

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Filozofická fakulta**

**Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie**



**Využívání alternativních způsobů aplikace nealkoholových drog  
u klientů Terénních programů Olomouc**

**Bakalářská práce**

Autor: Eva Továrková

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Pavel Kliment, Ph.D.

Olomouc

2015

### Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Využívání alternativních způsobů aplikace nealkoholových drog u klientů Terénních programů Olomouc“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V .....dne .....

Podpis .....

Děkuji PhDr. Mgr. Pavlu Klimentovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Dále bych ráda poděkovala respondentům výzkumu za to, že mi umožnili bakalářskou práci zrealizovat.

# Obsah

Obsah.....	3
Úvod.....	5
1 Adiktologické služby.....	8
1.1 Terénní sociální práce.....	9
1.2 Terénní programy Olomouc (TPOL).....	11
2 Drogy.....	15
2.1 Definice závislosti.....	16
2.2 Základní dělení drog.....	17
2.3 Nejčastěji zneužívané ilegální drogy v České republice.....	20
2.3.1 Opioidy, opiáty.....	20
2.3.2 Farmaka.....	21
2.3.3 Konopné drogy.....	21
2.3.4 Halucinogeny.....	22
2.3.5 Těkavé látky.....	22
2.3.6 Extáze a taneční drogy.....	23
2.3.7 Psychomotorická stimulancia.....	23
2.4 Způsoby aplikace návykových látek.....	24
2.4.1 Intravenózní (injekční) aplikace.....	25
2.4.2 Alternativní způsoby aplikace k intravenóznímu způsobu užití drog.....	27
3 Praktická část.....	30
3.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	30
3.2 Výběr výzkumného souboru a jeho popis.....	31
3.3 Metody získávání dat a jeho průběh.....	32
3.3.1 Strukturované interview.....	32
3.3.2 Průběh získávání dat, etické zásady výzkumu a validita.....	33
3.4 Analýza a interpretace dat.....	34
3.4.1 Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 1.....	34
3.4.2 Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 2.....	40
3.4.3 Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 3.....	44
4 Shrnutí výsledků výzkumu.....	52

5 Závěr .....	57
Conclusion .....	58
Seznam literatury .....	60
Seznam příloh .....	65

## Úvod

*„Nemám cíl, nemám pro co žít, nemám světlo do života, nemám elán a nepamatuju si, kdy jsem se naposledy vod srdce zasmála. Nemám sebevědomí, jsem úplně na nic. Jenže já to chci změnit. Celou dobu jsem si naivně myslela, že můj život je plnej a šťastnej, ale teď už jsem pesimistická a zbabělá. Mám vás moc ráda a chci ty starý časy vrátit zpátky. Maminko, nemůžu to vyslovit. Já jsem to všechno nakonec převedla na něco jiného. Začala jsem brát drogy. Začala jsem si píchat. Ale já to tak nechtěla, přísahám“ (Vaverková, 2000, s. 61).*

Při četbě různých knih s drogovou tematikou, jsem si nikdy nemyslela, že bych se mohla tak těžkým tématům věnovat v rámci své profese. Vždy jsem si myslela, že se ty nepěkné a škaredé věci spojené s drogami v reálném světě nemohou dít, že tento knižní svět je pouhá fantazie. Nicméně, po nástupu do zaměstnání do Společnosti Podané ruce o.p.s., kde jsem nejdříve působila jako dobrovolnice terénních programů a posléze i jako terénní pracovník, jsem zjistila, že takové a podobné příběhy řeším vlastně každý den. Avšak, stejně jako při četbě knih jako jsou Memento, Bílá nemoc či Herák, jsem se nevyhnula přemýšlení o podstatě toho, jak se něco takového může stát. Ale i přes to, že s klienty hovořím a společně se snažíme dopátrat příčiny jejich současného stavu, zjišťuji, že vlastně někdy ani samotní klienti nevědí, co je do tohoto stavu dostalo.

Drogová otázka mi někdy přijde příliš tabuizovaná. Je pár knih, které píší o této problematice. Je to zpravidla četba pro mladé osoby, ze které by si snad mohly vzít nějaké ponaučení. Nicméně tyto knihy velmi často neobsahují adekvátní informace, spíše mi přijde, že mají za úkol zastrašit. Nicméně, domnívám se, že velmi často je opak pravdou. Mladí lidé mají chuť a touhu si to vyzkoušet a při tom věří, někdy jsou i přesvědčeni, že jejich konec bude o mnoho lepší, život bude bez starostí a drogy budou pouhé zpestření bez následků v jejich životě. Asi jen minimum z nich si poté přečte adekvátní literaturu, aby se dozvěděli, že drogy mají i druhou

stránku, která už není spojená jen s veselým a příjemně změněným stavem vědomí.

Téma nelegálních drog bylo u nás velmi dlouho tabuizováno, vznikaly různé polopravdy a docházelo ke zkreslování. Nejčastějším mýtem je, že se jedná o určitou „vyděděnou“ část populace. Rozpor mezi touto zjednodušenou představou a realitou v podobě někoho, kdo stojí na začátku své drogové kariéry, může u dospívajícího vyvolat touhu drogu vyzkoušet. Dospívající mají dostatečné informace o různých drogách, avšak důsledky užívání drog znají pouze částečně, především co se týká období drogové závislosti se všemi jeho sekundárními projevy (Dvořák, 1995, s. 56, 60).

Byla jsem jedna z těch, která si přečetla knihy zaměřené na drogovou problematiku a říkala si, že je to opravdu hrozné a mně se to nikdy nebude týkat. Měla jsem to štěstí, že to nakonec dopadlo přesně dle mého předsevzetí. I proto jsem si začala klást otázku: „Jak je tedy možné, že někdo do drog spadne a jiný ne? Je to o vůli, předsevzetí, výchově či něčem úplně jiném?“ Bohužel, odpověď na tuto otázku jsem doposud nenašla.

Stříkačka, krev, bolest, ulice, promiskuita, ztráta rodiny, závislost. To jsou slova napadající mne, když přemýšlím o drogách. Domnívám se, že stejná slova napadají i většinou společnost. Já ale zároveň vím, že k těmto pojmům můžeme připojit i pozitiva v podobě terciární péče – terénní programy, kontaktní centra a jiné následné programy určené uživatelům drog. Je důležité vědět, že tyto služby jsou potřeba, poněvadž k drogám také neodmyslitelně patří kamarádství, parta, rituál, nebýt sám, svoboda, anarchie života a vlastně bohémský způsob života. A tohoto se člověk velmi nerad vzdává, zejména pokud bereme v úvahu, že samotná závislost v tom hraje důležitou ne-li nezbytnou úlohu.

Díky tomu, že znám i tuto druhou stranu závislosti rozhodla jsem se napsat bakalářskou práci o možnostech užívání. O tom, že drogy škodí zdraví člověka a neprospívají ani společnosti jako celku, bylo napsáno již mnoho knih, avšak je důležité myslet i na to, že když už se někdo

rozhodně drogy brát, je to jeho svobodná vůle. Nicméně, měl by to to dělat tak, aby docházelo co k nejmenšímu poškození jak té osoby samotné, tak i společnosti. Domnívám se tedy, že je třeba, aby každý, kdo se rozhodne užívat drogy, měl adekvátní informace o tom, jak si co nejméně ublížit a brát co nejvíc bezpečně.

Bakalářskou práci jsem rozdělila na praktickou a teoretickou část.

Teoretická část je členěná na tři části:

V první části se zabývám pojmem adiktologie a osvětluji sociální službu Terénní programy Olomouc.

V druhé části se věnuji pojmu drogová závislost, dělení drog a nejvíce zneužívaným drogám v České republice. Okrajově se zde věnuji i drogové historii.

Ve třetí části se věnuji jednotlivým způsobům aplikace návykových látek, kde se zabývám nejen nejrozšířenějším injekčním (intravenózním) způsobem aplikace, ale i alternativními způsoby braní. Zmiňuji se zde i o závislost na jehle, aplikační místnosti a nejčastějších zdravotních rizicích, která jsou s aplikacemi spojená.

Praktickou část jsem zpracovala pomocí kvalitativní metody – rozhovor s aktivními uživateli nealkoholových návykových látek.

V rozhovoru jsem se zaměřila především na způsoby aplikace drog a povědomí uživatelů o alternativních způsobech braní. Snažila jsem se zjistit, zda mají samotní uživatelé dostatek informací a znají tedy i případná zdravotní rizika spojená s jednotlivými způsoby aplikace drog. Mým cílem bylo osvětlit, zda jsou informace o aplikacích dostatečně známy nejen samotným uživatelům, ale potažmo i společnosti, anebo jsou informace v nedostatečné míře nebo zkreslené.



# 1 Adiktologické služby

Multidisciplinární obor zvaný adiktologie se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek a jiných forem závislostního chování. Dále na dopady takového chování na jedince a společnost. Jádrem adiktologie je v bio-psycho-sociálním modelu závislosti a léčby, stále více je uplatňován mezioborový přístup. Klinická adiktologie se zabývá přímou prací se současnými nebo bývalými uživateli drog a jejich rodinami a blízkými. (Kalina, 2008, s. 11, 12).

Do adiktologických služeb, které poskytují formy odborné pomoci závislým a jejich blízkým řadíme terénní práce (streetwork), kdy se pracovník pohybuje v oblastech, kde se narkomani scházejí. Dále kontaktní centra, kde je služba taktéž anonymní, mění se injekční materiál a je zde možnost pomoci vyřídít léčbu. Dále se jedná o ústavní léčbu na psychiatrii, obvykle trvající 2 měsíce na specializovaném oddělení. Léčba v terapeutické komunitě v rámci resocializace a léčby ve skupině lidí, ti mají odpovědnost za léčbu i chod komunity. Ambulantní služby a AT poradny (alkoholicko-toxikologická), kde pracují terapeuti a probíhá zde individuální, skupinová i rodinná terapie. Pracuje se zde i s blízkými narkomanů a jejich krizí. Doléčovací centra jsou pro klienty, kteří absolvovali léčbu ústavní nebo léčbu v terapeutické komunitě, jde krom jiného o poradenství, terapii či chráněné bydlení. Primární cílová skupina jsou klienti vracějící se zpět do původního prostředí. V neposlední řadě se jedná o substituční terapie, které nabízejí některá zdravotnická zařízení v podobě metadonové detoxikace či substituční léčby. (Hajný, 2007, s. 434, 435).

Specifická služba, která u nás není poskytována, nese název aplikační místnosti. Známa je spíše v zahraničí.

Jedná se o chráněná místa pro hygienickou aplikaci do zařízení přinesených drog v nehodnotícím prostředí a pod supervizí odborného personálu. Jde o vysoce specializovanou službu poskytovanou ve zdravotnickém zařízení. Zřízení aplikačních místností je reakcí

na problémy spojené s užíváním drog na otevřených či veřejných prostranstvích. Můžeme je dělit na dva typy. Prvním je integrovaný typ, kdy je aplikační místnost součástí existujícího zařízení, druhým je méně častý typ, kdy jde o specializované samostatné zařízení sloužící pouze k bezpečné aplikaci drog, například v místě s vysokou poptávkou po aplikaci. Cílem aplikačních místností je ochrana zdraví a bezpečnost (NMS, 2011, s. 2, 3).

Vzhledem k tématu mé práce se budu věnovat pouze terénním programům, zejména Terénním programům Olomouc, které jsou popsány níže.

### **1.1 Terénní sociální práce**

Anglické slovo streetwork znamená práci na ulici, která představuje aktivně vyhledávací, doprovodnou a mobilní sociální práci určenou osobám se sociálně patologickým chováním, kteří žijí rizikovým způsobem života. Někdy se používá pojem terénní sociální práce, ten je však obecnější a zahrnuje třeba i asistenční službu. Jedná se o nedirektivní sociální práci vedoucí k začlenění do společnosti a seberealizaci bez použití moralizování (Bednářová, Pelech, 2003, s. 7). Matoušek (2005, s. 217) uvádí, že cílovou skupinu tvoří „skrytá populace“ uživatelů, tedy ti, u nichž zatím nepřevážily problémy spojené s užíváním drogy nad zisky, zejména jsou to mladí uživatelé aplikující si nitrožilně nemající přístup k jiným službám. Hrdina a Korčišová (2003 b, s. 159) tuto skupinu konkretizují na tzv. experimentátory (počáteční stádia drogových experimentů), „děti ulice“, které mohou být v různých fázích experimentu či závislosti a mají přechodný azyl na drogových bytech. Dále jsou to pravidelní uživatelé drog, kteří nejsou motivováni ke kontaktu s pomáhající institucí a problémoví uživatelé drog v rozvinutých stupních závislosti. Terénní pracovník má k dispozici na výměnu sterilní injekční materiál a informace o způsobech bezpečné injekční aplikace (Hajný, 2007, s. 434). Kalina hovoří o specifikách služby. Jedná se o poskytování služby, kdy jde o tzv. otevřenou drogovou scénu – ulice a další veřejná místa a o tzv. uzavřenou drogovou scénu – byty uživatelů. Dále pojednává o přístupu ke klientovi,

kdy jde i o etiku práce terénního pracovníka, možnosti klienta službu odmítnout a nebýt stigmatizován kvůli kontaktu s pracovníkem. Dále uvádí, že: „*terénní práce je postavena na přístupu „public health“ (ochrana zdraví veřejnosti) a přístupu „harmreduction“ (snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek)*“ (2008, s. 370). Tím je možné pracovat s klientem bez ohledu na fázi rozvoje závislosti a také bez ohledu na úroveň motivace ke změně směřující k abstinenci (2008, s. 370). Hrdina a Korčíšová upozorňují na nutnost vybudovat si identitu pracovníka terénních programů, tak aby došlo k přijetí cílovou skupinou, tím pádem se pracovník stává součástí drogové scény a má prostor pro své působení. K tomuto pracovník využívá čtyři na sebe navazující fáze. Jedná se o seznamovací fázi, kdy vyhledává kontakt s cílovou i potenciálně cílovou skupinou a je pro okolí viditelný. Následuje fáze navazování osobních kontaktů, jež je klíčová. Nutností je být upřímný a otevřený, informovat klienty o službě, tak aby to bylo pro ně srozumitelné. Pokud se podaří fáze druhá, navazuje fáze vytváření vztahů, přičemž je důležitá důvěra mezi oběma stranami. Nutností je pravidelný kontakt, řešit problémy, akceptovat klienta a jeho chování, nebýt kritický a chápat. Po prohloubení vztahu vzniká prostor pro ovlivnění chování klienta a možnost motivovat ho ke změně, pracovník se stává poradcem. Poslední fází je práce na změně klientova chování, kdy se pracuje s klientem na řešení jeho problémové situace. Ne vždy se podaří projít všemi fázemi, proto si pracovník musí být vědom toho, že pracuje s klientelou, se kterou je pravděpodobnost dokončení malá (2003 b, s. 162, 163).

#### Harmreduction (dále HR)

*„Model HR upřednostňuje zdraví a osobní zodpovědnost před persekucí. Upřednostňuje léčbu ve všech jejích možnostech, a to i přístupy založené na totální abstinenci, před kriminalizací závislých. Jakákoli pozitivní změna směrem ke snížení poškození je považována za krok správným směrem“* (Hrdina, 2003 a, s. 264). Důležitá je ochrana celé společnosti před nežádoucími dopady užívání drog, jež souvisí s ochranou veřejného zdraví zaměřující se na celou společnost nikoliv na jedince.

HR se zakládá na třech principech, jimiž jsou

1. *„HR je alternativou k tradičním a jednostranným modelům užívání drog a závislostí.*
2. *HR považuje abstinenci za ideální výsledek, ale akceptuje také alternativy, které pracují s neabstinujícím klientem.*
3. *HR uplatňuje nízkoprahový přístup“ (Hrdina, 2003 a, s. 265).*

Public health

Cílem je omezit zdravotně škodlivé jevy v populaci. Obecně se model soustřeďuje na primární prevenci uživatelského chování, jedná se tedy o specifickou formu minimalizace škod (Kalina, 2003 a, s. 19). Informace, vzdělání a zdravotnickou pomoc nabízí služby založené na Public health. Vychází z předpokladu, že informovaný klient se sám rozhodne správně (Hrdina, 2003 a, s. 264).

## **1.2 Terénní programy Olomouc (TPOL)**

Terénní programy Olomouc jsou jedním z programů Společnosti Podané ruce, o.p.s., která je neziskovou organizací zabývající se pomocí a podporou lidem v náročných situacích jejich života. TPOL se zaměřují na prevenci a snižování negativních důsledků spojených s užíváním drog a s ním spojeného rizikového způsobu chování u dvou skupin osob. Primární cílovou skupinou TPOL jsou uživatelé nealkoholových drog a návykových látek, chovající se rizikově (např. promiskuitní sexuální život, narušené sociální vztahy apod.), či osoby, které jsou takovýmito jednáním ohroženy. Sekundární cílovou skupinu tvoří rodiče, příbuzní a osoby blízké uživatelů nealkoholových látek. Sem patří i obecná populace, tedy studenti základních a středních škol, dospělá veřejnost a obyvatelé měst, kde je program poskytován, jedná se o Olomouc, Uničov, Šternberk a Litovel. Své služby zde poskytují anonymně a bezplatně (Lívanský, 2011, s. 8).

V manuálu TPOL je vypsán výčet základních cílů služby. Jedná se o rozšíření povědomí o TPOL mezi uživateli nealkoholových drog a vytvořit nové kontakty s cílovou skupinou. Aktivní oslovování

potencionální cílové skupiny s nabídkou služeb. Aktivní vyhledávání a oslovování cílové skupiny v jejím přirozeném prostředí, udržování vztahu a kontaktu se stávajícími klienty, přičemž kontakt s klienty by měl být pravidelný a poskytován v jejich přirozeném prostředí (Lívanský, 2011, s. 9). Matoušek (2005, s. 217, 218) upozorňuje na to, že největší potíží pracovníka je navázání kontaktu, jelikož ho cílová skupina může vnímat jako „vetřelce“ a vzniká riziko nepřijetí, či dokonce napadení ze strany klientů. Proto je nutné získat důvěru a akceptaci ze strany klientů. Matoušek (2003, s. 175) uvádí, že nejrizikovější fází v činnosti terénní práce je navazování prvního kontaktu, na kterém závisí případný úspěch či neúspěch další práce.

Dalším cílem TPOL je zvyšování informovanosti klientů v oblastech rizikového chování, jako jsou např. bezpečnější užívání drog, bezpečnější sexuální chování či trestněprávní poradenství. A tímto způsobem chránit veřejnost, ale i samotné uživatele před možnými negativními důsledky užívání drog. Snaha omezit rizikové chování intravenózních uživatelů drog je sledován i při distribuci harmreduction materiálu a čistého injekčního materiálu (Lívanský, 2011, s. 9). Taktéž Hrdina a Korčíšová (2003 b, s. 161) píší v cílech terénních programů o důležitosti minimalizace zdravotních a sociálních rizik, jako je např. udržet nízký výskyt HIV, hepatitid B a C, snížit počet úmrtí předávkováním, motivovat klienty k výměně injekčního materiálu a jeho bezpečné likvidaci, udržet místa na otevřené drogové scéně čisté (sběr použitých odhozených stříkaček) nebo motivovat klienty ke kontaktu se službami pro uživatele drog.

Motivace k aktivnímu řešení problémů je dalším cílem pracovníků TPOL. Každý klient má svého klíčového pracovníka, se kterým pracuje na individuálním plánování, tento je mu k dispozici při řešení jeho sociální situace, či pokud se rozhodne řešit svou situaci léčbou (Lívanský, 2011, s. 10). Bednářová a Pelech (2003, s. 9), píší o tom, že streetworker nabízí odborné sociální poradenství a socioterapeutickou pomoc, umožňuje tedy klientům aktivovat se k samostatnému řešení.

Důležitým cílem je i funkční komunikace s ostatními zařízeními v systému péče a veřejností. Pracovníci vytváří podpůrné sítě společně

s ostatními institucemi, jako jsou školy, lékárny, lékaři, psychologové aj. (Lívanský, 2011, s. 10). V metodice terénního pracovního poradenství (2012, s. 16) se píše o „síťování“, tedy o vytvoření a udržení propojení a spolupráce organizací a institucí. Hlavní výhody jsou rychlost, flexibilita, sdílení zdrojů a znalostí, usnadnění pohybu ve formálních systémech. Profesionálům může pomáhat zvládat pracovní zatížení a stres a může předcházet duplicitní práci.

### **Terénní programy Olomouc stojí na níže popsaných principech.**

Přístup HarmReduction je jeden ze sedmi principů poskytování služby. Je postaven na snižování rizik určitého chování. Akceptuje fakt, že drogy jsou neoddělitelnou součástí existence společnosti. Nestaví se odmítavě k primární prevenci a abstinenci, ale toleruje skutečnost, že cíl abstinence nemusí být pro každého. Neformálním mottem Harmreduction přístupu je: „Když už ses rozhodl užívat drogy, dělej to tak, ať co nejméně škodiš sobě nebo svému okolí.“ Dalším principem je model Public Health - ochrana veřejného zdraví před šířením škodlivých jevů ve společnosti (HIV/AIDS, Hepatitidy B, C, Syfilis). Jedná se specifickou podobu „minimalizace škod (Lívanský, 2011, s. 9). Matoušek (2005, s. 218) píše o strategii snižování rizik v podobě: *„poskytování sterilních stříkaček, jehel a dalšího zdravotnického materiálu, pokud možno výměnou za materiál použitý; případně sbírání a likvidaci použitého materiálu z míst, kde byl klienty zanechán.* Nízkoprahovost, tedy anonymní a bezplatné poskytování služby. Hrdina a Korčišová (2003 b, s. 160) uvádí, že podstatou nízkoprahovosti je poznatek, že ne každý člověk, který se ocitne v nouzové situaci, využije standartní zdravotní či sociální pomoci v institucích, i proto, že některé z nich kladou podmínky, jež mohou být pro některé klienty obtížně splnitelné, mají tedy „vysoký práh“. Čtvrtým principem je veřejná přístupnost ke službě, což znamená, že klienti mají přístup k nabízeným službám bez ohledu na etnický původ, pohlaví, sexuální orientaci, náboženské vyznání, politické přesvědčení, psychický a fyzický stav či socioekonomickou situaci. Pátý princip stanovuje respektování volby klientů, vzhledem k jejich volbě způsobu života. Záleží na klientovi, zda přijme či nepřijme nabídku odborné péče nebo pomoci. Předposledním

principem je zaměření se na celek a individuální přístup, což znamená, že na situaci klienta se pohlíží v souvislostech bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu, ale zároveň je služba „šita na míru“ jednotlivým klientům. Ctí se jedinečnost každého klienta a služby jsou mu poskytovány podle jeho aktuálních potřeb a možností (Lívanský, 2011, s. 9). Kalina (2008, s. 18) uvádí, že je třeba zabývat se podstatou životních dilemat. Život žijeme ve světě protikladů a to znamená respektovat „přirozené“ zákonitosti vývoje závislosti na návykových látkách. Sedmým, posledním principem je flexibilita a potřebnost, kdy se služby pružně přizpůsobují potřebám klientů, nikoli potřebám pracovníků. Pružně reagují na jejich aktuální potřeby v potřebném rozsahu a aktivizaci (Lívanský, 2011, s. 9). *„Závislý člověk svůj vnitřní konflikt neprožívá, vlastní životní krizi nevnímá a nepřiznává a vědomě i nevědomě dělá mnoho pro to, aby se vyhnul střetnutí s vlastní minulostí, současností a budoucností. V tom mu pomáhají různorodé účinky chemických látek, které užívá, životní styl, který vede, ostatní závislý a jeho přesvědčení či ideologie, kterou zastává* (Hajný, 2007, s. 427).

Terénní programy v roce 2013 využívalo 225 klientů, se kterými proběhlo 1739 kontaktů a vyměnilo se 36 293 injekčních setů (Výroční zpráva SPR, 2014, s. 35).

## 2 Drogy

Termín droga má mnoho významů. V „Deklaraci snižování poptávky po drogách“ jsou to látky podřízené mezinárodní kontrole. „*V medicíně odkazuje na některá léčiva užívaná pro předejití nebo vyléčení nemoci nebo pro zvýšení fyzické či psychické kondice. Ve farmakologii se termín vztahuje na některé chemické činidle, které upravují biochemické nebo fyziologické procesy ve tkáni nebo organismu. Často se pojmem „droga“ rozumí psychoaktivní látka a ještě častěji jde o synonymum pro drogy nezákonné*“ ([http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar\\_pojmu/d](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu/d)).

Psychoaktivní látka je dle Jeřábka „*návyková psychotropní látka, která je u člověka schopna vyvolat syndrom závislosti, a to uplatněním svého návykového potenciálu*“ (Kalina, 2008, s. 53).

Poznatek, že se rostliny mohou využívat ke změně vědomí, se datuje již do paleolitu. (Nožina, Vaněček, 2009, s. 9). Primitivní kultury považovaly psychoaktivní látky za dary, které jim dávalo božstvo a mohly je využívat výhradně vyvolení, jako kněží či šamani. Dle toho je i náležitě uctívaly. Látky jim napomáhaly navazovat spojení s duchy, stanovovali diagnózy a prognózy vývoje chorob (Mann, 1996, s. 55). Ve středověku látky pozměňující vědomí pochází z čistě domácích zdrojů, spojeny jsou s léčitelstvím, magickými praktikami, na které navazují čarodějnické procesy. S průmyslovou revolucí se spojuje užívání drog „pro radost“, zejména morfin a nelegální obchod. Konec 20. let se nesl v duchu významných změn, kdy počet lidí zneužívajících drogy rostl i přes protidrogová opatření a zatlačování obchodu s drogami do ilegality. Toxikománie byla duševní chorobou, na kterou se vztahovala ustanovení o zbavení svéprávnosti. Vznik nových forem abúzu (škodlivého užívání) v Čechách je spojen se „ztracenou generací“ v období mezi dvěma světovými válkami. (Nožina, Vaněček, 2009, s. 11, 50, 177, 269). Před rokem 1990 byla výhradním zdrojem v České republice domácí produkce marihuany, braunu a pervitinu. Poté se Česká republika stává tranzitní zemí, dostává se k nám heroin a za drogy se platí penězi či sexem. Do roku 2000 vznikají otevřené drogové scény s finančním obratem,



hierarchií distributorů a drogovou kriminalitou. V současnosti roste užívání marihuany, „tanečních drog“, užívání pervitinu a heroínu se stabilizuje (Bém, Kalina, Radimecký, 2003 a, s. 34).

Ševela a Ševčík (2011, s. 245) při pohledu do minulosti zmiňují, že konopí zná lidstvo 5 000 let, dříve se užívalo jako kvalitní lék na zácpu. Číňané léčí stejně dlouhou dobu astma efedrinem. Nápoj, známý pod názvem Coca-cola měl zprvu jako hlavní přísadu výtažky koky a měl uzdravovat všechny neduhy.

## 2.1 Definice závislosti

Mezinárodní klasifikace nemocí zařazuje drogovou oblast do skupiny Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek.

Definuje syndrom závislosti následovně: *„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.“* Charakteristická je touha brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák. K rychlejšímu znovuobjevení rysů syndromu závislosti vede užití látky po období abstinence (MKN 10, 2006, s. 75).

Pokud se během jednoho roku u jedince objeví tři nebo více z následujících jevů může se u něj diagnostikovat závislost.

- *silná touha nebo pocit puzení užívat látku;*
- při užívání látky má jedinec problémy při sebeovládání na začátku, ukončení nebo při určení množství látky;
- prožívání tělesného odvykacího stavu, při kterém je brána jiná látka s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užitím látky, nebo prožívání odvykacího stavu typického vždy pro konkrétní látku. Někdy se může použít pro zmírnění stavu i jiná látka s podobnými účinky jako má užívaná látka;
- tolerance k užívané látce prokazující se v podobě zvyšování dávek k dosažení účinku původně vyvolaného nižšími dávkami. Příkladem

jsou jedinci závislý na alkoholu či opiátech, kdy denně mohou brát takové množství látky, které by mohlo usmrtit jedince bez tolerance;

- ve prospěch užívání psychoaktivní látky se jedinec vzdává jiných potěšení nebo zájmů, přičemž se zvyšuje čas k získání nebo užití látky, případně čas na zotavení z jejího účinku;
- i přes to, že užívání látky má zjevně škodlivý dopad na jedince, pokračuje v jejím užívání (jedná se např. o toxické poškození myšlení či depresivní stavy). (Nešpor, 2011, s. 10)

Nešpor jako příklad závislosti uvádí výpověď ze skupinové terapie: *„Jasně jsem si uvědomil, že jsem závislý, když jsem slíbil synovi, že přijdu domů za dvě hodiny, a místo toho jsem přišel za 14 dní.“* (2011, s. 9).

Mezi složky, které ovlivňují diagnózou závislosti, patří kulturní faktory (ovlivňují rozhodování, zda drogy brát či nikoli, postoje vůči braní a dostupnost drogy), environmentální faktory (principy podmiňování a zpevňování, faktory učení a životní události). Dále jsou to faktory interpersonální (sociální vlivy, jako je volba životního stylu, vrstevníci, očekávání od užívání drog a vliv rodiny). Posledním je intrapersonální faktor (osobní vývoj, afektivní a direktivní stránky či pohlaví). (Millerová, 2011, s. 30) Marhounová a Nešpor (1995, s. 77, 78) upozorňují na to, že lidé zneužívající psychoaktivní látky vykazují některé společné znaky, jako jsou krádeže, změna přátel, ztráta zájmu o studium či práci, zhoršení vzhledu, lži a problémy se zákonem.

## **2.2 Základní dělení drog**

Drogy se dají dělit do skupin několika způsoby. LewisLewin německý toxikolog a fyziolog psychoaktivní látky rozděluje do pěti tříd. Jedná se o *„látky vzbuzující (excitantia), látky opojné (inebriantia), látky uspávací (hypnotika), látky navozující euforii (euphorica) a (phantastica)“* (Mann, 1996, s. 55). Albert Hofman, vědec známý jako „otec LSD“ rozděluje psychoaktivní látky rozšířenějším způsobem a to na *„stimulancia, intoxikancia, hypnotika, sedativa a trankvilizéry, analgetika a euforizační prostředky a nakonec psychotomimetika a halucinogeny“* (Mann, 1996, s. 55). Podobné dělení do skupin se používá u preventivních materiálů,

jako je například publikace Drogy – poznej svého nepřítele, kde se setkáváme s pěti skupinami – konopné drogy, opiáty, stimulační drogy, halucinogeny a psychotropní látky (s. 7).

Na základě rozdělení dvou základních vlastností drog – psychotropní efekt, měnící způsob našeho jednání a prožívání a zároveň potenciál závislosti, díky němuž je dlouhodobost, pravidelnost a četnost užívání, která může vyústit do závislosti, stanovil Kalina dělení drog na několik kategorií, přičemž nejčastěji se využívá rozdělení podle účinku na psychiku a dle míry rizika (2008, s. 339).

Dělení dle účinku na psychiku:

Vztahuje se především na hlavní účinek látky v běžně zneužívaných látkách. Jedná se o tlumivé látky zpomalující psychomotorické tempo (narkotika), psychomotorická stimulancia zbavující únavy a zrychlující myšlenkové tempo a nakonec halucinogeny vyvolávající změny ve vnímání (Kalina, 2008, s. 339).

Dělení drog dle míry rizika:

Jedná se o nejpoužívanější dělení ve společnosti na drogy tvrdé a měkké, jak znázorňuje tabulka 1. Látky s vyšší mírou rizika jsou označovány jako „tvrdé“ drogy (pervitin, opioidy), látky s nižší mírou rizika jsou brány jako „měkké“ (marihuana, hašiš, LSD) (Kalina, 2008, s. 339).

Dělení návykových látek dle MKN 10

Dle MKN 10 se drogy dělí dle kritérií, které jsou následující.

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek - F10 - F19:

F10. - alkohol

F11. - opioidy

F12. - kanabioidy

F13. - sedativa nebo hypnotika

F14. - kokain

F15. - jiná stimulancia (včetně kofeinu)

F16. - halucinogeny

F17. - tabák

F18. - organická rozpouštědla

F19. - požívání několika látek a požívání jiných psychoaktivních látek  
(MKN 10, s. 71).

**Tabulka č. 1. Rozdělení drog dle míry rizika (www.drogovaporadna.cz)**

Míra rizika	Tvrdost drog	Zástupci
Vysoká	Tvrdé	heroin, morfin, toluen, durman, crack
Vysoká až střední		kokain, pervitin, LSD
Střední		alkohol, lysohlávky, extáze, efedrin
Relativně malá	Měkké	marihuana, hašiš, kokový čaj
Prakticky bez rizika		káva, čaj

Dělení drog dle legislativy:

Do kategorie legálních drog můžeme zařadit ty látky, u nichž je konzumace povolena, tudíž, nejsou zákonem zakázané. Hovoříme např.: o alkoholu či tabáku. Do kategorie nelegálních drog spadají látky vedené v seznamu zákona o návykových látkách č. 167/1998 Sb. Nedovolené nakládání s těmito látkami je sankcionováno jako přestupek, či trestný čin,

avšak samotné užívání těchto látek není zakázáno. Jedná se drogy typu pervitin, marihuana, heroin apod. (Zákon o návykových látkách č. 167/1998 Sb.).

## **2.3 Nejčastěji zneužívané ilegální drogy v České republice**

Dle Národního monitorovacího střediska pro drogy a závislosti jsou postoje obyvatel České republiky k užívání návykových látek dlouhodobě stabilní, avšak zvyšuje se přijatelnost užívání konopných látek. S tím souvisí i vyšší počet nesouhlasících obyvatel s trestním postihem uživatelů konopných látek, především u těch, kteří užívají konopné látky k léčebným účelům (Mravčík, 2014, s. 4).

*„V roce 2013 bylo v ČR odhadnuto přibližně 44,9 tis. problémových uživatelů drog (PUD), z toho bylo 34,2 tis. uživatelů pervitinu, 3,5 tis. heroinu a 7,2 tis. uživatelů buprenorfinu (celkem tedy 10,7 tis. uživatelů opiátů/opioidů). Počet injekčních uživatelů drog (IUD) byl odhadnut na 42,7 tis. U uživatelů pervitinu došlo k významnému nárůstu jejich počtu.“* (Mravčík, 2014, s. 4)

Data z roku 2012 o drogových úmrtích ze soudně-lékařských oddělení hlásí 38 případů předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami, z toho 12 opiátů/opioidy, 16 pervitinem a 10 těkavými látkami. Ve stejném roce obecný registr mortality hlásil 45 smrtelných předávkování nelegálními drogami a těkavými látkami, v roce 2013 to bylo o 2 případy více (Mravčík, 2014, s. 5).

### **2.3.1 Opioidy, opiáty**

Euforickým efektem doprovázené tlumivé látky opioidy, opiáty s útlumem dechu, mající silný analgetický účinek, jsou první skupinou nejčastěji užívaných drog. Přírodními zástupci látky jsou alkaloidy morfiu, kodein, heroin, metadon. Mezi nejčastější způsoby aplikace patří intravenózní aplikace, dále inhalace po zahřátí alobalu a orální aplikace. Účinkem je zklidnění a příjemná euforie, přidružuje se častý výskyt pocitu tepla a snížení vnímání tělesných pocitů (Kalina, 2008, s. 344, 345, 346). Mezi rizika závislosti patří těžká závislost vznikající i po kratším užívání

a většinou je spojena s těžkými fyzickými abstinenčními stavy. Zvyšuje se tolerance, což vede ke zvýšení dávek (Hajný, Kořínek, Majer, 2004, s. 15). Nejznámější zástupce opiátů heroin, dříve lék proti závislosti na morfinu se užívá zejména nitrožilně, kouřením a inhalací (Kalina, 2008, s. 347). Nešpor a Csémy (1995, s. 65) uvádí, že se heroin prodává za nízké ceny, ty se zvednou, když je dostatek závislých a ti pak udělají cokoli pro další užití. Marhounová a Nešpor píše: „*Heroin je pokládán za společensky nejnebezpečnější drogu – stimuluje k násilí a zabití. Heroin bývá také pokládán za tzv. nejtvrdší drogu a návyk na ni bývá nejčastěji vyvrcholením drogové závislosti jedince*“ (1995, s. 74).

### **2.3.2 Farmaka**

Farmaka tvoří širokou skupinu zneužívaných látek, které ovlivňují mozek, respektive centrální nervovou soustavu. Nejčastěji se jedná o látky snižující strach a napětí, způsobují euforii, zvyšují tělesný i duševní výkon anebo mění smyslové vnímání (SANANIM, 2007, s. 145). Nejčastějším způsobem zneužití farmak je orální aplikace, u sekundární závislosti záleží na způsobu aplikace primární drogy. Euforické účinky nastupují do několika minut a mohou trvat i několik hodin. Látky obsažené v lécích mohou vést k rozvoji psychické i tělesné závislosti. Předávkování vede k útlumu centrální nervové soustavy (Kalina, 2008, s. 350, 351). Hlavním zástupcem jsou v medicíně nejpoužívanější psychofarmaka benzodiazepiny. Větší dávky téměř vždy vyvolají spánek, pokud dojde ke kombinaci s jinou látkou, například s alkoholem, může dojít ke smrtelnému předávkování (SANANIM, 2007, s. 146, 147).

### **2.3.3 Konopné drogy**

Třetí nejpočetnější skupinu návykových látek v České republice tvoří uživatelé konopných drog. Potence konopí je chápána jako obsah psychotropní látky THC v rostlině. Marihuanu tvoří květy s okvětními lístky usušené samičí rostliny konopí, přičemž nejvyhledávanější jsou ty rostliny, které obsahují největší podíl psychoaktivních látek. V Evropě marihuana obsahuje 2–8% THC (Gabrhelík, Zábranský, Miovský, 2008, s. 125, 126, 127). Droga se zpravidla kouří, může se smotat do marihuanové cigarety

kónického tvaru, známá jako joint. Často se užívá v pokrmech. Při kouření vzniká až pětinasobek obsahu škodlivin oproti běžné cigaretě. (SANANIM, 2007, s. 154, 156). S konopnými drogami jsou spojena různá rizika, která ovlivňují např. mužský i ženský reprodukční systém. U vysokých dávek drog jsou to přechodné někdy nezvratné škodlivé účinky na jeden nebo více tělesných orgánů včetně mozku. Po dlouhodobém a velmi intenzivním užívání se může podle některých autorů dostavit amotivační syndrom, projevující se zejména lhostejností, apatií a neproduktivností (Gabrhelík, 2008, s. 335, 348, 350, 365, 366).

#### **2.3.4 Halucinogeny**

Kalina uvádí, že halucinogeny jsou přírodní a syntetické látky užívající se jako doplňkové drogy v kontextu „tanečních“ drog. (2008, s. 354). Mění vnímání světa i vnitřních prožitků, přičemž je to často doprovázeno halucinacemi a novými fantaziemi, čímž odvádějí pozornost od reálného světa. Nejčastěji se aplikují orálně či kouřením. Účinek je závislý na užití látky, poté se dostávají změny ve vnímání, sluchové vize, barevné vzory, neschopnost vnímat čas a prostor. Mezi zástupci vévodí LSD (v podobě tripů), lysohlávky a durman. Pravidelné a dlouhodobé užívání může vést k rozvoji skryté duševní poruchy, anebo může vystavit psychiku jedince šokujícím halucinacím či zážitkům (tzv. horor trip). Dále se mohou dostavit deprese a úzkost (Hajný, Kořínek, Majer, 2004, s. 16).

#### **2.3.5 Těkavé látky**

Těkavé látky mající narkotické účinky tvoří další skupinu zneužívaných látek. Způsobují převážně útlum nervového systému (Kalina, 2008, s. 360). Hlavní je okamžik euforie, změněné barevné a sluchové vnímání, jež hraničí s halucinací (Hajný, Kořínek, Majer, 2004, s. 16). Užívají se výhradně inhalací, vstřebáváním přes plicní sklípky. Účinky nastupují téměř okamžitě po užití, avšak odeznívají už po několika minutách. (Kalina, 2008, s. 360). Těkavé látky jsou asi nejnebezpečnější skupinou látek. Důvodem je, že snadno dojde k předávkování se smrtelným zakončením. Dále užívání vede k poškození mozku a tedy úbytku rozumových schopností. Také dochází k poškození některých vnitřních

orgánů, jako jsou mozek, ledviny, játra i kostní dřeň. Typickým zástupcem je běžně dostupný toluen (SANANIM, 2007, s. 150).

### **2.3.6 Extáze a taneční drogy**

Extáze MDMA a taneční drogy jsou syntetické látky využívané především na tanečních akcích. MDMA se řadí mezi stimulantia, bývá označována jako empatogen, jelikož typický efekt je empatie, tedy vcítění se do pocitů druhé osoby. Uživatel cítí sounáležitost, přátelství a pochopení (SANANIM, 2007, s. 162). MDMA způsobuje masivní uvolnění serotoninu a dopaminu do mozku, množství těchto látek se zvětší až o 80%. Někdy po požití může dojít i k rozvoji strachu, úzkosti a paranoie. Po užití krom jiného stoupá tělesná teplota, dochází k výraznému pocení s velkou ztrátou tekutin a solí. Zvyšuje se krevní tlak a tepová frekvence. Největší nebezpečí se však skrývá pod tzv. serotoninovým syndromem, kdy dochází k přehřátí organismu (teploty nad 40°C), rozvratu vnitřního prostředí, dehydratace, bezvědomí a to vše s vysokým rizikem úmrtí (IRA a saferparty.cz in Dekontaminace, 2010).

### **2.3.7 Psychomotorická stimulantia**

Psychomotorická stimulantia, jejichž hlavním zástupcem je metamfetamin zvaný pervitin, jsou látky nabuzující organismus, zvyšující duševní i tělesný výkon jedince a to díky zvýšení hladiny noradrenalinu v centrální nervové soustavě (Kalina, 2008, s. 356, 357). Mezi další zástupce patří kokain a z legálních látek káva a čaj s mírnějším efektem. Tradiční „česká“ droga pervitin, jehož výroba byla známa již před rokem 1989, byla dříve používána jako lék proti únavě, obezitě a armádou pro zvýšení výkonu jednotek, se postupem času stala nejvýznamnější nelegální drogou (SANANIM, 2007, s. 164). Jedním z mnoha lákadel pervitinu je překonání únavy, bolesti, spánku a při tom silný pocit sebevědomí (Hajný, Kořínek, Majer, 2004, s. 15). Kalina píše o různých způsobech aplikace, jež je rozdílná u jednotlivých drog. Amfetaminy a metamfetaminy se nejčastěji užívají intravenózně. Méně častým způsobem je inhalace a orální aplikace. Pro kokain je charakteristický sniffing (2008, s. 357). Tyto látky vyvolávají psychickou závislost, jež nastupuje poměrně



rychle a zvyšuje se tolerance (potřeba větší dávky pro dosažení stejného účinku). Pro kardiovaskulární systém je užívání stimulantů velkou zátěží, kdy může dojít k akutnímu selhání srdce s možností úmrtí. Dlouhodobé užívání či jednorázově užitá vysoká dávka může vyvolat toxickou psychózu, tedy stav projevující se vztahovačností, podezřívavostí nebo obavami o vlastní život. Chybí kontakt s realitou a postižený je potenciálně nebezpečný sobě i okolí. V těžší formě je potřebná hospitalizace na psychiatrii (SANANIM, 2007, s. 167, 168). Klára (37 let) popisuje svou toxickou psychózu: *„po pervitinu jsem jednou viděla všude hmyz. V konsoli bylo obrovské hnízdo masařek. Nemohla jsem došlápnout na zem, byla jich tam souvislá vrstva, že nebyla vidět podlaha, pokrývaly i stěny. Štítily jsem se jich. Když jsem chtěla někam dojít, musela jsem šlapat na přítelovy nohy. Kamarád měl jednou pocit, že je něco ve zdi. Strhal tapety. Pak seškrábal barvu a nakonec otloukl zdi na cihly.“* (ALA, PETR in Dekontaminace, 2010).

## **2.4 Způsoby aplikace návykových látek**

Minařík a Hobsová seřadili způsoby aplikace drog podle míry rizikovosti. Za nejrizikovější způsob označují intravenózní (injekční) aplikaci, jelikož dochází k vpravení látky i všech nežádoucích příměsí přímo do krevního řečiště. Následuje šňupání (sniff), kdy je látka aplikována přes nosní sliznici, která tímto bývá často silně poškozena. Další je nejvíce používaný způsob u konopných drog či organických rozpouštědel, tedy inhalace. Při ní dochází ke vstřebávání přes plicní sklípky, ty jsou ale při vdechování často poleptány. Pravděpodobnost vzniku nádorových a infekčních chorob dýchacího systému zvyšuje inhalace kouře. Za nejméně rizikovou považují orální aplikaci (Kalina, 2003 a, s. 224).

Aplikace, kterou se látka do těla dostává cestou orální (úst), intravenózní (do žíly), podkožní (subkutánní), injekčně do svalu (intramuskulární), inhalací, kouřením nebo šňupáním či užitím análním otvorem, či pomocí genitálií má rozhodující efekt na rychlost a intenzitu účinku látky a tím i na míru intoxikace a náchylnosti ke zneužívání (www.drogy-info.cz). Všechny způsoby aplikace mají jednu společnou věc,

a tou je, že se drogy dostávají do krevního řečiště, a následně jsou roznášeny po celém těle, až se dostanou i do mozku. O tom, za jak dlouho se drogy dostanou do mozku, rozhoduje způsob jejich aplikace. Nejkratší cestou je kouření, jelikož drogy prochází pouze srdcem a pak putují do mozku. Nejdelší cestou je orální aplikace drogy. Důvodem je, že drogy se nejprve dostanou do žaludku, pak do střev a z nich se vstřebávají do krve, následně procházejí játry, srdcem, plícemi a poté se opět vracejí do srdce a až poté putují do mozku ([www.jellinek.nl](http://www.jellinek.nl)). Toto může mít vliv na vlastnost a sílu nežádoucích účinků a následků, jako jsou poškození tělesných orgánů, přenos infekcí jako jsou HIV či hepatitida typu B a C. Kouření může vést k náchylnosti k respiračním problémům, kdežto injekční užití nesterilní cestou může vést k nákaze např. virem HIV nebo žloutenek B a C ([www.drogy-info.cz](http://www.drogy-info.cz)).

#### **2.4.1 Intravenózní (injekční) aplikace**

Jde o nejvíce rizikový, nicméně oblíbený způsob aplikace mezi českými uživateli drog. Důvodem je rychlý nástup účinku látky a zároveň je třeba menší množství látky, než by tomu bylo při jiném způsobu aplikace ([www.substitucni-lecba.cz](http://www.substitucni-lecba.cz) 8). K intravenózní aplikaci sahají v západních zemích uživatelé, až když jsou na konci své drogové kariéry, na rozdíl od našich mladých lidí, kteří přistoupí k této aplikaci již při prvním setkání s drogou ([www.substitucni-lecba.cz](http://www.substitucni-lecba.cz) 7). Bém, Kalina a Radimecký (2003 a, s. 34) uvádí fakt, že začínající uživatelé pervitinu i heroinu více objevují neinjekční formy aplikace, avšak obvykle z úsporných důvodů přechází na intravenózní způsob.

Pro intravenózní aplikaci se používá zpravidla forma prášku, jež je dobře rozpustná ve vodě. Pokud však není droga dokonale rozpuštěná, mohou malé hrudky zapříčinit infarkt nebo mrtvici. V případě, že se nerespektují zásady bezpečného braní, může dojít k přenosu různých infekčních onemocnění, jako je například žloutenka typu B a C, HIV, syfilis.

V rámci injekční aplikace rozdělujeme tři možnosti užití:

1. přímo do žíly (intravenózně)
2. do svalové tkáně (intramuskulárně)
3. pod kůži (subkutánně)

Druhá a třetí metoda jsou problematické, jelikož způsobují bolestivé a pálivé pocity, zvyšují riziko vzniku podkožních vředů (abscesů). Lze tímto zničit kožní nebo svalové tkáně v oblasti vpichu.

Při intravenózní aplikaci pronikne injekční jehla přes kůži až do žíly. V případě, že se jedná o drogu „říznutou“ nežádoucí příměsí, dostane se do těla společně s drogou. Ta pak může zapříčinit infarkt nebo mrtvici, stejně tak i vzduch nebo pevná sraženina drogy aplikovaná do žíly. Intravenózní aplikace je nejriskantnější metoda zejména proto, že je strůjcem mnoha vážných zdravotních komplikací v podobě infekce srdečních chlopní, otravy krve, přenos infekčních nemocí a podobně. Tyto komplikace jsou poměrně běžné, pokud se aplikace provádí nesterilně. Hrozí také větší riziko předávkování, jelikož je dávka aplikována najednou.

Injekční aplikace do svalové tkáně je založena na postupném vstřebávání látky okolními cévami a následným přenosem do srdce. Snižuje se tím riziko předávkování.

Podkožním podáním jsou malé dávky drogy vpíchnuty pod kůži, vstřebávání je pozvolnější než při injekční aplikaci do svalu. Protože je nižší koncentrace drogy v mozku, snižuje se riziko předávkování. Avšak vzniká riziko kožních problémů a vředů ([www.jellinek.nl](http://www.jellinek.nl)).

Bariéra ve využívání méně rizikových způsobů aplikace může být v podobě závislosti na jehle, v USA známá jako „needlefreaks“. Jedná se o *„opakující se porušování integrity kůže injekcí s nebo bez aplikace psychoaktivní látky cestou žilní, podkožní nebo svalovou, a také bez vazby na očekávaný efekt, který způsobuje účinná látka“*, tedy že příjemné pocity vyvolává samotná aplikace, na kterou je kladena větší důležitost, než na účinek drogy. Závislost vzniká v průběhu času, kdy tělo zažívá

po „propíchnutí kůže stříkačkou a vpuštění látky“ účinek drogy a život se zdá být snesitelnější (www.edekontaminace.cz 5).

Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti uvedlo, že v roce 2013 díky nízkoprahovým programům s výměnným programem jehel a stříkaček se vydistribovalo 6,2 miliónů kusů injekčního materiálu (Mravčík, 2014, s. 6).

#### **2.4.2 Alternativní způsoby aplikace k intravenóznímu způsobu užití drog**

- **Šňupání**

Na tento způsob aplikace je nejvhodnější prášková podoba drogy, poněvadž je lehce rozpustná v nosních sliznicích. Tímto dochází k uvolnění molekul a jejich vstřebání do krve. Při šňupání se používá tenká trubička nebo brčko, které by se nemělo sdílet. Při sdílení vzniká velmi malé riziko nákazy žloutenkou. Prášek se usazuje na sliznicích uvnitř nosu, kde jeho molekuly pronikají stěnami kapilár a zhruba 60% se dostane do krve, zbytek jde jícnem do žaludku. Poškození nosních sliznic vyvolává zvýšenou produkci hlenu, opakující se krvácení či chronicky ucpaný nos. Dochází ke zhoršení chuti a čichu. Nosní sliznice jsou vysušovány, tím se zvyšuje jejich zranitelnost a náchylnost k zánětům a infekcím. Výsledkem může být vážné poškození, dokonce i perforace nosní přepážky (www.jellinek.nl).

- **Inhalace a kouření**

Kouření se může aplikovat několika způsoby – v dýmce, ubalením konopné cigarety, kde se nejčastěji nelegální droga míchá s tabákem nebo vodní dýmka.

Někteří lidé věří mýtu, že vstřebají více THC, pokud zadrží kouř v plicích déle. Pravdou je, že do krevního řečiště se THC dostane do 2 vteřin od vdechnutí kouře a následné zadržování kouře vede ke zvýšení škodlivých účinků, jelikož se na plicní sklípky přichytí více dehtu a do krve se dostane větší množství kysličníku uhelnatého. Nejčastěji je aplikace využívána u konopných drog (marihuana anebo hašiš).

U látek jako je například kokain, se mohou inhalovat výpary, které vzniknou po zahřátí na kovové fólii (metoda známá jako Chytání dračích ocásků). Výpary se inhalují pomocí trubičky, přitom se do těla dostávají molekuly rozptýlené v kouři přes dýchací systém (www.jellinek.nl).

Radovan Voříšek uvádí, že: *„látky v plynném skupenství jsou nejčastěji užívány čicháním z igelitových sáčků, textilní látky napuštěné touto tekutinou, láhve či plechovky s kapalinou. V případě rajského plynu uživatelé inhalují plyn přímo z bombiček nebo gumových balónků naplněných účinnou látkou“* (in Guryčová, 2010, s. 14).

- **Orální aplikace**

Nejčastěji se orálně aplikuje LSD, přičemž se užívá ve formě papírků neboli tripů napuštěných látkou. Trip se vkládá do úst pod nebo nad jazyk, kde dochází k jeho rozpuštění a vstřebání do krevního oběhu (Kalina 2003, s. 169). Také extáze se téměř výhradně aplikuje orálně. Po aplikaci putuje jícnem do žaludku, aktivní složky jsou do těla vstřebány, jakmile se dostanou do tenkého střeva. Orální způsob aplikace se dá využívat i u konopných drog, kdy se konzumuje nejčastěji ve formě koláčků či sušenek. Na účinky této aplikace se musí čekat 45 minut i více. Mnoho konzumentů si to neuvědomuje a dají si další porci, čímž riskují užití příliš velké dávky. Pouze 2 – 20% THC zaúčinkuje v mozku při orálním způsobu užívání, znamená to tedy, že konečná koncentrace THC v krvi je nižší než při vykouření stejného množství konopí (www.jellinek.nl).

V případě, že se orálně aplikují například amfetaminy, používají se k tomu želatinové kapsle, známá i jako ampule anebo tobolka. *„Slouží k bezpečné přepravě látky do gastrointestinálního traktu, zde se kapsle rozpustí a obsah je přes sliznici vstřebán do oběhové soustavy“* (Guryčová, 2010, s. 33).

- **Anální aplikace**

Méně rizikovým způsobem aplikace než intravenózně je anální aplikace, kdy se droga aplikuje přímo do konečníku. Jelikož jsou stěny konečníku prokrvené a citlivé, droga se do krevního oběhu dostane téměř

stejně rychle jako u intravenózní aplikace. Důležité je, si před aplikací sundat jehlu ze stříkačky a poté opatrně aplikovat. Výhodami aplikace je menší riziko onemocněním infekčních chorob, netvoří se abscesy ani jiné infekce v místě vpichu. Uživatel si neničí žíly, jedná se o rychlý a účinný způsob aplikace. I při této aplikaci je nutné nikdy nesdílet injekční materiál. Anální aplikace se nejvíce pocitově blíží intravenózní aplikaci ([www.edekontaminace.cz](http://www.edekontaminace.cz) 4).

### **3 Praktická část**

V této části práce analyzuji data z výzkumného šetření, jež má podobu výzkumného interview. Charakterizuji výzkumný soubor a popisuji, jak interview probíhalo. V práci jsou obsaženy i přepisy vybraných částí rozhovorů s participanty, které následně analyzuji. Pro větší názornost jsou vytvořeny přehledné tabulky.

#### **3.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky**

Výzkum je zaměřen na znalost a využívání alternativních způsobů aplikace nealkoholových drog u uživatelů nealkoholových drog.

K napsání této práce a získání co nejvíce informací o využívání alternativních způsobů aplikace mě inspirovalo moje zaměstnání, konkrétněji každodenní rozhovory s klienty terénních programů. Jejich tématem bylo hledání možností jak bezpečně brát, jaké jsou druhy aplikací a zásady bezpečného brání. Mou hlavní činností byla krom tohoto distribuce harmreduction materiálu, díky čemuž byla často dokreslena poskytovaná informace. Doufám, že nejen samotným klientům TPOL, ale i ostatním, kterým budou tyto informace podány, je budou využívat v duchu principu Public health.

Záměrem tohoto výzkumu je seznámit se se znalostmi a zkušenostmi klientů TPOL s alternativními způsoby aplikace. Vhled do této problematiky je realizován pomocí kvalitativního výzkumu.

- Prvním cílem výzkumu je zjistit zda klienti adiktologických služeb v Olomouci mají povědomí o alternativních způsobech aplikace drog, a pokud ano, zda je využívají a jakým způsobem.
- Druhým cílem je identifikovat nejčastější způsoby aplikace.
- Posledním cílem je zmapovat jaká rizika si uživatelé uvědomují při aplikaci návykových látek.

Výzkumné otázky:

- Zmapovat jaká rizika si uživatelé uvědomují při aplikaci návykových látek spojená s alternativním způsobem aplikace.
- Jaký způsob aplikace uživatelé preferují?
- Jaká rizika si uživatelé připouštějí?

### 3.2 Výběr výzkumného souboru a jeho popis

Výběr výzkumného souboru pro tento kvalitativní výzkum probíhal cíleně. Oslovování byli dlouhodobí uživatelé nealkoholových drog. Byli osloveni klienti TPOL s nabídkou rozhovoru ohledně jejich zkušeností s aplikací nealkoholových drog. Jejich ochota spolupracovat byla podmínkou zahájení výzkumu.

Výzkumný soubor tvořili klienti Terénních programů Olomouc. Jde o dlouhodobé injekční uživatele nealkoholových drog, kteří využívají služeb TPOL. Výzkumný soubor obsahuje celkem 10 participantů. Avšak pouze osm z nich je možné zařadit do výzkumného celku, jelikož u dvou participantů nebyl dokončen rozhovor z důvodu následného nezájmu ze strany participanta.

Podrobnější informace, tzn. pohlaví, věk, dokončené vzdělání, hlavní užívanou návykovou látku či dobu užívání, jsou k dispozici níže (Tab. č. 2).

**Tabulka č. 2. Popis výzkumného vzorku**

Pořadí klientů	1	2	3	4	5	6	7	8
pohlaví	Žena	muž	žena	muž	žena	muž	muž	žena
věk	24	31	28	31	25	28	41	25
dokončené vzdělání	vyučena	základní	střední s maturitou	vyučen	základní	základní	střední s maturitou	vyučena
Primární návyková látka	pervitin	opium	pervitin	pervitin	pervitin	pervitin	pervitin	opium
doba užívání drog	8 let	15 let	13 let	12 let	11 let	13 let	7 let	6 let



bydlení	Squat	Squat	pronajatý byt	vlastní byt	squat	u přátel	vlastní byt	squat
zaměstnání	dávky SZ	dávky SZ	Prodavačka	montér	dávky SZ	dávky SZ	dávky SZ	dávky SZ
vyšetření HIV	Testována - negativní	Testována - negativní	Testována - negativní	netestován	Testována - negativní	netestován	Testována - negativní	Testována - negativní
vyšetření VHC	Testována - negativní	Testována - negativní	Testována - negativní	netestován	Testována - pozitivní	Testován - negativní	Testována - negativní	Testována - negativní

Jak z tabulky č. 2 vyplývá, výzkumný soubor tvořilo celkem osm klientů TPOL, přičemž se jednalo o čtyři ženy a čtyři muže. Nejstarší žena má 28 let, nejmladší 24. U mužů je věkové rozpětí od 28 do 41 let. Průměrný věk je tedy u žen 25,5 a u mužů 32,75 let. Nejvyšší dokončené vzdělání je u jedné ženy i muže střední s maturitou. Základní vzdělání uvedli tři participanti. Na otázku vzdělání jeden participant neuvedl odpověď. U šesti participantů je primární udávanou drogou pervitin, pouze dva participanti uvádí opiáty. Nejdelší dobu užívání udává muž s 15 lety užívání, nejkratší dobou je 6 let braní u ženy. Průměrná doba užívání u participantů je 10,6 let, přičemž pět participantů bylo za tuto dobu vyšetřeno na HIV a sedm na žloutenku typu C (VHC). Většina participantů žije z dávek hmotné nouze, pouze dva uvedli, že pracují. Čtyři participanti bydlí na squatě, jeden má pronajatý byt, dva vlastní byt a jeden žije u přátel.

### 3.3 Metody získávání dat a jeho průběh

Pro zvolený výzkum jsem zvolila metodu interview. Jedná se o kvalitativní metodu sběru dat.

#### 3.3.1 Strukturované interview

Strukturovaný rozhovor má předem pevně dané schéma, které je pro tazatele závazné a téměř neměnné. Pořadí a znění otázek je fixní. Při provádění strukturovaného rozhovoru není prostor pro improvizaci. Lze ho chápat jako jakousi „vylepšenou formu dotazníku“, kdy lze díky osobnímu kontaktu dosáhnout validnější odpovědi. Strukturované interview také více umožňuje kvantifikaci kvalitativních dat (Mioviský, 2006).

U polostrukturovaného rozhovoru jsem pracovala s 23 hlavními otázkami, jejichž okruhy se držely zkušeností s formami aplikace a zdravotních komplikací. Otázky polostrukturovaného rozhovoru jsou přílohou práce č. 4.

### **3.3.2 Průběh získávání dat, etické zásady výzkumu a validita**

Získávání dat metodou rozhovoru probíhalo v místech, která byla vybrána participanty, volili si ho tedy sami. Převážně se jednalo o místa jejich přirozeného prostředí. Strukturovaný rozhovor byl se souhlasem klientů zaznamenáván na diktafon. Aby nedošlo k prolomení anonymity, jsou participanti ve výzkumu vedeni pod kódy, tím je zajištěna ochrana osobních údajů. Dále jsem se s participanty domluvila na tom, že jakmile dojde k vyhodnocení výsledků mé práce, smažu jejich audiozáznamy, tudíž nedojde k jejich archivaci. Participanti byli před zahájením interview seznámeni s účelem výzkumu, podmínkami průběhu rozhovoru a samozřejmě jejich právy. Informovaný souhlas proběhl vždy ústní formou. Každý z participantů měl možnost kdykoliv z výzkumu odejít. Této možnosti využili dva participanti z deseti. U nich došlo k nezodpovězení otázky typu „výhody a nevýhody tvé aplikace“ a otázka ohledně „budoucnosti“. Odpověď u participantů vzbuzovala emocionální reakce a z tohoto důvodu nebylo možné v interview pokračovat. Odměnou za participantův čas a ochotu účastnit se rozhovoru, bylo malé občerstvení, přičemž byly dodrženy základní etická pravidla práce terénního pracovníka.

Audiozáznam je jednou z nejčastěji používaných metod fixace kvalitativních dat. Jedná se o velmi velkou pomoc pro výzkumníka, který není nucen si při rozhovoru zaznamenávat poznámky. Může plně reagovat na odpovědi participanta. Velkou výhodou je také zachycení mluveného slova, např. sílu hlasu, tón, apod. (Miovský, 2006, s. 197).

Důležitým závazkem sběru dat pomocí interview je nijak neohrožit účastníky výzkumu. Stejný problém se týká i tazatele, který se s prací s touto cílovou skupinou vystavuje nebezpečí (Miovský, 2006). Díky charakteristice cílové skupiny participantů, jsem dodržovala základní pravidla terénního pracovníka při styku s klientem a ze stejného důvodu

byla i kladena velká pozornost na to, jakým způsobem se bude pracovat se získanými daty.

Podstatným nástrojem práce je skloubení získaných dat od participantů s nabytými zkušenostmi ze zaměstnání a individuálních plánů klienta. Během celého výzkumu, tzn. získávání dat, analýze dat, formulaci závěru, docházelo k zajištění kritičnosti a nestrannosti.

### **3.4 Analýza a interpretace dat**

Ke zpracování dat byla využita technika metody vytváření trsů. Slouží k seskupení určitých výroků do skupin. Skupiny vznikají na základě překryvu podobností mezi jednotkami. Získané podrobnosti slouží k jednodušší orientaci a pozdější interpretaci.

Další zvolenou technikou byla metoda zachycení vzorců, která je dosti podobná metodě vytváření trsů. Jedná se o vyhledávání opakujících se vzorců, které se zaznamenávají. V podstatě jde o vyhledávání principů, vzorců či struktur (Miovský, 2006, s. 222).

V práci jsem využila také metodu kontrastu a srovnávání, která upozorňuje na rozdíly, mezi kategoriemi, i v případech, že mají něco společného. Technika je užitečná při vyzdvižení kontextuálních odlišností. Vzájemné srovnávání napomáhá k porozumění odlišnostem (Miovský, 2006, s. 223).

Kombinace výše uvedených metod analýzy kvalitativních dat poskytuje pro tento výzkum validní data.

Díky faktu, že s klienty pracuji několik let a máme mezi sebou vytvořený důvěrný a zároveň profesionálně nastavený vztah, kdy hovoříme často i o intimních problémech, jež se týkají věcí okolo užívání návykových látek, byli participanté při odpovídání velmi otevření.

#### **3.4.1 Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 1**

Prvním cílem výzkumu je zjistit zda klienti adiktologických služeb v Olomouci mají povědomí o alternativních způsobech aplikace drog, a pokud ano, zda je využívají a jakým způsobem.

K naplnění cíle byly použity tyto otázky ze strukturovaného interview:

- Vyměnil jsi někdy oblíbenou drogu za jinou?
- Zkoušel jsi někdy i jiné možnosti aplikace?
- Pokud ano: Popiš mi přesný postup u všech forem aplikace, které jsi vyzkoušel.
- (orální aplikace - kapsle) – Kam kapsli zavádíš?
- (kouření) – Jakou metodu užívání preferuješ?
- (anální aplikace) – Jaký materiál využíváš pro tuto aplikaci?

Pro tento cíl byla stanovena kategorie – způsoby aplikace.

Odpovědi stanovily následující:

### **Výměna primární drogy**

Osm participantů mělo jako svou primární drogu pervitin. V současné době dva participanté vyměnili svou primární drogu za opiáty. Jako důvody uvádějí:

*„Na perník bylo potřeba peněz, tak teď opiáty, mi nejvíc vyhovujou. Zajdu si na pole, když chcu a tak. Mám dost zásob ze sezóny, tak děláme čaje.“ (1M)*

*„Jo z perníku na opiáty, abych mohla dávat s přítelem.“ (1Ž)*

Zbýlých šest participantů i nadále zůstalo u své primární drogy pervitin, svůj výběr odůvodnili takto:

*„Perník je dostupnej a za normální prachy, na něco lepšího nemáš, ale jako vyhovuje mi.“ (1Ž)*

*„Peří je nejlepší.“ (1M)*

*„Na co měnit, vyhovuje mi.“ (1M)*

*„Nejvíc mi to vyhovuje, tak proč bych to dělala?“ (1Ž)*

*„Perník je nejlepší, nemám důvod ho měnit.“ (1Ž)*

*„Nepotřebuju ho měnit, jsem za něho rád, dělá mi to dobře, smažíš furt dokola a je ti dobře, herák by mě asi zabil a tak. Perník je dobrej.“ (1M)*

## **Zkušenost s aplikacemi**

*„Určitě mám zkušenosti s jinými formami jak brát, nejsem jak Ti mladí dementi na Káčku, co si myslí, že sežrali svět.“ (1M)*

*„Vyzkoušel/a jsem všechny formy.“ (4Ž, 2M)*

*„Vyzkoušel jsem všechny, myslím, že je jich pět, ale zůstal jsem u intravenózní aplikace.“(1M)*

## **Popis intravenózní aplikace**

*„Jo zkoušel, ale jehla je jehla. Nejvíc mi to vyhovuje, jde hlavně o nájezd. U perníku se to dá přirovnat k orgasmu, ale na opiátu ne. Opiáty jsou takový jiný, prostě lepší.“(1M)*

*„Beru nitrožilně, a změna z nosu na jehlu byli důvodem lidí, ségra a ostatní no, ale napoprvé mi to nechutnalo. Ted' už jsem neměla kam dávat, do nosu se mi to nechtělo, do toho zadku je to dobrý jako. V tom nosu já pak chodím a mám prst v nose a můžu tam lovit strup, strup, pak mám nos takovej, někdy se nemůžu pak ani najest, protože mám úplně takový, jako nemám žádné chuťové buňky a pálijou mně mandle.“ (1Ž)*

*„Anál je určitě lepší než jehla aji. Ale v tom zadku prostě v té sliznici to já nevím, chvilku prostě jak kdyby měl člověk mít průjem, ale je to jen chvilka a pak je to prostě v pohodě.“ (1Ž)*

*„S jehlou mám bohaté zkušenosti z obou stran, takže s žílami nemám problém a jde hlavně o ten nájezd, kterej jinde takovej nemá. Taky mi to připadá nejčistší, nejrychlejší a je to beze ztrát. No asi takhle, aplikace kapslí, nevím přesně z čeho je vyrobená, ale poměrně rychle se v prstech rozpouští a máš jen jeden pokus. A zaváděj si kapsli do análu na veřejnosti, to je v parku dost blbá záležitost. A vzhledem k tomu, že nějakými těmi roky získá člověk gryf, je pro mě aplikace jehlou velice rychlá.“(1M)*

*„Nosem, hnusný. Strašně to štípe, je to nepříjemný. A třeba 15 minut jsem to zažila, že mi tekla krev z nosu. Jehla mi nejvíc vyhovuje. A ze začátku jsem to chtěla zkusit, každé o tom tady mluví, že je to nejlepší. Perník ředím ve stříkačce. Protože dáváme s přítelem spolu, ředíme si všechno dohromady, ale dáváme každé vlastní jehlou, důvěřuju si, víme, že ani jeden nejsme nemocnej.“ (1Ž)*

*„Jehla je jehla, to musíš zažít.“ (2M)*

*„Jo no...ale žádná nic moc dobrá zkušenost to nebyla. Zkoušela jsem ten anál, jak jsi mi doporučovala, bylo to takový divný. Jako, že byla jsem sama a tak, jak jsi říkala... a je pravda, že ten stav byl dlouhý. To bylo dobrý, ale ta příprava, a pak si k tomu čupnout, no nevím, je to o zvyku no.“ (1Ž)*

*„Nosem, plech a nitrožilně samozřejmě. Slyšela jsem o análu, ale do toho nejdu, připadá mi to dost divný. I když několik buchet říkalo, že je to dobrý, ale mně se to nezdá, nevypadá to vůbec dobře. Je to prostě divný.“ (1Ž)*

### **Aplikace kapslí**

Participantů využívají několik způsobů aplikace kapslí. Dva z participantů preferují užívání orálně, další dva se přiklánějí k anální aplikaci.

Jeden z participantů kapslemi užívat nemůže, protože má s touto aplikací spojené velké bolesti břicha. Poslední tři participantů kapsli neužívají, protože to pro ně není natolik atraktivní, jako je intravenózní aplikace.

*„Do pusy.“ (1M, 1Ž)*

*„Anál.“ (1M, 1Ž)*

*„Nemůžu brát kapslemi, mám vředy a pak mě brutálně bolí břicho.“ (1M)*

*„Nedávám kapslí, je to o ničem.“ (2Ž, 1M)*

## **Kouření**

Šest participantů preferuje tento způsob aplikace přes alobal, který je k dostání u streetworkerů. Popisují dobrý a rychlý nájezd drogy. Jedna participantka využívá techniku kouření skrze žárovku, protože je to pro ni nejlepší. Poslední z participantů tuto formu aplikace nevyužívá vůbec, protože nabývá dojmu, že je touto aplikací velká ztráta materiálu.

*„Přes alobal, je to dobrý a rychlý.“ (3M, 3Ž)*

*„Žárovka je nejlepší.“ (1Ž)*

*„Neužívám, je to mrhání zbožím.“ (1M)*

## **Anální aplikace**

Jeden z participantů tuto aplikaci absolutně neuvádí z důvodu zvláštnosti aplikace. Pět participantů tuto aplikaci preferuje s užitím injekčního materiálu, který zavádí do konečníku. Popisují podobnost nájezdu jako u intravenózní aplikace. Tři participanté volí k aplikaci jak jehlu, tak kapsli. Záleží na momentálním rozpoložení participanta. Jedna z participantů užívá k anální aplikaci kapsli. U tohoto způsobu aplikace vyzdvihuje moment překvapení spojený s nájezdem, a délku působení drogy.

*„To vůbec není pro mě, je to dost divný.“ (1M)*

*„Používám k tomu jehlu, je to skoro stejný jak nitrožilně.“ (2Ž, 3M)*

*„Jehlou nebo kapslí, podle nálady.“ (2Ž, 1M)*

*„Kapslí je to nejlepší, protože nikdy nevíš, kdy Ti najede nájezd a kdy skončí.“ (1Ž)*

## **Shrnutí výzkumného cíle č. 1**

Z analýzy dat vyplývá, že tři muži a tři ženy uvádí, že svou primární drogu nikdy nevyměnila za jinou. Jeden participant uvádí, že pervitin vyměnil za opiáty z finančních důvodů. Poslední participant chce užívat místo pervitinu opiáty, důvodem změny je společné užívání s partnerem.

Všichni participanti vyzkoušeli všechny druhy aplikace (orálně, análně jak kapslí, tak injekční stříkačkou, kouřením a inhalací přes alobal či žárovku). Důvody k intravenózní aplikaci jsou pro ně nájezd, který přirovnávají u pervitinu k orgasmu. Dále problémy se šňupáním, kdy se tvoří strupy, pálí mandle a pociťují pocity ztráty chuťových buněk. Dále je důvodem domněnka nejčistšího, nejrychlejšího a bezeztrátového způsobu. Participanti hovoří i o potřebě intimnosti v případě análního způsobu užívání. Zároveň ale z výsledků vyplývá, že někteří participanti užívají společné náčiní potřebné pro aplikaci drogy.

Analýza výsledků otázek, které jsou obsaženy v polostrukturovaném rozhovoru, odhalila, že všichni participanti užívají kromě pervitinu a opiátů i alternativní nealkoholové drogy. Sedm z osmi participantů užívá marihuanu kouřením. Tři z osmi participantů dále užívá LSD a dva participanti se shodují v užívání extáze a kokainu. Mezi další užívané drogy patří: barbituráty, toulén, houbičky, popers, tramal, apaurin a psilocybin. Užívání kokainu mezi dvěma participanty se liší v aplikaci. Jeden užívá kokain orálně a druhý volí způsob aplikace sniff (šňupání).

Všechny užívané drogy participanty přehledně znázorňuje tabulka č. 3.

**Tabulka č. 3. Přehled drog užívaných mezi participanty**

Přehled drog	Participanti							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Kokain				1Ž		1M		
Extáze	1Ž			1Ž				
LSD	1Ž		1M	1Ž				
Marihuana	1Ž	1M	1Ž	1M	1Ž	1M	1M	1Ž
Pervitin	1Ž		1Ž	1M	1Ž	1M	1M	
Opium		1M						1Ž



### 3.4.2 Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 2

Druhým cílem je identifikovat nejčastější způsoby aplikace.

K naplnění cíle byly použity tyto otázky ze strukturovaného interview:

- Z jakého důvodu užíváš zrovna tuto drogu?
- Jakým způsobem užíváš?
- Jak dlouho Ti trvá aplikace?
- Jak často užíváš?
- Kde jsi zjistil nebo zjišťuješ informace o způsobech aplikace a dodržování všech pravidel spojených s užíváním?
- Kam nejčastěji aplikuješ?
- (Intravenózní aplikace) – Z jakého důvodu preferuješ jehlu?
- Jak vidíš svou budoucnost se svou aplikací?

Pro tento cíl byla stanovena kategorie – způsoby užívání.

Jak již bylo uvedeno výše, všichni participanti užívají své primární drogy intravenózním způsobem aplikace.

Odpovědi participantů na otázky týkající se tohoto výzkumného cíle:

#### **Užívání oblíbené drogy**

Čtyři participanti užívají svou primární drogu, protože jim jednoznačně vyhovuje a nepotřebují ji měnit. Jedna participantka nezná odpověď na tuto otázku. Jeden z participantů nevidí důvod ke změně své primární drogy. Další z participantů preferuje opiáty, protože mu nejvíce vyhovují,

má možnost si zajít na pole a drogy si tak obstarat. Poslední z participantů nabádá k vyzkoušení jeho primární drogy.

*„To je dobrá otázka hele, nevím.“ (1Ž)*

*„Ted' mi opiáty, nejmíc vyhovujou. Zajdu si na pole, když chcu a tak. Mám dost zásob ze sezóny, tak děláme čaje.“ (1M)*

*„Perník je dobrej, tak proč ho měnit.“ (1M)*

*„No jako nevím, ale perník mi vyhovuje.“ (1M)*

*„Nevím, ale kdybys ho zkusila, tak by si věděla.“ (1Ž)*

*„Vyhovuje mi.“ (1M,2Ž )*

### **Způsob aplikace**

Všichni participantů odpověděli, že mezi jejich nejoblíbenější aplikaci patří jednoznačně jehla.

*„Jednoznačně jehlou.“ (4M, 4Ž)*

### **Délka aplikace**

Jedna z participantů odpověděla, že nitrožilní aplikace jí trvá dlouho z důvodu zdravotních komplikací spojených s bolestí žil. Celkem šesti participantům trvá aplikace půl minuty. Poslední z participantů nikdy svou aplikaci neměřila.

*„Dlouho mám špatný žíly.“ (1Ž)*

*„Půl minuty.“ (4M, 2Ž)*

*„Neměřila jsem to.“ (1Ž)*

### **Četnost aplikace**

Pět participantů užívá každý den. Dva z participantů aplikují i několikrát denně. Poslední z participantů, je rád za aplikaci jedenkrát do měsíce.

*„Každý den.“ (2M, 3Ž)*

*„Ted' už jen jedenkrát do měsíce.“ (1M)*

*„Několikrát denně.“ (1Ž, 1M)*

## **Informace o způsobech aplikace**

Celkem šest participantů čerpá informace od pracovníků TPOL a od známých. Jeden z participantů se k informacím dostal ve vězení. Poslední z participantů čerpal své zkušenosti od přítelkyně, další zkušenosti vyplynuly z aplikací.

*„Streetwork a známí.“ (2M, 4Ž)*

*„V krimu.“ (1M)*

*„Od mé ex a pak to vyplyne ze zkušeností, když to poděláš, podruhé už to uděláš jinak.“ (1M)*

## **Místo aplikace**

Všichni participanti si aplikují intravenózně do předloktí.

*„Předloktí.“ (4M, 4Ž)*

## **Preferování jehly**

Dva participanti užívají jehlou, protože není nic lepšího. Tři participanti tvrdí, že je jehla nad zlato. Poslední tři participanti preferují jehlu, protože je tam nejlepší nájezd.

*„Není nic lepšího.“ (1Ž, 1M)*

*„Je to zlato.“ (2M, 1Ž)*

*„Je tam nejlepší nájezd.“ (2Ž, 1M)*

## **Budoucnost s aplikací**

Celkem tři participanti neznají svou budoucnost. Jeden z participantů nevidí svou budoucnost dobře, na druhou stranu jedna z participantů vidí svou budoucnost dobře. Dva z participantů svou budoucnost neřeší a poslední z participantů čeká na nástup do vězení.

*„To nikdo neví a já taky ne.“ (1Ž)*

„Není to nic moc.“ (1M)

„Samo, že dobře.“ (1Ž)

„To se uvidí.“ (2M)

„Neřeším.“ (2Ž)

„Čeká mě krim.“ (1M)

## **Shrnutí výzkumného cíle č. 2**

Z analýzy dat vyplývá, že jedna žena neví, proč vlastně užívá svou primární drogu. U opiátů se jako značná výhoda dle jednoho participanta projevuje fakt, že opiáty jsou v sezóně k sehnání zadarmo na poli a dají se vytvořit zásoby, ze kterých si připravuje zejména čaje. Všech osm participantů se shodlo, že jim vyhovuje intravenózní způsob aplikace, i přes to, že jedna žena uvádí skutečnost dlouhého nájezdu z důvodu špatného stavu žil. Většina participantů hovoří o tom, že účinek drogy se dostaví zhruba za půl minuty, mluví tedy o tzv. nájezdu. Pět participantů si aplikuje drogu každý den, dva participanté několikrát denně a pouze jeden muž jedenkrát do měsíce. Všichni participanté uvádí, že si aplikují do předloktí. Důvod k preferování intravenózní aplikace jsou u dvou participantů domněnka, že nic lepšího není, další tři se domnívají, že jehla je nad zlato a poslední tři participanté jsou názoru, že s jehlou je nejlepší nájezd. Informace o možnostech a různých alternativách braní se šest participantů dovídá od terénních sociálních pracovníků a známých. Jeden muž se tyto informace dověděl při svém výkonu trestu odnětí svobody. Jako zdroj informací u jednoho participanta byla jeho bývalá přítelkyně a osobní špatné zkušenosti, které následně nechce opakovat. U otázky týkající se budoucnosti byly odpovědi různorodé, avšak až na jednu ženu, jež vidí svou budoucnost dobře, veskrze nemající konkrétních obrysů.

**Kategorie cíle, které zpřesňují preference k aplikaci vybranou metodou, jsou následující:**

- **Rychlost**

*„Lepší stav, takovej intenzivnější. Nájezd je to nejlepší. Nikde jinde to nemáš. Dát si jehlou je něco dokonalého, nejde to k ničemu přirovnat. Jak si dáš jednou, už nepřestaneš.“(1M)*

- **Efektivnost**

Pět participantů volí způsob intravenózní aplikaci z důvodu minimálních ztrát užívané látky. Při užívání kapslí do konečníku participanti mají strach ze ztráty materiálu, tzn. vytečení látky z konečníku. U kouření popisují obavy z nadměrného vypařování látky, přičemž opět dochází ke ztrátám. *„S jehlou mám bohaté zkušenosti z obou stran, takže s žílami nemám problém a jde hlavně o ten nájezd, kterej jinde takovej nemáš. Taky mi to připadá nejčistší, nejrychlejší a je to beze ztrát. No asi takhle, aplikace kapslí, nevím přesně z čeho je vyrobená, ale poměrně rychle se v prstech rozpouští a máš jen jeden pokus. A zaváděj si kapsli do análu na veřejnosti, to je v parku dost nevystřelená záležitost. A vzhledem k tomu, že nějakými těmi roky získá člověk gryf, je pro mě aplikace jehlou velice rychlá.“(1M)*

- **Závislost na jehle**

Jeden z participantů popisuje závislost na jehle, proto se mu intravenózní aplikace nejvíce zamlouvá. Nedokáže se oprostít od aplikace bez jehly.

*„No tak vezmu rákosku a už mám jako kdyby stav, mám to hned, že jako natáhnutý a pak si dám a je to, jehla je jehla.“(1Ž)*

### **3.4.3 Analýza a interpretace dat výzkumného cíle č. 3**

Posledním cílem je zmapovat, jaká rizika si uživatelé uvědomují při aplikaci návykových látek.

#### **Kategorie – Jiné způsoby aplikace.**

K naplnění cíle byly použity tyto otázky ze strukturovaného interview:

1. Jaké jsou výhody a nevýhody tvé aktuální aplikace nebo i jiných aplikací, které jsi vyzkoušel?
2. Dáš si jehlou, i když není čistá?

3. (sniff) – Jaké používáš šňupátko?
4. Je jen tvoje nebo ho půjčuješ?
5. (orální aplikace - kapsle) – Kam kapsli zavádíš?
6. (kouření) – Jakou metodu užívání preferuješ?
7. (anální aplikace) – Jaký materiál využíváš pro tuto aplikaci?
8. Měl jsi někdy zdravotní komplikace (absces, kožní onemocnění, vši, svrab,...), (jaké)?

Odpovědi participantů na otázky týkající se tohoto výzkumného cíle:

### **Participantů popisují výhody, jako jsou**

*„Super stav.“ (1M, 1Ž)*

*„Sex.“ (1M)*

*„Intenzita prožitku a volnost.“ (2M, 1Ž)*

*„Nechci odpovídat.“ (2Ž).*

### **Nevýhody vidí ve zdravotním stavu**

*„Bolest žil a celého těla.“ (4Ž, 2M)*

*„Abscesy.“ (4Ž, 1M)*

*„Zkažené zuby.“ (3M, 2Ž)*

*„Problémy v rodině.“ (1Ž)*

### **Aplikace použitou stříkačkou**

Nikdy nedošlo k aplikaci použitou stříkačkou, *„protože je to nechutný.“ (2M, 2Ž)*

*„Používám tu po sobě, nemůže ji nic být.“ (2M)*

*„Sem tam si dám od svého přítele, mám v něm důvěru.“ (1Ž)*

*„Jednou jsem si dala po někom a teď mám céčko.“ (1Ž)*

## Sniff

Dva participanti užívají jen své šňupátko. Jeden participant tvrdí, že má své šňupátko do té doby, než danou bankovkou nezaplatí. Jedna z participantů nežívá nosem, protože má zdravotní komplikace s nosní přepážkou. Čtyři participanti nežívají nosem, protože je to dle jejich slov mrhání s materiálem.

*„Užívám jen své šňupátko.“ (2Ž)*

*„Jo jo jen své, teda do té doby, než tou bankovkou nezaplatím, pak už moje není.“ (1M)*

*„Nedávám nosem, nemám nosní přepážku.“ (1Ž)*

*„Nedávám nosem, škoda materiálu.“ (1Ž, 3M)*

## Aplikace kapslí

Dva participanti užívají kapsli orálně. Dva preferují s kapslí anální aplikaci. Jeden z participantů neaplikuje kapslí z důvodu bolestivosti břicha. Tři z participantů kapsli nežívají.

*„Do pusy.“ (1M, 1Ž)*

*„Anál.“ (1M, 1Ž)*

*„Nemůžu brát kapslemi, mám vředy a pak mě brutálně bolí břicho.“ (1M)*

*„Nedávám kapslí.“ (2Ž, 1M)*

## **Kouření**

Šest participantů užívá přes alobal. Jedna z participantů užívá přes žárovku a jeden z participantů tento způsob nepreferuje, protože je to mrhání zbožím.

*„Přes alobal, je to dobrý a rychlý.“ (3M, 3Ž)*

*„Žárovka je nejlepší.“ (1Ž)*

*„Neužívám, je to mrhání zbožím.“ (1M)*

## **Anální aplikace**

Jeden z participantů anální aplikaci vůbec nevyužívá. Pět z participantů používá jehlu (injekční stříkačka bez hrotu). Tři volí mezi jehlou a kapslí dle nálady. Poslední z participantů užívá kapslí, protože čeká na příchod nájezdu.

*„To vůbec není pro mě, je to dost divný.“ (1M)*

*„Používám k tomu jehlu, je to skoro stejný jak nitrožilně.“ (2Ž, 3M)*

*„Jehlou nebo kapslí, podle nálady.“ (2Ž, 1M)*

*„Kapslí je to nejlepší, protože nikdy nevíš, kdy Ti najede nájezd a kdy skončí.“ (1Ž)*

## **Zdravotní komplikace**

Participantů mají různé zkušenosti se zdravotními komplikacemi. Všichni participantů popisují komplikace spojené se zkaženými zuby. Tři participantů mají zkušenost s flegmónou, abscesy, záněty žil. Jeden z participantů měl zkušenost s impetigem a další popisuje bolestivost míst, kde probíhala aplikace, kde zůstaly jizvy.

*„Zkažené zuby.“ (4M, 4Ž)*

*„Flegmóna.“ (1M, 2Ž)*

*„Absces.“ (1M, 3Ž)*



„Záněty žil.“ (1M, 3Ž)

„Impetigo.“ (1M)

„Jizvy.“ (1Ž)

„Žádný problémy nemám.“ (2M)

### **Shrnutí výzkumného cíle č. 3**

Participantů jako hlavní výhody své primární aplikace uvádí intenzitu prožitku a volnost. Dva participantů hovoří o super stavu. Jeden participant uvedl sex. Dvě participantky nevedly odpověď. Mezi nevýhody patří zejména špatný zdravotní stav v podobě bolesti žil a celého těla u čtyř žen a dvou mužů. Pět participantů uvádí zdravotní problémy v podobě abscesů a stejný počet má zkažené zuby. Jedna žena uvádí problémy v rodině. Čtyři participantů chrání své zdraví tak, že nikdy nepoužilo použitou injekční stříkačku k vlastní aplikaci, jelikož jim to přijde nechutné. Dva muži používají svou injekční stříkačku i několikrát po sobě, a domnívají se, že jim takto nehrozí žádné nebezpečí. Jedna žena uvádí, že občas použije injekční stříkačku po svém příteli, poněvadž mu věří. Jedna žena se nakazila žloutenkou typu C poté, co si aplikovala použitou injekční stříkačkou. Co se týká alternativních způsobů braní, participantů se vyjadřovali následovně. Při sniffu dvě participantky užívají jen své šňupátko, jeden muž používá bankovku. Čtyři respondenti neužívají tuto alternativu, jelikož se obávají ztráty materiálu. Při braní kapslemi shodný počet uvedl použití orálně a análně, jednalo se vždy o dva participanty. Tři participantů úplně odmítají tento způsob aplikace a jeden participant takto brát nemůže, jelikož má vředy, které jsou kontraindikací k tomuto způsobu aplikace. Šest respondentů využívá inhalaci výparů přes alobal, poněvadž se dle nich jedná o dobrý a rychlý způsob. Jedna žena více než alobal využívá žárovku. I zde se jeden muž zmínil o tom, že se obává ztráty materiálu, což je důvodem k nevyužívání tohoto způsobu. K anální aplikaci využívají dvě ženy a tři muži injekční stříkačku, jelikož je to podobné intravenózní aplikaci. Dvě ženy a jeden muž užívají injekční stříkačku či kapsli dle nálady. Jedna žena se zmiňuje o tom, že pokud se použije kapsle,

je to pro ni nejlepší už z důvodu, že neví, kdy najede nájezd ani kdy skončí. Je zde také nutné poznamenat, že anální způsob je jedním z nejméně vhodných způsobů aplikace, o tom také svědčí odpověď jedné participantky uvádějící, že tento způsob není pro ni, jelikož je to divné. Všech osm participantů uvádí, že má díky braní drog zkažené zuby. Tři mají zkušenost s flegmónou (neohraňčený hnisající zánět), čtyři s abscesem (zánět vyplněný hnisem) a stejný počet někdy trpí zánětem žil. Jeden participant uvádí, že má problém s impetigem (infekční onemocnění), jedné ženě vadí vznikající jizvy. Pouze u dvou mužů se vyskytla odpověď, že nemají žádné problémy.

Tabulka č. 4 obsahuje výčet návykových látek, se kterými mají participanté zkušenost.

**Tabulka č. 4 -Výčet užívaných drog mezi participanty**

Návykové látky	Zkušenosti - způsoby aplikace				
	orální aplikace	anální aplikace	intravenózní aplikace	inhalace	Sniff
Barbituráty	1Ž				
Extáze	2Ž				
LSD	1Ž, 3M				
Toulen				1Ž	
Houbičky	1M				
Poppers	1Ž				
Opiáty	1Ž		1Ž, 1M		
Marihuana	3Ž, 4M				
Pervitin	2Ž, 1M	3M	4Ž, 3M		4Ž, 3M
Tramal	1M				
Apaurin			1M		
Psilocybin	1M				
Kokain	1Ž		1M		1M

Jak z tabulky č. 4 vyplývá, nejužívanější droga participantů je pervitin. Sedm participantů zvolilo jako první aplikaci sniff, zajímavým zjištěním je fakt, že všichni tito přešli k intravenózní aplikaci.

Šest participantů přešlo na intravenózní aplikaci z důvodu deformace nosní přepážky, jeden z těchto participantů přešel na intravenózní aplikaci z důvodu lepšího nájezdu drogy.

**Tabulka č. 5 Rizikové chování participantů**

Rizikové chování	Participantů	
	Muži	Ženy
I.V. aplikace	4	4
Sdílení jehel	2x svou ano 2x nikdy	1x jednou a mám VHC 1x po příteli 2x nikdy
Riziková aplikace - nedodržení základních pravidel bezpečného braní	4x ano	4x ano
Předávkování	3x nikdy 1x ano	2x nikdy 2x ano
Nechráněný sex	4x ano	4x ano
Zdravotní komplikace	4x kazivost zubů 1x flegmóna 1x absces 1x záněty žil 1x impetigo 2x nemám	4x kazivost zubů 2x flegmóna 3x absces 3x záněty žil 1x jizvy

Tabulka č. 5 znázorňující rizikové chování participantů při užívání primární návykové látky a obsahuje přehled nejčastěji udávaného rizikového chování a zdravotních komplikací. Interview se účastnili čtyři muži, z nich dva používají i několikrát po sobě svoji injekční stříkačku a stejný počet respondentů nikdy nesdílel. Všichni muži uvádí,

že mají za sebou rizikovou aplikaci a stejně tak všichni provozují nechráněný pohlavní styk. Tři z nich se někdy předávkovali. Dva muži nepociťují žádné zdravotní potíže. U žen je situace následující. Dvě ženy nikdy nesdílely injekční materiál, jedna ho sdílí se svým přítelem a jedna se, díky sdílení, nakazila žloutenkou typu C. Rizikovou aplikaci zažily všechny, stejně tak, jako nechráněný pohlavní styk. Polovina z nich uvádí, že se nikdy nepředávkovala, a druhá polovina předávkování zažila. Všechny udávají zdravotní komplikace spojené s užíváním drog.

## 4 Shrnutí výsledků výzkumu

Práce si klade za cíl zmapovat povědomí uživatelů nealkoholových drog o možnostech alternativního braní vzhledem k intravenózní aplikaci. Přičemž je důležité sledovat, zda uživatelé nealkoholových drog znají bezpečné braní, ať již u intravenózního způsobu či u alternativních způsobů. Uvědomují si tedy, že intravenózní způsob aplikace je považován za nejvíce rizikový.

Ke zjištění výše uvedeného byly stanoveny tři cíle, které konkretizují tři výzkumné otázky. Jejich úkolem je osvětlit, zda uživatelé nealkoholových drog znají alternativní způsoby braní a to pomocí kvalitativního výzkumu. Výzkumu se účastnilo celkem deset participantů, avšak dva z výzkumu odešli. Výzkumný soubor nakonec tvořili čtyři muži a stejný počet žen. Výzkum probíhal v přirozeném prostředí participantů.

S participanty byl veden a sepsán polostrukturovaný rozhovor jehož cílem je zmapovat základní informace o participantovi, jako je pohlaví, věk, dosažené vzdělání, primární droga a způsob aplikace, způsob bydlení, finanční situace či to, zda byl někdy testován na infekční choroby apod. Tyto informace mají informační charakter a slouží k vyhodnocení dat z výzkumu a také k doplnění kontextu informací od participantů při interview.

**První cíl**, zda klienti adiktologických služeb v Olomouci mají povědomí o alternativních způsobech aplikace drog a pokud ano, zda je využívají a jakým způsobem. Tento cíl byl vyhodnocen kladně. Z analýzy dat vyplývá, že **všichni participanté vyzkoušeli všechny druhy aplikace, ať již orální či anální způsob, kouření nebo inhalací**. Nicméně žádný z participantů nevyužívá alternativní způsob jako svůj hlavní způsob aplikace. Tím u nich zůstává intravenózní aplikace. Hlavním důvodem tohoto rozhodnutí je rychlý nájezd účinku drogy a nevzniká obava ze ztráty materiálu, jako je tomu u alternativních způsobů.

Tento fakt potvrzuje i výroční zpráva Společnosti Podané ruce o. p. s. v níž se uvádí, že terénní programy Olomouc vyměnily v roce 2013 36 293 injekčních setů, což je o 13 139 setů více než v roce 2011. Nárůst současně vykazuje i Kontaktní centrum Olomouc, které za rok 2013 vydalo 39 320 injekčních setů, což je o 9 137 injekčních setů více než v roce 2011 (Výroční zpráva SPR, 2014, s. 35, 36).

V Dekontaminaci 2012 je rozhovor s MUDr. Karlem Nešporem, který zde uvádí, že spatřuje velké riziko při intravenózní aplikaci pervitinu a heroínu zejména v ohledu na možný přenos žloutenky typu C. Dále varuje před alkoholem, důvodem je možnost změnit jednu závislost za jinou. Ve svém vzkazu injekčním uživatelům říká: *„Lepší než jehla je substitute. Lepší než substitute je střízlivost. Naši abstinující přátelé si na střízlivosti nejvíce cení „úžasnou svobodu““* (ALA in Dekontaminace, 2012).

**Druhý cíl** zabývající se identifikací nejčastějších způsobů aplikace, byl vyhodnocen i pomocí výzkumné otázky: Jaký způsob aplikace uživatelé preferují? **Všichni participanti užívají intravenózní způsob aplikace nealkoholových drog.** Tento způsob volí i přes zdravotní problémy, převládají totiž hlavní argumenty rychlého nájezdu a nemožnosti ztráty drogy, jež se může vyskytnout u alternativních způsobů braní. Intravenózní způsob aplikace si volí, jak také vyplynulo z analýzy dat, i díky závislosti na jehle.

Mezi adiktologickými pracovníky se slangově využívá termín šicí stroj, jenž úzce souvisí s intravenózní aplikací. Jedná se o to, že někteří intravenózní uživatelé si ubližují při aplikaci natolik, že to vypadá, jakoby si své ruce dali pod šicí stroj. Tito uživatelé mají velmi hustě vpichy po aplikaci vedle sebe. Někteří uživatelé aplikují i několikrát po sobě na to samé místo, či tou samou jehlou, která se díky tomu tupí. Vznikají jizvy, které se už nikdy nezahojí.

Domnívám se tedy, že na tomto základě je třeba, aby uživatelé znali užitečné rady ohledně intravenózní aplikace.

1) Naučit se aplikovat do pěti až deseti různých míst na rukou.

- 2) Naučit se aplikovat si levou i pravou rukou.
- 3) Každý den používat nové místo k aplikaci, tak aby měl předchozí vpich možnost regenerace a zahojení se.
- 4) Vždy je potřeba používat novou jehlu i v případě, že se aplikuje mimo a je nutné vpich opakovat.
- 5) Pro lepší viditelnost žil používat škrtidlo (TRMX in Dekontaminace, 2011).

Pokud bude uživatel nealkoholových návykových drog mít na paměti tyto rady, nebude snad již docházet k mylným úvahám, jako jsou ty, že intravenózní aplikace je nejčistší způsob užívání drog, poněvadž má nejčistší zážitek s úžasným nájezdem. Ve skutečnosti se totiž jedná o nejspínavější aplikaci vůbec i přes nejčistší zážitek a to i při dodržení všech hygienických pravidel. Důvodem jsou mikroorganismy, které se vždy při aplikaci dostanou do krve a následně mohou způsobit infekci. U alternativních způsobů aplikace toto hrozí jen minimálně (Dekontaminace, 2013, s. 3).

**Třetím cílem** je zmapovat jaká rizika si uživatelé uvědomují při aplikaci návykových látek. K vyhodnocení cíle byla nápomocna následující výzkumná otázka: zmapovat jaká rizika si uživatelé uvědomují při aplikaci návykových látek a jaká rizika si uživatelé připouštějí?

**Uživatelé návykových látek si uvědomují, že užívání nealkoholových návykových látek má svá rizika.** Sami uvádí zejména zdravotní komplikace, které se vztahují primárně k jejich hlavnímu způsobu aplikace. Všímají si zejména špatného zdravotního stavu v podobě bolesti žil a celého těla, abscesů a zkažených zubů. Čtyři participanti chrání své zdraví tak, že nikdy nepoužilo použitou injekční stříkačku k vlastní aplikaci. Dva muži používají svou injekční stříkačku i několikrát po sobě, jedna žena občas použije injekční stříkačku po svém příteli. Jedna participantka se nakazila žloutenkou typu C poté, když si aplikovala použitou injekční stříkačkou po někom jiném. Všichni participanti mají díky

braní drog zkažené zuby. Mají zkušenosti s flegmónou, abscesem a záněty žil.

U alternativních způsobů se zdravotní rizika objevila u sniffu, kde participant užívá bankovkou, která ale na sobě může mít různé mikroorganismy. U orálního způsobu užití kapslí vyplynulo, že někteří participant si jsou vědomi nutnosti nemít žádné žaludeční problémy, jako jsou například vředy, pokud chtějí používat tento způsob aplikace.

Mezi další zdravotní rizika můžeme řadit časté sdílení injekčního materiálu či fakt, že všichni participant aplikovali rizikově. Za alarmující považují i skutečnost, že všichni mají nechráněný pohlavní styk.

Z výše uvedeného vyplývá, že je třeba s uživateli drog hovořit o bezpečném pohlavním styku a o řádné ústní hygieně. Obě tyto oblasti jsou opředeny mýty. Uvádím zde pro ilustraci jeden z nich. „*Kondomy nepoužívám. Souložíím jen se slušnýma lidma. Ti nejsou nakaženi.*“ Faktem však zůstává, že tohle je zcela zaručený způsob, jak se nakazit, zpravidla to bývá pouze otázka času (TRMX in Dekontaminace, 2014).

Pleschinger uvádí důvody, proč jsou často zuby uživatelů drog v hrozném stavu. Droga, ať již je aplikována například sniffem či vpichem, změní chemické chody v organismu. Drogově závislý si tedy přidá do velkého souboru škodlivin způsobující zubní kaz další faktor. Přidá-li se špatná či žádná ústní hygiena, je problém s kazy kompletní. Také se často setkáváme s tzv. bruxismem, známým spíše jako skřípaní zubů. To vede v kombinaci s nedostatkem slin a přítomnosti velkých kazů až k odlomení korunky. Následně může dojít k otokům a hnisání v dutině ústní (JP in Dekontaminace, 2012).

Díky své praxi s uživateli nealkoholových drog mohu říci, že se jejich informovanost ohledně braní nealkoholových drog, ať již intravenózním způsobem či způsoby alternativními, zvýšila. Jsem ráda, že i vztahy s terénními sociálními pracovníky jsou nastaveny profesionálně, ale při tom jsou jejich základem respekt, porozumění, naslouchání a ochota poradit. Toto se zrcadlí i v rozhovorech s klienty



terénních programů, kteří se nebojí a nestydí hovořit o alternativních způsobech aplikace, i když se jedná i o tak intimní způsob, jako je třeba anální aplikace. Souběžně však hovoříme i o problémech, jež se u nich mohou vyskytnout v souvislosti s intravenózním braním.

Přála bych si tedy, aby práce poskytla potřebné informace nejen uživatelům nealkoholových drog, ale zejména jejich rodinám, přátelům a známým. Práce by se mohla stát zdrojem informací i všem, kteří hledají informace z této oblasti, stejně tak i žákům a studentům našich škol. Nesnažila jsem se a ani jsem nechtěla práci psát nijak negativně či s odsuzujícím kontextem. Snažila jsem se o to, aby lidé hledající informace měli informační zdroj, který jim snad bude ku pomoci.

Na mysli mi vyvstává modlitba terapeutické komunity Synamon, jež charakterizuje to, co jsem chtěla ve svém závěru vyjádřit: „*Prosím, umožni mi nejdříve a vždy vyzkoušet sám sebe, být čestný a pravdivý, hledat zodpovědnost, nech mne raději rozumět, než být chápán, věřit v sebe a mé bližní, umožni mi spíše milovat, než být milován a spíše dávat, než dostávat.*“ (Garfield, 1978 in Terapeutická komunita pro drogově závislé 1.)

Poslední řádky práce navazují na úryvek dopisu dívky závislé na droze uvedené v úvodu mé práce, jmenuje se: Píše ti máma ...

„...*Hrozně bych si přála, abys svět drog opustil, ale vím, že je to na tobě... Mám Tě pořád ráda a stýská se mi po Tobě, i když vím, že spolu nemůžeme žít... Neodmítám Tebe jako svého syna, ale způsob života, který teď vedeš... Nejdůležitější věc v životě je postarat se sám o sebe (moje vlastní zkušenost) a já Ti věřím, že to dokážeš... Nemám žádné jiné ambice, než abys žil jako „slušný člověk“, což pro mne znamená nebát se a nekrást... Nechci a nebudu Ti už mluvit do života, i když mi není jedno, jak ho žiješ a někdy se bojím, že umřeš... Potřebovala bych vědět, že žiješ (ne jak žiješ!), tak mi o tom občas podej zprávu... Tvoje máma“ (Dekontaminace, 2009, s. 8).*

## 5 Závěr

Práce se věnuje alternativním metodám užívání nealkoholových drog, obsahuje teoretické poznatky objasňující pojem adiktologie a terénní sociální službu, známou také jako streetwork. Dále obsahuje dělení jednotlivých drog a základní informace o nich. Pozornost je kladena na jednotlivé způsoby alternativní aplikace. U každého způsobu alternativní aplikace (orální, anální, sniff, kouření, inhalace) jsou uvedeny informace o možnostech konkrétní aplikace a zároveň zdravotních komplikacích, které tyto způsoby aplikace mohou zapříčinit. Práce se zabývá i intravenózním způsobem aplikace, jelikož se jedná o nejvíc využívaný způsob mezi uživateli nealkoholových drog. Stejně jako u alternativních způsobů, jsou i u této aplikace popsány základní zdravotní problémy, jež se mohou objevit při tomto způsobu aplikace.

V praktické části práce jsou zpracovány výsledky výzkumného interview, jež bylo zaměřeno na zjištění, zda klienti terénních programů Olomouc využívají alternativní způsoby braní. Výzkumného interview se účastnilo deset participantů, z nichž ho dokončilo osm. Výsledky ukázaly, že všichni participanté vyzkoušeli všechny druhy alternativní aplikace, nicméně i přes tento fakt všichni užívají primárně intravenózním způsobem aplikace nealkoholových drog. Intravenózní aplikaci si volí i přes vědomí možných rizik vznikajících při využívání tohoto způsobu aplikace a co je zásadní, i přes vlastní prožívané zdravotní komplikace způsobené intravenózní aplikací i braním drog celkově.

Jako zásadní se tedy jeví, aby bylo bezpečné užívání více prezentováno v masmédiích a nikoliv, aby se ukazovaly pouze zprávy s negativním či odstrašujícím obsahem. Je potřeba zaměřit se více na propagaci alternativních způsobů braní a osvětlení faktu, že hrozí menší zdravotní rizika při těchto způsobech aplikace. Je potřeba, aby lidé, zejména ti, kteří s drogou teprve experimentují, měli tyto zásadní informace a mohli s nimi adekvátně pracovat a zabránit tak zbytečným nejen zdravotním rizikům.

## Conclusion

This work focuses on the alternative methods of usage the non-alcohol drugs. It includes the theoretical knowledge of clarifying the notion of addictology and the field social service, also known as street work. There is also explained the division of drugs and the basic information about them. The attention is given to various forms of alternative applications. For each of the alternative application -oral, anal, sniff, smoking, inhalation - is given information about the other specific applications. There is also shown information about the health complications that these methods can cause. The work also deals with the intravenous route of application, because it is the most used method among users of non-alcohol drugs. As with the alternative ways, there are also described the basic health problems that may occur when this method of application is used.

In the practical part of this work there are presented the results of the research interview, which was focused on finding out whether the clients of the field social programmes in Olomouc use the alternative ways of taking drugs. The research interview was done with ten participants, of which just eight of them completed it. The results showed that all participants have tried all kinds of alternative applications, but despite this fact, everyone used drugs primarily by the intravenous route application of non-alcohol drugs. They chose the intravenous application despite the awareness of the potential risks arising from the usage of this method of application and what is essential, despite their own experienced health complications caused by intravenous application and the taking of drugs overall.

This work shows some critical fact. The mass media should present the safe usage of drugs and not to show only messages with a negative or deterrent content. It could be useful to focus more on the propagation of alternative methods of taking drugs and light the fact that there could

be less of a health risks during these types of application. It is necessary that people, especially those who start to experiment with drugs, should have this essential information. It is good to show them how to deal with this information and try to show them to be able to work with this information adequately and by this way to avoid not only unnecessary health risks.

# Seznam literatury

## Literatura

- Bém, P., Kalina, K., Radimecký, J., In Kalina, K., a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6 (a).
- *Drogy poznej svého nepřítele*. Medea Kultur, s. r. o.
- Dvořák, D. (1995). *Metodika vzdělávacích programů prevence drogových závislostí a prevence HIV/AIDS*, Praha: Filia. ISBN 80-901966-0-8.
- Gabrhelík, R., In Miovský, M. (2008). *Konopí a konopné drogy Adiktologické kompendium*. Praha: GradaPublishing. ISBN 978-80-247-0865-2.
- Gabrhelík, R., Zábranský, T., Miovský, M. (2008). *Konopí a konopné drogy Adiktologické kompendium*. Praha: GradaPublishing. ISBN 978-80-247-0865-2.
- Guryčová, Z. (2010). *Postoj uživatelů nealkoholových návykových látek k želatinovým kapslím*. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.
- Hajný, M. In Vodáčková, D., a kol. (2007). *Krizová intervence*, Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-342-0.
- Hajný, M., Kořínek, R., Majer, M. (2004). *Rodina a drogy*. Olomouc: P-centrum.
- Hrdina, P., Korčíšová, B., In Kalina, K., a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 2*, Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6 (b).
- Hrdina, P. In Kalina, K., a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti 1*, Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6 (a).

- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*, Praha: GradaPublishing. ISBN 978-80-247-1411-0.
- Jeřábek, P. In Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*, Praha: GradaPublishing. ISBN 978-80-247-1411-0.
- Kalina, K., a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti I*, Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6.
- Lívanský, J., a kol.(2011).*Operační manuál terénních programů Olomouc*.Olomouc: Podané ruce o.p.s. Interní dokument.
- Mann, J. (1996). *Jedy, drogy, léky*, Praha: Academia. ISBN 80-200-0508-0.
- Matoušek, O., a kol. (2003). *Metody a řízení sociální práce*, Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
- Matoušek, O., Kodymová, P. Koláčková, J. (2005). *Sociální práce v praxi*, Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
- *Metodika terénního pracovního poradenství*. (2012). Charita Olomouc a Člověk v tísni, o. p. s.
- *Mezinárodní klasifikace nemocí 10*. (2006). Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-11-5.
- Millerová, G. (2011). *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.
- Minařík, J., Hobstová, J.,In Kalina, K., a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti I*, Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6 (a).
- Miovský, M., In Kalina, K., a kol. (2003). *Drogy a drogové závislosti I*, Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN 80-86734-05-6 (a).
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*.GradaPublishing, a. s. ISBN 80-247-1362-4

- Mravčík, V., a kol. (2014). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2013*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-7440-109-1.
- Národní monitorovací středisko, (2011). *Zaostřeno na drogy 1, Aplikální místnosti*. Praha: Úřad vlády ČR.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislosti*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-908-8.
- Nešpor, K., Csémy, L. (1995). *Alkohol, drogy a Vaše děti*. Praha: Sportpropag.
- Nešpor, K., Marhounová, J. (1995). *Alkoholici, feťáci a gambleři*. Praha: Empatie. ISBN 80-901618-9-8.
- Nožina, M., Vaněček, M. (2009). *Mandragora, morfin, kokain*, Praha: KLP. ISBN 978-80-86791-60-9 (80-86791-60-2).
- Pelech, L., Bednářová, Z. (2003). *Slabikář sociální práce na ulici*, Brno: Doplněk. ISBN 1081-259-2003.
- SANANIM. (2007). *Drogy otázky a odpovědi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-223-2.
- Ševela, K., Ševčík, P. (2003). *Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4731-469.
- Vaverková, K. (2000). *Bílá nemoc*, Benešov: Start. ISBN 80-86231-11-9.
- *Výroční zpráva 2013*. (2014). Brno: Společnost Podané ruce o.p.s.
- Zákon o návykových látkách: Zákon, kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů. In: *106/2011*. 2011
- *Terapeutická komunita pro drogově závislé 1. Vznik a vývoj*. (2004). Praha: Středočeský kraj a Magdaléna, o. p. s. ISBN 80-7106-876-4.

## Internetové zdroje

- Angelfire. *Letem světem drog*. [online]. [cit. 2015-02-02]. Dostupné z:<<http://www.angelfire.com/ok/tdriza/drogy.html>>.
- Drogová poradna. Minařík, J. *Drogová poradna: míra rizikovosti některých běžně užívaných látek*. [online]. [cit. 2015-02-01]. Dostupné z: <<http://www.drogovaporadna.cz/o-drogach-obecne.html>>.
- Drogy-info.*Aplikace*. [online]. [cit. 2015-01-02]. Dostupné z:<[http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar\\_pojmu/a/aplikace](http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/glosar_pojmu/a/aplikace)>.
- Edekontaminace. *Anální aplikace drogy*. [online]. [cit. 2015-02-16]. Dostupné z:<<http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/316/analni-aplikace-drogy.html?warning=kill>>.
- Edekontaminace. *Závislost na jehle*. [online]. [cit. 2015-02-16]. Dostupné z:<<http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/306/zavislost-na-jehle.html>>.
- Jellinek. *Drugs and the Body*. [online]. [cit. 2015-01-15]. Dostupné z:<<http://www.jellinek.nl/body/index.html>>.
- Substituční léčba. *Injekční užívání drog*. [online]. [cit. 2015-01-15]. Dostupné z:<<http://www.substitucni-lecba.cz/injekcni-uzivani-drog>>.
- Substituční léčba. *Jak jsou drogy užívány*. [online]. [cit. 2015-01-15]. Dostupné z:<<http://www.substitucni-lecba.cz/jak-jsou-drogy-uzivany>>.



## Časopisy

- ALA, (2012). *Rozhovor s Karlem Nešporem*. Praha: SANANIM.
- ALA, PETR, (2010). *Dekontaminace, Anketa na ulici: Vy&psychózy*. Praha: SANANIM.
- DEKONTAMINACE (2009). *píše ti máma...* Praha: SANANIM.
- DEKONTAMINACE (2013). *Mýty a fakta*. Praha: SANANIM.
- IRA a saferparty.cz, (2010). *Dekontaminace, MDMA*. Praha: SANANIM.
- JP, (2012). *Zuby a jedy*. Praha: SANANIM.
- TRMX, (2011). *Zapomeň na šicí stroj*. Praha: SANANIM.
- TRMX, (2014). *Mýty a fakta*. Praha: SANANIM.

# **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Abstrakt

Příloha č. 2: Vzor otázek pokládaných při rozhovoru respondentům

**Využívání alternativních způsobů aplikace nealkoholových drog u klientů Terénních programů Olomouc**

**Abstrakt**

Východiska: Harm reduction je jedním z pilířů nízkoprahových služeb pro uživatele drog. Neodmyslitelnou součástí práce terénního pracovníka je edukace klientů o bezpečném užívání návykových látek.

Cíle: Tato práce má 3 výzkumné cíle. Prvním cílem výzkumu je zjistit zda klienti adiktologických služeb v Olomouci mají povědomí o alternativních způsobech aplikace drog, a pokud ano, zda je využívají a jakým způsobem. Druhým cílem je identifikovat nejčastější způsoby aplikace. Posledním cílem je zmapovat jaká rizika si uživatelé uvědomují při aplikaci návykových látek.

Soubor: Výběrový soubor tvořilo 8 klientů Terénního programu Olomouc. Jednalo se o dlouhodobé aktivní uživatele návykových látek, převážně pervitinu a jednoho klienta užívajícího opiáty.

Metody: Strukturované interview.

Výsledky: Participantí mají zkušenost se všemi alternativními způsoby aplikace návykových látek, dominuje však u nich intravenózní způsob. Participantí si uvědomují, že užívání má rizika nejen pro jejich život. Sami uvádí zejména zdravotní komplikace, která se vztahují primárně k jejich hlavnímu způsobu aplikace. Přesto v tomto způsobu aplikace pokračují.

Závěry: Výsledky mohou přispět ke zvýšení informací o dané cílové skupině a o jejich potřebách při poskytování služeb v rámci nízkoprahové péče, terénního programu.

**Klíčová slova:** harm reduction, způsoby aplikace, terénní program, návykové látky.

## **Abstract**

The usage of alternative methods of application of non-alcohol drugs for clients of the outreach programme Olomouc

Abstract

Starting point: Harm reduction is one of the pillars of low-threshold services for drug users. One of the basic job descriptions of the field worker is to educate the clients about the safe usage of addictive substances.

Aims: This work has three research aims. The first aim of this research is to find out whether the clients of the addiction services in Olomouc are aware of the alternative ways of drugs application.

When they know something about these ways of drug applications, there is another point, whether they use them and in which way. The second aim is to identify the most common methods of application. The last aim of this work is to map whether the users are aware of the risks that can be related to the application of drugs.

File: The sample consisted of 8 clients of the outreach programme Olomouc. These clients were the long active users of addictive substances, mainly methamphetamine and two of them use opiates for a long time.

Methods: Structured interview.

Results: All participants in my research have experience with all alternative ways of drugs application. The intravenous way of usage dominates. Participants realize that taking drugs brings a lot of risks not only for their lives. They states especially health complications, which relate primarily to their main way of application. In spite of this fact, they still continue in this method of usage of drugs.

Conclusions: The results of my project can contribute to increase the information about the target group and their needs in the provision of services within drop-in care of the outreach programme.

Keywords: harm reduction, ways of application, the outreach programme, addictive substances.

## Příloha č. 2: Vzor otázek pokládaných při rozhovoru respondentům

Tato příloha byla sestavena pro sběr informací pro tento výzkum, jelikož mi bylo umožněno výzkum vést v pracovní době, jsou v INCOME zakomponovány i otázky, které nekorespondují s výzkumnými otázkami, protože byly užity pro sběr informací pro mé zaměstnání.

Ahoj,

dovoluji si Tě oslovit s prosbou o účast ve výzkumném projektu. Jmenuji se Eva Továrková a jsem studentkou druhého ročníku Filosofické fakulty na Univerzitě Palackého, obor sociální práce. Pracuji jako terénní pracovnice ve službě Terénní programy Olomouc. Této problematice se věnuji několik let. Chtěla bych Tě požádat o zapojení se do výzkumu, který realizuji. Jedná se o rozhovor, který pomůže k získání informací do mé bakalářské práce s názvem: Využívání alternativních způsobů aplikace nealkoholových drog u klientů Terénních programů Olomouc.

Na otázky v rozhovoru neexistuje univerzální správná odpověď. Pouze ta Tvoje odpověď je správná. Tvá účast ve výzkumu **je zcela anonymní**. Nebudu pracovat s Tvými osobními údaji.

Jedná se o jedinečný výzkum a budu velmi ráda, pokud se do něj zapojíš. Výsledky mohou přispět ke zlepšení práce a nabízených služeb programu lidem, kteří aktuálně užívají.

Účast ve výzkumu je **dobrovolná**. Jako účastník projektu **máš právo** kdykoliv od výzkumu **odstoupit**.

Rozhovor bude nahrávaný, pokud na některé otázky nebudeš chtít odpovídat, nemusíš popř. lze rozhovor uskutečnit i bez nahrávání.

Pokud souhlasíš se zapojením do výzkumu, sděl prosím svůj ústní souhlas.

**Autorka práce** (Eva Továrková) **se zavazuje**, že zjištěné informace nezneužije, dodrží anonymitu a etické aspekty práce.

Datum:

Podpis:.....

**INCOME****Datum:****Kód klienta:****Pohlaví:** Muž      Žena**Věk:****Doba užívání nealkoholových drog:****Státní příslušnost:** ČR      Jiné:

<b>Bydlení:</b>	• Sám	<b>Bydlení:</b>	Doma (u rodičů)
(s kým klient žije)	• S rodiči / rodinou	(kde klient žije)	Vlastní byt (i pronajatý)
	• S přáteli		Cizí byt
	• S partnerem/kou		Ubytovna
	• S partnerem a dítětem		Squat
	• Sám s dítětem		Bez domova, na ulici

<b>Zaměstnání:</b>	• Pravidelné zaměstnání	<b>Vzdělání:</b>	Základní
	• Škola		Vyučen
	• Příležitostná práce		Střední s maturitou
	• Registrován na ÚP		Vyšší odborné
	• Bez zaměstnání		Vysokoškolské
	• Dávky SZ		Neukončené základní

<b>Vyšetření HIV:</b>	• Testován	<b>Vyšetření HCV:</b>	• Testován
	• Netestován		• Netestován
	• Nevyzvedl výsledek		• Nevyzvedl výsledek
	• Neznámo		• Neznámo
<b>Dříve léčen:</b>	• Ano	• Ne	<b>Nyní léčen:</b> • Ano • Ne

#### Tabulka užívaných drog

	<b>Droga</b>	<b>Způsob prvního užití</b>	<b>První užití/věk</b>	<b>Četnost užívání</b>	<b>První i.v. užití / věk</b>	<b>aplikace</b>
<b>První neleg. droga</b>						
<b>Primární n. látka</b>						
<b>Léky</b>						
<b>Syntetické drogy</b>						
<b>Ostatní n. látky</b>						

### Tabulka rizikového užívání u primární návykové látky

Rizikové chování	Minulost		Současnost
	Jednorázově	Opakovaně	Četnost
I.V. aplikace			
Sdílení jehel			
Sdílení náčiní			
Riziková aplikace			
Předávkování			
Nechráněný sex			
Zdravotní komplikace			

- E: Jsi klientem Terénních programů Olomouc?
- E: Vyměnil jsi někdy oblíbenou drogu za jinou?
- E: Z jakého důvodu užíváš zrovna tuto drogu?
- E: Jakým způsobem užíváš?
- E: Proč užíváš zrovna tuto možnost aplikace a ne jinou?
- E: Znáš nějaké jiné možnosti užívání?
- E: Zkoušel jsi někdy i jiné možnosti aplikace?
- E: Pokud ano: Popiš mi přesný postup u všech forem aplikace, které jsi vyzkoušel.
- E: Jak dlouho Ti trvá aplikace?
- E: Jak často užíváš?
- E: Kde jsi zjistil nebo zjišťuješ informace o způsobech aplikace a dodržování všech pravidel spojených s užíváním?
- E: Kam nejčastěji aplikuješ?
- E: Jaké jsou výhody a nevýhody tvé aktuální aplikace nebo i jiných aplikací, které jsi vyzkoušel?
- E: (Intravenózní aplikace) – Z jakého důvodu preferuješ jehlu?



- Dáš si jehlou, i když není čistá?
- E: (sniff) – Jaké používáš šňupátko?
- Je jen tvoje nebo ho půjčuješ?
- E: (orální aplikace - kapsle) – Kam kapsli zavádíš?
- E: (kouření) – Jakou metodu užívání preferuješ?
- E: (anální aplikace) – Jaký materiál využíváš pro tuto aplikaci?
- E: Jak se dívá okolí na tvůj způsob aplikace?
- E: Jak vidíš svou budoucnost se svou aplikací?
- E: Měl jsi někdy zdravotní komplikace (absces, kožní onemocnění, vši, svrab,...), (jaké?)