagnostika – nejasný stav, kdy se může jednat o intoxikaci, toxickou psychózu nebo jinou duševní chorobu,
- 4) např. klient po těžkém úrazu nebo s jinými tělesnými komplikacemi, kdy je nutná léčba v nemocnici, která vyžaduje zvládnutí odvykacího stavu,
- 5) detoxifikace ze zvláštních důvodů jako brzké uvěznění aj.,
- 6) klienti chtějí snížit toleranci k droze, jelikož už to finančně nezvládají,
- 7) sociální důvody – klient nemá zájem o léčbu a abstinenci, ale je v natolik tíživé sociální situaci, že podstoupení detoxifikace bere jako určitou daň za to, že bude mít např. kde bydlet.

Střednědobá ústavní léčba

Jedná se o pobytovou léčbu dlouhou od tří do šesti měsíců, jež probíhá ve zdravotnickém zařízení typu psychiatrické léčebny. Cíle střednědobé léčby vychází z apolinářského modelu a kladou důraz na trvalou a důslednou abstinenci. Klienty jsou dlouhodobí a problémoví uživatelé návykových látek, kteří mají alespoň základní vnitřní motivaci k léčbě a osoby, jimž byla léčba nařízena. Pacienti se podílí na chodu oddělení. Léčba probíhá ve skupinkách. Základem je opět strukturovaný program, který obsahuje skupinovou terapii, sociální práci, farmakoterapii, program prevence relapsu a také rehabilitační aktivity jako je pracovní terapie, sportovní aktivity aj.

Postupné cíle jsou velmi individuální, ale obsahují stabilizaci sociálních problémů, vybudování náhledu, postupné řešení drogové kariéry, přebudování motivace, zvnitřnění abstinčních norem, zvnitřnění struktury dne a týdne, identifikace rizik relapsů a nalezení vhodných strategií, některé změny v původním prostředí klienta, přiměřené zlepšení sebehodnocení či prožívání (Dvořáček in Kalina, 2003).

Terapeutické komunity

Adameček a spol. (2003) definují terapeutické komunity jako specializovaná pobytová léčebná zařízení zaměřená na kroky vedoucí k abstinenci a sociální rehabilitaci. Oproti předešlým léčebným systémům je tento typ léčby podstatně delší, neboť trvá 6 až 18 měsíců. Cílovou skupinu tvoří osoby ve středním až těžkém stupni závislosti. Často se u nich vyskytuje kriminální anamnéza nebo těžší psychosociální či somatické poškození.

Grohmannová (2007) uvádí principy, na kterých je terapeutická komunita stavěna:

- 1) základem úspěchu je motivace klienta k vlastní změně,
- 2) život v komunitě se co nejvíce přibližuje podmínkám běžného života,
- 3) učení se přijímat odpovědnost za sebe a ostatní,
- 4) vstup i odchod z komunity je zcela dobrovolný,
- 5) preferuje se skupinová terapie,
- 6) návrat z komunity do běžného života musí probíhat pozvolně,
- 7) strukturovaný život ve skupině pomáhá vytvářet svou vlastní vnitřní strukturu,
- 8) terapeutický tým je průvodcem a poradcem klienta

Doléčovací programy

Jedná se o ambulantní zařízení následné péče a prevenci relapsu užívání drogy. Doléčovací program trvá 6 až 12 měsíců. Délka abstinence musí trvat minimálně tři měsíce. Tento typ léčby je určen osobám, které absolvovaly ambulantní nebo pobytovou léčbu, ale také těm, jimž předešlá odborná pomoc nebyla poskytnuta.

Hlavními složkami jsou: psychoterapie, prevence relapsu, lékařská péče, sociální práce, pomoc při hledání zaměstnání či rekvalifikace, práce s rodinnými příslušníky

nebo nabídka volnočasových aktivit. Některé doléčovací programy nabízejí také chráněná bydlení (Grohmannová in Radimecký, 2007).

Substituční programy

Využívá se terapeutický postup, kdy je nelegální užívaná látka (která se často aplikuje rizikovým způsobem, může v sobě mít různé příměsi apod.) nahrazena látkou jinou, s výhodnějším bezpečnostním profilem. Jedná se o látku s podobnými vlastnostmi, se známou koncentrací a bez toxických příměsí, s delším účinkem, která se většinou podává perorálně, což je o dost méně rizikový způsob.

Cílovou skupinou jsou neinjekční uživatelé opiátů, kteří jsou závislí na těchto látkách déle než šest měsíců, osoby závislé na opiátech s injekčním způsobem aplikace.

1.4 Princip Harm reduction a terciární prevence

Princip „Harm reduction“ provází lidskou společnost od jejích počátků, ačkoliv byl v drogové problematice definován až v 80. letech 20. století. Už historicky se lidé snažili o minimalizaci rizikového chování v různých oblastech jejich života. Jak už z praxe víme, užívání drog je problémem, který nás doprovází od nepaměti. Proto je zřejmé, že úplná eliminace není možná a z pragmatického hlediska je mnohem účinnější pracovat s tímto tématem tak, aby negativní dopady byly co nejmenší (Hrdina, 2003).

Koalice Harm Reduction, která pomáhá destigmatizaci, ochraně práv a budování důvěry uživatelů drog, uvádí, že tento princip je komplex strategií a nápadů, které vedou k omezení rizik užívání drog. Tato koalice rovněž obhajuje své přístupy při vzniku nových reforem ve zdravotnictví. Také uvádí, že samotný princip, který zahrnuje uživatele drog, vznikl v roce 1994. (Harmreductioncoalition, 2019, [online]).

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje pojem „Harm reduction“ následovně: *„V oblasti veřejného zdraví je termín Harm reduction užíván pro snahu předcházet negativním zdravotním důsledkům souvisejícím s určitým typem chování nebo tyto důsledky minimalizovat. Cílem Harm reduction v rámci komplexních intervencí vztahujících se k injekční aplikaci drog je předcházet přenosu HIV a jiných infekcí, k němuž dochází sdílením nesterilního injekčního vybavení a přípravků*

určených k výrobě drog.“ (Úřad vlády, 2006, s. 46). Jedná se o definici, která se vztahuje k nejrizikovějšímu užívání návykových látek, což je injekční aplikace. Lze si všimnout, že všechny zmíněné definice neoperují s represí uživatelů drog, ale naopak upozorňují na minimalizaci rizik užívání těchto látek. Užívání drog jako takové je jev, který se objevuje od nepaměti a dá se předpokládat, že nevymizí ani v budoucnu. Proto je dobré pracovat s tímto jevem pragmaticky a co nejučinněji. Harm reduction je jedním z hlavních principů terénních programů a K-center. Prostřednictvím jednotlivých služeb tak pracovníci pracují s lidmi, kteří nejsou motivováni ke změně. Jedná se hlavně o výměnu injekčního materiálu a jiných zdravotnických pomůcek sloužících k bezpečnější aplikaci. S klienty pracují v oblasti minimalizace rizik užívání, ale zároveň pomocí poradenství operují s klientovou motivací a snaží se o stabilizaci jeho nepříznivé životní situace, ať už se jedná o zdravotní, nebo sociální oblast.

Princip Harm reduction souvisí s terciární prevencí, která se dle Kaliny (2008) zabývá předcházením vážného a trvalého sociálního či zdravotního poškození z následku užívání drog. Terciární prevencí se v tomto případě rozumí:

- *resocializace či sociální rehabilitace u klientů, kteří již prošli léčbou vedoucí k abstinenci nebo se zapojili do substituční léčby a abstingují od nelegálních drog,*
- *intervence u klientů, kteří aktuálně drogy užívají a nejsou rozhodnutí užívání zanechat.* (Kalina, 2008, s. 22-23)

V rámci sociální práce sem spadá také pomoc s hledáním bydlení, zaměstnání atd. Pracuje se rovněž s tématem infekčních onemocnění a celkovým zdravím klienta.

1.5 Terénní práce s uživatele drog

Pojem terénní práce neboli streetwork pod sebou skrývá veškeré aktivity, které probíhají mimo kancelář a představují specifický typ kontaktu. Jedná se o „*aktivní vyhledávací, doprovodnou a mobilní sociální práci, jež zahrnuje nízkoprahovou nabídku sociální pomoci, určenou nositelům sociálně-patologického chování a osobám žijícím rizikovým způsobem, u nichž je předpoklad, že sociální pomoc potřebují a sami ji nevyhledají*“ (Bednářová a Pelech, 2003, s. 7). Specifikem terénní práce nejen

s uživateli drog je aktivní vyhledávání cílové skupiny, která uniká péči institucionalizované. Nepředpokládá, že si jedinec pomoc sám vyhledá, ale naopak sami pracovníci pronikají do přirozeného prostředí cílové skupiny, kde v konkrétní komunitě předávají informace a služby. U drogových terénních programů je výhodou, že tak mohou intervenovat v počátku drogové kariéry, dříve než dojde k nebezpečnějším způsobům užívání drog. Rhodes (1999) vymezuje dva hlavní důvody pro terénní práci:

- cílová skupina nejde účinně oslovit existujícími způsoby intervence, nestačí ani institucionalizovaná péče,
- metody, které existují, neposkytují takové služby, které cílová skupina potřebuje.

Uživatelé návykových látek, kteří nejsou v jiných službách, jsou pravděpodobně náchylnější k rizikovému chování. Terénní programy poskytují takové služby, jež tato rizika minimalizují. Jejich hlavním cílem je navázání nových kontaktů a poskytování služeb lidem, kteří je nejvíce potřebují v přiměřeném rozsahu.

Jak už bylo řečeno, jedná se o práci v přirozením prostředí cílové skupiny, důležitou součástí je tzv. depistáž, která slouží k vyhledávání a kontaktování těžko dosažitelných uživatelů drog. K dosažení tohoto cíle napomáhá průběžný sběr informací o dané drogové scéně. Jedná se o informace, které se týkají:

- výskytu a struktury drogové scény,
- nabídky a poptávky,
- výskytu skryté populace, kdy je zjišťován převážně věk, etnicita či užívaná látka.

Depistáž, která je nezbytná pro práci ve vybrané lokalitě, je důležitou činností každého terénního drogového programu. Můžeme ji rozdělit na aktivní a pasivní. Aktivní depistáž probíhá formou přímého kontaktu, dochází k asertivnímu kontaktování a oslovování uživatele. Pod pasivní depistáž spadají aktivity, které nepřímo oslovují potenciální uživatele drog. Depistáž zahrnuje několik postupů:

1. **Mapování (geografické a sociální)** – jedná se o mapování terénu, jež se zaměřuje na charakter vybraných lokalit, členění města, fluktuaci lidí, Pracovník také získává informace od místních sociálních služeb, odboru města, hospod, lékáren apod. Díky těmto informacím získává služba ucelenější přehled o charakteru města. Přínosným zdrojem může být i stávající klient, který v této lokalitě žije a zná ji, a zároveň se pohybuje v místní drogové scéně.
2. **Monitoring** neboli nezúčastněné pozorování – díky informacím, které jsou získány z mapování města, slouží monitoring k bližšímu poznání určitého místa. Jedná se o opakovanou činnost, která pozoruje výskyt cílových skupin, jež sdílí veřejný prostor.
3. **Oslovování** – slouží nejen k získání nových klientů, ale také informací, které se týkají drogové scény ve městě. Ochota hovořit o tématu drog a užívání poukazuje na celkovou atmosféru v komunitě. Oslovování slouží k předání informací o službě, ale také informací, které se užívání týkají. V ideálním případě k navázání potenciálních klientů do služby. (Metodika)

Po navázání kontaktu se zájemcem o službu pracovník buduje s klientem potřebnou důvěru, která vzájemný kontakt prohlubuje. Klient se tak pracovníkovi více otevírá a je s ním ochoten řešit osobnější témata. Postupně dochází také k edukaci klienta v oblasti bezpečnějšího užívání drog a bezpečného sexu. Tyto informace se díky klientovi mohou dostat k dalším uživatelům, s nimiž nejsou pracovníci v kontaktu. V každém případě je dodržen princip anonymity, bezplatnosti a nízkoprahovosti. (Staniček, Hrdina in Klíma, 2009; Matoušek, 2013, Metodika Laxus, 2019)

2 Neinjekční užívání návykových látek

První kapitola nás uvedla do problematiky užívání návykových látek a představila sociální práci s uživateli drog obecně. Druhá kapitola se už blíže věnuje samotnému neinjekčnímu užívání. Budou zde představeny jednotlivé zneužívané látky, více se zaměříme na samotnou skupinu neinjekčních uživatelů a také zde budou popsány specifika, rizika a možné dopady, které se týkají právě neinjekčního užití.

2.1 Jednotlivé látky, jejich způsoby užití a rizika

V první kapitole jsme si představili jednotlivé skupiny návykových látek a jejich účinky, nyní se blíže zaměříme na konkrétní látky, které jsou neinjekčními uživateli nejčastěji zneužívány a jejich rizika.

Konopné drogy

Na drogové scéně se konopné drogy v podobě marihuany a hašiše vyskytují velmi dlouho. Zkušenost s touto látkou má mnoho dospívajících a mladých dospělých. Historicky se jednalo spíše o malá společenství, která se dělila o své výpěstky, situace se ovšem výrazně změnila. Více se obchoduje jak s marihuanou, tak s hašišem a dostupnost této drogy je v podstatě všudypřítomná. První zkušenosti s touto látkou probíhají ve velmi nízkém věku. Celospolečensky diskutovanou otázkou je, zda je právě marihuana vstupní branou pro užívání dalších látek. Z proběhlých výzkumů a studií se jeví, že tomu tak není a první iniciační drogou je jednoznačně alkohol. Velká část populace si myslí, že užívání konopných látek se jeví jako bezpečné. Určitá rizika, zejména z dlouhodobého hlediska užívání, se však vyskytují. Postupně dochází k typickým poruchám paměti a také ztrátě motivace k běžným aktivitám. Kouření marihuany vede rovněž k somatickým poškozením organismu, podobně jako u kouření, škodlivin je však mnohonásobně více. Rizika se násobí s kombinací více látek.

Extáze – MDMA

Oproti jiným látkám má extáze (MDMA) poměrně krátkou historii. Dříve byla patentována jako lék na hubnutí. V průběhu devadesátých let se masivně rozšířila na drogové scéně po celé Evropě, kde se také dodnes nejvíce vyskytuje. Užívání extáze je typické pro prostředí noční zábavy, a to obzvlášť pro určité hudební akce (psytrance,

techno, tekno apod.). Uživatelé extáze díky ní dokážou hodiny tančit, přičemž dochází k masivnímu vyčerpání organismu. Aktuálně se na trhu vyskytuje extáze s malým podílem MDMA. Objevuje se velké množství druhů, jež mohou obsahovat podíl různých látek jako pervitin, efedrin, ale i velmi nebezpečný parametoxamfetamin. Člověk si tak nikdy nemůže být jistý, co si přesně kupuje, jaké množství účinných látek se v tabletě nachází a jak na něj bude působit. Mimořádně nebezpečná může být kombinace s jinými drogami. Dochází k poruchám termoregulace a chybí pocit žízně. Při spojení s tancem je hlavním rizikem dehydratace, která může být důsledkem poškození vnitřních orgánů.

Ostatní stimulační látky

Mezi ostatní stimulační látky se řadí kokain a pervitin. Pervitin je tradiční česká droga, která má za sebou poměrně dlouhou historii. Dříve byl využíván jako lék proti únavě, obezitě a uplatnění nacházel rovněž armádními jednotkami pro zvýšení výkonu. Aktuálně se považuje za nejvýznamnější nelegální drogu v ČR. Oproti pervitinu je kokain spíše okrajovou drogou. Dříve ji využívaly převážně movitější skupiny lidí, a to díky vysoké ceně. Dnes už se ale objevuje i ve střední třídě a stává se součástí užívání v prostředí noční zábavy. Při předávkování stimulancii dochází k selhání srdce, jež může vést až k úmrtí. Pravidelné, ale i jednorázové užití vysokého množství může vyvolat toxickou psychózu, která se projevuje různými způsoby. Může se objevit podezřívavost, vztahovačnost a uživatel může být při úniku před domnělým nebezpečím nebezpečný sobě i okolí.

Halucinogeny – LSD, houbičky

Tyto látky se rovněž hojně vyskytují v prostředí noční zábavy, stejně jako extáze. Jejich užívání vede spíše ke zpestření stavu, málokdy je primární drogou uživatele. Častým jevem u těchto látek bývá bad trip – jedná se o velmi negativní zážitek, kdy se příjemný pocit může proměnit až v paranoidní úzkost. Bad Tripu napomáhá špatný set a setting jedince, může vzniknout z různých důvodů. Např.: špatná nálada, snaha bránit se účinkům látky, požití většího množství aj. Bad trip patří mezi specifická rizika. Stav, který intoxikovaný zažije, se může vracet v podobě tzv. flashbacků. Někdy se vrací krátkodobé záblesky, ale vyskytovat se mohou i déle trvající ataky. Lidé trpící psychickými problémy by se těmto látkám měli vyhnout. Hrozí zde

riziko opakujících se nepříjemných stavů, jež se mohou po opakovaném užití pravidelně objevovat. Stejně jako u ostatních látek se v kombinaci s jinými substancemi tato rizika násobí. (Kalina, 2003; Sananim a kol., 2007)

Způsoby užití neinjekční formou

Návykové látky se dají užít různým způsobem, záleží také na formě látky. Od způsobu, jakým se droga dostane do těla, se odvíjí také rychlost nástupu účinku. Nejrizikovější způsob je injekční aplikace, která s sebou také nese nejvíce zdravotních rizik v podobě přenosu infekčních onemocnění či předávkování. My se však v souvislosti s tématem naší práce zaměříme pouze na neinjekční užívání.

Dle Kaliny (2003) v tomto ohledu rozlišujeme kouření, šňupání, orální a anální aplikaci.

- **Kouření** – jedná se o jeden z nejčastějších způsobů aplikace. Přijímaná droga se dostává z plic rovnou do krevního oběhu. Jedná se o aplikaci s nejrychlejším nástupem účinku. Tímto způsob se užívá THC, opiáty, ale i pervitin či kokain. Mezi negativní dopady této aplikace patří rakovina, chronické problémy s dýchacími cestami, případně vysoký tlak a mrtvice.
- **Šňupání** (sniff) – jde o aplikaci nosem. Aktivní látky se z větší části dostávají přes nosní membránu do krevního oběhu, zbytek projde přes trávicí trakt a rozloží se v žaludku. K tomuto způsobu užití se často používají bankovky nebo jiná šňupátka. Spadají sem drogy jako pervitin, kokain, heroin, ale často se setkáváme i se šňupáním rozdrčeného MDMA a extáze. Typickým zdravotním rizikem při této aplikaci je rozpad nosní přepážky, existuje nicméně také riziko přenosu infekčních onemocnění v důsledku sdílení pomůcky ke šňupání.
- **Orální aplikace** – tento způsob aplikace patří mezi nejbezpečnější, jelikož trvá, než látka projde trávicím traktem a vstřebá se. Droga se požívá syrová nebo pomocí želatinové kapsle, která je šetrnější k žaludku, jelikož se uvolňuje postupně a pro trávicí trakt neznámá takový nápor. Nejběžnějšími takto aplikovanými látkami jsou LSD, houbičky, extáze, MDMA, ale také pervitin, ketamin a opiáty. Rizikem bývá možnost předávkování. Jelikož je nástup účinku

výrazně pomalejší než u ostatních aplikací, uživatel má pocit, že mu látka nic nedělá a má proto tendence se tzv. „dokrmit“. Může tak pozřít velké množství účinné látky, jež způsobí zdravotní komplikace.

- **Anální aplikace** – látky se dají užít pomocí čípků nebo kapslí, které se umístí do řitního otvoru. Nástup drogy bývá rychlý, protože je tato oblast dobře prokrvená a účinná složka se rychle dostane do krevního řečiště. Rizikem je poranění rekta, jelikož se jedná o velmi citlivou oblast, která se může se lehce poškodit. Zároveň existuje nebezpečí poškození střev.

2.2 Cílová skupina

Cílovou skupinu tvoří převážně experimentátoři, příležitostní a pravidelní uživatelé návykových látek. Toto vymezení není zcela přesné, jelikož i člověk, který denně užívá pervitin, může občasně experimentovat s jinou látkou. Tyto skupiny jsou více popsány v první kapitole. Ve spojitosti s neinjekčním užíváním je také používán pojem „rekreační uživatel“. Dle mezioborového glosáře pojmů z oblasti drog a drogových závislostí se jedná o nepříliš odborný výraz. Jde o užívání návykových látek na různých společenských a rekreačních akcích za předpokladu, že nedochází ke vzniku závislosti a jiných problémů (Kalina et al., 2001, s. 91).

Experimentování s návykovými látkami, ať už legálními či nelegálními, začíná probíhat ve velmi mladém věku. Adiktolog Aleš Kuda v rozhovoru pro CNS Prima News (2020) uvádí, že do prvního kontaktu s návykovou látkou se děti dostávají už v 10 až 12 letech. Ze začátku se jedná o legální látky typu alkohol a cigarety. Jelikož experimentování probíhá už v období adolescence, rozhodla jsem se na něj zaměřit z pohledu vývojové psychologie. Tuto kapitolu jsem zpracovala v rámci výzkumu Mapování potřeb mládeže v Mnichově Hradišti.

2.2.1 Adolescence z pohledu vývojové psychologie

Adolescence je dlouhé období lidského života mezi dětstvím a dospělostí. Jedná se jak o dospívání, tak o mládí. Odlišuje se od ostatních životních etap. Za začátek adolescence považujeme první příznaky pohlavního zrání. Co se týče horní hranice, zde už nehrají roli biologické faktory, ale faktory sociální, psychologické a pedagogické.

Adolescence se dělí celkem do třech fází:

- 1) časná adolescence: cca 10(11) – 13 let
- 2) střední adolescence: cca 14 – 16 let
- 3) pozdní adolescence: cca 17 – 20 let

Jedná se o velmi náročnou etapu lidského života, v níž dochází k dotváření vlastní identity a sebepojetí, adolescent hledá odpovědi na otázky: kdo jsem, kam vlastně patřím, kam směřuji apod. Toto období s sebou nese řadu vývojových úkolů, jako je přijetí vlastního těla, fyzických změn, společně s pohlavní zralostí a pohlavní rolí. Dochází také k sexuálnímu experimentování, získávání prvních erotických zkušeností, probíhá příprava na partnerský vztah a budoucí rodinný život.

Jedním z cílů je dosažení vlastní autonomie, kdy adolescent získává kompetence pro sociálně zodpovědné chování v rámci společnosti. Zároveň si utváří hierarchii vlastních hodnot, získává představu o své budoucnosti (priority, cíle, způsob života, volba povolání apod.)

Mění se vztah k rodičům a ostatním autoritám. V adolescenci je pro člověka důležitá hlavně vrstevnická skupina, protože právě vztahy s věkově blízkými lidmi jsou pro jedince klíčové i přesto, že rodina a blízcí zůstávají trvale důležití. Vrstevnické vztahy pomáhají k zodpovězení otázky: kdo jsem? Důležitá je hlavně fyzická přítomnost druhých.

Adolescenti si vzájemně poskytují názory, pocity a vzorce chování. Jedinec si může vyzkoušet různé pozice, které se střídají. Velmi důležité je ocenění vrstevníků, což posiluje pocit vlastní významnosti. Jedinec má rovněž pravidelnou potřebu být viděn a slyšen (Vágnerová 2005, Vágnerová 2012, Vašutová 2007).

Ve vrstevnické skupině vznikají také první společné experimenty s užíváním alkoholu a nelegálních drog. Vašutová (2007) popisuje dva faktory vedoucí k užívání návykových nelegálních látek:

- Sociální faktory – zahrnují vliv rodičů, sourozenců a kamarádů, kteří užívají návykové látky a také vliv neuspokojivého rodinného zázemí.

- Psychologické faktory – spadá sem malá sebedůvěra, nízké sebeocení a zároveň potřeba již zmíněného ocenění ze strany vrstevníků.

Vašutová zároveň zmiňuje několik úrovní užívání. Počáteční vystavení účinkům drog probíhá právě pod vlivem vrstevnické skupiny, poté dochází k poznání příjemného stavu a ke změnám nálad, což také probíhá ve společnosti vrstevníků. Od občasné konzumace se dále jedinci posouvají k pravidelnému užívání za touhou změny nálady. Tato stadia se mohou přesunout do pravidelného užívání až závislosti, kdy dojde k proměně skupinového užívání k individuálnímu.

2.3 Neinjekční užívání návykových nelegálních látek v prostředí noční zábavy

Užívání návykových látek v prostředí nočního života a hudební scény není jev, který by byl spojen pouze se současnou dobou. Historicky se nicméně měnilo zastoupení konkrétních látek. Např. v 70. letech bylo nejvíce zastoupené LSD a kanabinoidy. V současné době se do popředí dostávají tzv. entaktogeny – jedná se o skupinu látek, které ulehčují komunikaci a podporují vyjadřování emocí a empatii. Mezi typické zástupce se řadí MDMA (extáze). Novodobým trendem se jeví kombinace různých látek. Místo toho, aby se uživatelé zaměřovali na stav po jedné látce, vyhledávají nové zážitky, jež kombinace drog způsobuje. Jednotlivé typy akcí přináší také odlišné užívání drog: „... *(taneční, rockové a multižánrové; klubové nebo open air; legální vs. nelegální; důležité je i hledisko návštěvnosti a délky trvání akce)*, nicméně hlavní charakteristiky prostředí a s nimi spojená rizika jsou všude obdobná: vysoká hustota návštěvníků, vysoká míra užívání návykových látek, vyčerpání způsobené dlouhotrvajícím tancem, vyšší výskyt rizikového chování, také v důsledku akutní intoxikace.“ (Zaostřeno na drogy, 2011, [online])

Rizika v prostředí noční zábavy

Mnoho výzkumů se věnuje specifickým rizikům v prostředí noční zábavy. Calafat (2001) přisuzuje negativní účinky látek spíše prostředí, ve kterém jsou užívány, než tomu, že by plynuly pouze z účinků samotných substancí. Bellis et al. (2002) navrhl souhrn těchto nebezpečí, z kterých vyvozuje preventivní a Harm

reduction intervence. V následující části budou vybrána nejčastější rizika ve vztahu k užívání a popsány možné intervence.

Akutní zdravotní problémy (bad tripy, předávkování, nechtěné reakce) – tato rizika jsou spojená s vysokou mírou užívání, ztrátou zábran, kombinací různých látek s neznámým složením či zhoršeným rozpoznáváním vlivem akutní intoxikace.

Intervence: informace o bezpečnějším užívání, nových drogách, účincích látek, dostupné krizové intervence, první pomoc, chillout zóny.

Dehydratace a hypertermie – MDMA a další látky výrazně ovlivňují termoregulaci a k dehydrataci také přispívá tanec.

Intervence: přístup k chladné vodě zdarma, zabránit přeplnění prostoru, dobré odvětrání a regulace teploty, možnost opustit prostor akce a znovu se vrátit, informace o účincích látek.

Pohlavně přenosné choroby, nechtěná těhotenství – díky alkoholu a jiným látkám dochází k odstranění zábran, člověk lehce nedodrží zábrany bezpečného sexu.

Intervence: informace o bezpečném sexu, infekčních pohlavních onemocnění, dostupnost prezervativů.

Úrazy (pořezání, popáleniny, pády) – úrazy mohou vzniknout z důvodu dezorientace toxikovaného, anestetického účinku látek, nedostatku strachu, zvýšené sebedůvěry, ztrátě zábran, zvýšené ochoty riskovat atd.

Intervence: plastové kelímky, dobře osvětlená schodiště, zamezení přístupu do potenciálně nebezpečných prostor, první pomoc na místě.

Mezi další rizika se může řadit poškození sluchu, řízení vozidla pod vlivem aj.

Výzkumná část

3 Metodologie

Cílem výzkumného šetření je zmapovat informovanost uživatelů o rizicích užívání těchto látek a zároveň zjistit, jakým způsobem by s těmito lidmi mohly terénní programy intervenovat. Potřebná data pro tuto část diplomové práce byla získána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, který je řazen mezi kvalitativní designy výzkumu. Hlavními principy tohoto výzkumu je jedinečnost a neopakovatelnost, kdy výzkumník získává velké množství informací od malého počtu participantů. Tyto informace pochází od malé skupiny lidí a nedají se tak zobecnit na celkovou populaci.

Polostrukturovaný rozhovor má daný soubor témat a k tomu přidružené otázky, ale nedrží se pevné struktury. Pořadí a znění otázek je voleno na základě atmosféry celého rozhovoru a reakcí participanta. Díky tomu je atmosféra rozhovoru přátelštější a otevřenější. Na základě kladení otázek získává výzkumník potřebná data a informace, jež poté zpracovává. Jako proces analýzy dat bylo zvoleno kódování. Aby na základě nasbíraných empirických dat, kdy se jedná většinou o souvislý text, mohla vzniknout nějaká obecná teorie, musí výzkumník daný text podrobit analýze kódování. Dále probíhá systematická analýza a následná interpretace. (Jandourek, 2007; Hendl, 2005; Reichel, 2009; Gavora, 2000; Švaříček, 2014).

Pro účely této práce byly rozhovory uskutečněny s 10 participanty výzkumu, z čehož byli čtyři muži a šest žen. Data jsem sbírala od poloviny května do poloviny června. Pro realizaci rozhovoru jsem volila osobní setkání, ale i využití moderních technologií. Devět rozhovorů se uskutečnilo osobně, a to většinou v přirozeném prostředí participantů, které si sami vybrali. Jelikož se jedná o téma, o kterém se obecně hůře mluví, volena byla taková prostředí, v nichž se pohybuje malé množství lidí a na rozhovor je patřičný klid. Většinou šlo o parky, automobily apod. Jeden z rozhovorů byl uskutečněn pomocí telefonátu přes sociální síť Facebook.

Všechny rozhovory trvaly v rozmezí 40 až 60 minut. Na začátku byl vysvětlen jejich účel a seznámení participanta s tématem. Dále proběhlo informování o tom, že se rozhovor bude nahrávat na mobilní zařízení a po jeho přepsání smazán. Všechny

participanty jsem zároveň ujistila, že dotazování je zcela anonymní a potřebné identifikační údaje jsou pouze pohlaví a věk. Během rozhovoru jsem si vedla potřebné poznámky a zároveň se doptávala. Účast byla samozřejmě dobrovolná.

3.1 Cíl výzkumného šetření a výzkumná otázka

V předešlých kapitolách byla popsána specifika neinjekčního užívání návykových látek a jeho rizika. Hlavním cílem výzkumné části je zmapovat informovanost uživatelů o rizicích užívání těchto látek a zároveň zjistit, jakým způsobem by s těmito lidmi mohly terénní programy intervenovat. Výzkumná část mapuje, jaké konkrétní látky tito lidé užívají, kdy jejich užívání započalo a jaké zkušenosti mají. Dále zjišťuje, jaká rizika oni sami subjektivně vnímají. Na základě informací získaných od participantů výzkumu jsou navrženy oblasti, v kterých by se mohly realizovat právě terénní drogové programy.

Hlavní výzkumnou otázku, dílčí a tazatelské otázky znázorňuje tabulka č. 1.

Tabulka č. 1: Transformační tabulka

| Hlavní výzkumná otázka | Dílčí výzkumné otázky | Tazatelské otázky |
|--|---|---|
| Jaká rizika vnímají uživatelé neinjekčních drog při jejich užívání a jakým způsobem by s nimi terénní drogový programy mohly intervenovat? | DVO I. Jaké látky neinjekční uživatelé drog užívají? | TO1. Co všechno jsi zkusil? |
| | | TO2. Kolik Ti bylo let při prvním užití? |
| | | TO3. Při jaké příležitosti to bylo? |
| | | TO4. Kde jsi to sehnal a jak? |
| | | TO5. |

| | | |
|--|---|--|
| | | Jaké vlastnosti látka měla (chuť, vzhled atd.)? |
| | | TO6. Jaké informace si zjišťuješ před prvním užitím látky? |
| | | TO7. Kde/od koho je zjišťuješ? |
| | DVO II. Jaké zkušenosti s těmito látkami mají? | TO8. Jak ses cítil po užití dané látky? |
| | | TO9. Jaké změny jsi na sobě vnímal po doznění dané látky? |
| | | TO10. Jaká je tvá nejhorší zkušenost? |
| | | TO11. Jaká je tvá nejlepší zkušenost? |
| | DVO III. Jaké formy rizikového chování se objevují z pohledu zdravotních komplikací? | TO12. Jaké největší množství konkrétní látky sis dal a kolik to bylo? |
| | | TO13. Jaká zdravotní rizika při neinjekčním užívání vnímáš? |

| | | |
|--|--|---|
| | | TO14. Jaké dopady může mít užívání na psychický stav? |
| | | TO15. Jaký byl tvůj psychický stav před užíváním drog a jaký je nyní? |
| | DVO IV. Jaké formy rizikového chování se objevují ze sociálně-právního pohledu? | TO16. Jaké problémy ti užívání drog způsobilo? |
| | | TO17. Jaké problémy ti užívání drog způsobilo při kontaktu s autoritami (škola, policie, zaměstnavatel atp.) |
| | | TO18. Jaký vliv má užívání drog na tvé mezilidské vztahy? |
| | Doplňující závěrečná otázka | TO19. Znáš nějaké sociální služby, na které by ses mohl/a v případě zájmu obrátit? |

3.2 Participanti výzkumného šetření

Výběr participantů byl záměrný. První podmínka byla, že se musí jednat o obyvatele Hradce Králové a druhá, že aktivně užívají návykové látky minimálně jednou za měsíc. Pět participantů bylo osloveno v rámci terénního „výšlapu“ v Hradci Králové, dalších pět bylo získáno pomocí metody snowball (sociologická encyklopedie). Dle sociologického slovníku se jedná o výběr jedinců ze skupiny,

kteřá je málo početná nebo se jedná o jedince ze špatně dostupných skupin. Principem metody je kontaktování osob ze skupiny, které pak poskytnou tipy na další jedince ze skupiny, jež jsou následně kontaktováni. Počet respondentů odpovídá metodě nasycení, tudíž došlo k ukončení sběru dat v momentě opakování přijímaných informací, které neposkytly nové údaje, avšak prohloubily porozumění zkoumaného jevu (Kvalitativní výzkum v pedagogice, 2005, [online]).

Jak už bylo uvedeno výše, výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 10 participantů z konkrétního města, výsledek se tak nedá generalizovat na celou populaci neinjekčních uživatelů. Pro bližší přiblížení participantů byly v úvodu rozhovoru položeny otázky, které se zaměřily na věk, četnost užívání návykových látek, místo bydliště, jestli dotazovaný pracuje, studuje aj. Tyto údaje jsou uvedeny v tabulce č. 2. Každý participant je anonymně označen pod kódem P a doplněný pořadovým číslem pro lepší přehlednost.

Tabulka č. 2: Informace o participantech výzkumného šetření

| Participant | Pohlaví | Věk | Studium/Práce | První užití drogy | Aktuální četnost užívání |
|--------------------|----------------|------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------|
| P1 | Muž | 20 | Studium | 18 let | Několikrát týdně |
| P2 | Muž | 27 | Práce | 15 let | Několikrát týdně |
| P3 | Muž | 28 | Práce | 14 let | Denně |
| P4 | Muž | 27 | Práce | 16 let | Několikrát měsíčně |
| P5 | Žena | 18 | Studium | 13 let | Několikrát týdně |
| P6 | Žena | 19 | Studium | 14 let | Několikrát týdně |
| P7 | Žena | 29 | Práce | 14 let | Několikrát |

| | | | | | |
|-----|------|----|---------|--------|------------------|
| | | | | | týdně |
| P8 | Žena | 18 | Studium | 14 let | Několikrát týdně |
| P9 | Žena | 17 | Studium | 15 let | Několikrát týdně |
| P10 | Žena | 31 | Práce | 13 let | Jednou za měsíc |

3.3 Výsledky výzkumného šetření

Následující kapitola a její podkapitoly vyhodnocují výsledky jednotlivých dílčích dotazů. Na základě tazatelských otázek, které byly kladeny participantům, jsou vyhotoveny závěry jejich odpovědí. Kategorie v tabulce pojmenovávají tazatelské otázky, podkategorie zastupují odpovědi participantů. Pod každou tabulkou jsou vytvořeny interpretace jednotlivých dat, jejich shrnutí a také konkrétní autentické odpovědi. Jelikož se jedná o kvalitativní výzkum, tabulka v této podobě slouží pouze jako nástroj pro lepší přehlednost a orientaci.

3.3.1 Dílčí výzkumná otázka č. I

Jaké látky neinjekční uživatelé drog užívají? Pomocí sedmi tazatelských otázek T1 až T7 byly získány informace, které odpovídají na dílčí otázku č. 1. Kategorie tohoto dotazu mapují, jaké látky participanté vyzkoušeli, kolik jim bylo let při prvním užití, při jaké příležitosti se rozhodli konkrétní látku užít a kde si ji sehnali. Zároveň jsou zaměřeny na informovanost participantů, co se týče vybraných drog před jejím užitím.

Tabulka č. 3: Dílčí výzkumná otázka I.

| Kategorie | Podkategorie | Participanté |
|-------------|---------------|--------------|
| Užité drogy | Konopné látky | P1 – P10 |
| | Stimulanty | P1 – P10 |

| | | |
|-----------------------------------|----------------------|---------------------------------|
| | | |
| | Halucinogeny | P1 – P10 |
| | Anestetika (ketamin) | P2, P4, P5, P6, P8 |
| Věk prvního užití konopných látek | Do 15 let | P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9, P10 |
| | Do 18 let | P1, P4 |
| | Nad 18 let | |
| Věk prvního užití stimulantů | Do 15 let | P5, |
| | Do 18 let | P1, P6, P8, P9 |
| | Nad 18 let | P2, P3, P4, P7, P10 |
| Věk prvního užití halucinogenů | Do 15 let | |
| | Do 18 let | P5, P6, P8, P9, P10 |
| | Nad 18 let | P1, P2, P3, P4, P7 |
| Věk prvního užití ketaminu | Do 15 let | |
| | Do 18 let | P5, P8 |
| | Nad 18 let | P2, P4, P6, |
| | Nikdy | P1, P3, P7, P9, P10 |
| Příležitost prvního užití drog | Párty | P1 – P10 |
| | S kámoši | P2-P10 |
| | Domov | P1, P3 |
| | Jiné akce | P1 – P10 |
| Způsob sehnání drog | Kamarád | P2, P3, P5, P6, P7, P8, P9, |

| | | |
|------------------------------|------------------|---------------------------------|
| | | P10 |
| | Spolužák | P1, P4 |
| | Koupě | P1, P5, P7, P9 |
| | Jiný způsob | P3, P8, P10 |
| Informace před prvním užitím | Účinek | P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10 |
| | Délka stavu | P3 |
| | Rizika | P1, P4, P6, P8, P9, P10 |
| | Kombinace | P4 |
| | Zdroj drogy | P3 |
| | Kamarádi | P2, P3, P5, P6, P7 |
| | Bezpečné užití | P1, P8 |
| | Knihy | P7, P9, P10 |
| | Internet | P3, P4, P5, P6, P9 |
| | Mobilní aplikace | P1 |

- Užité drogy

Všech 10 participantů za svůj život vyzkoušelo konopné látky, drogy ze skupiny stimulantů, když každý z nich užil minimálně jednou MDMA a extázi, většina také pervitin a speed, dále se objevoval kokain. Plné pokrytí mají také halucinogeny, konkrétně LSD a houbičky. Půlka participantů má zkušenost také s ketaminem, který se řadí mezi anestetika.

- Věk prvního užití konopných látek

U osmi participantů proběhla první zkušenost do 15 let, P1 vyzkoušel marihuanu v 18 letech a P4 v 16 letech.

- Věk prvního užití stimulantů

Oproti konopným látkám se věk první zkušenosti zvedá. Do 15 let vyzkoušel extázi P5, který říká: „První byla tráva, to mě bylo 13. Pak jsem zkusila kouli, to mě bylo 15. Pervitin tak v 15. Emko asi v 16, moc si to už nepamatuji.“ Participanti P1, P6, P8 a P9 uvádějí věk do 18 let. Největší skupinu tvoří věk nad 18 let. Jedná se o participanty P2, P3, P4, P7 a P10. P10 jmenuje postupně užívané látky v časové posloupnosti. „Trávu v 13, haš v 16. Pak jsem měla trochu pikový obdobičko, v 19 nebo 20, myslím. Houby v 16 a tripiky ve 22. A pak speedy gonzáles kolem 19. Koks v 25 a emko taky kolem 25.“

- Věk prvního užití halucinogenů

Polovina participantů P5, P6, P8, P9 a P10 užila halucinogeny do 18 let, všem už bylo nad hranici 15 let. Všichni dotazovaní mají zkušenosti s LSD a houbičkami. Participanti P1, P2, P3, P4 a P7 mají první zkušenosti až po osmnáctém roku života.

- Věk prvního užití ketaminu

Další látkou, kterou participanti zmínili ve svých zkušenostech, je ketamin, který se řadí mezi anestetika. P5 a P8 vyzkoušeli tuto látku do 18 let, P2, P4 a P6 po osmnáctém roce. U všech zmíněných se jednalo o poslední vyzkoušenou drogu v jejich „repertoáru“. P5 vzpomíná na svou první zkušenost velmi pozitivně: „Ten ketamin jsem měla společně s tripem, takže to byl můj asi největší drogový zážitek. Čas mě utíkal hrozně pomalu. To jsem byla na akci na teknu a připadala jsem si, že jsem před tou bednou třeba 10 hodin a zjistila jsem, že jsem tam třeba hodinu a dost se mně měnily obličeje lidí a zvětšovaly se jim části těl.“

P2 popisuje svou zkušenost s ketaminem. I přes znalost rizikovosti kombinace uvádí, že ten večer zkombinoval hned několik látek.

- Příležitost prvního užití drog

Většina participantů prožila svou úplně první zkušenost s kamarády. Jednalo se o zkušenost spojenou s prvním užitím marihuany, ale i jiných látek. P5 uvádí: „Poprvý, když jsem měla trávu, tak jsem poznala novou partu a chodila s nima ven. Bylo to okolo mejch narozenin. Nejdřív jsem s nima jen kouřila a pak přinesli trávu, že je to hrozná sranda. A tak jsem to zkusila. Pak to začli nosit častěji.“ P5 také popisuje, že kamarádi byli iniciátoři k užití extáze. „Hodně jsem koule odsuzovala, ale

kamarádi říkali, ať to neodsuzuju, že jsem to nezkusila a že je to hrozně super a přinesli mi to zadarmo, tak jsem si řekla, proč ne.“ Všichni z dotazovaných uvedli, že zkušenost s prvním užitím nějaké konkrétní látky prožili na party. Většinou se jednalo o hudební akce. P10 uvádí: „Často jsme si dávali s kámoši, jinak většinou nějaká pártoška nebo akce.“ Všichni z participantů uvádějí také jiný typ akce než klasickou párty. „Emko jsem si dal na rozlučce ségry se svobodou v Praze,“ uvádí P1. Participant P1 a P3 uvádí, že také poprvé vyzkoušeli konkrétní drogu doma. Jednalo se o LSD.

- Způsob sehnání drog

Z rozhovorů vyšly celkem čtyři způsoby, kterými si participanté sehnali drogu při prvním užití. P2 až P10 uvedli, že při prvním užití sehnali návykovou látku přes své kamarády, kteří ji většinou donesli a dotyčnému zdarma nabídli. P5 např. říká: „Vždycky s tím přišli kamarádi, který už s tím měli zkušenosti a zeptali se mě, jestli s nimi půjdu ven a dám si to s nimi.“ P1 a P4 se k tomu dostali díky spolužákovi. „Extázi a emko jsem sehnal od bývalýho spolužáka, protože to prodával.“ Čtyři participanté mají přímou zkušenost s koupí. „Po zkušenostech s perníkem jsem objevila obchod s názvem Smart shop v Hradci králové. Název si už přesně nepamatuji, už dávno nefungují, ale prodávali tam látky Cocolino, Coco jumbo, Speedy Gonzales jako sběrnou sůl.“ P4 zase uvádí: „Ze začátku jsem sháněl na akcích stylem – postav se do rohu a počkej, až tě někdo osloví.“

- Informace před prvním užitím

Tato tazatelská otázka měla za úkol zmapovat, jaké informace si participanté shání o látkách, které chtějí zkusit a co je jejich případným zdrojem. Z odpovědí vyplývá, že se zajímají hlavně o účinek dané látky, délku trvání změněného stavu vědomí a zároveň skutečnost, jestli mohou jednotlivé substance kombinovat. Vyhledávají také rizika, která jim případně hrozí. P3 se snaží zjistit i zdroj drogy, ale uznává, že to je obtížné. Informace zjišťují od zkušenějších kamarádů, kteří jim o tom řeknou vše potřebné a popíší svou zkušenost. Vyhledávají si rovněž informace předem na internetu. Jako zdroj vybírají také knihy. „Načetla jsem si o tom fakt dost informací, měla jsem i knížky o drogách uvedla P9 a zároveň dodává, že se nejvíce zajímá o informace, které se týkají účinků a jednotlivých rizik. Podobně reagují i ostatní. P2 zmiňuje zvýšenou opatrnost v množství, když něco užívá poprvé. „S každou látkou, když začínám, tak si

dám hrozně maličko. Jsem hrozně vopatrnej. Vždycky ty informace mám přes kamarády a těmhle kamarádům věřím v tomhle směru“. Díky P1 jsme se dozvěděli, že moderní technologie jdou kupředu a existuje mobilní aplikace, která funguje zhruba jako drogová encyklopedie. Obsahuje praktické informace a zmírňuje možná rizika. *„Z internetu nebo mám v mobilu appku na to. Ona je teda v angličtině, ale mě to nevadí. Já si tam můžu najít, když se něco děje. Zadá se tam třeba MDMA nebo LSD a pak mi to ukáže, s čím se to může míchat, na co si dát pozor, jak dlouho trvá stav a jak se chovat v případě komplikací.“*

Shrnutí DVO I.

Z odpovědí participantů vyplývá, že se k návykovým nelegálním látkám dostali už ve velmi brzkém věku. První zkušenosti, až na dva, prožili do 15 let. U všech se přitom týkaly užití THC, ale postupně se dostávali k dalším látkám, jako jsou extáze, MDMA, LSD, houbičky, kokain, pervitin, speedy a ketamin. Užívání bylo propojeno s prostředím vrstevnické skupiny a také večírků v podobě hudebních akcí. Látky si většinou nesháněli sami, nejčastějším zdrojem byli právě kamarádi, kteří je také přivedli k první zkušenosti s konkrétní drogou. Poté už si látky sháněli i sami, opět přes kamarády, spolužáky, ale také smart shopy, jež byly dříve velmi populární.

Všichni participanté rovněž uvedli, že si o látkách před jejich užitím hledají potřebné informace. Zajímají se hlavně o to, co daná látka dělá, jak dlouho účinkuje, jaké komplikace se mohou vyskytnout. Někteří uvedli, že se o tuto problematiku zajímají už od puberty, kdy si četli různé knížky apod. Jako zdroj informací využívají převážně internet, ale také se ptají svých zkušenějších kamarádů, kteří je v ideálním případě stavem provedou.

3.3.2 Dílčí výzkumná otázka č. II

Jaké zkušenosti s těmito látkami mají? Dílčí otázce č. II se věnují tazatelské otázky T9 až T11. Jednotlivé kategorie mapují zkušenosti participantů při akutní intoxikaci, co následně prožívali po odeznění látky a také po jaké látce dotyčný zažil svůj nejlepší a nejhorší stav.

Tabulka č. 4: Dílčí výzkumná otázka II.

| Kategorie | Podkategorie | Participanti |
|---|--------------------------|---------------------------------|
| Akutní intoxikace na jednotlivých látkách | Pozitivní prožitek | P1, P3, P5, P6, P7, P8, P10 |
| | Neutrální prožitek | P5, P6, P8, P9, P10 |
| | Negativní prožitek | P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P10 |
| Stav po odeznění aktivních látek | Vyčerpání, únava | P1, P3, P5, P7, P8 |
| | Špatný psychický stav | P2 – P10 |
| | Dobrá nálada | P2, P6 |
| | Zmatenost | P5, P7, P10 |
| | Negativní fyzické dopady | P2, P3, P5, P7, P8 |
| Nejhorší zkušenost | LSD | P1, P4, |
| | Pervitin | P7, P8 |
| | Extáze | P9, P10 |
| | Kokain | P6 |
| | Kombinace drog | P2, P5 |
| | Nevybavuji si | P3 |
| Nejlepší zkušenost | LSD | P1, P2, P3, P4, P7, P8, P9, P10 |
| | Houby | P6 |
| | Ketamin | P5 |

- Akutní intoxikace u jednotlivých látek

Jednotlivé odpovědi se mohou prolínat, jelikož každý participant popisoval několik stavů akutní intoxikace u různých látek. U P6, P8 a P10 např. proběhl pozitivní,

neutrální prožitek i negativní, kdy to nehodnotí ani kladně, ani záporně. Každá skupina látek, ať už se jednalo o halucinogeny, stimulanty, konopné látky nebo ketamin, se objevila ve všech kategoriích. Každý participant uvedl u každé látky jiný zážitek, z daných odpovědí bylo znát, že v tu chvíli měly vliv i set a setting – psychický stav, ve kterém dotyčný látku užíval a také prostředí a lidi, jež kolem sebe měl. U P1 se pozitivní zkušenost prolíná i s negativní. „*Po tom emku, to bylo to super, ale byl jsem u toho nalitej docela, takže do mě museli lejt sami vodu. Byl jsem povídavej, měl jsem dobrou náladu. Akorát jsem si dal pozdě a šli jsme domů dřív a pak jsem nemohl spát a z toho jsem měl trochu schízny.*“ Oproti tomu P2 popisuje jinou zkušenost na stejné látce. „*Třeba to emko jsem si dal v uzavřenější skupině a úplně jsem se tam necejtil, protože jsem zrovna řešil nějaký osobní problémy. A to mi neudělalo fakt dobře.*“ V odpovědi se jasně odráží, jak je set a setting důležitý. Participant se ve skupině lidí necítil nejlépe a zároveň řešil vnitřní osobní problémy, což způsobilo, že stav po MDMA nebyl příjemný. Paradoxně i přesto zážitek hodnotí jako pozitivní. Zajímavou první zkušenost prožil P4 s halucinogeny. „*To LSD mě vobrátilo vzhůru nohama. A naprosto mě vytrhlo z mé reality a ukázalo mi věci, který jsem dlouho vstřebával, a proto jsem jej pár let ani neměl, protože jsem je zpracovával. Protože mně to ukázalo mě. Moji temnou stránku mého já. Až takhle intenzivní to bylo hned na poprvé. Nevěděl jsem, co se stalo, protože myslím, že se hodně ovládám jako emoce a tady to mi ukázalo prostě mou temnou stránku. Hodně silně jsem si uvědomil, že vnitřně je trošku něco špatně.*“ Zpětně to participant nehodnotí jako negativní zkušenost, ale spíše zážitek, který mu pomohl začít na sobě pracovat. Další vliv prostředí a vnitřního rozpoložení na celkový stav po užití drogy popisuje P6: „*Ten kokain jsem měla při hrozně špatný příležitosti. A strašně mě to šrotovalo v hlavě, vím, že jsem si uvědomila v tuhle dobu, že nejsem hloupá a že mám na lepší a byla jsem strašně naštvaná sama na sebe a na toho kluka, to byl prostě hrozně nezdravej vztah. Byla jsem naštvaná na celý svět a hrozně jsme se hádali celou dobu.*“ Na tento stav mělo vliv i množství dávky, jednalo se o celý gram kokainu najednou.

- Stav po odeznění aktivních látek

Tato otázka se zaměřuje na skutečnost, jak se jednotliví participanté cítili po odeznění aktivních látek, což znamená stav, který přišel po akutní intoxikaci.

Odpovědi se opět lišily podle toho, co dotyčný užil za látku. Pouze P2 a P6 prožili příjemný stav, během něhož vnímali i po odeznění účinků drogy kladné pocity. „*Občas zas z těch zážitků jsem byl hrozně nabitej, že mi to dodalo ještě víc energie, u halucinogenů teda.*“ Podobný pocit prožil i druhý participant. „*Když mám dobrej trip, většinou je to z těch akcí no, kde se úplně naplníš radostí ze života. Někdy láskou sama k sobě, což je úplná paráda a pak to prostě přetrvává dlouho, pokud si to držim, tak to prostě jde.*“ U ostatních participantů převládají pocity únavy a vyčerpání. Vnímají také zhoršený psychický i fyzický stav a po určitých látkách rovněž zmatenost. Takové pocity převládají převážně po užití stimulantů. Už v teoretické části jsme se dozvěděli, že typickým pro tuto skupinu látek je tzv. dojezd. Jedná se o nepříjemný stav, připomínající kocovinu, který nastupuje po vysazení účinné látky (Minařík, 2006). Člověk bývá vyčerpaný, prospí i několik dní, obecně je bez nálady a energie. Tento stav může být doprovázen bolestmi svalů a kloubů. P2: „*Fyzicky jsem se necejtíl dobře, když jsem si dal emko dva dny po sobě. Pak se z toho člověk sbírá čtyři dny.*“ P4: „*U emka jsem se cejtíl fyzicky dobře, ale psychicky vyždímanej.*“ P9: „*Po kouli jsem cítila třeba i tři dny takovej smutek, já jsem labilní normálně a tohle to dělá ještě trochu horší.*“

- Nejhorší zkušenost

Odpovědi na tuto kategorii se liší dle osobního prožitku participantů. V popisu nejhorší zkušenosti hrají hlavní roli halucinogeny – LSD a stimulanty, konkrétně kokain, pervitin a extáze a pak také kombinace více látek. P9 popisuje svůj stav po užití extáze: „*Nejhorší to bylo s kamarádkou, když jsme si daly kouli a daly jsme si ji doma. To bylo, když jsem ji měla potřetí. Asi dvě hodiny se mi nic nedělo a měly jsme zrovna jednu z těch silnějších a já jsem to nevěděla. Měla jsem půlku, nějak jsem ležela a po dvou hodinách jsem se zvedla a prostě černo před očima, nemohla jsem dýchat, udělalo se mi špatně a začla jsem fakt padat do bezvědomí.*“ P10 prožil velmi nepříjemnou zkušenost potom, co jí někdo hodil extází do pití. Tento jev není úplně neobvyklý. Z praxe s klienty slycháváme, že i oni sami se s tím osobně setkávají. Děje se tak hlavně na větších hudebních zábavách.

P5 vnímá svou nejhorší zkušenost po kombinaci více látek, kdy největší vliv na tento stav měl pervitin: „*To bylo na mý sedmnáctý narozeniny. Jela jsem na akci,*

tam jsem si připadala jako hrozně velká frajerka a všechno, co se mi dostalo pod ruku, jsem si dala. Trip, pervitin a nějaká koule, tráva, alkohol.“ Dále popisuje, nepříjemný pocit úzkosti a strachu, kdy zůstala sama ve stanu a nedokázala si říct o pomoc ani svým kamarádům. Vliv na tento stav mělo také prostředí, ve kterém se nacházela a fakt, že kolem ní bylo více neznámých lidí.

- Nejlepší zkušenost

Tato kategorie mapuje subjektivní nejlepší zkušenost po konkrétní látce. V drtivém zastoupení se jednalo o akutní intoxikaci na halucinogenech, konkrétně LSD, přičemž u jednoho z participantů se jednalo o houbičky. P5 popisuje svou nejlepší zkušenost na ketaminu. Zajímavé je, že P1 a P4 prožili nejlepší, ale také nejhorší zkušenost na LSD. P3: *„Když jsem si dal LSD poprvý, tak jsem koukal na hvězdy při hudbě mongolských hrdelních zpěvů a všechno bylo vidět tak jasně a vnímal jsem snad i rotaci země.“* P2 vnímá svou nejlepší zkušenost na LSD a houbičkách: *„Nejlepší bych rozdělil na dvě části. První, to bylo, když jsem si dal poprvé tripa, protože ten trip mně ukázal, že existuje jinej směr přemejšlení než to, co jsem vnímal doposavad. A další část, je prostě na houbách, co jsem byl, tak to jsem se cejtíl naprosto fakt blaženě. Z externího hlediska to nevypadalo nijak, ale to se udávalo jen v mé hlavě. Seděl jsem v trávě a smál jsem se. Z vnitřního hlediska to bylo tak, že do sebe všechno zapadalo. Všechno byla jednota a všechno dávalo smysl.“*

Shrnutí DVO II.

Tato dílčí otázka mapovala jednotlivé stavy po užitých drogách. Nejen po akutní intoxikaci, ale zejména jak se participant cítil následující dny poté, co poprvé užil konkrétní látky. Popisované prožitky byly typickými pro danou skupinu substancí, jednotlivý zážitek se odvíjel od množství požití látky. Velkou roli hrál také set and setting participanta. U všech se potvrdilo, že samotné vnitřní prožívání, ať už špatné, nebo dobré, látka podpořila. Odpovědi participantů se objevují ve více kategoriích, každý prožil jiný stav, podle toho, co si dal. Negativní zážitky převládaly u stimulantů, převážně u extáze a pervitinu. Participantů popisují také tzv. dojezdy, které jsou pro tuto skupinu látek typickými. Člověk má díky látce spoustu energie,

prožívá silný pocit štěstí, to vše ale funguje na dluh. Poté, co daná substance vyprchá, jsou tělo i hormonální hladina serotoninu vyčerpány, což způsobuje, že se druhý den cítí dotyčný velmi unaveně, vyčerpaně, bez nálady, někdy až s pocity deprese. V této otázce také proznívaly subjektivní nejlepší a nejhorší zkušenosti participantů. V drtivě většině hrálo hlavní roli v nejlepší zkušenosti LSD, které některým nabídlo jiný způsob myšlení a náhled na svět, z čehož čerpají dodnes. Naopak nejhorší zážitek přisuzují ve velké míře stimulantům. Jak už bylo zmíněno, určitou roli hrálo samotné nastavení dotyčného v danou chvíli a také množství požitých látek.

3.3.3 Dílčí výzkumná otázka č. III

Jaké formy rizikového chování se objevují z pohledu zdravotních komplikací?

Tazatelské otázky TO12 až TO15 mapují rizikové chování, které může mít dopady na fyzický i psychický stav. Dále se zabývá informovaností participantů a jejich subjektivním náhledem na možná rizika, jež mohou být užíváním způsobena. Tyto otázky byly zaměřeny opět na fyzický a psychický stav.

Tabulka č. 5: Dílčí výzkumná otázka III

| Kategorie | Podkategorie | Participanti |
|---|-------------------------------|-------------------------|
| Největší množství jedné látky | MDMA | P2, P6 |
| | LSD | P1, P3, P4 |
| | Extáze | P5, P9 |
| | Pervitin | P7, P8 |
| | Vždy pouze optimální množství | P10 |
| Kombinace více látek | Ano | P1 – P10 |
| | Ne | – |
| Vnímaná zdravotní rizika – fyzický stav | Dopad na orgány | P1, P3, P5, P6, P8, P10 |
| | Kolaps | P4, P6, P9 |

| | | |
|---|-----------------|------------------------------------|
| | Dehydratace | P1, P6 |
| | Předávkování | P4, P5 |
| | Úraz | P7, P10 |
| | Otrava | P4 |
| | Žádná nevnímám | P2 |
| Vnímaná zdravotní rizika – psychický stav | Bad trip | P2, P6 |
| | Trvalé následky | P1, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10 |
| | Paranoia | P3, P9 |
| Porovnání psychického stavu před užíváním a nyní | Lepší | P1, P2, P6, P8, P10 |
| | Stejný | P3, P4, P5, P7, P9 |
| | Horší | |

- Největší množství jedné látky

Každá látka má své optimální množství dávkování, při jehož dodržení dochází k minimalizaci rizika negativního prožitku a možných komplikací. Tato kategorie mapovala, jaké největší množství jedné konkrétní látky si účastníci dali, jak sami hodnotí tuto zkušenost a co při tom prožívali. Odpovědi se různí, většinou se jednalo o nadměrné množství stimulantů, ale také LSD. P10 uvedla, že si na dávkování dává vždy pozor a užívá pouze doporučenou optimální dávku drogy. Účastníci, kteří mají zkušenost s vyššími dávkami, si sami uvědomují, že překročili hranici optimální dávky. Objevují se negativní i pozitivní zkušenosti. P1 hodnotí svůj prožitek velmi negativně: „*To jsem měl 1,5 tripa. To si vzpomínám úplně přesně. To jsme šli s přítelkyní do vany. Mně přijde, že na všech těchto látkách, když vlezu do vany, tak to zesílí, ten stav. Nevím, jestli se rozproudí krev. Začala se mi v té vaně motat hlava a všechno se začalo víc vlnit. Tak jsem zavřel oči, abych to nevnímal. No a najednou jsem začal lítat jakoby vesmírem. Viděl jsem před očima barvy a lítal jsem těma barvama. Pak jsem se oddaloval od těch barev a měl jsem strašně špatný*

myšlenky, jakože na nežití a tak. Takovej rozpad ega jsem měl trochu. Měl jsem sebevražedný, depresivní myšlenky, to jsem si pak druhý den musel vzít Lexaurin, protože jsem to měl furt v hlavě.“ S P1 jsme poté dále řešili jeho pravidelné užívání anxiolytik a antidepresiv. Negativní zkušenost s nadměrným množstvím LSD popisuje také P3: „Dal jsem si dva papíry. První dvě hodiny jsem to mezi lidmi zvládal, ale pak začli všichni mluvit svahilsky a tak jsem utekl do lesa, kde jsem si stavěl hnízdo z klacků až do rána.“ I přes velké množství drogy vzpomíná na svou zkušenost P4 dobře: „To byly tři papíry třístovkový, těch 900 mg, v průběhu půl hodiny. A pak to byla velice dlouhá procházka. Několik hodin s virtuální realitou doma. P6 vzpomíná na svou zkušenost se stimulanty: „Největší množství jsem měla emka a koule. Toho emka jsme měli hrozně čar, těžký napočítat, 0,7 g nebo 0,8 g, možná i celý gram do mě padnul. To jsem pak málem odpadla, ale my jsme to na akcích hrozně mixovali.“

- Kombinace více látek

Jak bylo představeno v teoretické části, kombinování návykových látek je vysoce rizikové. Určité kombinace mohou být velmi nebezpečné, dokonce až život ohrožující. Všichni účastníci P1 až P10 uvedli, že návykové látky kombinují. Při každém užití se jedná vždy minimálně o kombinaci alkoholu a další látky. P5 např. uvádí: „Když tak přemýšlím, nejvíce jsem zkombinovala asi sedm různých látek. Dala jsem si vše, co mi přišlo pod ruku. Začalo to alkoholem, to je vždycky a pak jsem měla trip, pervitin, trávu, kouli, extázi a nakonec keřák.“ P2 si uvědomuje rizikovost kombinací, takže si hlídá jednotlivá množství: „Kombinuji, sice vím, že nějaký látky by neměly bejt spolu, ale většinou to užívám v malým množství, že se toho ani zas tak nebojím. Jednou jsem měl alkohol, marihuanu, LSD, MDMA, ketamin, ale všeho bylo hrozně maličko, ale to jsem se cejtil jak král světa.“ P7: „Určitě je to vždycky spojený s alkoholem. Vždycky alkohol a piko nebo alkohol a něco dalšího, nic víc.“

- Vnímaná zdravotní rizika – fyzický stav

Tato kategorie se zabývala subjektivním vnímáním zdravotních rizik, která mohou díky užívání nastat. V odpovědích se promítla nebezpečí, jež souvisí s akutní

intoxikací, ale také dlouhodobější dopady na zdravotní stav. V rámci akutní intoxikace se ve výpovědích objevuje riziko kolapsu, dehydratace, předávkování, otravy či úrazu, jenž může být způsobený přeceněním svých hranic nebo nešťastnou náhodou. P1, P3, P5, P6, P8 a P10 si uvědomují, že dlouhodobé užívání návykových látek má negativní dopad na jednotlivé orgány, převážně na játra a ledviny, jež v těle fungují jako filtr. P2 žádná rizika nevnímá.

- Vnímaná zdravotní rizika – psychický stav

Zdravotní rizika, která se týkala fyzického stavu, vnímali participanti hlavně u stimulačních látek. Oproti tomu dopady na psychický stav přisuzují látkám halucinogenním. Osm participantů uvedlo, že se obávají trvalých následků, které mohou právě halucinogeny způsobit. Uvědomují si také riziko bad tripu – jedná se o negativní zážitek po užití drogy, který bývá doprovázen poruchou vnímání vlastního těla, času a prostoru, mohou se také objevit děsivé halucinace, strach ze šílenství, smrti nebo sebevražedné myšlenky. U P3 a P9 se objevila zkušenost s paranoiou. P5 popisuje svůj bad trip, který si prožila po halucinogenech. Záchvěvy podobného stavu prožívá každý den, ačkoliv látku užila téměř před pěti měsíci: *„Je to jako když začneš trochu cejtít tripa. Já prostě normálně funguju, ale to vnímání reality je trochu jiný. Je to hrozně těžký popsat.“* Velká část participantů během rozhovoru popisuje rovněž zkušenosti s tzv. flashbackem. Jedná se o stav, kdy se dotyčný ocitne v podobném rozpoložení jako při akutní intoxikaci. Tento stav může být záblesk několika sekund.

- Porovnání psychického stavu před užíváním a nyní

Velká část lidí začíná experimentovat s návykovými látkami ve velmi mladém věku, přičemž z počátku se jedná o alkohol a cigarety, poté však nastupují další látky. Člověk se v době začátku experimentování neustále vyvíjí, jeho mozek zraje a vývoj není ukončen. Tato otázka se zaměřovala na případné změny v psychickém vývoji a jeho celkový stav před užíváním návykových látek. Polovina respondentů nevnímá žádné změny, další půlka hodnotí svůj psychický stav pozitivněji. Dle jejich slov si díky drogám přišli na spoustu věcí, vnitřně se srovnali a některým to pomohlo více se otevřít lidem, smýšlet pozitivněji atd. I přesto, že někteří

z respondentů (např. P1 či P5) popisují během rozhovoru své psychické problémy, které vznikly po užití nějaké látky (viz P5 v předešlé otázce), vnímají svůj psychický stav jako stabilnější, lepší.

Shrnutí DVO III

Třetí dílčí otázka zjišťovala, jestli se u samotných participantů vyskytuje rizikové chování. Mapovaly se zkušenosti s užitím vyššího množství jedné látky a také jejich kombinacemi. Dále se otázka zaměřovala na subjektivní vnímání fyzických a psychických rizik. Všichni z participantů návykové látky společně kombinují a část z nich také přesahuje optimální dávku. Minimální kombinace je vždy alkohol a další substance, v odpovědích ale často prozívá, že za večer kombinují více než dva druhy látek. P5 např. reflektuje, že v jeden večer měla sedm různých substancí. Zajímavé je, že naprostá většina participantů si je vědoma možných rizik, která mohou nastat. Mezi zdravotní dopady zařazují kolaps, dehydrataci, ale také poškození orgánů, jako jsou játra a ledviny. Dále zmiňují, že se nejvíce bojí trvalých dopadů na psychiku, kdy se jim spustí některé duševní onemocnění nebo se z nějakého stavu už nevrátí zpátky. I přesto, že jsou si rizik vědomi, sami zásady bezpečnějšího užití nedodržují. Závěrečná otázka se zaměřovala na změny psychického stavu před užíváním jakýkoliv návykových látek a v současnosti. Polovina participantů hodnotí svůj psychický stav stejný, beze změn. Druhá polovina jej vnímá lepší než před užíváním, kdy díky užívání došli k vnitřní vyrovnanosti a také jim to pomohlo ve vztahu k lidem. P5 v předešlých odpovědích zmiňuje, že po jednom špatném bad tripu, má pravidelně každý ráno pocit, jakoby jí najíždělo LSD, cítí se jakoby oddělena od reality. Ačkoli to trvá pět měsíců, svůj psychický stav hodnotí pozitivně.

3.3.4 Dílčí výzkumná otázka č. IV

Tato dílčí otázka se zaměřuje na sociálně-právní problémy, které mohou vlivem užívání vzniknout. První část mapuje subjektivní vnímání problému, kdy se participanté měli zamyslet nad tím, jestli jim dané látky způsobují nějaké potíže. Dále bylo zjišťováno, jestli nedošlo v historii jejich užívání k nějakému vážnějšímu střetu zájmu s autoritami, jako je Policie České republiky, vyučující či zaměstnavatel. Sociální rovina zkoumala vliv užívání drog na mezilidské vztahy. Celý rozhovor byl zakončen *rozměňovací* otázkou, která mapovala, jestli participanté znají nějaké sociální služby,

jež se drogovou problematikou odborně zabývají a na které by se mohli případně obrátit.

Tabulka č. 6: Dílčí výzkumná otázka IV

| Kategorie | Podkategorie | Participanti |
|---|-----------------------------------|----------------------------|
| Subjektivní vnímání problému | Nic | P1, P8, P9 |
| | Partner/ka | P2 |
| | Rodina | P5, P6 |
| | Horší zdravotní stav | P3, P4, P7 |
| | Stagnace běžného života | P3, P6, P7, P10 |
| Problémy ve vztahu k autoritám | Žádný | P1, P2, P3, P4, P5, P6, P9 |
| | PČR | P10 |
| | Učitel/ka | P8 |
| | Zaměstnavatel | P7 |
| Vliv na mezilidské vztahy | Pozitivní | P1, P2, P4, P7, P8, P10 |
| | Zhoršení | P3 |
| | Odcizení od lidí, kteří neužívají | P5, P6, P9 |
| Doplňující – znalost drogových programů | Prevence | P9 |
| | Psycare | P2, P5, P7, P8 |
| | Ne | P1, P3, P4 |
| | Jiné | P6, P8, P10 |

- Subjektivní vnímání problému

Jednotlivé odpovědi se týkají oblasti rodiny a partnerství, fyzických dopadů, ale také fungování v běžném životě. Jednalo se o pomyslné zastavení se na jednom

místě a pro participanta bylo těžké fungovat v běžných činnostech, protože v nich neviděl smysl. P6 tento stav popisuje následovně: „*Když zjistíš, že je svět za světem, tak se ti začnou přít takovýhle věci. Chodit do práce, mít peníze. Já budu žít někde v lese, srát na všechno.*“ Jak popisuje v online rozhovoru adiktolog Aleš Kuda, jedná se o velmi častý jev. Při vysazení návykových látek dochází ke ztrátě motivace týkající se fungování v běžném životě. Lidé prožijí takové stavy a prožitky, které se poté těžko dosahují při běžných činnostech bez intoxikace. Často se i v terénních programech setkáváme s tím, že uživatelé berou návykové látky, protože je bez nich nic nebaví.

- Problémy ve vztahu k autoritám

Tato otázka mapovala, jestli někdy participantů zažili konflikt s autoritami ve vztahu k užívání návykových nelegálních látek. Pouze tři z nich reflektovali nepříjemnou zkušenost, která je ovšem nepřivedla do větších problémů. P10 popisuje kontakt s policií, při němž je městská hlídka přistihla v parku s jointem. Pracovníci policie si pouze opsali občanské průkazy a řekli, ať cigaretu marihuany uhasí. Další z participantů popisuje změnu vztahu zaměstnavatele k ní, když se dozvěděl, že pravidelně užívá THC a zkusila houbičky. „*Měla jsem od té doby pocit, že se mu to hodně nelíbí, už to, že věděl, že hulim trávu, nebylo ok. Dávala jsem si od té doby pozor, co komu říkám,*“ řekla. Jeden z participantů zmiňuje konflikt s vyučujícím, který je přistihl při kouření jointu při volné hodině: „*Byl z toho velkej průser, měla jsem dvojku z chování.*“

- Vliv na mezilidské vztahy

Všichni z participantů popsali, že se jejich mezilidské vztahy zlepšily a prohloubily. Při porovnání odpovědí vykryštovalo, že se jedná o zlepšení vztahů ve skupině, ve které i ostatní užívají. Naopak s lidmi, jež nemají zkušenosti s užíváním, došlo k určitému odcizení. Participantů popisují, že už si s nimi nemají co říct a moc si vzájemně nerozumějí. Často dojde ze strany neužívajících k odsouzení toho, co dělají. P6: „*S lidmi, se kterými jsem si měla dřív co říct, tak se teďka rozlišujeme téma názorů, některý řešej věci, který mně přijdou tak nepodstatný, že jim prostě přeju, aby si dali drogy se mnou, že to není jen o tom – práce, rodina, musím si udělat vejšku, prostě takovýhle hovna.*“ Další z participantů

reflektuje, že došlo ke zhoršení vztahů s rodinou, když se dozvěděli, že užívá. P3: „*Bratr a sestřenka ve mně ztratili důvěru, už je to deset let a stále to mezi námi není urovnány.*“

- Znalost drogových programů

Zakončující tazatelská otázka, která mě zároveň odlehčit závěr rozhovoru, jelikož se často řešila osobní až intimní témata, se zaměřovala na znalost sociální služby, jež pracuje s lidmi užívajícími návykové látky. Několik participantů uvedlo, že žádné služby neznají. Pokud už nějaké povědomí o službě měli, jednalo se o formu prevence, kterou zažili na školách nebo také projekt PsyCare, jež spadá pod Českou psychedelickou společnost. Pracuje přitom s lidmi v akutní intoxikaci v prostředí hudebních festivalů a akcí. Na těch dobrovolníci poskytují uživatelům psychoaktivních látek podporu a pomoc, čímž pro ně vytvářejí bezpečné prostředí.

SHRNUTÍ DVO IV.

Dílčí otázka byla rozdělena na několik částí. Nejdříve bylo zmapováno subjektivní vnímání problémů participantů, dále se pak zaměřila na konkrétní oblasti, a to na konflikty s autoritami a vliv na mezilidské vztahy. Někteří participanté vnímají problém, který se týká zhoršení zdravotního stavu, vztahu s rodinou nebo partnerem. Participanté také popisují, že v důsledku užívání drog ztratili zájem o běžný život. Činnosti je bez látky nebavily, neviděli v nich smysl.

Výrazný konflikt s autoritami nikdo nezažil. P10 popisuje zkušenost s policií v parku, nebyl z toho však vážnější problém. P7 vnímá změněný vztah zaměstnavatele vůči své osobě poté, co se zaměstnavatel dozvěděl o pravidelném užívání THC a experimentu s houbičkami.

Obecně participanté vnímají pozitivní změny v utváření mezilidských vztahů, jsou otevřenější, lépe se jim navazuje kontakt. Čtyři z participantů popisují odcizení od svého okolí, které neužívá. Mají pocit, že si s nimi nerozumí, nemají společná témata k hovoru a někteří je dokonce odsuzují. P3 vnímá zhoršení vztahu s nejbližší rodinou.

Závěrečná otázka měla atmosféru rozhovoru odlehčit a rozmělnit, jelikož se často otevírala vážná témata. Zjišťovala, zda participanti znají nějaké sociální služby pro uživatele drog, na které by se v případě potřeby mohli obrátit. Z odpovědí vyplývá, že nejznámější je pro ně projekt Psycare, který se vyskytuje na specifických hudebních akcích, kde se předpokládá vysoká míra konzumace psychedelik mezi účastníky.

3.4 Souhrn výzkumného šetření

Výzkumná část se zabývala neinjekčním užíváním participantů, zejména riziky užívání a možnými dopady. Jednotliví participanti uvedli, že první zkušenosti s nelegálními návykovými látkami proběhly do 18. roku života, u osmi z deseti dokonce do 15 let, kdy první zkušenost proběhla s konopnými látkami. Dále byly nejvíce zastoupeny drogy ze skupiny stimulantů, halucinogenů či léčiv, tedy např. extáze, LSD, houbičky, pervitin, speed, kokain nebo ketamin. Významnou roli pro všechny dotazované hrála vrstevnická skupina, se kterou tyto první zážitky s drogami většinou proběhly. Typickým prostředím byla nějaká párty v podobě hudební akce. Z počátku užívání si participanti drogy nekupovali, získávali je přímo od svých kamarádů či spolužáků. Postupem času už věděli, koho mají na akci oslovit, od koho si mohou látky koupit a někteří využívali možnost smart shopu. Z odpovědí vyplývá, že si participanti před prvním užitím nové látky zjišťují potřebné informace. Zajímají se o účinky, délku trvání akutní intoxikace, případně o možné komplikace. Jako hlavní zdroj využívají internet, ale často dají na osobní zkušenosti svých kamarádů, kteří je v ideálním případě stavem provedou.

Akutní intoxikace se odvíjela od množství požitých substancí a také jejich případnými kombinacemi. Účinky byly typickými pro danou skupinu látek. Důležitou roli, která ovlivnila stav jedince, hrálo jeho samotné vnitřní prožívání a prostředí, ve kterém se v tu chvíli nacházel. Zejména u stimulantů participanti pociťovali po vyprchání aktivní látky nepříjemné stavy, tedy tzv. dojezdy. Naopak u halucinogenů si příjemné pocity po doznění nesly i do dalších dní, převážně u LSD si participanti prožili svou nejlepší subjektivní zkušenost. Nejhorší zkušenost si velká část zažila při nadměrném užití stimulantů. U obou stavů byl opět klíčový set a setting.

Co se samotných rizik týče, každý z participantů uvedl, že jednotlivé látky kombinuje a někteří je užívají v nadměrném množství. Základní kombinací, která se objevuje vždy, je alkohol a další látka. Jeden z participantů uvedl, že zkombinoval v jeden večer až sedm substancí. Participantů kombinují drogy z různých skupin. Subjektivně vnímají zdravotní rizika, jež mohou nastat. Mezi fyzické negativní dopady řadí např. kolaps, dehydrataci nebo trvalé poškození orgánů. Nejvíce se obávají nevratných změn v psychickém prožívání, spuštění duševního onemocnění atd. Jako další negativní jev zmiňují bad trip, se kterým mají osobní zkušenost. Ačkoliv si participantů informace o bezpečnějším užívání jednotlivých látek vyhledávají a uvědomují si možné komplikace, zásady méně rizikového užívání nedodržují a naopak cíleně kombinují a navyšují množství pro zajímavější stav. Někteří z participantů si stěžují na změny v psychickém stavu po prožití bad tripu, které je doprovází dodnes, přesto ho obecně hodnotí kladně. Polovina z participantů vnímá své psychické prožívání pozitivněji, dle jejich slov díky drogám došli k vnitřní stabilitě, větší schopnosti empatie a lepší komunikaci s ostatními.

Někteří z participantů vnímají problémy, které jim užívání způsobilo. Jedná se především o negativní zdravotní dopady, zhoršené vztahy s rodinou či partnerem, ale také odcizení od společnosti, v níž návykové látky neuvžívají. Dva z dotazovaných prožili konflikt s autoritami, a to bez větších důsledků. Jeden z participantů vnímá změnu chování svého zaměstnavatele potom, co zjistil, že je pravidelným kuřákem THC a zkusil houbičky. Několik participantů zmiňuje také stagnaci v běžném životě, kdy jim jednotlivé činnosti přestaly dávat smysl a nebavily je.

Závěr výzkumu byl zaměřen na to, jestli dotazovaní znají nějakou sociální službu pro uživatele drog, na kterou by se mohli případně obrátit. Většina o žádné neví nebo zmiňuje služby primární prevence. Ostatní hovoří o projektu Psycare, s nímž se osobně setkali na hudební akci.

Závěr

Diplomová práce se věnovala problematice neinjekčního užívání drog. Jejím cílem bylo zmapovat informovanost uživatelů o rizicích užívání těchto látek a zároveň zjistit, jakým způsobem by s těmito lidmi mohly terénní programy intervenovat. Z mého pohledu byly tyto cíle naplněny. Úvodní kapitoly provedly čtenáře obecně tématem práce s uživateli drog, druhá kapitola se úzce věnovala právě neinjekčnímu užívání, jeho specifikům a zároveň popsala samotná rizika. Teoretický popis byl vytvořen pomocí odborné analýzy literatury a jiných zdrojů. První kapitola definovala samotnou závislost, jednotlivé skupiny užívaných látek a navíc popsala systém péče s touto cílovou skupinou. Představila rovněž pojem Harm reduction, který je klíčový pro práci terénních programů, u nichž byl v závěrečné kapitole první části popsán jejich smysl a způsob práce. Zmiňovaná druhá kapitola teoretické části se věnovala látkám, jež jsou nejčastěji neinjekčními uživateli návykových látek zneužívány. Byla zde také popsána samotná cílová skupina, které se bylo věnováno i z pohledu vývojové psychologie, jelikož první experimenty s návykovými látkami probíhají ve velmi nízkém věku a jsou pro toto období typické. Závěr kapitoly se věnoval užívání v prostředí noční zábavy a návrhu vhodných intervencí.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na neinjekční užívání vybraných participantů, mapovalo počátky jejich drogové historie, jejich osobní zkušenosti, informovanost o zásadách bezpečnějšího užívání a také rizicích, která subjektivně vnímají. Přijde mi důležité upozornit na fakt, že se výsledky nedají generalizovat na celou skupinu neinjekčních uživatelů, jelikož se výzkumného šetření účastnilo pouze 10 participantů. Z výsledků výzkumu se můžeme dozvědět, že první experimenty s nelegálními návykovými látkami proběhly do 18. roku života. Ačkoliv si participanté před prvním užitím nové látky informace zjišťují a uvědomují si rizika a dopady, které mohou nastat, zásadami bezpečnějšího užívání se neřídí. Každý z dotazovaných uvedl, že jednotlivé látky různě kombinuje a cíleně je zneužívá v nadměrném množství. Typickým prostředím jsou párty v podobě hudebních akcí. Jak už bylo zmíněno, experimentování začíná ve velmi mladém věku. Tito lidé přitom propadají sítem sociálních služeb. Existují sice instituce, jako jsou NZDM (nízkoprahová zařízení pro děti a mládež), ty však na drogovou problematiku necílí. Proto je důležité, aby s těmito lidmi

intervenovaly právě terénní drogové programy, které mohou nejen podchytit užívání včas, ale zároveň pomoci minimalizovat riziko přechodu od neinjekčního užívání k injekční iniciaci.

Terénní programy by měly být vybaveny vhodnými informačním materiálem v podobě letáků, které budou popisovat jednotlivé látky, zásady jejich bezpečného užívání a také rizika s nimi spojená. Velký potenciál vnímám v terénní práci v prostředí noční zábavy na místech, kde se tato skupina uživatelů vyskytuje nejvíce. Pracovníci tak mohou intervenovat přímo na místě a navázat potenciální klienty do služby. Do přílohy vkládám vytvořenou podobu letáku, který může sloužit jako jedna z forem předání relevantních Harm reduction informací cílové skupině, na níž se zaměřovala tato diplomová práce a zároveň může být inspirací i pro ostatní drogové sociální služby.

Seznam použité literatury

Literární zdroje

1. Bednaříková, V. (2010). *Specifika užívání drog na free teknoparties*. Nepublikovaná diplomová práce. Olomouc: Univerzita Palackého.
2. BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. Brno: Doplněk, 2003. Co, jak, proč? ISBN 80-7239-148-8.
3. Bellis, M.A., Hughes, K., &Lowey, H. (2002). *Healthynightclubs and recreational substance use: From a harmminimisation to a healthysettingsapproach*. *AddictiveBehaviors*, 27, 6, 1025-1035.
4. Calafat, A., Fernandez, C., Juan, M., Bellis, M. A., Bohrn, K., Hakkarainen, P., Kilfoyle-Carrington, M., Kokkevi, A., Maalste, N., Mendes, F., Siamou, I., Simojn, J., Stocco, P., &Zavatti, P. (2001). *Risk and control in therecreationaldrugculture: SONAR project*. Spain: IREFREA
5. *Drogy: otázky a odpovědi: [příručka pro rodinné příslušníky a pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2007. Rádcí pro zdraví. ISBN 978-80-7367-223-2.
6. FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 2. Přeložil Petr BAKALÁŘ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9.
7. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.
8. GROHMANOVÁ, Kateřina. *Dělení drog, účinky, komplikace*. In: Josef Radimecký aj. *Učební texty ke kurzu: Úvod do adiktologie*. Praha: Centrum adiktologie PK 1. LFUK a VFN, 2007. ISBN [neuvedeno].
9. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
10. ILLES, Tom. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. Praha: ISV, 1999. Drogy. ISBN 80-85866-50-1.
11. JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0.
12. KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
13. KALINA, Kamil. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogové závislosti*. Praha: Filia nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.
14. KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.
15. KLÍMA, Petr, ed., 2009. *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vyd. Praha: Česká asociace streetwork. ISBN 978-80-254- 4001-8.
16. Kudrle S., Kalina K.: *Některé medicínské a psychologické aspekty řešení problematiky trestního postihu osob užívajících drogy*. In: Solotář A. a kol.:

- Trestná činnost spojená se zneužíváním drog a formy jejího řešení. Příručka ministerstva spravedlnosti ČR, sv. 64. Insitut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců MS, Praha, 2001.
17. MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
 18. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
 19. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1154-9.
 20. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
 21. *Metodika centra terénních programů Královéhradeckého kraje*: Laxusz.ú, 2019. nepubl.
 22. MIOVSKÝ, Michal. *LSD a jiné halucinogeny*. Boskovice: Albert, 1996. ISBN 80-85834-35-9.
 23. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1. 1. 2018*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.
 24. PAVLÍČEK, Petr. *Iniciace injekční aplikace v kontextu terénní sociální práce s uživateli drog*. Nепublikovaná diplomová práce. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové.
 25. *Poziční dokument o drogách, věznicích a harmreduction*. 1. vyd. v jazyce českém. Editor Ondřej Petroš. Praha: Úřad vlády České republiky, 2006. Monografie (Úřad vlády České republiky), no. 8. ISBN 80-867-3476-5.
 26. REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
 27. RHODES, Tim. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Boskovice: Albert, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-71-5.
 28. SVOBODA, Jiří A. *Počátky umění*. Praha: Academia, 2011. ISBN 978-80-200-1925-7.
 29. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
 30. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
 31. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Vyd. 2., dopl. a přeprac. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2153-1.
 32. VANTUCH, Pavel. *Drogy a kriminalita*. Brno: Univerzita J. E. Purkyně, 1990. ISBN 80-210-0169-0.
 33. VAŠUTOVÁ, Maria. *Pedagogické a psychologické problémy dětství a dospívání*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 2005. ISBN 80-7042-691-8.

34. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2007*. Praha: Úřad vlády ČR/Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008.
35. WEST, Robert. *Modely závislosti*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2016. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-157-2.

Internetové zdroje

36. Harmreductioncoalition [online], 2019. [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>
37. KRMENČÍK, Pavel [online]. [cit. 2020-06-30]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/file/411/opiaty-charakteristika.pdf>
38. Kvalitativní výzkum v pedagogice [online], 2005. [cit. 2020-07-02]. Dostupné z: <http://web.ftvs.cuni.cz/hendl/metodologie/kvalvyzkpedhendl.pdf>
39. Sociologická encyklopedie [online], 2018 [cit. 2020-06-30]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/V%C3%BDb%C4%9Br_metodou_sn%C4%9Bhov%C3%A9_koule
40. KUDA, Aleš [online]. [cit. 2020-06-30]. Dostupné z: <https://cnn.iprima.cz/adiktolog-deti-prijdou-do-styku-s-drogou-uz-okolo-10-roku-straseni-nefunguje-5360>
41. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, [online]. [cit. 2020-06-30], https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4577/558/Zaostreno_201102_adiktologicke_sluzby_v_pro_stredi_zabavy.pdf

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| Tabulka č. 1: Transformační tabulka | 34 |
| Tabulka č. 2: Informace o participantech výzkumného šetření..... | 37 |
| Tabulka č. 3: Dílčí výzkumná otázka I. | 38 |
| Tabulka č. 4: Dílčí výzkumná otázka II. | 44 |
| Tabulka č. 5: Dílčí výzkumná otázka III..... | 48 |
| Tabulka č. 6: Dílčí výzkumná otázka IV | 53 |

Přílohy

Příloha č. 1: Informační leták o bezpečnějším užití extáze

Užívej extázi, pouze pokud jsi v duševní pohodě a nic tě netrápí, s lidmi, se kterými se cítíš dobře, a v prostředí, kde se cítíš bezpečně.

Vyhni se práškům, u nichž si nejsi jistý jejich původem! Výrobci často podvádí a tvoje pilulka nemusí obsahovat pouze účinnou látku (MDMA), ale různé příměsi (pervitin, PMA, DXM, DOB), některé z nich mohou být velmi nebezpečné!

Pokud máš problémy se srdcem, tak extáze rozhodně není pro tebe!

Aby ses vyhnul stavu předávkování, tak si vezmi nejdřív půlku a počkej aspoň 40 minut. Vyheš se tak nepříjemné zkušenosti.

Pij pravidelně vodu, ale nepřeháněj to s množstvím. Dej si max. 0,5l vody za hodinu. Nadměrné pití vody najednou může v kombinaci s extází způsobit zdravotní komplikace.

Máš pocit, že je toho málo? Počkej aspoň dvě hodiny, než to zkusíš znovu, a nedávej si víc než na začátku.

Pozor ať se nepřehřeješ! Dej si jednu za hodinu oraz na čerstvém vzduchu a odpočiň si.

Vyvaruj se kombinacím extáze s jinými látkami nebo alkoholem!

Neboj se přivolat záchrannou službu, pokud je tobě nebo někomu jinému zle. Můžeš tak zachránit život!

Extáze ti ředí hladinu sodíku v krvi (hyponatrémie). To může mít za následek bolesti hlavy, nevolnost nebo svalové křeče. Předjedeš tomu popíjením iontových drinků.

Pokud znáš původ a obsah, pak si ideální dávku můžeš snadno spočítat: tělesná váha + 50mg = ideální dávka pro tebe (70kg + 50mg = 120mg ideální dávky)



Příloha č. 2: Rizikové kombinace drog

Rizikové kombinace drog **Kombinování drog je vždy zdravotním rizikem a nevyplácí se v žádném případě!**

| | LSD | Houbičky | DMT | Mescalín | Cannabis | Ketamin | Amfetaminy | MDMA | Kokain | Alkohol | Opiáty | Tramal | Benzodiazepiny | Kofein |
|----------------|-----|----------|-----|----------|----------|---------|------------|------|--------|---------|--------|--------|----------------|--------|
| LSD | xxx | ! | ! | ! | !! | ! | !! | ! | !! | ! | ! | !!! | ! | ! |
| Houbičky | ! | xxx | ! | ! | !! | ! | !! | ! | !! | ! | ! | !!! | ! | ! |
| DMT | ! | ! | xxx | ! | !! | ! | !! | ! | !! | ! | ! | !!! | ! | ! |
| Mescalín | ! | ! | ! | xxx | !! | ! | !! | ! | !! | ! | ! | !!! | ! | ! |
| Cannabis | !! | !! | !! | !! | xxx | ! | !! | ! | !! | ! | ! | ! | ! | ! |
| Ketamin | ! | ! | ! | ! | ! | xxx | !! | ! | !! | ☠ | ☠ | ☠ | !! | ! |
| Amfetaminy | !! | !! | !! | !! | !! | !! | xxx | ! | !! | !! | !! | ☠ | ! | !! |
| MDMA | ! | ! | ! | ! | ! | ! | ! | xxx | !! | !! | ! | ☠ | ! | !! |
| Kokain | !! | !! | !! | !! | !! | !! | !! | !! | xxx | !!! | ☠ | ☠ | ! | !! |
| Alkohol | ! | ! | ! | ! | ! | ☠ | !! | !! | !!! | xxx | ☠ | ☠ | ☠ | ! |
| Opiáty | ! | ! | ! | ! | ! | ☠ | !! | ! | ☠ | ☠ | xxx | ☠ | ☠ | ! |
| Tramal | !!! | !!! | !!! | !!! | ! | ☠ | ☠ | ☠ | ☠ | ☠ | ☠ | xxx | ☠ | ! |
| Benzodiazepiny | ! | ! | ! | ! | ! | !! | ! | ! | ! | ☠ | ☠ | ☠ | xxx | ! |
| Kofein | ! | ! | ! | ! | ! | ! | !! | !! | !! | ! | ! | ! | ! | xxx |

! = Riziková kombinace !! = Silně riziková kombinace !!! = Vysoce riziková kombinace ☠ = Smrtelně nebezpečná kombinace

Příloha č. 3: Ukázka rozhovoru

A: Jaké látky neinjekční uživatelé drog užívají:

1. Co všechno jsi zkusila?

Tráva, koule, pervitin, emko, LSD, houbičky, ketamin, kokain, speed

2. Jaké informace si zjišťuješ, než si danou látku dáš?

3. Kde/od koho je zjišťuješ?

Kamarádů jsem se ptala, co to jako dělá. Na internetu jsem to hledala spíš až potom, když jsem si to dala. Vždycky jsem si to dala dřív než jsem si o tom něco zjistila

4. Jaké vlastnosti daná látka měla? (chut', vzhled)

Extáze byla růžová tumorolend. Přijel s tím kamarád, s tím že to ukradl spolubydlíci. To jsem měla zadarmo, tím, že to získal takhle. A vím, že mě řekli, že se to má rozkousat, takže si to pamatuju, že to bylo hodně hořký a dost nepříjemný. Pak když jsem si poprvý šňupla kouli, tak to hrozně pánilo v nose, to bylo taky nepříjemný. **A to LSD?** To je většinou bez chuti, občas se stane, že je to lehce nahořklý. Byl to vždycky papír a jednou jsem měla cukr LSD. Ten ketamin jsem si taky šňupla.

5. Při jaké příležitosti?

Poprvé když jsem měla trávu, tak jsem poznala novou partu a chodila jsem s nima ven. Bylo to okolo mejch narozenin. Nejdřív jsem s nima jen kouřila a pak přinesli trávu, že je to hrozná sranda. A tak jsem to zkusila. Pak to začli nosit častěj. Když jsem zkusila poprvé kouli, s tím, že jsem to hodně odsuzovala, ale kamarádi říkali ať to neodsuzuju, že jsem to nezkusila a že je to hrozně super a přinesli mi to zadarmo, tak jsem si řekla, proš ne. A to jsem byla v těch 15ti ještě taková hloupoučká a přišli právě i s pervitinem. Hlavně jsem neveděla jakej v tom je rozdíl a jak je to škodlivý. Přišlo mě to podobný, tak jsem si to dala. **Jakou formou?** Šňupla jsem si. Pak už jsem se ničeho moc nebála. Další bylo emko a to jsme jeli na nějakou akci a někdo mě to tam nabídl. LSD přivezli kamarádi, že bude sranda.

6. Kolik ti bylo?

První byla tráva, to mě bylo 13. Pak jsem zkusila kouli, to mě bylo 15. Pervitin tak v 15ti. Emko asi v 16ti, moc si to už nepamatuju. LSD v 16. Nevim přesně kdy, ale po 16 roku houbičky, speed. V 17ti ketamin, kokain.

7. Kde jsi to sehnala a jak?

Vždycky s tím přišli kamarádi, který už s tím zkušenosti měli a zeptali se mě jestli s nima půjdu ven a dám si to s nima. A já jsem jim dala peníze a oni to přivezli rovnou i pro další kamarády, který si to dávali taky. Vždycky to bylo s kamarádama, krom trávy, tu jsem si pak sháněla sama.

8. Jak často užíváš drogy?

B: Jaké zkušenosti s těmito látkama mají?

9. Jak jsi se cítila po požití dané látky?

Tak po trávě, jak jsme byli prostě mladší, tak jsme sehnali vždycky jenom listy, takže to nic nedělalo. Vždycky si myslím, že to všichni hráli a že se hrozně smáli a mě to nic nedělalo, tak proto jsem to zkoušela znova. Pak jednou, kamarádka, že má starší segru, tak jsme šly po škole, že má trávu a já že jsem to už měla. No a to jsem potom zažila hroznou euforii a hroznej smích. Pak jsem jela autobusem a byla jsem jak na horský dráze. Po tý kouli, tak to byl hroznej šok, protože tráva není taková. A potřebovala jsem se strašně hejbat. V jednu chvíli se mě udělalo třeba na 5 sekund špatně, vyzvracela jsem se a okamžitě mě bylo zas dobře. Potily se mě ruce hodně a potřebovala jsem hodně pohybu, ale byla to euforie hodně taky. Pak to LSD, to bylo zas něco novýho, to bylo dost hustý, protože jsem seděla a najednou se mě začal barák roztahovat a zmenšovat a to bylo poprvý a kamarádka mě pak nechala jít domů samotnou třeba po hodině toho stavu, takže jsem pak byla doma sama a všimla jsem si, že ten trip dělá hodně, že se zaměřuju na detaily všeho. To bylo krásný právě. Dost takový, že jsem i přemejšlela nad různěma věcmi. To emko, to mě většinou unavovalo, ale když jsem si ho dala víc tam to mě právě nabudilo. Ten katamin jsem měla společně s tripem, takže to byl můj asi největší zážitek drogověj můžu říct. Čas mě utíkal hrozně rychle né naopak hrozně pomalu. To jsem byla na akci na teknu a připada jsem si, že jsem před tou bednou třeba 10 hodin a zjistila jsem, že tam jsem třeba hodinu a dost se mě měnili obličejě lidí a zvětšovali se jim části těl, vypadalo to jako kdyby na mě někdo mluvil a já viděla ty slova, né přímo ty slova, ale něco jak jim z pusy vychází. Víím, že jsem nemohla sedět. Když jsem si sedla, tak jsem padala. Stát jsem mohla, ale sedět to nešlo. Nejdřív jsem si dala ten trip a pak kousíček nějaký koule jsme tam dostali od belgičanů, pak taky emko, co si přivezli, ale jen tak za nehet. Pak jsme tam potkali hrozně milýho člověka a ten nás pozval na ten kokain. Ale tohle všechno jsem vůbec nepociťovala, ten trip to přebil a pak až ten ketamin. Takže 5 různých látek? I marihuanu. Dohromady teda keťák, LSD, marihuanu, alkohol, kokain, extázi a emko. Jak ti bylo?

10. Jaké změny si na sobě vnímala po doznění dané látky?

Spíš jsem se vyspala, takže to všechno zmizelo a ráno jsem se cítila v pohodě. Né úplně špatně. Možná trochu unavenější, protože jsem se nemohla pořádně vyspat, jak toho bylo víc. Ale zase jsem se vyspala tak, že jsem si mohla druhěj den užívat tu akci. Nejhorší dojezdy jsou asi po pervitinu, ty jsou fakt hnusný. To pak spim třeba 3 dny v kuse. Protože jsem hrozně unavená, nepříjemná na lidi. Mám hroznej hlad s tím, že se nejde najíst. Je to nepříjemný. Ten trip ten mě trvá, dokud se nevyspim a občas to udělá to, že mě nejde usnout, takže jsem byla taky druhěj den taková nepříjemná a taková hodně zmatená. Musela jsem třeba do práce a to bylo i po tom pervitinu. A věci běžný, co bych udělala sama od sebe, tak mě museli říct ať to udělám. Sem nevěděla, jak to udělat. Bereš i v týdnu? Já dělám v rychlým občerstvení, takže to není těžká práce. Takže jo, ale když jdu do školy, tak né.

11. Popiš svou nejhorší zkušenost (nebo zkušenost kamaráda).

Tak třeba houbičky, ty si dost užívám, ale pak musej třeba ostatní domů a já jdu taky domů a tak jsem sama. Tak dost začnu přemejšlet a dostanu se do takovýho nepříjenýho, že začnu uvažovat nad tím, že všechno, co dělám, tak je špatně. A to je pak dost nepříjemný. Jo vzpomenu si ještě na jeden zážitek. To bylo na můj 17tý narozeniny. A jela jsem na akci. Tam jsem si připadala jako hrozně velká frajerka a všechno, co se mi dostalo pod ruku jsem si dala. Trip, pervitin a nějaká koule, tráva, alkohol. Právě, že mě nedělá dobře, když mám i jiný drogy. Šla jsem do stanu a najednou jsem si

připadala hrozně ošklivě a bála jsem se z toho stanu vylízt a když tam za mnou někdo přišel do toho stanu, tak jsem mu nedokázala říct o pomoc a ani jsem ty lidi moc neznala a viděla jsem je třeba podruhé v životě, ale zůstala jsem tam s nima, protože byly v pohodě právě. A zachránil mě z toho, to že tam přijel kamarád a napsala jsem mu jestli by si se mnou nemohle promluvit. A tak jsem se vybrečela a sehnala jsem si odvoz domů a odjela jsem. To bylo hodně špatný. **Čím myslíš, že to bylo?** Asi tím pervitinem. Myslím, že to není dobrá droga.

12. Popiš svou nejlepší zkušenost (nebo zkušenost kamaráda).

To byl ten ketamin, ten mě překvapil, to byl fakt zážitek. V životě jsem právě nezažila nic podobnýho. To bylo super. A jinak dobrý, co mám, tak to jsou po tripech. Po LSD mám hodně dobrý zážitky. Mám ráda jak to je pokaždý stejný, ale zároveň úplně jiný. Jak tam jsou ty barvy, ty tvary a všechno je krásný. To mám ráda.

C: Jaké formy rizikového chování se objevují z pohledu zdravotních komplikací?

13. Jaké největší množství jedné konkrétní látky jsi užila a jaké to bylo?

To je asi těch 7 zkombinovanejch, co jsem říkala. To je asi nejvíc. Ale jednou jsem měla 1,5 koule. A když jsem si dávala tu druhou půlku, tak to už jsem jenom ležela, jako nebylo to nepříjemný, ale už jsem měla trochu strach. Nevím, co to bylo nebo kolik toho v tom bylo, ale byl to takovej štít oranžovej. Ale když mě to pak chytlo, tak když jsem to sháněla, tak jsem se snažila zjistit kolik toho v tom je a tak. Jakoby, co v tom je a tak.

14. Jaké zdravotní rizika při neinjekčním užívání vnímáš?

Myslím si, že mám trochu problém s tou komunikací. To si myslím, že mě dělá ta tráva. Třeba, když mám vyprávět nějaký delší příběh, tak se v pŕlce zaseknu a musím přemejšlet, co jsem chtěla říct a dost se do toho zamotávám. Pleť se dost zhoršuje. Třeba obličej, ono se to pak zpraví, ale těch pár dní po tom je ta pleť dost sušší. Co by se třeba mohlo stát? Bojím se třeba toho předávkování, kdybych to neodhadla. Něco určitě se srdcem.

15. Jaké dopady může mít užívání na psychický stav?

Můžu bejt to tom určitě i blázen, když se prostě blbej den, blbá věc a může se stát něco špatnýho. Může se ze mě stát blázen ze dne na den. Určitě tam je ta schizofrenie.

16. Popiš svůj psychický stav před užíváním návykových látek a poté.

To úplně nevím, protože v těch 12ti než jsem začla hulit, to jsem byla ještě dítě a teď to taky беру všechno jinak. Takže nedokážu říct, co se všechno změnilo.

D: Jaké formy rizikového chování se objevují ze sociálně-právního pohledu?

17. Jaké problémy Ti užívání drog způsobilo?

S rodinou, že když na to přišli, tak to bylo takový dost nepříjemný, jak pro mě, tak pro ně. To třeba když se to opakovalo, tak právě řešili, že mě třeba pošlou někam do nějakýho ústavu do diagnostáku nebo něčeho. Nedošlo k tomu, ale už se o tom zmínili právě. Toho jsem se dost bála, tak to byly dost problémy.

18. Jaké problémy Ti užívání drog způsobilo při kontaktu s autoritami? (škola, policie apod.)

Žádný problémy jsem s policií neměla. Ve škole si myslím, že věděj o tom, že hulím trávu, ale nikdy to nikdo neřšil. Nikdo neřekl jsem zhulená, pojd' do ředitelny. Myslím si, že to tam věděj, ale problémy jsem kvůli tomu neměla.

19. Jaký vliv má užívání drog na tvé mezilidské vztahy?

Já třeba nemám moc kamarádů, teda určitě mám. Ale asi se bavím víc s lidma, který jakoby užívaj něco než s lidma, který jsou normálně střízlivý. Moje okolí blízky, je většinou, jsou lidi, co taky berou něco. Máš pocit, že tě to vzdaluje od těch lidí, co neberou? Že se s nima nemám o čem bavit úplně. Pak se třeba bojím před nima mluvit, abych neřekla něco špatnýho. Aby na mě nekoukali špatně.

20. Znáš nějaké sociální služby, na které by ses mohla v případě potíží obrátit?

Linka bezpečí asi, ale přímo, která se zaměřuje na drogy mě vůbec nenapadá. Ale jo vlastně na akcích jsou takový ty stánky, když by bylo něco špatně. Vím, že to bylo na Xmasaru, že to tam bylo.