

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie prezenční

ID studijního oboru: 5345R022



**Eva Nezdarová**

**Zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi**

Outreach programme clients' experience with gelatine capsules

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Barbara Janíková

Oponent práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Praha 2011

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně, a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

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

V Praze, 10.8.2010

.....

Nezdarová Eva

**Identifikační záznam:**

NEZDAROVÁ, Eva. Zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi. [Outreach programme clients' experience with gelatine capsules]. Praha, 2011. 100.s., 5 příl., 4 tab., 4 graf. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Centrum adiktologie. Vedoucí práce: Mgr. Barbara Janíková. Oponent práce: Mgr. Jaroslav Vacek

Autor práce: **Eva Nezdarová**

Vedoucí práce: **Mgr. Barbara Janíková**

Oponent práce: **Mgr. Jaroslav Vacek**

Datum předložení: **10.8.2011**

Datum obhajoby: **15.9.2011**

Hodnocení:

## Poděkování

Děkuji Mgr. Barbaře Janíkové za vedení bakalářské práce, cenné rady a připomínky, laskavý přístup, ochotu a čas, který mi při konzultacích věnovala.

Dále děkuji nadaci Drop In, že mi umožnila ve svém terénním programu realizovat výzkumnou část mé bakalářské práce.

Poděkování patří bezesporu také všem respondentům za jejich ochotu podělit se se mnou o své zkušenosti a poskytnout mi tak potřebné údaje.

V neposlední řadě patří velký dík mé rodině za trpělivost, podporu a pomoc při studiu.

## **ABSTRAKT**

Práce na téma „*Zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi*“ se skládá z teoretické a praktické – výzkumné části.

Teoretická část je zaměřena na harm reduction, terénní práci s uživateli drog, způsoby aplikace nealkoholových návykových látek a na želatinovou kapsli jako prvek harm reduction. Teoretická část slouží jako základ pro část praktickou – výzkumnou.

Praktická – výzkumná část je zaměřena na zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi a na okolnosti, jež klienty k využití či nevyužití nabídky želatinových kapslí motivují. Dále se zaměřuje na to, zda pracovníci terénního programu informují své klienty o výhodách, nevýhodách a možných rizicích spojených s aplikací drog formou želatinové kapsle, za jakých okolností svým klientům želatinové kapsle nabízejí a jaký názor na želatinové kapsle mají.

Jednotliví respondenti byli vybráni záměrně z řad klientů a pracovníků terénního programu Drop In. Pro výzkum byla použita kvalitativní metoda výzkumu. Data byla získávána pomocí polostrukturovaného interview v ústní a písemné podobě, zachycována na audio záznam a do předem připravených dotazníků. Následně byla všechna získaná data podrobena analýze.

Výsledky výzkumu přinášejí odpovědi na výzkumné otázky a lze z nich čerpat také inspiraci pro účinnější propagaci želatinových kapslí odbornou veřejností směrem ke klientům terénních programů.

*Klíčová slova:*

harm reduction – terénní práce – aplikace nealkoholových drog – želatinová kapsle

## **ABSTRACT**

Work on the theme „*Outreach programme clients' experience with gelatine capsules*“ consists of theoretical and practical part (the research).

The theoretical part is focused on harm reduction, outreach work with drug users, ways of application of non-alcohol drugs and gelatine capsules as an element of harm reduction. The theoretical part serves as the basis for the practical part – the research.

The research section focuses on the experiences of clients outreach program with a gelatine capsules, and the circumstances of that clients use or non-use of gelatin capsules offer motivation. It also focuses on whether the outreach program staff inform their clients about the advantages, disadvantages and possible risks associated with the application form of gelatin capsules of drugs, under what circumstances their clients gelatin capsules offer and what are the views on the capsules.

Individual respondents were deliberately selected from among clients and staff outreach program Drop In. For the research was used a qualitative research method. Data were obtained through halfstructured interview in oral and written form, recorded on audio and on questionnaires. Subsequently, all the data were subjected to analysis.

The research result bring the answers to research questions and we can also draw from them the inspiration for more effective promotion of gelatine capsules from experts towards clients of outreach programs.

*Keywords:*

harm reduction – outreach work – application of non-alcohol drugs – gelatine capsules

# OBSAH

ÚVOD.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 HARM REDUCTION .....	12
1.1 Historie harm reduction .....	12
1.2 Přístup harm reduction.....	13
1.3 Principy harm reduction.....	14
1.4 Cíle harm reduction.....	14
1.4.1 Prostředky k dosažení cílů .....	15
1.5 Programy vycházející z principů harm reduction .....	15
1.5.1 Výměnný injekční program .....	15
1.5.2 Substituční programy .....	16
1.5.3 Medicínská preskripce heroinu .....	17
1.5.4 Aplikační místnosti .....	17
1.5.5 Testování tablet.....	18
1.6 Kritika harm reduction.....	19
2 TERÉNNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG .....	20
2.1 Terénní práce .....	20
2.1.1 Historie terénní práce .....	20
2.1.2 Cílová populace terénní práce.....	23
2.2 Terénní práce s uživateli drog.....	23
2.2.1 Metody terénní práce .....	25
2.2.2 Typy terénní práce .....	26
2.2.3 Fáze terénní práce .....	26
2.2.4 Základní cíle terénní práce s uživateli drog .....	27
2.2.5 Složky terénní práce.....	28
2.2.6 Terénní pracovníci .....	29
2.2.7 Terénní programy pro uživatele drog.....	31
3 ZPŮSOBY APLIKACE NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK .....	33
3.1 Orální aplikace .....	33
3.2 Perorální aplikace – ústy .....	34
3.3 Intranasální aplikace – nosní sliznicí („sniffing“). .....	34
3.4 Inhalace .....	35

3.5	Rektální aplikace – konečníkem .....	36
3.6	Injekční aplikace .....	36
3.6.1	Intravenózní aplikace – do žíly .....	36
3.6.2	Intramuskulární aplikace – do svalu .....	38
3.6.3	Subkutánní aplikace – pod kůži .....	39
4	ŽELATINOVÁ KAPSLE JAKO PRVEK HARM REDUCTION .....	40
4.1	Želatinová kapsle (tobolka, ampule) .....	40
II. PRAKTICKÁ ČÁST .....		42
5	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	43
5.1	Cíle výzkumu .....	43
5.2	Výzkumné otázky .....	43
6	METODIKA VÝZKUMU .....	43
7	CÍLOVÁ POPULACE A VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	45
8	ETIKA .....	45
9	VĚROHODNOST VÝZKUMU .....	45
10	SHRNUTÍ .....	46
10.1	Analýza interview s klienty terénního programu .....	46
10.1.1	Otázky dle scénáře rozhovoru .....	46
10.1.2	Otázky nad rámec scénáře rozhovoru .....	54
10.2	Analýza interview s pracovníky terénního programu .....	54
11	ZÁVĚR A DISKUZE .....	57
POUŽITÉ ZRDOJE .....		61
PŘÍLOHY .....		69
	Příloha č. 1: Scénář rozhovoru .....	70
	Příloha č. 2: Srovnávací škála .....	72
	Příloha č. 3: Dotazník pro terénní pracovníky .....	73
	Příloha č. 4: Transkripce odpovědí respondentů z řad klientů TP Drop In .....	76
	Příloha č. 5: Seznam tabulek a grafů .....	100

## ÚVOD

Ke zvolení tématu mé bakalářské práce mě inspiroval článek „Perorální aplikace pervitinu formou želatinové kapsle“, zveřejněný začátkem roku 2010 v časopise Adiktologie. Svou prací bych chtěla navázat na diplomovou práci „Postoj uživatelů nealkoholových návykových látek k želatinovým kapslím“ Zuzany Guryčové, jež je autorkou právě výše zmíněného článku. Výzkum Zuzany Guryčové byl prováděn v kontaktním centru Charáč, tedy v lokalitě Zlínského kraje, kde většinou část klientely tvoří uživatelé pervitinu.

V popředí mého zájmu bylo prozkoumat problematiku distribuce želatinových kapslí v rámci terénního programu v Praze, kde převážnou část klientů tvoří uživatelé Subutexu® a zároveň zjistit, zda tato klientela kapsle využívá a jaké s nimi má zkušenosti. Můj výzkum je navíc rozšířen o interview s terénními pracovníky, což by dle mého názoru mohlo poukázat na nedostatečnou propagaci želatinových kapslí a zároveň přispět k tomu, aby byla tato forma aplikace odbornou veřejností více propagována a na základě výsledků výzkumu následně i posoudit, co je potřeba udělat pro to, aby byl tento prostředek harm reduction mezi klienty terénních programů více preferován.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 HARM REDUCTION

Poskytování želatinových kapslí je jedním z prostředků, jímž se harm reduction přístup snaží dosáhnout změny chování uživatelů drog a snížit rizika spojená s jejich užíváním. Proto jsem se v úvodní kapitole své bakalářské práce zaměřila především na principy a cíle harm reduction.

S přístupem harm reduction jsou nejčastěji spojovány terénní programy (včetně terénní práce na tanečních akcích) a kontaktní centra. Vycházejí z něj i programy substituční a zřizování aplikačních místností (v ČR nejsou dosud zavedeny). Využití harm reduction může být přínosem i pro koncepci léčebné péče, dalších služeb a profesí, které se zabývají pomocí jedincům se znaky rizikového chování.

Harm reduction obecně v překladu znamená „snížování poškození“. V oblasti drogové problematiky se jedná o soubor strategií, jejichž cílem je ochrana zdraví a současně i ochrana lidských práv uživatelů drog. Mezinárodní asociace pro harm reduction – International Harm Reduction Association (2010) definuje harm reduction jako *„koncepte, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo k snížování jejich spotřeby. Harm reduction je prospěšná pro uživatele drog, pro jejich rodiny a pro celou společnost.“*

Aktivity harm reduction jsou zaměřeny na co možná největší minimalizaci zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním psychoaktivních látek u osob, které odmítají nebo nejsou schopny s užíváním přestat. Mohou redukovat nebo zabránit nejzávažnějším zdravotním rizikům (šíření hepatitid a dalších infekčních onemocnění včetně viru HIV) spojeným s používáním nesterilního aplikačního náčiní, či promiskuitou mezi narkomany. Kontakt klienta se zařízením poskytujícím harm reduction může navíc vyústit i ke změně jeho postoje k užívání drogy a případně jej časem motivovat i k léčbě.

### 1.1 Historie harm reduction

Přístup harm reduction, jehož posláním je minimalizace důsledků rizikového chování, byl uplatňován v různých oblastech života lidské společnosti od jejích počátků.

Přesněji definován byl až v 80. letech 20. století, kdy se objevily první případy HIV/AIDS a část společnosti k uživatelům drog zaujala nový postoj. Podnětem k vytváření programů a politiky harm reduction bylo zjištění, že hlavní příčinou přenosu a šíření těchto a dalších onemocnění (tuberkulóza, virová hepatitida typu B a C) je injekční aplikace drog a společné užívání injekčního náčiní. „První oficiální výměnný program byl otevřen v roce 1984 v Amsterdamu, v ČR v roce 1986 ve středisku drogových závislostí, Apolinář.“ (Janíková, 2008, str. 99) Od roku 1990 se konají každoročně mezinárodní „harm reduction“ konference pod záštitou International Harm Reduction Association (IHRA), jejímž cílem je prosazovat politiku harm reduction na celém světě. Od 60. let 20. století se v některých zemích prostřednictvím členství v uživatelských organizacích zapojují do hnutí harm reduction sami uživatelé (např. ve Švýcarsku, USA, Velké Británii atd.). Podílejí se na prosazování práv uživatelů, realizaci programů a služeb pro uživatele, angažují se v politice a snaží se ovlivňovat dění ve společnosti, souvisejí s drogovou politikou.

Harm reduction je od konce 90. let jedním ze čtyř pilířů evropské drogové politiky. Přesto, že úkolem harm reduction je nejen ochrana veřejného zdraví, ale i ochrana a akceptování individuálních potřeb uživatelů, má stále část společnosti vůči tomuto přístupu řadu výhrad.

## **1.2 Přístup harm reduction**

Přístup harm reduction klade důraz na individuální potřeby uživatelů drog:

- snaží se vyhnout tomu, aby docházelo ke zhoršování a zveličování poškození, která vznikají v souvislosti s užíváním drog
- s uživateli drog jedná jako s každou jinou lidskou bytostí, tzn. s úctou a důstojností
- usiluje o co největší množství možností intervencí
- k legalizaci i dekriminalizaci zaujímá neutrální postoj
- neztotožňuje se s „válkou proti drogám“
- upřednostňuje dosažitelné cíle před abstinencí

### 1.3 Principy harm reduction

Pro prosazování harm reduction v praxi je uplatňováno těchto 5 základních pravidel:

- *Pragmatická* – přístup akceptuje skutečnost, že drogy, které v určitém smyslu pozitivně ovlivňují vědomí uživatele (přináší mu příjemné zážitky), jsou součástí dnešní společnosti a to i přes to, že jejich negativní stránkou jsou rizika a následky související s jejich užíváním, které ohrožují nejen samotné uživatele, ale i ostatní veřejnost.
- *Humanistické hodnoty* – přístup nemoralizuje, nýbrž akceptuje rozhodnutí jedince drogu užívat. Plně respektuje důstojnost a práva uživatelů, ale v jejich jednání je zásadně nepodporuje.
- *Zaměření na poškození* – přístup se nesnaží omezit užívání drog v obecné rovině, jeho cílem je snížit negativní důsledky užívání především přímo u uživatele a jeho okolí. I když trvalou abstinenci nevyklučuje, uživatelům ji s ohledem na jejich právo svobodné vůle, jejich možnosti i schopnosti nevnučuje. Za účelem dosažení efektivních výsledků uplatňuje strategie, které uživatele vedou ke snižování dávek a ke změně způsobu užívání.
- *Zvažování nákladů a přínosů* – tímto přístupem se sleduje a porovnává výše prostředků vynaložených na snížení problémů spojených s drogami a současně i účelnost jejich použití, tzn. hodnotu přínosů těchto intervencí. Vyhodnocení výsledků slouží k tomu, aby bylo možno určit priority, na něž je potřeba se v budoucnu zaměřit a efektivnost takto vynaložených nákladů bude přitom zaručena.
- *Zaměření na bezprostřední cíle* – využitím tohoto přístupu jsou pro uživatele (jednotlivce, cílové skupiny, komunity) vytvářeny bezprostředně cílené programy, zaměřené na jejich aktuální potřeby. Dosažení takového cíle je vnímáno a označováno za první krok vedoucí k „bezpečnému“ užívání, či k abstinenci.

### 1.4 Cíle harm reduction

- zamezení opakovanému používání náčiní k aplikaci drog
- dosažení méně rizikového chování uživatelů drog a využívání méně rizikových způsobů aplikace

- dostatečná informovanost klientů o bezpečnějším sexu i o rizicích, kterým se klienti užíváním drog vystavují (druhy a účinky drog, způsoby aplikace)
- nabytí znalostí o poskytování laické první pomoci
- informovanost o právech, povinnostech a způsobu komunikace s orgány státní správy a orgány činnými v trestním řízení
- dodržování základních hygienických návyků
- snížení trestné činnosti
- omezení rizika somatického poškození
- nasměrování klienta ke spolupráci s odborným zařízením

#### **1.4.1 Prostředky k dosažení cílů**

- poskytování informací verbální, písemnou či obrazovou formou o rizicích spojených s užíváním drog a nechráněným sexem
- výměna injekčního náčiní (jehly, stříkačky)
- poskytování materiálů snižujících rizika zdravotních komplikací spojených s užíváním drog a distribuce kondomů
- realizace motivačních rozhovorů, zaměřených na změnu rizikového chování uživatelů (bezpečnější sex a užívání drog)
- poskytnutí základního zdravotního ošetření
- provádění testů na HIV ze slin
- zprostředkování detoxu
- doporučení klienta do specializovaných zdravotnických a léčebných zařízení
- poskytování potravinového, vitaminového a hygienického servisu

(Drogy-info.cz, N.d.)

### **1.5 Programy vycházející z principů harm reduction**

#### **1.5.1 Výměnný injekční program**

Kromě výměny použitého injekčního náčiní za náčiní sterilní, patří k výměnnému programu i distribuce materiálů pro bezpečnější užívání drog a pro snižování rizik spojených s jejich užíváním. Během provádění těchto úkonů vzniká časový prostor pro navazování kontaktu s uživateli, pro poskytování informací a poradenství, monitorování drogové scény, pro motivaci klientů k bezpečné likvidaci

použitého náčiní a k realizaci motivačních rozhovorů – podrobněji rozvádím v kapitole „Terénní práce s uživateli drog“.

### **1.5.2 Substituční programy**

Substituce návykových látek je lékařský postup – tzv. substituční léčba, jejíž princip spočívá v nahrazení původně užívané nelegální látky, která často obsahuje škodlivé příměsi, má značné psychotropní účinky a bývá často rizikovým způsobem užívána i několikrát denně, za legální látku bez škodlivých příměsí. Takové náhradní látky, vhodné k substituci, se užívají bezpečným způsobem (perorálně či sublingválně) obvykle 1x denně, jejich psychotropní účinky jsou slabší a lze je získat zdarma nebo za poměrně nízkou cenu v porovnání s cenou opiátů na černém trhu. Indikovat tento způsob léčby lze pouze osobě starší než 15 (buprenorfin) nebo 16 (metadon) let a to v případě, že její syndrom závislosti na opiátech trvá nejméně 2 roky, že nemá zájem o abstinenci léčbu a souhlasí s pravidly substitučního programu a principem léčby. (Bečka, 2010)

Základním cílem substituční léčby je stabilizovat, omezit nebo ukončit užívání nelegálních drog (zejm. opiátů) užívaných rizikovým způsobem. Mezi další cíle patří zlepšení somatického a psychického stavu klienta, změna jeho životního stylu a vnímání systému hodnot, odstranění jeho negativních návyků (nelegální forma obživy, nechuť nebo neschopnost pracovat, kriminální činnost, intravenózní aplikace), snížení rizik vzniku a šíření onemocnění souvisejících s užíváním drog (HIV/AIDS, virové hepatitidy).

Substituční léčbu rozlišujeme podle délky trvání na krátkodobou (dny až týdny), střednědobou (týdny až měsíce) a dlouhodobou, udržovací (měsíce až roky). Jako nízkoprahovou označujeme léčbu snadno dostupnou, s větší tolerancí k užívání dalších návykových látek, která má blíže k terciální prevenci (harm reduction). Vysokoprahová léčba se vyznačuje nižší tolerancí k užívání dalších návykových látek, klade důraz na nedrogový život a psychosociální stabilizaci, má blíže k sekundární prevenci (léčbě). Podle nabídky množství služeb rozlišujeme substituční léčbu na minimální (podávání pouze substituční látky pod dozorem personálu), základní (poskytuje navíc léčbu somatických onemocnění, lékařská a psychosociální poradenství), komplexní (navíc oproti základní se při ní provádí odběry moči k toxikologickému vyšetření, diagnostika a léčba duálních onemocnění, její součástí je jak plánování postupu léčby a stanovení

dávky substituční látky, tak i další sledování a léčba, psychoterapie). Těm, kteří se rozhodli pro odchod do abstinence, je poskytována následná péče a další služby v oblasti vzdělávání, volnočasových aktivit a terapií.

Substituční látky užívané v České republice (dále jen ČR) jsou metadon (plný agonista opiátových receptorů, který je schopen nahradit i vysoké dávky heroinu, ale vyvolává silnou fyzickou závislost – při jeho užívání hrozí předávkování), Subutex® – buprenorfin (smíšený agonista/antagonista opiátových receptorů, nahrazuje vysoké dávky heroinu obtížně, vyvolává pouze slabou fyzickou závislost, nehrozí riziko předávkování, je vhodný i pro detoxifikaci). Nad způsobem jeho užívání je obtížná kontrola, tablety určené k sublingvální aplikaci (pod jazyk) většina pacientů užívá nitrožilně. Suboxone® – kombinace buprenorfinu s naloxonem v případě nitrožilního užití vyvolává odvykací stav, je kontraindikován u těhotných. Mezi další substituční látky, které nejsou v ČR vůbec pro substituci registrovány nebo nejsou dostupné, patří kodein, hydrokodon, oxykodon, morfin, LAAM (1-alfa-acetylmétadol), ethylmorfin a diacetylmorfin (heroin). Bečka (2010) uvádí, že v České republice byl metadon uveden legálně do praxe v roce 1997, Subutex® v roce 2001, Suboxone® v roce 2008.

### 1.5.3 Medicínská preskripce heroinu

Tento program není v ČR realizován, pouze některé země (např. Velká Británie, Švýcarsko, Holandsko) předepisování farmaceutického heroinu jako substituční látky bez příměsí, jíž se nahrazuje nelegální „pouliční“ heroin, považují za pomoc osobám na heroinu závislým – preskripce má pomoci udržovat pacienty na stabilní dávce heroinu, redukovat užívání nelegálních látek a přispět k postupnému přechodu od heroinu k metadonu, i omezit černý trh s heroinem.

### 1.5.4 Aplikační místnosti

Aplikační místnosti jsou integrované (součástí již existujících zařízení), nebo specializované (samostatná zařízení v blízkosti drogové scény) chráněné prostory, které mají statut zdravotnického zařízení. Pod dohledem vyškoleného personálu si v nich mohou aplikovat drogu intravenózní uživatelé za předpokladu, že mohou prokázat lékařským potvrzením svou dlouhodobou závislost na droze. V těchto zařízeních jsou klientům poskytovány prostředky pro bezpečnou aplikaci (v některých i doplňkové služby) a je v nich zajišťován sběr a likvidace použitého náčiní. Pobyt jednotlivých klientů je zde časově omezen, zpravidla nesmí trvat déle než 30 minut.

Tento program se podílí nejen na snižování zdravotních rizik ve prospěch klientů i společnosti, ale i na řešení problémů spojených s užíváním drog na veřejných prostranstvích. Navzdory všem pozitivům i skutečnosti, že v mnoha evropských zemích je tento program v praxi úspěšně využíván, požadavek z roku 1999 na zřízení prvních aplikačních místností v ČR – Praze, byl po několikaletém projednávání Magistrátem hl. m. Prahy nakonec definitivně zamítnut a ani po 12-ti letech se tento záměr nepodařilo prosadit. (Janíková, 2011)

### **1.5.5 Testování tablet**

Testování tablet je programem včasného varování před riziky spojenými s užíváním syntetických drog. Je určen především pro návštěvníky tanečních párty, klubů a festivalů, jejichž průměrný věk se pohybuje okolo 20-ti let. (Minařík, Páleníček, 2003)

Nejoblíbenější drogou na těchto scénách je MDMA – extáze (patří do skupiny látek odvozených od amfetaminu), která vyvolává příjemné pocity (dobrou náladu, pocity empatie, sounáležitosti s okolím a velkého množství energie), může však rovněž vyvolat deprese, halucinace a pocity úzkosti.

Nelegální výrobci do tablet mnohdy přidávají nebezpečné příměsi, nebo distributoři vydávají tablety s obsahem jiných látek za MDMA a tak vystavují uživatele nebezpečí somatického poškození, které může být i smrtelné. Po provedení kvalitativního testu (analytického rozboru) na místě, kdy lze okamžitě ještě před požitím zjistit jednotlivé druhy látek, jež jsou obsaženy ve zkoumaném vzorku, je možné uživatele ihned varovat a rizika eliminovat.

V ČR bylo uplatňování tohoto programu po několika málo letech zakázáno. Z obsahu stanoviska z roku 2010, které k testování na taneční scéně zaujalo Ministerstvo vnitra a Policie ČR vyplynulo, že testování je nejen neúčelné a nelegální (aktéři testování vrací testované tablety zpět do oběhu), ale navíc i nesmyslné (extáze má škodlivé účinky i bez jakýchkoliv příměsí).

## 1.6 Kritika harm reduction

Mezi nejčastější kritické připomínky k harm reduction, jimiž argumentují odpůrci tohoto přístupu, patří:

- *Harm reduction neplní svou funkci.* V důsledku zavedení výměnného programu má užívání drog vzestupnou tendenci. Na volně přístupných prostranstvích se hromadí větší množství použitého injekčního materiálu a uživatelé mají menší zájem o nástup do léčby.
- *Harm reduction udržuje uživatele na stejném stupni závislosti,* protože umožňuje užívat drogy. Kdyby uživatelé neměli možnost využívat služeb harm reduction, častěji by se po tzv. „propadu na dno“ buď sami, nebo za pomoci ústavní léčby vzdali svého návyku.
- *Harm reduction podporuje užívání drog,* protože podceňuje význam primární prevence a pomáhá uživatelům zvládat zdravotní i sociální problémy, aniž by se je snažil přimět k abstinenci.
- *Harm reduction skrytě podporuje prosazení legalizace drog* (plní funkci „trojského koně“ pro reformu drogové legislativy).

## 2 TERÉNNÍ PRÁCE S UŽIVATELI DROG

Protože je má bakalářská práce zaměřena na zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi, snažím se v této kapitole popsat především terénní práci s touto cílovou skupinou.

### 2.1 Terénní práce

Terénní práce je v České republice nejčastěji označována pojmem streetwork, užíván je však také název kontaktní práce či sociální práce na ulici. „Slovo *streetwork* je převzaté z angličtiny a v přesném překladu znamená práci na ulici.“ (Bednářová, 2008, str. 169) Tento termín má však v anglicky mluvících zemích jiný význam, a proto se pro označení sociální práce na ulici nepoužívá. Pro anglicky mluvící země je typický název outreach work, youth work, detached work či field work. V německy mluvících oblastech se nejčastěji setkáme s názvem Streetwork, Strassensozialarbeit, Strassenarbeit, mobile Jugendarbeit či aufschende Jugendarbeit.

Terénní práce je specifická forma sociální služby. Zahrnuje aktuální nízkoprahovou nabídku sociální pomoci uživatelům návykových psychotropních látek, ale také osobám (zpravidla mladšího věku) žijícím rizikovým způsobem života, u nichž je předpoklad, že sociální pomoc potřebují, ale doposud nejsou v kontaktu s příslušnou institucí.

Pracovníci terénních programů své klienty vyhledávají a kontaktují v jejich přirozeném prostředí, tedy v místech a v době, kde a kdy se klienti nejvíce vyskytují. Sledují aktuální zájmy a potřeby dané cílové skupiny, jsou schopni pružně reagovat na vzniklou situaci a jsou připraveni přemístit své pracoviště do aktuálního sociálního prostředí dané skupiny.

#### 2.1.1 Historie terénní práce

První náznaky terénní sociální práce lze spatřovat již v období středověku, kdy pomoc potřebným zajišťovaly církve a různé náboženské spolky. Za první terénní sociální pracovníky této doby by se tedy dali označit kněží, jenž v rámci své pastýřské a pastorační činnosti navštěvovali chudínské čtvrti, věznice, sirotčince, starobince, špitály a vyhledávali nejubožejší lidi za účelem poskytnout jim duchovní, ale také hmotnou oporu. „Za všechny zde může být uveden např. Don Giovanni Bosco a Jan Milíč

*z Kroměříže, který se již ve 14. století věnoval výchovatelské a osvětové práci mezi mládeží a nevěstkami, pro něž založil v roce 1372 tzv. vzornou obec pro padlé dívky.“* (Bednářová, 2008, str. 171)

Do 20. století prodělal společenský systém značný vývoj, změnily se nejen hodnoty společenské, ale také možnosti a projevy životního stylu. V důsledku těchto skutečností došlo i k proměnám a vývoji metod sociální práce. Význam sociální práce a pomoci během let postupně rostl, začal se orientovat na ochranu lidských práv a svobod a jednotlivé státy si stanovily za povinnost postarat se o své handicapované, postižené a společensky nepřizpůsobivé spoluobčany.

V době průmyslové revoluce, kdy se lidé začali stěhovat do měst za prací, se vinou životního stylu začalo v městech koncentrovat více potřebných. Města se stala těžištěm sociálně patologických jevů a od této skutečnosti se začaly odvíjet i konkrétní formy a metody sociální práce.

#### ***2.1.1.1 Historie terénní práce v zahraničí***

Počátek terénní sociální práce v USA lze zařadit do doby, v níž došlo k prudkému nárůstu úpadku obyvatel celých čtvrtí amerických velkoměst a vzniku gangů dětí a mladistvých. Za těchto okolností se dosud používaný tradiční přístup sociální práce začal jevit jako nedostačující a málo účinný. Přesný počátek vzniku terénní sociální práce nelze s určitostí definovat, protože mezi Wolfgangem Stürzbecherem a Walterem Spechtem panuje rozpor, zda se jednalo o přelom 19. a 20. století nebo až o polovinu 20. let 20. století.

Nárůst patologických jevů vedl sociální pracovníky k hledání účinných způsobů řešení sociálních problémů a změně způsobu práce s klienty. Aby bylo možné klienty kontaktovat, bylo nutné vydat se za klienty přímo do jejich sociálního prostředí – na ulici.

V 60. a 70. letech 20. století došlo k rozšíření terénní práce téměř do všech zemí západní Evropy. Profesionální terénní programy existovaly např. ve Švýcarsku, SRN, Nizozemsku, skandinávských zemích, Rakousku, Francii, Velké Británii atd. Na mezinárodní úrovni byla založena odborná společnost pro mobilní práci s mládeží, tzv. ISMO – International Society for Mobile Youth Work, mezi jejíž aktivity patřilo mimo jiné pořádání mezinárodních sympózií, zaměřených na terénní sociální práci.

V zemích bývalého socialistického bloku (ve státech střední a východní Evropy) došlo k rozšíření metod terénní sociální práce až po roce 1989. Terénní práce se velice rychle rozšířila v bývalé Německé demokratické republice, posupně došlo k rozšíření do České republiky, Maďarska, Bulharska, Rumunska a některých států bývalého Sovětského svazu.

### ***2.1.1.2 Historie terénní práce v České republice***

Až do roku 1989 sociální práce u nás i v ostatních státech socialistického bloku stagnovala. Podle tehdejší ideologie marxismu-leninismu měly s upevňováním beztřídní společnosti automaticky vymizet nejen chudoba a kriminalita, ale i alkoholismus, drogové závislosti a ostatní negativní jevy. Po pádu totalitního režimu v listopadu 1989 došlo k razantním změnám politických, ekonomických i sociálních podmínek a k přeměně hodnotové orientace společnosti. Zároveň se ale začaly prohlubovat sociální problémy a docházelo ke vzrůstu kriminality. Bylo zaznamenáno i zvýšení počtu drogově závislých mladistvých a rozšíření prostituce do skupin dětí školou povinných.

Vzhledem k těmto skutečnostem bylo zapotřebí vytvořit nové metody řešení, jež by takto rizikové osoby oslovily a jež by současně snížily i případná zdravotní a sociální rizika, která by mohla ohrozit nejen tyto osoby, ale i většinovou společnost.

*„Při koncipování nových metod sociální práce se vycházelo ze skutečnosti, že lepší (a levnější) je nežádoucím jevům předcházet než následně napravovat škody.“* (Bednářová, 2008, str. 172) V 90. letech 20. století došlo ve snaze zapojit děti a mládež z rizikového prostředí do akceptovatelných aktivit k přenesení těžiště sociální práce do terénu – ulice. Součástí vládního „Programu sociální prevence“ v roce 1993 bylo zavedení funkce specializovaného sociálního asistenta nejprve na některých okresních úřadech. Hlavní metodou práce sociálního asistenta je práce v terénu, tzn. v přímém kontaktu s cílovými skupinami v jejich přirozeném sociálním prostředí. Terénní práce reprezentovaná funkcí sociálního asistenta se tak stala součástí sociálního zabezpečení v České republice a v současné době tvoří jeden z článků prevence sociálně-patologických jevů.

Souběžně se vznikem funkce sociálního asistenta se terénní práce rozšířila také v zařízeních provozovaných nestátními organizacemi (občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, charitativní organizace). Tyto nestátní organizace zpočátku

pracovaly pouze s drogově závislými klienty, v současné době se však zaměřují také např. na prostitutky, homoprostituty, mládež žijící rizikovým způsobem života, bezdomovce apod. Terénní práce na úrovni státní správy (funkce sociálního asistenta), samosprávy a nestátních organizací se vzájemně doplňují.

Roku 1997 byla v České republice založena Česká asociace streetwork o.s. (ČAS). Jedná se o organizaci na profesionální úrovni, která zastupuje fyzické a právnické osoby v oblasti nízkoprahových sociálních služeb, v níž se angažují odborníci z oboru teorie i praxe. Činnost ČAS je zaměřena na zprostředkování výměny zkušeností a odborných informací, organizování odborných akcí (konference, semináře apod.), realizaci vzdělávacích a výcvikových programů pro odbornou veřejnost. Kromě toho např. vytváří definice, stanovuje měřítko kvality, vytváří akreditační a evaluační systém, napomáhá komunikaci členů apod.

### **2.1.2 Cílová populace terénní práce**

Cílovou populací terénní práce jsou jednotlivé osoby nebo skupiny osob, žijící rizikovým způsobem života, které nejsou v kontaktu s existujícími institucemi, poskytujícími pomoc při řešení zdravotních, sociálních, psychologických nebo právních problémů a mají nedostatečnou motivaci k tomu, aby tyto pomocné služby vyhledávaly. Mezi tuto klientelu, která je obtížně dosažitelná a proto je nazývána jako skrytá populace, lze zařadit např. prostitutky, bezdomovce, migranty, příslušníky etnických menšin, „děti ulice“. Specifickou cílovou skupinu pak ještě tvoří uživatelé drog z řad experimentátorů, pravidelných uživatelů bez motivace, nebo problémových uživatelů se značným stupněm závislosti, kteří ač jsou mnohdy motivováni, nejsou schopni nabízenou pomoc vyhledat a využít.

### **2.2 Terénní práce s uživateli drog**

Terénní práce s uživateli drog je jednou z forem sociální práce, která se zaměřuje na podporu zdravého chování a snižování rizik u jednotlivců a skupin drogově závislých, které nejsou efektivně zachycovány existujícími institucemi. Důvodem pro využití terénní práce mezi uživateli drog jako metody, která doplňuje další formy intervence je, že ne vždy se podaří existujícími způsoby intervence účinně oslovit danou cílovou skupinu, nebo že existující metody intervence neposkytují služby v takovém rozsahu, které jsou pro tuto cílovou skupinu potřebné.

„Terénní práce spočívá ve vyhledávání kontaktů s cílovými skupinami populace mimo rámec některé instituce. Nečeká na to, až jednotlivec sám začne hledat pomoc, protože má problémy s drogami nebo se zdravím, ale sama vyhledává jednotlivce, aby jim přímo v komunitě poskytla informace a služby. To znamená, že může intervenovat v počáteční fázi drogové dráhy konzumenta ještě před tím, než přejde k nebezpečnějším způsobům užívání drog.“ (Rhodes, 1999, str. 11)

Hlavním smyslem terénní práce je navazování nových kontaktů zejména s tzv. skrytou populací uživatelů drog, která poskytovanou pomoc nejvíce potřebuje a přimět ji aby se začala chovat zdravěji. Jedná se o uživatele, kteří nejsou v kontaktu se středisky poskytujícími služby v oblasti prevence a snižování rizik šíření infekčních chorob, jako jsou např. zdravotnická zařízení, poskytovatelé sociálních služeb apod.

Přimět uživatele, aby se začali chovat zdravěji, můžeme dle Rhodese (1999) těmito dvěma základními způsoby:

- poskytovat vzdělávací materiály a preventivní prostředky přímo v komunitě
- nasměrovat a odesílat uživatele do institucí poskytujících léčení a podpůrné služby

Tyto způsoby se vzájemně doplňují a změnu v chování je možno podpořit buď *přímo* v komunitě prostřednictvím osvěty, vzdělávání a prevence, nebo *nepřímo*, pokud jednotlivci vstoupí do kontaktu se službami poskytovanými v rámci institucí. (Rhodes, 1999)

Navazování prvokontaktů je základním kritériem úspěšnosti terénního programu. Při opakovaných kontaktech lze o úspěšnosti programu hovořit pouze tehdy, jsou-li střediska pro uživatele drog nedosažitelná, nebo pokud uživatelé nepotřebují jiný typ pomoci než ten, který nabízí terénní program. V ostatních případech jsou opětovné kontakty ekonomicky neefektivní. Malý počet navázání nových kontaktů vypovídá o potřebě vytvořit alternativní strategie intervence nebo o potřebě změnit cílové zaměření projektu.

### 2.2.1 Metody terénní práce

„*Terénní práce je metodou šíření zdravotnické osvěty a služeb. Podobně jako v případě jiných zdravotnických intervencí, je i jejím cílem podpora zdravého chování.*“ (Rhodes, 1999, str. 8)

Rhodes (1999) uvádí tři základní metody terénní práce:

- šíření informací o možných zdravotních rizicích
- podporování změn směrem od rizikového chování
- udržení pozitivní změny v chování

Udržení pozitivní změny v chování je závislé na úrovních, na nichž bylo změny dosaženo. Motivace a udržení změny, která směřuje ke zdravému chování, může být ovlivněna na úrovni:

1. *individuální* (osobní vzdělanost či informovanost, postoje, záměry, motivace a schopnost jedince)
2. *interpersonální* (názory a činy osoby, s níž je jedinec zpravidla v bližším kontaktu)
3. *komunální* (postoje a chování sociální skupiny, v níž se jedinec pohybuje)
4. *sociálně politického prostředí* (právní řád, drogová politika, systém zdravotnictví)

Vliv terénní práce na pozitivní změnu chování uživatelů drog je částečně omezen jednak nedostatkem času terénního pracovníka (velký počet klientů na terénního pracovníka ve vymezeném čase), povrchním přístupem ze strany klientů (odmítavý postoj klienta), ale i možnostmi, které může terénní pracovník poskytnout (nemožnost provádět na místě testy na infekční choroby, nemožnost poskytovat administrativní pomoc a odborné zdravotní ošetření). V takových případech by měl terénní pracovník uživateli doporučit, aby vyhledal konkrétní odbornou instituci (např. zdravotnické zařízení, kontaktní centrum apod.).

### 2.2.2 Typy terénní práce

Rhodes (1999) popisuje 3 typy terénní práce:

#### 1. *Nezávislá práce v terénu*

Probíhá na otevřené drogové scéně (ulice, squaty, nádraží, parky) nezávisle na dalších institucích, poskytujících služby uživatelům drog. Jejím cílem je dosáhnout přímo nebo nepřímo změnu chování uživatelů drog.

#### 2. *Terénní práce v domácnostech*

Probíhá na uzavřené drogové scéně, to je např. v bytech uživatelů či dealerů. Pro tento typ terénní práce se jako nejvhodnější jeví indigenní terénní pracovníci, kteří se do takto uzavřených skupin klientů snaží dostávat a to zejména proto, že klienti jim více důvěřují.

#### 3. *Komunální terénní práce*

Soustřeďuje se na organizace nebo instituce, které se nezabývají drogovou problematikou. Takovými institucemi se rozumí např. věznice, ubytovny, školy, erotické kluby, armáda apod. Cílem této práce je přiblížit zdravotnickou osvětu co největšímu počtu lidí a získat a vzdělat další pracovníky, kteří by tuto osvětu mezi svými klienty prováděli. Komunální terénní práci ztěžuje skutečnost, že mnohé z výše uvedených institucí nechtějí veřejně přiznat, že jejich klienti užívají drogy.

### 2.2.3 Fáze terénní práce

Hrdina a Korčišová (2003) popisují 4 fáze terénní práce:

#### 1. *Fáze seznamovací*

V této fázi je nutné, aby se terénní pracovník podrobně seznámil s příslušnou lokalitou. Musí znát místo, kde se klienti cílové skupiny shromažďují a aby si na něj obyvatelé lokality zvykli, musí se v ní často pohybovat. Je to způsob, jak vytipovat vhodné osoby a místa pro první navázání kontaktů, aniž by byla zároveň ohrožena bezpečnost terénního pracovníka.

## 2. *Fáze navazování osobních kontaktů*

Tato fáze, která navazuje na fázi seznamovací, bývá označována za klíčovou. Aby mohl terénní pracovník sám, nebo případně s pomocí již známého klienta navázat osobní kontakty s dalšími potenciálními klienty, musí být potenciální klient obeznámen s tím, kdo terénní pracovník je, jaký má důvod k navázání osobního kontaktu a jaké jsou možnosti jeho nabídky.

## 3. *Fáze vytváření vztahu doprovázeného vzájemnou důvěrou*

Tato fáze následuje až poté, kdy se podaří navázat první osobní kontakt. Tato fáze vyžaduje časný a pravidelný kontakt. V počátku musí terénní pracovník plně akceptovat chování klienta a přes to, že má k němu výhrady, snaží se ho pochopit. Teprve po navázání hlubšího kontaktu může chování klienta ovlivňovat a motivovat ho ke změně. Nebývá výjimkou, že sám klient se dožaduje toho, aby terénní pracovník zaujal stanovisko k jeho chování.

## 4. *Fáze práce na změně klientova chování*

Tato fáze navazuje na předchozí tři výše uvedené fáze a terénní pracovník v ní využívá veškeré znalosti z oblasti poradenství motivačního tréninku. Po zvážení schopností klienta a zvážení možností vhodných institucí, navrhuje řešení problémové situace i sociální terapii, která je pro klienta vhodná.

I když je málo pravděpodobné, že se terénnímu pracovníkovi povede s klientem dokončit všechny uvedené fáze, lze každé dokončení jednotlivé fáze považovat za úspěch.

### **2.2.4 Základní cíle terénní práce s uživateli drog**

Snížit negativní důsledky užívání drog, které se mohou dotýkat nejen na samotných uživatelů drog, ale také celé společnosti

- stabilizovat nízký výskyt HIV/AIDS pozitivitu
- snížit výskyt virové hepatitidy typu B a C

- snížit počet úmrtí souvisejících s užíváním drog (např. s předávkováním)
- předcházet primární a sekundární drogové kriminalitě
- učit uživatele drog zásadám bezpečného sexu a „bezpečnějšího“ užívání drog
- motivovat klienty k výměně, či bezpečné likvidaci použitého injekčního materiálu
- zajišťovat sběr a bezpečnou likvidaci pohozených injekčních setů

Motivovat uživatele drog k takové změně životního stylu, která by případně v budoucnu mohla vést až k abstinenci

- navázat kontakt s klientem a posléze ho motivovat k řešení jeho sociální situace a k navázání kontaktu s dalšími institucemi (kontaktní centra, léčebny, zdravotnická zařízení apod.)

Monitorovat v daném regionu drogovou scénu s cílem vytvořit účinné strategie pomoci a navázat kontakt s danou cílovou skupinou.

(Richterová Těmínová, 2008)

### **2.2.5 Složky terénní práce**

#### *1. Výměna injekčního a distribuce zdravotnického materiálu*

Základem této aktivity je výměna použitého injekčního materiálu za nový – čistý. Distribuovány jsou tzv. „inzulínky“ (inzulínové sety o objemu 1 ml a 0,5 ml) a tzv. „dvojky a nasazovačky“ (injekční stříkačky o objemu 2 ml a nasazovací jehly různého průsvitu). Pokud klient nedonese žádnou špinavou injekční stříkačku, měl by v zájmu ochrany veřejného zdraví a přístupu harm reduction obdržet od pracovníků terénního programu alespoň jednu čistou injekční stříkačku (počet vydaných injekčních setů závisí na možnostech organizace poskytující výměnný program). Klient by měl být zároveň poučen o tom, že by měl použité injekční sety nosit zpět nebo je alespoň bezpečně likvidovat.

Další součástí této aktivity je poskytování zdravotnického materiálu, snižujícího riziko zdravotních komplikací spojených s užíváním drog. Jedná se o: fyziologický roztok k rozpuštění drogy („voda“), alkoholovou dezinfekci („konzelín“), vatové filtry k čištění drogy, kyselinu askorbovou („kyska“), alobal k inhalaci drogy („plech“), buničinu a náplastí k ošetření vpichů, obvazy a další materiál ke krytí ran, dezinfekční

masti (např. Betadine), krémy pro regeneraci žil (např. Heparoid), kondomy, těhotenské testy apod. Některé terénní programy vydávají také želatinové kapsle, vhodné pro perorální aplikaci drog. V zimním období distribuují některé z těchto programů svým klientům i vitamíny.

Výměna injekčního a distribuce zdravotnického materiálu snižuje nejen zdravotní rizika spojená s užíváním drog, ale je také vhodnou příležitostí k navázání kontaktu mezi klientem a pracovníkem, i k budování jejich vzájemné důvěry, tak potřebné pro jejich další spolupráci.

## *2. Poradenství*

Poradenství v terénní práci zahrnuje základní zdravotní poradenství zaměřené na pomoc při řešení zdravotních problémů, poradenství při řešení sociálně-právních problémů klientů, krizovou intervenci zaměřenou na zvládnutí aktuálních problémů a motivační trénink zaměřený např. na změnu rizikového chování a užívání, na motivaci k navázání kontaktu s dalšími pomáhajícími institucemi a na motivaci k léčbě.

## *3. Informace*

Klientům jsou během výměnného programu poskytovány informace (ústní, písemné) o rizicích spojených s užíváním drog a jejich účincích, informace o bezpečném sexu a „bezpečnějším“ užívání drog, o dostupných formách pomoci (léčebny, zdravotnická zařízení apod.) ... atd.

## *4. Monitoring drogové scény*

Terénní pracovníci mapují výskyt uživatelů drog na otevřené a uzavřené drogové scéně i současné trendy užívání jednotlivých druhů drog, aby na základě takto získaných informací mohli nabídnout služby odpovídající potřebám klientů.

(Richterová Těmínová, 2008)

### **2.2.6 Terénní pracovníci**

#### ***2.2.6.1 Profesionální terénní pracovníci***

Úspěšnost terénní práce je závislá jak na osobnostní, tak na profesionální kvalitě týmu terénních pracovníků. Za výhodu lze považovat, pokud se podaří tým sestavit jak

z poradenských, zdravotnických tak i sociálních pracovníků (tzn. multidisciplinárně). Potřebné je nezanedbávat další vzdělávání pracovníků a pravidelné případové i týmové supervize. Nelze podceňovat ani otázku bezpečnosti práce a prevenci syndromu vyhoření.

Terénní pracovník musí mít dobré znalosti v oblasti komunikace, jeho vystupování vůči klientovi musí být důvěryhodné, musí si umět udržet potřebné hranice a potřebný respekt. Samozřejmostí je také to, že musí mít dostatek znalostí z oblasti drogové problematiky a pochopení pro problémy spojené s užíváním drog.

Terénní pracovníci navazují nové kontakty v terénu dle Rhodese (1999) třemi možnými způsoby:

- *Bezprostřední kontakty (Cold contacts)* – Při nich terénní pracovníci navazují kontakty s novými, neznámými lidmi, a proto je nezbytné, aby měli dostatek sebedůvěry a dostatečné znalosti o místních drogových poměrech.
- *Přirozené kontakty (Natural contacts)* – Jedná se o takové kontakty, kdy terénní pracovník tráví čas v místech a v době, kde se cílová populace schází. Postupem času se stává známým mezi cílovou populací, snáze si tak získá důvěru klientů, kteří jsou posléze ochotni sami pracovníka kontaktovat.
- *Zprostředkované kontakty (Snowball contacts)* – Tyto kontakty jsou navazovány zejména tehdy, když jsou součástí terénního týmu indigenní terénní pracovníci. Ti představí profesionální terénní pracovníky klíčovým osobnostem cílové skupiny. Pokud si terénní pracovníci dokáží získat jejich důvěru, je velmi pravděpodobné, že se jim podaří „lavinovitě“ navázat kontakt i s dalšími klienty z cílové skupiny.

#### **2.2.6.2 Indigenní – „externí“ terénní pracovníci (ITP)**

Indigenní terénní pracovníci jsou současní či bývalí uživatelé drog, kteří dobře znají danou drogovou scénu a kteří jsou schopni a ochotni předávat a poskytovat informace v rámci cílové skupiny, v níž byli nebo stále ještě jsou členy. Poskytují výměnný program a zajišťují sběr infekčního materiálu převážně na uzavřené, ale také na otevřené drogové scéně v místech a časech, kde nejsou přítomni odborní terénní

pracovníci. Jsou schopni motivovat další klienty k dodržování zásad bezpečnější aplikace a užívání drog.

Na indigenní pracovníky nejsou kladeny příliš velké nároky, musí mít platné doklady, musí projít odborným zaškolením a pravidelně se účastnit pracovních porad. Měla by jim být také poskytována alespoň základní supervize. Za svou práci dostávají poměrně nízkou, takřka symbolickou odměnu, což je ekonomicky výhodné.

Protože se nejedná o profesionální terénní pracovníky, nenesou za jejich chování a činnost terénní programy odpovědnost.

Výhody a možné nevýhody zaměstnávání indigenních terénních pracovníků dle Rhodese (1999):

- chápou problémy spojené s užíváním drog a mají s nimi osobní zkušenost
- jsou obeznámeni s léčením drogové závislosti a s podpůrnými programy
- mají přístup ke skrytým skupinám uživatelů drog
- v cílové populaci mají status vrstevníků, mají důvěru, respekt a jsou považováni za hodnověrné
- znají normy, subkulturu a jazyk spojený s užíváním drog
- sdílejí s cílovou populací zájem o pomoc a podporu
  
- ztratí svůj statut a důvěru, jakmile začnou pracovat jako ITP
- znovu se zapojí do subkultury a chování uživatelů drog
- dostávají se do konfliktu s profesionálními terénními pracovníky, protože mají jiný přístup
- chápou terénní práci především jako terapeutickou intervenci, nikoli jako osvětu a prevenci
- neznají strukturu řízení zdravotnických zařízení a programů

### **2.2.7 Terénní programy pro uživatele drog**

Zákon číslo 108/2006 Sb. o sociálních službách vymezuje pro koho jsou terénní programy určeny, co je jejich cílem a jaké základní činnosti mají obsahovat. Podle § 69 tohoto zákona:

(1) Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro

problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Terénní programy pro uživatele drog poskytují své služby na otevřené, polootevřené i uzavřené drogové scéně. Otevřenou drogovou scénou se rozumí ulice a další veřejná místa (podchody, průchody, pěší zóny, nádraží, náměstí, parky), polootevřenou drogovou scénou např. kluby, restaurace, diskotéky apod., uzavřenou drogovou scénou tvoří zpravidla byty samotných uživatelů, různé soukromé kluby a akce.

Služby terénních programů jsou poskytovány anonymně a bezplatně. Vycházejí z přístupu „public health“ (ochrana zdraví veřejnosti) a přístupu „harm reduction“ (snižování zdravotních a sociálních rizik spojených s užíváním návykových látek). „Oba dva tyto přístupy umožňují pracovat s klientem bez ohledu na fázi rozvoje závislosti, ve které se klient aktuálně nachází, a zároveň i bez ohledu na úroveň jeho motivace ke změně životního stylu směřující k úplné abstinenci.“ (Richterová Těmínová, 2008, str. 370)

#### **2.2.7.1 TPSA Drop In o.p.s. Streetwork**

Na území Hlavního města Prahy působí od roku 1996, jeho posláním je pomáhat uživatelům na území Hlavního města Prahy, snižovat zdravotní a sociální rizika spojená s užíváním drog a zároveň je motivovat ke změně jejich životního stylu, jeho snahou je pak prosazování oprávněných zájmů klientů navenek.

Podobně jako ostatní terénní programy vychází z principu harm reduction, z individuálních potřeb klientů a etického kodexu organizace. Mezi jeho zásady patří např. nízkoprahovost, anonymita, bezplatnost, respekt k lidským právům, důstojnosti a právu na vlastní rozhodnutí.

### 3 ZPŮSOBY APLIKACE NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK

V této kapitole své bakalářské práce se zaměřuji především na možné způsoby aplikace nealkoholových návykových látek a rizika s nimi související. U individuálních způsobů aplikací jsou zařazeny jednotlivé druhy drog, jež jsou s těmito způsoby aplikace nečastěji spojovány a popsána souvislost mezi nástupem účinku drogy a zvoleným způsobem aplikace.

*„Onemocnění, která může uživatel drog získat, mohou být v konečném důsledku vážnějším problémem než sama drogová závislost. Mnohdy se jedná o neléčitelné poruchy, které je možné jen stabilizovat (infekce HIV/AIDS), jiné mají nepříznivou prognózu v kombinaci se závislostí jako primárním onemocněním.“* (Minařík, Hobstová 2003, str. 224) Závažnost zdravotních poškození závisí na účincích, složení a množství užívané drogy, způsobu její aplikace a v neposlední řadě i na délce drogové kariéry.

Největší měrou jsou ohroženi dlouhodobí injekční uživatelé drog se závažnějším zdravotním poškozením, dosáhnout výrazného zlepšení zdravotního stavu bývá u nich zpravidla velmi obtížné. Injekční uživatelé s kratší drogovou kariérou bez závažnějších zdravotních komplikací mají za předpokladu, že užívání přerouší a budou se léčit, na zlepšení celkového zdravotního stavu větší naději. U experimentátorů a neinjekčních uživatelů s kratší drogovou kariérou lze ve většině případů dosáhnout téměř úplného uzdravení.

#### 3.1 Orální aplikace

Orální aplikace je aplikace látky do dutiny ústní. Látka se nechá vstřebat buď sublinguálně (pod jazykem) nebo bukálně (sliznicí tváře) a přes silně prokrvenou sliznici dutiny ústní se dostává přímo do krevního oběhu. Díky tomu, že látka neprochází játry, dochází po rozpuštění látky k nástupu účinku v průměru do 2 minut. (Rozsypalová, Haladová, Šafránková, 2002)

Mezi nejčastěji takto aplikované drogy lze zařadit LSD, bezdýmý tabák (žvýkací nebo moist snuff tzv. „vlhký šňupec“), u nás nedostupné kokové listy a dále pak buprenorfin (Subutex®) určený k substituční a detoxifikační léčbě.

Z důvodu intenzivnějšího působení látky v dutině ústní dochází k jejímu výraznému poškození. Mezi zdravotní komplikace spojené s orální aplikací drog lze zařadit např. poškození zubů a dásní, leukoplakii, poškození sliznice dutiny ústní, nádorová onemocnění dutiny ústní (např. rakovinu jazyka) aj.

### **3.2 Perorální aplikace – ústy**

Látka (droga) aplikovaná ústy prochází po polknutí hltanem, jícnem a po přechodu do žaludku a dalších částí trávicí trubice se vstřebává (nejčastěji sliznicí tenkého střeva). Rychlost absorpce takto požití látky je závislá na různých faktorech (např. pH žaludku, obsahu, motilitě a stavu trávicího traktu apod.), účinek nastupuje do 20-30 minut po požití. (Lfhk.cuni.cz, N.d.)

Mezi uživateli drog jsou perorálně nejčastěji užívány léky vyvolávající závislost (např. analgetika - Tramal, hypnotika - Rohypnol, anxiolytika – Diazepam aj.), psilocybin, extáze a pervitin.

Perorální aplikace je řazena mezi tzv. bezpečnější způsoby aplikace drog. Nehrozí u ní riziko přenosu HIV/AIDS ani hepatitidy typu B a C. Také riziko předávkování je zde ve srovnání s intravenózní aplikací podstatně nižší. Protože se však nástup účinku drogy po perorální aplikaci dostavuje poměrně za dlouhou dobu, je zde riziko, že jedinec užije pro dosažení požadovaného účinku další dávku drogy v krátkém časovém úseku, což může zapříčinit předávkování. Vzhledem k nízkému procentu využití látky z užitého množství jsou často také dávky podávané perorálně oproti intravenózní aplikaci vyšší, což s sebou také přináší riziko předávkování.

Při perorální aplikaci dochází často k podráždění trávicího traktu. Časté je např. podráždění - poleptání stěny hltanu a jícnu v důsledku perforace „bombičky“ (dávky pervitinu zabalené v papírovém ubrousku), při požívání většího množství drogy dochází k zánětu žaludeční stěny či k tvorbě žaludečních vředů. Po perorálním užití se také poměrně v hojné míře vyskytuje nevolnost související s náplní žaludku (s požitím drogy na lačno či po jídle). Při nedodržování hygienických zásad se může jedinec nakazit virovou hepatitidou typu A, jež se přenáší právě perorální cestou.

### **3.3 Intranasální aplikace – nosní sliznicí („sniffing“)**

Branou vstupu je nosní sliznice, přes kterou je vdechnutá látka absorbována do krevního řečiště. K nástupu účinku drogy dochází zhruba do 5 minut. Látka aplikovaná

touto cestou může mít jak místní, tak celkový účinek. (Lfhk.cuni.cz, N.d.) Oproti intravenózní aplikaci je zde menší pravděpodobnost předávkování, jedná se tak tedy o méně rizikový způsob aplikace.

Před vlastním užitím je droga nasypána na hladký povrch a upravena do tvaru úzké čáry tzv. „lajny“, poté je následně prostřednictvím trubičky – „šňupátka“ (skleněné, ocelové) či stočené bankovky vdechnuta nosem. Celý tento proces bývá mezi uživateli označován např. jako „sjetí lajny“. (Termer, 2008) Prostřednictvím sniffingu je nejčastěji užíván kokain a pervitin.

Rizikem tohoto způsobu aplikace je porušení nosní přepážky. Při častých aplikacích drogy dochází k anemizaci (nedokrvení) nosní sliznice a v důsledku toho k ztenčení a následné destrukci přepážky nosu a ztrátě čichu. Uživatelé jsou často náchylní k infekcím horních dýchacích cest, mají výtoky z nosu a při sdílení „šňupátka“ jsou navíc ohroženi žloutenkou typu B a C či dalšími krví přenosnými infekčními onemocněními.

### **3.4 Inhalace**

Hlavním místem absorpce vdechované látky jsou plicní sklípky a i přesto, že je nástup účinku vdechuté látky rychlý, nedosahuje rychlosti intravenózní aplikace. (Minařík, Hobstová, 2003) Mezi nejčastěji inhalované drogy lze zařadit organická rozpouštědla (toluen, trichlorethylen), nitrity (poppers), oxid dusný - rajský plyn, heroin, crack a konopné drogy.

Výpary tekutých těkavých látek se čichají z textilií napuštěných touto kapalinou přímo z lahví či plechovek, nebo z igelitových sáčků přetáhnutých přes hlavu. Rajský plyn je nejčastěji inhalován z bombiček nebo balónků naplněných tímto plynem. Ve formě cigaret, z dýmek nebo z alobalu („plechu“) se užívají drogy inhalované kouřením.

Inhalace výparů způsobuje u uživatelů poleptání kůže v okolí nosu a úst i poleptání dýchacích cest. Uživatelé jsou ohroženi akutním zánětem plic, který může vzniknout jako důsledek aspirace tekutiny do dolních cest dýchacích (aspirační pneumonie). Samotné přetahování igelitového sáčku přes hlavu či nepředvídatelné dávkování inhalované látky s sebou nese zvýšené riziko předávkování s následkem úmrtí. (Hampl, 2003)

Inhalování kouře přináší z hlediska předávkování menší rizika než inhalace výparů těkavých látek. Avšak nadměrným a častým kouřením se jedinec vystavuje vzniku a rozvoji kardiovaskulárních onemocnění, infekčních onemocnění dýchacího systému a v neposlední řadě onemocnění nádorových.

### **3.5 Rektální aplikace – konečníkem**

Takto aplikovaná látka se dostává přes sliznici tlustého střeva, hojně zásobenou cévními pleteněmi, přímo do krevního řečiště, aniž by při tom musela projít játry. Nástup účinku aplikované látky se dostavuje do 15 minut. (Lfhk.cuni.cz, N.d.)

Aplikace drog do konečníku není mezi uživateli příliš častá. Pokud však uživatelé tuto formu aplikace zvolí, aplikují drogu prostřednictvím želatinové kapsle nebo inzulinové stříkačky, ze které ještě před aplikací odstraní jehlu (u tohoto způsobu je nástup účinku drogy rychlejší).

Vzhledem k tomu, že sliznice rekta není přizpůsobena aplikaci drog (jejich toxicitě), mohou takto aplikované látky zapříčinit poškození sliznice rekta, prasknutí hemoroidů či vyvolat rakovinové bujení.

### **3.6 Injekční aplikace**

Jedná se o nejrizikovější způsob aplikace drog, při němž navíc hrozí i největší pravděpodobnost možnosti předávkování. Látka (droga) je do organismu vpravována pomocí injekčního setu, přičemž dochází k narušení integrity kůže. Během této aplikace tak snadno může dojít k zanesení mikroorganismů a nežádoucích příměsí do místa vpichu, krevního řečiště a následně i do vzdálených orgánů. (Minařík, Hobstová, 2003)

Obvykle je tímto způsobem aplikace užíván pervitin, kokain, heroin, braun a v současné době také Subutex® určený k sublinguální aplikaci. Za nejvíce rozšířenou formu injekční aplikace lze mezi uživateli drog označit aplikaci intravenózní, dále pak aplikaci muskulární a subkutánní.

#### **3.6.1 Intravenózní aplikace – do žíly**

Při tomto způsobu aplikace je droga aplikována přímo do krevního řečiště. Jedná se o nejvíce rizikový způsob aplikace drog a zároveň o nejrozšířenější způsob aplikace mezi injekčními uživateli. Krmenčík a Kysilka (N.d.) uvádí, že vzhledem k tomu, že odpadá fáze resorpce, je aplikovaná látka vysoce koncentrovaná a nástup účinku drogy

velmi rychlý (do 30 sekund až 1 minuty). K aplikaci jsou voleny jehly s menším průsvitem, nejčastěji inzulínové stříkačky.

Nejvhodnějším místem vpichu pro tento způsob aplikace jsou horní končetiny. Nejideálnější je zvolit místo vpichu v úseku předloktí (od loketní jamky k zápěstí) a dále pak v úseku paže (musculus biceps brachii či musculus triceps brachii). Nepříliš vhodná je aplikace do žil ruky a prstů. Aplikace do žil na dolních končetinách s sebou vždy nese značná rizika. Pokud se však jedinec rozhodne do dolních končetin drogu aplikovat, měl by zvolit méně rizikové místo, tedy žíly na zadní straně lýtek či žíly na chodidlech. Jako naprosto nevhodná a nejvíce riziková je označována aplikace do krku, třísel a podpaží.

Před aplikací drogy je nutné přiložit škrtidlo do vzdálenosti 5 – 10 centimetrů nad místem vpichu (na krk se škrtidlo nikdy nepřikládá!!!) a místo vpichu dezinfikovat. Jehla se zavádí pod úhlem 45°, před vlastní aplikací drogy je nutné provést aspiraci, která slouží k ověření, je-li vpich správný – zda není nabodnuta tepna či zda vpich není veden mimo žílu. Pokud se ve stříkačce objeví tmavá krev, povolí se škrtidlo a droga je pomalu aplikována.

Při nedostatečném dodržování hygienických zásad, nedodržování pravidel „bezpečnější“ aplikace či při aplikaci drogy vně žíly, hrozí jedinci riziko vzniku zánětu v místě vpichu, vznik abscesu či flegmóny, dále pak zanesení bakterií do krevního řečiště s následným vznikem bakteriémie či sepse a zároveň i zanesení krví přenosných onemocnění (hepatitida typu B a C, HIV/AIDS) do organismu.

Pokud si jedinec při aplikování do krku (vena jugularis) zanesení do místa vpichu infekci, je ohrožen vznikem abscesu. Dojde-li k jeho ruptuře směrem dovnitř, hrozí jedinci celková infekce organismu, vykrvácení, zanesení infekce do lebních dutin či do mozku. (Sananim, 2009)

Nepřesnou aplikací do žíly v tříslech může dojít k napíchnutí tepny nebo nervu, které vedou v bezprostřední blízkosti žíly. Při nabodnutí nervu pocítí jedinec velmi intenzivní bolest a je ohrožen ochrnutím končetiny, při zasažení tepny mu hrozí vykrvácení. (Sananim, 2009)

Při aplikaci drog do dolních končetin může dojít k poškození žilních chlopní, v důsledku čehož dochází k otokům končetiny a hrozí také nebezpečí vzniku bércových vředů.

Do nejrizikovějších míst si zpravidla aplikují drogu dlouhodobí uživatelé s výrazným poškozením žilního systému a ti, kteří chtějí užívání drogy před okolím utajit.

### **3.6.2 Intramuskulární aplikace – do svalu**

Aby nedošlo k aplikaci látky do tukové tkáně, je důležité zvolit správné místo vpichu a vhodnou délku jehly. Nejvhodnějším místem pro aplikaci je čtyřhlavý sval stehenní (musculus quadriceps femoris), konkrétně jeho vnější horní třetina (musculus vastus lateralis). K aplikaci je v ideálním případě použita jehla o délce 5 – 6 centimetrů, u kachektických jedinců lze použít jehlu délky 4 – 5 centimetrů. Inzulínová stříkačka je k této formě aplikace nevhodná. Účinek takto aplikované látky nastupuje do 5 – 10 minut.

Před aplikací je ukazovákem a palcem volné ruky vypnuta kůže nad místem vpichu a místo je řádně dezinfikováno. Jehla se zavádí švihem pod úhlem 90° do hloubky 3 – 4 centimetrů. (Rozsypalová, Haladová, Šafránková, 2002) Před aplikací drogy se provádí aspirace (zpětné nasátí), jež slouží ke kontrole, zda při zavádění jehly nedošlo k nabodnutí cévy. Pokud nedojde k nasátí krve, je droga pomalu aplikována.

Při špatné technice vpichu může dojít u této formy injekční aplikace k několika komplikacím. Při nevhodně zvoleném místě vpichu se může stát, že dojde k nabodnutí nervu. V takovém případě pociťuje jedinec mravenčení či bolest vystřelující do celé končetiny, v horším případě dochází k lehkému ochrnutí končetiny. Pokud je droga aplikována na nevhodné místo nebo byla pro aplikaci zvolena příliš krátká jehla, může dojít k aplikaci drogy do tukové tkáně. V takovém případě dochází během několika dnů k opouzdření aplikované látky a vzniku abscesu. Místo je zarudlé, zatuhlé a bolestivé. Pokud není během aplikace dodržována dostatečná hygiena a pravidla „bezpečnější“ aplikace, může dojít k zanesení infekce do místa vpichu či k zanesení krví přenosných onemocnění (hepatitida typu B a C, HIV/AIDS) do organismu.

### 3.6.3 Subkutánní aplikace – pod kůži

Jedná se o aplikaci drogy mezi kůží a tukové vrstvy. Nejvhodnějšími místy vpichu jsou předloktí, oblast břicha a zevní strana stehen. K aplikaci jsou používány kratší a tenčí jehly, jedná se buď o klasické inzulínové stříkačky, nebo stříkačky o objemu 2 ml s nasazovací jehlou do délky 3 centimetrů (oranžová, modrá, fialová). Resorpce drogy je při tomto způsobu aplikace poměrně pomalá, nástup účinku se dostavuje zhruba za 15 minut.

Před aplikací drogy je nutné volnou rukou vytvořit kožní řasu a místo vpichu dezinfikovat. Jehla je zaváděna pod úhlem 45°, při použití inzulínové stříkačky pod úhlem 90°. Před samotnou aplikací drogy je nutné vždy aspirovat - povytáhnout píst stříkačky a zkontrolovat, jestli při zavádění jehly nedošlo k nabodnutí cévy. Při správné aplikaci se v místě vpichu vytvoří vyvýšenina, která po vstřebání drogy mizí. Pro urychlení vstřebávání je vhodné provést jemnou masáž místa vpichu, aby došlo k jeho prokrvení a zvolit vhodné místo vpichu.

Při špatné technice vpichu může dojít k aplikaci látky do žíly či svalu. Vytejková (N.d.b.) uvádí, že pokud nejsou místa vpichu jedincem pravidelně střídána, může se v místě vpichu objevit lipodystrofie (ztráta tuku v okrsku podkoží), hypertrofie (zbytnění) podkožního vaziva, či atrofie (ztenčení) kůže. Při nedodržování hygienických zásad a pravidel „bezpečnější“ aplikace dochází v místě vpichu k zánětu a k zanesení infekce (hepatitida B a C, HIV/AIDS) do organismu.

## 4 ŽELATINOVÁ KAPSLE JAKO PRVEK HARM REDUCTION

Mravčík (2010) uvádí, že od roku 2006 je v České republice výměnný injekční program rozšířen o nabídku želatinových kapslí. Cílem tohoto nového prvku harm reduction je minimalizovat zdravotní rizika (poškození žilního systému, přenos HIV/AIDS, hepatitidy typu B a C apod.) spojená s užíváním drog a nasměrovat uživatele nealkoholových návykových látek k bezpečnějšímu, tedy perorálnímu způsobu aplikace.

Výhody i nevýhody želatinových kapslí a okruh uživatelů, pro něž je tento alternativní způsob aplikace vhodný, popisují v následující kapitole.

### 4.1 Želatinová kapsle (tobolka, ampule)

Jedná se o dutou lékovou formu válcového tvaru, vyrobenou ze želatiny. Tobolka je určena k perorální aplikaci a skládá se ze dvou částí - těla (užší části tobolky) a víčka (širší části). Na víčku tobolky je kroužek, který tvoří tzv. zámek tobolky, zabezpečující během transportu do trávicího traktu její pevné uzavření.

Želatinové tobolky jsou volně prodejné, v lékárnách je lze zakoupit v několika velikostech i barvách. Terénní program Drop In v současnosti distribuuje tobolky čiré, o velikosti 00. Do želatinové tobolky 00 se vejde 0,93 ml sypkého materiálu či 0,84 ml tekutiny. Aby nedošlo k poškození tobolek (zgelovatění), je doporučováno skladovat je při teplotě 15-25°C a relativní vlhkosti 40-50%. (Samoleceni.cz, N.d.)

Želatinové kapsle jsou vhodné nejen pro uživatele, kteří si drogu aplikují perorálně, ale jsou také vhodnou alternativou pro dlouhodobé uživatele, aplikující si drogu injekční či nasální formou. Kapsle jsou hojně využívány hlavně uživateli pervitinu, v menší míře uživateli heroinu, kokainu, extáze a surového opia.

Manipulace s kapslí není nijak obtížná. Droga se do kapsle přesype či přelije a po jejím uzavření již může být aplikována (perorálně, análně). Aplikace kapsle do konečníku se nedoporučuje - kapsle není uzpůsobena aplikaci do této oblasti zažívacího traktu (k rozpuštění potřebuje kyselé prostředí žaludku) a hrozí zde riziko zanesení infekce. Manipulace s kapslí by neměla přesáhnout dobu 10-ti minut, u tekuté formy by měla být kapsle aplikována ihned po naplnění (hrozí rozpuštění kapsle). Uživatel by měl kapsli naplňovat stejným množstvím drogy, na které je běžně navyklý. V případě, že

běžná dávka drogy není při tomto způsobu aplikace pro uživatele uspokojující, neměl by do kapsle dávat více jak 1,5 násobek jeho běžné dávky. (Os-Prostor, 2009) Účinek takto aplikované drogy se dostavuje v závislosti na náplni žaludku v rozmezí zhruba od 20 do 60 minut.

Za výhodu užívání želatinových kapslí lze označit fakt, že nedochází k poškození dutiny ústní, sliznice nosu, hltanu a jícnu, k destrukci žilního systému a k šíření krví přenosných infekčních onemocnění (nedochází k sdílení injekčního materiálu či „šňupátek“). Samotní uživatelé zpravidla oceňují i delší účinek drogy a slabší dojezd. Aplikace drog formou želatinové kapsle je bezesporu také méně stigmatizující, protože je např. oproti intravenózní aplikaci pro okolí méně nápadná (žádné stříkačky, znatelné vpichy apod.).

Nevýhodou želatinových kapslí, může být pro uživatele (zvláště intravenózní) dlouhý nástup účinku drogy a chybějící nájezd tak typický pro intravenózní aplikaci. Nevýhodou je také skutečnost, že při špatné manipulaci může dojít k jejich zgelovatění či rozpadu. Při uvíznutí kapsle v krku může dojít k pálení žáhy, v závislosti na náplni žaludku se mohou vyskytnout bolesti břicha, nevolnost či zvracení.

Za riziko želatinových kapslí lze označit možnost jejich vdechnutí, v jehož důsledku může dojít k udušení. Při aplikaci kapsle do konečníku či při nedodržování hygienických zásad je uživatel ohrožen zanesením infekce do organismu. U geneticky predisponovaných osob hrozí vznik zánětu žaludku, popř. žaludečních či dvanácterníkových vředů. Stejně jako u každé aplikace drog hrozí i u této formy riziko předávkování.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

### 5.1 Cíle výzkumu

- Popsat zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi.
- Zjistit faktory (okolnosti) vedoucí klienty terénního programu k využití/nevyužití nabídky želatinových kapslí.
- Zjistit, zda pracovníci terénního programu informují své klienty o výhodách, nevýhodách a případných rizicích spojených s aplikací drog želatinovou kapslí.
- Zjistit, za jakých okolností nabízejí pracovníci terénního programu želatinové kapsle.
- Zjistit názor pracovníků terénního programu na želatinové kapsle – v čem vidí výhody/nevýhody.

### 5.2 Výzkumné otázky

- Jakou zkušenost (pozitivní/negativní) mají klienti terénního programu s želatinovými kapslemi?
- Co vede klienty terénního programu k využití/nevyužití nabídky želatinových kapslí?
- Informují pracovníci terénního programu klienty o výhodách, nevýhodách či případných rizicích spojených s aplikací drog želatinovou kapslí?
- Za jakých okolností nabízejí pracovníci terénního programu želatinové kapsle svým klientům?
- Jaký názor mají pracovníci terénního programu na želatinové kapsle – v čem vidí výhody/nevýhody?

## 6 METODIKA VÝZKUMU

Pro svou práci jsem se rozhodla použít kvalitativní metodu výzkumu. Význam kvalitativního výzkumu spočívá v tom, že se snaží interpretovat pohledy subjektů na zkoumaný jev a je vhodné ho zvolit zejména tehdy, pokud fenomén nebyl dosud dostatečně popsán a prozkoumán. Kvalitativní výzkum se opírá o velké množství informací získaných od malého počtu jedinců a jeho úkolem je zachytit celistvý obraz zkoumaného jevu a přiřadit mu na základě zachycení interpretací odpovídající význam.

„Plán výzkumu se opírá o to, co známe a směřuje otevřeným způsobem k tomu, co neznáme.“ (Hendl, 1999, str. 49)

Ve své práci jsem jako metodu získávání dat zvolila polostrukturované interview v ústní a písemné podobě. Výzkumný rozhovor byl veden podle předem připraveného dotazníku a scénáře rozhovoru. Data získávaná během polostrukturovaných interview byla u klientů terénního programu zachycována na audio záznam, u pracovníků terénního programu byla potřebná data zachycena písemnou formou do předem připravených dotazníků. Navíc jsem za účelem doplnění informací pokládala respondentům (pozn. klientům terénního programu) doplňující otázky. V průběhu rozhovoru jsem jim podobně jako Guryčová (2010a) předložila k vyplnění srovnávací škálu, na níž měli prostřednictvím číselné řady možnost lépe vyjádřit intenzitu nájezdu a dojezdu.

Aby bylo možné provést analýzu audio záznamu, musela jsem záznam mluveného projevu převést pomocí transkripce do písemné podoby, přičemž jsem použila techniku doslovné transkripce. Doslovné transkripce záznamů interview jsem upravila redukcí prvního řádu. *„Nejjednodušší formou redukce prvního řádu je vynechávání všech částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci. Vynecháváme tedy různé zaznamenané zvuky, slova tvořící pouze tzv. slovní vatu atd. Text dále bývá očištěn od výrazů, jejichž přítomnost spíše narušuje plynulost a které samy nenesou žádnou informaci.“* (Miovský, 2006, str. 210)

Metodou vytváření trsů jsem uspořádala data na základě jejich překryvu – např. tématické podobnosti do skupin a vyhledávala jsem všechny pasáže, jež se týkaly jednoho úzce ohraničeného tématu. *„Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsů) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd.“* (Miovský, 2006, str. 221) Následně jsem použila i metodu vzorců („gestaltů“), jejímž základním principem je vyhledávání a zaznamenávání dat do opakujících se vzorců, témat či struktur, které odpovídají specifickým zaznamenaným jevům, vázaným na určitý kontext, osobu atd. Původní bohatost a jedinečnost zaznamenaných jevů je na základě vzájemných podobností a odlišností nahrazována určitou obecnější kategorií, tématem atd., čímž dochází k jejich redukci.

## 7 CÍLOVÁ POPULACE A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Cílovou populaci tohoto výzkumu tvoří klienti a pracovníci terénních programů. Výběrový soubor byl vybrán záměrně z řad klientů a z řad pracovníků terénního programu Drop In. Respondentem se mohl stát jakýkoliv z pracovníků terénního programu Drop In, podmínkou účasti na výzkumu bylo vyplnění dotazníku a ochota ke spolupráci. Kromě ochoty spolupracovat byla hlavním kritériem pro to, aby se klient terénního programu Drop In mohl stát respondentem, alespoň jedna zkušenost s aplikací drogy prostřednictvím želatinové kapsle. Výzkumný soubor je tvořen celkem 14 respondenty, z toho 8 respondentů (4 ženy, 4 muži) pochází z řad klientů, zbylých 6 respondentů z řad pracovníků terénního programu Drop In.

## 8 ETIKA

Během výzkumu byla dodržena anonymita všech respondentů. Ještě před zahájením interview byli všichni respondenti z řad klientů ujištěni o tom, že pokud během interview budou zmíněny osobní údaje či jiné identifikační prvky, jež by jejich anonymitu mohly zpochybnit, budou pozměněny nebo nebudou v prepisech rozhovorů publikovány. Každému interview předcházela ústní souhlas respondentem a poučení, že rozhovor, jehož obsah bude sloužit pouze pro účel výzkumu, bude zaznamenán na diktafon a následně převeden do písemné formy. Respondenti z řad pracovníků terénního programu byli o zachování anonymity dat informováni v úvodu dotazníku.

## 9 VĚROHODNOST VÝZKUMU

Slabou stránkou každého kvalitativního výzkumu je věrohodnost získaných dat. Proto jsem se co nejvíce snažila předejít rizikům, která by mohla věrohodnost výzkumu zpochybnit. K pravdivému zodpovězení otázek zaměřených na téma výzkumu jsem použila doslovné prepisy audio nahrávek rozhovorů a vyplněné dotazníky. Věrohodnost výpovědí je mimo jiné podmíněna i důvěrou klienta k výzkumníkovi. Protože již nějakou dobu působím v terénním programu jako dobrovolný pracovník, měli ke mně klienti důvěru a byli ochotni mi poskytnout potřebné informace. Dalším důležitým aspektem je také výběr místa, kde se má interview uskutečnit, má to být prostředí, v němž se klienti často pohybují a které dobře znají. K tomuto účelu jsem proto vybrala volné prostranství Vrchlických sadů, které např. oproti lokalitě Václavského náměstí,

patří k méně frekventovaným místům. Průběh jednotlivých rozhovorů byl však často narušován ostatními uživateli a dalšími návštěvníky této lokality, což jsem však ovlivnit nemohla. Jako největší problém se mi jevila skutečnost, že většina respondentů byla v průběhu interview intoxikována, což může zpochybnit pravdivost jednotlivých výpovědí.

## 10 SHRnutí

Tato část mé bakalářské práce zahrnuje analýzu rozhovorů s respondenty z řad klientů terénního programu, jež probíhaly dle scénáře rozhovoru a dalších doplňujících otázek. Dále zahrnuje analýzu standardizovaného interview předloženého respondentům z řad terénních pracovníkům v písemné podobě.

### 10.1 Analýza interview s klienty terénního programu

Pro snazší orientaci čtenáře v textu jsem ve své práci analyzovaná data rozdělila na dvě části. V první části jsou předloženy výsledky analýzy dat získaných na základě scénáře rozhovoru, v části druhé výsledky analýzy dat, které byly získány díky doplňujícím otázkám.

#### 10.1.1 Otázky dle scénáře rozhovoru

##### 10.1.1.1 První okruh otázek

V prvním okruhu otázek (viz. scénář rozhovoru) jsem se zaměřila na získání údajů, z nichž jsem sestavila stručnou charakteristiku vybraných respondentů.

Ve výběrové populaci respondentů jsou v poměru 1:1 zastoupeni muži i ženy (4 muži, 4 ženy). Věkový průměr obou skupin je 28,5 roku (viz. Tabulka č. 1).

Tabulka č. 1: Věková skupina respondentů

věk	muži	ženy	celkem
20 - 25	1	1	2
26 - 30	2	1	3
31 - 35	1	2	3
průměrný věk	28,5	28,5	28,5

Tři respondenti bydlí společně s rodiči či s babičkou, tři obývají byt společně s přítelem, jeden bydlí sám ve vlastním bytě a jeden s partou kamarádů v pronajaté chatě.

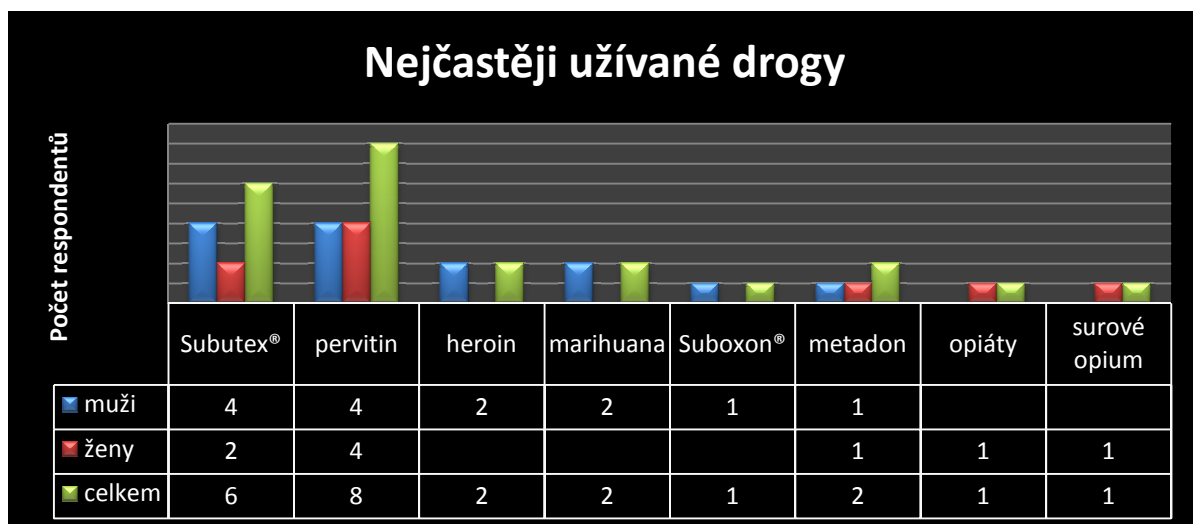
Jeden muž a jedna žena mají dokončené pouze základní vzdělání, dva muži a dvě ženy absolvovali učební obor, jeden muž a jedna žena mají dokončené středoškolské vzdělání.

Ze čtyř mužů jsou tři nezaměstnaní (z toho pouze jeden evidován na Úřadu práce), pouze jeden má trvalé zaměstnání. Dvě ženy jsou nezaměstnané, jedna pracuje „na černo“ a jedna pouze příležitostně – brigádně.

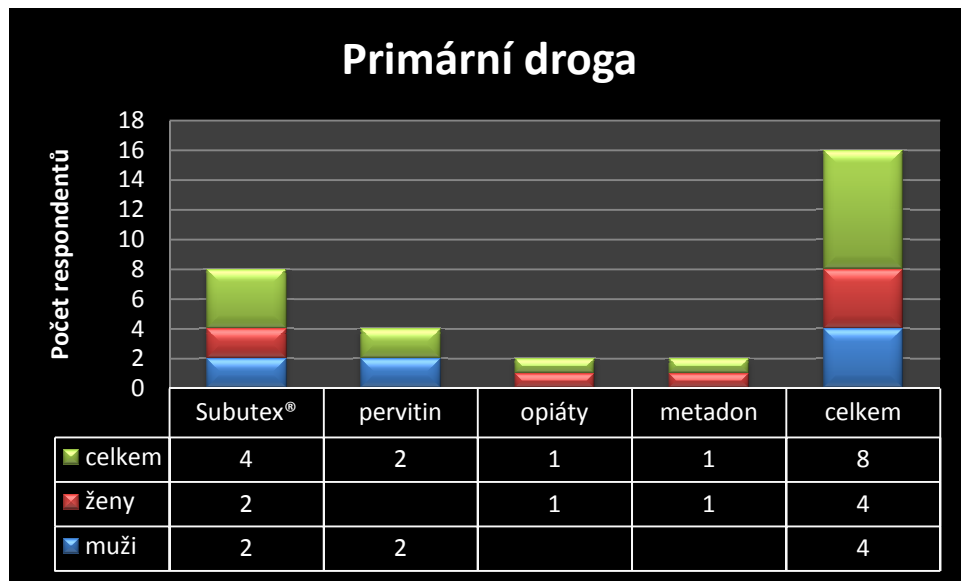
Sedm z dotázaných respondentů si primárně aplikuje drogu nitrožilně, jedna respondentka perorálně (pozn. metadon).

Všichni respondenti užívají drogy polyvalentně – kombinují několik návykových látek současně. Nejčastěji užívanými drogami jsou pervitin a Subutex® (viz. Graf č. 1.), za primární drogu označil největší počet respondentů Subutex® (viz. Graf č. 2).

Graf č. 1: Nejčastěji užívané drogy



Graf č. 2: Primární droga



#### 10.1.1.2 Druhý okruh otázek

Otázky druhého okruhu scénáře interview mají dát odpověď na to, z jakých zdrojů se respondenti poprvé dozvěděli o kapslích a co je vedlo k tomu, aby tento nový prostředek harm reduction vyzkoušeli. Jaké byly jejich pocity při prvním užití kapsle, jakou formou byla aplikace provedena a o jaký druh drogy se jednalo.

Každý z dotázaných respondentů uvedl, že má zkušenost s aplikací drogy formou želatinové kapsle, avšak pouze perorálním způsobem.

Při první zkušenosti s kapslí si šest respondentů aplikovalo pervitin, dva respondenti speedball („perník a heroin“, „pervitin a heroin“).

O existenci kapslí se poprvé dozvěděli dva respondenti od pracovníků kontaktního centra („na káčku“, „vlastně v Sananimu, v káčku“), jeden respondent od pracovníků terénního programu („ted' tady v tej sanitce, nedávno“), jeden si nevzpomíná („to vůbec nevím, fakt ne“), ostatní respondenti se o kapslích dozvěděli od známých či kamarádů.

Důvodem k prvnímu užití kapslí byla v šesti případech zvědavost („já jsem to chtěl jen vyzkoušet“, „zvědavost, že je to prej podobný jako když si vezmeš extázi nebo

něco“), ve dvou případech poškozený žilní systém („Už jsem si nemoh píchat. No nechtěl jsem si rozpíchat ruku, denně 12x, 13x si píchnout.“).

Pocity při první zkušenosti s kapslí hodnotí sedm (87,5%) respondentů vesměs pozitivně („Jo, úplně úžasný, supr. Takový nečekaný.“, „No roztek sem se jak ledňáček, protože mi tam dali hodně .... Takže kdybych byl holka, tak si tam se mnou dělali co chtěli.“, „No právě, že pamatuju, bylo to dobrý. Prostě se ti pozvolna změní svět. Není to tak rychlý, jak když si dáš do žíly. Je to dobrý, byl jsem docela překvapenej.“), i když tři z nich uvádí, že pravděpodobně „prošvihli“ nájezd („Poprvý to bylo jiný, protože jsem čekala, jako to jsem si docela, no abych byla slušná jako zničila, protože jsem čekala, víš, jako co, co to, co přijde .... asi jsem to prošvihla ten, to co mělo přijít.“, „Bylo to takový, já nevím, já jsem to furt necejtila, takže jsem si dala ještě jednu a furt jsem čekala jako, že to musí přijít každou chvíli. Tak jsme ještě s kamarádem snědli spolu tripa, tak potom když to najelo všechno dohromady tak to byl jako mazec.“), jeden respondent si na první zkušenost s kapslí nevzpomíná.

#### **10.1.1.3 Třetí okruh otázek**

Třetí okruh otázek dává odpověď na to, jak často respondenti v současné době kapsle užívají a jaký druh drogy si v nich aplikují.

V současné době užívají kapsle jen tři respondenti (1 žena, 2 muži) a to však pouze příležitostně. Z toho dva respondenti používají kapsli k aplikaci pervitinu a jeden respondent k aplikaci heroínu a pervitinu.

Jeden z respondentů, jako důvod proč kapsle neužívá, uvedl nedostatek financí („No teď ne, protože nemám peníze.“), další zapomnětlivost („Mmmm ne, jako já si na ně nevzpomenu. Jako kdyby mi to někdo připomenul, tak si je vezmu.“), zbylí tři respondenti důvod nevedli.

#### **10.1.1.4 Čtvrtý okruh otázek**

Otázky čtvrtého okruhu jsou zaměřeny na porovnání intenzity nájezdu a dojezdu drogy aplikované kapslí s intenzitou při aplikaci jiným způsobem, na dobu nástupu účinku drogy při aplikaci kapslí a na srovnání velikosti dávky drogy v kapsli s velikostí dávky při respondentově běžné aplikaci.

Intenzitu nájezdu a dojezdu u jednotlivých způsobů aplikací respondenti vyjádřili bodovým ohodnocením v rozmezí 1 až 10 bodů, přičemž 1 bod značí velmi slabou, takřka neznatelnou intenzitu, 10 bodů maximální intenzitu.

Tabulka č. 2: Intenzita nájezdu

Respondent	INTENZITA NÁJEZDU			
	kapsle	jehla	kouření	sniff
č. 1	5	8	neaplikuje	neaplikuje
č. 2	6	10	4	5
č. 3	2	10	5	3
č. 4	3	2	2	7
č. 5	10	8	1	8
č. 6	6	5	neaplikuje	6
č. 7	3	10	5	7
č. 8	6	10	neaplikuje	8

Tabulka č. 3: Intenzita dojezdu

Respondent	INTENZITA DOJEZDU			
	kapsle	jehla	kouření	sniff
č. 1	2	9	neaplikuje	neaplikuje
č. 2	5	7	1	5
č. 3	6	10	2	4
č. 4	1	4	2	1
č. 5	1	2	1	1
č. 6	6	8	neaplikuje	10
č. 7	6	6	3	5
č. 8	4	6	neaplikuje	2

Pět respondentů se shoduje na tom, že nejintenzivnější nájezd cítí při intravenózní aplikaci, tři respondenti pociťují intenzivnější nájezd na kapsli než na jehle. Sedm respondentů pociťuje nejintenzivnější dojezd při intravenózní aplikaci,

jeden respondent nejintenzivnější dojezd cítí stejnou měrou jak při intravenózní, tak i při perorální aplikaci kapslí.

Někteří respondenti během interview uvedli, že míru intenzity ovlivňuje kvalita drogy i její množství („*Jak kdy, záleží na kvalitě toho materiálu.*“, „*Já si dám třeba na párty jednu – dvě kapsle. V tý jedný jsou dvě, tři sta váhy a do toho si dám já nevím, za kilo čáru, nebo za dvě kila.*“), momentální psychické rozpoložení respondenta („*Ty dojezdy jak kdy, já myslím, že je to podle psychiky.*“) a v neposlední řadě i to, zda si respondent aplikuje na lačno nebo zda je najeden („*Ten dojezd podle toho jak se najíš, podle toho jestli piješ. Když vypiješ třeba litr, dva mlíka, tak to sráží.*“).

Vzhledem k tomu, že se u jednotlivých respondentů bodové hodnocení nájezdu a dojezdu rozchází s jejich reakcí na toto téma v přímém rozhovoru (např. respondent bodově hodnotí intenzitu dojezdu, ačkoliv během hovoru uvádí, že dojezdy nemá – „*Já dojezdy nemám, to si lidi namlouvaj.*“), nelze ze zaznamenaných údajů vyvodit věrohodný závěr.

Z níže uvedené tabulky (Tabulka č. 4) vyplývá, že doba nástupu účinku drogy se pohybuje v průměru kolem ½ hodiny po užití kapsle. Tento čas nebývá vždy stejný, pohybuje se v určitém rozmezí. Vliv na jeho délku má kvalita drogy a prostředí, v němž si klient drogu aplikuje („*Když je to dobrý materiál a když seš takhle v teple, tak za těch 15 minut se ti to krásně rozjede.*“).

Tabulka č. 4: Doba nástupu účinku drogy po užití kapsle

<b>Respondent</b>	<b>Doba nástupu účinku drogy po užití kapsle</b>
<b>č. 1</b>	<b>15 min</b>
<b>č. 2</b>	<b>45 min</b>
<b>č. 3</b>	<b>20-30 min</b>
<b>č. 4</b>	<b>30 min</b>
<b>č. 5</b>	<b>30 min</b>
<b>č. 6</b>	<b>20-30 min</b>
<b>č. 7</b>	<b>15-20 min (max. 40 min)</b>
<b>č. 8</b>	<b>30 min</b>

Ve většině případů si respondenti kapslí aplikují větší dávky drogy než při běžné aplikaci. Šest respondentů (tj. 75% dotázaných) udává, že dávka aplikovaná kapslí je oproti dávce při jejich běžném způsobu aplikace větší („*Hmm, větší tak o čtvrtku asi.*“, „*Jako jednou tolik určitě, no.*“, „*Já si dávám třeba do žíly 5 čárek stlačených a do kapsle si jich dám 10.*“), pouze dva respondenti uvedli, že dávka je stejná.

#### **10.1.1.5 Pátý okruh otázek**

V pátém okruhu otázek se zabývám tím, jaké nejobvyklejší motivační důvody inspirují respondenty k užívání kapslí a zda tento způsob aplikace používají (používali) často nebo pouze příležitostně.

Všichni respondenti kapsle užívají (užívali) vždy jen občas, příležitostně („*Fakt jenom občas.*“, „*No já jsem to chtěla jen zkusit. Měla jsem párkrát, tak 3x, možná 4x.*“).

Většinu respondentů motivuje k aplikaci drogy kapslí pobyt v přítomnosti více osob – např. na párty („*No prostě když jsem s parou svých lidí. Jenom když jedeme někam na párty.*“, „*Když se jdu bavit, když si na nějaký párty holky dávaj, protože ony si nepíchaj.*“), někteří jsou motivováni špatným zdravotním stavem, zejména poškozením žilního systému („*No já jsem si nemohla šlehnout. Neměla jsem si kam dát*“), jiní je užívají pro silnější prožitky sexu či při kombinaci s jinými způsoby aplikace pro zintenzivnění a prodloužení účinku drogy („*Na sex a takhle.*“, „*Když jsme s kámošema koupili víc perníku, tak jsme si šlehali a ještě jsme si vzali ty kapsle.*“).

Jeden respondent uvedl, že se pomocí kapslí snaží omezit intravenózní aplikaci („*Právě, když jsem si chtěl přestat dávat do žíly, tak mi to poradila ta černovláska ze sanitky, jenomže to nefunguje, nejde mi to.*“).

Pouze jeden z respondentů uvedl, že kapsli využívá k přenosu drogy a k utajení závislosti („*Já je teď používám na jedinou věc, protože do nich schovávám ty prášky – piko a esko. A musím to schovávat doma před babičkou, já nechci, aby to o mně věděli.*“), ostatní respondenti se prostřednictvím kapsle svou závislost před okolím utajit nesnaží („*Tedy tohohle jsem se nikdy nebál, jako že to někdo pozná. Jako doma to věděj, ale okolí to o mně dodneška neví.*“, „*Hele, člověče ne, protože jsem od 13-ti na ulici, takže na to kašlu.*“).

#### 10.1.1.6 Šestý okruh otázek

Otázky šestého okruhu směřují k tomu, zda respondentům kapsle z hlediska manipulace, konzumace a velikosti dávky vyhovuje a zda se u nich po požití kapsle nevyskytují žaludeční potíže.

Manipulace s kapslí nečiní žádnému z respondentů problém, nikomu neželovatěla, respondenti vědí, že ji musejí uchovávat v suchu (*„No v pohodě. To bych ji musela mít ve vlhku, já jako zase dodržuju takový ty základní pravidla.“*). Samotná kapsle je pro všechny z dotázaných respondentů svou velikostí jak na polykání, tak na velikost dávky uspokojující (*„No, tak ona tam dobře sklouzne. Když se to dobře nadrtí, tak se tam vejde i nadprůměr.“*).

Pět z dotázaných respondentů mělo zažívací potíže, které však sami přičítají druhu drogy, nebo požití drogy na lačno (*„To bylo ale tím perníkem, protože ten je hodně agresivní.“*, *„To všechno záleží na těch chemikáliích.“*, *„Je znát, když se třeba nenajíš, to je jako u šlehnutí, že je ti pak blbě.“*).

Jeden z respondentů udává, že se pravidelně před aplikací drogy nají, jeden že záleží na okolnostech (tzn., že to není pravidlem) a ostatní se tím nezabývají (*„Určitě jsem to neřešil.“*).

#### 10.1.1.7 Sedmý okruh otázek

Účelem otázek sedmého okruhu bylo zjistit, zda respondenti mají o kapslích dostatek informací (výhody, nevýhody, způsob manipulace) a zda jsou jim terénními pracovníky při výměně nabízeny.

Z odpovědí vyplývá, že šesti respondentům byly kapsle při výměně terénními pracovníky nabídnuty (*„Jo určitě nabízej, ty taky nabízíš.“*, *„Jo tady v tej sanitce.“*), dvěma respondentům je při této příležitosti nikdo doposud nenabídl. Tři respondenti si neuvědomují, zda je někdo o výhodách, nevýhodách či rizicích spojených s užíváním drog prostřednictvím kapslí informoval (*„Ne. No možná jo, ale byl jsem zmaštěnej asi, takže si to možná nepamatuju.“*), pět respondentů udává, že informováno nebylo. Pouze jeden respondent, že mu manipulace s kapslí byla vysvětlena, ostatním vysvětlena nebyla nebo si nevzpomínají.

### 10.1.2 Otázky nad rámec scénáře rozhovoru

Za účelem upřesnění informací, získaných na základě odpovědí respondentů na výzkumné otázky, jsem navíc některým respondentům kladla doplňující otázky, které se týkaly zejména distribuce drog v kapslích, zájmu o kapsle mezi uživateli „na ulici“ a vlivu propagace a šíření informací na míru poptávky po kapslích.

Někteří z respondentů uvedli, že se setkali s tím, že jsou v kapsli distribuovány drogy, např. Subutex® a MDMA („*Třeba esko.*“, „*Určitě! Prodal mi v tom třeba čtvrtku subáce, no a MDMA.*“) avšak s aplikací drog prostřednictvím kapsle se na ulici mezi svými vrstevníky setkávají zřídka („*To snad dělám akorát já.*“, „*Není to pro ně zajímavý.*“). Domnívají se, že ke zvýšení zájmu o kapsle by přispěla častější nabídka ze strany terénních pracovníků a ochota uživatelů kapslí sdílet své zkušenosti s ostatními uživateli (šíření informací).

## 10.2 Analýza interview s pracovníky terénního programu

Jako další prvek služeb harm reduction byla v roce 2009 v terénním programu Drop In nově zavedena v rámci výměnného programu distribuce želatinových kapslí, jejímž účelem je snížit míru rizik spojených s užíváním drog.

Automaticky všem klientům nabízí kapsle pouze jeden z šesti dotázaných respondentů, tři respondenti nabízí kapsle pouze klientům se zdravotními problémy, zbylí dva je sami nenabízí a čekají, zda je o ně klient požádá.

Podle názoru všech respondentů je po kapslích ze strany klientů terénního programu malá poptávka.

Dva respondenti, kteří kapsle z vlastní iniciativy sami nenabízí, během poslední služby žádné kapsle nevydali (nikdo z klientů je o ně nepožádal), tři respondenti, kteří nabízejí kapsle klientům se zdravotními problémy, vydali během poslední služby kapsle dohromady 5x, jeden respondent který udává, že nabízí kapsle všem klientům, během poslední služby vydal kapsle 1x.

Zájem o kapsle v současné době, ve srovnání s rokem kdy byly terénním programem Drop In uvedeny do praxe, označil pouze jeden respondent za vzrůstající, ostatních pět jej považuje za přibližně stejný.

K otázce, jak si tento trend respondenti vysvětlují, se respondenti vyjádřili, že klienty terénního programu jsou většinou injekční uživatelé drog, kteří jsou na jehle často závislí a o kapsle projevují zájem až když mají poškozený žilní systém a nemohou si aplikovat injekčně a že značný počet klientů terénního programu jsou uživatelé Subutexu®, pro něž nabídka kapslí není vhodná – při spolknutí se nedostavuje jeho účinek („Mezi našimi klienty je velký počet uživatelů Subutexu®. Kapsle využívají pouze klienti s poškozenými žilami.“). Mezi klienty popularita kapslí příliš nevzrůstá, i když informovanost o této formě aplikace se mezi klientelou uživatelů šíří jak zásluhou nízkoprahových zařízení, tak i vzájemným sdílením zkušeností klientů mezi sebou. Příčinou zvýšeného zájmu, který klienti přechodně nárazově o kapsle projevují, je zpravidla zvědavost a pokus o změnu zavedeného stereotypu („Zájem vzrůstá, rozkřikne-li se mezi klienty že kapsle mají, nezanedbatelným faktorem je snaha o změnu zaběhaného stereotypu.“). U části klientely bývá příčinou většího projevu zájmu kombinace kapslí s intravenózním způsobem aplikace, nebo distribuce drog („Kombinují intravenózní aplikaci s kapslemi a zdokonalují tak zášleh.“).

Všichni z dotázaných respondentů uvedli, že při předávání kapslí informují o výhodách, nevýhodách a případných rizicích této formy užívání pouze nové zájemce o kapsle.

V průběhu jedné služby nabídnou 2 respondenti kapsle v průměru jednomu klientovi, 1 respondent dvěma klientům, 1 respondent pěti klientům a 2 respondenti uvedli, že kapsle sami žádnému z klientů nenabízí.

Dvě třetiny respondentů vyslovilo názor, že zájem o kapsle je větší mezi muži než mezi ženami.

Respondenti uvedli, že nejčastějšími důvody odmítání kapslí klienty jsou závislost na jehle, zdravotní problémy, pomalejší nebo žádný nájezd, užívání Subutexu® a z menší části i síla zvyku („Chtějí brát jehlou.“, „Bez nájezdu, rituál v intravenózní aplikaci, nezvyk.“) – viz. Graf č. 3.

Graf č. 3: Nejčastěji udávané důvody odmítnutí kapslí



Nejčastěji klienty uváděnými důvody poptávky po kapslích je poškození žilního systému (3 respondenti), utajení závislosti klienta před okolím (3 respondenti) a delší doba intoxikace (2 respondenti) – viz Graf č. 4. Mezi další důvody poptávky patří dobrý nájezd, snaha abstinovat od jehly a snížit dávku užívané drogy („Někteří uvádějí, že se tak pokouší abstinovat od jehly či velkých dávek drog.“), kombinace intravenózní a perorální aplikace („Kombinují intravenózní aplikaci perorální.“) a pozitivní reference od známých.

Graf č. 4: Nejčastěji uváděné důvody poptávky po kapslích



Čtyři respondenti se shodli v názoru, že kapsle jsou vhodné zejména pro klienty, kteří mají zdravotní problémy (abscesy apod.), dva respondenti se shodli, že by je měli používat klienti, kteří aplikují do rizikových míst a dva zastávají názor, že kapsle jsou vhodné pro všechny uživatele. Podle názoru jednotlivých respondentů jsou kapsle vhodné i pro uživatele pervitinu, pro uživatele na počátku drogové kariéry, pro ty kteří se snaží snížit dávku drogy a klienty kteří aplikují šňupáním.

Za nevýhody či omezení, se kterými se respondenti v praxi setkávají, označili 4 respondenti zneužívání kapslí pro distribuci drog a 3 respondenti striktní odmítání kapslí klienty terénního programu.

Podle názoru respondentů by mohla mezi klienty terénního programu ke zvýšení zájmu o kapsle napomoci větší informovanost (včetně propagace, letáků) klientů o výhodách kapslí a předávání zkušeností s kapslemi ve skupině samotných uživatelů.

## 11 ZÁVĚR A DISKUZE

Z mého kvalitativního výzkumu vyplývá, že i když 87,5% respondentů z řad klientů terénního programu svou první zkušenost s aplikací drogy prostřednictvím kapsle ohodnotilo vcelku pozitivně, zůstal pro ně tento způsob aplikace pouze ve fázi experimentu či jako doplňkový („*Když jsme chtěli být víc pozdvižený.*“). Hlavním důvodem této skutečnosti je dle výsledků výzkumu především závislost respondentů na jehle a větší finanční náročnost – potřebu větší dávky drogy k dosažení stejného účinku jako při intravenózní aplikaci uvedlo 75% respondentů. Nezanedbatelnou roli zde také sehrává skutečnost, že většina z dotázaných respondentů označila za svou primární drogu Subutex®.

Dle mého názoru tvoří klientelu terénních programů z převážné většiny dlouhodobí injekční uživatelé drog se zvýšenou tolerancí k účinku drogy (potřeba většího množství drogy k dosažení uspokojení), kteří se za dobu své drogové kariéry szili s určitými rituály a skupinovými normami ve smyslu přípravy a aplikace drogy. Při společné přípravě a aplikaci drogy ve skupině vrstevníků se uživatelé necítí být osamoceni, mají pocit kolektivní sounáležitosti, jsou ochotni se za určitých okolností o drogu s druhým i podělit a celý akt výkonu vnímají jako rituál. Ve skupinových normách klientely z řad terénních programů není dle mého názoru vžito proklamovat

želatinové kapsle. Lze tedy předpokládat, že pokud by některý člen skupiny přešel z intravenózní aplikace k aplikaci drogy formou kapsle, mohli by ostatní členové skupiny tuto skutečnost vnímat jako porušení určité skupinové normy a odsunout tohoto člena do ústraní, či ho ze skupiny zcela vyloučit. Obava z vyloučení i ztráta rituálu spojeného s přípravou drogy, k němuž by pravděpodobně mohlo dojít při přechodu uživatele na méně rizikový způsob užívání – tedy aplikaci drogy formou kapsle, mohou uživatele udržovat v rizikových způsobech aplikace a podporovat tak vznik tzv. závislosti na jehle.

Nízký počet uživatelů želatinových kapslí mezi klienty terénního programu je zajisté ovlivněn také skutečností, že cca 40% z celkového počtu problémových uživatelů drog v kraji Hl. m. Prahy jsou uživatelé Subutexu® (Mravčík et. al., 2010), pro které je tento způsob aplikace naprosto nevhodný. Také nedostatek finančních prostředků klientů terénních programů nijak nepodporuje přechod injekčních uživatelů na aplikaci drog prostřednictvím kapsle.

Z výše uvedených skutečností lze vyvodit závěr, že aplikace drogy prostřednictvím kapsle zůstane pro tuto klientelu pravděpodobně pouze jako doplňkový způsob injekční aplikace a tato forma aplikace mezi ní nebude nijak výrazně stoupat.

Z výsledků výzkumu je zřejmé, že nabídka želatinových kapslí ze strany terénních pracovníků není zcela dostačující, někteří terénní pracovníci kapsle z vlastní iniciativy nenabízejí. Také mezi samotnými uživateli se dle názorů respondentů z řad klientů terénního programu o kapslích příliš nemluví či neví („*Myslím, že 80% lidí ani neví, že nějaké kapsle jsou. Mezi feťákama se o nich vůbec nemluví.*“).

Respondenti z řad klientů i pracovníků terénního programu se shodují na tom, že propagace a lepší informovanost uživatelské klientely by přispěla k masovějšímu využívání kapslí. V průběhu výměnného programu jsou však časové možnosti pro vzájemnou komunikaci jak ze strany klientů, tak ze strany pracovníků značně omezené. Důvodem tohoto omezení je dle mého názoru malý počet terénních pracovníků, jež se musí ve vymezeném čase věnovat velkému počtu klientů a také skutečnost, že někteří klienti striktně trvají pouze na výměně injekčního náčiní a odmítají se zdržovat diskuzí na téma „bezpečnějšího“ užívání drog.

Z výše uvedených skutečností vyplývá, že k zesílení zájmu o kapsle by bezesporu přispěla jejich zvýšená propagace jak ze strany pracovníků terénních programů, tak ze strany klientů terénního programu, jež mají s kapslemi zkušenost.

Jak bylo na základě výzkumu zjištěno, nabídka kapslí ze strany terénních pracovníků není dostatečná, a proto by bylo dle mého názoru vhodné zaměřit se na zvýšení kvality poskytovaných služeb jednotlivých terénních programů. Ke zkvalitnění služeb by se vši pravděpodobností přispělo navýšení počtu pracovníků v terénních programech, což by napomohlo k tomu, že by jednotliví terénní pracovníci měli více prostoru k motivaci svých klientů např. směrem k bezpečnějšímu užívání drog. S ohledem na finanční možnosti jednotlivých terénních programů je tato skutečnost však značně nereálná, takřka nemožná. Jednou z dalších možností zkvalitnění práce terénních pracovníků by bylo jejich častější vzdělávání (školení, kurzy, semináře) v oblasti „bezpečnější“ aplikace drog, v jehož rámci by byl kladen důraz také na to, aby se o existenci kapslí a jejich výhodách dozvěděla co nejširší klientela injekčních uživatelů drog a kapsle se staly neodmyslitelnou součástí výměnného programu (větší propagace kapslí při výměnném programu). Do těchto vzdělávacích akcí by měli být zapojováni také indigenní terénní pracovníci, kteří díky tomu, že mají mezi uživateli status vrstevníků a působí hodnověrněji, mohou snáze ovlivnit skupinové normy a tím i postoj injekčních uživatelů drog k užívání kapslí.

Jedním ze způsobů, jak upoutat zájem klientů terénních programů o kapsle, by mohlo být častější šíření propagačních materiálů (rozdávání letáků v terénu a na tanečních akcích), pravidelná propagace kapslí v časopisech (např. Dekontaminace, Intoxi, Prostoros, Street Magazine) a brožurách určených uživatelům drog, i zveřejňování informací o kapslích na webových stránkách neziskových organizací poskytujících služby uživatelům návykových látek. Vhodné by bylo, aby propagační materiály byly dostupné i v lékárnách. Také lékaři, kteří přicházejí do styku s uživateli drog (zejm. internisté, psychiatři apod.), by neměli v rámci své činnosti působit na změnu jejich chování pouze ve smyslu abstinence, ale měli by je též informovat o existenci „bezpečnějších“ způsobů aplikace drog.

Výsledky mého výzkumu nelze považovat jednoznačně za směrodatné, protože výzkum byl prováděn na poměrně malém počtu respondentů. Navíc se respondenti z řad klientů terénního programu při interview v některých chvílích nemohli dokonale

soustředit ať již z důvodu jejich intoxikace, či z důvodu přítomnosti dalších nezúčastněných osob v místě, kde se interview odehrávalo. I přes tyto nedostatky by výsledky mého výzkumu měly inspirovat odbornou veřejnost k tomu, aby se touto tematikou dále podrobněji zabývala a to nejen v zájmu ochrany zdraví uživatelů drog, ale i v zájmu ochrany zdraví celé společnosti.

Byla bych ráda, kdyby výsledky mého výzkumu alespoň z části přispěly ke zkvalitnění nabídky kapslí (aby se informace o kapslích donesly k co největšímu počtu uživatelů drog) a uživatelé mohli tohoto prostředku harm reduction více využívat.

## POUŽITÉ ZRDOJE

### Monografie:

1. Česká republika. Zákon ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, 37, s. 1274. Dostupný také z WWW: <<http://aplikace.mvcr.cz/archiv2008/sbirka/2006/sb037-06.pdf>>.
2. Ferjenčík, J. (2000) *Úvod do metodologie psychologického výzkumu – Jak zkoumat lidskou duši*. Vyd. 1. Praha: Portál. s. 183. ISBN: 80-7178-367-6
3. Guryčová, Z. *Postoj uživatelů nealkoholových návykových látek k želatinovým kapslím* [online]. Zlín, 2010a. 76 s. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Dostupné z WWW: <[http://dspace.knihovna.utb.cz/bitstream/handle/10563/11897/gury%C4%8Dov%C3%A11\\_2010\\_dp.pdf?sequence=1](http://dspace.knihovna.utb.cz/bitstream/handle/10563/11897/gury%C4%8Dov%C3%A11_2010_dp.pdf?sequence=1)>.
4. Hampl, K. (2003) Léky vyvolávající závislost. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. Kapitola 3/7. ISBN: 80-86734-05-06
5. Hampl, K. (2003) Těkavé látky. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. Kapitola 3/8. ISBN: 80-86734-05-06
6. Hendl, J. (1999) *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum. ISBN: 80-246-0030-7
7. Hobstová, J.; Minařík, J. (2003) Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. Kapitola 4/4. ISBN: 80-86734-05-06

8. Hrdina, P. (2003) Harm reduction – snižování poškození drogami. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. s. 263 – 264. ISBN: 80-86734-05-06
  
9. Hrdina, P.; Korčíšová, B. (2003) Terénní programy. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. Kapitola 8/2. ISBN: 80-86734-05-6
  
10. Hunt, N. s příspěvkami Ashtona, M. et. al. (2003) *Pokrokové zamyšľanie o drogách – Prehľad prístupov „Harm Reduction“ k užívaniu drog založený na dôkazoch*, Překlad Mgr. Tatiana Hičárová, Vyd. 1. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti – Open Society Foundation. ISBN: 80-969271-0-8
  
11. Janíková, B. (2008) Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. In Kalina, K. et. al. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. s. 99 – 109. ISBN: 978-80-247-1411-0
  
12. Králíková, E. (2003) Tabák a závislost na tabáku. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. s. 205 – 206. ISBN: 80-86734-05-06
  
13. Minařík, J. (2003a) Opioidy a opiáty. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. Kapitola 3/2. ISBN: 80-86734-05-06
  
14. Minařík, J. (2003b) Stimulancia. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. Kapitola 3/3. ISBN: 80-86734-05-06
  
15. Minařík, J.; Páleníček, T. (2003) MDMA a jiné drogy „technoscény“. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*.

- Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. Kapitola 3/9. ISBN: 80-86734-05-06
16. Minařík, J.; Hobstová, J. (2003) Somatické komplikace a komorbidita 1 – místní a celkové infekce, orgánová postižení. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. Kapitola 4/3. ISBN: 80-86734-05-06
17. Minařík, J.; Řehák, V. Somatické komplikace a komorbidita. In Kalina, K. et. al. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. s. 89 – 96 . ISBN: 978-80-247-1411-0
18. Miovský, M. (2006) *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN: 80-247-1362-4
19. Mravčík, V. et. al (2010) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2009*. Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN: 978-80-7440-034-6
20. Rhodes, T. (1999) *Terénní práce s uživateli drog: Zásady a praxe*. Vyd. 1. Boskovice: Albert, ISBN 80-85834-71-5.
21. Richterová Těmínová, M. (2008) Systém péče a jeho složky. In Kalina, K. et. al. *Základy klinické adiktologie*, Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. s. 370-372. ISBN: 978-80-247-1411-0
22. Rozsypalová, M.; Haladová, E.; Šafránková, A. (2002) Podávání léků. In. *Ošetřovatelství II pro 2. ročník středních zdravotnických škol*. Vyd. 1. Praha: Informatorium. Kapitola č. 5. ISBN 80-86073-97-1.
23. Vokurka, M., Hugo, J. (2005) *Kapesní slovník medicíny: výkladový slovník lékařských termínů pro širokou veřejnost*, Praha: Maxdorf, ISBN 80-7345-053-4

**Časopisy:**

24. Guryčová, Z. Nemáš už kam dávat? Žíly ti neberou a nosem to taky nejde? Nemáš čisté jehly? A přesto si musíš dát?. *Dekontaminace: Sex* [online]. 2010b, č. 1, [cit. 2011-07-08]. s. 20 - 21. Dostupný z WWW: <[http://www.edekontaminace.cz/downloads/1284655911\\_deko\\_sex\\_2010.pdf](http://www.edekontaminace.cz/downloads/1284655911_deko_sex_2010.pdf)>.
25. Guryčová, Z. (2010c). Perorální aplikace pervitinu formou želatinové kapsle. *Adiktologie*, (10)1, 56–62
26. IHRA (2010). Co je „harm reduction“? Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA). *Adiktologie*, (10)3. s. 188 – 190.
27. Janíková, B. (2011). Aplikační místnosti. Centra pro zdravotnický supervidovanou aplikaci omamných a psychotropních látek. *Zaostřeno na drogy* (11)1. s. 1 – 9.
28. Os-Prostor. Kapsle – bombičky – tobolky. *Prostoros: Bad trip, kapsle, práce na černo* [online]. 2009, č. 7, [cit. 2011-07-08]. s. 4 - 5. Dostupný z WWW: <[http://www.edekontaminace.cz/downloads/1284567254\\_prostoros7-09.pdf](http://www.edekontaminace.cz/downloads/1284567254_prostoros7-09.pdf)>.
29. Termer, A. Pervitin, perník, piko. *Dekontaminace: Bytová kultura* [online]. 2008, č. 3, [cit. 2011-07-08]. s. 6 - 7. Dostupný z WWW: <[http://www.edekontaminace.cz/downloads/1284654424\\_deko\\_pernik\\_2008.pdf](http://www.edekontaminace.cz/downloads/1284654424_deko_pernik_2008.pdf)>.

**Internetové zdroje:**

30. *Anamneza.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-08]. Aspirační pneumonie. Dostupné z WWW: <<http://www.anamneza.cz/moduly/nemoc.php?ID=254&nemoci=ad&menu1=open>>.

31. Česká asociace streetwork. *Streetwork.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-06-05]. Asociace. Dostupné z WWW: <[http://www.streetwork.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=125&site=cas](http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=125&site=cas)>.
32. Česká asociace streetwork. *Streetwork.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-06-05]. Historie asociace. Dostupné z WWW: <[http://www.streetwork.cz/index.php?option=com\\_content&task=view&id=125&site=cas](http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=125&site=cas)>.
33. *Drogy-info.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-03]. Harm reduction. Dostupné z WWW: <[http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/1173/5590/file/Harm\\_Reduction.pdf](http://www.drogy-info.cz/index.php/content/download/1173/5590/file/Harm_Reduction.pdf)>
34. *Dropin.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-03]. Streetwork. Dostupné z WWW: <<http://www.dropin.cz/streetwork>>
35. Drug injection. In *Wikipedia : the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida) : Wikipedia Foundation, , last modified on 29.6.2011 [cit. 2011-07-08]. Dostupné z WWW: <[http://en.wikipedia.org/wiki/Drug\\_injection](http://en.wikipedia.org/wiki/Drug_injection)>.
36. Krmenčík, P.; Kysilka, J. *Biotox.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-08]. Aplikace. Dostupné z WWW: <[http://www.biotox.cz/toxikon/toxikologie/j\\_aplikace.php](http://www.biotox.cz/toxikon/toxikologie/j_aplikace.php)>.
37. Kulturní komise ČR. Stanovisko MV a Policie ČR k testování tablet extáze. *Fragmenty: Kulturně-hospodářská revue* [online]. 2010. [cit. 2011-07-06]. Dostupný z WWW: <<http://www.fragmenty.cz/iz000824.html>>.
38. *Lfhk.cuni.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-08]. Absorpce léčiv. Dostupné z WWW: <[www.lfhk.cuni.cz/farmakol/interakce/standa\\_soubory/text/Absorpce.doc](http://www.lfhk.cuni.cz/farmakol/interakce/standa_soubory/text/Absorpce.doc)>.

39. Mlčoch, Z. *Zbynekmlcoch.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-08]. Subkutánní a intradermální injekce - postup aplikace kožní a podkožní injekce. Dostupné z WWW: <[http://www.zbynekmlcoch.cz/info/prakticke\\_postupy\\_osetrovatelstvi/subkutan\\_ni\\_a\\_intradermalni\\_injekce\\_postup\\_aplikace\\_kozni\\_a\\_podkozni\\_injekce.html](http://www.zbynekmlcoch.cz/info/prakticke_postupy_osetrovatelstvi/subkutan_ni_a_intradermalni_injekce_postup_aplikace_kozni_a_podkozni_injekce.html)>.
40. Mravčík, V. *Coe.int* [online]. 2010 [cit. 2011-07-09]. Methamphetamine users (in contact/treatment) in the Czech Republic . Dostupné z WWW: <[http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Files/Sbg\\_May10/Presentations/Viktor\\_Mravcik.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/pompidou/Source/Files/Sbg_May10/Presentations/Viktor_Mravcik.pdf)>.
41. Novotná, L. *Edekontaminace.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-07-08]. Co jsou zač ty kapsle?. Dostupné z WWW: <<http://www.edekontaminace.cz/clanek/1/129/co-jsou-zac-ty-kapsle.html>>.
42. *Noventis.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-08]. Tvrdé želatinové tobolky. Dostupné z WWW: <<http://www.noventis.cz/1040-tvrde-zelatinove-tobolky/>>.
43. Pešek, R. *Ntakd.lt* [online]. 2010 [cit. 2011-07-09]. Methamphetamine use in the Czech Republic: situation and solutions . Dostupné z WWW: <[http://www.ntakd.lt/files/renginiai/20101110/files/Pesek\\_pervitin\\_Lithuania\\_final.pdf](http://www.ntakd.lt/files/renginiai/20101110/files/Pesek_pervitin_Lithuania_final.pdf)>.
44. Randák, D.; Randáková, D. *Kraj-jihocesky.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-08]. Rozpustí želatinové kapsle "závislost na jehle"?. Dostupné z WWW: <[www.kraj-jihocesky.cz/file.php?par%5Bid\\_r%5D=38886...0](http://www.kraj-jihocesky.cz/file.php?par%5Bid_r%5D=38886...0)>.
45. Rodu, B.; Godshall, W. T. *Adiktologie.cz* [online]. 2007 [cit. 2011-07-08]. 12-18 s. Minimalizace rizik spojených s užíváním tabáku: alternativní strategie odvykání kouření pro zapřísažené kuřáky. Dostupné z WWW: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/172/1058/>>.

46. *Samoleceni.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-08]. Želatinové tobolky č. 0: 1000ks transparentní. Dostupné z WWW: <<http://www.samoleceni.cz/0420613/zelatinove-tobolky-c.0-1000ks-transparentni>>.
47. Štaud, F. *Faf.cuni.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-08]. Absorpce. Dostupné z WWW: <<http://www.faf.cuni.cz/~staud/lectures%5Cobecn%C02-absorpce.pdf>>.
48. Terénní programy o.s. Sananim. *Edekontaminace.cz* [online]. 2009 [cit. 2011-07-08]. Mapa žil. Dostupné z WWW: <[http://www.edekontaminace.cz/downloads/1295439449\\_mapa\\_zil\\_a3\\_tisk.pdf](http://www.edekontaminace.cz/downloads/1295439449_mapa_zil_a3_tisk.pdf)>.
49. Terénní programy o.s. Sananim. *Edekontaminace.cz* [online]. 2010 [cit. 2011-07-08]. Průvodce místy pro nástřel. Dostupné z WWW: <[http://www.edekontaminace.cz/downloads/1295441200\\_zily\\_a3\\_tisk.pdf](http://www.edekontaminace.cz/downloads/1295441200_zily_a3_tisk.pdf)>.
50. Tondrová, I. *Szsmb.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-07-08]. Aplikace intramuskulární injekce. Dostupné z WWW: <[http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/Aplikace\\_intramuscul%C3%A1rn%C3%ADch\\_injekc%C3%AD.pdf](http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/Aplikace_intramuscul%C3%A1rn%C3%ADch_injekc%C3%AD.pdf)>.
51. Tondrová, I. *Szsmb.cz* [online]. 2011 [cit. 2011-07-08]. Aplikace i.v. injekcí. Dostupné z WWW: <[http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce\\_materialy/i.v.injekce.pdf](http://www.szsmb.cz/admin/upload/sekce_materialy/i.v.injekce.pdf)>.
52. Vytejšková, R. *Lf3.cuni.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-08]. Aplikace intramuskulární injekce. Dostupné z WWW: <[http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/os-etrovatelstvi/vyuka/studijni-materialy/CNPAZO42/studijni-materialy/Aplikace\\_intramusculrxn\\_injekce.pdf](http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/os-etrovatelstvi/vyuka/studijni-materialy/CNPAZO42/studijni-materialy/Aplikace_intramusculrxn_injekce.pdf)>.

53. Vytejšková, R. *Lf3.cuni.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-08]. Subkutánní a intradermální aplikace injekcí. Dostupné z WWW: <[http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/osetrovatelstvi/vyuka/studijni-materialy/CNPAZO42/studijni-materialy/Subkutxnnx\\_a\\_intradermxlnx\\_aplikace\\_injekcx.pdf](http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/osetrovatelstvi/vyuka/studijni-materialy/CNPAZO42/studijni-materialy/Subkutxnnx_a_intradermxlnx_aplikace_injekcx.pdf)>.

**Odborné přednášky:**

54. Bečka, J. (2010) Substituční léčba, *Přednáška - Systém péče II*, Praha

## **PŘÍLOHY**

- Příloha č. 1: Scénář rozhovoru
- Příloha č. 2: Srovnávací škála
- Příloha č. 3: Dotazník pro terénní pracovníky
- Příloha č. 4: Transkripce odpovědí respondentů z řad klientů TP Drop In
- Příloha č. 5: Seznam tabulek a grafů

## **Příloha č. 1: Scénář rozhovoru**

### **SCÉNÁŘ ROZHOVORU**

#### **1. OKRUH OTÁZEK**

---

1. Pohlaví: muž x žena
2. Věk ....
3. Jaké užíváš drogy?
4. Jakou drogu bys určil jako svou primární – hlavní?
5. Jak si drogu aplikuješ (i.v., per os, kouření, sniff)?
6. Jaké máš vzdělání (ZŠ, SZŠ, VOŠ, VŠ ...)?
7. Máš v současné době zaměstnání / studuješ?
8. Kde a s kým žiješ?

#### **2. OKRUH OTÁZEK**

---

9. Zkoušel sis někdy aplikovat drogu kapslí?
10. Jakou drogu sis kapslí poprvé aplikoval?
11. Jak sis kapsli aplikoval (per os, per rektum)?
12. Od koho ses o kapslích poprvé dozvěděl (známí, kámoši, káčkaři, teréňáci, letáčky)?
13. Co tě vedlo k tomu užít poprvé kapslí (zvědavost, poškozené žíly, jiné)?
14. Jaké jsi měl pocity, když sis dal poprvé kapslí?
15. Bereš v současné době kapsle - jak často?

#### **3. OKRUH OTÁZEK**

---

16. Jakou drogu si v současné době kapslí aplikuješ?
17. Pociťuješ (pociťoval jsi) nájezd a dojezd, když si dáš (sis dal) kapslí?
  - Srovnej jejich intenzitu s jiným druhem aplikace

#### 4. OKRUH OTÁZEK

---

18. Za jak dlouho po užití kapsle cítíš (jsi cítil) účinek drogy – nájezd?
19. Mohl bys srovnat velikost dávky v kapsli s velikostí dávky tvé běžné aplikace?
  - Je (byla) větší nebo menší oproti tvé běžné aplikaci

#### 5. OKRUH OTÁZEK

---

20. Užíváš (užíval jsi) kapsle výhradně nebo jen příležitostně?
21. V jakých případech, za jakých okolností, situací bereš (jsi bral) kapslí?
  - Co tě motivuje (motivovalo) k braní kapslí?
22. Bereš (bral jsi) kapslí, abys utajil svou závislost před okolím?

#### 6. OKRUH OTÁZEK

---

23. Jak se ti s kapslí manipuluje (manipulovalo)?
24. Vyhovuje (vyhovovala ti) kapsle na polykání a velikost dávky?
25. Bylo ti někdy špatně, když sis dal kapslí?
  - Bolest břicha, nevolnost
26. Dodržuješ (dodržoval jsi) před užitím kapsle nějaký rituál - napiješ se, najíš se?

#### 7. OKRUH OTÁZEK

---

27. Nabídl ti někdy při výměně některý z terénních pracovníků kapsle?
28. Informoval tě někdo o výhodách, nevýhodách, případných rizicích kapslí?
29. Bylo ti vysvětleno jak s kapslí manipulovat?

**Příloha č. 2: Srovnávací škála**



### Příloha č. 3: Dotazník pro terénní pracovníky

## DOTAZNÍK PRO PRACOVNÍKY TERÉNNÍHO PROGRAMU

### *„Zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi“*

Dobrý den,

Jmenuji se Eva Nezdarová a jsem studentkou 3. ročníku prezenčního studia adiktologie na 1. lékařské fakultě UK v Praze. Nyní se věnuji psaní své bakalářské práce na téma *„Zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi“*. Proto bych Vás chtěla požádat o spolupráci, tedy vyplnění následujícího dotazníku. Všechny dotazníky jsou zcela anonymní. Předem Vám velice děkuji za spolupráci.

#### 1. Jsou želatinové kapsle v nabídce Vašeho programu?

- 1) Ano
- 2) Ne

#### 2. Nabízíte kapsle:

- 1) **Automaticky všem klientům** (uživatelům pervitinu, heroinu apod.)
- 2) Automaticky **pouze** uživatelům pervitinu
- 3) Pouze těm klientům, kteří mají zdravotní problémy
- 4) Pouze uživatelům pervitinu, kteří mají zdravotní problémy
- 5) Kapsle nenabízím, čekám, zda si o ně klient řekne sám

#### 3. Jaká je podle Vašeho názoru mezi klienty terénního programu poptávka po kapslích?

- 1) Nulová
- 2) Malá
- 3) Poměrně značná

**4. Za poslední službu, kolikrát jste Vy osobně předal(a) klientovi/klientce kapsle?**

..... (vypište číslo)

**5. Jaký je v současné době v porovnání s rokem (2009), kdy jste uvedli kapsle do praxe o ně zájem?**

- 1) Přibližně stejný
- 2) Nižší
- 3) Vzrůstající

**6. Jak si tento trend vysvětlujete?**

.....

.....

.....

.....

**7. Informujete klienty při předávání kapslí o výhodách, nevýhodách a případných rizicích této formy užívání?**

- 1) Ano
- 2) Ne

**8. Poskytujete tyto informace:**

- 1) Každému klientovi při předávání želatinových kapslí
- 2) Pouze novým zájemcům o kapsle

**9. Jakému počtu klientů v průměru nabídnete během jedné služby kapsle vy sám/sama?**

..... (uvedte počet)

**10. Zájem o kapsle je větší mezi:**

- 1) Muži
- 2) Ženami

**11. Vypište, jaké důvody klienti při odmítnutí nabídky želatinových kapslí uvádějí:**

.....  
.....

**12. Vypište, jaké důvody klienti uvádějí při poptávce po kapslích (proč je používají, jaké mají pro ně výhody):**

.....  
.....

**13. Pro které klienty jsou dle Vašeho názoru kapsle vhodné?**

.....  
.....

**14. S jakými omezeními či nevýhodami kapslí se v praxi setkáváte?**

- 1) Zneužívání kapslí pro distribuci drog
- 2) Klienti terénního programu kapsle striktně odmítají
- 3) Jiné (vypište)

**15. Co by dle Vašeho názoru, mohlo napomoci k tomu, aby zájem o kapsle mezi klienty terénního programu vzrostl?**

.....  
.....  
.....

## **Příloha č. 4: Transkripce odpovědí respondentů z řad klientů TP Drop In**

Pro snazší orientaci čtenáře textu je v příloze použito barevné rozlišení. Pokládané otázky jsou v textu označeny červenou barvou, odpovědi jednotlivých respondentů jsou dle pohlaví rozlišeny zelenou (ženy) a modrou (muži) barvou.

### **OTÁZKY DLE SCÉNÁŘE ROZHOVORU**

#### **1. OKRUH OTÁZEK**

---

##### **Respondent č. 1**

- Pohlaví: žena
- Věk: 31 let
- V současné době užívané drogy: Subutex®, pervitin, makovina
- Primární droga: Subutex®
- Aplikace drogy: nitrožilně
- Vzdělání: vyučena
- Zaměstnání: nezaměstnaná
- Bydlení (s kým a kde žije): v rodinném domku s přítelem

##### **Respondent č. 2**

- Pohlaví: žena
- Věk: 28 let
- V současné době užívané drogy: metadon, pervitin
- Primární droga: metadon
- Aplikace drogy: per os, nitrožilně (pervitin)
- Vzdělání: základní
- Zaměstnání: příležitostné brigády
- Bydlení (s kým a kde žije): v bytě s rodiči

### **Respondent č. 3**

- Pohlaví: žena
- Věk: 32 let
- V současné době užívané drogy: opiáty, pervitin
- Primární droga: opiáty
- Aplikace drogy: nitrožilně
- Vzdělání: středoškolské
- Zaměstnání: bez zaměstnání
- Bydlení (s kým a kde žije): s partičkou v pronajaté chatě

### **Respondent č. 4**

- Pohlaví: žena
- Věk: 23 let
- V současné době užívané drogy: Subutex® (legálně), pervitin
- Primární droga: Subutex®,
- Aplikace drogy: nitrožilně
- Vzdělání: vyučena
- Zaměstnání: zaměstnána na černo
- Bydlení (s kým a kde žije): v domku s přítelem

### **Respondent č. 5**

- Pohlaví: muž
- Věk: 30 let
- V současné době užívané drogy: metadon (legálně od 21 let), Subutex®, heroin, pervitin, marihuana
- Primární droga: Pervitin
- Aplikace drogy: nitrožilně
- Vzdělání: středoškolské
- Zaměstnání: registrován na úřadu práce
- Bydlení (s kým a kde žije): sám ve vlastním bytě

### **Respondent č. 6**

- Pohlaví: muž
- Věk: 27 let
- V současné době užívané drogy: pervitin, Subutex®, heroin
- Primární droga: pervitin
- Aplikace drogy: nitrožilně
- Vzdělání: základní
- Zaměstnání: bez zaměstnání
- Bydlení (s kým a kde žije): v bytě s babičkou

### **Respondent č. 7**

- Pohlaví: muž
- Věk: 24 let
- V současné době užívané drogy: Suboxon, Subutex®, pervitin
- Primární droga: Subutex®,
- Aplikace drogy: nitrožilně
- Vzdělání: vyučen
- Zaměstnání: zaměstnaný
- Bydlení (s kým a kde žije): s matkou a babičkou v rodinném domku

### **Respondent č. 8**

- Pohlaví: muž
- Věk: 33 let
- V současné době užívané drogy: Subutex®, pervitin, marihuana
- Primární droga: Subutex®,
- Aplikace drogy: nitrožilně
- Vzdělání: vyučen
- Zaměstnání: bez zaměstnání
- Bydlení (s kým a kde žije): s kamarádem v pronajatém bytě

## 2. OKRUH OTÁZEK

---

**„Zkoušel sis někdy aplikovat drogu kapslí?“**

**Respondent č. 1**

*„Jo.“*

**Respondent č. 4**

*„Zkoušela.“*

**Respondent č. 6**

*„No, jo.“*

**Respondent č. 8**

*„No jasně.“*

**„Jakou drogu sis kapslí aplikoval?“**

**Respondent č. 2**

*„Párno.“*

**Respondent č. 3**

*„Perník a heroin.“ (pozn. speedball)*

**Respondent č. 5**

*„Pervitin a heroin.“ (pozn. speedball)*

**Respondent č. 7**

*„Peří.“*

**„Jak sis kapsli aplikoval (per os, per rektum)?“**

**Respondent č. 1**

*„Spolkla jsem jí.“*

**Respondent č. 2**

*„No, já jsem to dostala od kamaráda a říkal, že to pak dobře najede a to, tak jsem to snědla.“*

**Respondent č. 6**

*„Polykám jí. Přes konečník jedině inzulinou. To je lepší no, hlavně u sexu, protože se ti postaví penis a je to hezčí, no. Ty kapsle jsem takhle nezkoušel.“*

**Respondent č. 8**

*„Pusou. To jsem nikdy neměl čoveče do toho konečníku. Ale slyšel jsem párkrát, že je tam nějaká sliznice prostě největší, a že jako jde to, no. Oni si tam lidi i píchali snad. Ale nezkoušel jsem to.“*

**„Od koho ses o kapslích poprvé dozvěděl?“**

**Respondent č. 1**

*„Na káčku.“*

**Respondent č. 2**

*„Od kamaráda.“*

**Respondent č. 3**

*„To vůbec nevím, fakt ne.“*

**Respondent č. 4**

*„Vlastně v Sananimu, v káčku.“*

**Respondent č. 5**

*„Já už to věděl dlouho. Sem to použil, jak bylo kindr vajíčko, tak jsem to zkusil podle toho. My sme tam (pozn. do kapslí z antibiotik) dávali vždycky kypřící prášek, aby to prasklo jako.“*

**Respondent č. 6**

*„Teď tady v tej sanitce, nedávno.“*

**Respondent č. 7**

*„V Mototechně, to sme to dávali do těch kapslí od antibiotik.“*

**Respondent č. 8**

*„To je dlouho, tak 20 let, to sme to dávali do těch prášků. No a někdo mi dones a zjistil jsem, že to rozdávaj teď káčkaři.“*

**„Co tě vedlo k tomu užít poprvé kapsli (zvědavost, poškozené žíly, jiné)?“**

**Respondent č. 1**

*„Zvědavost, že je to prej podobný jako když si vemeš exázi nebo něco. Že je to prostě na podobnej způsob. To mi neříkali, ale na káčku, ale někdo mi to říkal.“*

**Respondent č. 2**

*„Asi, že jsem byla zvědavá.“*

**Respondent č. 3**

*„Chtěla jsem to zkusit.“*

**Respondent č. 4**

*„Že jsem si nemohla dát.“ (pozn. aplikovat do žíly)*

**Respondent č. 5**

*„Už jsem si nemoh píchat. No nechtěl jsem si rozpíchat ruku, denně 12x, 13x si píchnout.“*

**Respondent č. 6**

*„Já jsem to chtěl jen vyzkoušet. Hlavně teď mě k tomu třeba vede, že si nechci aplikovat, strílet no.“*

**Respondent č. 7**

*„Zvědavost, jsem to slyšel, no.“*

**Respondent č. 8**

*„Hmm, zvědavost, experiment, no.“*

**„Jaké jsi měl pocity, když sis dal poprvé kapsli?“**

**Respondent č. 1**

*„Poprvý to bylo jiný, protože jsem čekala, jako to jsem si docela, no abych byla slušná jako zničila, protože jsem čekala, víš, jako co, co to, co přijde. Takže jsem čekala, čekala a asi jsem to prošvihla ten, to co mělo přijít (pozn. nájezd). Poprvý jsem z toho nic neměla. Potom vlastně když jsme šli po druhý, tak už jsem prostě věděla, že od toho nemám nic čekat, asi jako u každé drogy a tak. Že to přijde samo no.“*

**Respondent č. 2**

*„Bylo to takový, já nevím, já jsem to furt necejtila, takže jsem si dala ještě jednu a furt jsem čekala jako, že to musí přijít každou chvíli. Tak jsme ještě s kamarádem snědli spolu tripa, tak potom když to najelo všechno dohromady tak to byl jako mazec.“*

**Respondent č. 3**

*„Nevím.“*

**Respondent č. 4**

*„Hmm, to jsem právě nepociťovala nic. A pak prostě najdnou jsem zjistila, že už se mi to rozjelo. Takže to bylo takový v pohodě.“*

**Respondent č. 5**

*„Jo, úplně úžasný, supr. Takový nečekaný.“*

**Respondent č. 6**

*„No, roztek sem se jak ledňáček, protože mi tam dali hodně a zabalili mi to úplně takhle (pozn. naplnili vrchovatě kapsli). Takže tam bylo asi půl gramu jo. A asi za půl hodiny jsem se roztek v autě jak ledňáček. Takže kdybych byl holka tak si tam se mnou dělali co chtěli.“*

**Respondent č. 7**

*„No, očekával jsem ten účinek, že jo, ale byl prostě takovej jako kdybych si šlehnul akorát, že jinej.“*

**Respondent č. 8**

*„No právě, že pamatuju, bylo to dobrý. Prostě se ti pozvolna změní svět. Není to tak rychlý, jak když si dáš do žíly. Je to dobrý, byl jsem docela překvapenej právě.“*

**3. OKRUH OTÁZEK**

---

**„Bereš v současné době kapsle - jak často?“**

**Respondent č. 1**

*„Občasně.“*

**Respondent č. 2**

*„Ne.“*

**Respondent č. 3**

*„Mmmm ne, jako já si na ně nevzpomenu. Jako kdyby mi to někdo připomenul tak si je vezmu.“*

**Respondent č. 4**

*„Ne, vůbec.“*

**Respondent č. 5**

*„No občas jako.“*

**Respondent č. 6**

*„No teď ne, protože nemám peníze.“*

**Respondent č. 7**

*„Ne, už 2,5 roku.“*

**Respondent č. 8**

*„Moc ne.“*

**„Jakou drogu si v současné době kapslí aplikuješ?“**

**Respondent č. 1**

*„Pervitin.“*

**Respondent č. 5**

*„Pervitin a heroin.“*

**Respondent č. 8**

*„Perník.“*

#### 4. OKRUH OTÁZEK

---

**„Pocit'uješ (pocit'oval jsi) nájezd a dojezd, když si dáš (sis dal) kapslí?“**

**- Srovnej jejich intenzitu s jiným druhem aplikace**

##### **Respondent č. 1**

*„Jak kdy, záleží na kvalitě toho materiálu. Tou jehlou to je většinou hned no, ale o to je to kratší a víc, tou kapslí je to takový intenzivnější, že hele i půl hodiny mi to jelo. V tom je to výhodný na těch párty, takže si to užiješ a nemáš za půl hodiny dojezd. I když je ten materiál trochu nekvalitní, tak prostě v tý kapsli se to asi víc, asi jak se to vstřebává tělem, takže je to pomalejc jak se to rozebírá, tak nedostaneš takovou šlupku a je to lepší.“*

##### **Respondent č. 2**

*„No, je to, že to šlehnutí cítíte hned a ta kapsle přijde z ničeho nic.“*

##### **Respondent č. 3**

*„To je jako když si šňupneš v podstatě jako podobný hodně.“*

##### **Respondent č. 4**

*„Právě, že moc ne. U kouření nevím, to bylo tak na dokopnutí. U šňupání je to takový jako euforický. Ty dojezdy jak kdy, já myslím, že je to podle psychiky.“*

##### **Respondent č. 5**

*„Když jsem ve 13-ti šňupal, tak to ti i vlasy mi stály. Já dojezdy nemám, to si lidi namlouvaj.“*

##### **Respondent č. 6**

*„Samozřejmě tam nájezd je, že jo. Je to jako do prdele, když si to foukneš, to je ale jako lepší bych řekl do tý prdele. Ale kolikrát je ta kapsle lepší než jehla jako. Ten nájezd je takovej, že jak na něj čekáš tak je to takový překvapení jako. Že je to takový překvapující. Nečekanej takovej. Takže já si třeba dám kapsli, víc co, když jdu na párty*

*někam, jednu, dvě. V tý jedný jsou dvě, tři sta váhy a do toho si dám já nevim za kilo čáru nebo za dvě kila. Ono se to spojí do sebe a je to lepší než kdybych si to kydnul. Člověk se na tom chová takhle líp, uvažuje lépe než když si to píchneš. Ten dojezd, jako podle toho jak se najíš. Máš jako standartní stravu nebo jak bych to řekl, pravidelnou stravu, podle toho jestli piješ. Mléko to sráží, takže když vypiješ třeba litr, dva mlíka tak to sráží.“*

## **Respondent č. 7**

### **NÁJEZD**

#### Kapsle

*„To víš, že ho cejtíš právě z tý kapsle. Na tý kapsli to máš jako takovej nával, že cejtíš, že to tělo se mění.“*

#### Jehla

*„Na jehle, tak tam máš nájezd z toho fosforu a jódu a jinak tam je návyk na jehlu.“*

#### Kouření

*„Hele, já jsem nikdy moc nekouřil, já jsem si vždycky šlehal jo. Ale když jsem to kouřil, tak se mi jednou stalo, že jsem cejtíl nájezd jako při šlehnutí, ale to se mi stalo fakt jenom jednou. Jinak jsem vždycky cejtíl takovou tu koženou hubu, jak se říká gumovou.“*

#### Sniff

*„U šňupání těch chemikálií tam dostaneš víc, ty se neodpaří jako u toho kouření, takže je to stejný jako u šlehání a u toho polykání. U toho šňupání, to jsem vždycky cejtíl jakoby od hlavy no a jako, že mi to dělá tlak na hlavu.“*

### **DOJEZD**

#### Kapsle

*„Dojezd bych řek, že je na kapslích čistější, protože si to nedáš přímo do krevního oběhu, vlastně ta chemikálie ti tam nezůstane, tak ti z toho není špatně, že jo. Takže je*

*vlastně jako takovej neznatelnej. Dojezd na tej kapsli je jak kdy, záleží na tom, jestli člověk si před tím šlehnul nebo furt jí ty kapsle, že jo.“*

### Kouření a sniff

*„U kouření jsem zjistil, že jak to přijde, tak to odejde. Já jsem na tom normálně spal i jedl. Jako určitě je znát, že už to prostě přestává, že jo, ale to vždycky zjistíš, až když usneš a vzbudíš se. Jinak dokud neusneš, tak seš furt taková vyžvejklá. Když to kouříš, šnupeš tak máš ten dojezd takovej hnusnej. To tělo poznává to, že už prostě dojíždí a je oslabený. Takže si oslabená, vyhladovělá a nevyspalá.“*

### Jehla

*„U tý jehly je dojezd hodně špatnej.“*

### **Respondent č. 8**

*„Jo, ale trošku odlišnej nájezd a není to tak rychlý. A když to jde do nosu, tak taky není, tak to je pomalejší. Ale tou kapslí je to tak uprostřed prostě.“*

**„Za jak dlouho po užití kapsle cítíš (jsi cítil) účinek drogy – nájezd?“**

### **Respondent č. 1**

*„No, když je to dobrej materiál tak po těch 15 minutách. Záleží na tom kde seš. Když seš třeba rozpumpovaná, když seš takhle v teple nebo to, tak ti říkám, za těch 15 minut se ti to krásně rozjede.“*

### **Respondent č. 2**

*„Asi za 45 minut.“*

### **Respondent č. 3**

*„Nevim, 20minut, půl hodina.“*

**Respondent č. 4**

*„Půl hodiny.“*

**Respondent č. 5**

*„Tak během půl hodinky.“*

**Respondent č. 6**

*No, jak kdy 20-30minut.*

**Respondent č. 7**

*„No tak, já nevím tak do 15-ti, 20-ti minut. Kouření cejtíš do 5-ti minut, šňupnutí taky, ale v tom žaludku je to než ty šťávy to rozložej tu kapsli, že jo. Než se ti to rozjede do krevního oběhu, takže bych řekl, že je to asi jako prášky takže maximálně do 40 minut.“*

**Respondent č. 8**

*„30 minut.“*

**„Mohl bys srovnat velikost dávky v kapsli s velikostí dávky tvé běžné aplikace?“**

**- Je (byla) větší nebo menší oproti tvé běžné aplikaci**

**Respondent č. 1**

*„Hmm, větší tak o čtvrtku, asi.“*

**Respondent č. 2**

*„No to jo, určitě větší.“*

**Respondent č. 3**

*„No to určitě, že jo. Jako jednou tolik určitě, no.“*

**Respondent č. 4**

*„Stejná.“*

**Respondent č. 5**

*„Do si dám třeba (pozn. do žíly), já nevím pět čárek stlačených a do kapsle si jich dám deset.“*

**Respondent č. 6**

*„Větší, rozhodně. Aspoň u mě teda. U šňupání stejná. Stejná jak v kapsli, víš co. Protože když šnupeš po málu, víš. Protože to není příjemný v tom rypáku, takže se furt dokrmuješ. Podle toho kde si a takhle. To je, to záleží na okolnostech. Takže já si třeba dám kapsli, víš co, když jdu na párty někam, jednu, dvě. V tý jedny sou dvě, tři sta váhy a do toho si dám já nevím za kilo čáru nebo za dvě kila. Ono se to spojí do sebe a je to lepší než kdybych si to kydnu.“*

**Respondent č. 7**

*„Stejná. Když kombinuju, tak dám do kapsle rozpuštěnej gram a k tomu třeba deset stlačených, což je dost.“*

**Respondent č. 8**

*„Do kapsle já nevím, třeba půl gramu a do tý buchny tak dvě stě váhy.“*

**5. OKRUH OTÁZEK**

---

**„Užíváš (užíval jsi) kapsle výhradně nebo jen příležitostně?“**

**Respondent č. 2**

*„To ne, jenom jako párkrát jako.“*

**Respondent č. 3**

*„Hmm fakt občas jenom.“*

**Respondent č. 4**

*„No já jsem to chtěla jen zkusit. Měla jsem párkrát, tak 3x, 4x možná.“*

**Respondent č. 7**

*„Tak příležitostně, že jo.“*

**„V jakých případech, za jakých okolností, situací bereš (jsi bral) kapslí?“**

**- Co tě motivuje (motivovalo) k braní kapslí?**

**Respondent č. 1**

*„No prostě jako když jsem s partou svých lidí. Jenom když jedem někam na párty.“*

**Respondent č. 2**

*„No, asi když jsme s kámošema koupili víc perníku no, tak jsme si to šlehli a ještě jsme si vzali ty kapsle.“*

**Respondent č. 3**

*„To bylo fakt jako příležitostně víš. Jako když si třeba vzpomenu.“*

**Respondent č. 4**

*„No já jsem si nemohla šlehnout. Neměla jsem si kam dát.“*

**Respondent č. 5**

*„Když se jdu bavit, když na nějaký párty si holky dávaj, protože ony si nepíchaj. Nebo takový soukromí doma, na sex a takhle.“*

**Respondent č. 6**

*„To musím třeba někam na párty nebo tak. Nebo na sex víš co, to je hezký náhodou. No, a když jsem si právě chtěl taky přestat dávat (pozn. do žíly), tak mi to poradila ta černovláska (pozn. sestra ze sanitky), jenomže to nefunguje, nejde mi to.“*

**Respondent č. 7**

*„Jako když jsme chtěli být víc pozdvižený, protože to má i jiná účinky a dýl to drží. Když jsme neměli čistou nebo když jsme chtěli být jako víc.“*

**Respondent č. 8**

*„Když už jsem necejtil ani do žíly ani do nosu, tak jsem si dal pořádný dvě kapsle. Mně to jako dá, ale už to člověk necejtí a nemůže si tam prát tolik, že jo, tolik do té žíly.“*

**„Bereš (bral jsi) kapslí, abys utajil svou závislost před okolím?“**

**Respondent č. 1**

*„Ne to ne. Naši se o tom nikdy nedozvěděli, díky Bohu.“*

**Respondent č. 2**

*„Hmm, to ne.“*

**Respondent č. 3**

*„Néé.“*

**Respondent č. 4**

*„Ne, já jsem to jenom zkoušela.“*

**Respondent č. 5**

*„Ne.“*

**Respondent č. 6**

*„Kdybych měl fajn práci tak jo, jenomže tu vzhledem k mému trestnímu rejstříku mít nebudu. Já je teď nepoužívám moc, protože já je teď používám na jedinou věc, protože si do nich schovávám ty prášky (piko, esko). A musím to schovávat doma před babičkou.“*

*Já nechci, aby to o mně věděli. Hlavně se to líp přenáší, víš. Takhle, je to lepší třeba než tady to (pozn. gramáč), to je lepší na hulení.“*

**Respondent č. 7**

*„No tak já myslím, že kapslema člověk nic neутají, že jo, protože to jde vidět na výrazu. Tady tohohle jsem se nikdy nebál, jako že to někdo pozná, protože o mně to neví. Jako doma to vědej, ale okolí to o mně neví do dneška. Osm let mám problémy s drogama a neví to.“*

**Respondent č. 8**

*„Hele, čoveče ne, protože jsem od 13-ti na ulici, takže na to seru.“*

**6. OKRUH OTÁZEK**

---

**„Jak se ti s kapslí manipuluje (manipulovalo), zgelovatěla ti někdy?“**

**Respondent č. 1**

*„Ne. Já ji jako nějak ne to, já ji nechávám v tom pytlíku, když to. Jinak si je neberu, protože to je zbytečný. A jako nestalo se mi, že bych ji namočila.“*

**Respondent č. 3**

*„No, v pohodě. No to bych ji musela mít ve vlhku, že jo. Já jako zase dodržuju takový ty základní pravidla, takže v bordelu to vůbec.“*

**Respondent č. 5**

*„Jako v klídku, normálka.“*

**Respondent č. 6**

*„Normálně. Ale vadí mi, než se to tam nandá, že jo. To poprvý, ale pak už mi to nevadí, když jsem najetej. Protože se na to člověk těší, že jo.“*

**Respondent č. 8**

*„Vůbec jsem neměl problém s ní nějak manipulovat. Tady ty se mi zdají, že se tak rychle nerozblemstají. Dřív ty kapsle, jak jsme měli, když jsme chodili na párty třeba a nechal jsi to chvíli v ruce a bylo to v prdeli.“*

**„Vyhovuje (vyhovovala ti) kapsle na polykání a velikost dávky?“**

**Respondent č. 4**

*„No, tak ona tam dobře sklouzne. Když se to dobře nadrtí, tak se tam vejde i nadprůměr.“*

**Respondent č. 5**

*„Ne, ne, ne, to polknu. Ještě větší je, ještě víc by se tam dalo dát a to by dopadlo špatně.“*

**Respondent č. 6**

*„No, tak já si jich dám, když tak víc, dvě, tři. Ono se tam snad ani víc nevejde, než to dvoukilo nebo tříkilo. Já nemám problém s polykáním.“*

**Respondent č. 7**

*„Jo, v pořádku. Tak já myslím, že se tam vejde naddávka.“*

**Respondent č. 8**

*„Je to jako normální prášek, jako vitamín. Já myslím, že tady ty jsou docela velký, tam se možná čtyřkilo vážený vejde.“*

**„Bylo ti někdy špatně, když sis dal kapsli?“**

**- Bolest břicha, nevolnost**

**Respondent č. 1**

*„Hmm ne, ještě ne. To po šlehnutí mi bylo hůř.“*

**Respondent č. 2**

*„Bylo no, protože jsem nevěděla jako jaký množství, abych to vychytala jako mně úměrný. Takže když jsem si šlehla a pak jsem si dala tu kapsli, tak jsem to kolikrát jako nevychytala a přepískla jsem to.“*

**Respondent č. 3**

*„Bolel mě jednou žaludek po perníku jako. To, ale bylo tím perníkem, protože ten je hodně agresivní a je znát, když se třeba nenajíš, ale to je jako i u šlehnutí, že je ti pak blbě.“*

**Respondent č. 4**

*„Nebylo.“*

**Respondent č. 5**

*„Ne, nikdy nemám problém.“*

**Respondent č. 6**

*„Jo, tam můžeš mít žaludeční problémy. No, teď mám třeba problémy s kakáním. Protože já třeba tejdén nejdu kakat, ale to podle mě dělaj opiáty no. Protože to je jak porod, to je hrozný.“*

**Respondent č. 7**

*„Jo, tak to určitě jako, ale to spíš dělá ten jód s fosforem, když je to hodně přejódovaný nebo nefosforovaný. To všechno záleží na těch chemikáliích.“*

**Respondent č. 8**

*„Bylo, jo. Občas ten nájezd byl propojenej tady tou to, nebylo to úplně špatně, ale cejtíl člověk, že se tam jakoby něco děje v tom bříše.“*

**„Dodržuješ (dodržoval jsi) před užitím kapsle nějaký rituál - napiješ se, najíš se?“**

**Respondent č. 1**

*„To úplně nesnáším. Ne, ne, ne, žádný rituály, žádný přípravy.“*

**Respondent č. 4**

*„Né, neřeším to.“*

**Respondent č. 6**

*„Podle okolností. Podle toho kde sem, s kým sem, jestli sem s holkou víš co, nebo ne.“*

**Respondent č. 7**

*„Jo, jako to určitě. Vždycky, když to, tak sme se najedli. Člověk, se kterým sem začínal, tak ten mi řek vždycky – nedáš si, dokud se nenajíš.“*

**Respondent č. 8**

*„Čoveče, to asi ne. Určitě jsem to neřešil.“*

## **7. OKRUH OTÁZEK**

---

**„Nabídl ti někdy při výměně některý z terénních pracovníků kapsle?“**

**Respondent č. 1**

*„Nabízej, ptaj se, no jasně.“*

**Respondent č. 2**

*„Ne nikdo. Myslím, že ne, nevzpomínám si na to vůbec.“*

**Respondent č. 3**

*„Občas, ale po každý fakt jako ne.“*

**Respondent č. 5**

*„Jo to jo. Ale z lidí ne - ty je nechtěj, neznaj to prostě, co maj od toho očekávat. Oni chtěj nájezdy.“*

**Respondent č. 6**

*„Jo, tady v tej sanitce, jak tu vždycky stojí.“*

**Respondent č. 7**

*„Jo určitě nabízej, ty taky nabízíš. Když přišli na ulici, tak mi je nabídli. To mi nabídli i pánvičku (pozn. rozdělávačku), ta je za dotazník. U nás ne třeba, protože u nás je málo lidí.“*

**Respondent č. 8**

*„Abych pravdu řek, tak ne. Já jsem jich pár dostal od známýho, mám jich třeba i pár doma, ale když si jdu takhle vyměnit, tak mi to nikdo nenabíd. Ale asi vím, že kdybych sem se jich zeptal, tak mi daj.“ **Kdyby ti je nabídli, vzal by sis je?** „Asi pár klidně jo.“*

**„Informoval tě někdo o výhodách, nevýhodách, případných rizicích kapslí?“**

**Respondent č. 3**

*„Ne, nikdo.“*

**Respondent č. 5**

*„Ne, ne, ne. Protože káčko co není v Holešovicích tak je úplně o ničem. To můžu říct na rovinu.“*

**Respondent č. 6**

*„Ne. No, možná jo, ale byl jsem zmaštěnej asi, takže si to možná nepamatuju.“*

**Respondent č. 7**

*„No neříkali no, protože oni jsou většinou takový, že jim dáš buchny, vemeš si čistý a čau. Není čas.“*

**„Bylo ti vysvětleno jak s kapslí manipulovat?“**

**Respondent č. 1**

*„No, asi určitě.“*

**Respondent č. 3**

*„Nevím, ale to jsou věci, který prostě fakt vim.“*

**Respondent č. 4**

*„No, něco o tom mi říkali, já už si to právě nepamatuju moc. Ono už je to docela dlouho.“*

**Respondent č. 5**

*„Ne.“*

**Respondent č. 6**

*„No, že ji mám rozdělat no a naplnit. A zadělat a spolknout a zapít.“*

**Respondent č. 7**

*„Ne, to mi došlo.“*

**OTÁZKY NAD RÁMEC SCÉNÁŘE ROZHOVORU**

**„Prodal ti někdo v kapsli drogu - vzpomeneš si jakou?“**

**Respondent č. 4**

*„Ne, to ne, nikdy.“*

**Respondent č. 5**

*„Třeba esko.“*

**Respondent č. 6**

*„Ne, to se mi ještě nikdy nestalo. Ale mohli byste to zavíct.“*

**Respondent č. 7**

*„Ne.“*

**Respondent č. 8**

*„Určitě! Prodal mi v tom třeba čtvrtku subáče, mi v tom někdo prodal. No a MDMA.“*

**„Zkoušej lidi, se kterýma se na ulici setkáváš, kapsle?“**

**Respondent č. 4**

*„Neni to pro ně zajímavý.“*

**Respondent č. 6**

*„Nesetkal sem se s tím, to snad dělám akorát já.“*

**Respondent č. 8**

*„Já abych řek pravdu, tak moc ne. Tady sou všichni závislí na jehle. Praha je v tomhlectom špatná.“*

**„Víš se mezi lidma tady na ulici, že nějaký kapsle jsou?“**

**Respondent č. 4**

*„Myslím, že 80% lidí ani neví, že nějaký kapsle sou. Mezi feťákama se o nich vůbec nemluví. Oni vědí spíš o detoxu a léčebnách.“*

**Respondent č. 8**

*„To asi jo, no. To si myslím, že jo.“*

**„Myslíš si, že kdyby se o kapslích víc mluvilo (pozn. mezi klientama) a teréňáci vám je častěji nabízeli, že by je lidi zkoušeli?“**

**Respondent č. 4**

*„Já myslím, že určitě, no. Kdyby lidi byli o tom informovaný. Ono je spíš problém přestat si šlehat. Ty lidi tady jsou závislý na jehle, takže v tom je problém.“*

**Respondent č. 8**

*„Hele, já ti něco řeknu popravdě jo. Už není ten perník jako bejvával to za prvý, za druhý ty lidi sou na těch subáčích a nemaj peníze, takže ta kapsle je vyložene o tom, že ji musíš narvat, abys to cejtil, jo. To tady z těch lidí nikdo neudělá, vono to radši hodí na tu lžičku a rozdělá to. Prostě ty lidi si zvykli, že ráno vstanou a potřebujou stovku. Jejich životní cíl je 1/4 subáče a sto korun.“*

**„A může bejt třeba problém v tom, že lidi nechtěj čekat na ten nájezd těch 20-30 minut?“**

**Respondent č. 4**

*„Já myslím, že o tom nepřemýšlej ty lidi tady. I když možná si myslí, že je to k prdu.“*

**Respondent č. 8**

*„Čoveče to by ani nemuselo tak bejt, protože stejně tu musej čekat čtvrt hodiny, 20 minut na subáč, když si daj. To nemá nájezd. Už třeba po těch pár letech sme si to přeměnili tak, že to cejtíme za pět, za deset minut, jo. Ale to je spíš taková psychická naše jakoby, že jsme si to tak hodili a stejně do půl hodiny je ten člověk zmaštěnej jakoby stejně.“*

## **Příloha č. 5: Seznam tabulek a grafů**

Tabulka č. 1: Věková skupina respondentů .....	45
Tabulka č. 2: Intenzita nájezdu .....	49
Tabulka č.3: Intenzita dojezdu .....	49
Tabulka č. 4: Doba nástupu účinku drogy po užití kapsle .....	50
Graf č. 1: Nejčastěji užívané drogy .....	46
Graf č. 2: Primární droga .....	47
Graf č. 3: Nejčastěji udávané důvody odmítnutí kapslí .....	55
Graf č 4: Nejčastěji uváděné důvody poptávky po kapslích .....	55