

Univerzita Hradec Králové

Filosofická fakulta

Ústav sociální práce

**Iniciace injekční aplikace v kontextu terénní sociální
práce s uživateli drog**

Diplomová práce

Autor: Bc. Petr Pavlíček

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

Studijní obor: Sociální práce

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

Hradec Králové

2020

Zadání diplomové práce

Autor:	Bc. Petr Pavlíček
Studium:	U17051
Studijní program:	N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název diplomové práce:	Iniciace injekční aplikace v kontextu terénní sociální práce s uživateli drog
Název diplomové práce AJ:	Initiation of injecting application in the context of field social work with drug users

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce si klade za cíl zmapovat problematiku iniciace injekčního užívání drog a vytvořit intervenční model, který se stane součástí metodiky terénních programů organizace Laxus z.ú. Tento model bude sloužit v praxi jako nástroj intervence směrem k injekčním i neinjekčním uživatelům drog za účelem snížení osob iniciovaných k injekčnímu užívání. Diplomová práce se bude zabývat možnostmi prevence přechodu neinjekčních uživatelů drog k injekční formě užívání. V teoretické části budou rozebrány klíčové pojmy, jako jsou terciární prevence, terénní práce s uživateli drog a injekční užívání drog. K realizaci výzkumné činnosti bude využito převážně kvalitativní strategie. Mezi hlavní techniky sběru dat bude patřit interview (použity budou různé stupně strukturovanosti), analýza dokumentů a ohnisková diskuse (focus groups). K analýze a interpretaci sebraných dat bude využito tematické analýzy a základních statistických metod zpracování dat v aplikaci MS Excel.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. KALINA K. a kol. Drogy a drogové závislosti RHODES, Tim. Terénní práce s uživateli drog

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.
Oponent:	prof. PhDr. Jana Levická, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	29.6.2018

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedl jsem všechny použité zdroje, prameny a literaturu.

Poděkování

Rád bych poděkoval Mgr. Miroslavu Kapplovi, Ph.D., za odborné vedení práce. Rovněž bych rád poděkoval i organizaci Laxus z.ú. a v neposlední řadě participantům a participantkám, podílejícím se na výzkumném šetření.

Anotace

PAVLÍČEK, Petr, *Iniciace injekční aplikace v kontextu terénní sociální práce s uživateli drog*. Hradec Králové: Filozofická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 69 s. Diplomová práce.

Diplomová práce si klade za cíl zmapovat problematiku iniciace injekčního užívání drog a vytvořit intervenční model, který se stane součástí metodiky terénních programů. Tento model bude sloužit v praxi jako nástroj intervence směrem k injekčním i neinjekčním uživatelům drog za účelem snížení osob iniciovaných k injekčnímu užívání.

Diplomová práce se zabývá možnostmi prevence přechodu neinjekčních uživatelů drog k injekční formě užívání. V teoretické části práce jsou rozebrány klíčové pojmy, jako jsou terciární prevence, terénní práce s uživateli drog a injekční užívání drog.

K realizaci výzkumné činnosti bylo využito převážně kvalitativní strategie. Mezi hlavní techniky sběru dat patřil částečně strukturovaný rozhovor. Rozhovory byly vedeny s informanty a informantkami z řad klientů Centra terénních programů Královéhradeckého kraje Laxus z.ú. K analýze a interpretaci sebraných dat bylo využito tematické analýzy pomocí kódování a kategorizace.

Klíčová slova: terénní práce s uživateli drog, injekční užívání drog, injekční iniciace, terciární prevence.

Annotation

PAVLICEK, Petr. *Initiation of injecting application in the context of field social work with drug users*. Hradec Králové: Philosophical faculty, University of Hradec Králové, 2020. 69 pp. Diploma Degree Thesis.

The aim of this diploma thesis is to map the issue of initiating injecting drug use and to create an intervention model that will become part of the methodology of outreach programs. In practice, this model will serve as an instrument of intervention towards both injecting and non-injecting drug users in order to reduce injecting-initiated persons.

The diploma thesis deals with the possibilities of prevention of the transition of non-injecting drug users to injectable use. In the theoretical part, key concepts such as tertiary prevention, fieldwork with drug users and injecting drug use are discussed.

The qualitative strategy was used mainly for the research activities. The main techniques of data collection will include a partially structured interview. The interviews were conducted with informants from among the clients of the Center of outreach programs of the Hradec Králové region Laxus z.ú. Thematic analysis using coding and categorization was used to analyze and interpret the collected data.

Keywords: field work with drug users, injecting drug use, injection initiation, tertiary prevention.

Obsah

Úvod	8
1 Vymezení klíčových pojmů	11
1.1 Terénní sociální práce	11
1.2 Terénní práce s uživateli drog	13
1.3 Konkrétní příklad terénního programu	14
1.4 Užívání drog	16
1.5 Injekční užívání drog	18
1.5.1 Injekční iniciace	20
1.6 Koncepce závislosti	21
2 Popis drogové situace	24
2.1 Systém prevence a protidrogové politiky v ČR	26
3 Terciární prevence a harm reduction v kontextu terénní práce	28
3.1 Harm reduction	29
4 Výzkumné šetření	32
4.1 Předvýzkum	33
4.2 Výzkumná strategie, výběr zkoumaného souboru a způsob sběru dat	34
4.3 Faktory mající vliv na rozhodnutí k iniciaci injekční aplikace	41
4.4 Vztah k injekční iniciaci ostatních uživatelů	50
4.5 Shrnutí výzkumného šetření	55
5 Návrh intervenční strategie	57
Závěr	62
Zdroje	64

Úvod

Fenomén první injekční aplikace, tedy injekční iniciace, není v česky psané odborné literatuře ani ve vysokoškolských kvalifikačních pracích relevantních oborů (adiktologie, sociální práce, sociální antropologie) prakticky vůbec zpracován. Stejně tak si dovoluji tvrdit, že tento jev není v prostředí služeb sociální prevence cílených na uživatele drog dostatečně akcentován, prozkoumán a popsán.

Předkládaná diplomová práce si klade za cíl zmapovat problematiku iniciace injekčního užívání drog a vytvořit návrh intervenčního modelu, který se stane součástí metodiky Centra terénních programů Královéhradeckého kraje organizace Laxus z.ú. Tento model bude sloužit v praxi jako nástroj intervence směrem k injekčním i neinjekčním uživatelům drog za účelem snížení počtu osob iniciovaných k injekčnímu užívání. Díky tomu bude intervence pozitivně ovlivňovat veřejné zdraví, neboť snížením počtu injekčních uživatelů dojde rovněž ke snížení výskytu infekčních nemocí, pojících se s intravenózním užíváním drog, jako jsou hepatitida C a HIV. Sníží se rovněž výskyt dalších zdravotních problémů souvisejících s takovýmto způsobem užívání (lokálních i chronických infekcí, předávkování apod.). Intervence by také měla zamezit zhoršení sociální situace uživatelů.

Intervence nebude určena pouze intravenózním uživatelům, ale bude směřovat také k osobám užívajícím drogy méně rizikovými způsoby, jako jsou šňupání či kouření. Těm budou určeny informace o sociálních i zdravotních rizicích spojených s injekčním užíváním za účelem pozitivně působit na jejich rozhodnutí nezačít užívat drogy intravenózní cestou.

Přechod neinjekčních uživatelů drog k užívání injekčnímu považuji za nežádoucí stav, jelikož injekční aplikace je nejrizikovější způsob aplikace návykové látky. Uvedený nežádoucí stav škodí primárně samotným uživatelům drog,

přecházejícím na rizikovější způsob aplikace. Ohrožen je zejména žilní systém, cévní řečiště, hrozí riziko vzniků trombů, při nitrožilní aplikaci hrozí větší riziko předávkování. Hrozí i zvýšené riziko nákazy infekčními onemocněními: HIV, hepatitidy (zejména typu C), TBC, syfilis, a další. Přechod na injekční formu užívání s sebou nese další kontextuální rizika, jako jsou nebezpečí ritualizace užívání a prohloubení návyku, zvyšující se riziko sociálního propadu či zhoršení sociální situace. Nezanedbatelným je rovněž trestněprávní riziko injekční iniciace druhé osoby, pokud k ní dochází. V neposlední řadě pak uvedený nežádoucí stav škodí veřejnému zdraví širší komunity, ve které daný uživatel žije, a to zejména z důvodu zvýšeného rizika nákazy infekčními onemocněními a jejího rozšíření mimo skupinu intravenózně užívajících osob. Na výše uvedený problém chci upozornit především pracovníky v harm reduction programech, klienty těchto programů a odbornou veřejnost. Za žádoucí považuji, aby injekční uživatelé drog měli dostatek informací o zdravotních i kontextuálních rizicích injekčního užívání a byli motivováni ke změně škodlivých stereotypů, jako je iniciace druhé osoby atd. Popsaný žádoucí stav prospěje v první řadě neinjekčním uživatelům drog a to tak, že náležitě informovaní injekční uživatelé nebudou vědomě iniciovat tyto osoby a nebudou je ani vědomě či nevědomě k injekční iniciaci „svádět“. Popisovaný žádoucí stav prospěje jistě i samotným injekčním uživatelům, kteří nenabudou trestní odpovědnosti za iniciaci druhé osoby. V neposlední řadě prospěje uváděný žádoucí stav veřejnému zdraví, a to tak, že nebude narůstat počet uživatelů drog, kteří si drogy aplikují tím nejrizikovějším způsobem.

Za účelem návrhu vhodné intervenční strategie potřebuji zjistit, jaká je míra informovanosti o zdravotních a kontextuálních rizicích injekční aplikace druhé osoby mezi uživateli, jaké faktory ovlivňují rozhodnutí uživatele drog začít užívat injekční formou, a dále potřebuji zjistit, co ovlivňuje motivaci injekčně užívajícího klienta k injekční iniciaci druhé osoby. Poznávací cíl, potažmo hlavní výzkumná otázka empirického šetření, bude tedy ve znění: *Jaké faktory mají vliv na iniciaci injekční aplikace?*

Získané poznatky, které mi umožní lepší porozumění jevu, využiji k intervenci mezi injekčními uživateli v mé vlastní praxi terénního pracovníka v harm reduction programu. Dále bych rád své poznatky rozšířil v rámci týmu i celé organizace, ve které pracuji, a to tak, že vytvořím pilotní metodiku, kterou následně v našem centru ověříme a posléze zařadíme do metodiky celé organizace. Rovněž zorganizuji na toto téma povinné školení pro pracovníky všech harm reduction programů celé organizace. Dále bych rád své poznatky šířil mezi odbornou veřejnost formou článku v časopise Adiktologie, v neposlední řadě pak formou příspěvků na odborné konferenci.

1 Vymezení klíčových pojmů

Kapitola se zaměřuje na vymezení základních pojmů, které se v textu práce vyskytují. Tato část práce se tedy bude zabývat pojmy, jako jsou terénní programy, terénní práce s uživateli drog, užívání drog, injekční užívání drog a injekční iniciace. Představen bude systém drogové prevence a protidrogové politiky v ČR. Uvedeny rovněž budou základní popisné statistické údaje Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti (NMS) o drogové situaci v ČR. Dále se teoretická část bude věnovat blíže koncepci závislosti a také konceptu terciární prevence, v sociálních službách pro uživatele drog naplňované principem harm reduction.

1.1 Terénní sociální práce

Definici a hlavní činnosti terénní práce vymezuje zákon o sociálních službách z roku 2006. Dle tohoto zákona je sociální služba soubor činností, které podporují a pomáhají osobám předejít sociálnímu vyloučení nebo pomáhají v opětovném začlenění se do společnosti. Terénní práce poskytuje především služby sociální prevence osobám, které vedou ohrožující či rizikový způsob života (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006, [online]).

Často je však tento pojem používán jako synonymum či překlad pojmu streetwork, nebo za něj bývá zaměňován. Streetwork je zastřešující pojem pro všechny aktivity, které se odehrávají mimo kancelář, venku a představují specifický typ výchozího kontaktu (Andersson, 2013, [online]). Autorka Zdena Bednářová se o streetworku vyjadřuje jako o „*aktivní vyhledávací, doprovodné 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).

Cílem terénní práce je být přístupný a dostupný cílové skupině na rozdíl od institucionalizovaných forem pomoci, které člověk vyhledává sám. Sociální pracovníci a pracovníci se pohybují v přirozeném prostředí cílové skupiny, vyhledávají osoby a nabízejí jim pomoc (Rhodes, 1999). Autor Shmulik Szeintuch cíle terénní práce shrnuje následovně: dosáhnout nedosažitelných, které je potřeba motivovat a edukovat (Szeintuch, 2014, [online]). Přirozeným prostředím se rozumí rodina, domácnost nebo místa, kde osoba pracuje, vzdělává se a realizuje běžné sociální aktivity (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006, [online]).

Kořeny terénní práce je možné nalézt v USA v 19. století. Tehdy se předchůdci terénních pracovníků zaměřovali na imigranty a lidi zasažené chudobou. Po druhé světové válce se terénní práce rozšířila i na ostatní kontinenty a do západní Evropy. Až po pádu železné opony se tento typ práce začal používat i v zemích východní Evropy (Sprecht, 2010, [online]).

Postupně, při vzniku nových sociálních problémů vznikaly nové cílové skupiny, na které se terénní pracovníci a pracovníci zaměřují. Jde o osoby ohrožené sociální exkluzí, osoby bez domova, osoby z vyloučených lokalit, osoby poskytující sexuální služby za úplatu, děti a mládež ohrožené společensky nežádoucími jevy. V neposlední řadě se sociální pracovníci zaměřují na osoby ohrožené závislostmi, uživatele návykových nebo omamných psychotropních látek, mimo jiné právě na injekční i neinjekční uživatele drog (Klíma ed., 2009; Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2006, [online]). Terénní služba by se při práci s cílovými skupinami měla řídit základními principy. Ty popisují hlavní pilíře práce s klientem. Jako základní principy uvádí metodická příručka následující: *„dodržování práv uživatelů, zplnomocňování uživatelů, práce v přirozeném prostředí uživatelů, kontinuita a návaznost služeb, princip nízkoprahovosti“* (Nedělníková ed., 2008, s. 14).

1.2 Terénní práce s uživateli drog

Jako každý jiný typ sociální práce má i ta terénní svá specifika. „*Zaměřuje se na takové uživatele drog, kteří žijí nebo se pohybují na ulici, nejsou v kontaktu s žádnou zdravotnickou, sociální či jinou pomáhající organizací, a jsou tím pádem velmi těžko zachytitelní a ovlivnitelní*“ (Staníček, Hrdina in Klíma ed., 2009, s. 223). Tato specifická skupina často o sociální službě neví, nebo nedisponuje pravdivými informacemi (tamtéž, 2009). „*Výběr cílové populace by měl být proveden na základě potřeby jednotlivců z hlediska služeb, nikoli pouze na základě statusu ‚uživatelů drog‘ nebo ‚nitrožilních uživatelů drog‘, nebo proto, že jsou snadno dosažitelné*“ (Rhodes, 1999, s. 12). Již zmíněný Tim Rhodes podává přehledný výčet osob, které je možné do cílové skupiny terénní práce zařadit. Patří sem především mladí nitrožilní uživatelé, osoby začínající s nitrožilním užíváním, rekreační uživatelé, ženy uživatelky, uživatelé z etnických menšin, ale také osoby, které užívají dlouhodobě a sociální služby neznají (tamtéž, 1999).

Terénní pracovník si klade za cíl monitorovat drogovou scénu, oslovovat zájemce, u nichž si postupně vybuduje důvěru a naváže s nimi kontakt. Vždy se řídí principy nízkoprahovosti, anonymity a bezplatnosti. Postupně se pracovník snaží edukovat uživatele drog a změnit jeho způsob života od „rizikového“ a „škodlivého“ ke „zdravému“. Předává mu především hlavní zásady bezpečnějšího užívání drog, ale i bezpečného sexu, které uživatel postupně předává i svému okolí (Staníček, Hrdina in Klíma, 2009; Matoušek, 2013).

„Práci v terénu“ mohou vykonávat dva typy pracovníků. Jedním z nich je terénní sociální pracovník, který musí kromě bezúhonnosti, zdravotní způsobilosti a odborné způsobilosti splňovat i parametry vzdělání definované v zákoně. Vzdělání může mít vyšší odborné se zaměřením na sociální práci, sociální pedagogiku nebo sociální činnost, vysokoškolské v programu sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, speciální pedagogika a sociální péče. Druhým typem je terénní pracovník, který splňuje parametry pracovníka

v sociálních službách (Nedělníková ed., 2008). Tento parametr je možné naplnit také akreditovaným kurzem.

1.3 Konkrétní příklad terénního programu

Jako příklad konkrétního terénního programu je možné uvést terénní službu neziskové organizace Laxus z.ú. Krátká definice je vhodná i z toho hlediska, že účastníci výzkumu jsou klienti právě Centra terénních programů Královéhradeckého kraje Laxus z.ú. Terénní program poskytuje sociální, adiktologické a preventivní služby. Klientům jsou poskytovány zdarma a anonymně služby ve formě kontaktní práce (rozhovor), sociálního poradenství (předávání informací o možnostech zlepšení nepříznivé situace), informačního servisu (informace o bezpečnějším užívání návykových látek, o bezpečném sexu atp.). Prioritou pracovníků je harm reduction program a testování klientů na infekční choroby. Harm reduction program se snaží o minimalizaci rizik spojených s užíváním – pracovníci přijímají použitý a vydávají čistý sterilní injekční materiál. Terénní pracovníci mimo jiné aktivně vyhledávají uživatele drog, navazují s nimi kontakt a motivují je ke změně dosavadního rizikového životního stylu. Terénní program plní své závazky také vůči široké veřejnosti. Za hlavní cíle si klade ochranu veřejného zdraví, především před šířením nemocí jako HIV, hepatitida typu C a syfilis. Snaží se o to aktivním sběrem a likvidací použitého materiálu a testováním klientů. Také poskytuje pravdivé a objektivní informace, které se týkají problematiky užívání drog a uživatelů (Laxus z.ú., 2019, [online]).

Terénní program Královéhradeckého kraje působí v okresech Náchod, Jičín, Hradec Králové a Rychnov nad Kněžnou. V oblasti kraje má terénní program propracovaný systém tzv. regionů. Každý takový region má přiděleného tzv. klíčového pracovníka. Celkem pokrývá terénní program 31 obcí Královéhradeckého kraje, jejichž velikost se pohybuje mezi 3–25 tisíci obyvateli

(výjimkou je v tomto ohledu město Hradec Králové). Struktura regionů prochází aktualizací, program tak reaguje na změny drogové scény případnou optimalizací činností terénního programu. Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje mělo za rok 2019 celkem 288 klientů. V terénním programu funguje interní systém tzv. klíčových pracovníků, kteří mají podle specificky vymezeného území kraje (tzv. regiony viz výše v textu) rozděleny jednotlivé klienty v kontaktu a pravidelně revidují individuální plány. Ty následně hodnotí a na základě hodnocení ve spolupráci s klientem vytváří nové.

Těžiskem terénního programu je práce s injekčními uživateli, kteří sice stále tvoří většinu klientely programu (v roce 2019 činili injekční uživatelé 70 % klientely, tj. 201 klientů), avšak jejich podíl z celkového počtu klientů významně meziročně klesl, jelikož pozornost programu se v roce 2019 začala soustředit také na mladé neinjekční uživatele, návštěvníky „parties“ a experimentátory. Tato aktivita tak byla reakcí na skutečnost, že se v terénu stále častěji pracovníci setkávali s mladými lidmi, kteří experimentují či rekreačně užívají drogy neinjekční cestou. Právě tito lidé jsou vysoce ohroženi přechodem k injekčnímu užívání, ale i zdravotními komplikacemi či dokonce předávkováním, neboť často bez váhání a bez dostatečných znalostí kombinují různé typy drog. Tato skutečnost je bezpochyby důležitou i v kontextu předkládané diplomové práce a jejího záměru.

Co se užívaných látek týká, převažující primární drogou klientů programu byl v roce 2019 pervitin (77 % klientů). Výsledná skladba primárních drog klientů byla v roce 2019 ovlivněna již zmíněným novým zaměřením programu i na mladé neinjekční uživatele. Z tohoto důvodu byli v roce 2019 zastoupeni klienti s primární drogou MDMA či THC stejnou měrou jako v minulosti podílem rozšířenější skupina klientů užívající primárně opiáty (v roce 2019 činili tito uživatelé necelých 10 % klientely). Změnu vykazuje i genderové složení klientů terénního programu. Oproti předchozím rokům došlo k významnému nárůstu podílu žen na celkovém počtu klientů (20 % podíl žen klientek v roce 2015, poté kontinuální nárůst podílu až na téměř 40 % v roce 2019). K vysvětlení této skutečnosti lze nabídnout několik hypotéz, od depistáže ve virtuálním prostředí

(žena uživatelka může být často, obzvlášť v roli matky, ohrožena větší stigmatizací než muž uživatel, navázání na službu / první kontakt ve veřejném prostoru je pro ni potenciálně rizikovější, byť třeba subjektivně, než je tomu při oslovení či navázání kontaktu na sociální síti), přes zrušení pevné časové struktury výjezdů do měst (žena uživatelka, opět obzvlášť v roli matky, má ze zkušeností terénního programu častěji na starosti péči o domácnost a děti, pevná časová struktura jí tak může působit větší obtíže při kontaktu se službou), až po skutečnost, že tým terénního programu funguje téměř v ženském složení (5 žen + 1 muž).

1.4 Užívání drog

Ještě před definováním různých způsobů, jakými je možné drogy užívat, je potřeba definovat samotný pojem droga. Pod označením **droga** se rozumí každá látka nebo substance, která svým působením na organismus dokáže změnit jeho fungování nebo strukturu. Za touto změnou stojí chemické složení dané látky. Jak dodává Andrew Tyler, je nutné rozlišovat intenzitu, s jakou osoba drogu užívá, a množství užití látky (Tyler, 2000). Ještě obsírnější definici podává ve své publikaci Anita Ganeri (2001, s. 5). Podle ní je droga „*jednoduchá léčivá látka, organická nebo anorganická, užívaná samostatně, nebo jako přísada*“.

Drogy je možné dělit podle různých hledisek, ovšem jedním z nejpřehlednějších a nejjasnějších je hledisko legality. Podle zákona je možné dělit drogy na legální a nelegální. Legální jsou zákonem povolené, jejich užívání je tolerováno a jejich výskyt je ve společnosti akceptován. Jsou jimi alkohol, tabák, kofein, organická rozpouštědla, ale i léky s analgetickým a antipyretickým účinkem. Na druhém konci se nacházejí drogy nelegální, zákonem zakázané. Mezi ty patří opiáty (opium, kodein, heroin, syntetické opiáty atd.), stimulancia (kokain, efedrin, amfetamin, metamfetamin, MDMA), halucinogeny (meskalin, durman, LSD atd.)

a nejužívanější nelegální drogy – konopné látky (marihuana, hašiš) (Kraus a Hroncová, 2010; Substitucna-liecba , 2020, [online]).

Drogy lze rozdělit také podle míry rizika a negativního dopadu na jedince a celou společnost. Nejrizikovější drogou je v tomto ohledu jednoznačně legální droga alkohol, která převažuje nad druhým heroinem o 20 % v celkovém „skóre“ škodlivosti. Na třetím místě je crack (který se však v prostředí ČR prakticky nevyskytuje) následovaný metamfetaminem (kam řadíme pervitin). Pětici nejškodlivějších drog uzavírá kokain (Kalina, 2015).

Způsoby, jakými jsou drogy užívány, jsou různé a často závisí na substanci drogy. Jinak se budou užívat drogy ve formě prášku, tekutiny či krystalické. Kalina (2001) ve své publikaci popisuje aplikaci drogy jako určitý způsob podání látky do těla. Na tom, jak se látka podá, závisí intenzita následného účinku, ale i nežádoucí účinky (jako poškození orgánů nebo přenos infekce). Způsoby užití drogy jsou dle Kaliny (2001) taktéž rozmanité. Patří mezi ně kouření, šňupání, orální nebo anální podání (kapsle, čípky, tekutiny), injekční podání. Kouření je jeden z nejčastějších způsobů užití drog. Kouří se tabák, marihuana, opium, heroin, ale také kokain či pervitin. Látky obsažené v kouři se z plic dostanou přímo do krevního oběhu, proto je to jedna z nejrychlejších cest nástupu účinku drogy. Nežádoucími účinky kouření jsou vysoký tlak, srdeční nemoci, rakovina, mozkové příhody, chronické onemocnění plic.

Šňupání neboli sniff je aplikace drogy nosem. Šnupe se tabák, kokain, heroin, pervitin. Často se ke šňupání používají bankovky nebo jiná „šňupátka“. Látky obsažené v droze se z větší části vstřebají do krevního oběhu pomocí nosní membrány. Zbytek se dostává do trávicího traktu a rozkládá se v žaludku. Zdravotní rizika jsou především poškození nosní přepážky, ale také přenos infekčních nemocí jako důsledek sdílení „šňupátek“.

Dalším způsobem je užívání drog orálně. Nejčastěji se orálně užívá alkohol, marihuana, LSD, extáze, ale také opium a amfetaminy. Tento způsob užití drogy

je jedna z nejbezpečnějších cest, protože se látka vstřebává do organismu pomalu. Droga se může nasypat do želatinové kapsle, sníst syrová a podobně.

Drogy je rovněž možné užívat anální aplikací např. čípků. Tento typ aplikace je však nebezpečný proto, že anální otvor je velmi citlivý a může se lehce poškodit. Častá aplikace má za následek poškození střev a může vést k úmrtí.

Poslední a nejnebezpečnější způsob aplikace je injekční. Podrobně je popsán v následující podkapitole (viz též Kalina, 2001).

Dlouhodobé užívání drog způsobuje množství somatických, psychických, ale i sociálních změn u člověka. Mezi nejčastější sociální problémy patří komplikace spojené s udržení dosavadního sociálního způsobu života (práce, bydlení, rodina). Mezi zdravotní problémy patří především různé infekce měkkých tkání, abscesy, onemocnění ledvin a jater, kazivost chrupu, celkové oslabení imunitního systému. Dlouhodobé užívání některých substancí může vyvolat psychické problémy ve formě halucinací, paranoie, depresí, ale i duševních poruch a chorob (Jirešová, Sarang, Vavrinčíková, McVinney, 2005).

1.5 Injekční užívání drog

Injekční užívání spočívá v přímé aplikaci látky do krevního systému. Tato aplikace může být provedena třemi způsoby: podkožně, nitrožilně, nitrosvalově. Po injekční aplikaci začíná droga účinkovat nejrychleji, cca do 5 sekund, a i proto se velké množství uživatelů k této aplikaci vrací. Jako nejzákladnější zdravotní problémy při ní se uvádí přenos infekčních chorob, poškození a zjizvení žil, vznik trombóz a ischemií.

Injekční užívání *„je nebezpečné tím, že při něm může nastat přenos HIV/AIDS a žloutenek, hrozí zánět srdeční nitroblány (k srdci se dostane krevní infekce), předávkování, vmetek do plicnice, otrava krve, záněty žil atd.“* (Ganeri, 2001, s. 135). O'Donnell a Jones (1968, [online]) se ve své publikaci věnují

intravenóznímu užívání drog. Jejich publikace je sice staršího data, ale informace v ní obsažené jsou stále aktuální. Z historie je patrné, že rozšíření zmíněné aplikace drog trvalo v USA přibližně dvacet let a zpočátku se využívalo spíše v kontextu lékařské péče. Postupně však uživatelé hledali způsob, při jehož užití bude mít látka co nejrychlejší a nejsilnější nástup. Také postupně slábla koncentrace drog, které se na ulici prodávaly, a bylo proto potřeba přejít na způsob, který jejich účinek zvýší.

S injekčním užíváním se pojí také pojem „závislost na jehle“, v souvislosti s tímto pojmem odborníci mluví o takzvané dvojité závislosti. V české odborné literatuře však tento pojem definován není. Vyjadřuje se k němu však ve svých výzkumech Richard Pates. Ten o závislosti na jehle mluví jako o aktu, během něhož si člověk opakovaně propichuje kůži pomocí injekční jehly. Nemusí jít pouze o samotnou aplikaci drogy, injekci může aplikovat i bez návykové látky (Pates, 2001, [online]).

Injekční užívání je nejnebezpečnější forma, jakou si může jednotlivec drogu aplikovat. Postup injekčního užití je podrobně popsán v *Metodice terénních programů Královéhradeckého kraje (2019)*. Část uživatelů však stále není v oblasti bezpečného užití edukována, nebo neví o všech krocích. Může se navíc stát, že nemá k dispozici správný sterilní materiál. Poskytování čistého náčiní k injekční aplikaci je jednou ze základních služeb terénních programů. K náčiní řadíme pánvičky, filtry, sterilní vodu, suché nebo alkoholové tampony. Na úroveň edukace ohledně správné injekční aplikace při injekční iniciaci jsme se také dotazovali participantů našeho šetření. Při injekční aplikaci je potřebné mít umyté ruce, nejlépe mýdlem a vodou. Pokud aplikace neprobíhá v bezpečném prostředí (například doma), ale venku, je dobré materiál rozložit na čistý papír či kapesník. Pokud bude na zemi nebo na jiné věci, může dojít k jeho znečištění. Před samotným aplikováním je nutné odměřit dávku tak, aby byla bezpečná a nehrozilo riziko předávkování. Materiál se pak rozpustí ve sterilní vodě, do které se vhodí filtr na zachycení nečistot. Pak se sterilní stříkačka vyndá z obalu a natáhne se do ní kapalina (rozpuštěná droga). Stříkačka se následně otočí jehlou

vzhůru a poklepe se na ni. Jehla se přiloží na předem vybrané místo otřené dezinfekcí. Je vhodné použít škrtilo. Vpich se vždy provádí směrem k srdci. Pokud se ve stříkačce objeví tmavá žilní krev, je to v pořádku, pokud ne, žíla nebyla „trefena“. Postupně se aplikuje droga a po aplikaci se pomalu vytahuje jehla. Nakonec se místo stlačí sterilním suchým tamponem (Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog, 2012; Metodika centra terénních programů Královéhradeckého kraje, 2019).

1.5.1 Injekční iniciace

Iniciace injekční aplikace je zásadní moment v drogové kariéře uživatele. Jedná se v určitém smyslu o rituální překročení pomyslné hranice. Je to akt, kterýmžto dochází k pokračující reprodukci injekčně užívající populace a vystavení světa rizikům krví přenosných infekčních chorob.

Přestože je injekční aplikace nejnebezpečnější formou užívání a v ČR je prevalence injekčního aplikace mezi uživateli návykových látek velmi vysoká, téma injekční iniciace není v česky psané odborné literatuře prakticky vůbec zpracováno. Ze zahraničních studií různých autorů pak můžeme vyvodit, že při injekční aplikaci má zcela zásadní roli osoba tzv. iniciátora, jelikož většina lidí, kteří prošli injekční iniciací, tak učinila právě za pomoci druhé, v injekční aplikaci již zběhlé, osoby (Bluthenthal, Wenger, Chua, Quinnc, Thinga, 2014, [online]; Rotondi N., Strike, Kolla, Rotondi M., 2014, [online]; Crofts, Louie, Rosenthal, Jolley, 1996, [online]). Mezi faktory, uváděné v literatuře jakožto vedoucí doposud neinjekčně užívajícího člověka k injekční iniciaci, patří například historie polyvalentního užívání drog, injekčně užívající partner, kamarád či známý, sexuální zneužívání v dětství, pobývání mezi injekčními uživateli nebo život na ulici.

1.6 Koncepce závislosti

Závislost na různých látkách si každoročně vyžádá miliony obětí. Proto bylo potřebné, aby se syndrom závislosti začal chápat jako skutečná nemoc, která vyžaduje specifický přístup a léčbu. Syndrom závislosti je definovaný v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10: „*Je to skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více*“ (Nešpor, 2000, s. 14). Karel Nešpor dále uvádí, že by mělo během jednoho roku dojít nejméně ke třem z následujících jevů, aby bylo možné závislost diagnostikovat. Jedná se o craving, tedy silnou touhu užít látku, o problémy se sebeovládáním, o somatický odvykací stav, postupné zvýšení tolerance k látce. Také se může objevit zanedbávání předešlých zájmů a pokračování v užívání látky, i když jedinec ví, že mu škodí a ubližuje (tamtéž, 2000). Robert West (2016) popisuje závislost jako určité chování, které se opakuje a je úmyslné. Jeho příčinou je závislostní chování člověka. Jeho zdrojem bývá deformace motivačního systému jedince, ale také neadekvátní nestimulující prostředí.

Závislost je komplexní jev a její vznik se vysvětluje pomocí mnoha faktorů, které se dělí do čtyř hlavních skupin. Tom Illes (1999) mluví o faktorech farmakologických, kam řadí samotnou drogu. Dalšími jsou faktory tělesné a psychologické, zahrnující osobnost jedince. Zatřetí je to faktor environmentální, tedy faktor prostředí. Posledními jsou faktory precipitující (podnětné). Vyjmenované faktory jsou obecným shrnutím základních motivací, které člověka přimějí drogu užít. „*Závislost začíná ve chvíli, kdy někdo potřebuje drogu nebo zážitek, který droga vyvolává. Jinými slovy, závislí jste ve chvíli, kdy bez určité drogy nedokázete žít*“ (Ganeri, 2001, s. 72).

Závislost je možné rozdělit na dvě hlavní skupiny, které se ovšem často vyskytují zároveň a někdy je problematické jejich přesné vymezení. Jednou skupinou je psychická závislost, jež se projevuje bažením a touhou užít drogu. Když se droga

stane součástí metabolismu v organismu, vzniká závislost somatická (fyzická). Při odejmutí drogy nebo abstinenci je možné zaznamenat negativní projevy a při silné fyzické závislosti může abstinenci syndrom člověka zabít (Kraus a Hroncová, 2010). Ne všechny drogy vyvolávají fyzickou nebo psychickou závislost a zároveň výskyt jedné závislosti nedeterminuje výskyt druhé.

Existuje množství modelů, které vysvětlují vznik závislosti. West ve své publikaci (2016) popisuje více než třicet různých teorií, jež na vznik závislosti nahlízejí z různých úhlů. Modely rozdělil na dvě hlavní úrovně – úroveň jedince a úroveň skupiny nebo celé populace. Dle modelů na úrovni jedince má na vznik závislosti vliv osobnost jedince, jeho specifické charakteristiky a dispozice. Závislost může například vzniknout rozvojem silných pudů, selháním autoregulačních strategií, intenzivním pozitivním nebo negativním upevněním, identifikací s cizími vzorci chování a jejich imitací, vlivem emočního zkreslení. Závislost může také spočívat ve vzniku fyziologických a psychologických potřeb, které jsou pak pokračováním v závislostním chování naplňovány. Poslední zmíněný model je jednou z nejužívanějších teorií při vysvětlování vzniku drogové závislosti. Na úrovni populace se jedná o modely, které vysvětlují závislost jako výsledek interakcí a působení různých parametrů v populaci. Jedním z nich je například ekonomický model, který se snaží o predikci závislostního chování pomocí ekonomických funkcí, jako jsou finanční náklady, konkurence, cena chování. Oproti němu stojí marketingové modely, které za vznikem závislosti vidí komerci a propagaci chování různými aktéry (West, 2016).

Stejný autor se vyjadřuje k možnostem, jak měřit závislost a stanovit její stupeň. Zaznamenat a měřit je podle něj možné dva hlavní parametry – motivaci a behaviorální tendenci. Při motivačním měřítku je možné stanovit intenzitu a frekvenci puzení, intenzitu potřeby a pudu. U behaviorálních tendencí je možné zaznamenat frekvenci chování, reakci na intervenci a objektivní ukazatele intenzity závislostního chování (tamtéž, 2016).

V praxi terénních programů pro uživatele návykových látek je koncept závislosti důležitou kontextuální informací, nicméně jedná se o psychiatrický termín,

diagnózu, kterou je schopen učinit pouze lékař (psychiatr, adiktolog), nikoliv sociální pracovník. Terénní programy by se tak měly zdržet používání pojmu „práce se závislými“, jelikož jednak ne všichni klienti terénních programů vykazují známky závislosti, a i když je někteří vykazovat mohou či svou „závislost“ subjektivně deklarují, není úkolem terénního pracovníka klienty nálepkovat (a případně stigmatizovat) či diagnostikovat (na což nemají pracovníci a pracovnice terénních programů ani odbornou způsobilost).

2 Popis drogové situace

Stav české společnosti a výskyt jednotlivých drog zobrazuje studie *Prevalence užívání drog v populaci ČR*. V rámci této studie je každoročně osloveno 1000 až 2000 respondentů, kteří reprezentují populaci ČR. Respondenti ve face to face interview odpovídají na zkušenosti s užitím konopných látek, extáze, pervitinu nebo amfetaminů, kokainu, heroinu a jiných opioidů, LSD a halucinogenních hub a jiných (nových) psychoaktivních drog. Poslední studie v roce 2018 se zúčastnilo 2030 respondentů (1665 ve věku 15–64 let). Celkem 29,7 % respondentů užilo nelegální drogu (35,7 % mužů a 23,7 % žen), nejčastěji se jednalo o konopné látky (26,2 %), poté o extázi (5,3 %), halucinogenní houby (3,5 %), pervitin (2,0 %) a kokain (1,3 %) (*Prevalence užívání drog v populaci ČR, 2019, [online]*).

Celkový pohled doplňují údaje z Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018. Jedná se o odhady počtů uživatelů. Na území České republiky je podle odhadu 33,5 tisíce uživatelů pervitinu, 5,2 tisíce uživatelů buprenorfinu a 3,4 tisíce uživatelů heroinu. Počet injekčních uživatelů byl odhadnut na 39,5 tisíce. Nízkoprahové služby odhadují počet uživatelů pervitinu na 33,5 tisíce a injekčních uživatelů na 39,5 tisíce. Odhady lékařů jsou nižší – zhruba 13,3 tisíce uživatelů pervitinu (Mravčík, Chomynová, Grohmannová, Janíková, Černíková a kol., 2019).

Pro předkládanou práci je důležité blíže představit a definovat psychoaktivní látku **pervitin**, kterou v České republice užívá odhadem 33,5 tisíce uživatelů (Mravčík, Chomynová, Grohmannová, Janíková, Černíková a kol., 2019). Pervitin je také primární droga, kterou užívají účastníci šetření (viz relevantní kapitola níže v textu). V České republice je pervitin v porovnání s evropskými zeměmi zneužíván často. Patří do skupiny látek nazývané stimulancia pro své povzbudivé účinky. Na ulici se můžeme setkat s jeho označováním výrazy jako piko, speed, péčko, peří, perník, meťák. Rozšířený je především pro relativně

snadnou domácí výrobu, pro kterou je potřebná látka efedrin. Ta se nachází ve „volně“ prodejných léčivech, která obsahují tzv. prekurzory (pseudofedrin). Chemicky patří do skupiny metamfetaminů.

Droga byla poprvé použita v Japonsku na konci 19. století. V roce 1927 byla zavedena jako lék. Používala se mimo jiné během druhé světové války, kdy se rozdalo okolo 80 milionů tablet vojákům ke zvýšení bdělosti a aktivity. Po druhé světové válce byl amfetamin volně dostupný nebo předepisovaný lékaři jako antidepresivum nebo lék na hubnutí. Aplikoval se injekčně nebo perorálně ve formě tablet. V 70. letech byla droga prohlášena za ilegální, protože se prokázaly mnohé její nežádoucí účinky. Její nelegální výroba pokračuje od poloviny 70. let na území Česka až dodnes. Pervitin má formu bílého krystalického prášku bez zápachu či chuti. Lze ho zakoupit v plastovém či papírovém sáčku. Často je však zbarven do žluta, protože není čistý a obsahuje různé příměsi v důsledku domácí výroby. Jeho výroba probíhá v ilegálních varnách či laboratořích. Hlavní účinky pervitinu jsou euforie, povzbuzení organismu, zrychlený nervový systém, vzrušení, oddálení pocitu hladu a ospalosti. Pervitin také u člověka zvyšuje hovornost, chuť na sex, pocit empatie a extravertzi. Droga má samozřejmě kromě „pozitivních účinků“ na organismus i účinky negativní. Řadí se mezi ně změny chování, výkyvy nálad, bolesti hlavy, kloubů a hrudníku, zvýšené somatické projevy jako pocení, třes, nespavost, nechť k jídlu. Typické jsou také boláky a rány na kůži či zkažené zuby. U dlouhodobého uživatele se může vyvinout psychická porucha – osoba je paranoidní, trpí halucinacemi a stíhomamem. Může se objevit depresivní myšlení nebo tendence k sebevražednému chování nebo toxická psychóza. Pervitin s sebou nese také rizika kardiovaskulárních onemocnění, mozkové mrtvice, srdeční arytmie a poškození jater. Dlouhodobé užívání kromě jiného poškozuje kognitivní oblast – učení, pozornost, paměť. Odborníci se shodují v tom, že na pervitinu nevzniká fyzická závislost (proto abstinenční příznaky neohrožují život). Psychická závislost může vznikat, ale nelze určit po jak dlouhé době vzhledem k tomu, že člověk vydrží bez drogy bez obtíží i několik dní. Typické jsou pocity cravingu, skleslosti, úzkosti a špatné nálady. Pervitin se užívá šňupáním, kouřením, orálně pomocí kapslí nebo ho lze

rozpustit a vypít. Velmi často se však užívá injekčně po rozpuštění ve vodě. Právě nitrožilní injekční užití s sebou nese další rizika, jako např. přenos nemocí (Ganeri, 2001; Tyler, 2000; Prev centrum, 2017, [online]; Substitutna-liecba, 2020, [online]).

2.1 Systém prevence a protidrogové politiky v ČR

„Politika v oblasti závislostí (protidrogová politika) je komplexní a koordinovaný soubor opatření společnosti zaměřený na problematiku legálních i nelegálních návykových látek a patologického hráčství. Jedná se o opatření preventivní, vzdělávací, léčebná, sociální, regulační, kontrolní a další, včetně vymáhání práva“ (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019, [online]). Hlavním cílem je snížení rizik, která návykové látky a jejich užívání způsobují. Jedná se především o sociální a zdravotní rizika. Zmíněný cíl je naplňován už od roku 1993, kdy vznikla Mezirezortní protidrogová komise, která v roce 2002 dostala dnešní název, jenž zní Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Jedná se o nejdůležitější orgán, který na národní úrovni vytváří národní strategie a akční plány. Tento orgán mimo jiné spolufinancuje služby zaměřující se na uživatele návykových látek (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019, [online]).

Aktuální národní strategie, která má platnost od roku 2019 a své cíle bude naplňovat do roku 2027, se nazývá *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027*. Strategie staví svou politiku na předpokladu, že závislostní chování je komplexní bio-psycho-socio-spirituální jev, který není dán pouze osobností a vůlí jedince a není to ani výsledek dobré či špatné prevence. Osobám se závislostním chováním pomáhají adiktologické a sociální služby. S nimi je v kontaktu asi 45 tisíc uživatelů nelegálních drog ročně. Z toho více než polovinu tvoří uživatelé pervitinu. Jedná se především o klienty nízkoprahových služeb. Aktuálně se v české populaci odhaduje asi

50 tisíc osob, kteří jsou problémovými uživateli pervitinu a opioidů, z toho je zhruba 40 tisíc injekčních uživatelů. „*Problémové užívání opioidů a pervitinu je v ČR na úrovni evropského průměru, ale míra injekční aplikace je v ČR nad evropským průměrem*“ (Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027, 2019, [online]). Národní strategie se řídí principy demokracie, rovnosti, solidarity, odpovědnosti, svobody, důstojnosti, dodržování lidských práv. Aktivitu, které realizuje, se odvíjejí od současného stavu společnosti, reálně identifikovaných problémů a priorit, které jsou stanoveny na základě vědeckých poznatků. Za cíle a priority Národní strategie označila „*posílení prevence a zvýšení informovanosti, zajištění kvalitní a dostupné sítě adiktologických služeb, efektivní regulaci trhů s návykovými látkami a závislostními produkty, posílení řízení, koordinace a efektivní financování protidrogové politiky, strategie se bude zabývat i problematikou léčivých přípravků s obsahem psychoaktivních látek, nadužívání internetu a nových technologií a problematikou konopi a kanabinoidů*“ (tamtéž, [online]). Aby byly výše zmíněné cíle naplněny co nejlépe, věnuje pozornost čtyřem základním oblastem, které tvoří „*prevence, minimalizace rizik a škod, léčba a resocializace, regulace trhu a snižování nabídky*“ (tamtéž, [online]).

3 Terciární prevence a harm reduction v kontextu terénní práce

Obecně je prevence vnímána jako určité předcházení výskytu nežádoucího jevu. Společnost se snaží nežádoucím jevům předcházet různými způsoby v různých stádiích výskytu daného jevu.

Blahoslav Kraus uvádí ve své publikaci jedno ze základních rozdělení prevence na specifickou a nespecifickou. Specifická prevence se zabývá jednotlivými sociálními problémy, jež se ve společnosti vyskytují (šikana, patologické hráčství, užívání návykových látek). Nespecifická prevence se snaží o komplexní formování osobnosti a její nasměrování ke zdravému životnímu stylu (Kraus a Hroncová, 2010).

Další, snad nejužívanější rozdělení dělí prevenci na primární, sekundární a terciární. Obecně lze primární prevenci definovat jako snahu zabránit výskytu určitého jevu, nemoci, úrazu předtím, než se vůbec objeví. Snaží se o to prostřednictvím legislativy, zákazů nebo kontroly, edukace o zdraví a jednotlivých škodlivých jevech. Na rozdíl od toho se sekundární prevence snaží o snížení dopadu určitého negativního jevu a o obnovu poškozené osoby nebo skupiny osob pomocí odstranění nežádoucího problému. Sekundární prevence používá nástroje, jakými jsou například léčba určité nemoci či zranění, obnova protektivních faktorů, navrácení do původního stavu, pravidelné kontrolování zasažené osoby či skupiny. Terciární prevence se zaměřuje na osoby, které jsou nežádoucím jevem postižené a u nichž trvá postižení dlouhodobě. Cílem terciární prevence je zlepšení dosavadní kvality života a zredukování negativních faktorů, které život jedince ovlivňují. To je možné například pomocí léčby a rehabilitace (National institute on drug abuse: prevention [online]; Iwh, 2015, [online]; Healthlinkbc, 2016 [online]).

Ze stručného vysvětlení základních principů jednotlivých preventivních postupů lze odvodit, že prvky práce terénních programů spadají pod terciární prevenci. Prevenci, která se zaměřuje právě na uživatele drog, definuje Kalina (2003, s. 17)

jako „předcházení vážnému či trvalému zdravotnímu a sociálnímu poškození z užívání drog. Řadíme sem sociální rehabilitaci, doléčování, podporu v abstinenci, ale i prevenci zdravotních rizik u neabstinujících klientů“. Zmíněnou rehabilitaci je možné chápat jako „souhrn určitých postupů, kterými se upravují společenské vztahy, obnovují narušené praktické schopnosti a dovednosti i možnosti seberealizace postiženého jedince“ (Kraus a Hroncová, 2010, s. 303).

Terciární prevence v terénní práci si také klade za cíl snížit riziko relapsu. Případná závislost na drogách je dlouhodobá, chronická a relapsy jsou běžné. U osoby, která se pokouší ze závislosti vyléčit, se může vyvinout nová závislost na substituční látce nebo závislost na více látkách. I tato rizika se terénní pracovníci svým přístupem snaží minimalizovat (*National institute on drug abuse: prevention*, [online]).

3.1 Harm reduction

Harm reduction („snížování rizik“) přístup pracuje s uživateli, kteří užívají drogy a nejsou motivováni s užíváním přestat. Prostřednictvím terénních programů jim pracovníci mění injekční sterilní materiál a jiné pomůcky k bezpečnější aplikaci. Také jim zdarma poskytují kondomy a zdravotně-sociální poradenství. Všechna opatření, která pracovníci vykonávají, mají za cíl stabilizovat celkovou, tedy zdravotní i sociální, situaci klienta (Kalina, 2003). Katarína Jirešová (2005, s. 17) definuje harm reduction jako „soubor praktických strategií snižujících negativní důsledky užívání drog, které zažívají jednotlivci a komunity. Mezi přístupy harm reduction patří spektrum strategií od bezpečnějšího užívání drog po kontrolované užívání až abstinenci“.

Jak na svých stránkách uvádí koalice Harm reduction, tento princip byl stanoven v roce 1993. V roce 1994 se začal využívat ve formě výměny injekčního materiálu mezi pracovními skupinami a uživateli drog. Dnes tato koalice pomáhá drogovým uživatelům čelit stigmatizaci a také obhajuje své principy při vzniku nových

reforem ve zdravotnictví. Harm reduction je tedy komplex praktických strategií a nápadů, které vedou k redukcí negativních dopadů spojených s užíváním drog. Harm reduction je také hnutí, které se snaží o vybudování, důvěru a respekt práv lidí užívajících drogy¹ (Harm reduction coalition, 2019, [online]).

Principy harm reduction jsou i v dnešní společnosti kontroverzní a stále jsou vedeny odborné debaty o jejich účinnosti ze společenského hlediska. Mezi základní principy patří akceptování skutečnosti, že legální, ale i nelegální drogy jsou reálným společenským faktem, a proto je lepší minimalizovat jejich rizika, než je ignorovat. Dále je to chápání užívání drog jako komplexu fenoménů, které se vzájemně ovlivňují. Patří sem i povědomost o tom, že některé formy užívání jsou bezpečnější než jiné. V neposlední řadě je to také snaha o destigmatizaci uživatelů v komunitě, ve které žijí. Dalším principem je prohlášení uživatelů drog za subjekty, které vědí nejlépe, co je pro ně dobré. A konečně je to podpora šíření správných informací mezi dalšími uživateli (Harm reduction coalition, 2019, [online]).

Harm reduction principy tedy ve všeobecnosti snižují rizika, jež s sebou nese užívání návykových látek. V roce 2016 se na konferenci Snižování drog a škod stanovilo sedm hlavních úkolů, jejichž cílem je snižování škod u injekčních uživatelů drog na území České republiky. Úkoly jsou určeny pro kontaktní centra, ale také terénní programy, které s uživateli aktivně pracují. K hlavním bodům patří: efektivní předcházení smrti a nemocím, práce s tématem smrti, aktualizace systému včasného varování, který slouží k ochraně veřejného zdraví. Třetí a čtvrtý bod si kladou za cíl podpořit substituční léčbu a pracovat na změně chování a postojů uživatelů. Poslední tři body se zaměřují na téma bydlení, podpory lidských práv a aktivizaci osob užívajících drogy (Hánková ed., 2016).

V publikaci *Klinická adiktologie* lze najít obsáhlý výčet služeb, jež by měly být uživatelům drog zprostředkovávány, aby byl naplněn cíl harm reduction přístupu.

¹ Harm reduction is a set of practical strategies and ideas aimed at reducing negative consequences associated with drug use. Harm Reduction is also a movement for social justice built on a belief in, and respect for, the rights of people who use drugs.

Patří mezi ně „spolehlivé informace a poradenství, které podává uživatelům odborný personál, výměna sterilního injekčního materiálu, nízkoprahové testování na infekční přenosné nemoci jako HIV či žloutenky, prevence sexuálně přenosných nemocí prostřednictvím edukace nebo rozdáváním kondomů, dostupná nízkoprahová farmakologická intervence, sociální pomoc pro děti uživatelů drog...“ (Gerra in Kalina, 2015, s. 277).

4 Výzkumné šetření

Cíle diplomové práce jsou formulovány v úvodní kapitole. Cílem empirického šetření bylo nalézt odpověď na otázku, jaké faktory mají vliv na iniciaci injekční aplikace. Injekční užívání vede často k rychlejšímu rozvoji závislostních symptomů a sociálnímu propadu či minimálně zhoršení nepříznivé sociální situace. Z logiky potřeby ochrany veřejného zdraví a prevence sociálního vyloučení je pak nasnadě, že by bylo užitečné blíže prozkoumat přelomový moment v přechodu na injekční formu užívání, kterým je právě onen akt injekční iniciace. Harm reduction programy se snaží předcházet šíření krví přenosných infekčních chorob mezi injekčními uživateli drog mnoha způsoby prevence. Významnou prevencí šíření injekčně přenosných chorob však může dle mého názoru být právě prevence injekčního užívání jako takového. Jak je již naznačeno v textu této kapitoly výše, pomyslnou rituální branou k injekčnímu užívání je akt injekční iniciace, tudíž je logicky třeba zaměřit se na možnosti prevence této iniciace. Jak je zmíněno již v úvodní kapitole předkládané práce, v českém prostředí služeb sociální prevence zaměřených na minimalizaci rizik užívání drog není dle mých znalostí dostatečně téma injekční iniciace zpracováno a akcentováno.² Mé přesvědčení o nutnosti bližšího prozkoumání tématu injekční iniciace, potažmo návrhu intervence mířené na snížení incidence injekčního užívání v populaci uživatelů drog, podporuje i skutečnost, že v České republice je prevalence injekčního užívání v populaci uživatelů drog mnohem vyšší, než je tomu v mnoha zemích Evropské unie (Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027, 2019, [online]).

Z těchto důvodů jsem se rozhodl zaměřit své šetření na fenomén iniciace injekční aplikace.

² Vycházím z vlastních zkušeností téměř 6leté praxe v těchto službách, z odborných setkání s kolegy z tohoto oboru i ze svého bádání po teoretických či metodologických materiálech pro účely této diplomové práce mezi kolegy a odborníky. Nicméně tématu injekční iniciace a možnostmi její prevence se dle mých zjištění věnují ve větší či menší míře kolegové z KC Sananim, TP Brno Podané ruce a Klinika adiktologie I. LF UK a VFK v Praze.

4.1 Předvýzkum

Před výběrem participantů pro rozhovory byl proveden předvýzkum, který pomohl vytipovat vhodné participanty a rovněž zmapovat obecněji problematiku injekční iniciace v populaci klientů Centra terénních programů Královéhradeckého kraje, ve kterém byl výzkum realizován.

V rámci předvýzkumu bylo realizováno krátké dotazníkové šetření, ve kterém byli klienti z řad injekčních uživatelů doptáváni na skutečnost, zdali si první injekční aplikaci provedli sami, či jim byla provedena jinou osobou. Dále byli klienti dotazováni, zdali provedli první injekční aplikaci druhé osobě.

Předvýzkum byl realizovaný na vzorku klientů, kopírujícím základní charakteristiky cílové populace klientů centra (viz detailní popis a charakteristika v kapitole přibližující terénní program Laxus z.ú.).

Dotazováno bylo celkem 55 osob (téměř třetina všech injekčních klientů centra) ve věkovém rozmezí 20–50 let, přičemž průměrný věk činil 31 let (stejně jako průměrný věk všech injekčních klientů centra). Z hlediska primárně užívané látky bylo 46 uživatelů pervitinu a 9 uživatelů opioidních drog (tzn. 83 % tázaných s primární drogou pervitin, v celoprogramovém měřítku je pak pervitin primární drogou 87 % injekčních uživatelů). Co se týče genderového složení, v rámci předvýzkumu bylo dotazováno 20 žen a 35 mužů (tj. 36 % žen a 64 % mužů, přičemž genderové složení celkové injekční klientely v centru je 32 % žen a 68 % mužů). Nejedná se samozřejmě o opravdu reprezentativní výběr, jelikož záměrem předvýzkumu nebylo představit statistickou analýzu, nýbrž pomoci specifikovat vhodné participanty a participantky pro hlubší rozhovory a rovněž přinést alespoň základní vhled do problematiky injekční iniciace v cílové populaci injekčních klientů centra.

Předvýzkum svůj záměr splnil, vhodné participanty a participantky se podařilo k rozhovorům vybrat a získat a přinesl rovněž v kontextu předkládané práce zajímavá, leč samozřejmě ne zcela zobecnitelná, data.

Z celkového počtu 55 dotazovaných uvedlo 85 % uživatelů, že injekční iniciaci neprováděli vlastními silami, nýbrž je „nastřelila“ (řečeno sociolektem injekčních uživatelů) druhá osoba – již aktivní injekční uživatel. Přesně 44 % dotazovaných pak uvedlo, že injekčně iniciovalo druhou osobu (někdo jednu, někdo více).

4.2 Výzkumná strategie, výběr zkoumaného souboru a způsob sběru dat

K fenoménu injekční iniciace bylo nutno přistoupit jako k jevu neznámému, kterému je třeba blíže porozumět. Z tohoto důvodu byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie a při koncipování výzkumu nebylo předem pracováno s žádnými hypotézami. Data byla pořízena v terénu a poté jsem v nich pátral po souvislostech a pravidelnostech. Základním východiskem koncipování výzkumu bylo přesvědčení, že informace je třeba nejdříve získat přímo v terénu a případně hypotézy, teorie nebo strategie a intervence je třeba induktivně z takto získaných dat odvozovat. Zjišťoval jsem, jak vnímají kontexty injekční iniciace samotní injekční uživatelé, a při interpretaci zjištění se tak částečně držím emické perspektivy, jelikož se domnívám, že pro porozumění určité skupině nebo kultuře skupiny je nezbytné dívat se na ni jejíma očima, popisovat ji jejími slovy. V tomto případě se jedná o okrajovou kulturu (Girtler, 2001) injekčních uživatelů a o fenomén iniciace do této kultury, kterému je třeba nejdříve porozumět, abychom mohli navrhnout vhodné a efektivní způsoby intervence. Při identifikaci rizik a návrhu intervence se držím perspektivy etické čili objektivizující, protože se jedná o „zásahy“ z venku, prostřednictvím intervenční služby, konající v zájmu principů veřejného zdraví. Kvalitativní výzkumné strategie se také jeví jako vhodné pro výzkum, který se snaží poodhalit podstatu něčích zkušeností s nějakým jevem (Strauss a Corbin, 1999), tedy např. s iniciací injekční aplikace. Dle Burgoise (2002, [online]) jsou kvalitativní výzkumné metody vhodnější pro výzkum skrytých či skrývaných jevů (kterýmžto injekční užívání bezpochyby je) nežli epidemiologické či sociologické kvantitativní metody. Dle Jane Fountainové (2000) je jedním z možných využití kvalitativního výzkumu závislostní tematiky

vývoj účinných intervencí. Takovéto intervence, zformované na základě kvalitativního terénního šetření, mohou být zacíleny ve shodě s místními normami.

Data byla sbírána prostřednictvím částečně strukturovaného rozhovoru (Silverman, 2005), ve kterém se tazatel nemusí rigidně držet struktury, má předem vytyčená témata, na která se chce při hovoru zaměřit, mezi nimi pak může libovolně přeskakovat a klást doplňující otázky. Je na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace, které osvětlí daný problém. Zůstává mu i volnost přizpůsobovat formulace otázek podle situace (Hendl, 2008). Ideálem byla představa konverzace, která by byla bohatší než pouhé odpovědi na otázky, aniž by se přitom odchýlila od tématu (Kaufmann, 2010).

Hlavní výzkumná otázka zněla: „**Jaké faktory mají vliv na iniciaci injekční aplikace?**“

Formulovány byly rovněž dílčí výzkumné otázky ve znění:

- „Jaký byl kontext injekční iniciace?“
- „Jaká byla motivace k vlastní injekční iniciaci participanta?“
- „Jaká byla úroveň edukace v oblasti injekčního užívání participanta v době prvního injekčního užití?“
- „Jaký byl průběh injekční iniciace?“
- „Jaký je vztah participanta k injekční iniciaci ostatních?“
- „Jaký byl kontext prvního ‚nástřelu‘ jiného člověka?“
- „Jaký byl průběh prvního ‚nástřelu‘ jiného člověka?“

Osnova rozhovoru byla pilotována na dvou klientech a následně upravena. Rozhovor byl rozdělen na dvě části. První část byla zaměřena na vlastní zkušenost participanta s injekční iniciací, s jeho motivací k nitrožilnímu užití a na průběh aplikace. Druhá část se zaměřovala na klientovu zkušenost s iniciací druhé osoby. Jak je již uvedeno výše, rozhovory byly nahrávány. Následně došlo k jejich

zpracování a analýze. Strukturu rozhovoru, ze které bylo při vedení polo-strukturovaných rozhovorů vycházeno, demonstruje tato transformační tabulka:

Hlavní výzkumná otázka	Dílčí výzkumné otázky	Tazatelské otázky
Jaké faktory mají vliv na iniciaci injekční aplikace?	Jaký byl kontext injekční iniciace participanta?	Kde se to stalo?
		Kdy se to stalo?
		Při jaké příležitosti?
		Kolik ti bylo let?
		Co a jak jsi užíval předtím?
	Jaká byla motivace k vlastní injekční iniciaci participanta?	Proč ses rozhodl užít poprvé injekčně?
		Jak jsi k tomu rozhodnutí došel?
		Kdys začal uvažovat o tom, že si dáš jehlou?
		Jaká byla tvoje očekávání od injekční aplikace?
	Jaký byl průběh první injekční aplikace?	Jak probíhal mechanicky samotný nástřel?
		Objevily se nějaké komplikace?

		Kdo byl všechno přítomen? Proč?
		Jaké jsi měl při tom pocity?
	Jaká byla úroveň edukace v oblasti injekčního užívání participanta v době prvního injekčního užití?	V jakém stavu byla stříkačka, se kterou sis aplikoval (ve smyslu čistá x použitá)?
		Jaké byly použity parafernálie (filtry, voda, škrtilo, buničina atd.)?
		Pod jakým úhlem byla zhruba aspirace (vpich) vedena?
		Na jaké místo bylo aplikováno?
		Věděl jsi, co se má vše správně udělat (znal jsi zásady bezpečnější aplikace)?

	Jaký je vztah participanta k injekční iniciaci ostatních?	Žádal tě někdo o první nástřel?
		Dal jsi už někomu poprvé?
		Pokud ne, tak proč?
		Pokud ne, jaká byla jeho

		reakce?
		Pokud ano, tak proč ses rozhodl udělat to? Proč právě jeho/ji?
		Proč jsi byl osloven právě ty?
	Jaký byl kontext prvního nástřelu jiného člověka?	Kdy a kde se to odehrálo?
		Bylo to spontánně nebo plánovaně?
	Jaký byl průběh prvního nástřelu jiného člověka? Edukace, rizika...	Jak ses při tom cítil?
		Jak samotný nástřel mechanicky probíhal?
		Jaká plynula z této situace podle tebe rizika?
		Jaké jsi použil parafernálie (filtry, voda, škrtilo, buničina atd.)?

Rozhovory byly nahrávány na diktafon. Analýza rozhovorů probíhala prostřednictvím kódování (Strauss a Corbin, 1999). Jednotlivé rozhovory byly přepsány a poté několikrát pročteny za účelem vyhledání a vytvoření hlavních kategorií. Z velkého množství nalezených témat byly vytvořeny hlavní kategorie a následně byly hledány vztahy mezi jednotlivými kategoriemi. Díky tomu bylo možné pochopit zkoumanou problematiku v její celistvosti.

Participantů a participantek pro výzkumné šetření byli vybráni z řad klientů Centra terénních programů Královéhradeckého kraje Laxus z.ú. Participantů a participantek byli vybíráni pomocí záměrného výběru. Kritéria pro jejich výběr byla definována následovně: injekční užívání, injekční iniciace druhou osobou / injekční iniciace druhé osoby. Mechanismus výběru je popsán rovněž v podkapitole Předvýzkum. Bližší definice záměrného, nebo účelového výběru je popsána například v publikaci autora Michala Miovského (2006).

V průběhu výzkumu bylo realizováno celkem 11 rozhovorů s participanty ve věku 20–45 let, přičemž průměrný věk byl 30 let. Skupinu tvořilo 8 participantů užívajících pervitin a 3 užívající opioidní látky (buprenorfin, Palladone/Vendal). Muži a ženy byli zastoupeni téměř rovnoměrně (6M/5F). Z rozhovorů však vyplynulo, že gender/pohlaví ani věk uživatelů či užívaná látka nemají vliv na výpovědi participantů. To znamená, že popis motivací a popis průběhu první iniciace, stejně jako přístup k iniciaci někoho dalšího se na základě těchto kategorií nijak neliší. Etnicita nebyla v rámci předkládaného šetření sledována. Vzdělání a rodinná anamnéza nebyly zjišťovány, ačkoliv by mohly mít bezesporu vliv na motivace a přístup k užívání, minimálně z hlediska habitů a sociálního kapitálu jedinců. Zde se však dostáváme k problematice spojené s vedením rozhovorů s osobami pravidelně užívajícími návykové látky. Při vedení rozhovorů je velmi důležité správné načasování, protože participant není např. v krátké době po aplikaci schopen/ochoten odpovídat na otázky, může odpovědi zkreslovat s ohledem na případně změněné vnímání. Není však vhodné participanty oslovovat ani v době, kdy mají akutní potřebu užití návykové látky, protože jejich ochota odpovídat podrobněji na otázky může významně poklesnout a také samotné odpovědi mohou být zkresleny aktuálním prožíváním značné psychické a fyzické nepohody. Rovněž v mezidobí těchto stavů je však potřeba počítat s možným zkreslením. Participant totiž hovoří o zkušenosti z doby před několika lety, přičemž tyto roky jsou poznamenány aktivním užíváním návykových látek, což se může odrážet na schopnosti pamatovat si.

Jako u všech rozhovorů zaměřujících se na popsání dávné zkušenosti je zde pak potřeba počítat se zkreslením prožitků konkrétní zkušenosti na základě životního posunu – jinak řečeno, minulost nepopisujeme přesně tak, jak jsme ji cítili, prožívali tehdy, popisujeme ji již dnešními slovy, promítáme do ní nabyté zkušenosti, interpretujeme. Popis minulosti je tak vždy spíše vlastní interpretací prožitého nežli přesnou rekonstrukcí události. Také v tomto mezidobí může být u dlouhodobých uživatelů návykových látek snižená schopnost (dlouhodobějšího) soustředění a porozumění kladeným otázkám. Při vedení rozhovoru jsem se tedy snažil klást co nejstručnější a nejjasnější otázky, jazyk jsem přizpůsoboval jazyku klientů (včetně užívání sociolektu).

Rozhovory byly vedeny s klienty centra, ve kterém sám pracuji, a tak jsem v procesu dotazování vystupoval ve dvojí roli – tazatele a sociálního pracovníka centra. Tato pozice má své výhody – klienty znám již dlouhodobě, dokážu rozpoznat, kdy je možné s nimi vést delší, osobnější rozhovor a kdy nikoliv, především je však mezi námi již vytvořen vztah důvěry, což umožňuje klást otázky osobnějšího rázu, aniž bych byl odbyt. Dobrá znalost prostředí může mít však vliv na způsob kladení otázek. Sociální pracovník v roli výzkumníka vstupuje do prostoru s již konkrétními očekáváními, ovlivněnými odbornou i praktickou znalostí problematiky. Musí si proto dát pozor, aby nekladl návodné otázky, aby participanta či participantku sugestivními otázkami netlačil k očekávaným odpovědím / potvrzením svých očekáváníí.

Na sociálního pracovníka v roli tazatele klade jeho dvojí role také velkou mírou (etické) zodpovědnosti. Klienti a klientky byli předem dotázáni, zda chtějí daný rozhovor realizovat, byli předem seznámeni s důvodem vedení rozhovoru. Všechny rozhovory byly zároveň nahrávány, přičemž s klienty byl uzavřen ústní souhlas s pořízením audionahrávky za účelem výzkumu.

V neposlední řadě je takto koncipovaný sběr dat spojen i s velkou mírou nerovnosti. Sociální pracovník tazatel je pro klienta tím, kdo mu poskytuje podporu, pomáhá mu. Klient participant je jedinec s rizikovým způsobem života. Jejich pozice je nerovná nejen s ohledem na pracovní vztahy, ale také sociální

pozici. Klienti byli obeznámeni s tím, že účast na výzkumu je dobrovolná a z odmítnutí pro ně neplynou žádné nevýhody, stejně jako z účasti neplynou žádné speciální výhody (v rámci poskytování sociálních služeb). Bylo jim však sděleno, že rozhovory mohou napomoci lépe pochopit příčiny přechodu na nitrožilní aplikaci. V tom je samozřejmě možné najít riziko spojené se skutečností, že klienti a klientky jsou obeznámeni s tím, že nitrožilní aplikace je vnímána jako společenský problém, který je nutné pochopit za účelem prevence. Tato skutečnost může ovlivňovat jejich odpovědi, především co se výpovědí o jejich vlastní ochotě iniciovat druhé týče. S tím se pojí i možná snaha neztratit před sociálním pracovníkem výzkumníkem lidskou tvář, tedy nebyt tím, kdo druhým napomáhá dostat se do problémové situace, která musí být řešena.

4.3 Faktory mající vliv na rozhodnutí k iniciaci injekční aplikace

Jednou ze základních otázek výzkumu bylo, co vlastně motivovalo dotazované uživatele k první nitrožilní aplikaci. Ve způsobu aplikace panuje určitá hierarchie a nitrožilní užití je překročením pomyslné sociální i medicínské hranice – nitrožilní aplikace není považována za experimentování či víkendové užívání. To je ostatně patrné i z výpovědí uživatelů, zároveň je však v jejich odpovědích zaznamenatelný ambivalentní postoj. Přibližně polovina dotazovaných ze své pozice jedince, který drogu užívá nitrožilně dlouhodobě, vnímá první aplikaci „nováčků“ často jako krok, který nelze brát na lehkou váhu, a proto odmítají provést první aplikaci. Avšak svou vlastní iniciaci popisují v podstatě jako banální zážitek. Zároveň se však téměř všichni dotazovaní domnívají, že jejich odmítnutí nemá dopad na rozhodnutí zájemce – pokud skutečně chce, najde někoho, kdo bude ochoten aplikaci provést. A je pravděpodobné, že do toho promítají jak znalosti z praxe okolo sebe, tak své vlastní postoje z doby, kdy se sami pro nitrožilní aplikaci rozhodli. Je tedy zřejmé, že si participantů uvědomují závažnost tohoto kroku. Je však potřeba počítat s tím, že tento náhled může být jen zrcadlením toho, co jim sděluje okolí – média,

rodina, sociální pracovníci, lékaři a další lidé, s kterými se setkávají mimo komunitu uživatelů. Jak totiž upozorňuje například Girtler či Goffman, stigmatizovaní jedinci či členové tzv. okrajových sociálních kultur, kam lidé užívající nelegální návykové látky dle mého názoru patří, ve svých oficiálních výpovědích či postojích často užívají „nálepky“ (labelling), kterou jim nestigmatizovaní jedinci / jedinci mimo okrajovou kulturu dávají (Girtler, 2001; Goffman, 2003). Je to jedna z možných strategií, jak nepřicházet do konfliktu. Pro osoby, které užívají nitrožilně návykové látky, může být drogu neproblematizující postoj zdrojem sváru s okolím, které případnou závislost a především nitrožilní užívání považuje za problematické a osoby takto jednající za nemocné, patologické, potřebující pomoc/podporu. Naopak přijetí statusu „osoby s problémem“ je může v očích širší veřejnosti stavět do pozice jedinců, kteří mají alespoň minimální náhled na svou situaci, a je tak na místě je motivovat k nápravě, je možné jim pomoci. Každopádně z výpovědí je možné usuzovat, že participantů si buďto sami uvědomují, že nitrožilní aplikace je překročením určité hranice, anebo jsou si vědomi toho, že je to takto chápáno širším okolím. To může být ostatně také příčinou, proč polovina participantů uvádí, že by oni sami druhou osobu neiniciovali (blíže popsáno v následující kapitole).

Také ti participantů, kteří sami odmítají provést první aplikaci „nováčkoví“, vypovídají, stejně jako ti, kteří toto neodmítají, že se sami s odrazováním nesetkali. Průběh první aplikace popisují jako v podstatě banální zkušenost, která se odehrála bez větší přípravy, promýšlení. Ve všech případech však platí, že se již pohybovali mezi lidmi, kteří užívali nitrožilně. Většina participantů měla také ranou (před 15. rokem) zkušenost s nealkoholovými návykovými látkami, ve všech případech se jednalo o marihuanu, popřípadě extázi, až na jeden případ pak také s pervitinem (ve formě šňupání). Ve většině případů proběhla jejich první nitrožilní aplikace před 20. rokem života.

Zajímavým, z hlediska možné prevence, zjištěním je, že iniciaci nepředchází většinou nijaké dlouhodobé rozhodování. Nedá se tedy z rozhovorů odvodit, co je hlavním zlomovým bodem pro toto rozhodnutí, jen v polovině případů bylo toto

rozhodnutí *podloženo praktickými důvody*. Základními faktory přechodu na nitrožilní užívání jsou: a) experimentování s nealkoholovými návykovými látkami, b) pohybování se ve skupině lidí, kteří sami drogy nitrožilně užívají, c) ekonomické důvody (při nitrožilní aplikaci je třeba menší množství drogy, účinek je delší), d) nedostatečný účinek jiného způsobu užívání drog (postupující doba užívání). Hlavním aspektem je pak aktuální možnost drogu takto aplikovat.

Participantů bez konkrétní motivace k injekční iniciaci sdělují, že o nitrožilní aplikaci před samotnou iniciací nijak zvlášť neuvažovali, neplánovali ji: *„prostě kámoš už to takhle užíval, byli jsme spolu, tak jsem se rozhodl, že to taky zkusím“*. Z výpovědí je možné usuzovat, že kromě samotného experimentování s návykovými látkami, a tedy celkově větší otevřenosti k jejich užívání, je důležitým faktorem možné ovlivnění ze strany vrstevnické skupiny či dalšími členy okrajové kultury uživatelů návykových látek. Participantů vypověděli, že iniciace, kterou dlouhodobě nijak nepromýšleli, proběhla v podstatě spontánně.

„Byla to prostě taková normální feťácká párty. S kámošem jsme se zavřeli na záchodě, on už to takhle dlouho užíval, tak jsem se rozhodla, že to taky zkusím.“

„Byli jsme venku, ve křoví za sídlištěm, a kámoš to už takhle bral dlouho. Tak jsem si řekl, že proč ne. Nijak jsem o tom nepřemýšlel, prostě to tak přišlo.“

„S kámošem jsme byli venku. (...) Před tím jsem jen kouřila trávu. Ale on měl piko a takhle ho prostě bral. Tak jsem to zkusila.“

Druhá část participantů/participantek sdělila, že motivací, důvodem pro přechod na nitrožilní užití byla skutečnost, že jim jiný způsob aplikace už nestačil, popřípadě je k tomu vedly ekonomické důvody – pro nitrožilní aplikaci je zapotřebí méně drogy než při jiných způsobech aplikace. V jednom případě pak hrála hlavní roli skutečnost, že sehnání drogy bylo malé množství a participantka ji měla aplikovat s dalšími kamarádkami uživatelkami. I v těchto případech však samotnou iniciaci popisují jako v podstatě náhodnou, nijak se na ni nepřipravovali, neplánovali ji. Ostatně se pohybovali ve společnosti lidí, kteří si již prošli obdobnou cestou jako oni sami, s přáteli se setkávali za účelem aplikace

drogy, ačkoliv každý aplikoval jiným způsobem. Je tedy otázkou, nakolik je v takovýchto případech potřeba iniciaci plánovat.

„No prostě šňupání už nestačilo, že jo, už to nebylo ono. A bylo to takové normální odpoledne, kdy jsme se s kámošema sešli a jeden z nich si to dával jehlou, tak jsem si řekla, že to taky zkusím.“

„Tak jako jedním z důvodů bylo, že to je levnější, potřebuješ toho míň.“

„Kámoška sehnala nějaké piko, ale bylo toho pro nás málo, abychom to daly nosem. A ona už nějakou dobu používala jehlu, tak to navrhl. Bylo toho prostě málo.“

„Protože byla příležitost, ne že by mě nos nebavil, ale byla příležitost.“

„Čáry už mi tolik nedávaly. Kdy jsem o tom uvažovala – spontánně – jsem impulsivní. Byla to moje iniciativa, ale spontánně, ten den.“

Téměř všichni participanti a participantky uvedli, že jejich očekávání byla poměrně velická, avšak jejich prožitek jim neodpovídal. Představy o tom, jaké to bude, měli především od svých známých či z filmů. To je další zajímavý prvek pro případnou prevenci. Zdá se, že mnoho uživatelů či uživatelék popisuje svůj zážitek jako něco mimořádného, a to i přestože se skutečnost liší (alespoň dle participantů a participantek tohoto výzkumu). Na takovýto popis, stejně jako na očekávání má dle všeho vliv také filmová produkce. Participanti a participantky však prožitou zkušenost popisují spíše jako určité zklamání. Jen ojediněle popisují, že stav naopak předčil jejich očekávání. V ojedinělých případech byl zmíněn také pocit úlevy, že už *k tomu konečně došlo*. Otázkou je, nakolik bylo jejich vnímání celého stavu zkresleno v důsledku užití jiné návykové látky, většinou alkoholu. Část participantů a participantek uvádí, že v době iniciace již měli vypitý nějaký alkohol, někteří se domnívají, že to skutečně mohlo ovlivnit jejich prožívání následné intoxikace.

„Tak čekala jsem, že to bude bomba, ale ani jsem vlastně nic zvláštního necítila.“

„Bylo to prostě normální, nic výjimečného, no čekal jsem víc, podle toho co všichni říkali.“

„Jako bylo to vlastně zklamání a pak jsem to zas nějakou dobu jen šňupala.“

„Byla to taková euforie, že už to mám konečně za sebou.“

Dva příběhy participantek se vymykají z výše popsaného a je potřeba je chápat jako určitý extrém, se kterým je však zapotřebí při práci s uživateli také počítat. Zároveň je podstatné zmínit, že u obou případů by bylo nutné znát více detailů ze života participantek, o životě „před tím“ však participantky (ani v roli klientek) nechtějí hovořit. S ohledem na jejich iniciační příběh je však možné předpokládat, že obě za sebou mají traumatickou zkušenost, se kterou se jim nepodařilo (jinak) vyrovnat.

V prvním případě se jedná o participantku, která se vymyká především tím, že před iniciací nárazově experimentovala pouze s marihuanou. Její iniciace proběhla dle jejích slov spontánně, byla sama se svým kamarádem, který již nitrožilně delší dobu aplikoval. Celou příhodu popisuje jako banální příběh, bez nadšení, z celého rozhovoru je patrná určitá míra životní rezignace. Participantka se před tím nepohybovala v žádné komunitě uživatelů a není zřejmé, jak se s „iniciačním kamarádem“ seznámila, co tomuto seznámení předcházelo. Tato participantka přistupuje se značnou mírou rezignace také k iniciaci druhých osob. Aplikuje každému, kdo ji o to požádá, dle jejích slov by „*si stejně cestu našli*“. Nijak se nad problematikou iniciace, alespoň to vyplývá z rozhovoru, nezamýšlí.

V druhém případě uvádí participantka jako důvod iniciace, že se „*rozhodla skončit se životem*“. Rozhodla se, že toto bude cesta, jak se jí to povede. Zároveň však dodává, že již před tím dlouhodobě užívala marihuanu a pervitin, šňupání jí už však „*nic nedávalo*“. Nad nitrožilní aplikací uvažovala tedy již dlouho, ale samotná situace vznikla spontánně na jednom z „*feťáckých večírků*“. Tato participantka také jako jediná popisuje svůj první stav po nitrožilní aplikaci jako „*neskutečný zážitek*“, který předčil její očekávání. Sama participantka však odmítá iniciovat druhou osobu. Z rozhovoru je možné usuzovat, že tomu tak je

především proto, že ona sama rozhodnutí k nitrožilní aplikaci spojuje s rozhodnutím ukončit svůj život, tedy jako určitou cestu k jeho ukončení. Velmi negativně vnímá zkušenost, kdy aplikovala člověku, který jí zatajil, že to pro něj bylo poprvé. Dle svých slov si připadala podvedená, z vlastního rozhodnutí by na nic takového nepřistoupila.

„Chtěla jsem skončit se životem, ale neměla na to jsem se zabít, tak jsem se rozhodla ufetovat. A čáry už mi nic nedávaly.“

„A bylo to nad moje očekávání, ten první nájezd. Jako když tě vystřelí do vesmíru, člověk je nedosažitelný, nedoběhnutelný, hrozně chytrý, neunavitelný.“

Většinou účastníků a účastnic bylo v době iniciace mezi 14. a 20. rokem, výjimečně se objevují příběhy, ve kterých došlo k iniciaci později, nikoliv však dříve. Naprostá většina účastníků a účastnic kromě jednoho výše uvedeného případu měla již dříve zkušenost s jinou nealkoholovou návykovou látkou, ve většině případů se jednalo o marihuanu a extázi. Naprostá většina účastníků a účastnic měla již předtím zkušenost s pervitinem, který aplikovali šňupáním. Je zřejmé, že na přechod k nitrožilní aplikaci má tedy vliv dlouhodobější experimentování s drogami či již existující pravidelné užívání pervitinu. Nebylo otázkou výzkumu, co vedlo účastníky a účastnice k prvnímu experimentu s jakoukoli drogou, s ohledem na poměrně nízký věk přechodu na nitrožilní užívání – v době puberty, tedy v době nezletilosti, někdy ještě před 15. rokem – je zřejmé, že sociální situace účastníků a účastnic nebyla lehká. V některých případech je možné předpokládat, že účastníci a účastnice za sebou mají traumatický zážitek. Účastníci a účastnice se v době iniciace, až na jednu výše popsanou výjimku, již dle svých slov delší dobu pohybovali ve skupině lidí užívajících nealkoholové návykové látky nitrožilním způsobem. K iniciaci vždy došlo za přítomnosti druhé osoby, která s aplikací pomohla. To je důležitý aspekt související s poznatky uvedenými v následující kapitole věnující se ochotě účastníků a účastnic iniciovat druhé osoby. Jak je uvedeno výše, ať už účastníci a účastnice o nitrožilní aplikaci uvažovali

dříve, či nikoliv, samotná iniciace proběhla spontánně, nebyla plánovaná. Vždy však byla spojena s plánem užití drogy.

„*Kdy se to stalo? No tak to bylo hodně dávno, ještě mi nebylo ani patnáct.*“

„*Tak před tím klasika – tráva, extáze, piko, ale nosem.*“

Iniciace u zpovídaných uživatelů není spojená s žádným specifickým časovým obdobím ani situací. Tím není myšlena jen specifická roční doba – například léto, kdy je možné být více venku a je to období festivalů – ale také se nejedná o specifické situace typu oslav narozenin. Celkově je možné říci, že se nejednalo o žádnou speciální situaci. Ve většině případů proběhla iniciace v bytě některého známého či známé. V době iniciace na bytě často probíhal večírek, ať už spontánní či plánovaný, popřípadě se coby parta sešli na bytě, aby šli později na koncert. Informanté a informantky rovněž zmínili situace, kdy se na byt některého ze známých šlo za účelem užití drogy, aby k aplikaci nedocházelo na veřejnosti. V ojedinělých případech došlo k iniciaci venku, avšak i zde byli všichni aplikující schováni, například za křovím v parku, na jinak opuštěném místě apod. Jen v ojedinělých případech participant a participantky uvádějí, že k iniciaci došlo u nich doma. Není bez zajímavosti, a především to poukazuje na sociální podmínky participantů a participantek, že k první iniciaci v domě participantky došlo v jednom případě v době, kdy jí ještě nebylo 15 let. Z výpovědí je zřejmé, že užívání návykových látek je vnímáno jako záležitost, která je širší společností odsuzována. K iniciaci vždy dochází v do jisté míry *bezpečném prostoru*, stranou veřejnosti, případně v okruhu dalších osob, které užívají návykové látky. Z rozhovorů je možné usuzovat, že samotná iniciace či celkově nitrožilní aplikace je i samotnými uživateli a uživatelkami vnímána jako určitého druhu *intimní* záležitost, protože k samotné aplikaci dochází většinou stranou většího množství lidí, a to i těch, kteří sami jinak nitrožilně či jiným způsobem rovněž návykové látky užívají. V případě bytu dochází k iniciaci buďto v menší skupině, anebo na záchodě, stranou zbytku návštěvníků a návštěvnic.

„Byli jsme tam jen my dva na tom záchodě, ale v bytě bylo víc lidí – feťácká sešlost, ne party, feťáci felili na bytě.“

„Poprvý jsem se nastřelil ve městě, pod sídlištěm venku, v létě, v houští a dal mi to kamarád. Ale byli jsme skrytý.“

Žádný z participantů a participantek neuvedl, že by byl od nitrožilní aplikace ostatními uživateli odrazován. V rozhovorech jsem se však nesetkal ani s tím, že by byli participanté a participantky naopak k aplikaci aktivně nabádáni, povzbuzováni či přímo nuceni. Ve většině případů také vyšla iniciativa ze strany participantů či participantek. Ačkoliv tedy uvádí, že samotné rozhodnutí nebylo promyšlené, ale bylo spontánní, impulsivní, vycházející z dané situace a nálady, byli to většinou oni sami, kdo vyslovili přání vyzkoušet drogu nitrožilně. Jen v jednom případě padl návrh na nitrožilní užití ze strany třetí osoby, která již sama byla uživatelkou drogy nitrožilně. Jednalo se o situaci, kdy bylo drogy, konkrétně pervitinu, málo pro tři uživatele. Ani zde se však nejedná o nátlakovou situaci.

Tím, kdo první injekční aplikaci provedl, byla ve všech případech participantům dlouhodobě známá osoba. Dle svých sdělení měli k dané osobě důvěru, a to i z toho důvodu, že si již sama nitrožilně aplikovala. Toto sdělení je zajímavé pro pochopení toho, kdo je tedy pro neinjekční uživatele uvažující o přechodu na intravenózní aplikaci osobou, kterou v tomto směru považují za důvěryhodnou a důvěrnou. Ačkoliv bylo naprosté většině participantů a participantek v době iniciace méně než 18 let, ani v jednom případě nezaznělo, že důvěrnou osobou pro ně je například ta, která o jejich iniciaci nepoví jejich zákonnému zástupci. Ve většině případů se naopak participanté a participantky shodují, že se v jejich případě jednalo o osobu, která má již s aplikací *dobré* zkušenosti. Skutečnost, že právě toto je důležitý faktor volby osoby, která iniciaci provádí, potvrzuje i tvrzení informantů, že sami jsou z těchto důvodů vyhledávání dalšími osobami, které chtějí drogu poprvé nitrožilně užít.

„Nastřelil mě ten, kdo mi dal i první čáru. Věřila jsem mu.“

„Poprvý mi dal brácha, věděla jsem, že bere drátem už dlouho, tak jsem mu věřila.“

Samotný proces iniciace popisují jako velmi rychlou záležitost, především samotný vpich. Někteří sdělili, že se právě vpichu poměrně obávali, ve finále však často ani nezaznamenali, že již celá injekční iniciace proběhla. Uvádějí, že i přes očekávání podob samotného stavu jako něčeho výjimečného, v samotnou dobu iniciace příliš nevěděli, co od celého procesu čekat. Očekávání výjimečného bylo na základě výpovědi informantů a informantek vyvoláno zejména na základě dojmů zprostředkovaných již aktivními injekčními uživateli. Participanti většinou tvrdili, že se při iniciaci nebáli, celou situaci nijak výjimečně neprožívali, popřípadě prostě byli zvědaví, co nastane. Jen výjimečně sdělili, že měli obavy z toho, zda celou situaci zvládnou, zda nebudou mít nějaké zdravotní komplikace, zda stav bude skutečně příjemný.

Dle participantů a participantek probíhala první aplikace *bezpečně* a dle toho, *jak probíhat správně má*. Ve většině případů byla užitá nějaká forma dezinfekce, filtrování a čistá voda, a to i v případech, kdy k aplikaci došlo mimo byt, venku. Někteří však uvádějí, že nebylo užito škrtidla. Tito participanti a participantky většinou dodávají, že škrtidlo neužívají ani nyní, protože jim při aplikaci vadí, nedaří se jim kvůli němu aplikovat správně. V ojedinělých výpovědích je zmíněno, že dezinfekce nebylo užito před aplikací, ale po ní. Všichni participanti a participantky sdělili, že použili čisté jehly. Někteří dodávali, že by nikdy s nikým jehlu ani nyní nesdíleli, výjimkou je jejich dlouholetý partner. U této části je otázkou, nakolik výpovědi odrážejí domnělé očekávání tazatele, který zároveň vystupuje v roli sociálního pracovníka zprostředkovávajícího klientům zásady bezpečnější aplikace. Z odpovědí by totiž jinak vyplývalo, že většina uživatelů nealkoholových návykových látek, kteří aplikují nitrožilně, je zodpovědnými uživateli, kteří se snaží dodržovat pravidla bezpečného užívání, a to již od velmi nízkého věku. Participanti a participantky uváděli, že informace o bezpečném užívání buďto již sami znali (z filmů, od známých apod.), nebo je znal ten, kdo je provedl iniciací. Při celkové interpretaci jejich odpovědí je však potřeba brát

v potaz, že sami participanti a participantky mluvili o tom, že se jedná o velmi vzdálenou zkušenost, na některé detaily si vzpomínali s obtížemi, a je tak otázkou, nakolik byli schopni zapamatovat si průběh celého procesu. Nehledě na to, že část participantů a participantek sdělovala, že v čase iniciace již byla pod vlivem jiné návykové látky, nejčastěji alkoholu.

„Filtr, pánvička, rukou jsem si zaškrtila ruku a bylo to rychle. Dezinfekce byla až potom.“

„Jo, kámoš to už znal všechno a měl od jiný kámošky, takže měl samozřejmě čistý, i vodu, filtr dezinfekci, všechno...“

„No tenkrát v osmdesátkách to nikdo neznal tyhle zásady, takže jako čistou jsem si asi dal, ale žádný škrtidla, dezinfekce, vodičky, to nic takovýho jsme neznali...“

4.4 Vztah k injekční iniciaci ostatních uživatelů

Souhlasné či nesouhlasné postoje participantů a participantek k iniciaci druhých osob jsou rozděleny přibližně na dvě poloviny. Jedna část otevřeně přiznává, že na iniciaci participuje, a pokud je oslovena, tak s ní souhlasí.

Jedním z často uváděných důvodů, proč s iniciací souhlasí, je dle nich skutečnost, že pokud *to neudělají oni, udělá to někdo jiný*. Vůbec nezmiňují možnost odrazování zájemce, z rozhovorů vyplývá předpoklad, že zájemce, který již s takovouto žádostí někoho osloví, je pevně rozhodnut iniciací projít a ví, co má očekávat. Z rozhovorů v tomto směru někdy vyplývá určitá smířenost či rezignace, fatálnost situace jedince, který se jednou rozhodne pro nitrožilní aplikaci. Tento postoj je spojen s jejich vlastní zkušeností a situací. Participanti a participantky nemají tendence zájemcům jejich rozhodnutí rozmlouvat, protože je to zbytečné. Dle participantů a participantek je tedy lepší, když to udělá někdo, kdo vše provede správně, než aby šli poprosit někoho, kdo může iniciaci provést špatně, bez důrazu na bezpečnost a hygienickou stránku aplikace. Je tedy zřejmé,

že sami participanti a participantky sami sebe považují za *uvědomělé* uživatele, kteří stejně jako k sobě přistupují k druhým.

„Budou užívat se mnou, anebo beze mě, všichni už brali před tím piko nosem, takže mi to je jedno.“

„Když jim nedám já, dá jim někdo jinej.“

„Je to jejich rozhodnutí, když to chtěj, tak je klidně nastřelim.“

Jediným faktorem pro případné odmítnutí zájemce o iniciaci je pro ně stav jeho žil. Žádný jiný faktor nesdělují. S ohledem na to, že jako důvod toho, proč jsou osloveni právě oni, uvádějí jejich známost jako těch, kdo již nitrožilně delší dobu sami drogu užívají, je možné soudit, že důležitým faktorem pro ně není ani to, zda danou osobou znají. Na druhou stranu i tito participanti a participantky uvádějí, že k samotné iniciaci dochází na bezpečném místě, kde se obě osoby aktuálně nacházejí. Je tedy zřejmé, že iniciace druhých osob do značné míry kopíruje jejich samotnou zkušenost. Nejedná se o dopředu domluvené setkání, ale o oslovení přímo v situaci, kdy se obě osoby nacházejí na stejném místě, většinou u někoho, koho obě osoby znají, doma.

„Proč jim dávám já? Vidí, že to umím a že mám praxi.“

Dle svých slov jsou participanti a participantky oslovováni také proto, že k nim ostatní uživatelé chovají důvěru, přičemž jak je již zmíněno, důvěryhodnost znamená dlouhodobé nitrožilní užívání. Není zmiňována ani bezpečnost užití, pouze skutečnost, že se jim *„iniciace vždy povede“*.

„Jo, žádal a já to udělal. Věděli, že mně se to napoprvé povede a věřili mi. Jen u holek se mi to tolik nedaří, nemají tolik viditelné žíly.“

„U mě maj jistotu, že to udělám správně, říká se mi taky chirurg...“

Participanti a participantky, kteří jsou nakloněni iniciaci druhých osob, dále uvádějí, že se samotného aktu nebojí. Pouze případně zkontrolují, zda má *zájemce dobré žíly*. Pokud tomu tak není, iniciaci neprovedou. Iniciace je dle participantů

a participantek provedena v souladu se zásadami bezpečného užití. Bylo použito čisté jehly, škrtdla, čisté vody a dezinfekce. Není však zřejmé, zda vše potřebné pro druhou osobu u sebe měli sami participantí a participantky. S ohledem na skutečnost, že iniciace je dle jejich vlastních zkušeností záležitostí spontánní, lze předpokládat, že samotný zájemce o iniciaci tyto předměty u sebe nemá. Participantky a participantí se rovněž snažili o aplikaci bezpečného množství, aby nedošlo ke zdravotním komplikacím.

Ačkoliv tito participantí a participantky uvádějí, že se jim vždy podaří provést iniciaci bezpečně, nepočítají mezi to vždy následný stav, který může daná osoba prožívat. V podstatě se o tomto nezmiňují víc. Stejně tak však u vlastní iniciace nehovoří o tom, že by na ně někdo v počátcích intoxikace dohlížel a kontroloval, zda je vše v pořádku a situaci psychicky zvládají. Naopak se v tomto případě objevují příběhy, které dokládají, že je sice možné hovořit o okrajové kultuře, ale jen stěží o komunitě. O tom ostatně vypovídá to, jak je vnímán vztah důvěry, kdy důvěrnou osobou není a priori někdo, na koho se uživatel či uživatelka může spolehnout. Jedna z participantek uvedla, že osoba, které provedla první nitrožilní aplikaci, oběsila na vodítku svého psa. Tento příběh je přitom podáván bez větších emocí. Participantka uvádí, že uživatelce navíc neaplikovala drogu, ale vodu. Následně ji ovšem vyvádělo z míry, že se uživatelka začala chovat, jako by skutečně byla intoxikována, tvrdila, že jí není dobře. Participantka poté této ženě sdělila, ať se jde radši oběsit, což tato také udělala (pouze odešla, oběšení nakonec nevykonala, jak sdělila participantka). Participantka však uvádí, že tato zkušenost jí nebrání v další iniciaci případných zájemců. Všichni participantí a participantky, kteří deklarovali ochotu a přímou zkušenost s aplikací druhé osoby, nezmiňují žádná další rizika, která z aplikace druhé osoby podle nich vyplývají (chybí zejména uvědomění si rizik trestně-právních).

Druhá část, také přibližně polovina participantů a participantek, sdělila, že odmítá iniciovat uživatele, kteří je osloví. I tato skupina uvádí, že podle nich je hlavním důvodem, proč jsou oslovováni, status důvěryhodné osoby, který získali díky dlouhodobému nitrožilnímu užívání. Tito participantí a participantky také

mnohem více vnímají i svou vlastní iniciaci jako překročení pomyslné dělící linie. Je potřeba zmínit, že mnohem častěji přítom iniciaci druhých osob odmítají ženy participantky než muži participanti. Délka užívání a věk na tuto skutečnost naopak nemá žádný vliv. Důvodem odmítnutí je vnímání nitrožilní aplikace jako dalšího pomyslného stupně závislosti, který je svým způsobem fatální. V tomto směru je zajímavé, že někteří z těchto participantů a participantek dle všeho až nitrožilní užívání vnímají jako skutečně škodlivý způsob užívání, případně jediný způsob užívání, který může vést k rozvoji případné závislosti. Uvádějí totiž, že nechtějí, aby byli spoluodpovědní za závislost druhé osoby. Krom toho jsou však důvody pro odmítnutí zájemce také ryze praktické. Obávají se, že by se aplikace nemusela povést a došlo by ke zdravotním komplikacím. Kromě toho se obávají, že by dotyční zájemci nemuseli následný stav unést psychicky. Zde stojí za zmínění, že někteří participanti a participantky v této souvislosti uvádějí, že to není pro každého, ne každý je schopen následnou intoxikaci zvládnout, ne každý je na to dostatečně silný. V první řadě je zřejmé, že někteří participanti a participantky sami sebe považují za osoby se silnou psychickou odolností vůči účinkům intoxikace. V druhé řadě pak samotnou intoxikaci považují za něco, co mohou zvládnout jen psychicky silné osoby, ačkoliv samotnou závislost často problematizují. Je zřejmé, že někteří participanti a participantky se tak domnívají, že mají vlastní užívání do značné míry pod kontrolou, anebo se takto minimálně snaží působit navenek.

„Nedávám, protože ne každá psychika to ustojí. I já jsem z toho měla dost a každý není taková natura jako já.“

„Určitě bych nikomu nedal, něco se mu stane a já budu sedět.“

„Ne, nikomu bych nedala, obzvlášť poprvé, to bych si pak akorát vyčítala, že jsem ho do toho dostala.“

Tito participanti a participantky však rovněž dodávají, že jejich rozhodnutí nemá vliv na rozhodnutí zájemce. Jsou také přesvědčeni o tom, že jedince, který se

jednou rozhodne pro nitrožilní aplikaci, není možné od tohoto záměru odradit. Ostatně sami nikdy nezmiňují, že by něco takového zkoušeli, jim samotným nikdo jejich rozhodnutí nerozmlouval. Domnívají se, že jakékoliv domlouvání, osvětlování je v těchto případech zbytečné a nemá efekt. Jedinec, který je osloví a je odmítnut, si najde někoho jiného, kdo aplikaci provede. Někdy sami participant a participantky dokonce dodávají, že se domnívají, že si zájemce v konečném důsledku najde většinou někoho, kdo iniciaci provede, ale nebude přitom dodržovat všechna pravidla bezpečného užívání. Ani to však pro ně není důvodem změnit svůj postoj k iniciaci druhých osob. Někteří participant a participantky svůj odmítavý postoj právě z těchto důvodů problematizují a sdělují, že se sami sebe ptají, zda má jejich rozhodnutí nějaké opodstatnění s ohledem na možné dopady (odvrácení rozhodnutí zájemce, který si naopak najde někoho méně *důvěryhodného*, spolehlivého, kdo iniciaci provede). Dodávají, že se spíše jedná o snahu udržet si nějaké vlastní morální zásady. Jiní participant a participantky jsou sice přesvědčeni, že jejich odmítnutí nemá v důsledku žádný vliv, svůj postoj však nijak neproblematizují.

„Sama užívám a hlavně jsou zoufalí, takže pak jdou za kýmkoliv. Jak reagovali? Dali si čáru a pak hledali někoho dalšího.“

„No já jim určitě nedám, jestli jdou pak za někým dalším, tak to je pak na něm, že jo...“

Skutečnost, že participant a participantky iniciaci druhé osoby odmítli, ještě neznamená, že ji ve skutečnosti nikdy neprovedli. Pokud k tomu však došlo, sdělují, že se jednalo o situaci, kdy byli *podvedeni*, dotyčný či dotyčná je neinformovali o tom, že tuto zkušenost ještě nemají. Tato zkušenost je vnímána velmi negativně. V první řadě respondenti a respondentky vypověděli, že se cítili podvedeni, zrazeni. To bylo spojené s pocitem prolomení vlastních (morálních) pravidel, protože se zařekli, že iniciaci nikdy neprovedou. V druhé řadě pak mluví o značném pocitu strachu, který to v nich vyvolalo, protože při aplikaci použili mnohem větší množství drogy, než jaké by použili, kdyby věděli, že jde o jedince, který nemá s nitrožilní aplikací zkušenosti. I v těchto případech sdělují, že

aplikace proběhla v soukromí a byla při ní dodržena základní pravidla bezpečnější aplikace.

Z výše uvedeného vyplývá, že nitrožilní aplikace druhé osobě je poměrně častým jevem, a to i v případě, že se nejedná o iniciaci. Zároveň z tvrzení participantů a participantek vychází, že u sebe vždy mají větší množství potřeb pro aplikaci – iniciace, která dle jejich slov probíhá především jako spontánní rozhodnutí, bývá provedena v souladu s postupy bezpečnější aplikace.

4.5 Shrnutí výzkumného šetření

K iniciaci nitrožilního užívání návykových látek dochází v poměrně raném věku, nejčastěji v rozmezí od 14 do 20 let. Uživatelé a uživatelky mají v té době již zkušenost s dalšími nealkoholovými návykovými látkami, nejčastěji marihuanou, extází, většina také s pervitinem ve formě šňupání. Ve většině případů dochází k iniciaci spontánně, ačkoliv na popud samotného uživatele. V převážné části případů se tedy nejedná o plánovaný krok. Motivací pro iniciaci je buďto příležitost k užití, popřípadě nedostatečné působení drogy jiným užitím či potřeba dosažení intoxikace s menším finančním výdajem. Téměř vždy však platí, že se uživatel či uživatelka již delší dobu pohybuje mezi lidmi, kteří sami nitrožilně užívají, a má již zkušenost s experimentováním s drogami či drogy sama pravidelně užívá. Uživatelé a uživatelky nejsou od iniciace odrazováni. Samotná iniciace probíhá v bytě či venku, vždy však mimo veřejný prostor. I při iniciaci v bytě dochází k samotné iniciaci mimo větší skupinku lidí. Osobou, která první aplikaci provede, je do různé míry známá osoba, která je považována za důvěryhodnou. Důvěryhodnost však vychází především z vlastní zkušenosti s nitrožilní aplikací. Samotná aplikace pak probíhá rychle a jsou při ní ve větší či menší míře dodržována základní pravidla bezpečnější aplikace. Stav navozený návykovou látkou jen v minimu případech odpovídá stavu očekávanému, někdy je stav vnímán jako mnohem méně intenzivní, v ojedinělých případech je naopak

vnímán jako mnohem intenzivnější, než bylo očekáváno. Je však možné, že vnímání samotného stavu je do značné míry ovlivněno skutečností, že uživatelé/uživatelky již byli intoxikováni jinou návykovou látkou, nejčastěji alkoholem.

Participantů a participantek výzkumu je možné téměř ve stejném počtu rozdělit na ty, kteří se podílejí na iniciaci druhých osob, a ty, kteří svou participaci na iniciaci odmítají. Důvodem, proč jsou participantů a participantek oslovení s žádostí o provedení iniciace, je jejich důvěryhodnost daná dlouhodobým nitrožilním užíváním. Iniciace probíhá ve většině případů na bezpečném místě, nejčastěji u někoho doma a je při ní opět dodržena většina zásad bezpečnější aplikace. Participantů a participantek přitom neuvádějí, zda u sebe vždy mívají větší množství pomůcek nutných k aplikaci, či je u sebe má samotný zájemce, s ohledem na popis jejich vlastní iniciace, která je spontánním rozhodnutím, je možné usuzovat, že případné pomůcky má u sebe skutečně osoba provádějící iniciaci. Důvodem pro odmítnutí zájemce o iniciaci jsou buďto obavy z možných rizik (uvědomovaná jsou zejména ta zdravotní), popřípadě morální důvody – neochota podílet se na rozvoji případné závislosti druhé osoby. Z rozhovorů vyplývá, že za skutečnou závislost je považováno právě nitrožilní užívání návykové látky. Všichni participantů a participantek, bez ohledu na ochotu iniciovat druhou osobu, však uvádějí, že jejich postoj v důsledku nemá žádný dopad na rozhodnutí zájemce aplikovat drogu nitrožilně. Domnívají se, a je pravděpodobné, že zde do značné míry vycházejí z vlastní zkušenosti, že přemlouvání či odrazování nemá žádnou cenu a vede jen k tomu, že si dotyčný či dotyčná vyhledá jinou, dle nich méně důvěryhodnou a spolehlivou osobu, která iniciaci provede. Je zde tedy patrná značná rezignace k možnosti zvrátit postupující propad jedince ve chvíli, kdy se rozhodne pro nitrožilní aplikaci. Ti z participantů, kteří druhé osoby iniciovali, nevnímají žádná rizika svého konání.

5 Návrh intervenční strategie

Pro návrh vhodné intervence, která by měla směřovat ke snížení incidence injekčního užívání mezi uživateli drog, je nezbytné uvědomit si zásadní roli již aktivních injekčních uživatelů. Jak potvrdilo provedené šetření v rámci předvýzkumu, tak i rozhovory s participanty, drtivá většina lidí si nedokáže injekčně aplikovat poprvé sama a využívá k této iniciaci právě již aktivního injekčního uživatele drog. K tomuto zjištění ve své studii došel například i autor Ricky N. Bluthenthal, který na základě provedených šetření tvrdí, že většina lidí, kteří užívají drogy injekčně, byla iniciována k injekční aplikaci jiným, již injekčně užívajícím člověkem. Tento autor zároveň poukazuje i na fakt, na který upozorňuji i já v kapitole o injekční iniciaci, když konstatuje, že na injekční uživatele iniciující ostatní k injekční aplikaci bylo doposud zaměřeno pouze několik málo studií (Bluthenthal, Wenger, Chua, Quinnc, Thinga, 2014, [online]). Podobně hovoří i kolektiv autorů, dle nichž hrají injekční uživatelé důležitou roli v iniciaci těch doposud neinjekčních (Rotondi N., Strike, Kolla, Rotondi M., 2014, [online]).

Faktory, které mají vliv na rozhodnutí se pro injekční iniciaci, byly popsány v předchozí kapitole. Některé z nich se zdají být čistě pragmatické – ekonomická výhodnost, silnější rauš – a jsou opět popsány i v literatuře, například ve studii Nicka Croftse, který uvádí, že faktory, které ovlivňují injekční iniciaci, zahrnují i pragmatické důvody, jakými jsou větší efekt intoxikace a menší cena dávky při její injekční aplikaci (Crofts, Louie, Rosenthal, Jolley, 1996, [online]). Nicméně je opět logické, že i takováto pragmatická argumentace je neinjekčními uživateli převzata od již stávajících injekčních uživatelů, o čemž svědčí i některé z výpovědí participantů výzkumu, viz výše. Rotondi k tomuto uvádí, že vizuální či verbální prezentace injekčního chování, jako jsou injekční aplikace před osobami užívajícími neinjekčně, nebo i vyprávění o injekční aplikaci těmto osobám, neúmyslně přispívá k propagaci injekčního užívání (Rotondi N., Strike, Kolla, Rotondi M., 2014, [online]).

Nejvýznamnějším faktorem přispívajícím k rozhodnutí k injekční iniciaci se však jeví být v okruhu již aktivních injekčních uživatelů. Toto zjištění vyplynulo z rozhovorů s participanty a participantkami výzkumného šetření, viz předchozí kapitola. Ke stejnému zjištění dochází i Crofts, který uvádí, že mít za kamaráda či partnera injekčního uživatele zvyšuje pravděpodobnost injekční iniciace (Crofts, Louie, Rosenthal, Jolley, 1996, [online]).

Je proto nasnadě, že intervence s cílem redukovat nárůst počtu nových injekčních uživatelů musí být nutně zaměřené na ovlivňování změny v chování stávajících injekčních uživatelů ve smyslu odmítání iniciace prozatím neinjekčních uživatelů.

Inspirací ze zahraničí může být například iniciativa „Break the cycle“, jež si klade za cíl zvyšování povědomí o rizicích, která s sebou injekční aplikace nese. Nemluví pouze o rizicích iniciátora, ale také o rizicích ohrožujících osobu provádějící prvotní aplikaci. Snaží se rovněž o omezení činností, které zvyšují iniciaci jiných injekčních uživatelů (např. aby si neaplikovali drogu před neinjekčními uživateli). Především však jde o zvýšení kompetencí k odmítnutí a vyjádření nesouhlasu s prvotní injekční aplikací jiné osoby. K tomu patří i potřeba o prvotní iniciaci hovořit zcela přirozeně a toto téma netabuizovat (Hunt, Stillwell, Taylor a Griffiths, 1998, [online]).

V roce 2009 byla vydána aktualizovaná brožura „Break the cycle“ kampaně, v níž vysvětlují její autoři hlavní cíle a poskytují rady, jak kampaň realizovat i prostřednictvím peer-uživatelů. Autoři potvrzují, že aktivní injekční uživatelé hrají významnou roli v rozhodnutí o první iniciaci. Tomu odpovídá fakt, že 7 z 10 uživatelů hledalo někoho z okolí, kdo by jim poprvé drogu injekčně aplikoval. V případě mnou provedeného šetření v rámci předvýzkumu tento podíl činil dokonce 85 % uživatelů (viz kapitola Předvýzkum). Ač mírná většina injekčních uživatelů odsuzuje iniciaci jiných, tito uživatelé si ovšem vždy neuvědomují, že i mimoděk mohou zvyšovat možnost někoho jiného zvolit injekční aplikaci (například reprodukcí již výše zmíněné „pragmatické“ argumentace ve prospěch injekční aplikace). Kampaň „Break the cycle“ si vytkla za cíl hledání možností, jak snížit frekvenci rozhovorů mezi uživateli o benefitech

injekčního užívání a podpořit jejich kompetence k vyjádření nesouhlasu, jsou-li požádáni o první aplikaci. Jde také o zvýšení úrovně edukace o možných rizicích spojených s iniciací (Hunt, Derricott, Preston a Stillwell, 2009, [online]). Zvýšení edukace o možných rizicích spojených s iniciací druhé osoby se, na základě provedených rozhovorů v rámci této předkládané diplomové práce, jeví jako krucióální, jelikož žádný z participantů, který inicioval druhou osobu, si tato rizika neuvědomuje. Tato rizika mohou být například trestní stíhání, sociální odsudek/stigmatizace, psychologické riziko / pocit viny, možný přenos infekce, předávkování anebo neočekávaná fyziologická či psychická reakce. V rámci zvýšení úrovně edukace bude nezbytné na tato rizika klienty z řad injekčních uživatelů opakovaně upozorňovat, a to jak ústně, během rozhovoru, tak i formou dedikovaného letáku.

Terénní programy by také měly posilovat kulturní normy v populaci injekčních uživatelů a zvyšovat jejich kompetence ve vyjádření nesouhlasu se zahájením prvotní iniciace.

Naděje na úspěšnost intervence zacílené mezi injekční uživatele přináší i výpovědi těch participantů a participantek předkládaného výzkumu, kteří injekční iniciaci ostatních neodmítají. Jak patrně z jejich výpovědí, jedním z důvodů, proč provádí iniciaci ostatních právě oni, je v podstatě jejich „zodpovědný“ přístup – vědí jak aplikaci správně provést, „*vždycky se treří*“, snaží se dodržovat zásady bezpečnější aplikace a vyjadřují obavy, že když iniciaci neprovedou oni, udělá to někdo jiný, kdo to dělat „*správně neumí*“. Ke stejnému zjištění dochází ve svém badání na téma injekční iniciace například i autorka Janie Simmons, dle níž jsou uživatelé, kteří injekčně iniciují ostatní, nazýváni například „pouličními“ či „injekčními doktory“ (Simmons, Rajanb, McMahon, 2012, [online]). Takovéto zjištění se naprosto shoduje s výpovědí jednoho z participantů předkládaného výzkumu, který uvádí, že je ostatními nazýván „*chirurg*“. Dle Simmonsové tato asociace není překvapivá, protože kvalitativní studie zabývající se injekční iniciací přinesly zjištění, že jedním z důvodů injekčně iniciovat druhou osobu je pro iniciátory snaha ukázat, jak to dělat správně (tamtéž, 2012, [online]).

Vycházíme-li tedy ze zjištění, že pro určitou část injekčních iniciátorů je motivací iniciace druhých právě jejich „zodpovědnost“, je nasnadě apelovat na rozšíření pojetí zodpovědnosti i na odmítnutí injekční iniciace (ruku v ruce s výše zmíněným posílením kompetence odmítnout).

Pokud shrnu výše uvedené, z provedeného předvýzkumu, výzkumného šetření i zahraničních studií vyplývá, že drtivá většina neinjekčních uživatelů k přechodu na injekční užívání potřebuje iniciátora z řad již aktivních injekčních uživatelů, významná část injekčních uživatelů je ochotna se tímto iniciátorem stát, zásadním faktorem ovlivňujícím přechod na injekční užívání je pobývání mezi lidmi již injekčně užívajícími, iniciátoři nemají dostatečné povědomí o rizicích iniciace a neuvědomují si, že často neúmyslně propagují injekční užívání (*„je to lepší rauh“*, *„je to finančně výhodnější“*, *„je to nejlepší nájezd“* apod.).

Intervence proto musí být terénními sociálními pracovníky mířeny přesně tímto směrem, tzn. na osoby z řad injekčních uživatelů, ať na potenciální iniciátory, tak na případné, byť mnohdy nevědomé „propagátory“ injekční aplikace.

Na základě výše uvedeného zrealizují proškolení pracovníků terénních programů Laxus z.ú. v tématu injekční iniciace alespoň v rozsahu této diplomové práce. Vytvořím relevantní kapitolu v metodice terénních programů Laxus z.ú. na základě znalostí získaných při psaní této práce, rovněž vytvořím informační materiály s tématem rizik injekční iniciace druhé osoby, které budu šířit mezi injekční uživatele fyzicky i ve virtuálním prostoru. Pracovníci terénních programů budou po nabytí znalostí vést rozhovory s klienty na téma injekční iniciace pomocí metod kontaktní práce, pracovat s klienty na posílení jejich kompetence odmítnout případného zájemce pomocí technik motivačních rozhovorů a šířit informace o rizicích injekční iniciace druhé osoby pomocí informačních materiálů. Mezi uživateli neinjekčními budou nadále šířeny validní informace o rizicích injekční aplikace a budou jim zprostředkovávány demytizované zkušenosti injekčních uživatelů o injekční iniciaci.

Je ale rovněž nezbytné brát v potaz důvodný předpoklad, že šíření injekční aplikace bude i v případě úspěšnosti navrhované intervenční strategie v určité míře stále probíhat, tudíž je třeba nadále posilovat i kompetence injekčních uživatelů v postupech bezpečnější aplikace.

Závěr

Cílem této práce bylo zmapování problematiky injekční iniciace a vytvoření návrhu vhodné formy intervence.

Pro mne jakožto především praktika denně pracujícího s aktivními uživateli drog je velice potěšující, že cíle byly splněny a v nejbližší budoucnosti budeme moci v Centru terénních programů Laxus z.ú. výsledků této práce využít ku prospěchu služby a jejích uživatelů.

Setrvám ještě u praktického výsledku předkládané diplomové práce. Kladou-li si terénní sociální pracovníci za cíl preventivní či intervenční působení na určitou skupinu, musí dobře vědět, na koho budou působit a také jakou formou, cestou a metodou. Dovolím-li si shrnout výsledky trochu jinak než v předchozí kapitole, s trochou fantazijní uvolněnosti, která na závěr řemeslného úsilí dle mého názoru patří, představím si trojúhelník klíčových aktérů intervence a prevence iniciace injekční aplikace drog. Vrcholy tohoto trojúhelníku jsou injekční uživatel iniciátor, dále neinjekční uživatel iniciant a terénní pracovník. Takovýto trojúhelník schematicky představuje drogovou scénu. A zde vidím první nezbytný bod realizace preventivního působení – jediné kvalitní, vytrvalá a soustavná terénní práce vytvoří vztahy, které zaručí, že terénní pracovník se stane součástí oné scény. Toto je jakási vstupní podmínka, bez splnění které není možné pokračovat.

Jak budeme ale v Centru terénních programů Královéhradeckého kraje Laxus z.ú. jako sociální pracovníci na ony vrcholy pomyslného trojúhelníku působit? Odpověď je díky provedenému šetření nasnadě a pravděpodobně nikoho nepřekvapí – kvalitním informováním, edukací, důvěryhodnou společnou reflexí v duchu kontaktní práce, prací na pozitivní změně chování ve smyslu motivačních rozhovorů, participací klientů a jejich působením na peery. Po tom, co se nám podařilo z významné části (plně se nám to u skrytých jevů nepodaří nikdy) porozumět tomu, proč někteří uživatelé drog iniciují jiné do praxe injekčního užívání a proč někteří uživatelé si přejí být takto iniciováni, měli bychom

s trochou nadsázky změnit terminologii a přestat používat slovo „iniciace“, které se u mnoha lidí asociuje s něčím tajuplným, záhadným, neuchopitelným a do konce, pokud máme sklony k romantismu, až démonickým. Jak ale vidíme, motivace a důvody většiny informantů a informantek jsou při bližším prozkoumání povětšinou pochopitelné – ekonomické, kulturní, sociální, tedy lidské. I naše působení musí být takové – lidské především.

Ne nadarmo jedním z vrcholů pomyslného trojúhelníku je v mé fantazii figura terénního pracovníka. Veškeré edukativní působení jistě musí začít u nás samotných – musíme téma iniciace detabuizovat, demytizovat a naučit se o něm věcně a konstruktivně komunikovat s našimi klienty. Proto považuji za úspěch možnost vytvoření kapitoly v metodikách služby, edukačního programu v rozsahu této práce a vytvoření příspěvku pro presentaci na oborových konferencích. Budu přemýšlet i o dalších možnostech sdílení svých zkušeností, které budou přínosné pro mé kolegy v oboru.

Na závěr si dovolím malou odbočku k dlouholeté debatě o zápase o hegemonii mezi zdravotním (v posledních letech adiktologickým) a sociálním, nebo sociálně pedagogickým, přístupem v oblasti tzv. „drogové problematiky“. V předkládané diplomové práci se zabývám zdánlivě výhradně adiktologickým fenoménem injekční iniciace, ve výsledku však budu působit na uživatele pomocí metod sociální práce – především kontaktních a edukativních. K tomuto závěru jsem navíc dospěl díky kvalitativnímu šetření velmi blízkému sociálně pedagogickému a sociálně antropologickému (koncept okrajových kultur) výzkumu.

Nejenom výsledek bádání, ale i samotný průběh tvorby této práce je pro mne opakovaným potvrzením nezbytnosti syntetického, nebo lépe řečeno synergického přístupu k této činnosti, což je pro mne jedním z nejvýznamnějších přesahových efektů tvorby této práce.

Zdroje

Literární zdroje:

1. BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH, 2003. *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. Brno: Doplněk. Co, jak, proč? ISBN 80-7239-148-8.
2. FOUNTAIN, Jane, 2000. *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*. Lanham, Md.: Bernan Associates [distributor]. ISBN 92-9168-088-5.
3. GANERI, Anita, 2001. *Drogy: od extáze k agonii*. Praha: Amulet. Alfabet. ISBN 80-86299-70-8.
4. GIRTLER, Roland, 2001. *Okrajové sociální kultury*. Brno: Masarykova univerzita. Edice učebnic Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně. ISBN 80-210-2728-2.
5. GOFFMAN, Erving, 2003. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství. Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-21-0.
6. HÁNKOVÁ, Olga, ed., 2016. *Snižování škod & drogy: Sborník odborné konference*. SANANIM. ISBN 978-80-904536-9-2.
7. HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.
8. ILLES, Tom, 1999. *Děti a drogy: fakta, informace, prevence*. Praha: ISV. Drogy. ISBN 80-85866-50-1.
9. JIREŠOVÁ, Katarína, Anya SARANG, Lenka VAVRINČÍKOVÁ a Don MCVINNEY, c2005. *Úvod do harm reduction: příručka pre učiteľa*. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti - Open Society Foundation. ISBN 80-969271-2-4.
10. KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

11. KALINA, Kamil a kol. 2001. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* © Úřad vlády České republiky. Filia Nova pro Radu vlády ČR - Meziresortní protidrogovou komisi, ISBN 80-238-8014-4.
12. KALINA, Kamil, c2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
13. KAUFMANN, Jean-Claude, 2010. *Chápající rozhovor*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON). Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-033-9.
14. KLÍMA, Petr, ed., 2009. *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork*. 2. vyd. Praha: Česká asociace streetwork. ISBN 978-80-254-4001-8.
15. KRAUS, Blahoslav a Jolana HRONCOVÁ, 2010. *Sociální patologie*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-080-1.
16. MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
17. *Metodika centra terénních programů Královéhradeckého kraje: Laxus z.ú*, 2019. nepubl.
18. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
19. MRAVČÍK, Viktor, Pavla CHOMYNOVÁ, Kateřina GROHMANNOVÁ, Barbara JANÍKOVÁ, Tereza ČERNÍKOVÁ a kol., 2019. *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2018: [Annual Report on Drug Situation 2018 - Czech Republic]*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 978-80-7440-237.
20. NEDĚLNÍKOVÁ, Dana, ed., 2008. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. Ostravská univerzita v Ostravě: PITSTOPMEDIA.
21. NEŠPOR, Karel, 2000. *Návykové chování a závislost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-432-X.

22. *Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog: metodický pokyn ECDC a EMCDDA*, c2012. Praha: Úřad vlády České republiky. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-064-3.
23. RHODES, Tim, 1999. *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Boskovice: Albert. SCAN. ISBN 80-85834-71-5.
24. SILVERMAN, David, 2005. *Ako robiť kvalitatívny výskum: praktická príručka*. 1. vyd. Přeložil Martin ŠTULRAJTER. Bratislava: Ikar. Pegas. ISBN 80-551-0904-4.
25. STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
26. TYLER, Andrew, 2000. *Drogy v ulicích: mýty - fakta - rady*. Praha: I. Železný. ISBN 80-237-3606-x.
27. WEST, Robert, 2016. *Modely závislosti*. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-157.

Internetové zdroje:

1. ANDERSSON, Bjorn, 2013. Finding ways to the hard to reach considerations on the content and* concept of outreach work. In: *European Journal of Social Work* [online]. [cit. 2020-02-23]. DOI: doi:10.1080/13691457.2011.618118. Dostupné z: <https://scihub.tw/https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691457.2011.618118>
2. BLUTHENTHAL, Ricky N., Lynn WENGER, Daniel CHUA, Brendan QUINN a James THINGA, Factors associated with initiating someone into illicit drug injection. In: *Drug and Alcohol Dependence* [online]. 2014 [cit. 2020-04-01].

- Dostupné z: <https://sci-hub.tw/10.1016/j.drugalcdep.2014.09.008>
3. BOURGOIS, Philippe, Anthropology and epidemiology on drugs: the challenges of crossmethodological and theoretical dialogue. *International Journal of Drug Policy* [online]. 2002, 10 [cit. 2020-04-01].
Dostupné z: <http://www.index-f.com/para/n27/3bourgois.pdf>
 4. CROFTS, Nick, Robyn LOUIE, Doreen ROSENTHAL a Damien JOLLEY, Circumstances surrounding initiation into injecting. *Addiction* [online]. 1996 [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: <https://sci-hub.tw/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8828246>
 5. *Harm reduction coalition* [online], 2019. [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <https://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>
 6. *Healthlinkbc: tertiary prevention* [online], 2016. [cit. 2020-02-23].
Dostupné z: <https://www.healthlinkbc.ca/physical-activity/tertiary-prevention>
 7. HUNT, Neil, Garry STILLWELL, Colin TAYLOR a Paul GRIFFITHS, Evaluation of a Brief Intervention to Prevent Initiation into Injecting. *Sci-hub* [online]. 1998 [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://sci-hub.tw/https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09687639809006684>
 8. HUNT, Neil, Jon DERRICOTT, Andrew PRESTON a Garry STILLWELL, Break the cycle campaign: briefing paper. *Exchangesupplies* [online]. 2009 [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: https://www.exchangesupplies.org/shopdisp_P501.php
 9. *Iwh: primary, secondary, tertiary prevention* [online], 2015. [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <https://www.iwh.on.ca/what-researchers-mean-by/primary-secondary-and-tertiary-prevention>
 10. *Laxus: Centrum terénních programů Královéhradeckého kraje* [online], 2019. [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <http://www.laxus.cz/centra/centrum-terennich-programu-kralovehradeckeho-kraje/>
 11. *Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027*, 2019. *Vlada* [online]. [cit. 2020-02-23].

- Dostupné z: https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/Narodni_strategie_2019-2027_fin.pdf
12. *National institute on drug abuse: prevention* [online], [cit. 2020-02-23].
Dostupné z: <https://archives.drugabuse.gov/publications/diagnosis-treatment-drug-abuse-in-family-practice-american-family-physician-monograph/prevention>
 13. O'DONNELL, John A., Judith JONES. Diffusion of the Intravenous Technique Among Narcotic Addicts in the United States. *Sci-hub* [online]. 1968 [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://sci-hub.tw/https://www.jstor.org/stable/pdf/2948330.pdf?seq=1>
 14. PATES, Richard, A case of needle fixation. *Sci-hub* [online]. *Journal of Substance Use*, 2001 [cit. 2020-02-27]. Dostupné z: https://sci-hub.tw/https://www.researchgate.net/publication/232061150_A_case_of_needle_fixation
 15. *Prev centrum* [online], 2017. [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://www.prevcentrum.cz/informace-o-drogach/pervitin/>
 16. *Prevalence užívání drog v populaci ČR*, 2019. *Drogy-info* [online]. [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <https://www.drogy-info.cz/nms/vyzkum-nms/prevalence-uzivani-drog-v-populaci-cr/>
 17. *Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky*, 2019. *Vlada* [online]. [cit. 2020-02-23].
Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/protidrogova-politika/protidrogova-politika-72746/>
 18. ROTONDI, Nooshin K., Carol STRIKE, Gillian KOLLA, Michael A. ROTONDI a kol., *Transition to Injection Drug Use: The Role of Initiators* [online]. 2014 [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: <https://sci-hub.tw/10.1007/s10461-013-0693-8>
 19. SIMMONS, Janie, Sonali RAJANB a James M. MCMAHON, Retrospective accounts of injection initiation in intimate partnerships. *International Journal of Drug Policy* [online]. 2012

- [cit. 2020-04-01]. Dostupné z: <https://sci-hub.tw/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8828246>
20. SPRECHT, Walter, *MOBILE YOUTH WORK IN THE GLOBAL CONTEXT REACHING THE UNREACHABLE* [online]. 2010, 137 [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: https://www.ismo-online.de/logicio/client/ismo/file/buch/ISMO_Mobile_Youth_work_in_the_global_context.pdf
21. *Substitucna-liecba* [online], 2020. [cit. 2020-02-26]. Dostupné z: <https://www.substitucna-liecba.sk/illegalne-drogy>
22. SZEINTUCH, Shmulik, Street Work and Outreach: A Social Work Method? *British Journal of Social Work* [online]. 2014 [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <https://sci-hub.tw/https://academic.oup.com/bjsw/article-abstract/45/6/1923/1686227>
23. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*, Dostupné také z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006#f3010527