



UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví
Studijní obor: Adiktologie

Bc. Ria Al-Halabiová

Iniciace injekčního užívání návykových látek a uplatnění intervence "Break the Cycle"

Initiation of injecting drug use and application of the "Break the Cycle" intervention

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

Praha, 2021

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím/~~Nesouhlasím~~ s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 2.12.2021

.....
BC. RIA AL-HALABIOVÁ

Identifikační záznam:

AL-HALABIOVÁ, Ria. Iniciace injekčního užívání návykových látek a uplatnění intervence "Break the Cycle". [Initiation of injecting substance use and application of the "Break the Cycle" intervention]. Praha, 2021. 81 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie 1. LF UK. Vedoucí závěrečné práce: doc. PhDr. MUDr. Kamil Kalina, CSc.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu práce, doc. PhDr. MUDr. Kamilu Kalinovi, CSc., a to především za jeho podporu a důvěru. Dále děkuji Mgr. Davidovi Peškovi za jeho inspirativní připomínky a umožnění sběru dat v Kontaktním centru SANANIM. Velké díky patří také mé rodině, přátelům a kolegům, kteří při celém procesu stáli po mém boku. A to největší poděkování patří všem respondentům, jejichž vůle k účasti ve výzkumu, věnovanému času a důvěře, a v neposlední řadě jejich otevřenosti ve sdílení vlastních zkušeností, si upřímně vážím.

Abstrakt

Východiska: Injekční užívání drog patří k nejrizikovějším způsobům užívání návykových látek, které nese rizika pro jednotlivce i společnost. Česká republika patří mezi země, kde je prevalence injekčního užívání drog vysoká a má stoupající tendenci. Z dostupných dat vyplývá, že učení se k injekčnímu užívání má mimo jiné sociální charakter. Prozkoumání těchto sociálních okolností, ale i osobních zkušeností osob užívajících drogy injekčně, může být nástrojem k tvorbě a implementaci vhodných preventivních intervencí. Jednou z těchto účinných intervencí je metoda Break the Cycle, která hovoří o iniciaci injekčního užívání jakožto o fenoménu, jež lze nezkušeným osobám předávat na bázi sociálního učení. Redukce asistencí zkušených osob při iniciační aplikaci nezkušeným osobám, redukce injekčních aplikací před nezkušenými osobami a odmítání diskuze o benefitech injekčního užívání s nezkušenými osobami může mít pozitivní vliv na incidenci injekčního užívání v české populaci.

Cíle a metody: Cílem práce je podat informace o podstatných jevech souvisejících se zahájením injekčního užívání drog a prozkoumat zkušenost klientů pražského kontaktního centra s jejich iniciací injekčního užívání a s jejich zkušenostmi a postoji vůči provázení iniciací u druhých osob. Pomocí rozhovorů byli respondenti intervenováni metodou Break the Cycle, aby bylo možné zhodnotit její uplatnění a potenciální specifika pro českém prostředí. Kvalitativní data byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů dle upravené verze metodiky Break the Cycle. Výzkumných rozhovorů v kontaktním centru SANANIM se účastnilo 12 respondentů, 10 mužů a 2 ženy. Analýza dat byla provedena dle metodiky interpretativní fenomenologické analýzy.

Výsledky: Zkušenosti s iniciací injekčního užívání reportované v této studii ve vysoké míře odpovídají datům, které jsou v této souvislosti publikovány v zahraničí. Respondenti vnímají zahájení injekčního užívání jako významný moment, který měl vliv na rozvoj závislosti a negativních důsledků spojených s užíváním drog. U většiny respondentů lze dohledat sociální vliv na jejich iniciaci k injekčnímu užívání. Základní doporučení intervence Break the Cycle, které hovoří o pozitivním vlivu odmítání provázení nezkušených osob k iniciaci je mezi respondenty rozšířeno, provázení iniciací injekčního užívání u druhých osob ve většině případů odmítají. Posílení těchto postojů, a zvědomení ostatních faktorů, které jsou uváděny v souvislosti se sociálním kontextem iniciace injekčního užívání jako rizikové, bylo identifikováno jako místo pro uplatnění intervence v českém prostředí.

Závěr: Iniciace injekčního užívání je fenoménem s významnou sociální a socializační hodnotou. Porozumění těmto okolnostem a prožívání samotných osob užívajících drogy injekčně je cestou, jak volit vhodné preventivní nástroje. Intervence Break the cycle je jedním z vhodných preventivních nástrojů pro použití v českém terapeutickém kontinuu. Tématu iniciace injekčního užívání by vzhledem k jeho incidenci v ČR mělo být věnováno více pozornosti a implementace preventivních strategií se jeví jako aktuální.

Klíčová slova: Injekční užívání; Iniciace; První injekční aplikace; Break the Cycle; Prevence; Intervence; Kontaktní centrum

Abstract

Background: Injecting drug use is one of the most risky forms of substance use that carries risks for individuals and society. The Czech Republic is one of the countries where the prevalence of injecting drug use is high and increasing. The available data show that learning to inject has, among other things, a social character. Exploring these social circumstances, as well as the personal experiences of people who inject drugs, can be a tool for designing and implementing appropriate prevention interventions. One of these effective interventions is the Break the Cycle method, which refers to the initiation of injecting as a phenomenon that can be transmitted to inexperienced persons on the basis of social learning. Reducing the assistance of experienced persons in the initiation of injection to inexperienced persons, reducing injection in front of inexperienced persons, and refusing to discuss the benefits of injection with inexperienced persons can have a positive impact on the incidence of injection use in the Czech population.

Aims and Methods: The aim of this study is to provide information on the essential phenomena related to the initiation of injection drug use and to explore the experience of clients of the Prague contact centre with their initiation of injection use and their experiences and attitudes towards initiation by others. Using interviews, respondents were intervened with the Break the Cycle method to assess its application and potential specificities in the Czech setting. Qualitative data were collected using semi-structured interviews according to a modified version of the Break the Cycle methodology. 12 respondents, 10 men and 2 women, participated in the research interviews at the SANANIM drop-in centre. Data analysis was conducted according to the interpretative phenomenological analysis methodology.

Results: The experiences of injecting initiation reported in this study are highly consistent with data published abroad in this context. Respondents perceived the initiation of injection use as a significant moment that had an impact on the development of addiction and the negative consequences associated with drug use. For the majority of respondents, a social influence on their initiation to injecting can be traced. The basic recommendation of the Break the Cycle intervention, which speaks of the positive influence of refusing to accompany inexperienced persons to initiate, is widespread among respondents, and they refuse to accompany others to initiate injection use in most cases. Reinforcement of these attitudes, and awareness of other factors cited as risk factors in the social context of injecting initiation, was identified as a place to apply the intervention in the Czech setting.

Conclusion: The initiation of injection use is a phenomenon with significant social and socialization value. Understanding these circumstances and the experiences of injecting drug users themselves is a way to choose appropriate prevention tools. The Break the cycle intervention is one of the appropriate preventive tools for use in the Czech conditions. The topic of injecting initiation should receive more attention given its incidence in the Czech Republic and the implementation of prevention strategies seems timely.

Key words: Injection drug use; First injection application; Initiation; Break the Cycle; Prevention; Intervention; Drop-in centre

Použité zkratky:

BTC – Break the Cycle – intervence

BZD - benzodiazepiny

CNS - centrální nervový systém

EMCDDA – Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

HIV - virus lidské imunitní nedostatečnosti

IPA – interpretativní fenomenologická analýza

IUD – injekční užívání drog

I.V. – intravenózní užívání

LDI – lidé užívající drogy injekčně

LDNI - lidé užívající drogy jiným způsobem než injekčně (neoficiální zkratka pro účely této práce)

LDR – lidé užívající drogy rizikově (dříve PUD – problémoví uživatelé drog)

NMS – Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti

NSP – needle and syringe programme – nízkoprahové výměnné programy

RVKPP – Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky

Obsah

Úvod	10
Úvod do problematiky injekčního užívání návykových látek	11
Sociokulturní kontext	11
Současná situace v ČR a ve světě.....	12
Rizika, rizikové skupiny a možné negativní důsledky plynoucí z injekčního užívání drog.....	13
Zdravotní rizika	13
Přenosná infekční onemocnění.....	14
Předávkování	15
Psychiatrické komorbidity.....	15
Rozvoj závislosti	15
Sociální, ekonomická a právní rizika	17
Stigma.....	18
Rizikové skupiny a faktory související s injekčním užíváním	18
Iniciace injekčního užívání a přechod na tento typ aplikace	20
Sociální kontext iniciace injekčního užívání	20
Sociální učení	20
Skupinová dynamika a hierarchie	22
Genderové aspekty	23
Faktory a jevy asociované s tranzicí na injekční způsob užívání	25
Strach a zvědavost	25
Sociální transformace a jehla jako součást nové identity	25
Uvědomění závislostního problému	26
Intenzita účinku a nástupu drogy.....	26
Ritualizace	27
Sex a intimita.....	27
Metody prevence iniciace injekčního užívání	29
Intervence Break the Cycle (BTC)	30
Základní informace.....	31
Konkrétní postup intervence v původním standardizovaném nastavení	32
Dostupné příklady implementace a jejich evaluace	34
Role nízkoprahových harm reduction služeb	36
Výzkumný problém a cíle výzkumu.....	38

Výzkumné otázky	38
Popis výzkumného souboru a sběru dat	39
Metody sběru dat	39
Podoba modifikovaného intervenčního rozhovoru.....	40
Metody zpracování a analýzy dat	40
Etický aspekt, etická úskalí	41
Výsledky.....	43
Jak respondenti prožívali vlastní iniciaci injekčního užívání?	44
Shrnutí	55
Jaké zkušenosti mají respondenti s iniciací druhých osob?.....	57
Provázení osoby, která již má zkušenost s injekční aplikací	57
Provázení iniciací druhé osoby.....	59
Shrnutí	63
Jak je respondenty vnímána intervence Break the Cycle?	65
Diskuze a doporučení	68
Závěr.....	76
Použitá literatura.....	77

Úvod

Injekční užívání se řadí mezi nejvíce rizikové způsoby užívání návykových látek, a to jak ve vztahu k jednotlivci, tak stran veřejného zdraví. Česká republika se řadí mezi země, kde je prevalence injekčního užívání vzhledem k populaci osob užívajících drogy rizikově velmi vysoká. Prevence tranzice na tento typ užívání drog je tedy v našem, ale i celosvětovém kontextu, aktuálním tématem.

I přes relativně stabilní a širokou síť služeb harm reduction se však tématu zahájení injekčního užívání a jeho prevenci nedostává dostatečné pozornosti. I přes to, že v zahraničí vznikají studie zaměřené na kontext iniciace injekčního užívání, a to především z důvodu, aby tak bylo možné lépe vyvíjet a cílit preventivní metody, v českém jazyce jsou dostupné spíše texty věnující se prevenci rizik, které z injekčního užívání drog plynou, nežli studie, které by zkoumaly či vysvětlovaly, za jakých okolností a z jakých důvodů k zahájení injekčního užívání dochází, či jaké jsou možnosti, jak na něj preventivně působit – a to nejen ve smyslu minimalizace již vzniklých rizik, ale i ve smyslu prevence samotné iniciace.

Tato diplomová práce si tak bere za úkol představit, proč je pro českou drogovou politiku iniciace injekčního užívání důležitým tématem. Dále v praktické části seznamuje čtenáře s informacemi, které jsou pro uchopení problematiky iniciace injekčního užívání stěžejní, přičemž čerpá především ze zahraniční literatury. V závěru teoretické části se zabývá možnostmi prevence, a to především intervencí Break the Cycle, která byla vyvinuta přímo pro účely prevence iniciace injekčního užívání, a která je založena na základech těch dostupných informací, které o iniciaci injekčního užívání máme.

Výzkumná část je pak věnována implementaci této intervence, konkrétně jejímu použití během 12 sezení s klienty pražského kontaktního centra, během kterých byla zároveň sbírána data týkající se vlastní zkušenosti vybraných respondentů. Cílem této práce je tedy prozkoumat zkušenost s iniciací injekčního užívání v českém prostředí a popsat ty procesy, které se z hlediska prevence injekčního užívání a jejích metod jeví pro český kontext jako relevantní a důležité.

Úvod do problematiky injekčního užívání návykových látek

Sociokulturní kontext

Problematika injekčního užívání drog je dlouhodobě velmi kontroverzním tématem, které se neseťká s pochopením ze strany většinové společnosti. S tím souvisí časté skrývání tohoto typu rizikového chování, díky kterému je obtížné tuto oblast prozkoumávat a studovat. Injekční užívání drog je odsuzováno a komplexnost tohoto problému není často mediálně uchopena v celé šíři, bez následku stigmatizace. Právě osoby užívající drogy injekčně jsou často jakýmsi katalyzátorem k represivnější drogové politice, nebo naopak katalyzátorem změn na úrovni prevence, například ve smyslu budování sítí harm reduction služeb. Hledat balanc mezi etickými, právními a klinickými otázkami, umocněnými politickými vlivy a volebními strategiemi, je velmi těžké. Je třeba neustále zvažovat potřeby jednotlivců a zájmy společnosti (NMS, 2004).

Kontroverzní obraz injekčních stříkaček se stal historicky symbolem mnoha kampaní proti drogám či lidem, které je užívají. Zároveň je však injekční stříkačka nástrojem, který zachránil mnoho životů. První experimenty s injekčním podáním opia zvířatům probíhaly již v 17. století. V roce 1844 pak irský lékař Francis Rynd představil první profesionální celokovovou injekci. Výhody injekčního podání se nejvíce zúročily v armádní medicíně. Rychlost účinku intravenózně podané látky byla ve válečných situacích vítaná především při podávání látek tišících bolest, tedy morfia. Rozšíření tohoto způsobu aplikace léčiv datujeme k roku 1853 (van Beek, 2013; Levy, 2014). O necelých dvacet let později již byly diskutovány obavy související se zvyšováním počtu případů, kdy si lidé tímto způsobem látky podávali sami. Látkou spojenou se začátky injekčního podávání je jednoznačně morfin, který je díky svým vlastnostem dodnes používán k tišení bolesti a vznik závislosti na tomto opiátu je popsán již od roku 1878. Významné zvýšení prevalence injekčního užívání drog v západní společnosti však zaznamenáváme ve století dvacátém, se zvyšující se tendencí především od šedesátých let, s masivním rozšířením od let osmdesátých, samozřejmě v rámci charakteristik jednotlivých států a území s mnoha proměnnými (van Beek, 2013). V současné době se celosvětově pohybuje počet osob injekčně užívajících drogy někde mezi 12 a 20 miliony, a ačkoliv je vzhledem k charakteru jevu složité jeho prevalenci přesněji vyčíslit, v dostupných zdrojích se odhad okolo 16 miliónů, napříč 148 světovými státy, ve kterých bylo toto rizikové chování identifikováno, vyskytuje nejčastěji. Ačkoliv se nejedná z globálního hlediska o masivní číslo, je s ohledem na četné negativní důsledky, které jsou s injekčním užíváním drog spojeny, téma injekčního užívání zcela jistě zásadním tématem ochrany veřejného zdraví. Nutno také brát v potaz, že vzhledem ke stigmatizaci osob užívajících drogy injekčně, a také vzhledem k ilegálnímu charakteru okolností tohoto jednání, je velká část této cílové skupiny skrytá. Odhady počtů mohou být tedy v tomto případě ještě poněkud podsazené. Hlubší prozkoumávání této cílové skupiny, a to nejen ve smyslu její velikosti, je tedy báží pro následnou adekvátní volbu intervencí. Vzorce chování spojené s injekčním užíváním se neustále vyvíjejí a počet injekčně užívajících osob se zvyšuje například v místech, kde byla tradičně v tomto směru hlášena nízká prevalence (například státy subsaharské Afriky, či venkovské oblasti v Severní Americe (van Beek, 2013; Elflein, 2020; Guise, 2017)).

Podstatné je zde říci, že rozdíly v kultuře užívání drog napříč světovými státy mohou být natolik rozdílné, že by se mohlo zdát problematiku zjednodušeně aplikovat generalizované výstupy ze světových studií do českého prostředí. A dále, vzhledem k tomu, že mnoho studií věnujících se této problematice vznikalo v 90. letech, a to často ve státech, kde z hlediska prevalence mezi injekčními uživateli tradičně převládaly osoby užívající heroin a jiné opiáty, mohou zde vznikat specifické odlišnosti například stran jiných typů drog. Nicméně napříč dostupnými zdroji se spíše zdá, že lidské

chování, ač ovlivněno kulturními aspekty, se v mnoha bodech, napříč světovými státy, a to především těmi západními, které v této oblasti publikují primárně, neliší. Navíc, zcela jistě dopomáhají vytvořit si základní rámec pro další zkoumání v našem prostředí, které si tato práce bere za úkol.

Současná situace v ČR a ve světě

V České republice jsou počátky injekčního užívání drog spojeny s lety sedmdesátými a v té době volně prodejným analgetikem Alnagonem, jehož filtrát po rozpuštění obsahoval především kodein. Psychiatr Karel Hampl s kolegy tento fenomén označovali jako parenterální alnagonismus (Hampl, 2003). V současnosti jsme v Evropě specifičtí tím, že jako nejčastěji injekčně užívanou drogu vykazujeme amfetaminy, konkrétně metamfetamin, tedy pervitin (EMCDDA, 2020). Nejčastěji využívanou formou injekční aplikace je cesta intravenózní. I přes to, že některé látky se standardně aplikují spíše intramuskulárně, tedy do svalu (například některé typy benzodiazepinů či ketamin), pro účely této práce používám termín „injekční aplikace“ především s odkazem právě na intravenózní způsob podání.

Studie Evropského monitorovacího střediska (EMCDDA) zaměřená na trendy v injekčním užívání z roku 2015 zařadila Českou republiku mezi jediné čtyři země Evropy, ve kterých lze v tomto zachytit stoupající trend. V porovnání s dalšími evropskými zeměmi se však v indikátoru injekčního užívání už tak pohybuje na předních příčkách. Z aktuálních dat EMCDDA obsazujeme z 16 evropských států, která odesílají svá data o injekčním užívání do závěrečných zpráv o věcech ve stavu drog, třetí nejvyšší příčku. První a druhé místo patří Estonsku a Lotyšsku (EMCDDA, 2020).

Dle poslední Výroční zprávy o stavu ve věcech drog je v České republice přibližně 45 tisíc osob užívajících drogy rizikově (LDR). Rizikové (dříve problémové) užívání drog je definováno jako pravidelné užívání určitého typu drogy (dle EMCDDA alespoň jednou týdně, případně denně či téměř denně v případě konopných drog), a/nebo užívání, které přináší negativní důsledky – zdravotní či sociální. V České republice se mezi osoby užívající drogy rizikově tradičně řadí především pravidelní uživatelé pervitinu a opioidů (buprenorfin, heroin). Z celkového počtu výše zmíněných 45 tisíc LDR odhadujeme počet osob, které užívají tyto drogy injekčně (LDI) na přibližně 41 tisíc. A jak již bylo řečeno, i přes drobné meziroční výkyvy, na které mají vliv i změny ve způsobu sběru dat, se dá říci, že počet LDI každým rokem stoupá (Mravčík et al., 2020)

Rizika, rizikové skupiny a možné negativní důsledky plynoucí z injekčního užívání drog

Rizika plynoucí z užívání drog obecně je možno sledovat na několika úrovních, například Zábranský (2003, str. 20) je dělí na „zdravotní (ve smyslu somatického i psychického zdraví), kriminální a ekonomické“. V této práci se však chci zaměřit především na ty, která přímo souvisejí s injekčním užíváním. Jestliže se na problematiku budeme dívat z pohledu veřejného zdraví, zajímají nás podobně řazené možné zdravotní, ale i psychologické a sociální, potažmo právní a ekonomické negativní důsledky, které se týkají jednotlivce i široké veřejnosti. Mezi ty nejvíce skloňované se s ohledem na injekční podání řadí rizika zdravotní, například infekční onemocnění, jejichž prevalence je významným indikátorem při posuzování efektivity drogových politik světa. Z hlediska zdravotnictví jako systému, ale i z hlediska dopadů na jednotlivce, jsou významná také lokální poškození plynoucí z narušení integrity kůže a další související somatická onemocnění. Z optiky harm reduction není možné opomenout indikátor předávkování, který také velmi často souvisí právě s injekčním podáním drog. Jako systémově podstatný je také faktor rozvoje závislosti. Injekční užívání hraje také svou důležitou roli v uvědomění závislostního problému jednotlivcem. Z dat vyplývá že dokud k injekčnímu užití nepřistoupili, nebyli si často závažnosti svého závislostního problému vědomi. Injekční užití se tedy jeví jako významná hranice, ať už ve smyslu subjektivním vnímání vlastního chování, tak z hlediska společenské akceptace (Griffiths et al., 1994; Harocopos, 2008; NUAA, n.d.). Zároveň sebou však následně injekční užívání nese další jevy, které mohou naopak podporovat motivaci u tohoto typu administrace zůstat.

Jak již bylo řečeno, šíře problematiky závislosti a škodlivého užívání návykových látek logicky prosakuje do pestré škály dalších souvisejících sfér, které k této problematice neodmyslitelně patří, v neposlední řadě je tedy potřeba jmenovat například oblast sociálních důsledků či oblast právních rizik. Širšímu socioekonomickému kontextu a faktorům souvisejícím s hlavním tématem práce, tedy s iniciací injekčního užívání, bude později věnována samostatná kapitola.

Zdravotní rizika

Pravidelné porušování integrity kůže je zásahem samo o sobě. Místo vpichu může být zkomplikováno různými místními záněty kůže a měkkých tkání. Nejčastěji se jedná o abscesy, záněty žil (flebitida, flegmona), v některých případech mohou místa vpichu impetigizovat či se zkomplikovat jinou virovou či bakteriální infekcí. Nutno podotknout, že především LDI, se kterými se setkáváme například v nízkoprahových službách harm reduction, žijí často v nevyhovujících podmínkách, co se pravidelné hygieny týče, což léčbu může komplikovat. Hygienické standardy nejsou samozřejmě kontrolovány ani při výrobě a distribuci nelegálních látek, jejichž příměse a znečištění mohou taktéž zvyšovat rizika nejruznějších systémových i lokálních komplikací (Zábranský, 2003).

Injekčně užívané návykové látky jsou aplikovány především intravenózně, méně často pak intramuskulárně. Dlouhodobé intramuskulární podání poškozuje svalovou tkáň, intravenózní užívání sebou nese celkové poškození žilního systému. Periferní žilní systém se postupně poškozuje dlouhodobým jizvením žilních stěn, až může i zcela zaniknout, což osoby užívající drogy injekčně vede postupem času k aplikaci do velkých žil, převážně na krku (v. jugularis) a v tříselech (v. femoralis). Infekce v těchto oblastech mnohonásobně zvyšuje riziko závažných komplikací a následků, narušení správné funkce velkých žil může vést k závažným trombózám hlubokých žil a tromboflebitidám. V návaznosti na tyto komplikace se může objevit i plicní embolie. Zhoršující se stav vaskulárního systému

je v pozdějších stádiích definován jako celková žilní nedostatečnost (insuficience). Její projevy se manifestují především na dolních končetinách a nezřídka způsobí komplikaci v podobě bércových vředů. Léčba bércových vředů je však často velmi zdloouvavou a komplikovanou procedurou, která vyžaduje přísnou hygienu a pravidelné zdravotní intervence. Závažnou zdravotní komplikací, která se již neobejde bez hospitalizace v nemocnici, je také obávaná infekční endokarditida. Vzniká opět zavedením infekčního agens do oběhu, například použitím infikovaného injekčního náčiní, nečistotami v užívané látce, či podceněním použití doporučovaných parafernálií distribuovaných v nízkoprahových adiktologických službách, jako jsou dezinfekce na kůži v místě vpichu, bezpečné vody určené pro injekční užití, či sterilní filtry a nádoby na přípravu drogy. Kromě této nejznámější komplikace mohou vést infekce zanesené do oběhu také k otravě krve, osteomyelitidě či artritidě (Hobstová, 2010; van Beek, 2013; Zábranský 2003). Opomenout nelze ani jiná zranění související s drogovou závislostí, jejichž riziko se injekčním způsobem užívání zvyšuje. Mezi ty patří kromě pádů, dopravních nehod a jiných úrazů také tlaková poranění způsobená dlouhým setrváním v jedné pozici), například při excesivní sedaci či předávkování, která mohou vést ke compartment syndromu, v jehož důsledku hrozí například nevratné poškození nervů či dokonce fatální následky například v souvislosti se selháním ledvin (van Beek, 2013).

Obecně je injekční užívání často asociováno se socioekonomickým znevýhodněním, které se taktéž do zdravotního stavu LDI promítá. Malnutrice, kožní paraziti, diabetes, astma a mnoho dalších zdravotních problémů spojených se ztíženými životními podmínkami a často také s absencí pravidelné lékařské péče na tomto místě nelze opomenout (van Beek, 2013).

Přenosná infekční onemocnění

Z pohledu veřejného zdraví však faktor injekčního užívání sledujeme především v souvislosti s infekčními, krví přenosnými onemocněními. První epidemie HIV byla i důvodem, pro který se začala problematika injekčního užívání více zkoumat. V současné době řadíme v souvislosti s ním mezi významná infekční onemocnění kromě HIV také hepatitidy typu B a C, syfilis a tuberkulózu, na které jsou v adiktologických službách klienti a pacienti často testováni, přičemž pohlavně přenosná onemocnění související s rizikovým sexuálním chováním je potřeba také zmínit. Z hlediska prevalence i rizik se data celosvětově i v rámci Evropy často výrazně liší. Se zaměřením na Českou republiku se dají vyzdvihnout především hepatitidy a HIV. Incidence hepatitidy typu B (HBV) se v ČR dlouhodobě díky očkování i mezi lidmi užívajícími drogy injekčně snižuje. Nízký výskyt v této cílové skupině dlouhodobě sledujeme i u HIV a pohlavně přenosných onemocnění (alespoň těch, která běžně sledujeme), a to i díky poměrně stabilnímu systému služeb harm reduction. I přes to jsou však tato onemocnění zásadním rizikem z hlediska zdraví jedince i společnosti (Mravčík et al., 2020).

Fokus je v posledních letech (a to celosvětově) zaměřen především na hepatitis typu C (HCV). Lidé užívající drogy injekčně dlouhodobě tvoří více než polovinu každoročně hlášených nových případů této infekce v ČR. Virus hepatitidy C je velmi odolný, v injekční stříkačce může vydržet i 60 dní, příznaky infekce nebývají nijak specifické, což často prodlouží interval mezi začátkem onemocnění a léčbou, a v neposlední řadě koluje o onemocnění i jeho léčbě stále mnoho mýtů. Dlouhodobě neléčená virová hepatitis však může vyústit až v jaterní cirhózu, tudíž je podstatné ji diagnostikovat a vyléčit včas (IKEM, n.d.; Hobstová, 2010; Mravčík et al., 2020). Zajímavé zde je, že i přes existenci dlouhodobě úspěšných politických a veřejno-zdravotních strategií cílících na prevenci infekce HIV, stejně nízkých čísel, kterými se ČR reprezentuje právě v incidenci HIV, nelze dosáhnout i u viru hepatitis typu C. Svou roli zde jistě hrají biologické vlastnosti samotných virů, zároveň z toho ale plyne, že právě snížení

prevalence injekčního užívání by mohlo být i klíčem k nižší incidenci virové hepatitis (Hunt et al., 1999a, 1999b, 2009; NUAA, n.d.).

Předávkování

Dalším velmi podstatným indikátorem spojeným s užíváním drog je předávkování. Předávkování je často asociováno se signifikantní morbiditou i mortalitou. Injekční forma aplikace je i z tohoto pohledu nejrizikovější, přičemž platí, že čím delší je injekční drogová kariéra, tím se zvyšuje riziko předávkování s následkem smrti. Předávkování i předávkování s následkem smrti je spojováno především s tlumivými látkami, tedy opiáty, benzodiazepiny a jejich vzájemnou kombinací či kombinací s alkoholem. Nicméně předávkovat se lze všemi látkami, v kontextu injekční aplikace tedy i látkami stimulačními. Ty končí úmrtím v menším procentě případů a jsou často spojena s již vzniklými poškozeními kardiovaskulárního systému. Předávkování stimulanty je ale velmi rizikové i v případech nekončících smrtí, a to především z hlediska neurotoxicity (van Beek, 2013; NMS 2004). Dále detekujeme určité skupiny osob, u kterých je riziko předávkování vyšší. Jimi jsou například lidé propuštění z výkonu trestu odnětí svobody či léčebných a jiných zařízení, kde se předpokládá dlouhodobá abstinence, kde riziko představuje jejich toho času snížená tolerance na drogu. Fatální rizika jsou zde spojena především s heroinem, metadonem či fentanylem, tedy agonisty opiátových receptorů. Dále jsou náchylnější mladí lidé, tedy osoby, které s injekční aplikací začínají. Rozdíly v množství látky, které je možné užít například per os či intranásálně s množstvím látky, které stačí k intoxikaci intravenózní cestou, se liší. Vliv na prevalenci předávkování má také kolísavá kvalita drog. To je rizikem především u heroinu, jehož uživatelé se v průběhu drogové kariéry vlivem rychle rostoucí tolerance, a tím velkého užívaného množství látky, mohou při setkání s kvalitnější drogou předávkovat i přes letité zkušenosti. Toto riziko není samozřejmě spojeno pouze s injekční aplikací, nicméně zde opět tato forma aplikace přináší největší rizika, jelikož si uživatel dávku aplikuje většinou náraz, tudíž na rozdíl od postupné inhalace či sniffingu není možné svůj limit odhadnout závčas. Stav útlumu dechového centra přichází ihned poté, co se látka dostane do krevního řečiště (NMS, 2004; Strang et al., 1998). Včasná první pomoc ve formě podání Naloxonu je i přes nedávné zahájení jeho distribuce nadále ve většině případů vázána na příjezd záchranné služby, a tedy i správném anamnestickém odhadu jejího personálu. Nejsou však výjimečné příběhy, kdy osoby užívající drogy ze strachu o právní následky lékařskou pomoc nevyužijí. V ČR zemřelo v roce 2019 na následky předávkování 50 osob (Mravčík et al., 2020).

Psychiatrické komorbidity

U osob užívajících drogy injekčně se ve vyšší míře vyskytují afektivní poruchy, úzkostné poruchy, bipolární porucha či psychotická onemocnění, akutního i chronického charakteru. Etiologie těchto onemocnění a poruch je multifaktoriální a u některých z nich může být obtížné identifikovat, zdali se jedná o důsledky injekčního užívání či o onemocnění, kterým osoba trpěla již dříve, injekční užívání však i přes leckdy sebededikální charakter psychické obtíže spíše prohlubuje (Bluthenthal, 2015; van Beek, 2013).

Rozvoj závislosti

Rozvoj závislosti je velmi individuální veličinou. Můžeme se setkat s osobami, které dlouhodobě užívají návykové látky a syndrom závislosti se u nich i přes to nerozvinul. Podmíněno je to genetickými, environmentálními, sociálními okolnostmi, ale i osobnostními charakteristikami, jako jsou

sklony k impulsivitě či afektivním rozladám, případně onemocnění, či schopnost zvládání stresu a úzkostí. Z literatury i empirie však vyplývá, že právě injekční, především intravenózní podávání látky může být faktorem, který rozvoj syndromu závislosti urychluje. Teoretickým konceptem, který by nám tento jev mohl vysvětlit, jsou teorie biologické. Tyto biologické teorie závislosti pracují s procesem vzniku tohoto syndromu jakožto s “onemocněním mozku”, který se již od prvních experimentů s drogou postupně adaptuje na libé pocity plynoucí z intoxikace. Tyto teorie neřadíme mezi teorie komplexní a je zde zcela zřejmě opomíjen například sociální kontext, i přes to však mnoho výzkumných prací, včetně experimentů na zvířatech, podpirá důležitost těchto neurobiologických mechanismů ve snaze o pochopení vzniku syndromu závislosti. Lidský mozek a organismus vystavený relativně jednoduše získané, a přes to velmi intenzivní odměně, přirozeně touží po těchto libých pocitech opakovaně, což v klinické rovině můžeme pozorovat například v podobě cravingu, vedoucímu k opakovanému užití látky a tím v některých případech k rozvoji závislosti. Z neurobiologického hlediska lze jmenovat mnohé mozkové struktury, které jsou do tohoto procesu zapojeny (například amygdala, nucleus accumbens či prefrontální cortex), nicméně ke změnám dochází prakticky na celé úrovni CNS a dochází k adaptačním změnám. Tyto strukturální i funkční změny v mozkové aktivitě lze prokázat i pomocí zobrazovacích technik. Nejvíce biologických teorií se nicméně opírá o poznatky související s oblastmi dopaminergních drah, a tedy především (i když ne výlučně) o výzkum vlivu užívání stimulancií (Fišerová, 2003; Griffiths et al., 1994, 1998; West, 2016).

Právě typ užívané látky je tedy jedním z podstatných článků analýzy vzniku a průběhu závislosti, jejíž mechanismus se u různých typů drog částečně liší. A významně se na tomto mechanismu podílí také samotný způsob administrace dané látky. Charakteristikou intravenózní aplikace je mimo jiné i rychlejší nástup účinku, a tím rychlejší a intenzivnější vliv na systém odměny, přičemž byl prokázán přímý vztah mezi rychlostí a intenzitou, kterou droga “zasáhne” mozek a rizikem vzniku závislosti, případně závažností jejího syndromu. Ve studii zabývající se výzkumem tranzice od inhalace k injekčnímu užívání u uživatelů heroinu Griffiths et al. (1994) upozorňují na vyšší závažnost syndromu závislosti právě u těch osob, které heroin užívaly intravenózně. Stejný tým autorů se o čtyři roky později v jiné studii zabýval právě vlivem typu administrace drogy na podobu a intenzitu syndromu závislosti, přičemž se zaměřoval na všechny typy nejčastěji injekčně užívaných látek (heroin, amfetaminy, kokain¹). Výsledky studie prezentují vliv na vyšší závažnost závislosti u injekčně užívaného heroinu (v porovnání s jeho inhalací), přičemž u kokainu neshledali ve vlivu na závislost mezi těmito dvěma typy aplikace rozdíl (oproti intranazální formě). Výstupem je zde ale především závěr týkající se injekčního užívání amfetaminů, který v tomto ohledu nepoukazuje na vyšší rizika v porovnání s jeho jinými formami administrace (per os, intranazální, inhalace) (Gossop et al., 1992). Jiné, novější studie v kontextu typu administrace u stimulancií (konkrétně u metamfetaminu) poukazují na podobnou pravděpodobnost rizika vzniku závislosti u inhalace a injekčního užívání, oproti aplikaci intranazální (přičemž ale intravenózní aplikace formu inhalační procentuálně mírně převyšuje) (McKetin, Kelly & McLaren, 2006), či potvrzují výše popsanou tezi, tedy výraznější projevy závislostního syndromu u osob metamfetamin užívajících injekčně (Novak & Kral, 2011). Injekční užívání může být také faktorem zhoršující prognózu při pokusu léčbu závislosti, a to ve smyslu nižší míry zapojení do léčebného procesu, či vyšší pravděpodobnosti jejího nedokončení či recidivy (Rawson et al., 2007). Dá se tedy říci,

¹ Ač kokain v současné ČR nepatří mezi látky, které by se standardně užívaly injekčně

že i přes to, že v rozvoji závislosti v souvislosti s injekčním podáním drog musíme sledovat mnoho proměnných, stále jej můžeme mezi faktory, které mají potenciál závislost prohloubit, řadit.²

S tématem rozvoje závislosti zcela jistě souvisí i kontroverzní problematika fixace na jehle. Důsledek injekčního užívání, někdy nazýván ještě kontroverzněji jako „závislost na jehle“, je stále předmětem výzkumů. Zatímco některé zdroje uvádí fixaci na injekční aplikaci pouze jako neoddělitelnou součást rychlého a silného farmakologického účinku drogy, jiní ho definují jako fenomén související se samotným aktem narušování integrity kůže a libostí, kterou může vyvolávat. Nicméně je to jistě pojem, se kterým se v souvislosti s riziky injekční aplikace ve světě i v českém prostředí poměrně často setkáváme, a který je samotnými LDI často uváděn jako důvod, díky kterému u injekčního způsobu aplikace setrvávají (více například McBride et al. 2001; Sklenář, 2014).

Sociální, ekonomická a právní rizika

Vliv způsobu administrace látky nemá vliv pouze na somatické či psychické zdraví, ale také koreluje se závažnějšími důsledky v oblasti socio-ekonomické a právní. Jak již bylo řečeno, injekční užívání drog je často spojeno se socio-ekonomickým znevýhodněním. Současně injekční podání drog zaručuje vyšší vstřebatelnost látky, než u jiných typů administrace a pro LDI je tak nejlevnější volbou (Guise et al., 2017; McBride et al., 2001). Sociální znevýhodnění může být jak důsledkem injekčního užívání, tak ale také jednou z jeho příčin (van Beek, 2013).

Dvouletá americká studie se vzorkem necelých 1000 osob využívajících ambulantní léčbu závislosti například srovnávala známé typy administrace metamfetaminu a jejich souvislost s negativními sociálními důsledky. Zatímco více než polovina injekčních uživatelů byla v důchodu či v invalidním důchodu, většina kuřáků a intranazálních uživatelů byla zaměstnána na plný nebo částečný úvazek. Injekční uživatelé měli ve srovnání s ostatními dvěma skupinami také častěji roční příjem pod hranicí chudoby. LDI také uváděli více právních problémů než kuřáci nebo intranazální uživatelé, pokud jde o předchozí odsouzení za trestný čin a trest odnětí svobody či zapojení do nelegální činnosti za účelem zisku (Rawson et al., 2007). Ze statistik sledujících socioekonomickou situaci klientů nízkoprahových drogových služeb se dá tvrdit, že jejich typickým uživatelem je osoba, která nemá stabilní práci a často ani přístřeší (Mravčík et al., 2020).

Osoby užívající drogy (nejen) injekčně jsou také vzhledem k ilegálnímu charakteru samotných látek často v konfliktu se zákonem. U LDI se pak vzhledem ke všemu výše zmíněnému zvyšuje riziko ekonomicky motivovaných majetkových trestných činů či právních důsledků vztažených k držení, distribuci či výrobě drog (Zábranský, 2003). Tyto a další právní důsledky nezřídka způsobí trestní stíhání a případné odsouzení. Záznam v rejstříku trestů pak spíše prohlubuje spirálu vedoucí k exkluzi z ekonomicky aktivního života a běžné společnosti obecně. Velkým problémem je také zadlužení.

Právní rizika však nesouvisejí pouze s držením či distribucí drog, ale i se samotným injekčním užíváním, a to zejména v souvislosti s jejím podáním jiné osobě. V zákonech ČR je podání nelegální omamné látky jiné osobě trestné dle § 283 zákona č. 40/2009 Sb. trestního zákoníku, přičemž případné ublížení na zdraví, které může být podáním látky způsobeno se pak trestá výkonem trestu odnětí svobody až na 12 let, a v případě následku smrti až na 18 let. Nabádání k užití drogy či provázení injekční aplikací pak může mít také charakter skutkové podstaty „Šíření toxikomanie“ dle § 287 zákona č. 40/2009 Sb.

² „Závažnost“ závislostního problému (v originálu „severity of dependence“) je zde autory popisovaná jako škála definovaná například délkou užívání drogy, velikostí dávek, frekvencí užívání, pokusy o léčbu apod.

trestního zákoníku, s nejvyšší trestní sazbou až 3 roky výkonu trestu odnětí svobody. V případě podání nezletilým osobám pak samozřejmě trestní sazby narůstají.

Stigma

V České republice je postoj k osobám užívajícím drogy rizikově, jehož velkou část tvoří právě lidé užívající drogy injekčně, dlouhodobě velmi negativní. Dle dat NMS je tolerance vůči této cílové skupině nejnižší ze všech dotazovaných, například nižší než k lidem, kteří mají trestní minulost, či k lidem, kteří jsou závislí na alkoholu či jiných legálních látkách. Stigmatizace však není výsadou pouze většinové společnosti, stigma a určitá hierarchie panuje i uvnitř samotné subpopulace lidí užívajících drogy (NUAA, n.d.; Mravčík et al., 2020). I přes nespočet diagnóz, které se u této populace vyskytují, se paradoxně jedná o skupinu, pro kterou je typický ztížený přístup do zdravotnických služeb. V této souvislosti je stigma a diskriminace jednou z významných překážek (van Beek, 2013). Stigma spojené s injekčním užíváním drog zesíleno u žen, jejichž injekční užívání je chápáno v rozporu s jejich ženskou rolí, zejména ve vztahu k mateřství, kde jsou matky užívající drogy běžně posuzovány nezpůsobilé. V tomto ohledu můžeme hovořit o dvojité stigmatizaci (Bryant & Treloar, 2007). Iniciace injekčního užívání je tak významným momentem nejen pro jednotlivce, ale i pro celou komunitu. Kromě toho, že sebou nese novou drogovou zkušenost a zvýšení rizika přenosu infekčních onemocnění, současně je pro veřejnost silným symbolem pro vnímání osob užívajících drogy, pomocí jehož tuto skupinu reprodukuje (Fitzgerald et al., 1999).

Nevhodné hygienické podmínky, strach z policie, který vede k užívání drog ve spěchu a bez použití doporučených parafernálií, marginalizace osob užívajících drogy injekčně, který sťažuje přístup ke službám harm reduction i k ověřeným informacím, to vše rizikovost a celkově problematiku injekčního užívání prohlubuje.

Rizikové skupiny a faktory související s injekčním užíváním

Podstaty determinující injekční užívání lze obecně velmi těžko měřit či oddělit od determinantů souvisejících s užíváním drog obecně. Zároveň je jejich explorace a analýza nabízejícím se nástrojem pro hledání intervencí, kterými by se výskyt tohoto typu rizikového chování dal ovlivnit; respektive je z hlediska harm reduction důležité detekovat rizikové faktory a skupiny asociované s iniciací injekčního užívání v jeho komplexnosti. Tranzice k injekční administraci drogy je spojena s mnoha takovými faktory. Mezi ty patří například gender, etnicita či věk. Adolescenti a mladí dospělí jsou náchylnější k rizikovějším formám aplikace než osoby, které začaly návykové látky užívat v pokročilejším věku, a stejně tak jsou mladí, tedy začínající uživatelé drog, více rizikovou skupinou v ohledu na nedodržování zásad harm reduction. Tato skupina osob je mimo jiné ve vysokém riziku negativních následků, například rychlejší způsob adaptace na životní styl spojený s drogou, rychlejší rozvoj závislosti, ale i poměrně prudký rozvoj negativních sociálních následků, v tomto případě například předčasné ukončení studia či ztrátu zaměstnání, což potvrzují studie zaměřené na LDI, kteří jsou oproti osobám užívajícím drogy jinou cestou častěji nezaměstnaní či mají nižší (než středoškolské) vzdělání (Brener, Spooner & Treloar, 2010; Crofts et al., 1996; Novak & Kral, 2011; Rawson et al., 2007). Kvalita rizik se však proměňuje i s věkem a vzhledem k současnému trendu stárnutí drogové populace je ale třeba brát v potaz i komplikace plynoucí z injekčního užívání ve stáří. Délka injekční kariéry je přímo úměrná rizikům, která z tohoto typu rizikového chování plynou (NMS, 2004).

Další faktory, které jsou s injekčním užíváním v literatuře často asociovány, jsou faktory týkající se výchozího prostředí. Tam můžeme řadit například socio – ekonomický statut, tedy opět faktor charakteru komunity, do které se jedinec identifikuje, ale samozřejmě i velmi podstatné rodinné zázemí a další bazální okolnosti, jako je přístup ke studiu, zkušenosti se vzdělávacím systémem, sociální a ekonomické podmínky v dětství, ale i v dospělosti. Mezi nejrizikovější skupiny, na které se intervence související s prevencí rizik spojených s injekčním užíváním soustředí, jsou tedy kromě mladistvých také osoby bez domova (a osoby ohrožené chudobou obecně) a lidé pohybující se v sex byznysu (Bluthenthal, 2015; Brener et al., 2008; Rhodes et al., 2011; NUAA, n.d.; van Beek, 2013). Jak již bylo popsáno v předchozí kapitole, tranzice k injekčnímu užívání však zároveň také často k sociální, ekonomické, právní či vztahové tísní vede.

Nelze opomenout vliv individuálních osobnostních predispozic, přičemž je injekční užívání spojováno především s mírou vnímání rizika a tendencemi k rizikovému chování obecně (Rhodes et al., 2011). Rizikovým faktorem mohou být také psychiatrické diagnózy (afektivní a úzkostné poruchy, poruchy osobnosti apod.) a obecně je za faktor pozitivně asociovaným se závislostí i injekčním užíváním považováno trauma, které může mít mnoho podob a projevů (Bluthenthal et al., 2015). Rizikovou skupinou jsou také partneři a partnerky LDI (Boivin, Leclerc & Roy, 2010; Guise et al., 2017). Bluthenthal a kolektiv (2015) předkládají výstrahu s ohledem na poměrně specifickou rizikovou skupinu osob, které užívají léky na předpis bez lékařské indikace. Nárůst zneužívání léků na předpis, především benzodiazepinů a opiátů, je v současné době podstatným tématem drogové politiky především v USA, nicméně rozšíření užívání například fentanylu lze vztáhnout i na ČR. To může být prediktorem měnících se trendů v subpopulacích užívajících osob užívajících drogy, kde se LDI mohou v souvislosti s tímto typem látek setkávat s osobami, které zatím injekčně neužívají a vzájemně se ovlivňovat.

Preventivní aktivity by tedy měly mířit na všechny věkové kategorie, se specificky cílenými intervencemi relevantními pro dané osobnostní charakteristiky, gender, kulturu či komunitu. Jako stěžejní pro celou problematiku se však jeví problematiku vnímat především na úrovni procesu, jehož kontext je primárně sociální a socializační.

Iniciace injekčního užívání a přechod na tento typ aplikace

Sociální kontext iniciace injekčního užívání

Sociální interakce a obecně vliv sociální bubliny je považován za fundamentální aspekt iniciace, která je i ve většině dostupných výzkumů zkoumána právě s ohledem na její sociální kontext a to ve smyslu sociálního vlivu, sociálního učení a sociální expozice (Rhodes et al., 2011). Přátelé, rodina, partneři, kteří injekčně užívají, to jsou nejčastější, mnohdy nevědomí „influenceři“³, kteří mohou ovlivnit iniciaci jejich blízké osoby. Méně často pak jiní vrstevníci, v zahraničí například členové pouličních gangů, v našem prostředí spíše méně blízcí známí ve „partách“ osob užívajících drogy, mezi kterými mohou být i starší uživatelé, kteří mohou být pro ty mladší inspirací; a v neposlední řadě také drogoví dealéři (Harocopos et al., 2008; Guise et al., 2017; McBride et al., 2001). Vzhledem k tématu práce je důležité zmínit sociální jevy, které se v interakci mezi jednotlivci v těchto skupinách odehrávají.

A jedním z těch nejvýraznějších je právě ten, který identifikuje samotnou expozici injekčnímu užívání, tedy její pozorování či poslouchání o ní, jako proces, který u vnímavého jedince zvyšuje riziko jeho vlastní zkušenosti s tímto typem chování. Samotná expozice, motivační prvky či více či méně racionální argumenty, kterými mohou LDI nováčky k iniciaci podporovat, jako je vyjmenovávání benefitů, které pro LDI z jejich pohledu z injekčního podání plynou, mohou být iniciující osobou převzaty jako užitečné a odvalu dodávající, ale taktéž mohou vytvářet nátlak, ať již ve smyslu tlaku způsobeném samotnou situací, či ve smyslu vědomého donucování, díky němuž může být velmi těžké tuto formu aplikace zamítnout. Je zde tedy třeba myslet na limity, které v tomto kontextu nese často používané slovní spojení „vlastní volba“. Autonomie jednotlivce a pocit vlastní sebehodnoty je zde často vázán právě na identifikaci s okolím a omezených možnostech dohlédnout následky z dlouhodobé perspektivy. Hranice, kterou nese stigma a nebezpečnost injekčního užívání, je posunuta, a tento posun je ovlivněn jinými osobami, ale i transformací vlastního vnímání sebe sama, jakožto aktivního participanta daného okruhu osob, ve kterém se injekční užívání odehrává (Guise et al., 2017; Rhodes et al., 2011). Porozumění zkušenostem s iniciací injekčního užívání a jejímu sociálnímu kontextu je proto základním předpokladem pro tvorbu účinných preventivních intervencí tranzice na tento typ konzumace drog.

Sociální učení

Sociální učení je pojem velmi široký, v jednotlivých teoriích a kontextech lišící se svými východisky, uplatňovaný v mnoha oblastech napříč vývojovou i sociální psychologií, a tedy i zde, na poli problematiky injekčního užívání. Podstatnou personou teorie sociálního učení je kanadský psycholog Albert Bandura. Ten vzhledem k výše zmíněnému rozptylu pojmu „sociální učení“, ale i vzhledem ke svým vlastním objevům, které během své kariéry učinil, v celém procesu sociálního učení upozornil i na motivační a seberegulační prvky, rovněž jako na vliv osobnostních (biologických) predispozic, chování i okolností (prostředí), které do základního vnímání schopnosti učení přímo nezapadají, čímž vytvořil koncept komplexnější, který je v jeho pozdějším díle označuje „sociálně kognitivní teorií“ (Janoušek, 1992; Lewis, 2010; Nakonečný, 1999). Sociální učení lze tedy chápat jako všudypřítomný společenský fenomén, který je ale kvalitativně v konečném důsledku u jednotlivých osob a v různých velmi individuální. Pro účely této práce je v souvislosti s tématem iniciace injekčního důležité zaměřit se především na teorii sociálního učení, tedy učení nápodobou či imitací, známo též

³ Z anglického „influence“ = ovlivnit, ovlivňovat

jako učení observační, které patřilo v Bandurově díle mezi nejvíce zdůrazňované procesy (Janoušek, 1992; Nakonečný, 1999).

Teorie učení nápodobou je založena na imitování vzorců chování jedinců, na které je zaměřena „imitátorova“ pozornost. Pozorovanými jedinci mohou být autority, rodiče či vrstevníci, a v posledních letech zde nelze opomenout také vliv masmédií. Bandura prokázal a popsal učení nápodobou mimo jiné pomocí slavného experimentu s panákem Bobo, ve kterém bylo sledováno chování dětí. Části dětských participantů byl puštěn film, kde dospělá osoba necitlivě až agresivně manipulovala s panákem Bobo. Na konci filmu byl dospělý model za své chování vůči panákovi buď pochválen nebo pokárán. Následně se sledovalo, jak a jestli vůbec si s identickým panákem budou hrát samy děti, když budou mít tu možnost. Experiment prokázal, že děti, které byly ve skupině, kde byl filmový model za své chování pochválen, se ke hře odvažovaly v hojnějším počtu a také napodobovaly agresivní chování dospělého, což mimo jiné poukazuje i důležitou roli motivace. Ač byl tento experiment zaměřen na dětskou populaci, učení, a tedy i sociální učení, je procesem celoživotním a stejně jako je možné osvojit si schopnosti protektivní, lze se tímto způsobem učit i chování rizikového (Bandura, 1977; Helus, 2018; Janoušek, 1992; Nakonečný, 1999).

Imitační teorie závislosti, jak ji ve své publikaci „Modely závislosti“ uvádí Robert West (2016, str. 37), „spočívá v napodobování vzorců chování a přejímání myšlenek a identit, nebo takovým imitováním a asimilováním minimálně začíná.“ A jak vychází již z názvu monografie, West se zde zabývá především vznikem samotného syndromu závislosti, přičemž uvádí argumenty, které tuto teorii potvrzují (například vliv médií na konzumaci tabáku a alkoholu), aniž by tvrdil, že imitační teorie stojí na počátku závislostního chování o samotě – závislost má multifaktoriální etiologii a lze ji diagnostikovat i u jedinců, kteří nebyli vystaveni expozici vzorů svými vrstevníky, rodiči či zmíněnými médii.

Příkladem výše zmíněného mohou být výstupy studie Griffithse a kolektivu (1994), která se zaměřovala pouze na osoby užívající heroin a tranzici mezi dvěma nejčastějšími formami jeho aplikace (inhalace z alobalu a injekční cesta). Respondenti, kteří v současnosti užívali heroin neinjekční cestou, méně často znali osoby, které by drogu užívali injekčně, než samotní injekční uživatelé. Tato data se dají interpretovat různými způsoby. Jedním z nich může být, kromě sekundárního utváření homogenní skupiny uživatelů, i vliv vzájemného ovlivňování ke změně administrace drogy. Osoby, které v této studii upřednostňovaly neinjekční aplikaci, byly v porovnání s injekčními uživateli častěji v sociálním kontaktu i s lidmi, kteří drogy neužívají vůbec.

Melissa A. Lewis (2010) ve své publikaci o sociálním vlivu na užívání alkoholu u mladých dospělých zase popisuje i pozitivní aspekt sociálního učení nápodobou, kdy jedinci, kteří byli přítomni tomu, jak jejich vrstevník odmítl alkoholový nápoj, získali přenesenou zkušeností schopnost v budoucnu také alkohol odmítnout. Na podobném principu jsou založeny i techniky prevence relapsu.

Vše výše zmíněné je jakousi esencí intervence Break the Cycle, o které bude více hovořeno v dalších kapitolách. Zjednodušením by bylo tvrdit, že jestliže bude jedinec, který doposud neužíval návykové látky injekčně, pozorovat jiného jedince, jak nitrožilně aplikuje, a bude vnímat pozitivní účinky tohoto jednání, je zde pravděpodobnost, že v budoucnu také iniciuje injekční užívání. Jak je ale z výše zmíněné teorie známo, proces učení nápodobou je kromě samotné imitace závislý i na dalších faktorech, jako je motivace, prostředí, okolnosti a osobnostní charakteristiky jedince, které konečnou pravděpodobnost, že se imitátor dle naučeného bude i chovat, ovlivňují.

Z toho tedy vyplývá, že existuje učení observací, tedy nápodobou, které je kromě samotné observace ovlivněno i dalšími faktory. Především motivace a observace jsou dva hlavní aspekty, které

mohou samotné osoby užívající injekčně drogy, ovlivnit. Posilováním motivace k nápodobě chování, se podobně jako v Bandurově experimentu s panenkou Bobo, zvyšuje pravděpodobnost, že jedinec bude chování imitovat. Jestliže tedy osoby užívající drogy injekčně před vrstevníky užívajícími drogy jiným způsobem hovoří o benefitech, které injekční aplikace nese, tuto motivaci posilují. Důležité je zde zmínit, že procesy často probíhají nevědomě. A to jak proces sociálního ovlivňování, tak učení. A právě zvědomení této problematiky může být klíčem, který může cyklus vzájemného učení ovlivnit.

V stručném závěru je nedílnou součástí teorie sociálního učení nejen pro oblast iniciace injekčního užívání myšlenka, že se lidé mohou naučit určitému chování tím, že vidí dané chování provádět jiné, či je slyší o tom mluvit. Rozhodnutí dané osoby toto chování přijmout za své pak záleží na tom, zdali si daná osoba myslí, že je schopna toto chování napodobit a také, zda li v jejích očích jeho výhody převažují nad riziky (Hunt et al., 2009). Motivace je zde dále odvíjena také od anticipace výsledku, kterým může být odměna, ale i trest. Na ty lze vztáhnout nejen vnější faktory, očekávané od společnosti, ale i hybatele vnitřní, vztahující se k sebehodnocení. „Často zde pak může vystupovat konflikt mezi tímto sebehodnocením a vnějšími důsledky: např. když jedinec s ohledem na vnější důsledky pomáhá něčemu, co považuje za špatné“ (Nakonečný, 1999, str. 59). Vnitřní kontroly či autoregulaci pak lze dosáhnout vnitřním zpevňováním, které je možné nazvat svědomím. „Sebezpevňováním“ lze dosáhnout internalizace hodnot tím se „prosadit proti vnějším vlivům a může setrvávat i při minimální podpoře okolí“ (Nakonečný, 1999, str. 58-59). Pochopení předchozích odstavců je úvodem do metod prevence iniciace injekčního užívání, a to především s ohledem na její sociální a socializační charakter.

Skupinová dynamika a hierarchie

Vzájemná injekční aplikace je v komunitě LDI běžným fenoménem, ať se již jedná o aplikaci iniciační či nikoliv. Je známo, že většině osob, které užívají drogy injekčně, k první injekční aplikaci dopomohla jiná osoba, a to ať už tím, že jim pomáhala, či jim první injekční dávku přímo poskytla (Bluthenthal et al., 2015, 2020; Crofts et al., 1996; Hunt et al., 1999 b; Werb et al., 2016). Bluthenthal a kolektiv (2015) zkoumali na základě teorie sociálního učení faktory, které jsou asociovány s žádostí o iniciační injekční dávku. LDI, kteří injekčně aplikovali či injekční aplikaci popisovali (či obě chování kombinovali) před osobami, které injekčně neaplikují, byli výrazně častěji žádáni o to, aby LDNI poskytli pomoc při jejich první injekční dávce. Autoři tímto podporují dříve publikovaná data interpretující injekční chování jako jev „přenositelný“ a identifikují tak oblasti, na které je potřeba cílit preventivní intervence.

Mnoho osob užívajících drogy injekčně jsou si ale sami vědomi závažnosti rozhodnutí k iniciaci a reportují snahu o odmítnutí vlastní role v iniciaci jiných osob. Z mnoha studií vyplývá, že asistence u iniciační aplikace je pro LDI za hranou etických norem. I přes je však tato konvence nakonec často překročena (Hunt et al., 1999a, 2009; Guise et al., 2017, Mittal et al., 2019).

Mezi důvody, proč se nakonec na iniciaci jiné osoby podílet, patří například rozhodnutí, že je lepší nováčkovi s aplikací pomoci, než aby si ublížil či aplikoval nesprávně, ale rozhodujícím faktorem může být také například využití příležitosti k vlastnímu obohacení, tedy nějaké jiné odměně či výměně, například za drogy, peníze, jídlo či ubytování. Jako velmi významné se také jeví, že část osob k iniciaci jiné osoby přistoupí na základě toho, že je přemlouván. K přemlouvání leckdy dochází opakovaně a tomuto tlaku nakonec daná osoba, i přes původní nesouhlas, podlehně. Jedním z faktorů může být také zájem o prokázání vlastních dovedností v umu injekčně aplikovat (Hunt et al., 1999a, 2009; Guise et al.,

2017; Mittal et al., 2019; Simpson et al., 2020). Posilování schopnosti jedince v dané situaci pevně reagovat je tedy jednou z významných cest prevence.

Schopnost sobě nebo jiným aplikovat drogu injekčně může mít vliv na hierarchii dané osoby v komunitě osob beroucích drogy. Na jedné straně může být dovednost drogu injekčně aplikovat jinému považována za odbornou znalost, která postavení v komunitě povyšuje - pokud se zamyslíme nad vlivem, který taková dovednost ve skupině lidí užívajících drogy injekčně má z hlediska konstituování sebeucty a společenského postavení, pak může být předmět stříkačky chápán nejen jako kus technologie nebo vybavení, ale také jako předmět, jehož používání "vyžaduje určitou úroveň odborných znalostí" (Vitellone, 2003). Tento v drogové komunitě velmi častý jev, kdy si LDI drogy aplikují vzájemně, je v literatuře někdy označován přímo jako „doctoring“⁴ (Pijl et al., 2021; Vitellone, 2015).

Na druhou stranu se i mezi lidmi užívajícími drogy objevuje intrakomunitní stigmatizace injekčních uživatelů, a to především od osob, které injekčně drogu neužívají. Dostupná data poukazují na fakt, že i LDI dříve, než sami injekční aplikaci vyzkoušeli, považovali tuto formu aplikace za způsob používaný především v nižších sociálních vrstvách a sami vůči němu cítili opovržení a považovali ho za nebezpečné a hloupé, případně měli z jehel strach, či k nim cítili dokonce averzi. V hierarchii vrstevníků se lidé, kteří drogu užívali například inhalací, vnímali postavení výše než uživatelé injekční. I přes to pak, nejčastěji pod vlivem vrstevníku (přátel a partnerů), pak k rizikovější formě přestoupili. Paradoxně ale, jak již bylo řečeno, mezi lidmi, kteří již aktivně injekčně aplikují, společenské postavení v hierarchii komunity naopak může schopnost injekčně aplikovat zvyšovat, stejně jako může zvyšovat i pocit vlastní sebehodnoty – osoba, která je v tomto ohledu soběstačná, není závislá na jiných, kteří jí látku aplikují, či která je dokonce schopna látku injekčně podat jiným, touto dovedností své postavení před sebou samým, ale i v kontextu dané sociální skupiny, povyšuje (Harocopos et al., 2008; Guise et al., 2017; McBride et al., 2001). Toto postavení zároveň může posílit zájem se od těchto osob učit.

Dá se tedy říci, že proces iniciace injekčního užívání je i přes neoddiskutovatelnou individuální rovinu související se rozvíjející se závislostí jistě také procesem socializačním a tranzice k injekčnímu užívání je v narativu samotných LDI popisována mimo jiné jakožto transgrese či transformace sociální. Tento potenciál změny společenské role je vnímán často ještě před tím, než k iniciaci dojde (Vitellone, 2015).

Genderové aspekty⁵

V kontextu injekčního užívání je téma genderu spojeno s nemnoha, však někdy až navzájem si odporujícími, vědeckými výstupy. V „tradičním chápání“ genderových aspektů na poli injekčního užívání, jsou většinou jsou muži popisováni jako ti, kteří u sebe mají injekční náčiní, kteří mají dovednost aplikovat sobě či jiným a také často jako ti, kteří dopomohou k iniciaci u žen, ať už přímo, či tak, že je tomto způsobu administrace edukují. Injekční užívání je tedy obecně bráno jako aktivita, v níž muži dominují. Muži se více vystavují riziku, mají nižší povědomí o infekčních onemocněních ve skupině, ve které užívají a v případě sdílení injekčního náčiní jsou v potenciálně vyšším riziku nákazy. Injekčně užívají často právě v mužské skupině, častěji se předávají. Riskování je z pohledu obecného diskurzu maskulinity v pozici žádoucího chování. Ženy zase mají více často za sexuální partnery osoby, které také užívají injekčně a častěji s nimi užívají v těchto dyádách. Častěji sdílí injekční náčiní, a to

⁴ Uvedeno v anglickém originálu, do češtiny možno přeložit jako „doktorování“, v literatuře se jeho provozovatel také uvádí jako „hit doctor“.

⁵ V této kapitole se vzhledem k rozsahu práce a dostupným datům v oblasti genderu a injekčního užívání omezím pouze na dvě pohlaví, a to na muže a ženy.

právě především se svými partnery. U žen je i iniciace častěji spojena s partnerem, který zároveň poskytuje i potřebné náčiní, zatímco muži často iniciují za pomoci přátel či známých (Bryant & Treloar, 2007; Vitellone, 2003), nicméně romantický vztah s LDI je rizikovým faktorem pro obě pohlaví, a to i přes to, že pravděpodobnost, že bude vystavení se přítomnosti LDI předcházet vlastní iniciaci, je u žen vyšší (Boivin, Leclerc & Roy, 2010). Ženy mají méně častěji než muži finanční příjmy ze zaměstnání, přičemž častěji reportují, že jim drogy zajišťuje jejich partner. Častěji než muži jsou taky v souvislosti s injekční aplikací na svém protějšku závislé. Doba, po kterou užívaly drogy jinými způsoby, než přestoupily na injekční administraci je také kratší než u mužů. U těch osob, které si poprvé aplikovaly injekčně sami, bez pomoci jiné osoby, se obou pohlavím dostává stejného zastoupení (Bryant & Treloar, 2007).

Genderovou problematiku však nelze vnímat černobíle. V současném kontextu, kdy dochází k novému definování rolí žen (a následně i mužů), mohou otázky identity a rolí a společenská očekávání přikládat nejen injekčnímu užívání návykových látek nový význam (Boivin, Leclerc & Roy, 2010).

Studie z posledních let upozorňují v tomto kontextu na to, že role žen je například v souvislosti s iniciací jiných osob podhodnocována. Bryant a Treloar (2007) prezentují výsledek genderově zaměřené studie a přicházejí s tvrzením, že ženy, které iniciovaly ve skupině, častěji než muži vyhledávaly čistě ženské uskupení (častěji než muži vyhledávající čistě mužské). Ve studii z roku 2010 (Boivin, Leclerc & Roy) byly tyto výstupy také podpořeny. Ženy se tedy ve své genderové skupině také vzájemně iniciací provázejí. Bluthenthal a kolektiv (2015) ve své studii dokonce přicházejí se závěrem, že být ženou se dá považovat za faktor spojený s tím, že budou požádány o to, aby iniciovaly druhou osobu. Rozdílné zde ale mohou být například důvody, pro které k iniciaci druhé osoby přistoupí. Dle Simpsona a kolektivu (2020) ženy častěji než muži vykazují jako důvod, proč k tomuto přistoupili, že chtěli nováčkovi pomoci a předejít tak zranění, ačkoliv je tento faktor asociován s oběma pohlavími.

Důležité je zde tedy říci, že i přes velmi důležitý faktor sexuality a vztahu s partnerem, který iniciaci žen velmi často doprovází, nelze ženské chování interpretovat pouze v pasivní či přijímající poloze. Jak již bylo uvedeno, ženy iniciují i bez přítomnosti mužů, a také je právě aspekt sblížení či vztahovosti faktorem, který může hrát roli v jejich rozhodnutí injekční aplikaci vyzkoušet, bez nutnosti tlaku vyvíjeného opačným pohlavím či dokonce v opozici vůči němu (Bryant & Treloar, 2007), či mohou být ve vztahu i těmi, které k injekční aplikaci přivedou svého partnera (Boivin, Leclerc & Roy, 2010).

Jak již bylo dříve řečeno, podstatnou oblastí v kontextu genderu je jeho vnímání ve společnosti, kde je společenské stigma je směrem k ženám užívajícím drogy zesíleno. Především s ohledem na mateřství a zajišťování bezpečí jsou ženy užívající drogy injekčně odsuzovány nejen za samotné užívání drog, ale i za toto "selhání role". Mnohé výzkumy se soustředí na téma maskulinity a její internalizace či obnovení prostřednictvím užívání drog, často i v kontextu užívání injekčního. Zatímco tedy injekční užívání drog může pro muže představovat součást mužské identity, pro ženy může být zároveň praktikou, která je jejich ženské identity, jak ji chápe společnost, zbavuje. V kontextu subkultury LDI lze však ženské přebírání iniciativy na poli injekčního užívání chápat jako využití nových, liberálních představ o genderové rovnosti a (znovu)získání či upevnění této ženské identity (Bryant & Treloar, 2007).

I přes to, že je současná genderová problematika prozatím spíše jednou z méně probádaných oblastí, kde převládají spíše rozličné hypotézy, než li vědecká shoda, z hlediska prevence iniciace injekčního užívání je zřejmé, že by ženy neměly být vnímány jako méně relevantní skupina pro cílené

intervence. A to i přes to, že je do budoucna, s ohledem na zjištěné rozdíly i totožnosti, potřeba konkrétní postupy přizpůsobit.

Faktory a jevy asociované s tranzicí na injekční způsob užívání

Z dostupných zahraničních dat vyplývá, že první injekční užití drogy je většinou neplánované a dané osoby často nejsou vybaveny znalostmi o rizicích. To sebou mimo jiné nese rizika použití nesterilní jehly a stříkačky (Brener, Spooner & Treolar, 2010; Crofts et al., 1996). Z předchozí kapitoly je také zřejmé, že velmi často byla při iniciaci přítomna jiná osoba, který začátečníkovi drogu aplikovala. V následujících kapitolách se budu věnovat dalším důležitým procesům spojenými se zahájením injekčního užívání a faktorům, které tyto procesy ovlivňují, či se zde jinak vyskytují.

Strach a zvědavost

Téma strachu je v kontextu injekčního užívání často oslovováno. U osob, které zatím injekčně neužívají, se před tím, než sami injekční aplikaci vyzkoušeli, může vyskytovat dokonce odpor k jehlám, strach z nich, či odsuzování tohoto typu aplikace drogy. Někdy se iniciující osoby na samotnou aplikaci ani nedívali, ať už ze strachu či z pocitu odporu, ale i přes to chtěli tento způsob administrace vyzkoušet. Mezi respondenty studií zkoumajících injekční užívání se často narativizuje také stud, a to i po letech injekční kariéry (Guise et al, 2017; McBride et al., 2001). Subjektivně vnímání benefity tohoto chování, a především zvědavost směrem k neznámému prožitku, tedy často převyšují i aktuální osobní postoj respondentů. Ten se často již po první injekční aplikaci změní. McBride a kolektiv (2001) v tomto ohledu popisují tranzici z „needle fobie“ do „needle filie“. S fokusem na téma fixace na jehlu zde tvrdí, že to, co proměňuje užití injekční stříkačky v návyk, jsou podmiňující účinky samotné jehly. Kognitivní asociace zde motivují jednání. Injekční stříkačka působí jako "vizuální signál" pro očekávání potěšení a úlevy od bolesti. Jako významné jsou zde identifikovány také sekundární zisky či vnější motivace, které jsou součástí řetězového efektu. Tyto vnější motivace zahrnují ritualizaci, osvojení dovednosti injekční aplikace, změnu společenského statutu a přesunutí sexuálních tužeb, intimity a sexuální potěšení ze vztahů na jehlu (McBride et al., 2001; Vitellone, 2015).

Sociální transformace a jehla jako součást nové identity

Většina studií zabývajících se injekčním užíváním drog poukazuje na nebezpečnou praxi sdílení, která se týká individuálního chování a sociálních vztahů. Vitellone (2003) tvrdí, že takové chápání však přehlíží význam injekční stříkačky jakožto konstitutivního prvku sebe sama, sociality a moci. Objekt injekční stříkačky je dle této autorky klíčový pro pochopení nejen rizika, ale i utváření identity. Narušení psychologických, tělesných a sociálních hranic způsobené injekčním užitím a samotná symbolika jehly zde odděluje jedince od vnějšího světa. Reprezentace injekční stříkačky zde obvyklé sociální role a sociální identity zpochybňuje. Význam první injekční aplikace zde může fungovat jako „rituál separace“. Zahájení injekčního užívání, jakožto proces sociální transformace, je složen ze tří elementů. První z nich je v tomto kontextu první injekční aplikace, tedy výše popsany separační rituál. Dalším je tranzice, jejíž obsahem je poznávání nového jevu, zasvěcení, tedy proces, kdy se dovednosti a znalosti injekční aplikace prohlubují. Jako poslední je zde inkorporace, tedy osvojení si tohoto chování, přijmutí a začlenění celé toto individuální i sociální změny do vlastního života, spolu s budováním vlastního nového místa v něm (Fitzgerald et al., 1999). A injekční stříkačka v něm může být součástí této identity

či sociálního statutu (Harocopos et al., 2008; Guise et al., 2017; McBride et al., 2001). Přerušení injekčního užívání tak může zároveň jedince připravit o tuto jeho vybudovanou identitu. Jehla je symbolem tzv. „tvrdých drog“, či silné závislosti, přičemž první injekční aplikace může být vnímána jako jakýsi moment transformace jedince do kultury „fetáctví“⁶, se kterou se člověk identifikuje. Vpichy a stopy po nich jsou obvykle zakrývány, přičemž jejich vliv na vzhled člověka je považován za jedno ze znamení, které LDI identifikuje. Vlastní vnímání sebe sama s ohledem na sociální transformaci tedy souvisí i s vlastním vnímáním fyzického vzhledu, respektive s tím, jak je pomocí těchto vnějších ukazatelů na LDI nahlíženo společností. Zároveň i rozpory nesouvisející s fyzickým vzezřením, tedy vnitřní prožívání sociální transformace, je taktéž z části reakcí na předsudky či mínění společnosti směřem k injekčnímu užívání (Fitzgerald et al., 1999). Pocit odlišnosti, a zároveň vědomí, že jsou LDI společností negativně hodnoceny naznačují, že iniciace k injekčnímu chování zahrnuje internalizaci významu stříkačky jako něčeho deviantního, co však i přes to zároveň nese význam identifikačního či vztahového objektu (Vitellone, 2003). Jak je uvedeno v kapitole o genderu, injekční užívání může být také nástrojem genderové identifikace (Bryant & Treloar, 2007).

Uvědomění závislostního problému

Injekční užívání hraje také svou důležitou roli v uvědomění závislostního problému jednotlivcem. Z dat vyplývá že dokud k injekčnímu užití nepřistoupili, nebyli si často závažnosti svého závislostního problému vědomi. U LDI se rovněž vyskytuje vyšší vnímaná potřeba léčby závislosti na návykových látkách (Novak & Kral, 2011). Injekční užití se tedy jeví jako významná hranice, ať už ve smyslu subjektivním vnímání vlastního chování, tak z hlediska společenské akceptace. Zároveň sebou však následně injekční užívání nese další jevy, které mohou naopak podporovat motivaci u tohoto typu administrace zůstat – viz dále (Harocopos, 2008; NUAA, n.d.).

Intenzita účinku a nástupu drogy

Specifikum injekčního podání látky je rychlost nástupu jejího účinku a intenzita, pro kterou díky podání přímo do oběhu není potřeba velké množství drogy. Zvědavost vůči očekávaným účinkům dané drogy hraje významnou roli při rozhodování, zda injekční aplikaci vyzkoušet (Crofts et al., 1996). Významnou roli zde mimo jiné tedy také hraje ekonomická výhodnost injekčního podání drog, což souvisí s vyšší vstřebatelností látky, než u jiných typů administrace (Guise et al., 2017; McBride et al., 2001). Euforie nastupující ihned po podání látky, tzv. „nájezd“, je nejskloňovanějším benefitem intravenózní aplikace drog. Popisován je jako nával euforie, ale i tělesných stavů, jako je například brnění nebo pocity horka v různých částech těla. Často se setkáváme s tím, že první nájezd je popisován jako ten nejvýznamnější. Může to souviset se strachem, který první injekční aplikaci předcházela následnou úlevou, ale i se zcela novým tělesným i duševním zážitkem. Nicméně intenzivní působení drogy může být spojen také se ztrátou kontroly nad chováním či nad tělem, má potenciál vyvolat i úzkost, například obavy z úmrtí či z nezvládnutí tohoto stavu. U některých osob také nemusí intenzivní odměna ve formě nájezdu přijít vůbec. Ať už z důvodu vysoké nervozity, koktejlu drog či jiných důvodů, někteří LDI ho v kontextu své první injekce nepopisují. Nájezd tedy není jediným faktorem, pro který se osoba k tomuto typu podání látky vrací (Fitzgerald et al., 1999).

⁶ V anglickém originále uvedeno jako „junkie“.

Způsob, jakým je nájezd LDI narativizován však naznačuje, že právě intenzivní zkušenost s nájezdem zaujímá roli jednoho z význačných prvků separačního rituálu v obřadu iniciace, který transformaci sociální role označuje (Fitzgerald et al., 1999).

Ritualizace

Injekční aplikace, ale i příprava drogy, uskladňování parafernálií, denní doba aplikace, to vše jsou silně ritualizované záležitosti, jejichž konkrétní podoba se individuálně velmi liší. Chvilka s jehlou může být pro lepší představu do jisté míry přirovnávána ke kuřákově chvíli s cigaretou. Nejen samotný farmakologický účinek látky, ale právě i celý proces, který samotné aplikaci předchází (či ho následuje) je často vnímán jako velmi intimní a relaxační (až meditační) záležitost (McBride et al., 2001; Pates et al., 2001). Samozřejmě to neplatí ve všech případech, je zde třeba mít stále na mysli souběžný konflikt se zákonem a sociálně ekonomické faktory, které průběh každé jedné aplikace ovlivňují, nicméně kultura injekčního užívání je s ritualizací tohoto chování úzce spjata. Rituál jakožto součást každodenního života pak uspokojuje spirituální potřeby jedince, které získávají velmi významnou úlohu v jeho životě.

Sex a intimita

Iniciace injekčního užívání je mimo jiné také téma související se sexem, sexualitou a intimitou. Objekt jehly zde může nahrazovat subjekt vztahů (McBride et al., 2001; Vitellone, 2015). Zároveň však může být injekční užívání i součástí sexuálních rituálů v (partnerském) životě. U skupiny mužů majících sex s muži, tedy především v kontextu fenoménu známého jako „chemsex“, necelých 82 % z těch, kteří mají alespoň jednu zkušenost s injekčním užitím uvedlo, že k iniciační aplikaci došlo právě za účelem sexu. Toto první injekční užití mimo jiné ve většině případů doprovází sdílení injekčního náčiní což mimo jiné dělá tuto skupinu osob velmi významnou pro zacílení služeb harm reduction a vzhledem k tomu, že část uživatelů chemsexu se v běžném životě neomezuje pouze na homosexuální sexuální styk, v kontextu šíření infekčních onemocnění jsou zde ohroženou skupinou i ženy (Guerras et al., 2021; Scheibein et al., 2020). Fenomén injekčního užívání za účelem sexu se nazývá „slamming“. V případě slamsexu je injekční aplikace něčím, co potencuje samotný účel užití drogy. Droga podaná injekčně začne oběma osobám působit ve stejný čas, cítí se na stejné vlně, zažívají spolu něco velmi intenzivního a intimního, co je sblížuje. Požitek může být mnohem nižší, jestliže jedna z osob užije drogu jiným způsobem (Race et al., 2021).

Ačkoliv je pojem „slamsex“ v dostupných výzkumech spojován hlavně s muži majícími sex s muži, týká se i žen a to nejen těch, které mají sex se ženami. Ačkoliv některé výzkumy poukazují na vyšší prevalenci sexualizovaného injekčního užívání právě v gay komunitě (Heinsbroek et al., 2018), spojitost mezi injekčním užíváním a sexualitou je významná nezávisle na pohlaví či orientaci uživatelů. Již bylo řečeno, iniciace žen je v dostupných studiích velmi často asociována se sexuálním partnerem (Bryant & Treloar, 2007), ale sexualitu lze v injekčním užívání spatřovat i na hlubších úrovních. Freudovsky pojato se injekční jehla chápe jako falický symbol, propíchnutí kůže jakožto penetrace a nájezd jako orgasmus. K sexuálním tématům je injekční užívání často připodobňováno i samotnými LDI. Požitek ze sexu může být nahrazován požitkem z injekční aplikace, či může být pomocí něho zesilován. Vzájemné vpichování drogy mezi osobami, které si připadají vzájemně atraktivní, je často narativizováno jako sexuálně vzrušující zážitek. Injekční užívání však může být uspokojivé i ve smyslu autoerotiky (McBride et al.; Pates et al., 2001).

Vše výše zmíněné poukazuje na iniciaci injekčního užívání jako na multidimenzionální fenomén, který není nutně řízen pouze motivací jednotlivce, nýbrž kombinací a interakcí individuálních, enviromentálních, interpersonálních i komunitních sil a vlivů (Simpson et al., 2020).

Metody prevence iniciace injekčního užívání

I přes to, že samotnému injekčnímu užívání se věnuje poměrně velký počet studií, v oblasti prevence tranzice k němu, či obecně oblasti iniciace injekčního užívání, je těchto studií méně. Intervence v kontextu prevence injekčního užívání by měly, spíše než zaměřením na jednotlivce a minimalizaci rizik a změnu chování v jednotlivých mikrosystémech, odpovídat především na sociálně strukturovaný vliv na iniciaci k injekční aplikaci, a to především zkoumáním tohoto sociálního kontextu v celém celku. Vyplývá to mimo jiné i z minulých zkušeností, které ukazují, že působení na jednotlivce, ale naopak ani například právní restrikce, zásadní vliv na snížení injekčního užívání drog v populaci nemají (Guise et al., 2017; Werb et al., 2013, 2016).

Preventivní intervence související s tranzicí k injekčnímu užívání jsou dvojího typu. První se zaměřují na prevenci iniciace injekčního užívání, druhé na přechod z injekční aplikace na méně nebezpečné způsoby administrace drog. Zvrácení již probíhajícího injekčního užívání se jeví jako komplikovanější, než prevence iniciace, a specifické intervence jsou také méně časté, respektive popisované (Griffiths et al., 1994; NUAA, n.d.). Tato „reverzní tranzice“⁷ je v ČR typická například pro osoby v opiátové substituční terapii, kde je mimo jiné účelem právě přechod na méně rizikovou formu užívání návykových látek, ale setkáváme se s ní například i u osob, které ke změně administrace přivedly zdravotní komplikace (například poškozený cévní systém), a to jak natrvalo, či z důvodu udržení možnosti nadále drogu užívat („tzv. prázdniny pro žíly“), či jiné důvody, například snaha o zlepšení celkového stavu, či změna administrace drogy v rámci recidivy pro podstoupené léčbě závislosti, která mohla postoj osoby k droze změnit (Griffiths et al., 1994; Hunt et al., 1999a). Není výjimkou také různé typy aplikace kombinovat, například v kontextu situace (v zaměstnání nelze aplikovat injekčně, tak se využijí například kapsle pro podání per os), či dle typu drogy (primární drogu lze užívat injekčně a k tomu kouřit marihuanu či užívat taneční drogy per os/ sniffingem). Na druhou stranu, mnoho látek, které jsou primárně určeny k jinému způsobu aplikace, se dají upravit do podoby, která injekčně aplikovat lze (například odpařování metadonu aj.).

V kontextu práce se však zaměřím především na oblast prevence iniciace injekčního užívání. Werb a kolektiv (2013) publikovali metaanalýzu, respektive přehled evaluovaných intervencí mířených na tento rizikového chování. Celkově se ve zdrojích můžeme setkat se 4 typy tohoto typu prevence, kterými jsou 1) sociální marketing, 2) léčba závislosti, 3) represivní intervence založené na prosazování práva či odstrašování a 4) „peer-based“ intervence, tedy intervence modifikující chování vzájemným působením přímo v komunitě. Efektivita intervencí využívajících zastrašování či uplatňující represivní strategie nebyla prokázána. Hrozba vězení či jiného trestu či uvěznění nemělo efekt na chování osob užívajících drogy ve smyslu snížení rizikového chování, v některých případech dokonce fungovala přímo opačně, tedy například následným zvýšením incidence HIV (Friedman et al., 2011). Vliv nedostupnosti preferované drogy na snížení injekčního užívání rovněž nebylo prokázáno, respektive i přes evidované snížení uživatelů dané látky, v tomto případě heroinu, se současně vyskytl i vzrůst počtu osob injekčně aplikujících metamfetamin, tudíž dopad nabídky drog na způsob administrace nebylo možné prokázat (Day et al., 2006). Intervence využívající sociální marketing k prevenci injekčního užívání měla podobu rozvěšených plakátů cílených na mladé lidi po městě. Každý plakát nesl zprávu o konkrétním riziku, které plyne z tohoto typu aplikace. Po dvou a půl měsících byly uskutečněny rozhovory s cílovou skupinou tážající se na preventivní potenciál kampaně a její dopad na jednotlivé respondenty. Respondenti ji ve velké míře hodnotili jako efektivní (Roy et al., 2007). Kvantitativní data,

⁷ Překlad autorky z anglického pojmu „reverse transition“ (definice dle Strang et al. 1992)

kteřá by případný dopad vyčíslila, však ve studii uvedena nejsou. Nutné je zde také zmínit, že ne každá společnost je otevřena veřejným kampaním, které by mohly působit kontroverzně. S kampaněmi využívajícími sociální marketing se častěji můžeme setkat jakožto s jednou ze součástí komplexnějších intervencí. V Austrálii, konkrétně v Kirketon Road Centre, byl například natočen krátký film ilustrující některé sociální procesy a dilemata, která mohou vzniknout okolo iniciace injekčního užívání návykových látek, přičemž video je zde považováno za užitečný nástroj přenosu informací i mezi méně gramotnými lidmi. Jiným příkladem může být například kampaň z Uzbekistánu a Kyrgyzstánu. Vzhledem k méně rozvinuté síti harm reduction služeb ve srovnání s některými státy Evropy zde je výchozí situace rozdílná, intervenci Break the Cycle, založenou na vrstevnickém působení (více v další kapitole), tak doplnili o rozšíření na prevenci předávkování a televizní kampaň cílenou především na mladistvé. Sociální marketing v podobě televizní reklamy zde cílil na apel k přemýšlení o důsledcích nitrožilní aplikace (Hunt et al., 2009).

Werb et al. (2013) jako nejvíce efektivní popsali zbylé dvě kategorie. Dostupnost léčby závislosti se ukázala jako vlivný faktor v prevenci iniciace či alespoň jejího oddálení. Stručně řečeno, jestliže člověk projde systémem léčebné péče dříve, nežli začne aplikovat injekčně, sníží se pravděpodobnost, že během případné recidivy k injekční aplikaci přistoupí. Nástup do abstinencně orientované léčby však nelze považovat za intervenci ve smyslu specifického nástroje, který by mohl být adiktologickými službami distribuován. Trochu jiné místo zde pak má nabídka substituční terapie, která si již snížení injekčního užívání za cíl klade. Distribuce informací a poradenských služeb včetně distribuce specificky cílených intervencí na prevenci injekčního užívání také přímo spadá do gesce harm reduction programů. Ty do systému terapeutického v ČR bezpochyby patří. Na rozdíl od tzv. aplikačních místností, které se v ČR nevyskytují. V kontextu iniciace injekčního užívání by však právě aplikační místnosti mohly sehrát velmi podstatnou preventivní roli. Komunita LDI je velmi specifickým místem, kde dochází k vzájemnému učení k injekční aplikaci všemi v dřívějších kapitolách zmíněnými způsoby, ale také k vzájemnému sdílení potenciálně infekčního materiálu a dalším rizikovým jevům, které by specializovaná místa, kde by bylo možné drogu bezpečně a v soukromí aplikovat, mohla redukovat. Apel na jejich zřizování a výčet jejich výhod a možných využití je součástí velké části výzkumů zabývajících se injekčním užíváním drog z posledních let (např. Bluthenthal et al., 2015; Mittal et al., 2019; Simpson et al., 2020, Pijl et al., 2021).

Poslední zmíněná kategorie intervencí, založená na vzájemném ovlivňování v samotné komunitě osob užívajících drogy (“peer-based intervention”), se tedy vzhledem ke všemu výše zmíněnému jeví pro Českou republiku jako nejvíce relevantní (přičemž jejich kombinace s některými dalšími z výše zmíněných přístupů, například s dostupnou substituční léčbou a aplikačními místnostmi by její efektivitu mohla jen zvýšit). Někteří autoři studií cílených právě tímto směrem dokonce upozorňují, že úspěchu bez alespoň částečného použití tohoto typu intervencí dosáhnout nelze (Brener, Spooner & Treloar, 2010). V současné době probíhá největší internacionální studie PRIMER, zabývající se fenoménem iniciace injekčního užívání s ohledem na konkrétně zacílené vhodné intervence (více Werb et al., 2016); jednou z těchto intervencí je právě Break the Cycle.

Intervence Break the Cycle (BTC)

Díky poznatkům z problematiky injekčního užívání a sociálního učení, které jasné hovoří o vlivu již injekčně užívajících osob na iniciaci užívání osob jiných, vznikla intervence BTC jako nástroj, který měl již injekčně užívající osoby edukovat a tím proměnit či redukovat jejich potenciálně aktivní roli v iniciaci jiných osob. Pracuje s tím východiskem, že injekční užívání se rozšiřuje v řetězci, cyklu. Méně

zkušené osoby se aplikovat učí od více zkušených, které to v minulosti naučil zase někdo jiný. Intervence „Break the Cycle“ v přímém překladu znamená „Přerušit cyklus“, myšleno tedy ve smyslu přerušení řetězového charakteru zasvěcování osob do injekční aplikace.⁸ V celé této kapitole budu vycházet především z druhé edice oficiální příručky publikované pod Exchange Supplies⁹ a iniciativou „Make Harm Reduction Work“ (Hunt et al., 2009), jejíž český pracovní překlad zpracoval a následně mi poskytl Mgr. David Pešek, vedoucí Kontaktního centra SANANIM.

Základní informace

Jak již bylo stručně řečeno, BTC vychází z dat zmíněných v předchozích kapitolách, tedy z dat poukazujících na to, že současní LDI hrají významnou roli při rozhodování druhých, zda začnou s injekční aplikací. Vědecké výstupy dokazují, že většina LDI nepodporují to, aby jiní, zatím neinjekční uživatelé drog, s tímto typem administrace začali. Zároveň si však velmi často nejsou vědomi toho, že mohou neúmyslně své okolí ovlivňovat. Hlavním záměrem intervence BTC je zvýšit povědomí o těchto procesech, a tím snížit počet lidí, kteří s injekční aplikací začnou. Vzhledem k složitosti procesu i celé problematiky je zřejmé, že cíl ve smyslu úplné eliminace injekčních eliminací by byl naivní, na druhou stranu je však z hlediska harm reduction smysluplné se pokusit předejít alespoň části z nich, či případně další část alespoň oddálit.

Prostředkem k naplnění tohoto záměru jsou jednotlivé změny v chování a kompetencích LDI, jako jsou: 1) snížení počtu injekčních aplikací před osobami, které injekčně neužívají; 2) snížení výskytu diskuzí o výhodách (a nevýhodách) injekční aplikace drog, a to především před osobami, které jsou v této souvislosti v riziku; 3) zvýšení odolnosti a kompetence LDI stran odmítání poskytnout osobám, které injekčně neužívají, iniciační dávku či informace o tom, jak první injekční aplikace dosáhnout.

Tyto pak vedou k 5 hlavním cílům: 1) učinit téma iniciace vědomějším a tím LDI umožnit, aby se iniciace ostatních lépe zvažovala a předvíдалa; 2) zvýšit povědomí účastníků o rizicích pro iniciátora i iniciovaného; 3) snížit výskyt aktivit, které mohou zvýšit iniciaci dalších osob do injekčního užívání; 4) zvýšit kompetence při zvládání žádosti o iniciaci; 5) podpořit schopnost nesouhlasit se zasvěčováním druhých a neochotu k tomuto jednání.

Intervence je založená na technikách sociálně kognitivní teorie a motivačních rozhovorů. Řadí se mezi intervence krátké – lze ji provést za méně než hodinu. Cílovou skupinou nejsou pouze osoby, které v současné době aplikují injekčně, ale i osoby, které jsou v riziku se k injekční aplikaci vrátit, to znamená osoby, které jsou například v poradenském kontaktu ohledně prevence relapsu, v programu substituční léčby apod. V původní standardizované verzi je popsána jako sezení mezi jedním pracovníkem a jedním klientem. Nicméně je to intervence flexibilní, a lze ji upravit do podoby, která se přizpůsobí konkrétním potřebám dané služby či klienta. Tím se rozšiřuje její působení nejen na oblast specializovaných služeb, ale i pro používání „peer-to-peer“, tedy na zaškolení samotných LDI a předávání informací přímo uvnitř komunity; či na intervenci s možností využití v práci se skupinou.

Rozhovor je veden standardně dle osnovy, která se skládá z pěti hlavních částí, které se zabývají: 1) vlastní iniciací účastníka; 2) jeho rolí v iniciaci druhých, 3) riziky plynoucími z iniciace pro něj samotného a pro „nováčka“, 4) identifikací aspektů vlastního chování, které mohou neúmyslně podporovat injekční užívání, a 5) vytvořením a nácvikem reakcí na sérii vinět popisujících běžné scénáře iniciace.

⁸ V jiných kontextech se se stejným či podobným názvem intervencí můžeme setkat také (například v oblasti prevence domácího násilí, aj.).

⁹ Více na www.exchangesupplies.org

Stěžejním nástrojem intervence BTC je tedy především rozhovor a modelování, přičemž linka intervence se drží v okolí stěžejních témat, která mají s iniciací injekčního užívání relevanci, a jak již bylo zmíněno - rozhovor je založen na principech motivačních rozhovorů. To samo o sobě vypovídá, v jakém duchu by se měl rozhovor nést, a tedy – neměl by být konfrontační či hodnotící, ale naopak podpůrný, citlivý a taktní. Cílem je totiž umožnit intervenované osobě mluvit o obavách a prožívání, které má s tématem spojené, naučit se zohledňovat tyto pocity a přemýšlet o svém chování v okolí osob, které injekčně neužívají. Dále se edukovat o principu sociálního učení a vlastní roli v něm, dozvědět se o problémech, které mohou iniciaci doprovázet a naučit se zvládat situace, které jsou v tomto typické. Intervenční rozhovor je také příležitostí, kde vypracovat, či nacvičit a naučit se způsoby komunikace a cesty, jakým lze iniciaci jiných osob předejít, tedy jakým lze jiné osoby v této souvislosti odmítat. Kromě těchto, řekněme individuálních cílů, zde důležitou roli sehrává také význam pro veřejné zdraví jako celek, tedy záměr snížit negativní důsledky plynoucí z užívání drog injekčně, jako je přenos infekčních onemocnění, úmrtí způsobená předávkováním či závažných (i méně závažných) zdravotních komplikací způsobených injekční aplikací.

Zároveň je důležité dbát na kontext provádění intervence. Vzhledem ke kontroverznímu charakteru problematiky je zde důležité, aby byla intervence prováděna ve službách harm reduction, jejichž pracovníci jsou s tématem injekční aplikace seznámeni a intervenci tak mohou provádět v kontextu širší dobré praxe harm reduction, a mohou případně k injekční aplikaci nabízet alternativy. V této souvislosti také autoři upozorňují na důležitost poskytovat případné informační materiály pouze v komunitě zainteresovaných osob. Letáčky či kartičky s krátkými sděleními týkajícími se základních aspektů intervence, které kampaň podporující využití BTC intervence doprovází, mají velmi specificky mířený obsah právě na osoby, které drogy užívají injekčně a v případě jejich distribuce do široké veřejnosti by se jistě mohly setkat s nepochopením (vše Hunt et al., 2009).

Konkrétní postup intervence v původním standardizovaném nastavení

V této kapitole také vycházím z druhé edice oficiální příručky publikované pod Exchange Supplies a iniciativou „Make Harm Reduction Work“ (Hunt et al., 2009).

Důležitou součástí intervence je její představení, které by mělo celé sezení zahajovat. Toto zahájení seznamuje intervenovanou osobu s cílem sezení i intervence jako celku. Klade se zde nárok na pracovníka, který musí být schopen vysvětlit a uvěřitelně předat, že záměrem sezení v žádném případě není danou osobu hodnotit či moralizovat. Zároveň je třeba uznat náročnost celé problematiky a legitimizovat tak i sdílení těch zážitků, kdy bylo například pro danou osobu obtížné odmítnout iniciaci osoby jiné. Užitečné se jeví jasně formulovat cíl intervence – tedy snížení počtu osob, které začnou s injekční aplikací, zvědomení aspektu sociálního učení a proměnu přemýšlení nad touto problematikou, nikoliv posuzování, zda daná osoba někoho v iniciaci provázet má či nikoliv.

Intervenci je také důležité individualizovat. Ne každého klienta či pacienta je nutné seznámit se všemi jejími částmi, respektive ne vždy musí mít sezení stejný průběh a obsah. Pracovník by měl být schopen posoudit, jakým oblastem se na základě průvodního rozhovoru bude či nebude věnovat. Podstatné je zde hned ze začátku zjistit, jaké jsou současné postoje dané osoby k iniciaci druhých a jaké jsou její zkušenosti s injekční aplikací před druhými. Dle toho lze také dále vybírat možné oblasti, ve kterých je intervence (například v podobě modelování odmítnutí někomu s iniciační aplikací pomoci) žádoucí, a kde je naopak spíše na místě pouze posílit postoj současný a podpořit jej. V případě, že daná osoba o tématu naopak nikdy nepřemýšlela je zde zase na místě se více zaměřit na vysvětlování důsledků opřených o teorii sociálního učení.

Pro zvnitřnění cílů intervence je v prvních částech sezení žádoucí věnovat se tématu první injekční aplikace, jak ji prožil intervenovaný klient či pacient. Důležité je zde doptávat se na procesy, které jemu samotnému dopomohly se rozhodnout, tedy na procesy sociálního učení. Zde jsou na místě otázky na to, jak jejich první injekční aplikace vypadala, zdali ji byly přítomné jiné osoby, které k iniciaci pomohly, jak vnímají, že je lidé v okolí mohli ovlivnit, jak celý proces rozhodování vypadal, jak nad svým rozhodnutím přemýšlí dnes, či zda li se po tranzici na jehlu stalo něco, co jim nebylo řečeno, nebo co zkrátka nečekali apod. Jde zde o analýzu jejich vlastní zkušenosti, ze které mohou vyvstat sociální i psychologické jevy, které se uplatňují i u ostatních osob, se kterými jsou současní LDI v kontaktu.

V další části je rozhovor zaměřen na téma iniciace druhých osob, u které byly intervenované osoby přítomny, či byly nějakou součástí dané situace. Zde tedy klienta či pacienta pracovník vyzve, aby si vzpomněl na skutečné či potenciální situace, kdy byl či mohl být vyzván k tomu, aby někomu pomohl s jeho první injekční aplikací. V případě, že daná osoba nikdy podobnou situaci nezažila, je dobré se o této situaci bavit alespoň hypoteticky. Jestliže se situace někdy v životě stala, doptáváme se na okolnosti, průběh a pocity klienta.

V další části se rozhovor zaměřuje na rizika, která z injekčního užívání drog plynou. S těmito riziky jsou často LDI seznámeni, pomocí rozhovoru tedy zjišťujeme, která z nich jsou pro ně stěžejní. Ty, které nezmíní, pracovník osloví sám. Rizika jsou zde vnímána s ohledem na možné zdravotní důsledky včetně krví přenosných chorob a předávkování, v souvislosti s rozvojem závislosti, ale i v kontextu právních důsledků, jestliže se jedná o aplikaci jiné osobě. V těchto případech je také dobré oslovit nepředvídatelnost s ohledem na neznámý zdravotní stav iniciující osoby, její drogovou anamnézu a dalších souvisejících informací, jejichž neznalost může vést k závažným problémům. Podstatnými jsou zde i důsledky v podobě pocitů viny a nepříjemné konfrontace s okolím, které může iniciaci druhých osob odsuzovat.

Ve čtvrté části se rozhovor soustředí na téma sociálního učení. Je zde osloveno, jak se mohou lidé vzájemně ovlivňovat, aniž by to činili záměrně, přičemž vysvětlení tohoto principu řadíme mezi velmi důležité součásti celého sezení, které by nemělo být opomenuto. Vlastní příběh intervenovaného klienta či pacienta se dá často použít jako ukázková zkušenost toho, jak sociální učení funguje. Společné povídání by se mělo zaměřovat na to, jaký vliv může mít, jestliže před LDNI daná osoba injekčně aplikuje či mluví o výhodách tohoto způsobu administrace, stále s odkazem na vlastní zkušenost intervenované osoby. Cílem je zvědomení teorie sociálního učení a zvýšení vnitřních rozporů, respektive pocitů, které vznikají z rozdílu mezi tím, co lidé říkají a co dělají – přirozeně se totiž budeme setkávat spíše s tím, že dané osoby nebudou považovat iniciaci druhých za něco pozitivního.

Poslední část je možné využít pro modelování případných situací, kdy bude daná osoba požádána o pomoc v iniciaci někoho jiného. Žadané osoby se mohou setkat s vydíráním, nátlakem či pocity zodpovědnosti, mohou být žádáni velmi blízkou osobou, mladými i staršími lidmi s rozdílnou délkou drogové kariéry, může jim být nabízena finanční či materiální odměna, mohou být přemlouváni i přes opakované odmítání. Základní scénáře, které může daná osoba již ze svého života znát, ale i ty, se kterými se nesešla, je dobré modelovat včetně nácviku případných strategií, jak odmítnout či ze situace odejít, jestliže to bude potřeba. Cílem je pomoci získat větší sebevědomí a kontrolu nad případným rozhodnutím danou osobu odmítnout či celkově nad danou situací, případně upevnit vlastní postoje intervenovaného jedince.

V průběhu intervence sumarizujeme vše řečené, především pak mezi jednotlivými tematickými panely, které se však mohou v průběhu rozhovoru i různě překrývat (vše Hunt et al., 2009).

Dostupné příklady implementace a jejich evaluace

Autoři BTC publikovali první evaluaci již v roce 1998. Po třech měsících od provedení intervence zkoumali pomocí rozhovorů její dopad. Zapojeno bylo 73 osob. 71 % participantů po této době subjektivně vnímalo intervenci jako užitečnou, a to především ve smyslu, že o tématu začali více přemýšlet, přemýšleli nad změnou vlastního chování ku iniciaci jiných osob, nad tím, jak se chovat před LDNI i nad riziky, které případná iniciace jiné osoby u obou zainteresovaných osob vede (právní důsledky, zdravotní důsledky, pocit viny apod.). I kvantitativně reportovali nižší počet osob, před kterými injektovali. Snížení počtu osob, které LDI o pomoc k iniciaci žádalo, také kleslo. Hunt et al. (1998) zde upozorňují na podobné procentuální snížení u posledních dvou bodů, v obou případech o cca o 60 %. To by mohlo poukazovat na to, že právě pozorování jiného u injekční aplikace může být okamžitým akcelerátorem případné žádosti o pomoc k iniciaci. Více než 50 % participantů také reportovalo vyšší schopnost případné žadatele o iniciaci odmítnat. Zřejmá byla také změna ve smyslu uvědomění, že pozorování injekční aplikace může LDNI ovlivnit. Zaznamenán byl ale vyšší výskyt pozitivních odpovědí na dotaz, zdali se LDI s LDNI o injekční aplikaci baví. Ač nebyl statisticky významný (asi 5 %), i tak se jedná o výstup, který je vlastně v opozici se záměrem intervence. Nicméně ve stejné kategorii se oproti tomu naopak zvýšil počet osob, které reportovali změnu postoje k rozhovoru o injekční aplikaci s LDNI ve smyslu, že vnímali negativně předávání informací o benefitech injekční aplikace. Hunt s kolektivem zároveň upozorňují na to, že pokud mezi respondenty již k rozhovoru o negativech injekční aplikace s LDNI došlo, bylo složité se diskuzi o benefitech vyhnout. V tomto tedy efekt intervence prokázaný nebyl a k porozumění by bylo potřeba provést další studie. Jako slepou skvrnu intervence také autoři zmiňují situace, kdy je LDNI už k tomu, že chce injekční administraci vyzkoušet, rozhodnut. Respondenti pak referovali pocity zodpovědnosti ve smyslu, že jestliže je daná osoba k iniciaci již rozhodnuta a zároveň ji neumí provést, nemohou LDI již zvrátit její rozhodnutí a zároveň nevnímají jako správné danou osobu injekční aplikaci nechat zkoušet bez potřebných zkušeností, protože by si mohla ublížit. Samostatnou kapitolu zde pak tvoří páry, kde může iniciace charakter nástroje pro upevnění vztahu. Vzorek studie již zahrnoval osoby, které byly seznámeny s hlavními principy intervence, tedy osoby, které již před vstupem do výzkumu považovaly iniciaci jiné osoby za něco negativního. Vzhledem k mnoha proměnným je zde tedy před uplatněním této intervence užitečné zjišťovat, jaký postoj daná osoba k iniciaci jiné osoby má a také, jak je schopna a ochotna ho prezentovat a nakládat s ním. Tedy zda li je schopna případného zájemce o iniciaci odmítnout. Dle toho by se nadále dala používat modifikovaná verze metody, která by lépe cílila na případné individuální a již existující postoje klienta (Hunt et al., 1998).

V roce 2010 proběhl program BTC pod vedením Neila Hunta v Albánii. Zapojení jedinci poskytli základní data, kde uváděli vlastní zkušenost s iniciací i zkušenost s tím, zdali mluvili či aplikovali před LDNI, či je provázeli v jejich iniciaci a současně s tím prošli intervenčním sezením. To probíhalo ve standardizované podobě „jeden na jednoho“. Po 3 měsících byli pozváni na navazující sezení, kde byly dotazovány změny v jejich chování. Z původně 111 zapojených LDI se post-intervenčně k dotazování na efektivitu intervence dostavilo 82 z nich. Výsledky projektu vykazují, že u zapojených LDI došlo ke snížení počtu injekčních aplikací před LDNI o necelé dvě třetiny, a téměř o polovinu u počtu rozhovorů o injekční aplikaci s LDNI a v počtu provedených iniciačních dávek jiné osobě (Hunt et al., 2010).

V rámci projektu Drug demand reduction program došlo k implementaci na území Uzbekistánu, Kyrgyzstánu a Tádžikistánu, kde byly v rámci přípravné fáze využity ohniskové skupiny, kterými

monitorovali současní postoje LDI a jejich motivaci k zapojení se do projektu. Vycházeli především z teze, že by intervenci měli provádět pro komunitu důvěryhodné osoby, tedy sami LDI, vyškolení peer pracovníci a terénní pracovníci (Zheluk & Burrows, 2007).

Poměrně velkou studii o implementaci modifikované verze BTC v prostředí Estonska a New Yorku uvedli autoři Des Jarlais a kolektiv v roce 2019. Pro své účely, které mimo jiné navazovaly na urgentní potřebu intervencí souvisejících s rostoucí opiátovou krizí, modifikovali BTC do podoby Break the Cycle for Avant Garde (BtCag) a rozšířily intervenční rozhovor z 5 na 7 hlavních částí. Těmi jsou: 1) diskuse o vlastním prvním injekčním užívání drog; 2) diskuse o chování, které "podporuje" a "pomáhá" šíření injekčního užívání a o zkušenostech s tímto chováním a postoji k němu; 3) diskuse o zdravotních, právních, sociálních a emocionálních rizicích injekčního užívání (včetně modulu o bezpečných injekčních praktikách); 4) hraní rolí, které se týkají chování a scénářů o vyhýbání se žádostem o pomoc při první injekční aplikaci a jeho odmítání; 5) hraní rolí při rozhovorech s ostatními LDI o tom, jak nepodporovat injekční aplikaci; 6) diskuse o tom, jak instruovat LDNI o injekční aplikaci v případě, že mají pocit, že tato pomoc je nejlepší možnou volbou; a 7) diskuse o tom, jak funguje naloxon a jak jej používat v případě předávkování. Z 402 osob se na post intervenční sezení po 6 měsících dostavilo 296. Procentuální pokles asistencí k iniciaci jiným osobám byl od 60 % (New York) do 73 % (Tallinn). Autoři v závěru studie shrnují pozorované podpůrné faktory, které k efektivitě intervence vedly. Patří mezi ně empatický a neodsuzující přístup zaškolených pracovníků, který si respondenti chválili, s ohledem na příležitost otevřeně mluvit o tématech, o kterých běžně nemluví; silné emoční reakce, které rozhovor vzbudil; a využití prostoru k sebereflexi, vzhledem k propojení jejich vlastních zkušeností z minulosti a jejich současného možného působení na LDNI.

V České republice došlo k jednorázové kampani zaměřené na zásady intervence Break the Cycle v roce 2016. Kampaň měla především podobu distribuce speciálního čísla časopisu Dekontaminace, který je určen pracovníkům a klientům nízkoprahových harm reduction služeb. Spolu s časopisem byly distribuovány i letáky s krátkým sdělením ohledně základních doporučení. Efektivita této kampaně nebyla měřena.

Role nízkoprahových harm reduction služeb

V českém kontextu k těmto službám řadíme především kontaktní centra, terénní programy a harm reduction služby v prostředí noční zábavy. Role těchto programů pro osoby užívající drogy je spojována především s ochranou veřejného zdraví i jednotlivce, a to především ve spojitosti s poskytováním servisu výměny injekčního materiálu a dalších zdravotnických, sociálních a poradenských služeb. Mnohem méně se však mluví o jejich roli v prevenci samotné iniciace injekčního užívání návykových látek, a to i přes to, že tento typ investice je od služeb harm reduction očekáván (Hunt et al., 1998, 2009).

Dle posledních dostupných dat v ČR tvoří lidé užívající drogy injekčně přibližně 84 % všech klientů nízkoprahových harm reduction programů a průměrný věk těchto osob je 33,4 let (Mravčík et al., 2020). Z toho lze soudit, že dosah cílených intervencí je tedy omezen především na skupinu již injekčně užívajících osob a že skupina mladých, začínajících osob užívajících drogy, není v také míře na začátku své drogové kariéry s těmito službami v kontaktu. Považujeme ji tedy za skupinu skrytou a těžce dosažitelnou. Částečně se jí daří oslovit pomocí preventivních programů ve školách, konkrétně indikovanými programy specifické drogové prevence, nízkoprahových službách pro mládež, méně pak tedy přímo pomocí kontaktních center či terénních programů. V čem může být ale role těchto služeb důležitá, je nepřímé působení na tuto rizikovou skupinu, a to pomocí intervencí, které budou používány ve spolupráci s jejími stávajícími klienty. Hovoříme tedy o peer-to-peer intervencích, jako je BTC.

Podstatné je uvědomit si určitý rozpor, který sebou intervence zaměřené na prevenci iniciace injekčního užívání v prostředí nízkoprahových harm reduction služeb nesou. Jak již bylo zmíněno, tyto typy služeb se z drtivé většiny soustředí na práci s lidmi, kteří již injekčně užívají. V kontextu celého zdravotního i sociálního systému jsou jedinými místy, kam mohou osoby užívající drogy injekčně přijít a očekávat empatický a neodsuzující přístup a intervence mířené na minimalizaci rizik, které z injekčního užívání plynou. Brener, Spooner & Treloar (2010) zde tedy upozorňují na jakousi křehkost celé problematiky, respektive na nutnost opatrnosti v oslovování klientů nízkoprahových služeb v kontextu prevence injekčního užívání jako takového, které by potenciálně mohlo u současných klientů vést k rozvoji studu či pocitu nepřijetí či nepochopení jejich životního stylu, což by bylo v přímém rozporu s hlavní náplní těchto služeb, jejichž posláním je empatii klientům naopak vyjadřovat, navazovat s nimi vztah a poskytovat jim informace i prostředky k ochraně vlastního i veřejného zdraví bez nátlaku na změnu (IHRA, 2010).

Mimo to má i navštěvování těchto center osobami, které injekčně neužívají, také dvě strany. Na jednu z nich je kontakt s harm reduction službou výhodný – je to příležitost na klienta edukativně a motivačně působit a navázat s ním vztah, který je často esencí změny. Na druhou stranu může být prostředí typické vysokou frekvencí osob dlouhodobě užívajících drogy pro zatím nezkušené osoby rizikové, a může tak částečně působit také jako katalyzátor vlastní identifikace s životním stylem souvisejícím s drogami. Statut klienta takové služby s sebou potenciálně také nese stigma, ačkoliv se mu různými mechanismy pracovníci těchto služeb snaží zabránit (Brener, Spooner & Treloar, 2010). Role těchto služeb je zde tedy stěžejní, ale poměrně složitá.

Existují intervence, které jsou součástí běžné nabídky služeb harm reduction programů. Mezi ně řadíme například distribuci pomůcek k alternativní aplikaci drog, jako jsou například kapsle, alobal či pomůcky k intranazální aplikaci. Jejich dostupnost a rozmanitost je jednou z cest, která se v kontextu prevence injekčního užívání považuje za efektivní, respektive je to intervence, jejímž cílem je injekční užívání zvrátit či oddálit, případně alespoň u injekčně užívajících osob snížit jeho frekvenci (Brener,

Spooner & Treloar, 2010). V této chvíli je velmi důležité neopomenout, že velmi rizikovou skupinou pro tranzici na injekční užívání, jsou právě lidé toho času užívající drogy jinými způsoby. Na první pohled možná banální poznámka, nicméně například současné uživatele heroinu, které drogu inhalují, můžeme identifikovat z pohledu rizika tranzice na injekční užívání jako velmi významnou, přičemž podobné riziko lze samozřejmě identifikovat taktéž u ostatních skupin osob užívajících metamfetamin či opiáty jinými než injekčními způsoby (např. Hunt et al., 1999a, 2009).

Toto si dovoluji zdůraznit i přes to, že to vyplývá ze samotné podstaty celé problematiky, a to především v souvislosti s potřebnou citlivostí a uvědoměním ze strany pracovníků adiktologických služeb. Nabídku pomůcek k aplikaci drog, které injekční užívání alternují, je v případě vůle a zájmu o komplexnější obsáhnutí problematiky možné kombinovat s dalšími přístupy. Jednou z cest je pomocí specifických intervencí, jako je například BTC téma iniciace přímo oslovovat a působit tak spíše na motivaci a proměnu ve vnímání této problematiky jako celku, tedy na nástroje nemateriálního charakteru, které je možné si zvnitřnit a osvojit. Právě nízkoprahové adiktologické služby jsou tedy v ČR místem, které tyto intervence mohou distribuovat a pomocí jich skupinu LDNI nepřímě oslovit.

Výzkumný problém a cíle výzkumu

Česká republika patří mezi země, kde mezi osobami užívajícími drogy rizikově převládá injekční způsob užívání drog, přičemž prevalence injekčního užívání drog má spíše vzestupnou tendenci (Mravčík et al., 2020). Zároveň právě injekční užívání nese pro rizika i jednotlivce oproti jiným způsobům podání nejvíce rizik. Výzkumy soustředící se na iniciaci injekčního užívání se shodují v tom, že se jedná o jev, který je založen primárně na sociálním učení, a pomocí pochopení tohoto sociálního a socializačního kontextu, ale i dalších jevů, které zahájení injekčního užívání provázejí, je možné na cílovou skupinu preventivně působit a redukovat incidenci injekčního užívání. Jednou z těchto intervencí je metoda Break the Cycle.

Výzkumy v této oblasti jsou v posledních letech časté zejména v zahraničí, ale českém prostředí tomuto tématu prozatím nebyla věnována výraznější pozornost. Tato diplomová práce si tak dává za cíl zmapovat zkušenosti osob užívajících drogy injekčně s iniciační injekční aplikací a okolnostmi, které iniciaci a případně tranzici na tento způsob užívání návykových látek provázely. Dále také prozkoumat zkušenosti respondentů a jejich prožívání směrem k iniciaci jiných osob, případně oslovit téma sociálního učení a dalších jevů, které s iniciací injekčního užívání souvisejí. A pomocí tohoto zkušenosti respondentů s ohledem na fenomén injekčního užívání více porozumět.

Osnova rozhovoru tématicky zaměřeného na zkušenosti klientů souvisejících s podobou a okolnostmi iniciace injekčního užívání je vedena dle metodiky “Break the Cycle” (BTC). Účelem výzkumu je tedy kromě získání dat i využití prostoru během rozhovoru s respondenty k provedení samotné intervence a následné diskuzi nad jejím možným využitím jakožto harm reduction intervence poskytované nízkoprahovými službami. Získaná data pak mohou sloužit k cílenějším intervencím, konkrétně k uzpůsobení BTC specifikám českého prostředí.

Výzkumné otázky

1. Jak respondenti prožívali vlastní iniciaci injekčního užívání?

První výzkumná otázka cílí na zkušenost úplně první injekční aplikací, kterou respondenti ve svém životě prožili. Zkoumáno je zde, jak daná situace vypadala, kdo u ní byl, jaký význam pro ně nese. Jaké faktory pro ně hráli roli v rozhodování a jak proces rozhodování vypadal. Dále také, co vnímají jako stěžejní pro jejich rozhodnutí u injekční aplikace zůstat a jak vypadal proces tranzice, respektive, jaký význam pro ně osvojení schopnosti si injekčně aplikovat nese.

2. Jaké zkušenosti mají respondenti s iniciací druhých osob?

Druhá výzkumná otázka se zaměřuje na tu zkušenost, kterou respondenti mají s iniciací jiné osoby, či s jinou podobou jejího doprovázení v první injekční aplikaci. V této části výzkumu budou seskupeny odpovědi týkající se nejen jejich prožitých zkušeností, ale i jejich postojů vůči tomuto tématu.

3. Jak je respondenty vnímána intervence Break the Cycle?

Tato výzkumná otázka je zaměřena na implementaci intervence Break the Cycle. V této třetí části se tedy věnuje tomu, jak respondenti dodržují přidružené zásady, které intervence doporučuje, tedy, jak jsou zvyklí se chovat před lidmi, kteří injekčně neužívají, zda li před nimi injekčně aplikují, či

o injekční aplikaci mluví. Dále jsem se respondentů ptala na to, jak celé intervenci rozumějí, jestli ji vnímají jako přínosnou.

Popis výzkumného souboru a sběru dat

Základním výzkumným souborem jsou klienti pražské nízkoprahové služby – Kontaktního centra SANANIM. Vzhledem k povaze intervence se bude jednat o soubor osob, které aktuálně injekčně užívají návykové látky, a kteří vyjádří zájem se zúčastnit intervence a výzkumu. Kontaktní centrum SANANIM poskytlo dle Výroční zprávy 2019 svou péči 4 308 klientům, z nichž přibližně 95% svou primární drogu užívá injekčně. Službu využívá přibližně 75% mužů a 25% žen, jejich průměrný věk činí 36,3 let. Stejně jako počet klientů, tak i jejich věk a počet vyměněných injekčních setů každoročně stoupá (SANANIM, 2020).

Výzkumný vzorek činí 12 osob (10 mužů a 2 ženy). Vzorek byl vybrán na základě dobrovolného zájmu respondentů o účast ve výzkumu, oslovení k účasti byli během čerpání služeb v nízkoprahovém programu, tedy metodou záměrného prostého výběru, dle předem stanovených kritérií. Tato technika se řadí k základním technikám výběru používaných v kvalitativním výzkumu, přičemž je technika výběru vhodná i vzhledem ke zvolenému přístupu analýzy dat (Čermák & Kostínková, 2013; Miovský, 2006). Tito respondenti byli dopředu informováni o problematice, které se výzkum týká, o způsobu sběru dat (tedy především o tom, že rozhovor bude nahráván) a o přibližné časové dotaci případného rozhovoru. Během tohoto nominačního rozhovoru bylo zároveň předzkoumáváno, zda li jsou respondenti vhodnými kandidáty vzhledem ke stanoveným kritériím.

Ačkoliv se v podobných zahraničních studiích kritéria výběru omezovala například pouze na osoby, které v současnosti aktivně užívají drogy právě injekčně, ve vzorku tohoto výzkumu bylo uplatněno pouze jedno kritérium výběru respondentů a tím je opakovaná zkušenost s injekční aplikací.

V počátcích výzkumu bylo zvažováno, že by k rozhovoru byli osloveni pouze lidé, kteří užívají aktivně právě injekčně a u nichž od prvního injekčního užití neuběhlo více než deset let. Kritéria byla pozměněna, protože z přípravných a předvýzkumných rozhovorů s potenciálními respondenty zmíněných výše vyplynulo, že první injekční aplikace je natolik zásadní téma, že si ho daná osoba jasně pamatuje i přes to, že od té doby uplynulo již více než deset let. Vzhledem k tomu, že rozhovory byly sbírány v prostředí kontaktního centra bylo také opuštěno od výše zmíněného kritéria, že respondenti musí injekčně užívat i v současnosti, a to z toho důvodu, že tyto respondenti mají zkušenost s iniciací injekčního užívání, která je pro výzkum relevantní. Jak již bylo popsáno v teoretické části, dle metodiky intervence BTC (Hunt et al., 2009) jsou vhodnými kandidáty pro intervenci i lidé, kteří jsou ohroženi relapsem. Všichni respondenti se také nadále pohybují v prostředí, kde se s LDI pravidelně setkávají, což činí provedení intervence i v této skupině též relevantní.

Metody sběru dat

Data byla sbírána pomocí polostrukturovaného interview, které umožňuje obsáhnout předpřipravené okruhy a zároveň je flexibilní v přizpůsobování toku rozhovoru každému jednomu respondentovi a jeho odpovědím (Miovský, 2006). Jádrem rozhovoru bylo inspirováno základními tématickými okruhy standardizované verze BTC intervence (dle Hunt, et al., 2009).

K sběru dat byl dále použit záznamový arch, kde byly zaznamenávány základní demografické údaje respondentů a také mé poznámky k důležitým událostem rozhovoru a postřehům. Úvodní část rozhovoru byla věnována seznámení respondenta s problematikou, cílem výzkumu a průběhem

rozhovoru. Tato úvodní část slouží i k zabezpečení pohodlnějšího prostředí pro respondenta. Vzhledem k tématu práce byla data sbírána v kontaktním centru, do kterého respondenti pravidelně docházejí. Prostředí jim proto bylo známé. Informovaný souhlas byl získáván vzhledem k anonymitě respondentů ústně a byl fixován, stejně jako celý rozhovor, na diktafon. Nahrané výpovědi byly po dokončení rozhovoru doslovně přepsány do písemné podoby v počítačovém softwaru a anonymně pojmenovány číselnými názvy v pořadí tak, jak rozhovory probíhaly. Následná kontrola textu byla provedena dle dostupných metodik: po transkripci byl text podroben tzv. redukci prvního řádu, bude tedy „očištěn“ od částí, které postrádají identifikovatelnou informaci či výpovědní hodnotu, tzv. slovní vaty, případně duplicit. Kontrola správnosti transkripce byla provedena opakovaným poslechem. Nahrávky rozhovorů byly následně smazány a po dokončení analýzy byly skartovány i veškeré písemné záznamy z rozhovorů (Miovský, 2006). Rozhovory byly sbírány v období mezi lednem a zářím 2021. Průměrná doba rozhovoru činila 37 minut.

Podoba modifikovaného intervenčního rozhovoru

Rozhovor byl veden dle tematických okruhů intervence Break the Cycle, jež jsem upravila konkrétně pro účely této práce do stručnější podoby, která mi umožnila se více zaměřit na zkoumaná témata relevantní s výzkumnými otázkami. Konkrétně byly použity především dva první okruhy z původní intervence popsané v teoretické části (Hunt et al., 2009) – respondenti tedy byli doptáváni na to, jak konkrétně vypadala jejich první injekční aplikace, kdo u ní byl, kdo jim pomohl, jak vypadal proces rozhodování, zda li již předtím znali osoby, které by injekčně užívaly apod. V druhém okruhu byli respondenti zase doptáváni na to, jakou mají zkušenost s aplikací jiným osobám. Tematický okruh týkající se harm reduction ve smyslu používání doporučených parafernálií byl součástí otázek v prvních dvou okruzích, nevěnovala jsem se mu samostatně, v tomto směru neměl rozhovor přímo edukativní rozměr, spíše na téma bezpečného užívání pouze upozorňoval. Nácvik technik a modelování situací bylo používáno jen v případech, kde se to zdálo relevantní vzhledem k postojům a zkušenostem, které respondenti sdíleli během druhého okruhu otázek. Spíše byli doptáváni na vlastní zkušenosti s tím, jak se jim daří či nedaří v situacích, kde jsou žádáni o pomoc k iniciaci druhé osoby, reagovat, a co sami vnímají jako efektivní. Poslední, třetí tematický okruh, byl zaměřen na vysvětlení intervence a diskuzi ohledně její možné implementace v očích respondentů.

Metody zpracování a analýzy dat

Zpracování dat a jejich analýza byly provedeny dle interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Ta poskytuje prostor pro podrobnou explorační individuální zkušenosti respondenta a zároveň dává prostor výzkumníkovi data citlivě interpretovat, a tak významově řadit. Je to metoda, kterou je vhodné využívat v případě neobvyklé skupiny výzkumu, kterou dlouhodobí injekční uživatelé jistě jsou. Zkušenost s první aplikací může být velmi intimní či spirituální situací, která si zaslouží idiografický přístup a prostor pro kreativitu, například pro metaforické přirovnání či jiné způsoby popisu podoby a důležitosti první injekční aplikace pro konkrétního jedince, se „*zaujetím pro to, jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situaci a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu*“ (Čermák & Kostínková, 2013, str. 9).

Cílem IPA je formulovat témata, která jsou esencí zkušeností respondentů, a tedy i zkoumané problematiky (Čermák & Kostínková, 2013). To v tomto konkrétním výzkumu znamená formulování důvodů a okolností, ať už sociálních, individuálních, spirituálních, které měly vliv na první injekční užití

drogy respondenta a zároveň i fenomenologický popis toho, jak každý respondent vnímá nejen své první injekční užití, ale i iniciaci dalších uživatelů drog v jeho okolí, které byl přítomen. Samotná analýza pak vyžaduje aktivní přístup výzkumníka ke sbíraným datům. Čermák a Kostínková (2013) popisují IPA jako poměrně volnou metodu, která výzkumníkovi poskytuje prostor pro použití více metod zpracování textu. Jako užitečné zmiňují tvorbu poznámek přímo do textu. To dopomůže téma iniciace injekčního užívání vidět nejen v praktickém úhlu pohledu, ale pomůže definovat i ty části rozhovoru, které není možné zachytit pouze výběrem slov, přičemž ale narativa zde zůstává stěžejní. Užitečné mohou být také fenomény v oblasti vyjadřování určitých jevů respondentem, tedy užívání slangu či jiných ustálených slovních spojení v kontextu injekční aplikace. Vytváření poznámek bylo tedy kombinováno s technikou barvení textu, která dopomůže k přehlednosti (Miovský, 2006).

Na základě vytvořených poznámek a komentářů byla formulována tzv. rodící se témata, která mají zachytit esenci respondentových odpovědí do stručnějších, a přesto výstižných kategorií. Oproti běžné obsahové analýze zde jde jako téma považovat například i přímou citaci respondenta či metaforu, není třeba zatím vytvářet definitivní kategorie, což je vzhledem ke specifčnosti zkoumaného problému výhodou. V této části je třeba neopomíjet vztah tématu k celku a naopak, aby interpretace stále odpovídala výpovědi respondenta a minimalizovalo se tak riziko přílišného zásahu subjektivního vnímání výzkumníka. Následná rodící se témata byla dále podrobena vzájemnému propojování a vytváření skutečných kategorií, která odpovídají zadání výzkumných otázek a zároveň mají společné charakteristiky. V každém rozhovoru tak vzniklo několik kategorií, která jsou nadřazená užším tématům. Tento způsob zpracování textu byl proveden s každým rozhovorem zvlášť (Čermák & Kostínková, 2013).

Poslední část analýzy se věnovala hledání vzorců mezi jednotlivými zanalyzovanými texty. Byla hledána souvislost mezi jednotlivými zkušenostmi respondentů a také to, jak jednotlivé výpovědi mohou osvětlit výpovědi druhé. To vše s fokusem na nalezení těch témat, která se jeví jako nejsilnější. Interpretace se zde řídila stejnými hermeneutickými pravidly jako v případě analýzy jednotlivých textů (Čermák & Kostínková, 2013).

Etický aspekt, etická úskalí

Na tomto místě je nutné zmínit, že jsem výzkum prováděla v prostřední kontaktního centra, kde zároveň pracuji. S některými z respondentů jsem tedy již měla vytvořený pracovní či terapeutický vztah. Respondenti tedy byli nominováni i na základě tohoto vztahu, přičemž jsem využila svého odborného odhadu k vhodnosti daného kandidáta směrem k jeho současné situaci a našemu vzájemnému vztahu. Dbala o dodržení všech etických zásad, abych minimalizovala riziko střetu zájmů a jakéhokoliv poškození klienta. Respondenti byli v nominačním předvýzkumném rozhovoru dopředu informováni o cílech výzkumu, jeho tématu, přibližném okruhu otázek, o průběhu sběru dat, i o tom, jak budou data použita. Bylo jim důrazně sděleno, že výzkum je zcela dobrovolný a nebyly za něj poskytovány žádná materiální ani jiná incentiva. Až s jejich svolením a souhlasem byl nadále volen termín setkání výzkumného interview, na kterém bylo vše toto znovu zopakováno. Místo konání rozhovoru bylo přímo v kontaktním centru, tedy na půdě, kterou respondenti znají. Před rozhovorem byli dále respondenti informováni o tom, že mohou od své účasti kdykoliv odstoupit, případně že mohou odmítnout odpovídat na otázky, o kterých by mluvit nechtěli. Respondenti dopředu souhlasili s nahráváním na diktafon, bylo jim sděleno, jak bude s nahrávkou nakládáno, že bude vymazána ihned po transkripci a označena pouze jejich pořadovým číslem, nikoliv jménem. Byli informováni také o tom, že i přepsaný text bude následně

smazán. Informovaný souhlas s účastí výzkumu udělili z důvodu anonymity slovní, ale byl nahrán na diktafon. Respondentům bylo sděleno, že diplomová práce zveřejněna a v případě jejich zájmu je možné si ji přečíst. Vše bylo provedeno v souladu s etickými pravidly dle Miovského (2006).

Výsledky

Výzkumný vzorek činí 12 osob (10 mužů a 2 ženy). Jejich průměrný věk přibližně odpovídá základnímu souboru, činí 36,9 let. Tabulka níže zobrazuje primární drogu v kontrastu s látkou, která byla poprvé aplikována injekčně. Jako iniciační látka je zde popsána první nelegální droga či ilegálně získaná látka, kterou respondent pravidelně, respektive problémově užíval, kromě konopných drog a psychedelik. Na alkohol, cigarety a konopné drogy tedy respondenti nebyli dotazováni, a to především s ohledem na vysokou prevalenci užívání těchto drog v české společnosti, která ale není pro výzkum relevantní, jelikož se obvykle neužívá injekčně. Experimenty s tanečními drogami a psychedeliky tabulka také nepředkládá, ačkoliv u dvou respondentů se téma pravidelného užívání extáze před tím, než vyzkoušeli pervitin, objevilo. Průměrný věk první injekční aplikace u respondentů činí 19 let (13-30). Dobu kratší než 1 rok reportovali 4 respondenti (R6, R8, R9), u kterých přechod ze sniffu na injekční formu trval 1 den (R9), 1 měsíc (R6) a 6 měsíců (R8). Jedna respondentka užila iniciační drogu poprvé rovnou injekčně (R4). Kromě jednoho případu byl injekční iniciační látkou vždy metamfetamin. Průměrná doba, kterou respondenti aktivně injekčně užívali či užívají, činí necelých 16 let (4-26). Zpravidla během života vyzkoušeli různé typy aplikace drog, ale intranazální způsob podání je zcela zřejmě nejčastější způsob aplikace předcházející aplikaci injekční. Většina participantů v současné době užívá pravidelně injekčně, kromě dvou respondentů, kteří již injekčně neužívají vůbec (R4, R9) a dvou respondentů, kteří preferují jiný způsob, ale injekčně stále občas užijí (R5, R8).

Osoba	Pohlaví	Věk	Typ iniciační látky/dřívější způsob užívání	Věk zahájení užívání iniciační drogy	Věk první i.v. aplikace	Látka při prvním i.v. užití	Současné užívaná látka/způsob užívání	Délka užívání i.v. v letech
R1	M	34	Pervitin/sniff	28	30	Pervitin	Pervitin/ i.v.	4
R2	M	35	Pervitin/sniff	12	14	Pervitin	Heroin, pervitin/ i.v.	21
R3	M	35	Pervitin/sniff	18	24	Pervitin	Pervitin/ i.v.	8
R4	Ž	35	Pervitin/i.v.	16	16	Pervitin	Pervitin/ inhalace	14
R5	M	39	Pervitin/sniff	20	23	Pervitin	Pervitin/ i.v., sniff	15
R6	M	28	Pervitin/sniff	13	13	Pervitin	Pervitin/ i.v.	15
R7	M	45	Pervitin/sniff	16	19	Pervitin	Pervitin/ i.v.	26
R8	M	35	Pervitin/sniff, inhalace	15	16	Pervitin	Pervitin/ i.v., inhalace	6
R9	M	43	Pervitin/sniff	19	19	Pervitin	Pervitin/ inhalace	20
R10	M	42	Pervitin/sniff	15	18	Heroin	Suboxone, pervitin/ i.v.	24
R11	Ž	38	Pervitin/sniff	17	20	Pervitin	Suboxone, pervitin/ i.v.	18
R12	M	34	Pervitin/sniff	15	16	Pervitin	Pervitin, Suboxone, BZD/ i.v.	18

Jak respondenti prožívali vlastní iniciaci injekčního užívání?

První výzkumná otázka cílí na zkušenost úplně první injekční aplikace, kterou respondenti ve svém životě prožili. Zkoumáno je zde, jak daná situace vypadala, kdo u ní byl, jaký význam pro ně nese. Jaké faktory pro ně hrály roli v rozhodování, a jak proces rozhodování vypadal. Dále také, co vnímají jako stěžejní pro jejich rozhodnutí u injekční aplikace zůstat a jak vypadal proces tranzice, respektive, jaký význam pro ně osvojení schopnosti si injekčně aplikovat nese.

V první části rozhovoru byla stěžejním tématem vlastní zkušenost respondentů s jejich iniciační aplikací. Kromě jednoho respondenta (R11) byla událost první injekce momentem, který si pamatují velmi dobře a ve většině případů detailně, a to nehledě na to, jak dlouhá doba od té doby uplynula. Jako plánovanou událost ji uvedla polovina respondentů. Tito respondenti oproti druhé polovině častěji zmiňovali dodržování zásad harm reduction sami od sebe, 4 z nich si dokonce byli zajistit vlastní čisté stříkačky dopředu v lékárně či kontaktním centru, 2 z nich tento materiál získali od přátel. U této skupiny byl velmi často přímo narativizován strach z infekčních onemocnění, jakožto jeden z důvodů, proč vnímají injekční užívání jako rizikové.

Z druhé poloviny byli 3 respondenti rozhodnutí, že jednoho dne chtějí injekční aplikaci vyzkoušet a čekali na příležitost, jejíž průběh by se však v konečném důsledku dal označit jako neplánovaný (R1, R6, R8). Dva z těchto tří respondentů iniciovali za pomoci dobré přítelkyně či partnerky, která nejdříve zasvěcení respondentů odmítala a po určité době se nechala přemluvit (R1, R8), třetí respondent inicioval v partě přátel. U poslední čtvrtiny respondentů se jednalo o zcela spontánní a neplánovanou akci. Do této skupiny patřily obě ženy iniciující s partnerem (R4, R11). Třetím respondentem (R9) byl muž, který se pro injekční administraci rozhodl ihned po první zkušenosti s drogou vůbec.

„Bylo to čistě moje rozhodnutí. To nemůžu nikdy na nikoho svalit“ (R9)

Proces rozhodování většina respondentů (n=9) vnímá jako proces vědomý, injekční aplikace byla něčím, nad čím dopředu přemýšleli. Toto bylo umocněno subjektivním vnímáním výhod, které injekční aplikace nese. Tyto výhody respondenti často navníмали právě ze svého okolí. Výsledky výzkumu ukazují, že iniciaci injekčního užívání bez výjimky předchází kontakt s lidmi, kteří již injekčně užívají. Ať se již jedná o osoby blízké, se kterými respondenti intenzivně tráví čas, či jen o pozorování tohoto chování u jiných, zkušenějších členů v partě či u známých. Někteří respondenti (n=2) uvedli, že na jejich prvotní zájem o objekt injekční stříkačky měla vliv také média a popkulturní zdroje, tedy filmy s drogovou tematikou, či knihy a časopisy, přičemž jeden z respondentů tento vliv vnímá pro iniciaci jako zcela zásadní (R2). Nicméně i tito respondenti se ve své sociální bublině s jinými LDI setkávali. Ti je také v mnoha případech informovali o výhodách a nevýhodách injekční aplikace. To, že ve svém okolí měli někoho, kdo injekčně užíval, zmínila během vyprávění vlastní zkušenosti většina respondentů (n=9). Zároveň však možný vliv skupiny či vrstevníka na iniciaci vlastní iniciaci v mnoha případech respondenti (n=4) nepřipouštěli, jejich roli ve svém příběhu nevnímali jako stěžejní. Jako stěžejní naopak vnímali to, že rozhodnutí k injekční aplikaci bylo čistě jejich. Respondent 2, který za inspiraci považoval tématické filmy a knihy svůj proces rozhodování popsal takto:

R2: „No a mě se ten trainspotting jako film líbil a i mě tam zaujalo, tam je to prostě detailně vidět, ten vpich, i jak aspiruje, jak tam vltne ta krev do tý buchny a tak. A mě to prostě fascinovalo a zároveň

jsem si říkal, že i kdybych si prostě nepíchal heroin ale pervitin, tak všude slyším, že ten nájezd je prostě neskutečnej, takže jsme se prostě rozhodli v partě, zhruba v desetičlenný partě jsme se tři rozhodli, že si seženeme jehlu a že to zkusíme[...] Co si vzpomínám, tak jsem u toho možná byl, když ta starší generace, ty brali hlavně herák, i když i perník se tam taky bral u nás, tak jako vím, že brali jehlou a kolikrát sem byl i s nima, když tam seděli na schodech a vařili si to a dávali si, ale jako že bych seděl a vyloženě jako na ně koukal, jak si to dávají, to jako ne, to mě jako úplně nezajímalo. Mě to začalo zajímat až opravdu díky tomu filmu.“

Podobně vypráví i respondent č.9:

R9: „Nikoho sem předtím neviděl, ale věděl jsem to různě z knih a časopisů, že to je vlastně nejčistší forma užití. Víím, že sem to tenkrát někde čet. To bylo v devadesátých letech. Někde to muselo bejt, ze své hlavy to nemám, na to bych sám nepřišel. Měl jsem kolem sebe nějaký lidi, co brali jehlou, ale hrozně málo.“

Další z respondentů proces rozhodování popisoval jako jediný ze všech participantů jako proces dlouhodobý, během kterého mu byla injekční aplikace nabízena.

R5: „V té partičce brali všichni jehlou. Já jedinej ne. Já jsem se kamarádkou na tom, že to zkusím, ale domluvil už dopředu [...] Lákal mě to. Jaký to je na té jehle být, a hlavně jsem si profetoval přepážku, takže už mě to nějak nelákalo tím nosem [...] Řešily jsme něco, sešli jsme se parta lidí no a nechal jsem si to prostě nastřelit od ní. [...] Ta mi řekla, hele záleží, taky mi neřekla jo, pojď do toho, nebo ne neber to. Řekla hele, je to tvoje volba, já tě do ničeho nenutím, to se musíš rozhodnout sám.

T: Takže ty myslíš, že ta parta tě vůbec neovlivnila?

R5: Neovlivnila, myslím, že ne. [...] Když tam byl třeba člověk v té partě, kde jsem s nima byl, kterej mi sám řekl, jako jestli nechci tou jehlou dát, po nějaký době, tak jsem řekl ne, děkuju, si hodnej, já se musím rozhodnout sám, já sem sám sebou hlavně, takže až budu chtít, tak ti řeknu, a nebo oslovím někoho jinýho. Měl jsem k tomu respekt. A jako lidi mi to nabízeli, po dobu těch 4 let. Nebo první rok ne, ale dva roky potom jo. Dva roky potom mi to nabízeli, ale já jsem odmítal, měl jsem svůj čas, měl jsem respekt, říkal jsem ji, že jsou hodní, že si toho vážím, že mě takhle chtějí zasvětit, ale prostě ne, je to moje rozhodnutí.“

To, že je první aplikace pouze vlastním rozhodnutím, zmiňovali sami od sebe téměř všichni respondenti. Z předchozích citací je zřejmé, že je to pro ně důležité. A to i v těch případech, kdy první dávku respondentům aplikoval někdo jiný. Sám si iniciační aplikaci provedli jen 2 respondenti (R3, R10). Dva respondenti (R4, R6) vypověděli, že osobě, která je iniciovala, lhali, že už zkušenost mají. V obou případech tak udělali proto, aby lépe zapadli a zároveň, aby jim druhá osoba iniciační dávku vůbec poskytla. To poukazuje na rozšíření nepsaného morálního kodexu, že iniciovat nezkušené osoby není akceptováno.

R6: Ale nemohl jsem jim říct, že jsem ještě neměl, protože oni by mi to nedali, že jo. Tak jsem byl chytřej a řekl jsem jim, že mám problémy s žílama, jestli mi to můžou dát. Tak mi to píchnul no, ale on to nevěděl.... já jsem mu řekl pohádku, že mám v prdeli žíly, že si nemůžu dát sám. Kdybych mu řekl, hele já jsem v životě neměl, tak by mi nedal.

Respondent č.6 ve svém příběhu popisoval poměrně barvitý proces rozhodování, kde vídal osoby, které užívali jehlou a střídaly se v něm pocity strachu s pocity fascinace. Poté, co se seznámil s partičkou, kde bylo injekční užívání běžné, byl rozhodnutý, že to chce vyzkoušet. Zkušenost se samotnou iniciací ale následně popisuje takto:

R6: „On mi řekl, že v pohodě, že mi to dá, že s tím nemá problém (zapíská a gestikuluje, jakože to byl velmi rychlý proces). A pak jsem si škrábal hlavu.“

Respondenti zpětně ale nezažívají pocity záště či výčitek vůči osobě, která je iniciací provázela. Výše citovaný respondent č.5 dokonce nabídku pomoci k iniciaci vnímal jako přátelské gesto. V další části rozhovoru pak ale mluvil o tom, že kdyby nenašel nikoho, kdo by mu iniciační dávku poskytl, sám by si ji pravděpodobně nikdy neaplikoval. Nikdo z respondentů také explicitně nezmínil, že by prožíval nebo cítil nátlak. Některá získaná data by se však jako určitý typ tlaku jistě dala chápat. Respondent č.10 k tomu říká:

R10: „Oni si píchali a já to furt kouřil. A já prostě koukal jak oni si to píchají, a oni koukali na mě jak to furt kouřím, a prostě tu odvahu jsem k tomu dostal až po měsíci. Takhle se to stalo mě, nebo třeba půlce tý party.“

Respondenti se tedy nevzdávají své vlastní role v celém procesu, a zdá se, že pocit, že toto velké rozhodnutí bylo opravdu jen jejich, je nějakým způsobem zásadní pro celé uchopení jejich vlastního příběhu, kde nejsou vnímány jako osoba, která by byla k injekčnímu užívání nějak manipulována. Na druhou stranu je z citací zřejmé, že určitý sociální tlak hraje v příbězích podstatnou roli, a že právě až moment, kdy se jiná osoba rozhodne jim dávku poskytnout, je rozhodným momentem i pro ně samotné. Interpretovat se takto dají výpovědi poloviny respondentů. Respondent č.10 to dále doplňuje:

R10: „Byli jsme parta a v jeden den jsme to zkusili 3 lidi. Jiná část party to zkoušela už předtím, třeba měsíc zpátky, říkali, že je to dobrý, že to má nájezd, že je to něco jinýho. Jsme se toho báli a po měsíci jsme prostě podlehli. Tak náč to bylo vlastně.“

„Když mám rád, tak nehledím na okolnosti“ (R8)

Výsledky ukazují, že i přes to, že se respondenti rozhodli například na základě touhy po přiblížení se svým partnerem, i přes to vnímají toto rozhodnutí jako svou volbu a přebírají za něj odpovědnost. Zároveň se však v prožívání první injekční aplikace dá nalézt silné vztahový aspekt, který „obdržení“ iniciační dávky od blízké osoby vnímají jako nástroj vzájemného propojení či dokonce injekční aplikaci vnímají jako prostředek vzájemného vyznání emocí. Moment iniciační aplikace uskutečněný mezi dvěma blízkými osobami je silným zážitkem, který, jak již bylo výše řečeno, nese často symboliku přiblížení či vyjádření citů. Respondent č.8, na tímto momentem, který s přítelkyní během první injekční aplikace prožil, přemýšlí jako nad něčím spirituálním a propojujícím, v čemž ale vzhledem k tomu, že jejich vztah již v současné době netrvá, zároveň nachází pochybnosti:

R8: „Přemýšlel jsem nad tím, jestli je to opravdu příležitost pro něco takhle spirituálního, nebo jestli je to prostě jenom fikce celý a je to, že si člověk něco nalhává, nebo vidí něco hlubšího, než je to ve skutečnosti. Protože s tou osobou si dneska blízky nejsme a dejme tomu, že kdyby mě asi potkala, tak by mě ráda viděla, ale já už bych to tak neviděl prostě.“

Zajímavý pohled přinesl respondent č. 1, který to, že mu blízká přítelkyně iniciační dávku poskytla popsal jako vyjádření jejího vztahu k němu:

R1: „No my jsme se v té době už neměli tolik rádi. Nebo spíš ona mě. Tak asi už jí to bylo fuk. Ne fuk, ale jakože prostě... Už neměla ke mně takový city, aby prostě mi to nedala, že jo.“ T: „Chceš tím říct, že dokud ty city k tobě měla, tak tě před injekčním užíváním chránila?“ R1: „Jo, asi jo.“

Tato citace velmi dobře popisuje rozpor, který injekční užívání přináší. Respondent č. 1 dokonce nabízí možnost, že provázení injekční aplikací druhé osoby je více než cokoliv jiného, spíše projevem nezájmu, nedostatku citů. To je v zajímavém rozporu ve vnímání doprovázení k injekční aplikaci jakožto „pomoci“. Tyto citace tedy poskytují pohled na první injekční aplikaci jako na hodnotu, která určuje hloubku vztahu a která, i přes silnou blízkost, která první injekční aplikaci v této dyádě provázela, zpětně nemusí být vnímána jen jako propojující či láskyplný zážitek, a to i přes to, že pocity popisující, jak daný moment respondenti prožili, byly pozitivní.

R8: „Poprvé to bylo vlastně i s osobou, co mi to poprvé dala, už jsme spolu nechodili, ale měli jsme spolu bližší vztah, byli jsme v nějakém kontaktu. Ani nevím prostě, mě to tenkrát zajímalo, ona na to přistoupila, že to tak proběhne, dali jsme si po sobě a zažili jsme docela úžasnej zážitek. Byl to silvestr, hráli jsme karty, měl jsem z toho dobrý pocity.“

Podstatnou motivací, a to především u těch respondentů, kteří iniciovali v doprovodu velmi blízké osoby (nejčastěji partnera), byl zájem zjistit, co jejich blízký člověk prožívá, co na tom má, co na tom vidí. Touhu přiblížit se, zažít to, co můj blízký, reportovali všechny osoby, které iniciovaly s osobou, s níž měly jiný než čistě přátelský vztah. Iniciační aplikace měla být prostředkem k propojení světů.

R4: „Taky vim, jak sem to prožívala, že když jsem viděla toho Pavla (jméno bylo změněno, pozn.autorky), jak si tam vytáhl to nádobíčko a začal si to tam pochystávat s celou tou svojí vybavičkou, tak jsem chtěla asi jako taky takhle vyšéfit s ním. Taky mít něco o co bych se s ním mohla podělit.“

R1: „Jsem chtěl vidět prostě, co na tom vidí. Protože jsem chtěl vědět, co na tom má, no. Co je na tom jako jinýho, než si to šňupnout.“

R8: „Když mám rád, tak moc nehledím na okolnosti, ale asi bych tomu chtěl rozumět. Aspoň že poznám, co na tom zažívá a tak [...] viděl jsem jí prostě. Že bych na to koukal nějak pozitivně nebo nějak jinak, u někoho jinýho, to mi bylo putna.“

Kromě pocitů zvědavosti se dá motiv interpretovat také jako pokus o vyrovnání se druhé osobě. V genderové rovině by se toto dalo uchopit i jako prostředek, jakým se žena může stát „rovnocennou“ v mužské drogové komunitě.

R11: „Já jsem to chtěla zkusit, já jsem taky chtěla jehlou. A on řekl, že já ne, že nemam tolik fetovat, ale já mu řekla, že neexistuje. Jsme partneři a ty si dáváš jehlou, tak já chci taky.“

R4: „[...] taková toxická láska no. No a jak jsme byli u něj, tak on si sám pro sebe vyndal nádobíčko a začal si to chystat a já se ho ptala co to má za dobrotu a on se zeptal, jestli si dám taky a jestli už jsem to někdy měla, a já samozřejmě řekla že jo. [...] Mně to bylo blbý říct, že je to moje premiéra, a pak jsem ani nevěděla, jak to držet, v tu chvíli mi bylo hrozný úzko a cítila jsem se trapně vůči tomu klukovi, co byl o ranec starší než já.“

Tyto citace patří těm 4 respondentům, kteří iniciovali v přítomnosti blízké osoby. U ostatních respondentů (n=8) tento vztahový aspekt směrem k jejich vlastní iniciaci nebyl zaznamenán v této „partnerské rovině“, nicméně se objevovaly výpovědi, které obsahovaly podobně vyznívající citace nesoucí význam „*Chtěl jsem vědět, co na tom všichni mají*“ (R6), který také reprezentuje snahu nějakým způsobem se vyrovnat zkušenosti jiných, většinou přátel v partě, kteří tuto zkušenost měli. Tento socializační význam, či význam iniciace jakožto žádoucí sociální transformace a identifikace s okolím či jinými drogovými „hrdiny“ (např. R2 a jeho fascinace filmem *Trainspotting*), se dá v různých podobách tedy interpretovat z výpovědí velké části respondentů (n=8).

„A on že by to bylo jak sex bez orgasmu“ (R3)

Jak již bylo částečně řečeno, dalším motivem, proč chtít injekční aplikaci vyzkoušet, byla zvědavost opírající se o zážitek nájezdu či lepšího stavu z intoxikace. Tento důvod zmínila většina respondentů.

R6: „Já tenkrát ani nevěděl, co to je, ten nájezd, tak mi to vysvětlovali, jak to tebou celý projede, prostě takový ty klasický popisy. Tak mě to asi v tu chvíli zajímalo, protože když jsem si dal jointa, tak jsem byl ospalej.“

R2: „A zároveň jsem i slyšel od lidí, který taky brali perník a brali ho jehlou, že prostě ten nájezd je úplně - že se to prostě nedá srvonat s tím šňupáním ani kouřením.“

R10: „Už jsem to viděl, jak si píchají jiní feťáci. Měl jsem žíly všude. Mě zajímal ten nájezd. A spíš to bylo kvůli tomu, že ten nájezd, a že toho nebylo tolik tý drogy.“

Respondenti měli často informace o kvalitě nájezdu či stavu z intoxikace ze svého okolí. Někteří respondenti také reportovali zvědavost vzniklou nejen na základě toho, že by o výhodách slyšeli, ale že sami v kontaktu s LDI zhodnotili, že stav po injekčním užití je jiný.

R12: „Znali jsme jednu prostitutku. Potkali jsme jí najetou. Říkala, že byla prostě někde...že si koupili dobrou matroš, všichni šňupali a ona jediná si střílela. A šňupání, že jo, to je slzení a tohle, brečení, a že to je dobrá matroš, a jak byla sjetá a ukecaná a tohle, tak se nám to zalíbilo, a proto jsme nějak přišli na to, že si koupíme ty buchny.“

R1: „Ona o tom ani nějak moc nemluvila. Ona vždycky říkala, že jí to nic nedělá, když jsem něco donesl, ale pak dva dny nespala, tak nevím.“

I přes to, že tedy okolí v procesu rozhodování mohlo hrát významnou roli (viz výše), individuální aspekt, tedy zvědavost k zažití tohoto stavu „sám pro sebe“, respondenti cítili a reportovali častěji a explicitněji, než důvody vztahové/sociální/socializační, které byly obsahem předchozího bodu. Velmi individuálním důvodem byly také pocity diskomfortu provázející původní formu aplikace. Tento faktor také hraje velmi významnou roli jakožto důvod, proč u intravenózní aplikace zůstat.

„Tím nosem se to nedá“ (R9)

Velice častou výpovědí bylo, že důvodem, který proces rozhodování ovlivnil, byl diskomfort způsobený intranazální aplikací. Tento důvod byl také jako jeden z nejčastěji uváděných argumentů, proč u injekční aplikace již zůstat. Ekonomický důvod, tedy, že k účinku stačí menší množství drogy, byl častější také až jako argument pro udržení tohoto chování. Uvedli ho pouze dva respondenti (R3, R10). Tito respondenti zároveň uvedli, že jejich denní dávka byla toho času již tak vysoká, že se nedala nosem užít. Podobnou zkušenost kromě zmíněných dvou participantů uvedl také respondent č. 1.

R1: „...protože já jsem každý ráno, abych vůbec fungoval v práci, jsem se nasnídal a měl jsem přichystanou takovou čáru (ukazuje rukama) a nechtěl jsem si jí dát, ale musel sem prostě. Ale netěšil jsem se nikdy na ten pocit až si šňupnu a bude mě pálit celá hlava.“

Bolest způsobená sniffem pervitinu je vnímaná jako jeden ze základních důvodů, proč jehlu zkusit či ji preferovat. Slzení, pálení či jiný diskomfort, případně poškození přepážky, v různých variantách objevující se důvod u téměř všech respondentů (n=10). Respondenti zpětně vnímají tento typ aplikace jako ten nejvíce problematický a často ho popisují jako něco, k čemu cítí vyloženě odpor.

*R7: „Tak jsem říkal, že to zkusím, ale vždycky jsem nadával, na to že když jsem to dal tím nosem, tak to bolí, do toho nosu, že ten nájezd není hned, že je to sra*ka určitě náká.“*

R9: „Já jsem si jeden den dal šňup, jakože nosem a druhý den sem přišel a zeptal sem se, ty vole, dá se to brát jinak? To se nedá do toho nosu.. Ten nos sem nedával, prostě sem to nechtěl tím nosem.“

Nicméně často zaznívalo i srovnávání s kouřením, či jinými způsoby aplikace. Jeden respondent (R4) zmínil aplikaci rektální, která je pro něj hned po té intravenózní nejpříjemnější. Inhalace se jako alternativa objevovala častěji, nicméně i zde bylo často upozorňováno na její nevýhody oproti aplikaci injekční. Tyto důvody byly převážně ekonomické (hlavně u heroinu) a zdravotní či preferenční.

R1: „...a to je úplně nejhorší věc to kouřit...protože ti to jako žere úplně všechno že jo.. plíce a všechno že jo..já jsem to zkusil párkrát..za prvé mi to vůbec nechutná, je to hnusný úplně... nevím, ten stav je divnej.“

Proces rozhodování tedy ovlivňuje mnoho faktorů. Respondenti ho nejčastěji prožívají jako proces vnitřní, ve kterém zvažují praktické výhody (bolestivost sniffu, ekonomické výhody), přidanou

hodnotu injekční aplikace (nájezd, „lepší stav“) či jejich osobní rovinu v jistém slova smyslu přesahující, jako například touhu po přiblížení osobě, která je jim blízká a injekčně užívá. Poslední z důvodů byl jmenován jen těmi lidmi, kteří užili právě v přítomnosti blízké osoby a tento zážitek proběhl v dyádě. Dvě z těchto 4 respondentů byly ženy, které zároveň jako jediné ze všech 12 respondentů neuvedly žádné jiné důvody, proč pro ně byla injekční aplikace lákavá a ve svých výpovědích nabídly pouze tyto vztahové argumenty. U ostatních 10 respondentů se objevovaly různé kombinace všeho výše zmíněného, přičemž nejčastěji bylo rozhodnutí injekční aplikaci vyzkoušet spojeno s diskomfortem či bolestí intranazální aplikace a touhou zažít „nájezd“. Velmi často bylo v rozhovorech respondenty oslovováno téma strachu. A to nejen v souvislosti s iniciační dávkou.

„Zkouška odvahy“ (R5)

Rozhodovací proces byl často postaven na ambivalenci mezi zvědavostí a strachem. Strach respondenti prožívali v mnoha souvislostech. Jedním z nich byl výše zmíněný prvotní strach z jehly, který vnímali jako něco, co je potřeba překonat. Respondenti často srovnávali pocity, jaké zažívali u lékaře s těmi pocity, jaké zažívali z jehly v drogovém prostředí. To, když neměli strach z odběrů bylo jedním z posilujících faktorů k rozhodnutí. Ale zároveň předchozí negativní zkušenosti s jehlou nezabránilly obavy překonat.

R6: „Protože já od malička, když jsem viděl křeslo na odběr krve, tak to nevím, co bych si vymyslel, abych na to křeslo nemusel.“ T: „A jakto, že si při tom prvním nástřelu teda neměl strach?“ R6: „Za prvé ta jehla byla menší než na odběr krve, tak jsem si říkal, že to snad tak bolet nebude, a za druhé jsem to prostě chtěl zkusit.“

R11: „Já jen vím, že je mi nepříjemný, když jdu třeba na odběry krve nebo tak, jsem nervózní, že do mě někdo bude píchat. Ale takhle sama..jsem myslela, že to bude horší.“

Bolest z intranazální aplikace byla často popisována jako závažnější, než strach z vpichu. Respondenti injekční aplikaci obecně vnímají jako méně bolestivou, a to i přes to, že se v procesu rozhodování strach z bolesti způsobeným propíchnutím kůže objevoval.

R1: „No rozhodně to tak nebolí jako nosem. Víím, že to může přijít někomu zvláštní, že člověk, když do sebe píchá jehlu, tak že je to prostě oproti nosu čajíček.“

Někteří respondenti uvedli (n=3), že roli hrála velikost jehly, která je u standardně užívaných inzulinových stříkaček významně menší než ta, která je používána k odběrům a jiným zdravotnickým zákrokům. Respondent č.2 se na první aplikaci připravil nákupem v lékárně, kde explicitně žádal o „ty nejmenší jehly“, stejně tak i respondent č.3:

R3: „Byla to spíš taková výzva, jestli si to dokážu dát, jo. Než že bych to potřeboval. Byl jsem zvědavěj a měl jsem z toho strach, protože jsem nevěděl, jak si to aplikovat. A tak jsem si koupil teda nějakou tu nejmenší stříkačku s nejmenší jehlou v lékárně.“

T: „Měl si strach?“

R10: Respekt no. Neuměl jsem to, ale prostě jsem to trefil. Celý to bylo okoukaný, na tom nic není.“

Zároveň však znamenalo i leckdy vědomé odsunutí pudu sebezáchovy. Častěji než se samotného vpichu se vyskytovaly obavy z neznáma, které je po aplikaci čeká.

R5: „Ten respekt byl, že jsem kolikrát viděl ty lidi, že třeba odpadli, měli ty návaly, jak se říká, tak jsem si říkal jo/ne/jo/ne, váhal jsem. Báł jsem se o sebe, jak to budu dávat. Trvalo to asi půl hodiny, než jsem se odhodlal.“

R12: „No tak jsem teda se strachem nastavil ruku, ať už to mam odjetý. Nevěděl jsem, co mam čekat.“

Subjektivně vnímané benefity, nakonec strach porazily. U některých respondentů bylo překonat tento strach faktorem, který iniciační aplikaci časově oddaloval. Téma strachu bylo ale spíše než u iniciační dávky, kterou většinou poskytla druhá osoba, zdůrazňováno až v souvislosti s prvními pokusy si injekčně aplikovat sám/sama. Jak ukazuje například citace respondentky č.11, jeho překonání často znamenalo překonání překážky, překonání sám sebe či upevnění vlastního sebevědomí, či dokonce uznání.

R11: „A jestli jsem měla strach? No asi jo. Ale řekla jsem si, že si to chci píchnout, tak si to píchnu [...] Vím, že jsme jeli asi týden a já si to píchla 5 x sama. A ten přítel mi řekl: dobře ty, 5x sama, na to že si prvozkůšačka, tak dobrý!“

Významně o překonání strachu hovořil také respondent č.5:

R5: „Tak to už bylo pro mě, jak se říká taková ta zkouška. Zkouška odvahy, jestli si sám sobě dokážu dát [...] Musel jsem překonat svůj strach. Strach o svoje zdraví. Že se řítím do nějakýho průseru [...] Tak jsem si to teda sám dal a ona u toho byla, tak se smála samozřejmě, protože sem se třepal jak osika samozřejmě, fakt respekt jako.“

„Od té doby jsem víceméně nešňup, už jsem bral jenom jehlou.“ (R2)

U téměř všech respondentů (n=11) představovala první injekční aplikace přímý start pravidelného injekčního užívání. Jediný respondent, který to tak neměl (R3), si iniciační dávku dával sám a důvod, který vnímá jako zásadní proto, že rovnou v injekční aplikaci nepokračoval je ten, že to neuměl, nedal si drogy dostatek a nedostavil se nijak výjimečný stav, který očekával. Tento respondent se k injekční aplikaci vrátil podruhé až po 3 letech, a to s kamarádem. Od té doby pak již injekčně užíval. Je to tedy jediný respondent, který vypověděl „podruhé a už pořád“. Ostatní respondenti k injekční formě podání přilnuli okamžitě a tento moment také přesně identifikují jako chvíli, kdy se rozhodli v ní pokračovat:

R7: „No a mě v ten moment, protože je to znatelný rozdíl, mezi tou stříkačkou a aplikací nosem, hlavně především v tom že u té stříkačky je to hned ten nájezd, u toho nosu člověk musí počkat a je to mnohem silnější, když je to tou stříkačkou, takže mě tenkrát problesklo hlavou, že já blbec jsem to takhle nedělal hned, když je to takovej mazec, když je to lepší.“

R5: „No a po tom prvním nástřelu jsem prostě zůstal na jehle a říkal jsem si že je to fajn, prostě lepší než tím nosem.. Zalíbilo se mi to, samozřejmě, to byla první věc, řekl jsem si v pohodě, zůstanu u toho, rozhodl jsem se, že si to nebudu dávat nosem už.“

Případně byla první injekční aplikace tedy popsána jako nějaký zlom, kdy už nebylo cesty zpět. Respondenti také velmi často popsali, že spolu se zahájením injekční aplikace se zvýšila i frekvence užívání. Velmi často to bylo něco, co nečekali.

R12: „A předtím jsme si slíbili, že když se do toho takhle jde, tak jenom na parties. Přísahěj, přísahám. Přísahali jsme si to oba, pohled do očí. Prostě jasná přísaha. Pak jsme spolu fetovali ještě dalších 12 let.....“

R6: „On mi to odjel a já sem cejtil v krku ten nájezd, jak mi hořej nohy a hlava, tak jsem vstal a protáhnul jsem se a řekl jsem “no a jdeme znova do krámu”. No a tam jsem si to podepsal.“

Srovnání s předchozím způsobem aplikace (nejčastěji sniff) se objevovalo velmi často. A to v rovině komfortu, vzniklého stavu a také v rovině ekonomické, kdy srovnávali poměr cena/výkon.

R3: „No a tak když to on zkoušel, tak jsem to z úsporných důvodů, vyloženě fakt jako hlavně z úsporných důvodů, protože najednou stačila půlka, ani ne. No a ze začátku to bylo strašně jednoduchý, že jo, ze začátku tam měl člověk ty magistrály, takže šlo dát si vždycky na poprvý a bylo to prostě.. Takže jsem vlastně takhle z úsporných důvodů začal no.. [...] Přitom když si pak člověk zvykne na ty nájezdy, tak už je pozdě.“

Vzhledem k zdravému žilnímu systému nevnímali žádné překážky. Nejčastějšími asociacemi s tím, proč jehly zůstat je tedy především nájezd, rychlost a intenzita účinku a tři respondenti zmínili také ekonomické důvody (R3, R10, R12). Aplikace předchozím způsobem už pro ně nebyla nadále atraktivní. Z výše zmíněného plyne, že moment první injekce je obvykle i přes veškeré okolnosti a obavy příjemným a velmi silným zážitkem, kdy především nájezd, kvalita stavu a rychlost účinku uživatele pohltí. Racionálně nad tím přemýšlí jen malá část respondentů, pro většinu je to spíše pocitový zážitek euforie, nehledě na jeho výhody či nevýhody. Často vnímají první injekční aplikaci jako rozcestí, kdy se ztvdila jejich drogová cesta. Vzhledem k tehdejšímu zdraví neprožívali větší obavy o svůj zdravotní stav, to, že byla situace zásadní si uvědomují spíše zpětně, než nad tím přemýšleli v danou chvíli. Velmi mnoho respondentů vypovědělo, že nad tím, že injekční aplikace bude takto významným rozcestím, dopředu nepřemýšleli. I když se setkávali třeba s tím, že na to byli upozorňováni, tak celou zkušenost vnímají jako něco, na co se nelze připravit, protože samotný zážitek není přenositelný. Velká část respondentů právě tyto negativní důsledky, které jsou vlastně založeny na tom, že člověk ztrácí kontrolu, považují za primární důvod, proč by jiným lidem injekční aplikaci nedoporučili. Respektive, právě proto, že se na následný spád nedá nijak připravit, a také protože mezi injekčním bráním a následným spádem vnímají respondenti přímou souvislost, nemají dojem, že by se dala zkušenost na tolik předat, aby bylo možné dostat od druhé osoby, která po nich injekční aplikaci žádá, informovaný souhlas.

„Neuvědomil jsem si tenkrát kam mě to jako zařadí...“ (R7)

R7: „No že mě to jako zařadí..no že to bude prostě ještě horší, jako by to užívání těch drog a v té společnosti, mezi ty lidi, prostě...nejpodřadnější feťáky. Protože tím nosem si to dává spousta lidí v pátek sobotu a nic se neděje, ale tou stříkačkou je to takový jinačí.“

Zpětně vnímáno se výpovědích opakuje výše zmíněné rozcestí jakožto jakási individuální i sociální transformace, tedy transformace v tom, jak daný člověk vnímá sám sebe, ale i v tom, do jaké komunity se řadí. Stejně jako respondent č. 7 to vnímá i respondent č. 10:

R10: „No už jsem si řekl, že jsem fakt narkoman. Když si člověk začne šlehat, tak už není fetišák, ale je prostě narkoman. Že je to prostě průser. Nevim, jestli sem si to uvědomoval.“

Tato transformace může být zakořeněná již v samotných předsudcích či dřívějšímu vnímání osob užívajících drogy injekčně.

R7: „Když jsem na něj koukal, tak jsem si nejdřív říkal, že to se mnou nemá nic společného. Když jsem viděl tyhle lidi, tak jsem je měl zobrazený někde v pangejtu. Že jsou v nějakým příkopě.“

Dokud si respondenti neprošli vlastní zkušeností, obraz LDI pro ně mohl nést symbol nějaké deviace či strachu.

R6: „Tak jsem se ptal, co to bylo, to si to jako píchl jo? Tak jsem si o tom začal zjišťovat. [...] Pro mě to bylo...“cože co to dělá, ať jde ode mě“. Tak jsem se ptal toho druhýho, co to viděl taky, protože mě to přišlo..bál jsem se, ať mi něco neudělá, ať mě třeba nepíchne nebo nevím, prostě jsem měl odstup, protože jsem nevěděl.“

Někteří respondenti v této souvislosti mluvili o stigmatu, který díky zahájení injekčního braní sami pocítili.

R2: „A není to tím, že já беру jehlou, ale já jsem nikdy nekoukal na lidi, co berou jehlou skrz prsty. I z vlastní zkušenosti to vim, že člověk, kterej šňupal nebo kouřil, tak když zjistil, že já tu samou drogu беру taky, ale беру jí jehlou, tak v tu chvíli se na mě koukal skrz prsty, jakože sem něco horšího nebo takhle.“

Tři respondenti popsali jako důsledek ztrátu blízkých osob (R6,R7,R12). Ztráceli kontakt s lidmi, kteří injekčně neberou. Ať už to již byli jiní LDR, kteří injekční iniciaci odsuzovali, či vnímali nějak negativně, tak i ve vztahu k lidem, kteří neměli s drogovým světem nic společného (například s jejich rodinou).

R5: „Možná to tak nebylo, že mě i lidi odsoudili, ale mě to tak přišlo, že mě odsoudili, že už se se mnou bavili jinak. Já to tak vnímal. Byla to má domněnka, hlavní. Asi z toho důvodu, že jsem jako odlišnej, že беру jehlou..... Asi to znáš sama, je krásně teplo a dlouhý rukávy. Tak jsem se asi i sám za sebe styděl, to bylo takový divný.“

Poslední respondent zde mluví o vzhledu, který injekční užívání prozrazuje. Ze začátku kariéry měli respondenti, kteří ho zmínili, potřebu tyto znaky zakrývat. Víceméně všichni v rozhovorech zmínili, že jim iniciace injekčního užívání přivedla do života změny ve vnímání svého závislostního problému, že rozvoj závislosti urychlila, či že přinesla změny v jejich sociálním statutu.

R8: „Pak to šlo asi od 10 k 5, možná někdy ke třem. Vyzkoušel jsem si ten život různě, byl jsem na ulici, udělal jsem průsery a nějaký věci na který člověk není moc pyšnej. Jak jsem bral v podstatě denno denně, tak člověk prostě. Nevim, ale tou jehlou..asi to člověka víc utáhne. Asi jsem si nepřipouštěl, že jsem na tom...jak bych to řekl. Jak mile už jednou jehlou berete a připustíte si to, tak v tom najednou lítáte víc.“

Podobně uvědomění si závažnosti vlastní situace vnímá i respondent č.9:

R9: „Ale myslím, že jsem rychleji spadl do toho každodenního braní, než bych třeba spadl, kdybych šňupal. To je asi možná jedinej rozdíl v tom[...] Když si myslíš, že je to v pohodě, že to řídíš a přitom to neřídíš, tak o to rychleji si to na tý jehle uvědomíš, nebo já jsem si to uvědomil, že to není úplně v pořádku.“

Tento respondent vnímá zahájení injekční aplikace jako moment, kdy odpadá možnost volby. V tu chvíli už nelze kočírovat, zdali droga bude užita nebo. Stejně jako respondent č.7 zde upozorňuje na rozdíl mezi víkendovým braním, které se dá udržovat například v případě sniffu, a které se po zahájení injekčního braní obrací v užívání mnohem častější. O rychlém vývoji hovořila i respondentka č.4:

R4: „To že bereš 8 let nosem je věc jedna, ale to že prostě ty buchny jsou fakt o ničem úplně jiným, že se to nedá srovnávat, že je to fakt taková procházka přes minový pole jako [...] Dokáže to být strašně rychlý a zažila jsem nespočet lidí, který takhle prostě v jednu chvíli vypadali, že jsou v top kondici a najednou z té top kondice a z toho jak se chvástali, jak maj všechno v malíčku, tak najednou skončili tak, že prostě..hodně špatně. Tam ty dopady jsou..většinou to zastaví na chvíli buď kriminál, v lepším případě nějaká odmašťovna, jako léčebny, že jo.“

„Nechci člověka k tomu, abych mohl brát.“ (R1)

Jak již bylo naznačeno v přechozích odstavcích, situace, kdy si respondent aplikoval poprvé drogu sám ve většině případů nebyla zároveň první zkušeností s injekční aplikací vůbec (n=10). Velice často se osvojení si vlastní dovednosti si drogu injekčně podat odvíjelo od praktických okolností a touze po samostatnosti. Jako velmi významný tento moment popisovali dva respondenti, z nichž dva byli zmínění v předchozí kapitole (R5, R11). První sebeadministrace u těchto respondentů představovala překonání určitých hranic, rozdíl mezi tím, když injekci pasivně přijímají a když ji způsobí sami sobě, byl citelný.

T: „Mluvila si předtím o tom, že máš ještě nějakou zásadní zkušenost.“ R11: „To bylo, když jsem narazila na jiného přítele a dala jsem si to poprvé, jakože poprvé sama. Nezkušeně.“

R5: „Od jiných mi to nevadí, ale že sám sobě ubližuju, to jsem si říkal, že je zajímavý“ [...] Překonal jsem svůj strach. Dokázal jsem něco, z čeho jsem měl strach. Samozřejmě jsem věděl, že to přijde, že si budu muset dávat sám. A řekl jsem jo, fajn, tak jsem dobře, překonal jsem to. A samozřejmě pak podruhé potřeť co jsem si dával sám, tam pořád byl ten pud sebezáchovy, ten respekt, ale pak už to opadlo.“

Další tři respondenti mluvili především o technických překážkách, díky kterým mají první pokusy s injekční aplikací spojené se zraněním, abscesy či neznalostí potřebné dávky, postupu apod. (R3,R6,R9). Překonání sebe sama a svého strachu, po kterém následovala úleva či odměna v podobě

účinku drogy, což způsobilo pozitivní vnímání toho, že respondent k tomuto sebe destruktivnímu jednání přistoupil a strach překonal. Stejně tak účinek drogy nesl mnohem větší význam než případná zranění, která sebou první pokusy nesla.

R9: „Probíhalo to hrozně. Protože já jsem to zkoušel a vlastně sem nikdy neměl moc vidět žíly [...] tak já si tak rozbombardoval ruce, že jsem nemohl chodit bez dlouhých rukávů. Přitom, jak jsem si poprvý, což teda bylo hned podruhé co jsem si šel dát, zkoušel dávat sám, než mi to jako docvaklo, kam si to mám jako dát. Než jsem se s ní potkal znova, abych se jí zeptal, kam si to mám dát a ona mi poradila co a jak.“

Naučit se aplikovat si sám je momentem, kdy si v drogové kariéře zařizují soběstačnost a zároveň ale také nástroj, díky kterému už nejsou na nikom závislí a drogu tak tímto způsobem lze užít kdykoliv, bez jakýchkoliv omezení. Někteří respondenti v tomto spatřují určité nebezpečí, které ale spíše než u sebe prožívají například ve vztahu k jejich známým, či partnerům K tomu, že se to naučí se rozhodli, když z nějakého důvodu nebyla osoba, která by jim mohla aplikovat, na blízku, či čistě pro ten případ, že se to stane. Jako významný se dá interpretovat symbol osamostatnění se, tedy význam separační. U dvou mužů, kteří iniciovali v doprovodu blízkých osob opačného pohlaví (R1, R8) k první sebeadministraci došlo po hádce/rozchodu.

R8: „Tenkrát jsem byl hodně svázaný s ní [...] Pak přišla nějaká zlomová situace, kdy jsem se od ní oddálil a kdy už mi to bylo.. blízky.. už mi to nedělalo problém si to dát sám, takže sem si jakoby jel sám na vlastní triko.“

R1: „Hele dlouho mi to dávala ona, třeba měsíc. A pak jsme se hrozně zhádali a 14 dní jsme se neviděli a já jsem si řekl, že se to prostě naučím sám, protože prostě nehci potřebovat k tomu abych..nehci člověka k tomu abych mohl brát.“

Většina respondentů (n=7) však během rozhovoru přímo moment první sebeadministrace nespojovalo s nějakou pro ně významnou situací, ale spíše to vnímala jako zcela přirozený vývoj celé situace, a spíše, než nějak významově nad ním přemýšlí prakticky. Průměrná doba od iniciační aplikace k první sebeadministraci činí 25 dní.

*R12: „Tak když na to furt čumíš...nejdřív se otáčíš že jo, pak už se koukáš a když už to vidíš po třicátýpátý a nastane situace, kdy to sebou máš a máš tu zas*anou buchnu, tak to zkusíš no. Na poprvý nic a na podruhé už to jde.“*

Shrnutí

Z výše uvedeného vyplývá, proces rozhodování nad tím, zda li injekční aplikaci vyzkoušet, je spíše procesem vědomým, nežli, že by se iniciační injekční aplikace děla nahodile a zcela spontánně (i přes to, že u některých respondentů tomu tak bylo). Ambivalence mezi zvědavostí a strachem, který je nutné překonat je většiny respondentů zřejmý. Osoby byly před iniciační aplikací v kontaktu s lidmi, kteří již jehlou užívali. Tito jim často sdělovali informace o benefitech, někdy ale ani nemuseli, protože inspiraci či zvědavost podporoval i samotný kontakt s těmito jedinci, kteří evidentně zažívali díky injekční

aplikaci intenzivnější, a zkrátka jiný stav. Silným argumentem pro zahájení injekčního užívání byl nevyhovující způsob přechozí aplikace, především tedy sniff. I přes to, že si respondenti byli většinou vědomi rizik, zpětně nahlíží na celou zkušenost jako na něco, na čehož následky se nedalo dopředu nahlédnout. I přes to, že iniciaci injekčního užívání často vnímají, jako určitý milník, nemají pocit, že by se mu dalo nějak významněji vyhnout, případně ho považují za zcela legitimní součást vlastního příběhu a přirozený vývoj jejich předchozího užívání drog. Vlivu okolí význam příliš nepřikládají, vlastní rozhodnutí a potřebu samostatnosti naopak zdůrazňují.

Jaké zkušenosti mají respondenti s iniciací druhých osob?

Druhá výzkumná otázka se zaměřuje na tu zkušenost, kterou respondenti mají s iniciací jiné osoby, či s jinou podobou jejího doprovázení v první injekční aplikaci. V této části výzkumu budou seskupeny odpovědi týkající se nejen jejich prožitých zkušeností, ale i jejich postojů vůči tomuto tématu. Kromě samotné iniciační aplikace zde budou zkoumány také zkušenosti respondentů s dalšími jevy, které vycházejí z poznatků, na jejichž základě je postavena intervence BTC. Respondenti tedy byli dotazováni i na jejich zkušenosti ohledně injekční aplikace před LDNI, a také na to, zdali o injekční aplikaci s LDNI diskutují. S respondenty bylo dle individuálních potřeb případně prováděno také modelování nejčastějších situací (viz kapitola „Konkrétní postup intervence“), byli dotazováni na to, jak jsou zvyklí v těchto situacích reagovat a jaké aspekty tvořící jejich postoje považují za stěžejní. Vzhledem k účelu výzkumu zde budou opět, stejně jako u první výzkumné otázky, vytvořeny vzniklé kategorie z těch částí rozhovorů, které reprezentují zkušenost a postoje respondentů a mají přímý vztah k výzkumné otázce. Výstupy týkající se vnímání samotné intervence budou reprezentovány až ve třetí části výzkumu. V počátku je důležité zmínit, že všichni respondenti, kteří se výzkumu účastnili, rozdělují pomoc druhému k injekční aplikaci do dvou kategorií. Jednu kategorii tvoří pomoc k injekční aplikaci osobě, která již s tímto způsobem podání zkušenost má a druhou kategorií tvoří právě aplikace iniciační. Vnímání těchto dvou kategorií respondenty proti sobě stojí ve významné opozici. Zatím co ta první je pro ně přijatelná, či dokonce běžná, normální, častá, ta druhá pro ně nese zcela odlišný význam a provázejí ji rozpory a emoce.

Provázení osoby, která již má zkušenost s injekční aplikací

„Dělali ze sebe jehlníček“ (R1)

Pro znázornění kontrastu oproti zkušenostem s doprovázením osoby k první injekční aplikaci zde stručně popíšu, jak respondenti prožívají pomoc osobám, které již v minulosti injekčně aplikovali. Tuto zkušenost mají všichni respondenti bez výjimky. Nejčastěji v tomto kontextu neslo poskytnutí injekce význam pomoci. Tu je běžné poskytnout, jestliže se jedná o člověka, který již prokazatelně jehlou bral, což znamená, že ho respondenti buď znali anebo to na něm viděli. Tato pomoc nemusí mít jen formu poskytnutí přímo injekce, ale třeba i jen pomoci s přiškrcením či přidržením ruky.

R10: „I ti, co už berou někdy potřebujou pomoci. Když třeba nemaj žílu. ... Jo, pomáhaj si takhle.

Třeba jenom podržet ruku, aby měli zaškrcenou, to je hodně pomoc.“

Nejčastěji je spojená s osobami, které mají buď již zničený žilní systém, neumějí to, anebo jsou přesprlíš intoxikovaní, což jim další aplikaci znemožňuje. Zdá se, že pozorovat jiného, jak se opakovaně snaží aplikovat je pro respondenty nepříjemné.

R11: „To je úplně humus vidět někoho, jak tou jehlou šťourá, fakt jako nechceš vidět tohle.“

Cítí tlak, lítost, empatii, proto se rozhodnou dané osobě pomoci. Nechtějí se dívat, jak ze sebe dělá „jehlníček“. Tlak je někdy i explicitně vyjádřen přemlouváním, který se v tomto případě nesnadno odmítá.

R3: „Já sem znal jednoho týpka, co vždycky mi něco donesl zadarmo a chtěl za to dát. A on mě tak ukecával a byl prostě tak dotěrný, tak sem mu to párkrát dal.“

Respondent č.3 zde zmiňuje ekonomické výhody. I to byl důvod, pro který, a především pak na začátku své drogové kariéry, lidé injekční aplikaci poskytovali. Jeden z respondentů tímto způsobem získával drogy po dobu půl roku od jedné osoby.

R2: „A do dneška se mi stává, že hodně lidí o mě ví, že umím dávat bez problému a dobře, takže když mi bylo třeba 16 let tak mě vyloženě jedna holka živila perníkem asi půl roku, jen z to, že jsem jí našlehával....T: Je to nějaká role? Role našlehávače? R2: Ne, to vůbec ne, jen jsem se třeba snáz dostal k drogám, že jsem dostal jakoby za to našlehnutí. Tímhle způsobem to moji roli ovlivňuje. A pro mě v tu dobu, kdy jsem za to dostával téma drogama zaplácáno, tak to pro mě bylo i dobře, že to pro mě bylo lepší než jít třeba krást.“

Význam to má i v jejich pozici na scéně, tuto schopnost lze využít jako symbol moci.

R12: „Šlo mi o to jako pomoci, a ne se tím někde jako chlubit. Samozřejmě si můžeš říct o provizi, třeba například. Nebo si za to necháš zaplatit. Nebo prostě ...dotyčná osoba tě potřebuje. Potřebuje tvoje zkušenosti. Který nemá, a tudíž ji snadno můžeš zmanipulovat.“

Část respondentů (n=5) uvedla, že o injekční aplikaci byli žádáni vzhledem k jejich mimořádných dovednostech a znalostech žilního systému.

R6: „Asi si normálně můžeš udělat nějakou profislužbu, když se naučíš žilní systém, protože za mnou choděj lidi ať jim dávám, ale já prostě nevím jak hluboko jim to mám píchnout, kam jim to můžu píchnout, ten směr ještě jakš takš vim, ale prostě..někdy mi to jde u lidí a pak mi říkaj, že jsem hustej, “všichni mi dávaj dvě hodiny a ty nahned, za tebou budu chodit”.

Tento respondent vlastní schopnosti nevnímá jako něco, co by si osvojil záměrně, ale přes to tuto pozici má. Podobně to měli další dva respondenti. Poslední dva respondenti, kteří „doctoring“ zmínili, tuto roli nosí vědomě (R1, R2).

R2: „Když sem byl zavřenej a tam jsem si našel v knihovně anatomii těla a žilný a tepenný systém a tam jsem si vyhledal kde jsou hluboký žíly, takže já už si nedávám do těch povrchových vůbec. Takže já vim, že kam píchnu, že tam ta žíla bude a dělám to tak aby to nemělo následky.“

Význam pomoci však výrazně převyšoval všechny ostatní významy, které pro respondenty aplikace jinému nese. Někdy byla tato pomoc dávana do souvislosti s kontrolou, kterou respondent chtěl nad situací mít. To do jisté míry souvisí s fenoménem „doctoringu“ zmíněného výše.

„Nějak jsem to přehodnotil“ (R12)

Všem respondentům také ve velké míře záleželo na tom, aby druhému neublížili, či aby tím neublížili sobě. Tři respondenti (R2, R6, R7) pohled na pomoc v aplikaci změnili a v současné době již nikomu neaplikují. Další Důvodem jsou již zmíněné obavy, aby dané osobě neublížili, především pak

v souvislosti s předávkováním a také to, že již nemají pocit, že by to byla záležitost, která by se jich týkala.

R2: „Ale dneska už na to taky koukám jinak, nevím čím to je, já v žádném případě nechci mít nikoho na svědomí. Protože někdy si lidi třeba dávají úplně nesmyslný množství a já třeba říkám, že je toho hodně a oni že né, a ať jim to dám. Takže se mi třeba stalo, že jsem někoho našlehnul a on mi odpadl. Je to něco tak strašně hnusného [...] Ale třeba teď poslední rok, když někde sem a dávám si s někým, a on se ptá, jestli třeba neumím dávat do krku, tak dělám blbýho a řeknu že neumím.“

Osoby odkazují na někoho jiného, role toho, kdo jinému aplikuje jim není příjemná, nechtějí mít s danou osobou žádný vztah založený na této pomoci. Oni sami se museli v injekční aplikaci osamostatnit, a tak to očekávají i od svého okolí. Někteří respondenti (n=4) zmínili také obavy právní.

*R7: „Já bych to už nikdy neudělal nikomu tohleto. Za první je to zločin úplně hrozný, za kterej můžeš jít klidně sedět. Ale dřív jsem to dělal taky lidem. Když někdo chtěl, říkal že se potřebuje nastřelit, tak jsem ho nastřelil, ale teď, kdybys chápala a prosila mě tady, tak to mám v pr*eli a nedám ti to prostě. [...] Hlavně to, že je to zločin, že za to můžeš jít sedět na 8 let, protože toho člověka můžeš připravit o život, tam jako nikdy nevíš, že jo. A za druhý proto, protože když si to neumíš dát, tak je to tvůj problém, to mě nezajímá.“*

To, že by dříve bylo běžné někomu aplikovat, a dnes již ne, se objevilo jak v souvislosti s aplikací osobám, které již zkušenost s tímto způsobem mají, tak i v souvislosti s iniciační aplikací. Důvody, proč přehodnotit, zda li někoho jiného provázet iniciací, se shodují s těmi důvody, které respondenti uvedli jako argumenty, proč toto neudělat nikdy (více dále).

Provázení iniciací druhé osoby

Z výzkumného vzorku někdy v životě poskytlo iniciační látku druhé osobě 5 respondentů. Některé z těchto osob iniciovali i více lidí (n=3). Jeden respondent (R7) uvedl, že dříve byl zvyklý jiným osobám aplikovat, ale neptal se jich, zdali to bylo poprvé a nenabídl v tomto tématu žádný příběh či vlastní zkušenost, pouze to nyní vnímá jako něco, co by již neudělal, a to ať se jedná o iniciaci či jakoukoliv další aplikaci. Ze zbylých 5 respondentů tuto zkušenost nevnímala jako problematickou pouze jedna respondentka (R11). Ta provázení jiné osoby vnímá jako plnění rozhodnutí někoho jiného, za které necítí zodpovědnost, jestliže od něj dostane souhlas. Říká k tomu:

R11: „Musíš se zeptat: ‘hele víš do čeho jdeš, víš co tě čeká, že tu jehlu budeš mít u sebe furt.’ Většinou takhle. Mě k tomu taky nikdo nepřemlouval, kdybych chtěla říct ne, tak prostě ne. [...] Je to každýho věc. Dokonce jsem dávala poprvé i opiáty ty jo, vidíš to. Tak jsem se ho ptala, jestli ví, do čeho jde, že je na tom závislost. Že ho nechci mít na svědomí [...] Když se k tomu rozhodne, tak co. Žádnou zodpovědnost nemám, on ví, do čeho jde. Taky jde o to, jak já to přijmu. Můžu mít špatný svědomí, že jsem ho do toho zavedla, a nebo prostě...to nemám. Jako ten můj bývalý mi občas tohle řekl. Že z toho má trochu špatný svědomí, že díky němu já jsem se tak rozjela.“

I z její výpovědi však lze interpretovat význam svědomí, který v rozhodování hraje roli. Pro tuto respondentku je důležité se pocitu zodpovědnosti vzdát. Právě otázka svědomí a zodpovědnosti nesla pro respondenty zásadní význam, a to ať u té skupiny, která zkušenost s provázením jiné osoby má, i u té skupiny, která tuto zkušenost nenese (n=6). Zmínili ji téměř všichni respondenti (n=11), přičemž pro většinu respondentů z té skupiny, která někdy jiného iniciační aplikací provedla, bylo právě svědomí jedním z nejsilnějších důvodů, pro to již nedělají (n=4).

„Měl bych pocit, že jsem ten špatnej“ (R5)

Jak již bylo řečeno, v souvislosti s doprovázením jiné osoby k první injekční aplikaci se téměř vždy objevují popisy pocitů zodpovědnosti, prožívání viny a výčitek svědomí. Respondenti tedy svou účast na iniciaci jiných vnímají jako aktivní a přisuzují jí často stěžejní význam, například v kontextu toho, že si nechtějí brát na svědomí rozvoj závislosti u dané osoby, či její sociální debakl. Typickou výpověď prezentuje například respondent č.5:

R5: „Měl bych pocit, že jsem ten špatnej, kdyby on náhodou spadl do tý jehly, zalíbilo se mu to. [...] Nevím, jak by to dával a jak by se změnil, jestli by to na něj mělo nějakou psychickou nebo fyzickou dopad, hlavně zdravotní jako, takže prostě ne.“

Nejvíce byly pocity potenciálních výčitek spojeny právě s tím, že se člověku jehla zalíbí. Respondenti tedy tomuto okamžiku dávají význam rozhodujícího momentu, po kterém iniciátor už u injekční aplikace zůstane.

R7: „To bych ani neudělal, to bych si asi neodpustil. Vím, jak to změnilo život mě, takže já vždycky těm lidem říkám, že to, že si to dávají tím nosem, ať u toho zůstanou, že to je jiný. Ale taky je to individuální. Nemusí znamenat, že když si to dá poprvé stříkačkou, tak že ho to osloví, takže mu to najednou změní život a že si to začne dávat takhle. Může to být tak, že třeba si to prostě dá a zkusí to a nic mu to neřekne. I když si myslím, že to procento je úplně nulový, protože všichni jsou nějak stejný, nějakým způsobem.“

Respondenti zde zdůrazňují vlastní zkušenost a nepředpokládají, ani si nenalhávají, že by osoba, kterou budou iniciovat, u jehly nakonec nezůstala. Tři respondenti takovou zkušenost sice zmínili, a to ve smyslu, že zkušenost s tím, že by někdo v jejich okolí injekční aplikaci pouze vyzkoušel mají, i přes to však tento argument není dostatečně silný, aby překonal zkušenost vycházející z jejich vlastního životního příběhu. Ty osoby, které zkušenost s provázením jiných osob mají (n=5) zažívají zpětně ve většině případů také pocity zodpovědnosti a viny, kterou odvíjejí přesně od toho, zda li daná osoba do injekčního braní spadla, či nikoliv.

R4: On byl taky milionářský synek a potkali jsme se pak na vazbě. Když jsem se s ním seznámila, tak to byl frajer, kterej chodil v sáčku, měl superba, byl vysmátej, a pak najednou cink a skončil na vazbě, rodiče od něj dali ruce pryč...celý to šlo do kopru. Tak když jsem ho pak viděla, tak jsem mu říkala „promiň, promiň, že jsem to vůbec do toho takhle stáhla.““

Podobnou výpověď, ač s jiným koncem nabízí respondent č. 8:

R8: „Byl to takovej zvláštní stav [...] ona má dítě s někým jiným, a asi si občas píchnou, nedávno mi říkali o stříkačky, je to třeba půl roku/rok, ale co vím, tak to spolu nedělaj, jestli si to daj, tak spíš na zvláštní příležitosti. Jsem rád že to takhle dopadlo, že se v tom nevykoupala. Víím, že sama by si to v životě nedala.

„Nechala jsem se přemluvit“ (R4)

I přes to, že morální stránka věci je pro respondenty daná, k iniciaci jiných osob dochází. Osloveno k pomoci k iniciační aplikaci bylo někdy v životě 9 respondentů, z nichž 5 iniciační dávku někdy v životě podalo. Ti respondenti, kteří byli osloveni a přes to zkušenost s iniciací jiné osoby nemají, mají vždy velmi jasno v tom, že je pro ně nepřipustné jiného iniciační aplikací provázet, a proto to také odmítli. Zbylé 2 osoby, které osloveny nebyly, mají na to, jak by na žádost reagovali také jasný názor, tedy že by odmítli. Z těch osob, které iniciační dávku poskytly, většina (n=4) hodnotí toto rozhodnutí jako něco, co by dnes již nezopakovali, nebo jako něco, co pro nese velký morální význam a považují to zpětně za problematické, či to dokonce vnímali jako problematické už v dané situaci, ale svoje hranice v tomto překročili.

Důvodem k tomu, proč na to přistoupit, byl ve 2 případech partnerský vztah, kdy partnerka respondentů iniciační aplikaci od respondentů vyžadovala.

R8: „...jsem na to přistoupil, protože jsem věděl, že to kdyžtak půjde zkusit vedle do vesnice za někým jiným. Neučil jsem jí to, párkrát jsem jí to dal. Stalo se to jen s touhle holkou, byla to moje první láska.

T: Proč bylo těžké to odmítnout? R8: Strach. Že to nebudu mít vůbec pod kontrolou.“

Tento respondent popisuje, že i přes to, že měl obavy z toho, že by jeho partnerka měla injekčně užívat, podlehl nátlaku a přemlouvání, které na něj vyvíjela. Bylo pro něj důležité, aby měl situaci pod kontrolou. Interpretovat se to dá i tak, že první zážitek, když už, tak by měl být spojen s ním, nikoliv s někým jiným. Velmi podobně toto popsal i druhý respondent.

R2: „Mám zkušenosti s mojí ženou, která brala norem a chtěla to vyzkoušet tak jako já. Když to po mě chtěla, tak jsem to striktně odmítnul, ať to prostě nedělá, protože furt sem tak náč viděl, a to si myslím do dneška, že člověk, kterej bere tak že šnupe, kouří nebo to jí, tak pořád nepoznal ještě tu drogu stoprocentně. [...] No ona mě vydírala, protože když jsem jí to odmítal, asi tři dny to vydržela, tak mi řekla, že když jí to nedám já, tak že máme spoustu známých, a že jí to určitě někdo dá. Takže tam jako, ona věděla jak na mě. Aspoň že to budu mít pod kontrolou, a tak.“

Přemlouvání patří mezi strategie, které žadatelé o injekci využívají velmi často. Tito dva respondenti vnímali jako složité svou partnerku odmítnout i na základě blízkosti, kterou vůči ní měli. I přes to, že právě to, že k druhé osobě chovali city, mohlo způsobovat větší morální rozpor než případná iniciace osoby, se kterou žádný vztah neměli, tím spíše měli pocit, že se jich daná věc týká, a že jestli v ní tedy má někdo druhý hrát roli, tak to budou oni. Respondent č.8 uvedený výše k tomu ještě řekl:

R8: „Já jsem o tom nechtěl mluvit, rovnou jsem říkal ne, když potom ty otázky přišly častěji, nebo jsem s ní řešil tu její stránku, jak to vidí, tak jsem na to přistoupil.“

Hovoří tedy o tom, že na základě diskuze, kterou se s ní rozhodl vést, se nechal přemluvit. Dále také říká, že využil vlastní zkušenost s tím, jak se cítil dříve on, když v tomto ještě nebyl zkušený. Podobné prožívání vypověděli i další dva respondenti.

*R12: Byl jsem poprošenej. [...] Protože sem to bral podle sebe. Že sem byl rád za toho kluka na tý párty. Asi jsou pro to rozhodlí a neví jak na to. Tak i když jim dám podrobněj postup, tak stejně nebudou vědět jak. Tak než aby to pos*alí uplně, nebo by někdo jinej to pos*al uplně, tak to radši udělám pořádně, ale ted' už jako poslední dobou se ze všech takových situací spíš snažim vybruslit.“*

Zde je vidět, že motiv kontroly není typický pouze pro iniciaci v párech. Nicméně primárně zde respondent jednal na základě empatie, kterou k dané osobě cítil. Podobnou zkušenost prožila i poslední respondentka:

R4: „Docela dlouho mě přemlouval [...] A prostě prosil mě, jestli bych mu to dala, já mu řekla hele já rozhodně nebudu ten, kdo ti to dá poprvý, to že bereš 8 let nosem je věc jedna, ale to že prostě ty buchny jsou fakt o ničem uplně jiným [...] Tvrdil, že ten nos, že už mu to moc nedává a že ho má samej bolák a že by to chtěl taky zkusit, a že to má rozhodně zmáklý, vždyť už to bere 8 let a o nic nejde ne. No a nechala jsem se přemluvit.“

Všichni tito respondenti tedy nejdříve vnímali pocit, že by to měli odmítnout. U všech ale následovala diskuze s žadatelem, které nakonec podlehl, z výše uvedených důvodů. Vzhledem k výše uvedenému se dá říci, že zahájení debaty na téma provázení injekční aplikace s někým, kdo o ní žádá, je samo o sobě rizikovým faktorem. Naopak u těch osob, které vypověděli, že nikdy drogu neaplikovali, se velmi často objevovalo striktní odmítání jakékoliv debaty. To poukazuje na to, že první zkušenost s injekční aplikací a pocity, které jí předcházely, jsou velmi intenzivní vzpomínkou, která do určité míry respondenty svazuje. Umí si představit, jak by bylo jim, proto podlehnou. Případně, umí si představit sílu chůlče, dovedou si představit, že by sami šli hledat jinam, ale že by také ocenili, kdyby je provázel někdo zkušený.

Ať si sežene někoho jinýho anebo ať si to nedává prostě.“ (R10)

Ve výpovědích té většiny respondentů, kteří vnímali iniciaci druhé osoby jako něco negativního, se velmi často objevoval argument, že osobou, která je bude provázet nechtějí být oni sami, ale že si má žadatel k provázení najít někoho jiného. Tyto výpovědi byly vztaženy především k těm žadatelům o iniciaci, se kterými respondenti neměli nějak blízký vztah (výše jsme mohli vidět, že v partnerských svazcích tomu bylo spíše naopak). V tomto se odpovědi štěpily do dvou směrů. Jedna skupina respondentů (n=7) vnímala iniciaci jiné osoby jako záležitost, která se jich týká pouze, jestliže danou osobu provedou přímo oni sami. Jestli daná osoba pro toto nalezne někoho jiného již nevnímali jako záležitost, která by se jich týkala. To bylo zřejmé už i z některých předchozích citací, pro doplnění ještě použiji citaci respondenta č.2, který tuto skupiny dobře reprezentuje:

R2: „Stalo se mi i že cizí člověk mi řekl, ať mu dám poprvý, tak tak to ne. To sem prostě odmít a ať se ten člověk klidně postaví na hlavu. Jestli chce začít takhle brát tak ať si začne, ale s někým jiným. Ale já jsem nikdy nechtěl mít na svědomí to, že pak ten člověk řekne, že začal brát a ukáže na mě, že jsem byl ten, kdo mu poprvé dal.“

Druhá skupina respondentů (n=4) považuje obecně iniciaci jiných osob za něco, co odsuzují i ve svém okolí, případně jako něco, co je jim nepříjemné pozorovat. Iniciace jiných osob se dotýká jejich morálního citění tedy i v případě, že by v příběhu nehráli oni sami žádnou aktivní roli.

R9: „Jo, byl a byl jsem přítomnej v tý místnosti nebo na tom bytě. Je to 50 na 50. Setkal jsem se s tím i u jiných lidí, že jako nechtěj druhý do toho uvést, ale taky sem se setkal s těma, co říkaj „joo, pojd’, dej si s náma”, a to byl pro mě třeba i důvod se s těma lidma přestat bavit.“

Zároveň však velmi často zaznívalo, že zasvěcování jiných osob se na drogové scéně děje a dělo, že je to jev běžný. Jak již zaznělo na začátku kapitoly, i v iniciaci jiných osob hraje často roli, zda li danou osobu respondenti znají, či nikoliv. Někdy také jako aspekt rozhodování hrál roli gender a věk, ve smyslu, že aplikace u cizích osob je problematictější, jestli že se jedná o osoby výrazně mladší, či ženského pohlaví. Respondent č. 2 k tomu ještě uvedl:

R2: „Někdy se i stává, že mu to lidi sami nabídnou. Hodně se to stává lidem co kouřej přes alobal, protože tam jsou velký ztráty, tak se ho lidi ptaj, proč si to nepíchá, protože z toho co koupí za 500 má něco za 300 protože mu to uteče. Častokrát jsem tohle slyšel. I když si šňupneš nebo dáš kapsli tak nemáš ztrátu, jen tím kouřením přes alobal.“

Tato citace by mohla naznačovat, že především v komunitě uživatelů heroinu, kde v době rozvinuté závislosti ekonomický rozměr hraje velkou roli, jsou skupinou ohroženou iniciací injekčního užívání osoby, které drogu kouří. Užívání drogy jiným než injekčním způsobem je samozřejmě rizikovým faktorem samo o sobě, nicméně právě jediní dva respondenti (R2, R10), kteří pravidelně užívají či užívají heroin, se na tuto ekonomickou rovinu spojenou se „ztrátami“ nejvíce zaměřovali, přičemž u druhého z uvedených respondentů byla do stejného kontextu zasazena i jeho vlastní injekční iniciace.

Další ze strategií, kterou respondenti pro odmítání žadatelů o iniciaci vnímají jako efektivní, je absolutní odmítnutí. Tato znamená to nevést vůbec žádnou diskuzi. Jak již bylo řečeno, diskuze většinou vede k přemlouvání. Odkaz na „někoho jiného“ či um striktního odmítnutí jsou jedny ze dvou nejčastěji zmiňovaných cest, kterou respondenti k odmítání používají. Rozmlouvání jako účinnou strategii nevnímají, část respondentů si myslí, že když se někdo rozhodne, cestu si už najde, dříve či později. Že by tuto strategii používal, zmínil jen jeden respondent (R9). Striktní odmítnutí však vyžaduje velmi pevné a zvnitřněné postoje a sebevědomí je prezentovat.

Shrnutí

Je zřejmé, že morální sílu uvedení někoho do injekční aplikace respondenti vnímají. V rozhodování se odrážejí od své vlastní zkušenosti s tím, jakým milníkem směrem k rozvoji závislosti a dalším negativním důsledkům pro ně zahájení injekčního užívání mělo. Ve většině se shodují, že na cestu, která následně přijde či může přijít, se nedá připravit. Vzhledem k tomu, že se často LDI vzájemně znají (nejen z drogového trhu, ale v souvislosti s touto prací i třeba přímo ze zařízení, kde byly rozhovory sbírány), se nechtějí vystavovat pocitům viny, které by měli, kdyby přišli do kontaktu s neštěstím, které po iniciující osobu po zahájení injekční aplikace následovalo. Tuto zodpovědnost by vnímali jako jejich vlastní. To přináší zajímavý rozpor mezi tím, jak vnímají svou vlastní iniciaci, kde všichni respondenti

bez výjimky rozhodnutí injekční aplikaci vyzkoušet, považují za čistě vlastní zodpovědnost a rozhodnutí. Jak je uvedeno v první části, někteří připouštějí, že vliv na ně v té době mohla mít jiná osoba, nicméně necítí vůči ní ve většině zášť, nemají pocit, že by to byla její vina, nepřikládají jí tuto zodpovědnost, kterou v případě, že by doprovázející osobou měli být oni sami, v drtivě většině sami sobě připisují.

Jak je intervence vnímána intervence Break the Cycle?

V poslední části výzkumu se zaměřím na implementaci intervence Break the Cycle. Jelikož je touto intervencí inspirován celý výzkum, v předchozích výzkumných otázkách již bylo mnoho zodpovězeno. V této třetí části se tedy věnuji tomu, jak respondenti dodržují přidružené zásady, které intervence doporučuje, tedy, jak jsou zvyklí se chovat před lidmi, kteří injekčně neužívají, zda li před nimi injekčně aplikují, či o injekční aplikaci mluví. Dále jsem se respondentů ptala na to, jak celému sezení rozuměli, jestli ho vnímají jako přínosné. Metodiku a její účel jsem jim shrnula a doptávala se jich, jestli jim přijde uplatnitelná, co jim ze sezení uvízlo v paměti, kde vnímají slepá místa, či naopak v čem spatřují výhody či využitelnost intervence.

„Když člověk o tom s někým mluví, tak musí říct pro i proti“ (R5)

Diskuze s LDNI o injekčním užívání je jeden z těch aspektů, na které se intervence BTC snaží upozornit, a která může, ať již okamžitě, či po delším čase, žádosti o iniciaci nejen provázet, ale jí i předcházet. Jak bylo uvedeno výše, většina respondentů nemá pocit, že by se striktním odmítáním, ať již pomoci v aplikaci, či obecně diskuze, měli problémy a považují to vlastně za přirozené, se o tom LDNI spíše nebavit. Těch, kteří si vybavili nějakou konkrétní situaci, kdy vedli s někým, kdo injekčně nebere, debatu na toto téma, byla menšina (n=4). Zbylí tři respondenti si všimli, že jestliže se pustí do diskuze o injekční aplikaci, těžce se jim používá pouze jedna strana argumentů. Ty benefity, které sami na injekční aplikaci vnímají (popsáno výše), je pro ně těžké neuvést, i když je jejich záměrem respondenta od užívání odradit.

R9: „Víš co já si myslím, že člověk, kterej se na to začne ptát už je stejně vnitřně rozhodnutej to zkusit.

A jenom se utvrzuje v tom, že to prostě zkusí. A moc už to není o tom, že by chtěl slyšet nějaký ne, proto se o tom s nima nebavim, protože proč mu mám něco vysvětlovat já. Jako kdyby za mnou někdo vyloženě přišel a řekl mi, že chce slyšet, abych mu vyloženě řekl, co se mi na tom líbí a co se mi na tom nelíbí, jo, tak možná ještě do toho půjdu. Kdyby to byl někdo, koho znám, že by to nebyl žádný trouba, kterému řekneš pár klamů, kdyby to byl fakt člověk, co nad tím uvažuje reálně, jestli do toho jít nebo nejít, tak mu to řeknu a vždycky to uzavřu tím “ale radši to nezkoušej”.

Jako nejzásadnější téma, o kterém se v komunitě hovoří, a který by mohl jiné lidi ovlivňovat, je téma nájezdu a euforie. Respondenti jsou na toto téma ale většinou jinými LDNI oslovoováni, nežli, že by o něm chtěli vyprávět sami od sebe. To může do jisté míry souviset s tím, že před nimi injekčně aplikují.

„Spíš byli zvědaví, taková Kelišová“ (R5)

Téma aplikace před jinými LDNI byla pro respondenty mnohem lépe uchopitelná a živější. V této otázce také mnohem více vnímali potenciál vzbuzení zvědavosti ze strany osob, které s injekční aplikací nemají zkušenost. Zkušenost s tím, že by někdy injekčně užili před LDNI, měli všichni respondenti výzkumného vzorku. Tomu, jak by mohla v kontextu sociálního učení aplikace před LDNI jiné ovlivnit, respondenti většinou rozuměli. Často zmiňovali, že aplikace před jinými může vzbudit zvědavost.

T: „Stalo se ti někdy že by sis dával jehlou před někým, kdo jehlou nebere? R9: Hele určitě jo, to bych byl pokrytec, kdybych tvrdil, že v životě ne. Asi určitě se něco takovýho stalo. T: Jaký myslíš, že to může v jiných lidech vzbudit pocity? R9: To vůbec nemám ponětí, protože se neumím úplně vžít do

toho člověka, kterej dlouhodobě užívá a ne jehlou. Ale co sem takhle postřeh, tak lidi, který eventuelně přišli s tím, že by to chtěli taky zkusit, tak přišli na základě toho, že nás viděli, jak jsme prostě dobře, jak se říká, a chtěli být taky tak dobře jako my, jenomže prostě před ten nos nebo jinou formou jim to tohle nepřinese.“

V souvislosti s injekční aplikací před LDNI se objevily také pocity studu, či obavy, že by mohlo dojít k odsouzení či znelíbení. Někteří respondenti také uvedli, že právě aplikace před jinými osobami je něčím, co v čase přehodnocují.

R1: „Ale postupem času prostě je to tak, že prostě každěj si to bereme po svém a vůbec se o tom nebavíme...jestli to má tamty výhody nebo tyhle výhody, on to bere tak, já to беру tak, oba dva jsme stejně uživatelé a prostě si to do toho nekecáme. Já si zajdu na záchod vždycky prostě a v pohodě.“

Dva respondenti však toto přehodnocení zažívají spíše opačně, a to v souvislosti s rozvinutou závislostí, kdy již kontextu braní nepřikládají takový význam.

*R7: „Když jsem byl jedinej, kdo bral jehlou, tak mi to bylo trapný před nima. Takže jsem to nedělal. Když jsem sám tak klidně si to rozdělám na silnici, oni lidi nekoukaj, ono jim je to jedno. Ale dřív jsem nadával na tyhle lidi. Dřív sem měl potřebu někam zalízt, ale to taky už nějak zmizelo. Třeba se někam schovat a neotravovat svejma sra*kama ostatní.“*

Dále bylo zmiňováno, že to, zdali před LDNI injekčně užijí či nikoliv, rozhodnutí podle toho, zda li ty osoby znají. Pokud je znají, je spíše pravděpodobné, že před nimi užijí. Nicméně často se prý otočí, či jdou stranou. Tudíž injekční užívání zcela neskrývají, ale ani nevystavují. Považují to buď za symbol ohleduplnosti, či za nástroj k vlastní intimitě.

Názory respondentů na intervenci

Respondenti považovali určité zásady intervence za něco, co je na drogové scéně již nějak nastavené. Především pak v případě přímého zasvěcování jiné osoby a její pomoci k aplikaci.

R7: „To si ale myslím, že je v podvědomí všech lidí, co užívaj drogy, co znám teďka. V té době tenkrát to nebylo. To bylo po revoluci, to bylo taky o něčem jiným, to člověk věděl prd, ale teď si myslím, že je to víc v podvědomí.“

Někteří během rozhovoru našli ale jiný pohled na to, co mohou jiné osoby prožívat, když před nimi někdo aplikuje či o injekční aplikaci hovoří. V závěru rozhovoru někteří rozhodli, že nejjednodušší se jeví se o tom s lidmi vůbec nebavit, ač praktické dodržování vnímají jako komplikované především ve svém blízkém okolí.

R9: „Pak když je člověk s někým sblíženěj, a on se ho zeptá, to to už je zas kus od kusu to okolí, ale prostě je těžký to neříct, tak jak to je. Když už o tom s člověkem mluvím. Je to těžký, když ta otázka přijde, asi se dá říct, hele já o tom nechci mluvit. Asi je to jeden z mála možnejch způsobů.“

Rozšířený byl také však názor, že jestliže se již člověk o injekční aplikaci zajímá, je vlastně rozhodnut a ostatní osoby na to již nemají vliv.

R2: „Určitě by to asi jako pomohlo, ale stejně by to finální výsledek nezměnilo. Podle mě by to jenom pomohlo v tom, že člověk kterej by bral nosem a nikdo by si před nim nedával tou jehlou, tak pokud by takovejhle člověk o tom začal uvažovat, že by to mohl zkusit injekčně, tak člověk kterej o tom takhle začne uvažovat, tak je to jen otázka času. Je nereálný, aby člověk kterej bere to neviděl, tomu se nevyhne.“

Jak říká respondent č.2, tak to vnímala velká část respondentů. Dá se říci, že respondenti vnímají intervenci jako smysluplnou, nicméně si nedovedou představit, že by své chování změnil tak velký počet lidí, aby se to v drogové komunitě dostatečně projevilo. Vliv intervence na respondenty samozřejmě není možné posuzovat tímto způsobem. Někteří respondenti měli například pocit, že se v současné době s žádnými LDNI nestýkají, a proto neměli pocit, že by to pro ně bylo aktuální. Zároveň však z výsledků vyplývá, že respondenti jsou si po rozhovoru základních mechanismů vědomi.

R11: Opice taky odkoukávají od sebe. To je ta socializace. To, co vidím od rodičů, aspoň něco si z toho vezmu. [...] Myslím, že by to mohlo ovlivnit. Ale zakázaný ovoce taky nejlíp chutná. Ale asi by to nebylo tak rozšířený. Myslím si, že kdybych potkala tenkrát někoho jinýho, že by mohlo být všechno jinak.“

Diskuze a doporučení

Možné limity výzkumu

Výzkumný vzorek činil 12 osob, z nichž pouze 2 byly ženy. Otázka genderu se v adiktologii jeví jako stále více důležitá, vývoj a cílení specifických intervencí, které se na genderové charakteristiky ohlížejí, nelze opomíjet. Zároveň se jedná o oblast, která je například právě v kontextu iniciace injekčního užívání opředena mnoha leckdy si odporujícími hypotézami. Mezi klienty kontaktního centra se k ženskému genderu identifikuje $\frac{1}{4}$ klientek (SANANIM, 2020). Větší zastoupení žen ve výzkumném vzorku by tak mohlo nabídnout možnost hlubšího probádání rozdílů ve vnímání problematiky mezi muži a ženami, které současný vzorek tolik neumožňuje. V případě dalšího pokračování výzkumu považuji za užitečné dát genderovému zastoupení ve vzorku vyšší prioritu a pokusit se identifikovat případná specifika, která se od něj odvíjejí.

Metoda sběru dat pomocí polostrukturovaných rozhovorů v podobě individuálního rozhovoru mezi mnou a respondentem se ukázala pro účely této práce jako vhodná, respektive tento přístup je i pro provádění samotné intervence standardizován (Hunt et al., 2009). Otázkou je, zdali by pro podobný záměr výzkumu nepřinesla živější data například metoda ohniskových skupin, tuto modifikaci intervence BTC taktéž umožňuje.

Analýza dat pomocí IPA byla zvolena především z důvodu, že bylo předpokládáno, že výstupy z rozhovorů budou mít charakter velmi jedinečných prožitků a zkušeností. S ohledem na finální výsledky se zdá, že by mohly být použité i jiné typy zpracování textu (například tematická analýza či zakotvená teorie). S ohledem na zvolenou metodu zpracování textu vnímám vlastní rezervu ve svých schopnostech doptávat se respondentů na hlubší prožitky. Interpretativní fenomenologickou analýzu je obvykle také doporučováno provádět více osobami, které získaná data analyzují zvlášť a své poznatky pak vzájemně srovnávají. Tím se dosahuje vyšší validity dat. Vzhledem k charakteru práce tomuto nebylo možné dostat. Výsledky výzkumu jsou tedy jistě ovlivněny mnou, jakožto tazatelem. Toto potenciální zkreslení je faktorem, se kterým kvalitativní výzkum obecně počítá, ačkoliv zde nelze opomenout apel na to, aby se autor o objektivitu pokusil. Výstupy tedy samozřejmě nemohou být považovány za přesnou výpověď o realitě, nicméně nám mohou pomoci se lidem reprezentujícím cílovou skupinu přiblížit a lépe tak pochopit významy, které tito lidé svým zkušenostem přiřazují (Čermák & Kostínková, 2013; Miovský, 2006).

Ačkoliv jsem se vzhledem ke zvolenému způsobu analýzy IPA v analýze dat snažila odprostit od teoretických znalostí a soustředit se pouze na to, jaký význam určitým jevům dávají sami respondenti, výsledky studie v mnohém výsledky zahraničních studií podporují. Dalším limitem, který vnímám, je malé zastoupení ženských respondentek. Vyšší účast žen by mohla přinést větší možnosti ve zkoumání genderových specifik.

Dalším limitem může být způsob, jakým byl rozhovor veden. I přes mé vzdělání v oblasti motivačních rozhovorů se mohli respondenti obávat morálního odsouzení. I přes to, že jsem na to, jaké jsou účely práce a na to, že není mým úkolem nikoho hodnotit upozorňovala, především v části, kde jsme se věnovali iniciaci jiných osob, by mohl stud respondentů jejich výpovědi zkreslit. Jak již bylo řečeno ve výsledcích, respondenti morální povahu provázení jiné osoby k iniciaci vnímají. I přes to, že jsem se s respondenty znala, rozhovory byly prováděny ve známém prostředí a elementární důvěra zde byla nastavena už je jejich souhlasem s účastí ve výzkumu, potažmo nahráváním, na jejich výpovědi mohl mít vliv.

Spornou otázkou je také právě vztah můj, jakožto zaměstnankyně centra, a respondentů. S některými jsem se znala lépe a s některými méně, asi nelze přesně zhodnotit konkrétní aspekty vlivu vztahu mezi klientem a pracovníkem, nicméně je nutné s ním počítat. Zároveň jsem však během sběru dat nabyla dojmu, že právě vytvořený vztah, který jsem s některými respondenty měla, průběh rozhovoru, potažmo intervence, ovlivnil spíše pozitivně (více rozvedu níže).

I přes vše zmínění považuji způsob sběru dat i využití metody IPA jako legitimní vzhledem k specifickému tématu i cílové skupině.

Intervence Break the Cycle

Cílem diplomové práce bylo kromě sběru dat také využít výzkumný rozhovor jako příležitost pro provedení modifikované verze intervence.

Nutné je zde říci, že tato zkrácená a upravená verze sice vznikla na základě oficiálního manuálu a ověřených postupů, nicméně vzhledem k její úpravě, která reagovala především na výzkumný potenciál sezení, se nedá tvrdit, že by intervence byla provedena v celé šíři. Okruh otázek byl zestručněn do podoby, která spíše umožňovala sběr dat, přičemž například okruhy týkající se modelace situací odmítání asistence u iniciace druhé osoby byly využity jen okrajově. Intervence BTC je v tomto velmi flexibilní a modifikace umožňuje, v teoretické části byly některé z nich i popsány (např. Des Jarlais et al., 2019), na druhou stranu její mnou upravená verze neprošla žádným typem supervize, stejně jako průběh sezení. Já mám jakožto pracovník kontaktního centra vzdělání v oblasti harm reduction a motivačních rozhovorů, které jsem při intervenci využila, zároveň oproti výše zmíněným modifikacím ze světa se zde nedá tvrdit, že by tato diplomová práce mohla s jistotou kopírovat výstupy zveřejněné v rámci implementace této intervence ve světě (např. Des Jarlais, 2019; Hunt et al., 1998, 2010; Zheluk & Burrows, 2017), a to jak vzhledem k absenci oficiálního školení či supervize, ale také například vzhledem k velikosti vzorku, který je v mé studii omezen na 12 osob. Jako jeden z nejpodstatnějších nedostatků pak ale vnímám především absenci evaluace. Ve zmíněných zahraničních studiích docházelo po určité době k follow-up sezením, díky kterým bylo možné zaznamenat případné dopady intervence. V mé diplomové práci k tomuto zpětnému sledování nedošlo, a to především z důvodu omezených časových, ale i kapacitních důvodů.

V ČR zatím také neexistuje odborné vzdělávání, které by pracovníky v intervenci BTC školilo. V případě, že by bylo možné zapojit více odborníků a také respondentů, by bylo možné naplánovat kampaň o větších rozměrech, která by umožnila publikovat více validní zprávu o implementaci BTC v českém prostředí. Jiný kontext by umožnil například finanční odměny za účast pro respondenty, které by mohly mít motivační charakter směrem k jejich opakované účasti, aby se lépe ošetřila možnost evaluace. Výstup z této diplomové práce by tedy mohly plnit roli jakéhosi „výkopu“ v implementaci intervence BTC do běžné práce nízkoprahových harm reduction programů. To, že by tato intervence byla vhodná pro použití i v českém prostředí, ve výstupech své diplomové práce shrnuje také například Petr Pavlíček (2020). Jako poučení pro její implementaci do budoucna vnímám toto školení a vzájemné sdílení dobré praxe jako poměrně zásadní.

Co se týče provedení samotné intervence, během mnou provedených rozhovorů jsem u některých respondentů vnímala pocity studu. Především se tak dělo během dotazování na jejich zkušenosti s tím, že by iniciovali druhou osobu. Na jednu stranu je to zpráva o tom, že provázení nezkušené osoby iniciací je vnímáno jako něco negativního, což do jisté míry může podporovat vyhýbání se tomuto chování na drogové scéně. Na druhou stranu to může být zpráva o tom, že respondenti mohou předpokládat určité odsouzení, jestliže by měli iniciaci druhé osoby přiznat. Je zde

velmi důležité respondentům celou problematiku i účel sezení dobře vysvětlit, čemuž jsem podstatnou část každého sezení věnovala. Je ale možné, že i přes to se mi nepodařilo nastolit takovou atmosféru, ve které by se všichni respondenti mohli zcela otevřít. Sama v tomto vnímám velmi významnou roli vztahu. Z mé zkušenosti bylo pro obě strany příjemnější rozhovor provádět s těmi klienty, které jsem ze své individuální práce již lépe znala a měli jsme již vypracovanou určitou míru bezpečného vztahu. Díky tomu se jistě snižovala míra obav z případné „špatné odpovědi“. Nedá se samozřejmě tvrdit, že by to platilo výlučně – někteří respondenti už jen svým zájmem o účast ve výzkumu stvrzují, že jim nečiní větší obtíže o sobě samých mluvit; ale v případě, že byl rozhovor prováděn s klienty v rámci již vytvořeného vztahu se stud neobjevoval tak často. Roli zde samozřejmě mohlo hrát i to, že bylo celé sezení nahráváno, což celý setting také významně proměňuje. Jako jeden ze závěrů této práce tedy vnímám jako užitečné do budoucna intervenci v českém prostředí, kde je míra stigmatizace osob užívajících drogy injekčně vysoká, uplatňovat intervenci především v rámci individuálního plánu mezi garantem a jeho klientem, a zvýšit tak bezpečnost celého provedení intervence a zároveň, snížit riziko pocitu stigmatizace či odsouzení směrem od zařízení, ve kterém by z podstaty věci k ničemu takovému docházet nemělo. Jak vyplynulo z mého výzkumu, klienti těchto služeb nejsou v NSPs o tématu provázení jiných osob, ale ani o své vlastní zkušenosti s iniciací zvyklí mluvit. Efektivita intervence ale samozřejmě nespočívá v tom, zda li se intervenované osoby významněji otevrou pracovníkovi ohledně toho, jakou roli sehráli v iniciaci druhých osob, její efekt spočívá především v uvědomění si mechanismů sociálního učení; zároveň ale vnímám, a to především z etického hlediska, setting provádění intervence jako zásadní, na což v širším kontextu upozorňuje například i Brener, Spooner a Treloar (2010).

V tomto kontextu by mohlo být faktorem zvyšujícím kvalitní průběh intervence i její efektivitu i to, že u klientů, se kterými je již navázán vztah, můžeme lépe předpokládat jejich postoje vůči zásadním bodům intervence. Jak bylo publikováno v první evaluaci BTC (Hunt et al., 1998), v některých případech jsou postoje respondentů vůči iniciaci jiných osob či dalším zásadám BTC již vytvořené a pevné. Hunt a kolektiv (1998) zde tedy uvádějí doporučení v rámci rozhovorů, které samotné intervenci předcházejí, tyto postoje mapovat a individuálně pak její průběh upravit. Její provádění ve spolupráci s osobami, se kterými je již navázán vztah by toto doporučení mohlo naplnit. Na druhou stranu je zřejmé, že intervence vykazuje efektivitu i v settingu, ve kterém byla prováděna v minulosti, kde většinou rozměr vztahu naplněn nebyl (výjimkou je zde jen studie Zheluk & Burrows, 2017). Toto doporučení tedy prezentuji jako svůj pohled na dobrou praxi pro použití v ČR, které by mělo být podrobeno další odborné diskuzi.

Oproti tématu přímého provázení, které bylo pro respondenty dobře uchopitelné, jsem se v průběhu sběru dat setkala s tím, že pro respondenty bylo obtížné uchopit téma diskuze o injekčním užívání s lidmi, kteří tímto způsobem neužívají. Sdílení zkušeností na toto téma patřilo k nejvíce strohým částem výzkumu. Způsobeno to může být například tím, že respondenti nevnímají diskuzi na toto téma jako nějak významnou, a nemuselo jim být jasné, proč jsou na toto doptáváni. To, že se o drogách a jejich aplikaci v komunitě diskutuje, může být natolik běžnou záležitostí, že jí to může činit zdánlivě nevýznamnou. Druhým vysvětlením může být také to, že se respondenti s LDNI ve větší míře či settingu, který by tuto debatu dovolil, nesetkávají.

Hunt a kolektiv (2009) zmiňují, že intervenci je možné distribuovat také skupinovou formou, ačkoliv tuto alternativu nevnímají jako možnost první volby. Já možnost intervenci provádět formou focus group považuji jako jednu z legitimních možností. Vzájemné sdílení zkušeností umožňuje vyjádření těm, kteří se na to cítí, přičemž má efekt i na naslouchající jedince. Dynamika skupiny může dopomoci rozpracovat určitá témata i za hranici toho, kam se intervent, který nemá vlastní zkušenost s

injekčním užíváním, nemusí dostat. V kontextu teorie sociálního učení zde z mého pohledu může síla skupiny vytvořit zajímavý prostor, jak intervenci uchopit, a to jak pro zainteresované osoby, tak pro pracovníky služeb. Pro potvrzení této teze by však bylo nutné podobnou studii v tomto settingu zopakovat.

Obecně lze tvrdit, že téma iniciace injekčního užívání není v kontrastu s tím, o jak rozsáhlou a závažnou problematiku se jedná, v zařízeních harm reduction dostatečně oslovováno (Brener, Spooner & Treloar, 2008; Hunt et al., 1998; moje zdůraznění). Respondenti ve výzkumu často zmiňovali, že o tématu vlastní iniciace ani o tématu provázení druhých osob dlouho s nikým nemluvili, jestli vůbec. Z hlediska rizik a možného preventivního působení by se na toto téma však nemělo zapomínat, přičemž z výsledků výzkumu a z průběhu rozhovorů usuzuji, že intervence BTC je smysluplná a její smysl je vnímán i samotnými respondenty. Jak jsem již uvedla, mnohem směrodatnější by bylo zkoumat, jak se po delší časové prodlevě proměnily konkrétní zkušenosti a postoje směrem k tématům, kterým se věnovaly předchozí výzkumné podotázky a kategorie. Většina těchto změn pak samozřejmě probíhá spíše nevědomě. Nicméně reflexe respondentů alespoň částečně poukazují na to, s jakým závěrem byly ukončena jednotlivá sezení.

Iniciace injekčního užívání

Moment první injekční aplikace je významným milníkem života i drogové kariéry respondentů. V průběhu rozhovorů se podařilo některým respondentům uvědomit si roli jiných osob v jejich vlastním příběhu. Právě tento mechanismus má potenciál být nositelem změny. Většinu respondentů jejich vlastní iniciací provázela druhá osoba přímo, všichni respondenti také někoho, kdo injekčně užívá, před vlastní iniciací znali. Tyto výsledky jsou shodné se studiemi ze zahraničí, kde se spojitosti s injekčním užíváním se většina dostupné literatury věnuje jejímu sociálnímu charakteru, který předkládá iniciaci injekčního užívání jako proces, ve kterém je vliv okolí stěžejní veličinou (např. Harocopos et al., 2008; Rhodes et al., 2011). Výsledky mého výzkumu nejsou s těmito tvrzeními v rozporu, ba naopak. Je zcela evidentní, že iniciace respondentů téměř vždy navazovala na předchozí expozici injekčnímu užívání v jejich okolí, v některých případech pak dokonce respondenti explicitně socializační charakter jejich iniciace vyjádřili. I přes to, že většina respondentů byla při své první injekční aplikaci doprovázena druhou osobou, vnímají tento moment jako vědomé rozhodnutí, přičemž apel na vlastní zodpovědnost se zde jeví jako důrazný, a to i v těch kontextech, kdy je z příběhu vliv druhé osoby evidentní.

Výsledky výzkumu ukazují, že vztahový rozměr provázející iniciaci injekčního užívání hraje poměrně významnou roli pro celou podobu procesu, jestliže byla droga poprvé injekčně užitá v dyádě. Jestliže mají dvě osoby blízký, nejčastěji milostný vztah, akt iniciace, i kdyby jen jednoho z nich, nese význam přiblížení se, který dodává jinou hodnotu celému vztahu, spíše, než že by byl narativizován jako něco, co přináší výhody danému jednotlivci. Výsledky zároveň podporují tezi, že partnerský vztah s LDI je rizikovým faktorem pro jejich partnery, a to bez ohledu na pohlaví, tedy, že i ženy mohou své partnery, či sebe navzájem, iniciovat (např. Boivin, Leclerc & Roy, 2010; Bryant & Treloar, 2007) – více dále.

U těch respondentů, kteří iniciovali bez těchto vztahových okolností, se spíše objevují více argumenty odkazující na samotné prožívání daného stavu a případně na změnu identity v kontextu sociálním, skupinovým. Ta nese dva významy. Jeden dopomáhá k vlastní identifikaci se skupinou, ale i se sebou samým v roli někoho, kdo se rozhodl pro život s drogou, na základě benefitů, které mu může injekční způsob podání přinést. Zároveň se ale sociální transformace ve výpovědích respondentů objevuje i v negativní konotaci, kde vypovídají o následném ztížení jejich socio ekonomické situace, ale

i o změnách ve vnímání sebe sama, například ve smyslu potvrzení závažnosti jejich závislosti, nebo ve smyslu identifikace se světem „feťáctví“. Injekční užívání je i u většiny respondentů považováno za jev odklánějící se od „normy“. S tímto narativem se můžeme setkat jak v diskuzích široké veřejnosti, tak i u samotných LDI. Vyjadřuje nastavení sociální rozdílnosti mezi „normálními“ lidmi a lidmi užívajícími drogy injekčně. Nejčastěji jsou v narativu samotných LDI spjata s charakteristickým vystavěním se riziku a tělesným sebepoškozováním (Fitzgerald et al., 1999). Petr Pavlíček (2020, str. 42) ve své diplomové práci, která je jednou z velmi mála publikací v češtině, která se tématu iniciace injekčního užívání také věnuje, zde k tomuto říká: „*Jak totiž upozorňuje například Girtler či Goffman, stigmatizovaní jedinci či členové tzv. okrajových sociálních kultur, kam lidé užívající nelegální návykové látky dle mého názoru patří, ve svých oficiálních výpovědích či postojích často užívají „nálepky“ (labelling), kterou jim nestigmatizovaní jedinci / jedinci mimo okrajovou kulturu dávají.*“

Pro ilustraci zde použiji ještě jednu citaci z rozhovorů, která již ve výsledcích práce byla částečně použita:

R7: „*A nějakým způsobem mi to teda dal a bylo to super, ale neuvědomil jsem si tenkrát kam mě to jako zařadí.*“

T: „*Co to znamená?*“

R7: „*No že mě to jako zařadí..no že to bude prostě ještě horší, jako by to užívání těch drog a v té společnosti, mezi ty lidi, prostě...nejpodradnější feťáky. Protože tím noseš si to dává spousta lidí v pátek sobotu a nic se neděje, ale tou stříkačkou je to takový jinačí.*“

T: „*A v čem?*“

R7: „*No zaprvý v tom, že není normální do sebe píchat železo, já teď mám ještě problém v tom, že jsem závislej zaprvý na tom vpichu toho železa do toho těla a zároveň na tom pervitinu. To je ten rozdíl.*“

Typické prvotní vnímání jehly jakožto něčeho deviantního a patřícího do světa osob na pokraji společnosti je popsáno v zahraničních studiích, a i výsledky tohoto výzkumu je podporují. Tento proces sociální transformace popsali i zmínění Fitzgerald a kolektiv (1999). V jejich studii zaměřené především na význam „nájezdu“ jakožto stěžejního symbolu celého procesu transformace je odkazováno na starší výzkum Des Jarlaise a kolektivu (1987), kde právě obavy ze sociální degradace a rozvoje závislosti autoři označili jako jeden z hlavních argumentů proč mají LDNI důvod injekční aplikaci nevyzkoušet. Fitzgerald et al. (1999) na tomto místě oponují právě významem nájezdu, který je jedním z hlavních motivačních prvků při rozhodnutí se do světa injekční aplikace vydat, a který má potenciál tyto obavy přehlušit. Zvědavost na zážitek nájezdu jakožto jednoho hlavního důvodu, proč iniciovat, se potvrdil i ve výzkumu této práce.

Oproti výše zmíněnému však z výsledků mého výzkumu interpretuji také právě vztahový rozměr uvedený výše, ke kterému bych se zde ráda vrátila. U osob iniciujících v přítomnosti blízké osoby významově zvědavost po nájezdu tento vztahový argument převyšoval. Právě téma cílených intervencí na iniciaci injekčního užívání v párech představuje prozatím spíše nepropustnou kapitolu, jejíchž limitů se dotkli i autoři intervence Break the Cycle (Hunt et al., 2009). Ve výsledcích mého výzkumu byly z celkově 4 respondentů, kteří poprvé injekčně užili v dyádě, 2 ženy, které zároveň jako jediné ze všech 12 respondentů neuvedly žádné jiné důvody, proč pro ně byla injekční aplikace lákavá a ve svých výpovědích nabídly pouze tyto vztahové argumenty. Jak již bylo řečeno, pro závěry

s genderovým nádechem nemusí být vzorek dvou žen dostatečný, ale i ohlédnuvši od tohoto, stále zde můžeme identifikovat významnou rizikovou oblast, nejen stran iniciace a absenci specifických intervencí, ale i ve vztahu k prevenci šíření infekčních onemocnění. Respondenti zde totiž také zmiňují, že blízkost hrála při tomto momentu tak významnou roli, že neměli obavy ani ze sdílení stejné jehly, případně druhému důvěřovali, že injekční set, který je jim nabízen, je bezpečný (např. R1, R4, R8). Tento jev vzájemného sdílení injekčních pomůcek se objevuje při iniciaci v partnerské dyádě velmi často (Guerras et al., 2021; Race et al., 2021; Scheibein et al., 2020), což tedy respondenti, kteří užili právě v přítomnosti blízké osoby, potvrzují.

Důležité je v návaznosti na předchozí odstavce také zmínit, že překročení vlastních hranic popsané výše, nese pro respondenty určitý rozpor, jež mnohdy vysvětlují mimo jiné i slovy odkazujícími na to, že je to v jejich povaze, jít do rizika, nechat se ovládnout zvědavostí, či „skákat do věcí po hlavě“. Jak již bylo řečeno, i přes složité procesy, které se uvnitř respondentů před první injekční aplikací odehrávaly, vnímají často finální rozhodnutí jako přirozené vyústění. Kromě praktických a vztahových benefitů zde leckdy popisují spíše určitý typ rozporu, který vedou se sebou samými. Náhled na toto téma nám může poskytnout mimo jiné například autoregulační teorie závislosti, kde můžeme zahájení injekčního užívání chápat jako „*selhání vnitřních strategií nutných k sebekontrolě, jako způsobu obrany proti bezprostředním impulsům a tužbám stojícím v pozadí závislostního chování*“, kdy tedy jedinec není již ze své podstaty příliš chopen plánovat věci do budoucna a generovat tak dostatečně silnou motivaci pro vyhýbání se riziku (West, 2016, str.51). I toto může být výsledkem podporujícím tezi, že podporování těchto seberegulačních mechanismů, nácvik a modelování situací, které přináší i intervence BTC, může být vhodným prostředkem pro jejich posílení.

Za poměrně specifický výstup této studie považuji to, že tak významnou roli při rozhodování k tranzici na injekční užívání hrál roli předchozí diskomfort a bolest. Nevyhovující způsob předchozí aplikace lze v bádání po argumentech podporujících tranzici na injekční užívání jistě dohledat – spíše v konotacích upozorňujících na ekonomickou nevýhodnost inhalace, nižší absorpci a pomalejší nástup účinku (například Guise et al., 2017; McBride et al., 2001; Strang et al., 1998) nicméně bolest a diskomfort způsobený intranazálním užíváním pervitinu, ač se tento výstup může zdát banální, vnímám jako něco specifického právě pro české prostředí, kde metamfetamin jako iniciační droga významně převládá. Z hlediska prevence iniciace injekčního užívání je nutné vnímat intranazální uživatele pervitinu jako významnou rizikovou skupinu. Z hlediska harm reduction služeb vnímám jako stěžejní s touto skupinou o alternativních způsobech užívání taktéž hovořit. Nabídku kapslí, alobalu či rektální aplikace není třeba chápat jen jako alternativu k injekčnímu užívání, ale taktéž jako alternativu právě k sniffingu, jež je v kontextu výpovědí respondentů v této práci vnímán z hlediska diskomfortu jako nejproblematictější. Nabízí se otázka, zda li by v nabídce výměnných programů nenalezly místo například preparáty podporující hojení nosní sliznice. V praxi je běžné nabízet volně prodejné masti, které injekčně užívající klienti nízkoprahových služeb využívají pro zmírnění méně závažných důsledků způsobených vpichy, přičemž v případě intranazálního způsobu podání se kromě nabídky sterilních aplikátorů v nabídce výměnných programů s prostředky cílenými na zmírnění potíží způsobených sniffingem nesetkáváme.

Zajímavé je, že ačkoliv z literatury vyplývá, že první injekční aplikace je často neplánovaná (např. Brener, Spooner & Treolar, 2010; Crofts et al., 1996), ve výzkumném vzorku její vědomé plánování vypověděla polovina respondentů. Tito respondenti zároveň vypověděli i vyšší míru zájmu o harm reduction a metody bezpečnějšího užívání. Spíše než ostatní respondenti měli obavy z infekčních onemocnění a znali místa, kde si zajistit čisté injekční sety, respektive toto téma spíše sami spontánně

oslovovali. Jakási úplná neplánovanost, která se v literatuře často objevuje, se v mém výzkumu nepotvrdila (oproti například Brener, Spooner & Treolar, 2010; Crofts et al., 1996; Pavlíček, 2020)

V krátkosti bych se zde ještě vrátila k výše uvedené citaci z rozhovoru s respondentem č.7. Z výše zmíněné citace mimo jiné totiž viditelně vystupuje téma fixace na jehle. Tu spontánně a explicitně během rozhovoru zmínili 3 respondenti. Vzhledem k tomu, že se nejedná o ústřední téma této práce ji ve výsledcích více nerozpracovávám, nicméně významný vliv návyku na injekční užívání, ať již z důvodu farmakologických účinků injekčně podané drogy, či z důvodu samotného vpichu je z výsledků zřejmý (více např. McBride et al., 2001; Sklenář, 2014).

Co se týče tématu iniciace druhých osob, postoj k provázení nováčků je respondenty vnímán spíše negativně. Kromě jedné respondentky v tomto jednání spatřují všichni respondenti jakousi morální hranici. To podporuje tezi, že LDI jsou potenciálními nositeli jakési „drogové etiky“ uvnitř komunity, jejíž šíření má přirozený charakter. Z tohoto pohledu lze tedy říci, že jsou zároveň i otevření tomu se podílet na kultuře nepodporující iniciaci injekčního užívání, například právě ve formě distribuce zásad intervence BTC. Ta z předpokladu, že LDI vůči zasvěcování nezkušených osob zastávají negativní postoj přímo vychází a závěry mého výzkumu tak s těmi zahraničními (i s jediným českým) souhlasí (např. Hunt et al., 1998, 1999a, 2009; Guise et al., 2017, Mittal et al., 2019; Pavlíček, 2020). To potvrzují i příběhy dvou respondentů (R4, R9), kteří osobě, která je provázela iniciací, lhali, že již zkušenost s injekčním užíváním mají, protože tušili, že jinak by jim v jejich žádosti nebylo vyhověno. Zajímavý je zde evidentní rozpor mezi tím, že respondenti přijímají případnou zodpovědnost za iniciování druhé osoby, a leckdy ji spojují s výraznými výčitkami, přičemž vlastní iniciaci prováděnou někým jiným vnímají jako zodpovědnost pouze vlastní. Zároveň zde vyčnívá, že jak respondenti, tak lidé v jejich okolí, kteří třeba dopomohli iniciaci právě u participantů, často „podlehli“ nátlaku. Z toho soudím, že jako velmi využitelná část intervence BTC je pro naše podmínky především ta část, kde se pomocí modelování posilují schopnosti a kompetence odmítání sehrát v iniciaci druhého roli.

Z výsledků zároveň nelze očekávat, že by respondenti cizího člověka k injekčnímu užívání vyzývali, ale zároveň ani nelze očekávat, že by ho odrazovali. Odvíjí se to od vlastní zkušenosti, kdy je iniciace důrazně vnímána jako vlastní rozhodnutí. Jestliže daný člověk již rozhodnutí učinil, rozmlouvání dle respondentů nemá smysl. Jestliže ještě rozhodnutí není, není etické ho k injekční aplikaci přemlouvat, jelikož subjektivně vnímané benefity, pro které se sami respondenti rozhodli hranici překročit, nemají zároveň tak silnou váhu, aby učinily negativní následky nevýznamnými. Tyto negativní následky jsou zároveň vnímané jako něco zákonitého. Toto podporuje tezi, kterou intervence založené na zvědomení procesů sociálního učení razí, tedy, že účinnější se jeví působit preventivně ještě před tím, nežli jsou LDNI exponovány chování spojeným s injekčním užíváním (Hunt et al., 1998).

Jestliže se vrátíme k analýze dostupných preventivních kampaní, které publikoval Werb a kolektiv (2013), vnímání problematiky samotnými respondenty poukazuje na to, že intervence založené na rozmlouvání či odstrašování, popřípadě kampaně využívající například letáky poskytující informace o možných negativních důsledcích injekčního užívání, nemají vzhledem k tomu, že proces rozhodování byl již u nezkušených osob zahájen, takový vliv. I přes to, že poskytování pravdivých informací o možných rizicích je neoddiskutovatelnou součástí prevence, respondenti se shodují, že vlastní zkušenost a následný vývoj jejich životního příběhu je něčím, na co se nelze připravit, a co nelze bez vlastní zkušenosti ani dobře předat. Z toho tedy vyplývá, že právě působení na chování komunity LDI může mít potenciál zredukovat ty nevědomé procesy, které s iniciací injekčního užívání souvisejí, a tím lépe působit právě na ty osoby, které k procesu rozhodování zatím nedošly, spíše nežli se snažit o vyvrácení

již vzniklých motivačních mechanismů, které iniciaci zpravidla předcházejí. Jak se ale shodují respondenti mého výzkumu, expozici injekčního užívání se na otevřené drogové scéně vyhýbá jen ztěží.

Jako konkrétní preventivní nástroj zde tedy nelze opomenout zřizování aplikačních místností, jejichž efekt je právě i v kontextu iniciace injekčního užívání v zahraniční literatuře často zmiňován (např. Bluthenthal et al., 2015; Mittal et al., 2019; Simpson et al., 2020, Pijl et al., 2021). Pro konkrétní situaci České republiky vnímám zřízení těchto zařízení jako jeden z významných racionálních kroků, který lze směrem k prevenci iniciace injekčního užívání učinit. Vzhledem k dlouhodobým obtížím v jejich realizaci však peer-to-peer intervence, které je možné distribuovat již vzniklou a stabilní sítí harm reduction programů, vnímám jako minimum, které můžeme jako odborníci aktivní na poli závislostí učinit.

Závěr

Tato práce se věnuje tématu iniciace injekčního užívání v českém kontextu, jemuž nebylo doposud věnováno v českém jazyce příliš publikací. Tato práce přináší souhrn poznatků o iniciaci injekčního užívání za zahraničí a také připomíná možné preventivní strategie, které je možné v rámci terapeutického kontinua využívat. Ačkoli předběžné údaje jasně naznačují, že LDI hrají ústřední roli při usnadňování zahájení injekčního užívání u jiných osob, přetrvává kritická mezera v programech zaměřených na tuto praxi. Jednou z možností, jak se tuto mezeru pokusit zaplnit je distribuovat peer to peer intervence pomocí harm reduction programů. Jednou z takových je i intervence Break the Cycle, která se v zahraničí ukázala jako efektivní.

Cílem této práce bylo prozkoumat zkušenost respondentů s jejich iniciací injekčního užívání, prozkoumat jejich zkušenosti s iniciací jiných osob a implementovat intervenci Breakt the Cycle a tím prozkoumat možnosti jejího uplatnění pro české prostředí. Tyto cíle byly naplněny.

Výzkumné rozhovory v této práci byly na metodice Break the Cycle založeny. Ačkoliv nebyla posléze provedena evaluace těchto intervenčních rozhovorů, jejich výzkumný charakter dopomohl k získání dat o procesu iniciace injekčního užívání. Intervenční výzkumné rozhovory byly provedeny ve spolupráci s 12 respondenty. Výsledky této práce podporují data, které se této oblasti věnují v zahraničí. Respondenti studie svou zkušeností podporují tezi, že injekční užívání je chováním, které má sociální a socializační charakter. Všichni respondenti znali někoho, kdo injekčně užíval, ještě před tím, než sami injekční aplikaci vyzkoušeli. Většině respondentům (n=10) také někdo k iniciační aplikaci pomohl. I přes to, že rozhodnutí zahájit injekční užívání považují za vlastní rozhodnutí, sami by cítili zodpovědnost, jestliže by se měli stát těmi, kdo k injekční aplikaci budou doprovázet osoby jiné. I tuto zkušenost však respondenti mnohdy mají, leckdy je výsledkem určité formy nátlaku. Nápomoc k iniciaci druhé osoby nese v komunitě osob užívajících drogy injekčně významnou morální hodnotu. Respondenti se shodují, že zahájení injekčního užívání je momentem, který znamená milník jejich drogové kariéry, potažmo jejich socio-ekonomické situace a zdraví. Jako oblast, na kterou je zde užitečné působit, tedy nepovažují ani tak edukaci ohledně rizik, která s provázením druhých osob při iniciaci souvisejí, jako spíše posilování kompetencí při odolávání tlaku a obecně zvládání situací, za kterými často přicházejí výčitky. S tím souvisí příležitost pomocí intervence zvyšovat povědomí o tom, že motivaci k vyzkoušení injekční aplikace lze získat i expozicí injekčnímu užívání, ve smyslu jeho pozorování či diskutování o benefitech, které přináší, což je mezi respondenty mnohem méně rozšířeno, respektive tento jev je něčím tak běžným, že to není téma, nad kterým by se bez vyzvání účelně na drogové scéně ve smyslu sociálního učení přemýšlelo. Přitom morální hodnota i těchto jevů v komunitě LDI internalizována jistě je a také se ukázalo, že i krátký rozhovor na toto téma může přinést změny pro bdělejší vnímání této problematiky samotnými osobami užívajícími drogy injekčně. Intervenci tedy považují za velmi dobře uplatnitelnou.

Přechod na injekční aplikaci z méně rizikových způsobů užívání drog je velmi podstatným tématem pro drogovou politiku, veřejné zdraví i zdraví jednotlivce. Zároveň je to však proces, který je ve službách harm reduction nedostatečně oslovován a celkově mu není v českém adiktologickém diskurzu věnována dostatečná pozornost, a otevření debaty o možnostech preventivních intervencí (ať už se jedná o peer-to-peer intervence, či například aplikační místnosti) a jejich implementace je vzhledem k vysoké prevalenci injekčního užívání v ČR tedy velmi aktuálním tématem.

Použitá literatura

§ 283 zákona č. 40/2009 Sb., o nedovolené výrobě a jiném nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy (trestní zákoník). (2009). *Zákony pro lidi.cz*. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

§ 287 zákona č. 40/2009 Sb., o šíření toxikomanie (trestní zákoník). (2009). *Zákony pro lidi.cz*. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.

Bluthenthal, R. N., Wenger, L., Chu, D., Lorvick, J., Quinn, B., Thing, J. P., & Kral, A. H. (2015). Factors associated with being asked to initiate someone into injection drug use. *Drug and alcohol dependence*, 149, 252–258. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.02.011>

Boivin, J. F., Leclerc, P. & Roy, E. (2011). Initiation to drug injection among street youth: a gender-based analysis. *Drug and alcohol dependence*, 114(1), 49–54. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.09.003>

Brener, L., Spooner, C., & Treloar, C. (2010). Preventing transitions to injecting amongst young people: What is the role of Needle and Syringe Programmes?. *International Journal of Drug Policy*, 21(3), 160–164.

Bryant, J. & Treloar, C. (2007). The gendered context of initiation to injecting drug use: evidence for women as active initiates. *Drug and Alcohol Review*, 26, 287 – 293.

Crofts, N., Louie, R., Rosenthal, D., Jolley, D. (1996). The first hit: circumstances surrounding initiation into injecting. *Addiction*, 91(8), 1187–1196.

Čermák, I., & Koutná Kostínková, J. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In Čermák, I., Hytych, R. & Čermák, I. (Ed.), *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (s. 9–43). Brno: Masarykova univerzita.

Day, C., Degenhardt, L., Hall, W., 2006. Changes in the initiation of heroin use after a reduction in heroin supply. *Drug Alcohol Rev.* 25, 307–313.

Des Jarlais, D., Uuskula, A., Talu, A., Barnes, D. M., Raag, M., Arasteh, K., Org, G., Demarest, D., Feelemyer, J., Berg, H., & Tross, S. (2019). Implementing an Updated “Break the Cycle” Intervention to Reduce Initiating Persons into Injecting Drug Use in an Eastern European and a US “opioid epidemic” Setting. *AIDS and Behavior*, 23(9), 2304.

Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R., Casriel, C. & Kott, A. (1987). AIDS and preventing initiation into intravenous drug use. *Psychology and Health*, 1:179–194.

Elflein, J. (2020, 9.července). *Global number of people who inject drugs by region 2018*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/443475/number-of-people-that-inject-drugs-by-region/>

EMCDDA. (2020). *European Drug Report 2020: Trends and Developments*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2020_en

Fitzgerald, J. L., Louie, R., Rosenthal, D., & Crofts, N. (1999). The Meaning of the Rush for Initiates to Injecting Drug Use. *Contemporary Drug Problems*, 26(3), 481–504.

Friedman, S.R., Pouget, E.R., Chatterjee, S., Cleland, C.M., Tempalski, B., Brady, J.E., Cooper, H.L.F., 2011. Drug arrests and injection drug deterrence. *Am. J. Public Health* 101, 344.

Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., Strang, J. (1992). Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *British Journal of Addiction*, 87, 1527-1536.

Griffiths, P., Gossop, M., Powis, B., Strang, J. (1994). Transitions in patterns of heroin administration: a study of heroin chasers and heroin injectors. *Addiction*, (89), 301-309.

Griffiths, P., Marsden, J. & Wolff, K. (1998). Route of drug use and its implications for drug effect, risk of dependence and health consequences. *Drug and Alcohol Review*, 17, 197-211.

Guerras, J.-M., García de Olalla, P., Belza, M. J., de la Fuente, L., Palma, D., del Romero, J., García-Pérez, J.-N., Hoyos, J., Donat, M., del Carmen Burgos, M., Romero, C. P., Bueno, J. A. S. J., Urrestarazu, F. R., Ospina, J. E., Gutiérrez, M. A., Ayerdi, O., Rodríguez, C., del Corral Del Campo, S., & Zamora, N. J. (2021). Sexualized drug injection among men who have sex with men in Madrid and Barcelona as the first episode of drug injecting. *Harm Reduction Journal*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12954-021-00531-2>

Guise, A., Horyniak, D., Melo, J., McNeil, R., Werb, D. (2017). The experience of initiating injection drug use and its social context: a qualitative systematic review and thematic synthesis. *Addiction*, (112), 2098-2011.

Hampl, K. (2003). Léky vyvolávající závislost. In: Kalina, K., et al., *Drogy a drogové závislosti*, kapitola 3/7. Praha: NMS/Úřad vlády ČR.

Harocopos, A., Goldsamt, L.A., Kobrak, P., Jost, J.J., Clatts, M.C. (2008). New injectors and social context of injection initiation. *The international journal of drug policy*. New York: Elsevier.

Hartnoll, R., Griffith, P., Taylor C., Hendricks V., Blanken, P., Nolimal, D., Weber, I., Toussirt, M. & Ingold, R. (2003). Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule: snowball sampling. Úřad vlády: Praha

Heinsbroek, E., Glass, R., Edmundson, C., Hope, V., & Desai, M. (2018). Patterns of injecting and non-injecting drug use by sexual behaviour in people who inject drugs attending services in England, Wales and Northern Ireland, 2013-2016. *The International journal on drug policy*, 55, 215–221. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.02.017>

Helus, Z. (2018). *Úvod do psychologie*. Praha: Grada.

Hobstová, J. (2010). Drogová závislost a infekční nemoci. *Medicina pro praxi*, 7(10). <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/08/05.pdf>

Hunt, N. et al. (2010). Break the Cycle (BTC) case study Albania.

Hunt, N., Derricott, J., Preston, A. & Stillwell, G. (2009). Break the cycle: Preventing initiation into injecting. Exchange Supplies. Dostupné z: https://www.exchangesupplies.org/pdf/P501_test.pdf

Hunt, N., Griffiths, P., Southwell, M., Stillwell, G. & Strang, J. (1999a). Preventing and curtailing injecting drug use: a review of opportunities for developing and delivering 'route transition interventions', *Drug and Alcohol Review*, 18:4, 441-451, DOI: 10.1080/09595239996310

Hunt, N., Griffiths, P., Stillwell, G. & Taylor, C. (1999b). The modelling of injecting behaviour and initiation into injecting. *Addiction Research*. 7:5, 447-459.

Hunt, N., Stillwell, G., Taylor, C. & Griffiths, P. (1998) Evaluation of a Brief Intervention to Prevent Initiation into Injecting, *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 5:2, 185-194, DOI: 10.3109/09687639809006684

IHRA. (2010). *What is harm reduction?*. International Harm Reduction Association. <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>

Institut klinické a experimentální medicíny. (n.d.). *Hepatitida C*. <https://www.ikem.cz/cs/hepatitida-c/a-3619/>

Janoušek, J. (1992). Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie*, 36(5), 385-398. <http://web.ff.cuni.cz/~hosksaff/Janousek.pdf>

Kelley, M.S., Chitwood, D.D., 2004. Effects of drug treatment for heroin sniffers: a protective factor against moving to injection? *Soc. Sci. Med.* 58, 2083.

Levy, S. (2014). *Hypodermic Syringes: Greatest Medical Device of All Time?*. Medical device and diagnostic industry. <https://www.mddionline.com/drug-delivery/hypodermic-syringes-greatest-medical-device-all-time>

Lewis, M. A. (2010). *Social Influences on Adolescent and Young Adult Alcohol Use*. Nova Science Publishers, Inc.

McBride, A. J., Pates, R. M., Arnold, K., & Ball, N. (2001). Needle fixation, the drug user's perspective: A qualitative study. *Addiction*, 96(7), 1049-1058.

McKetin, R., Kelly, E. & McLaren, J. (2006). The relationship between crystalline methamphetamine use and methamphetamine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 85 (3), 198-204.

Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing

Mittal, M.L., Guise, A., Rafful, C., Gonzalez-Zuñiga, P., Davidson, P., Vashishtha, D., Strathdee S.A. & Werb, D. (2019) "Another Person Was Going to Do It": The Provision of Injection Drug Use Initiation Assistance in a High-Risk U.S.–Mexico Border Region, *Substance Use & Misuse*, 54:14, 2338-2350, DOI: 10.1080/10826084.2019.1648514

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., Cibulka, J., Fidesová, H., Vopravil, J. (2020). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Nakonečný, M. (1999). *Sociální psychologie*. Praha: Academia.

NMS. (2004). Injekční užívání drog – výzva pro ochranu veřejného zdraví. *Zaostřeno na drogy*. Praha: Úřad vlády. https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/4629/598/200402%20injekcni%20uzivani_web.pdf

Novak, S. P. & Kral, A. H. (2011). Comparing Injection and NonInjection Routes of Administration for Heroin, Methamphetamine, and Cocaine Users in the United States. *Journal of Addictive Diseases*, 30 (3), 248-257, DOI: 10.1080/10550887.2011.581989.

NUAA. (n.d.). *Transition to injecting: Analysis of program and policy implications for people who inject drugs and hepatitis C prevention in Australia*. New users & AIDS association inc.

Pates, R., McBride, A. J., Ball, N. & Arnold, K. (2001). Towards an holistic understanding of injecting drug use: an overview of needle fixation. *Addiction Research*, 9 (1), 3–17.

Pavlíček, P. (2020). Iniclace injekční aplikace v kontextu terénní sociální práce s uživateli drog. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové: Ústav sociální práce.

Pijl, E., Oosterbroek, T., Motz, T., Mason, E., & Hamilton, K. (2021). Peer-assisted injection as a harm reduction measure in a supervised consumption service: a qualitative study of client experiences. *Harm reduction journal*, 18(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00455-3>

Race, K., Murphy, D., Pienaar, K., & Lea, T. (2021). Injecting as a sexual practice: Cultural formations of 'slamsex.' *Sexualities*. <https://doi.org/10.1177/1363460720986924>

Rawson, R. A., Gonzales, R., Marinelli-Casey, P., & Ang, A. (2007). Methamphetamine Dependence: A Closer Look at Treatment Response and Clinical Characteristics Associated with Route of Administration in Outpatient Treatment. *American Journal on Addictions*, 16(4), 291–299. <https://doi.org/10.1080/10550490701389864>

Rhodes, T., Bivol, S., Scutelniciuc, O., Hunt, N., Bernays, S., & Busza, J. (2011). Narrating the social relations of initiating injecting drug use: Transitions in self and society. *International Journal of Drug Policy*, 22(6), 445–454. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2011.07.012>

Roy, E., Denis, V., Gutierrez, N., Haley, N., Morissette, C., Boudreau, J.F.Ã. (2007). Evaluation of a media campaign aimed at preventing initiation into drug injection among street youth. *Drugs Educ. Prev. Policy*, 14, 401–414.

SANANIM. (2019). *Výroční zpráva za rok 2019*. Dostupné z: http://www.sananim.cz/Uploads/downloads/1594717727_0_vz2019_finfin-pdf.pdf

Sarasa-Renedo, A., Barrio, G., Montanari, L., Guarita B., de la Fuente, L., Bravo M.J., Vicente, J. (2015). *Technical report: Estimating trends in injecting drug use in Europe using national data on drug treatment admissions*. Madrid: EMCDDA.

Scheibin, F., Wells, J., Henriques, S., et al. (2020) Slam sex – Sexualised injecting drug use: A scoping review. *Journal of Homosexuality*. Epub ahead of print 2 September 2020. DOI: 10.1080/00918369.2020.1804258.

Simpson, K.A., Kral, A.H., Goldshear, J.L., Wenger, L., Strike, C.S. & Bluthenthal, R.N (2020). Reasons for assisting with injection initiation: Results from a large survey of people who inject drugs in Los Angeles and San Francisco, California. *Drug Alcohol Depend*, 209. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.107885>

Sklenář, O. (2014). *Závislost na jehle u injekčních uživatelů drog v ČR* [Diplomová práce]. Praha: Univerzita Karlova.

Small, W., Fast, D., Krusi, A., Wood, E., & Kerr, T. (2009). Social influences upon injection initiation among street-involved youth in Vancouver, Canada: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*, 4, 1.

Strang, J., Bearn, J., Farrell, M., Finch, E., Gossop, M., Griffiths, P., Marsden, J. & Wolff, K. (1998). Route of drug use and its implications for drug effect, risk of dependence and health consequences. *Drug and Alcohol Review* (1998) 17, 197-211.

van Beek, I. (2013). *Targeted primary health care – a foundation to reduce injecting related harms*. Darlinghurst: Kirketon road centre. https://creidu.edu.au/system/resource/10/file/2013_Colloquium_Ingrid_van_Beek_KRC.pdf

Vitellone, N. (2003). The Syringe as a Prosthetic. *Body & Society*, 9(3), 37–52. <https://doi.org/10.1177/1357034X030093003>

Vitellone, N. (2015). Syringe sociology. *The British Journal of sociology*, 60(2), 373-390.

Werb, D, Buxton, J., Shoveller, J., Richardson, Ch., Rowell, G., Wood, E. (2013). Interventions to prevent the initiation of injection drug use: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 133(2), 669-676, DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.08.017

Werb, D., Garfein, R., Kerr, T., Davidson, P., Roux, P., Jauffret-Roustide, M., Auriacombe, M., Small, W., & Strathdee, S. A. (2016). A socio-structural approach to preventing injection drug use initiation: rationale for the PRIMER study. *Harm reduction journal*, 13(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s12954-016-0114-1>

West, R. (2016). *Modely závislosti*. Praha: Úřad vlády, NMS.

Zábranský, T. (2003). *Drogová epidemiologie*. Olomouc: Univerzita Palacké v Olomouci. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Tomas-Zabransky/publication/40298463_Drogova_epidemiologie/links/5763e4e008ae1658e2ea1f36/Drogova-epidemiologie.pdf

Zheluk, A. & Burrows, D. (2007). Break the Cycle. *USAID- funded Drug Demand Reduction Program in Uzbekistan, Tajikistan and the Ferghana Valley Region of Kyrgyzstan*. DOI: 10.13140/RG.2.1.2343.7846