

**Univerzita Karlova v Praze
1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie



Bc. Ondřej Sklenář

Závislost na jehle u injekčních uživatelů drog v ČR

Needle Fixation among injecting drug users in Czech Republic

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Josef Radimecký, Ph.D., MSc.

Praha, 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a všechny použité prameny jsem řádně citoval a uvedl.

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

V Praze 1. května 2014

.....

Bc. Ondřej Sklenář

Identifikační záznam:

SKLENÁŘ, Ondřej. *Závislost na jehle u injekčních uživatelů drog v ČR. Needle Fixation among injecting drug users in Czech Republic*. Praha, 2014, 110 stran, 5 příloh. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí diplomové práce PhDr. Josef Radimecký, Ph.D.

Poděkování: Děkuji za podnětné a pečlivé připomínky a podporu při vedení práce PhDr. Josefu Radimeckému. Za odbornou konzultaci děkuji Mgr. Martinu Peškovi. Dále děkuji za odbornou konzultaci Dr. Richardu Patesovi. V neposlední řadě bych chtěl poděkovat všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumných rozhovorů a podělili se o své zkušenosti.

Motto:

Dotaz na drogovaporadna.cz: „Dobrý den, zhruba 7 let jsem závislá na opiátech. Nejdříve heroin, pak Subutex který jsem si píchala. Poté když se mi narodil syn, jsem zašla za psychiatrem a teď užívám metadon. Toto mi vyhovuje, ale pořád mi chybí to píchání. Přitom po fyzické stránce se cítím výborně, žádné drogy mě nelákají. Ale prostě mi chybí ta jehla. Poradíte mi prosím jak se s tímto vypořádat? Jak se řeší závislost na jehle? Kdybyste mi mohli něco doporučit...

Mockrát děkuji. S pozdravem Sára“

Abstrakt diplomové práce

Východiska: Význam injekční aplikace a její četnost mezi českými problémovými uživateli ilegálních drog se zdá být vysoká. Současně rizika spojená s tímto způsobem aplikace a nebezpečí přenosu infekčních chorob a jiné zdravotní komplikace jsou popsány v celé řadě odborných publikací a jsou pádným důvodem, proč se tématem závislosti na jehle více zabývat. V neposlední řadě komplikace během substituční léčby spojené s přechodem od injekční aplikace drogy na jiný způsob podání substituční látky jsou taktéž častým jevem. Autor diplomové práce si tedy položil otázku, zda by ve vztahu k injekční aplikaci drogy mohly hrát při vytváření silného návyku roli i další skutečnosti, kromě tedy široce známých argumentů jako je nejrychlejší a nejefektivnější způsob podání drogy do lidského organismu právě díky injekční aplikaci.

Cílem této práce je zjistit a v základní rovině popsat, jak se na fenomén závislosti na jehle dívají injekční uživatelé drog v ČR, porovnat to se zkušenostmi a pohledem pracovníků adiktologických služeb a pokusit se tak zprostředkovat jejich pohled na tuto problematiku a navrhnout možná východiska pro práci s těmito klienty a směřování dalšího výzkumu v této oblasti.

Metodologie: Použit byl kvalitativní výzkumný přístup, data byla získána pomocí metody fokusní (ohniskové) skupiny a polostrukturovaných interview, jejichž respondenty byli pracovníci adiktologických služeb a injekční uživatelé drog, kteří jsou v kontaktu s těmito službami. Pro analýzu dat byly využity prvky zakotvené teorie.

Závěr: Závislost na jehle je termín užívaný komunitou injekčních uživatelů drog v ČR minimálně od 80. let 20. století. Mezi injekčními uživateli drog je spojován především s vysokou oblibou injekční aplikace a její vysokou preferencí před všemi ostatními způsoby aplikace drog. Dále je fenomén závislosti na jehle spojován s úporností a mnohdy aplikací v řádu několika hodin, navíc dělením dávek na velmi malá množství, vysokou četností injekční aplikace během jednoho dne, aplikací vody či alkoholu injekční cestou a v neposlední řadě s tématem sebepoškozování či sociálního postavení a radosti spojené s umem správné injekční aplikace sobě či lidem v okolí.

Klíčová slova: závislost, injekční aplikace, závislost na jehle, rituál, užívání drog, psychologické aspekty, společenské aspekty

Abstract of the thesis

Background: The importance of injecting drug use and its frequency among Czech problem users of illegal drugs appears to be high. At the same time the risks associated with this method of application and the risk of transmission of infectious diseases and other health complications are described in numerous publications and it is a compelling reason why we should give more attention to the theme of needle fixation. Finally, complications during substitution therapy associated with the transition from injecting drugs to another method of substitution substances administration are also common. Author of the thesis therefore asked the question whether in relation to injecting drug use could play a role in creating a strong addiction and other facts besides therefore widely known arguments as the quickest and most effective method of administration of drugs to the human body thanks to the injection.

The aim of this work is to get better understanding of “needle fixation” phenomenon through comparison of its perception by injecting drug users, as well as by the staff of Czech addiction services. On the basis of these findings to suggest possible ways of how to work with clients with “needle fixation” in practice and the direction for further research in this area.

Methodology: Qualitative research approach has been used, data were obtained using the method of focus groups and semi-structured interviews; the respondents were staff of addiction services and injecting drug users, who are in contact with these services. For data analysis grounded theory was used.

Conclusion: Needle fixation is a term used by community of injecting drug users in the Czech Republic since at least the 1980s. Among injecting drug users it is mainly associated with the high popularity of injecting application and its high preference over all routes of administration. Phenomenon of needle fixation is associated with the severity and often applications in a matter of a few hours, in addition to dividing the dose in very small quantities, high frequency injection in a single day, application of water or alcohol

injection route and not least the issue of self-harm or social status and joy connected with the right skill injecting themselves or others.

Keywords: dependency, needle fixation, injecting (iv drug use), ritual, psychological aspects, social aspects, drug use

Obsah

Abstrakt diplomové práce.....	6
Abstract of the thesis.....	7
1. Úvod.....	12
2. Teoretická část.....	13
2.1 Injekční užívání drog v ČR	13
2.2 Historie injekční aplikace	15
2.3 Historie intravenózní aplikace drog.....	16
2.4 Problémové užívání drog.....	17
2.5 Podíl injekčního užívání mezi PUD.....	17
2.6 Možné způsoby aplikace drog	18
2.8 Harm reduction programy a substituční léčba v ČR	19
2.8.1 Harm reduction programy	19
2.8.2 Substituční programy.....	21
2.9 Zdravotní a jiné komplikace ve vztahu k injekční aplikaci.....	22
2.9.1 Infekce u injekčních uživatelů drog.....	22
2.10 Závislost (Syndrom závislosti)	23
2.10.1 Definice pojmu závislost na jehle.....	24
2.10.2 Rituální složka závislosti.....	26
2.10.3 Setting	26
2.11 Závislost na jehle v české literatuře.....	27
2.12 Závislost na jehle v zahraniční literatuře.....	29
2.12.1 Nový Zéland	29
2.12.2 Velká Británie	30
2.12.3 Austrálie.....	33
2.13 Zpochybnění teorie závislosti na jehle.....	34
2.14 Sekundární zisky z injekční aplikace	35
2.14.1 Sexuální asociace	36
2.14.2 Bolest	37
2.14.3. Dovednosti a postavení	38
2.14.4 Uživatelé heroinu.....	39
2.14.5 Uživatelé pervitinu	39
2.14.6 Opakovaná aspirace.....	40

2.14.7 Klasické a operantní podmiňování.....	40
2.15 Obsedantně kompulzivní porucha	41
3. Výzkumná část.....	44
3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	44
3.1.1 Cíle	44
3.2 Výzkumné otázky	45
3.3 Popis metodologického rámce a metod.....	45
3.3.1 Kvalitativní výzkum	45
3.3.2 Metody.....	46
3.3.3 Needle Fixation Profile	46
3.4 Zdroje dat	47
3.5 Nominační technika	47
3.6 Semistrukturované interview.....	48
3.7 Ohnisková skupina	49
3.8 Analýza dat.....	51
3.8.1 Fixace dat.....	51
3.8.2 Redukce transkribované verze rozhovoru	51
3.9 Metoda analýzy kvalitativních dat - zakotvená teorie.....	51
3.10 Etické normy a pravidla výzkumu	53
3.11 Popis souboru.....	53
3.12 Výzkumná validita.....	54
3.13 Reprezentativita.....	55
4. Výsledky výzkumu.....	55
4.1 Výsledky výzkumu mezi injekčními uživateli drog.....	56
4.1.1 Vlastní definice závislosti na jehle, zkušenosti	56
4.1.2 Význam injekční aplikace pro injekční uživatele drog.....	59
4.1.3 Rauš a nájezd u injekční aplikace	66
4.1.4 Pohled na jiný způsob aplikace se stejným nebo větším efektem než u injekční aplikace	69
4.1.5 Preference aktu injekční aplikace či aplikované drogy	70
4.1.6 Vztah injekční aplikace a sociálního statusu uživatele drog	71
4.2 Výsledky výzkumu mezi odborníky pracujícími v oboru adiktologie.....	75
4.2.1 Vlastní definice závislosti na jehle, zkušenosti s klienty	75

4.2.2 Význam injekční aplikace, vícečetná aplikace během dne	78
4.2.3 Přístup odborníků k závislosti na jehle během léčby, specifické intervence	80
4.2.4 Vztah injekční aplikace a sociálního statusu uživatele drog	82
4.2.5 Nájezd a rauš jako důležitá součást injekční aplikace	86
5. Diskuze a závěry	87
5.1 Diskuze k výzkumu	87
5.1.1 Obecné a metodologické poznámky	87
5.1.2 Výzkumné otázky a konfrontace s dosavadními výzkumy	89
5.2 Závěry z výzkumu	93
5. Použitá literatura	96
6. Přílohy	103
Příloha 1 – Informovaný souhlas	104
Příloha 2 – Výzkumné otázky pro ohniskovou (fokusní) skupinu	105
Příloha 3 – Semistrukturované interview	106
Příloha č. 4 – NEFPRO (Pešek, 2013b) – první verze	107
Příloha č. 5 – NEFPRO (druhá verze)	108

1. Úvod

Téma diplomové práce vychází z pracovních zkušeností autora při práci s injekčními uživateli drog v ČR v rámci tzv. nízkoprahových adiktologických služeb typu kontaktního a poradenského centra a terénního programu. Fenomén injekčního užívání drog je při práci s aktivními uživateli nelegálních drog všudypřítomný a je nahlížen z různých úhlů pohledu. Jedním z takovýchto úhlů pohledu a častým tématem je téma „závislosti na jehle“, které je často skloňováno jak ze strany klientů, tak pracovníků adiktologických služeb, zejména pak v rámci nízkoprahových služeb či během substituční léčby. Nutno říci, že existuje celá řada zajímavých fenoménů, které autor za sedm let své práce kontaktního pracovníka a následně terénního pracovníka se závislými klienty vyzoroval a rád by se jimi dále zabýval, jedno z nich ho však oslovilo nejvíce a bylo zvoleno jako téma pro diplomovou práci - závislost na jehle u injekčních uživatelů drog v ČR. Autor diplomové práce tak zpracovává téma na základě předchozích prací MUDr. Karla Hampla 1985 (závislost na rituální složce nitrožilního podávání drogy), Dr. Richarda Patese a McBride, 2001 (fixace na jehle), D. Levine, 1974 (kompulzivní injekční aplikace, needle freaks) a dalších. Vedle toho byly pro zpracování tématu důležité i poznatky, které autor čerpal z dalších publikací. Za zmínku stojí publikace EMCDDA (2010) ohledně injekčního užívání drog v Evropě, práce doktora Zinberga (1984) zabývající se mimo jiné tématem tzv. settingu (nastavení) během užívání drog či práce Rhodese (2002), která se věnuje tématu tzv. The risk environment. Autorovou snahou tak bylo zejména zmapovat dosavadní vědecké poznání v této oblasti a shrnout současné, především zahraniční výzkumy na toto téma a vedle toho zaznamenat a zprostředkovat pohled a zkušenosti se závislostí na jehle jak samotných injekčních uživatelů drog, tak pracovníků adiktologických služeb v České republice.

2. Teoretická část

Teoretická část diplomové práce mapuje přehled odborné literatury a výzkumných prací na téma závislosti na jehle v českých a zahraničních zdrojích. V této části jsou uvedeny základní epidemiologické údaje ohledně injekčního užívání drog v ČR, vysvětleny základní pojmy ve vztahu k injekční aplikaci drog, je zde uvedena definice závislosti na jehle britských výzkumníků, popsána je historie injekční aplikace. Zmíněny jsou tzv. harm reduction programy, které pracují s cílovou skupinou injekčních uživatelů drog a jejichž cílem je mimo jiné výměna a likvidace použitého injekčního materiálu, edukace uživatelů drog ohledně bezpečnějších způsobů aplikace drogy, apod. Tyto programy a jejich pracovníci tedy hrají významnou roli ve vztahu k tématu závislosti na jehle, neboť jsou nejčastěji ve styku s populací injekčních uživatelů drog a mají tak možnost během kontaktní práce či výměnného programu hovořit o injekční aplikaci s jedinci z cílové skupiny a působit na jejich chování. Cílem teoretické části je představení tématu závislosti na jehle, přehled současného poznání i kritiky tohoto konceptu a zasazení do základního rámce ve vztahu k oboru adiktologie a injekčnímu zneužívání návykových látek.

2.1 Injekční užívání drog v ČR

Pro lepší přehled o odhadovaném počtu injekčních uživatelů drog jsou uvedena data z každoročně publikované Výroční zprávy o stavu ve věcech drog v ČR. Injekčních uživatelů drog bylo v ČR v roce 2011 celkem 38 600, což je 96% z celkového odhadu počtu problémových uživatelů drog. V roce 2011 v registru žádostí o léčbu dochází dlouhodobě k poklesu podílu injekční aplikace mezi uživateli pervitinu (77 % v r. 2011), u heroinu injekční užívání roste (90 %), běžné je mezi problémovými uživateli buprenorfinu (Mravčík et al., 2012).

O rok později, v roce 2012, se pak odhadovaný počet problémových uživatelů drog mírně zvýšil. V ČR bylo odhadnuto v roce 2012 přibližně 41,3 tis. problémových uživatelů drog (střední odhad), z toho bylo 30,7 tis. uživatelů pervitinu, 4,3 tis. heroinu a 6,3 tis. uživatelů buprenorfinu (celkem tedy 10,6 tis.

uživatelů opiátů/opioidů). Počet injekčních uživatelů drog byl odhadnut na 38,7 tis (Mravčík et al., 2013). Lze tedy usuzovat, že podíl injekčního užívání je v ČR mezi uživateli opioidů i pervitinu v posledních letech konstantní, ve srovnání se zeměmi EU poměrně vysoký. Vedle toho např. v Nizozemí je poměr injekčních uživatelů mezi uživateli opioidů celkem 9 % (EMCDDA, 2013). Britský výzkumník Hunt (1999) uvádí, že i když celkové počty uživatelů drog zůstávají konstantní, může být podstatným přínosem v oblasti zdravotní a sociální, pokud se podaří snížení prevalence a/nebo frekvence právě injekčního užívání. A dodává *„Přesto nebyla do dnešního dne věnována dostatečná pozornost tématu snižování četnosti injekční aplikace (spíše než užívání drog), jež by byla zároveň politickým cílem.“*

To je však případ Velké Británie. Co se týká České republiky, Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky (2013) uvádí, že dlouhodobě stoupá množství vyměněného injekčního materiálu a dalších parafernálií pro injekční aplikaci – v 99 nízkoprahových programech bylo v r. 2011 distribuováno více než 5 mil. ks injekčních jehel a stříkaček. Otázkou je zda neustále stoupající množství vyměněného injekčního materiálu je skutečně dobrou zprávou, nebo by nás mělo vést k zamyšlení ohledně strategie snižování podílu injekčního užívání mezi uživateli drog v ČR.

Hunt (1999) uvádí, že ke snižování podílu injekčního užívání jsou používány dva hlavní přístupy: prevence injekčního užívání mezi stávajícími neinjekčními uživateli drog a podpora přechodu od injekčního užívání mezi současnými injekčními uživateli. Autor tvrdí, že právě nyní je čas pro regionální nebo národní případové studie, které by zkoumaly, jak může být snížena injekční aplikace.

V českém prostředí byla jednou takovou studií studie Trendy na drogové scéně v ČR – ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů (Radimecký et al.; 2009). Zde se k tématu injekční aplikace v závěrech studie uvádí, že většinu klientů nízkoprahových služeb tvoří - z definice služeb - injekční uživatelé drog. Vedle toho uživatele drog - veterány se daří jen těžko ovlivnit ve smyslu změny jejich chování k bezpečnější aplikaci návykových látek. Autoři uvádějí, že roli v tom patrně hraje zautomatizovaný rituál přípravy a aplikace drogy. Dále pak uvádějí, že je u veteránů pozorován

nárůst spotřeby stříkaček s větším objemem a injekčních jehel s delším hrotem, potřebných zřejmě pro aplikaci drog do hůře dostupných míst na těle. Jeden z citovaných respondentů uvádí, že „Injekční aplikace dominuje, a to jak u pervitinu, tak i u surového opia.“ Trend nárůstu spotřeby injekčního materiálu ilustruje výpověď dalšího respondenta: „Mě teda ještě napadá, (...) obrovský nárůst v takové té materiální spotřebě. To, co dřív bylo vyměněno za celý rok, tak to máme teď za půl. (...) My to máme zprůměrnovaný na 3 buchny na klienta, pak 5 buchen na klienta a teď je to 8 buchen na klienta. A to se stalo v horizontu 3 let.“ Výzkum tedy potvrzuje výše uvedené údaje ohledně injekčního užívání drog v ČR a vysokém počtu ročně vyměněných injekčních setů.

2.2 Historie injekční aplikace

Historie injekční aplikace jako taková je stará mnoho století a nikdy nebude její objev připisován pouze jedné osobě, protože se průběžně objevovala v průběhu historie a byla řada lidí, která stála za jejím objevem a zkoumáním. Významnou souvislost má například tzv. Pascalův zákon, který říká, že „Jestliže na kapalinu působí vnější tlaková síla, pak tlak v každém místě kapaliny vzroste o stejnou hodnotu“. Tento princip je základem moderní hydrauliky, přičemž stříkačka je jedním z možných příkladů. Počáteční zmínky o injekční aplikaci jsou pak v literatuře zejména od 17. století, ještě předtím však ve svém anatomickém výzkumu při prozkoumávání bronchiálních cév a jiných dutin využíval injekce Leonardo da Vinci (1452 – 1519). Dnes jsou injekční stříkačky běžně využívány ve zdravotnictví k aplikaci běžných injekčních roztoků a odběrů. Používají se tak při odběru kapalných vzorků z těla, například krve z žil jejím napíchnutím, tak i k rychlé aplikaci léku nebo pro aplikaci léků, které nejsou vstřebatelné jinou cestou, jako například inzulin. Injekční jehly jsou obvykle vyrobeny z nerezové ocelové trubky tažené přes postupně menší lisovací nástroje, aby vytvořily jehlu. Konec je zkosený a dochází k vytvoření ostrého špičatého hrotu. To umožňuje, aby jehla snadno pronikla do pokožky. Během napíchnutí by zkosení mělo směřovat nahoru. Zajímavostí je fakt, že část populace má z jehly a injekční aplikace fobii, odborně nazývanou trypanophobia.

2.3 Historie intravenózní aplikace drog

Autoři O'Donnell a Jones (1968) uvádějí, že by se mohlo zdát, že způsob intravenózního podání drog je používán závislymi dost dlouho na to, že má dlouhou historii. Ale ve skutečnosti je jeho historie poměrně krátká. O'Donnell a Jones dále uvádějí, že ve Spojených státech trvalo rozšíření intravenózní aplikace mezi uživateli drog méně než 20 let. Před rokem 1925 užívalo drogy intravenózní cestou pouze několik závislých, avšak následně, kolem roku 1935 začala být i.v. aplikace čtenější a používalo ji kolem 50 % závislých a kolem roku 1945 se stala i.v. aplikace preferovaným způsobem užití drog. Tento fakt vyvolává otázku, jak k rozšíření došlo. O'Donnell a Jones (1968) naznačují, že k prudkému rozšíření intravenózní aplikace vedlo několik faktorů. Před rokem 1925 byly nejčastějšími způsoby užívání drog šňupání, jedení či kouření. Vedle toho podkožní aplikace byla nejvíce frekventovanou mezi závislymi, kteří začali užívat drogy v kontextu lékařské péče. Tito závislí, kteří vědomě užívali drogy pro potěšení, by s největší pravděpodobností rádi přijali techniku způsobující větší potěšení. Tuto hypotézu následně potvrdil výzkum autorů, tedy že intravenózní aplikace začala u skupiny, jež si aplikovala drogy pomocí podkožní aplikace, tzv. „skin poppers“, kteří náhodou během podkožní aplikace trefili žílu. O'Donnell a Jones (1968) vysvětlují, že tento fakt vedl ke skutečnosti, že závislí na počátku 20. století, kteří užívali, na dnešní poměry enormně vysoké dávky, měli častou zkušenost s předávkováním díky náhodnému zasažení žíly. Když se postupem času staly drogy obtížněji sehnatelné a užívaly se nižší dávky, sdílení zkušeností v drogové subkultuře usnadnilo šíření intravenózní techniky. *Skutečnost, že injekční aplikace je ekonomičtější a má lepší efekt i „nájezd“ přispěla k jejímu rychlému rozšíření.* Monografie Harm reduction (EMCDDA; 2010) uvádí, že užívání heroinu a injekční užívání drog v evropských zemích bylo na vzestupu od roku 1960 a že v roce 1984 (rok před zavedením testování na HIV), organizace pro uživatele drog v Nizozemsku začala distribuovat sterilní injekční náčiní mezi svými vrstevníky v boji proti přenosu hepatitidy B. Tento počin je široce uznáván jako první formální program výměny jehel a stříkaček, i když neformální nebo ad hoc výměnné programy existovaly po celém světě

před rokem 1984. Brzy poté zavedlo Nizozemsko integrované výměnné programy jehel a stříkaček v nízkoprahových centrech na celostátní úrovni. O skutečnosti, že injekční aplikace je pouze jedním z mnoha způsobů aplikace drog, třebaže nejefektivnější, se zmiňuje také Grund (2004).

2.4 Problémové užívání drog

EMCDDA definuje problémové užívání drog jako injekční užívání drog a/nebo dlouhodobé či pravidelné užívání opiátů a/nebo drog amfetaminového typu a/nebo kokainu (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2009). Ze skupiny amfetaminů se v ČR vyskytuje téměř výhradně pervitin (metamfetamin). Opiáty zahrnutými v ČR do odhadů problémového užívání jsou především heroin a zneužívaný buprenorfin. Kromě toho se v menší míře mezi problémovými uživateli drog vyskytuje užívání surového opia a narůstá zneužívání analgetik obsahujících opiáty/opioidy, jako je fentanyl či morfin (Mravčík et al., 2012).

2.5 Podíl injekčního užívání mezi PUD

Evropská zpráva o drogách (EMCDDA; 2013) uvádí, že injekční uživatelé drog patří k osobám, u nichž je nejvyšší riziko zdravotních problémů plynoucích z užívání drog, jako jsou krví přenosné infekce nebo předávkování drogami. Injekční aplikace je běžně spojena s užíváním opioidů, ačkoli v několika zemích je velkým problémem injekční užívání amfetaminů. Třináct zemí má nové odhady prevalence injekčního užívání drog, pohybující se od méně než jednoho případu až po přibližně šest případů na 1 000 obyvatel ve věku 15–64 let. Mezi klienty nastupujícími specializovanou léčbu uvádí injekční aplikaci drogy 38 % těch, kteří užívají opioidy a 24 % užívajících amfetamin. Úroveň injekční aplikace mezi klienty užívajícími opioidy se v jednotlivých zemích různí a pohybují se od méně než 9 % v Nizozemsku až po více než 93 % v Lotyšsku.

2.6 Možné způsoby aplikace drog

Způsoby aplikace (proces)

Glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí (Kalina et al.; 2001) definuje aplikaci jakožto způsob podávání, tj. cesta, kterou je látka zavedena do těla, např.: užití orální (ústy), intravenosní (do žíly), subkutánní (podkožní), intramuskulární (injekčně do svalů), inhalací, kouřením nebo absorbováním skrz kůži nebo sliznicí jako jsou sliznice v ústní dutině nebo nosní sliznice (šňupání, „sniffing“), rektum nebo genitálie. Způsob podávání má rozhodující efekt na rychlost a intenzitu účinku látky, a proto na míru intoxikace, druh nebezpečí rizika a náchylnosti ke zneužívání. To také může mít určující vliv na vlastnost a sílu nežádoucích účinků a následků, včetně poškození tělesných orgánů (plíce, žíly) a přenos infekcí (např. hepatitida, HIV). Kouření drogy může tedy uživatele učinit náchylným k respiračním problémům, zatímco způsob injekčního užití nesterilní cestou zvyšuje riziko nakažení infekcemi. Sdílení jehel nebo jiných injekčních pomůcek zvyšuje riziko přenosu nákazy krevní cestou, např. přenos HIV nebo viru hepatitidy B a C.

2.7 Akutní účinky drog

Akutní účinky drog by mohly hrát ve vztahu k injekční aplikaci svojí roli, neboť touha uživatelů drog po rychlém nástupu účinku drogy, touha po tzv. nájezdu a rauši hraje významnou roli při rozhodování o způsobu aplikace dané látky. A mezi uživateli návykových látek, kteří preferují injekční aplikaci, se vyskytuje i skupina těch, které lze – podle definice Patese – označit za závislé na jehle. Minařík (in Kalina, 2003a) k akutnímu účinku drog uvádí, že při intoxikaci opiáty je v popředí zklidnění a příjemná euforie. Opioidy ale také mohou vyvolat dysforii (rozladu). Vedle toho při intoxikaci psychostimulancii se většinou zvyšuje psychomotorické tempo a bdělost, především urychlením myšlení, zvýšenou nabídkou asociací a výbavností paměti. Zkracují spánek a zahánějí únavu, vyvolávají euforii a velmi příjemný pocit síly (duševní i tělesné) a energie.

2.8 Harm reduction programy a substituční léčba v ČR

Jak bylo naznačeno v úvodu teoretické části této práce, tzv. harm reduction programy, kam spadají především terénní programy a kontaktní centra pro uživatele drog, už dnes hrají významnou roli ve vztahu k tématu injekční aplikace. Jelikož distribuují sterilní injekční a další zdravotní materiál a letáky o bezpečnějším způsobu užívání drog mezi injekční uživatele drog (IUD), naskýtá se tak pracovníkům těchto programů jedinečná možnost hovořit s IUD o alternativních způsobech aplikace drogy, o rizicích spojených s injekční aplikací drogy a třeba i o tématu závislosti na jehle. Pokud by bylo v budoucnu cílem snížení počtu IUD v celé populaci problémových uživatelů drog, mohly by tyto programy sehrát další významnou roli při realizaci intervencí cílených na tuto skupinu. Do skupiny harm reduction programů někdy bývá řazena i substituční léčba, to ovšem záleží na nastavení konkrétního substitučního programu a jeho vstupních a dalších pravidel. Jisté však je, že právě během substituční léčby, může hrát závislost na jehle významnou roli, neboť přechod z injekční na perorální aplikaci může být u osob se závislostí na jehle poměrně komplikovaný. Je to tedy další typ služby v systému péče o osoby závislé, kde se lze s tématem závislosti na jehle poměrně často setkat. Z těchto důvodů jsou v dalších podkapitolách zmíněny základní informace k těmto programům.

2.8.1 Harm reduction programy

Programy harm reduction, které v České republice poskytují služby zejména cílové skupině injekčních uživatelů drog, provádějí výměnu injekčního materiálu jako jednu ze základních činností. Dle WHO (2004) sahá historie výměny jehel a stříkaček do roku 1982, kdy se po vypuknutí epidemie hepatitidy B a C (a jak bylo zjištěno později i HIV) mezi injekčními uživateli drog ve Skotském Edinburghu v letech 1982 – 1984 rozhodl jistý lékárník poskytovat těmto uživatelům drog sterilní injekční materiál. Úřady však toto počínání brzy zakázaly. Vznik prvního oficiálního výměnného programu jehel ve světě je pak datován do roku 1983 v Amsterdamu.

V České republice se zejména po roce 1989 začal rozvíjet neziskový sektor a tím doplňující články systému léčebné péče, kdy byla zakládána nízkoprahová zařízení, první terénní programy, programy minimalizace škod, apod. (Bém in

Kalina, 2003b). Jednou ze základních aktivit je pak výměnný program injekčního náčiní, distribuce dalších pomocných prostředků a zdravotnického materiálu (Libra in Kalina, 2003b). V roce 2012 bylo v České republice celkem 99 certifikovaných programů (RVKPP, 2005) typu terénní program nebo kontaktní centrum (Mravčík et al., 2012). Výměnný program je nedílnou součástí těchto služeb a zahrnuje vlastní akt výměny injekčního materiálu nebo jeho součást. Součástí výkonu je i mapování rizikového chování klienta (RVKPP, 2006). Lze tedy argumentovat, že součástí tohoto výkonu by mohlo být mapování možné závislosti na jehle a realizace intervencí zaměřených na změnu způsobu aplikace, snížení četnosti injekční aplikace, poskytování služeb poradenství, apod.

2.8.1.1 Rizikové životní prostředí

Rhodes (2002) hovoří ve spojitosti s harm reduction o podstatném tématu, které označuje jako tzv. risk environment, tedy rizikové (životní) prostředí. Uvádí, že důraz kladený na rizika spojená s životním prostředím, nás povzbuzuje k tomu, abychom přemýšleli o společenských situacích a místech, ve kterých je poškození spojené s užíváním drog produkováno a snižováno. Termín rizikové prostředí můžeme definovat, jako prostor - ať už sociální nebo fyzikální, ve kterém řada různých faktorů ovlivňuje zvýšení šance na způsobení škod souvisejících s užíváním drog. V rámci této široké definice, je třeba vymezit faktory životního prostředí spojené se vznikem a snížením těchto škod. Toto je však v základu relativně jednoduchý model rizikového prostředí. Model rizikového prostředí, pak může obsahovat dva klíčové rozměry: jednak je to forma nebo typ prostředí, a vedle toho úroveň působení životního prostředí. Výzkum v oblasti harm reduction klade důraz na čtyři ideální typy prostředí - fyzické, sociální, ekonomické a politické - a dvě ideální úrovně vlivu životního prostředí, tj. mikro a makro. Přístup zvaný „risk environment“ tedy usiluje o pochopení determinant životního prostředí způsobujících poškození, jako prostředek k vytvoření příznivého prostředí pro minimalizaci poškození uživatelů drog. Přístup „risk environment“ směrem k harm reduction usiluje o spojení s širší výzvou k změně paradigmatu v oblasti veřejného zdraví z behaviorálních na ekologické přístupy. Snaží se

posunout oboje, odpovědnost za škodu a zaměření na změnu od samotných jednotlivců na společenské/sociální situace a struktury, v nichž se jedinci ocitají (Rhodes, 2002). Tento rámec je užitečný, protože přesouvá zaměření intervencí z jednotlivce i na sociální situace, procesy a struktury, jichž se jednotlivci účastní. Takovéto zaměření by mohlo být efektivní právě při snaze o snižování počtu IUD v populaci uživatelů drog a zdravotních rizik (např. přenos HIV/AIDS) spojených s injekčním užíváním drog, apod. Pokud bychom si to chtěli představit na konkrétním příkladu, mohli bychom uvažovat o uzavřené komunitě uživatelů drog, vyloučené lokalitě v rámci ČR s významným podílem IUD či o tzv. drogových bytech ve městech a obcích, kde mnohdy bydlí velký počet IUD. Takováto riziková prostředí mohou bezesporu zvyšovat riziko přenosu infekčních chorob skrze injekční aplikaci, zároveň bychom mohli uvažovat o tom, jaký vliv mají na způsob aplikace drogy, sdílení injekčního náčiní, sdílení zkušeností s injekční aplikací, preference injekční aplikace, možnost rozvoje závislosti na jehle a následně intervence směrem k bezpečnější aplikaci či závislosti na jehle.

2.8.2 Substituční programy

Metadonová udržovací léčba vznikla v USA v šedesátých letech 20. století, ale v Evropě se začala výrazněji zavádět do klinické praxe až od poloviny osmdesátých let. Vedle metadonu se dnes v evropských zemích využívá také buprenorfin, dihydrokodein, morfin ve formě preparátu s pomalým uvolňováním účinné látky a diacetylmorfin (heroin). Buprenorfin se na substituční léčbě závislosti na opioidech podílí v Evropě menší měrou než metadon, ale používá se stále více, zejména díky jeho lepšímu bezpečnostnímu profilu (NMS, 2012). V r. 2012 tak bylo do ČR dovezeno 18,0 kg čisté metadonové substance a distribuováno bylo 4,1 kg buprenorfinu v přípravcích Buprenorphine Alkaloid®, Ravata®, Suboxone® a Subutex®, každý z nich v balení po 7 sublingválních tabletách a ve dvou různých silách 2 mg a 8 mg v jedné tabletě (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013 in Mravčík et al., 2013). Podstatou substituční léčby je tedy náhrada ilegálně získávané, obvykle intravenózně aplikované, drahé a krátkodobě účinné drogy jinou látkou s obdobným účinkem, avšak podávanou pravidelně, v čisté formě,

perorálně (výjimečně i jiným způsobem), legálně a zdarma, případně velmi levně. Její nedílnou součástí je tedy přechod z injekční aplikace na jinou, bezpečnější formu, což ovšem u dlouhodobých injekčních uživatelů nebo uživatelů se závislostí na jehle není snadný přechod a měl by vyžadovat větší pozornost a specifické strategie respektive intervence pro podporu jeho zvládnání klienty programu.

2.9 Zdravotní a jiné komplikace ve vztahu k injekční aplikaci

Zábranský (2003) uvádí, že škodlivé důsledky užívání drog mohou být zdravotní, kriminální a ekonomické, které pak dále člení do dalších podkategorií. Ze zdravotních důsledků injekčního způsobu aplikace uvádí zejména povrchová poškození kůže, hlubší záněty až po abscesy, poškození a záněty periferních cév, flebitidy, trombózy, embolizace trombem, endokarditidy, myokarditidy, krví přenosné infekce, aj.

Vedle toho Hunt et al. (1999) uvádí k injekční aplikaci, že jde o významnou příčinu virové a bakteriální infekce mezi uživateli drog a je také spojována se zvýšeným rizikem předávkování a těžké závislosti.

Hobstová a Minařík (in Kalina, 2003a) uvádějí, že způsob života uživatelů drog vede ke zvýšenému riziku celé řady chorob infekční i neinfekční povahy. Jindy navíc může užívání drog zhoršit již existující chorobné procesy nebo vyprovokovat k manifestaci jejich latentní formu. K samotné injekční aplikaci drog tito autoři uvádějí, že jde o nejrizikovější způsob aplikace drog, neboť dochází k vpravení toxické látky včetně všech nežádoucích příměsí a mikroorganismů přímo do krevního řečiště.

2.9.1 Infekce u injekčních uživatelů drog

Injekční uživatelé drog mohou být vystaveni zvýšenému riziku těchto infekcí (NMS, 2012):

- HIV,
- Hepatitida typu A,
- Hepatitida typu B,

- Hepatitida typu C,
- Hepatitida typu D,
- Tuberkulóza (TBC),
- Infekce kůže a tenkých tkání způsobované bakterií *Staphylococcus aureus* (včetně meticilin-rezistentního zlatého stafylokoka, MRSA) a streptokokové infekce (např. endokarditida, nekrotizující fasciitida),
- Závažné systémové sepse (např. infekce, jejichž původci jsou bakterie *Clostridium novyi* a *Bacillus anthracis*),
- Pohlavně přenosné infekce vyjma HIV a hepatitid (např. chlamydiová infekce, syfilis nebo kapavka),
- Infekce respiračního traktu, např. zápal plic, záškrt a chřipka,
- Traumatický botulismus (infikování rány),
- Tetanus
- Infekce způsobované lidským T-buněčným lymfotropním virem

2.9.1.1 Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog

Virová hepatitida typu C (VHC) je nejčastější krví přenosnou infekcí ve skupině injekčních uživatelů drog (IUD). V evropských zemích se míra prevalence VHC mezi IUD pohybuje nejčastěji v rozmezí 30 - 90 %, mezi klienty nízkoprahových zařízení 50 – 60 %. Studie, které zkoumaly rizikové faktory infekce VHC, uvádějí jako významné prediktory VHC věk, „intenzitu“ injekční aplikace, tj. délku případně rok prvního injekčního užití; jako statisticky významné se ukázaly také vlivy lokální epidemiologické situace a pobyt ve vězení (Mravčík et al., 2009).

2.10 Závislost (Syndrom závislosti)

Závislost a syndrom závislosti je definován v MKN-10 (2013) jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom

závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí. Pro diagnózu závislosti je zapotřebí přítomnosti minimálně tří z uvedených kritérií. Syndrom závislosti může být: pro specifickou látku, pro třídu látek nebo pro širší spektrum farmakologicky odlišných psychoaktivních substancí. Termíny „závislost“ a „syndrom závislosti“ mají podporu WHO, která doporučuje jejich používání místo termínu „toxikománie“ (addiction). Injekční aplikace pak patří mezi hlavní rizikové faktory závislosti a její preference uživateli drog může mít vliv na rozvoj a rychlost vzniku závislosti na straně jedné, současně na zdravotní a jiné komplikace na straně druhé.

2.10.1 Definice pojmu závislost na jehle

Termín „závislost na jehle“ je často skloňovaným pojmem a to zejména u pracovníků v terénních, kontaktních či substitučních programech. Vedle toho je možná ještě častěji používán ze strany aktivních uživatelů drog při rozhovorech na téma méně rizikové aplikace, omezení či ukončení injekční aplikace, apod. Ovšem domnívám se, že není ani pro jednu stranu zcela jasný úplný význam tohoto termínu, jeho obsah není v ČR jasně definovaný a historicky nijak vymezený, v žádné české odborné literatuře nenajdeme jeho výklad nebo definici.

Dle zahraničních výzkumů zahrnuje závislost na jehle zejména sekundární zisky z injekční aplikace a naopak nepočítá příliš s primárním ziskem (tj. nejrychlejší nájezd a neekonomičtější způsob aplikace), jež se dle mých zkušeností a rozhovorů s injekčními uživateli drog právě často skrývá za vyjádřením českých uživatelů drog. Jelikož v české literatuře není pojem definován, využiji pro účely této práce definici britského výzkumníka a psychologa Richarda Patese. Doktor Pates (2001) definuje závislost na jehle jako **„Opakující se propichování kůže injekcí s nebo bez aplikace psychoaktivní látky cestou žilní, podkožní nebo svalovou, a to bez ohledu na aplikovanou drogu nebo drogy a/nebo očekávaný účinek drogy.“** Tato definice z roku 2001 je doposud jediným pokusem o vysvětlení

pojmu závislost na jehle na základě předchozích výzkumů a klinických poznatků autora a jeho výzkumného kolektivu.

Před nimi se objevuje několik autorů zmiňujících fenomén závislosti na jehle, ať už to byl v 80. letech 20. století například David G. Levine, kdo popsal dva případy kompulzivní injekční aplikace u žen v péči Lexingtonského léčebného centra (Levine, 1974). Levine (1974) popisuje dva případy žen z Lexingtonského léčebného centra s kompulzivním použitím injekčních stříkaček. První případ byla 28 let stará žena, která intravenózně užívala opiáty, a která začala častěji a častěji užívat injekčně opiáty i přes to, že žádný efekt z drogy už nepřicházel. Tato pacientka vypověděla, že cítila úlevu, po tom, co si injekčně aplikovala "Aplikovala jsem si injekčně ve chvíli, kdy jsem to nepotřebovala, nebyla jsem nemocná. Prostě jsem nemohla přestat. Druhou pacientkou byla 27 let stará zdravotní sestra, která si vpichovala do svalů. Ve chvíli kdy se její zásoby léků či drog staly nedostupné, píchala si vodu z vodovodu intramuskulárně. Vtlačila jehlu pomalu, aby maximalizovala bolest a opakoval postup každých pět minut.

V České republice se tomuto fenoménu přiblížil v 90. letech 20. století doktor Karel Hampl studií intravenózního užívání Alnagonu či popisem rituální složky závislosti (Hampl, 2002). Některé případy poukazující na možnost přítomnosti závislosti na jehle byly samozřejmě popisovány ještě dříve, nicméně nikdo z autorů nepopisoval závislost na jehle jako takovou, ale zpravidla se jednalo o popis jakéhosi zaujetí jehlou. Například britský lékař Thomas C. Allbutt už v 70. letech 19. století popsal podivné chování svých pacientů, kteří si denně a s velkou frekvencí aplikovali nitrožilně svůj lék. Činili tak po velmi dlouhou dobu v souvislosti s léčbou neuralgie. Samotná injekční aplikace neměla na léčbu prakticky žádný vliv, ale pacienti shledávali silnou úlevu v neustálém používání injekční stříkačky. Uváděli, že bez stříkačky by byl jejich život nesnesitelný (Pates et al., 2005).

2.10.2 Rituální složka závislosti

Je známo, že rituál je silnou a významnou komponentou závislosti (HAMPL, 2001; HLOUŠEK, 2006; GRUND, 1993). Proces přípravy drogy před její injekční aplikací představuje určitou posloupnost událostí, které vytváří rituál. Nákup drogy, příprava zahrnující vlastní výbavu, jako jsou lžičky a filtry, přidání vody do drogy (obvykle s injekční stříkačkou k měření množství), ohřev drogy, hledání vhodné žíly a proces samotné injekční aplikace, to všechno je dlouhá série událostí, která už sama o sobě může přinášet jisté uspokojení.

Grund (1993) uvádí k rituálu následující:

1) Následnost v chování - pojem rituál odkazuje k chování a to na specifický druh pozorovatelného chování a na specifickou následnost v chování a jednání, která nepřipouští žádnou nejistotu a žádnou volbu. Proto můžeme říci, že se jedná o fixní, ustálené chování.

2) Speciální význam - v rituálu má každé jednání určitý význam. Rituál je tedy symbolickým jednáním.

3) Sakrální versus sekulární - rituál odkazuje na veškeré symbolické chování a nemůže být omezen pouze na jednání spojené s náboženskými institucemi.

4) Instrumentální versus symbolické - rituál může být z tohoto úhlu definován jako stylizovaná následnost v chování s fixními vzorci a výsledkem, ve kterém má symbolický význam (ne nezbytně náboženský) převahu nad technickou účelností.

5) Formální versus přirozený rituál

2.10.3 Setting

Dalším důležitým aspektem spojeným s užíváním drog je vedle rituálu tzv. setting, neboli vnější podmínky, prostředí, nastavení. Význam „settingu“ zmiňuje ve své publikaci např. Zinberg (1984). To co Zinberg během svého výzkumu zjistil, bylo, že v zájmu pochopení účinků drogy na jedince se musíme podívat také na jeho myšlení a přesvědčení a mnoho jiných vnitřních faktorů jednotlivce, stejně jako je nutné se podívat na životní prostředí a kulturu, ve kterém jedinec drogu užil. Doktor Zinberg odkazoval na víru a další vnitřní faktory, jako jsou "set" (zkratka pro mysl - set), a odkazoval na

vnější faktory, jako je setting neboli "nastavení". Konkrétní individuálními faktory, které hrají roli při užívání drog, jsou pohlaví, genetika, duševní zdraví, fyzické zdraví, jídelníček, motivace k užívání drog, tolerance, apod. A mezi environmentálními faktory patří společenské a kulturní postoje k užívání drog, stres v životě člověka, sociální, ekonomické, osobní aspekty, to s kým drogy užíváte nebo zda drogy užíváte sám, skutečnost, zda užíváte drogy ve známém nebo cizím prostředí, atd. Vedle tohoto je třetím faktorem samotný účinek drogy.

Tři komponenty, které vedou ke zkušenostem s užíváním drog, jsou:

- 1) jednotlivec (jedinec)
- 2) životní prostředí
- 3) droga

Z výše uvedeného vyplývá, že je vždy třeba vzít v úvahu celý kontext užívání drog, vzájemný vliv jednotlivých výše uvedených komponent a kontext daného člověka pro pochopení fenoménu závislosti na jehle.

2.11 Závislost na jehle v české literatuře

Kalina (2003) ve svém článku vzpomíná, že v letech 1975 – 1985 byl na české drogové scéně velmi populární Alnagon, lék proti bolestem obsahující opiát kodein. Tehdejší uživatelé návykových látek nejen polykali značné množství tablet, ale naučili se upravovat Alnagon rozpouštěním a filtrací pro nitrožilní aplikaci. Závislí si vstříkovali do žíly až 20 rozpuštěných tablet denně. Už tehdy dle Kaliny popsali odborníci tři složky závislosti: závislost somatickou, závislost psychickou a závislost na rituální složce nitrožilního podávání drogy.

Od roku 2002 se na českém černém trhu objevil substituční preparát Subutex (buprenorfin) u nějž můžeme opět sledovat význam fenoménu injekční aplikace, přestože je určen k aplikaci pod jazyk (Řezníčková a Nedvěd, 2004).

Autoři Nechanská a Mravčík (2013) uvádějí, že po rozšíření Subutexu na černém trhu od roku 2004, získal buprenorfin mezi sledovanými léky dominantní pozici a počet osob zneužívajících tento léčivý přípravek rostl.

Kalina (2003) k tomuto uvádí, že se uživatelé drog naučili upravovat Subutex

pro nitrožilní aplikaci. „Závislost na jehle“ se tak znovu objevila v čisté, ba nejčistší podobě. Závislost na jehle pak dává do souvislosti se závislostmi na rituálu injekčního vpichování a jevem zvaným „placebo efekt“, tedy že injekční uživatelé Subutexu, kteří očekávají nájezd na základě zkušenosti s nitrožilním užíváním heroinu nebo i pervitinu, opravdu „nájezd“ prožívají. Můžeme si povšimnout, že se užívá dvou termínů a to „závislost na jehle“ a „rituální složka závislosti“ či „závislost na rituální složce nitrožilního podávání drogy“.

Tématu závislosti na jehle a rituální složce závislosti se v ČR v minulosti dotknul zejména doktor Hampl (2002). Ve svém článku, kde se mimo jiné věnuje nedodržování abstinence od opioidů během metadonové substituce, zmiňuje o „dopichování heroinu“. Uvádí, že porušování abstinence při metadonové substituci je častým jevem. Příčin může být více: pocit nedostatečné dávky metadonu, osobní problémy, pokus o dosažení vrcholu heroinového uspokojení přesto, že pacienti jsou upozorněni, že takový stav jako při užívání heroinu samotného již dosáhnout nemohou. Odtud i snaha o zvyšování dávek metadonu nebo „dopichování“ heroinu. Uvádí, že někteří pacienti v době, kdy nemají výše uvedené problémy, nemají syndrom z odnětí, nemají craving a jsou úplně spokojeni se svou optimální dávkou metadonu, přiznávají příležitostné užití malé dávky heroinu (například 50mg) intravenózně. Dodává, že je zajímavé, že teprve při realizaci metadonové substituce jsme si plně uvědomili existenci třetí složky závislosti, kterou je složka rituální. Projevuje se v době, kdy pacient nemá ani syndrom z odnětí ani craving a přesto užije drogu, třeba jen v symbolickém množství, za určité společenské situace. Rituální složka závislosti je velmi často příčinou relapsu pacientů v metadonové substituci, kteří jsou na optimální dávce metadonu bez syndromu z odnětí, bez cravingu, abstinují, ale za určité sociální situace podlehnou nutkání píchnout se jehlou do žíly. Bylo by možné to vykládat jako náhlé vzplanutí cravingu za určitých sociálních okolností, ale frekvence tohoto jevu může být tak řídká a selhání pacienta tak neočekávané, že to není možné vždy spojovat s cravingem.

Rituální složka sice není oficiálním diagnostickým kritériem, z čehož však nelze dovozovat její neexistenci. Je potřeba očekávat, že rituální složka

závislosti, stejně jako psychická a somatická, bude v jednotlivých případech a u jednotlivých druhů drog zastoupená v různé intenzitě (Hampl, 2001).

Pešek (2013) pak zmiňuje význam závislosti na jehle a nutnosti práce s tímto tématem během substituční léčby. Uvádí, že v praxi substituční léčby jsou 3 skupiny pacientů. První je bez fixace na jehle, druhá skupina klade význam rituálu či víře v prožívání prvotního rauše díky i.v. užití drogy a třetí skupina je s fixací na jehle a zde je nutné postupné rozkrývání a hlubší analýza sekundárních zisků z injekční aplikace.

2.12 Závislost na jehle v zahraniční literatuře

Přesto, že jak bylo uvedeno, tento jev není dosud uspokojivě definován, je závislost na jehle termín známý snad po celém světě. Je to termín, který běžně mezi sebou používají jak samotní uživatelé drog, tak odborníci, kteří se léčbou drogové závislosti zabývají. Například v USA jsou závislí na jehle známí jako „needle freaks“, v Austrálii se používá slangové označení „the feel for the steel“, v Německu se můžeme setkat s termínem „nadelgeilheit“, „pica manie“ ve Francii, „dipendenza di insulina o ago“ v Itálii, apod. Ne všichni injekční uživatelé drog, kteří tvrdí, že mají závislost na jehle, ji skutečně mají a někteří jiní, kteří ji mají, to nepoznali (Pates, McBride, Arnold; 2005).

2.12.1 Nový Zéland

Tým výzkumníků na Novém Zélandu (Robinson et al.; 2000) se ve svém výzkumu věnoval tématu pacientů v udržovací metadonové léčbě, kteří užívají injekčně metadonový sirup. Autoři výzkumu ve své zprávě uvádějí, že zvýšení povědomí o injekční aplikaci sirupu metadonu bylo oceněno jak lékaři metadonové léčby, tak pracovníky programů pro výměnu jehel, kteří distribuují velkoobjemové stříkačky. Cílem studie bylo stanovit vzorce injekčního užívání metadonu a důvody a vnímaná rizika tohoto chování. Devatenáct z 36 účastníků programu výměny jehel, kteří uvedli, že si aplikovali metadon za předchozí 3 měsíce, dokončili strukturovaný rozhovor. Zjištěné poznatky potvrdily, že většina z nich byla pacienty metadonové kliniky. 42 % z nich si

injekčně aplikovalo metadon třikrát týdně nebo vícekrát. Tato praxe pokračovala v 58 % případů i navzdory obtížnému přístupu k žilám. Obavy pacientů se nejčastěji týkaly rychlejšího poškození žilního systému a případné toxicity přísad v metadonovém sirupu. Důvody pro injekční aplikaci metadonu byl okamžitý účinek léku (80 %) a "závislost na jehle" (47 %). Z těchto výsledků studie lze usuzovat, že pracovníci metadonové kliniky si musí být vědomi těchto specifických potřeb pacientů, kteří mohou vyžadovat další léčebné přístupy, a že metadonové přípravky by svým obsahem měly minimalizovat poškození jedince v případě, že jsou aplikovány injekčně.

2.12.2 Velká Británie

Skupina výzkumníků ze střediska pro závislosti v Cardifu (Velká Británie) došla k závěru, že závislost na jehle není pouze jeden jediný možný vzorec chování, ale že jde spíše o soubor různých projevů chování injekčního uživatele drog, kdy každý z těchto projevů posiluje potřebu injekční aplikace a má tendenci se stát stejně nebo více důležitým, než droga samotná. Tyto své závěry publikovala poprvé v roce 2001 skupina výzkumníků (Pates, Mc Bride et al.).

Definovali také závislost na jehle jakožto: *„Opakující se propichování kůže injekcí s nebo bez aplikace psychoaktivní látky cestou žilní, podkožní nebo svalovou, a to bez ohledu na aplikovanou drogu nebo drogy a/nebo očekávaný účinek drogy.“* (Pates et al., 2001).

Toto se zdá být pouze pokus o definici fenoménu závislosti na jehle. Důležitým výstupem je, že pro většinu injekčních uživatelů drog je injekční aplikace pouze neúčinnější a cenově nejvýhodnější cestou jak dostat drogu do svého těla. Pouze pro minoritu injekčních uživatelů drog se samotný proces injekční aplikace stává více důležitým skrze sekundární zisky s tím spojené nebo pro rituální charakter injekční aplikace.

Na základě provedených výzkumů v této oblasti (Pates et al., 2001, 2005, 2009; Giddings, 2003) můžeme dnes říci, že závislost na jehle není pouze jeden konkrétní typ chování, ale spíše se jedná o souhrnný název pro různé typické projevy chování, kterým samotní uživatelé přisuzují určitou

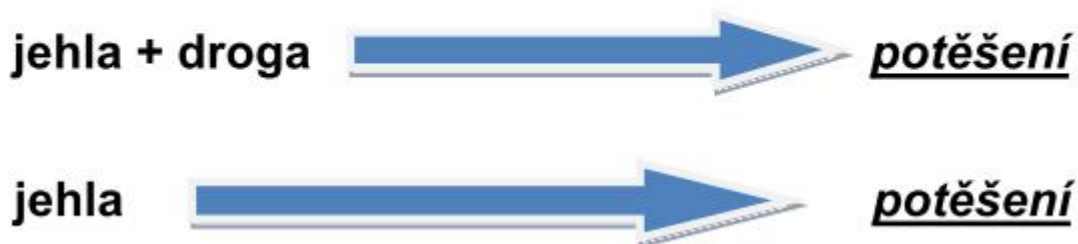
důležitost. Tyto charakteristické vlastnosti určitého chování vedou ke vzniku závislosti na jehle tím, že kladou větší význam samotné formě a průběhu injekční aplikace, než na účinek drogy. Například proces opakované aspirace krve (ulpívání na natahování krve do stříkačky a vpouštění zpět do žíly) je daleko častější u těch osob, které jsou závislé na jehle (Pates, 2004). Pates et al. (2001) identifikoval několik typů chování, které můžou indikovat závislost na jehle:

- injekční aplikace jiných látek než drog (např. substitučních preparátů, injekční vody, alkoholu atd.)
- úpornost, se kterou uživatel hledá vhodnou žílu pro aplikaci navzdory alternativním možnostem aplikace
- dělení drogy na malá množství pro častější injekční aplikaci, ale s menšími efektivními účinky
- opakovaná nebo protrahovaná aspirace (booting, flushing)

Klinický význam závislosti na jehle je, že v případě, kdy se injekční uživatel drog rozhodne vyhledat léčbu či substituci, nemusí být léčba dostačující, aby mu pomohla zbavit se závislosti na jehle (Pates et al., 2004).

Obrázek č. 1 – Znázornění Teorie závislosti na jehle

Znázornění Teorie závislosti na jehle



Další, kdo popsal případ a publikoval studii léčby pacienta závislého na jehle za pomoci léku fluoxetin byl Treffurth et al. (2010). Ve své práci popsal kazuistiku pacienta, 37 roků starého muže, který měl více jak 20 let dlouhou historii drogové závislosti, vedle toho měl drogami vyvolané psychózy a antisociální poruchu osobnosti. U tohoto muže byla identifikována 5 let dlouhá historie přerušované závislosti na jehle. Jeho injekční chování a užívání drog se výrazně zlepšilo s fluoxetinem, přičemž současně byl na udržovací léčbě metadonem. Autoři dále uvádějí, že v současné době existuje jen málo důkazů o jakýchkoli účinných léčebných strategiích pro závislost na jehle. Současná doporučená léčba podle nich uplatňuje přístupy kognitivně-behaviorální terapie. A zda fluoxetin nebo jiné psychofarmakologické intervence mohou přidat něco k arzenálu, v současné době používané léčbě závislosti na jehle, se podle autorů teprve ukáže.

Fluoxetin je lék používaný zejména při léčení deprese. Patří do skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), látek, které zabraňují zpětnému vychytávání mediátoru serotoninu z nervové synaptické štěrbiny.

Treffurth et al. (2010) shrnuli dosavadní poznatky k závislosti na jehle v následujících bodech:

- Závislost na jehle je v klinické praxi často opomíjena.
- Závislost na jehle je spojena s vážnými komplikacemi, jako je tromboembolie, sepse a infekce krve.
- K dnešnímu dni neexistuje účinná léčba závislosti na jehle.
- Léčba závislosti na jehle může zlepšit výsledek léčby nitrožilních uživatelů drog.
- Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu mohou hrát roli v léčbě fixace jehly.

2.12.3 Austrálie

V roce 2007 v australském magazínu *Of Substance* vyšel přehledový článek autora Topp, který pojednává o závislosti na jehle a shrnuje především předchozí práce (Levine, McBride, Fraser at al., atd.).

V témže roce byla publikována kvalitativní studie (Aitken et al., 2007) ohledně injekčního zneužívání buprenorfinu v Melbourne v Austrálii. Autoři v roce 2006 provedli hloubkové rozhovory s 23 injekčními uživateli drog z Melbourne, kdy zkoumali jejich motivaci k injekční aplikaci buprenorfinu. Tematická analýza výsledků naznačuje, že pohodlí je klíčovou motivací pro injekční aplikaci buprenorfinu, neboť je levný a snadno dostupný. Vedle toho závislost na jehle byla také často zmiňovanou motivací. Účastníci výzkumu vyzdvihli řadu výhod spojených s injekční aplikací buprenorfinu, včetně snížení užívání nelegálních drog a čas strávený se sháněním drog, což vede k větší stabilitě v jejich životech. Z výzkumu však vyšlo, že respondenti nebyli dobře informováni o rizicích injekčního užívání léků určených pro sublingvální použití a poškození žil bylo rozšířené.

V roce 2013 byly publikovány výsledky australského výzkumu (Hinton et al., 2013) zaměřeného na vztah mezi závislostí na jehle a impulzivitou a to ve snaze rozvinout způsob léčby u závislosti na jehle. Celkem se výzkumu zúčastnilo 68 osob (injekčních uživatelů drog) z Austrálie. Během výzkumu byly využity čtyři psychometrické testy: NEFPRO (needle fixation profile), Barrattova stupnice impulzivity, Leeds Dependence Questionnaire a Severity of Dependence Scale. Zjištění ukázala, že injekční uživatelé drog se závislostí na jehle byli více impulzivní než injekční uživatel drog bez závislosti na jehle, avšak ne tak výrazně. Výsledky výzkumu naznačují, že osobám se závislostí na jehle je třeba věnovat zvláštní pozornost během léčby. Výsledky výzkumu podporují názor, že závislost na jehle lze charakterizovat jako behaviorální závislost. V důsledku toho by stávající evidence-based léčby behaviorální závislosti měly být upraveny tak, aby řešily nevyhnutelné obtíže v sebeovládání, s nimiž se lze setkat u injekčních uživatelů drog se závislostí na jehle.

2.13 Zpochybnění teorie závislosti na jehle

Po zveřejnění výše uvedených výzkumů, tedy především těch z Velké Británie (Pates, Mc Bride, et al. 2001, 2004) se objevilo několik názorů popírajících problematiku fenoménu závislosti na jehle. Ke kritikům teorie závislosti na jehle patří zejména tyto autoři: Al-Adwani (2001), Fraser et al. (2004; 2005) nebo Rowe, J. (2009).

Al-Adwani (2001a) ve své reakci na článek Patese et al. (2001) popsal skupinu injekčních uživatelů drog, kterým byly předepisovány diamorfin a metadon, které je možné aplikovat injekčně. Byla zde však hrozba, že při jejich zneužití budou převedeni na perorální léčbu. Injekční uživatelé drog tak prohlašovali, že mají závislost na jehle a Al-Adwani stanovil, že to používali jako výmluvu v naději, že bude pokračovat preskripce látek, jež jdou aplikovat injekčně. Pates (2005) ve své knize reaguje, že je známo, že někteří IUD mohou o sobě tvrdit, že mají závislost na jehle, i v případě neexistence důkazů v jejich případě, tato skutečnost však nepopírá samotnou existenci závislosti na jehle.

Ústředním bodem kritiky konceptu závislosti na jehle byla u Fraser et al. (2004) obava z toho, že by zjištění Pates et al. (2001) mohlo podpořit nálepkování uživatelů drog nebo další a hlubší marginalizaci a „patologizaci“ této skupiny injekčních uživatelů drog. Autoři ve svém článku uvádějí, že vzhledem k tomu, že termín zahrnuje velmi rozdílné chování, je v některých ohledech omezující a má negativní konotace, proto by mu měla být věnována pozornost dříve, než bude přijat jako užitečný diagnostický a terapeutický nástroj. Zájem autorů o závislost na jehle vychází z jejich studie osob, které si injekčně aplikují metadonový sirup. V kvantitativním výzkumu injekční aplikace metadonu byla „závislost na jehle“ respondenty často uváděným důvodem, proč si aplikují metadon injekčně. Tento článek se zabývá závislostí na jehle jakožto kulturním konstruktem a zpochybňuje stávající definice a použití závislosti na jehle a její důsledky pro postavení injekčních uživatelů drog a léčbu závislosti.

Odlišným způsobem argumentuje Rowe (2009) který tvrdí, že samotná myšlenka závislosti na jehle tak, jak byl publikována McBridem a kolegy skrze

jejich účastníky výzkumu (a zpočátku Levine 1974) jako nutkavé chování je zásadně chybná na základě závěrečných slov jejich "ateoretické definice" - "očekávané účinky". Autor říká: „Z vlastní zkušenosti vím, že velký počet jednotlivců, kteří opakovaně užívají injekčně drogy a jiné látky - včetně ne-psychoaktivních látek - to dělají právě z důvodu očekávání účinku.“ Autor tak upřednostňuje očekávané účinky před možnou závislostí na jehle.

Současně je zde jistá obava, že se z termínu závislost na jehle, kvůli jeho nadužívání stalo zavádějící klišé.

2.14 Sekundární zisky z injekční aplikace

Obecně se poukazuje na dvě hlavní motivace, proč lidé užívají drogy injekčně. Za prvé je to nájezd – téměř okamžitý nástup účinků psychoaktivní látky. Za druhé efektivnost (hospodárnost) – čili eliminace možných ztrát. Pro většinu injekčních uživatelů drog (IUD) je tedy i.v. aplikace především efektivní cestou k dosažení očekávaného účinku drogy – rychlý nástup a malé ztráty. Nitrožilní aplikace je přeci jen prakticky tou neefektivnější cestou, jak okamžitě předat jakoukoli účinnou látku lidskému tělu, proto je i.v. aplikace užívána i ve standardní medicíně.

Pro určitou a to minoritní část injekčních uživatelů drog, se postupem času může stát injekční aplikace preferovanou díky tzv. sekundárním ziskům. Právě tyto sekundární zisky mohou jedince přimět k tomu, aby své chování, které přináší subjektivně pocíťované pozitivní výsledky, v budoucnu opakoval.

Pates et al. (2001) identifikovali tři základní sekundární přínosy z injekční aplikace u osob, které považoval za závislé na jehle.

1. sexuální uspokojení
2. bolest
3. potěšení ze získaných dovedností souvisejících s injekční aplikací

Tyto tři sekundární přínosy jsou blíže popsány v následujících níže uvedených podkapitolách.

2.14.1 Sexuální asociace

To, že užívání drog má nějaký vliv na sexualitu uživatelů je známo z řady výzkumů. V ČR se na toto téma před třemi lety konala konference (31. března - 1. dubna 2011) a při té příležitosti byl na toto téma vydán rozsáhlý sborník (Preslová et al, 2011). Vedle toho se v posledních letech tomuto tématu hlouběji věnovala Justynová (2010) v disertační práci na téma Sexualita uživatelů návykových látek. Vliv užívání drog na sexualitu pak můžeme doložit následujícími argumenty. V první řadě se obecně předpokládá, že např. v případech závislosti na opioidech, tyto látky snižují u jedince libido. V druhé řadě pak může pokles v sexuální aktivitě u injekčních uživatelů opiátů souviset s předpokladem, že sexuální apetit je uspokojován prostřednictvím i.v. aplikace. Většina uživatelů totiž popisuje zvýšení sexuální aktivity po přechodu z injekčního užívání heroinu na orální metadon. Tento argument a možnou souvislost podporuje i zjevná symbolika, která je mezi nitrožilním užíváním a pohlavním stykem: jehla/phallus + penetrace (bolest) + nájezd/orgasmus.

Pates et al. (2005) popsal tři způsoby, ve kterých spatřuje sexuální asociace v souvislosti s injekční aplikací drog.

Za prvé se může jednat o symbolické zastoupení v penetraci kůže jehlou, která má falický tvar a následující rauš, který někteří uživatelé přirovnávají k orgasmu. Tento typ asociace můžeme přirovnat k sadomasochistické formě sexu díky několika významným podobnostem, kdy se obě skupiny vyhýbají tradičním tělesným orgánům a praktikám vedoucím k sexuálnímu uspokojení. V tomto případě je tedy injekční aplikace nahlížena v analogii se stykem.

Za druhé Pates et al. (2005) popisuje situaci, kdy se injekční aplikace stává přímou náhradou za pohlavní styk a předkládá studie, které toto tvrzení podporují. Například Howard a Borges (1971), kteří vyzpovídali injekční uživatele v San Francisku, konstatovali, že injekční aplikace u mužů může pohlavní styk přímo nahrazovat na základě jejich sníženého sebevědomí a paranoie, která je nenechává vstoupit do intimního kontaktu s druhým člověkem. Proto obracejí svoji pozornost k jehle jakožto sexuálnímu instrumentu.

Třetí vysvětlení může vycházet z premisy, že injekční aplikace sama o sobě ve skutečnosti vyvolává sexuální potěšení. V rozhovoru s jedním homosexuálně orientovaným mužem Pates et al. (2001) vypátrali, že injekční aplikace drogy měla silnou vazbu s jeho sexuálním uspokojováním. Tento respondent si aplikoval přímo do konečníku nebo penisu (bez jehly na stříkačce) a uvedl k tomu, že to dělá proto, protože tyto oblasti mu přinášejí samy o sobě velké potěšení. Také uvedl, že měl několikrát po aplikaci orgasmus, ne pocit orgasmu, ale skutečný orgasmus. Tento stav nebyl vyvolán účinkem drogy, protože k tomu došlo ještě před jejím užitím. Jiný respondent z jiného výzkumu uvedl, že to, že kluci nastřelují holky a naopak holky kluky, je přirozená věc. Vzpomíná si na situaci, kdy si jeho partnerka, od které se nechával nastřelit, pohrávala s natahování krve do stříkačky před tím, než mu drogu aplikovala do žíly a bylo to pro něj něco jako predehra před milováním. Pro tohoto uživatele bylo sexuální záležitostí mít děvče, které mu dokáže injekčně aplikovat drogu (Howard a Borges, 1971).

2.14.2 Bolest

Některým uživatelům drog může injekční aplikace přinášet líbivý pocit z bolesti. Bolest je s injekční aplikací spojována v souvislosti s vsouváním jehly skrz kůži do žil. Jedná se tedy o neoddělitelnou součást injekční aplikace, kdy pro jednu část IUD je bolest něčím nepříjemným, něčím, co musí strpět. Pro jinou část IUD se tato fyzická bolest stává něčím, co přináší libé pocity. Bolest tak může být nezbytný zisk ze samotné injekční aplikace. Pro některé IUD to může být podobný zisk, jaký známe u záměrného sebepoškození. Čili může jít o saturaci potřeby mít kontrolu, regulaci afektů, sdělování intenzity vnitřního prožívání ostatním anebo může takovéto jednání sloužit jako prostředek návratu do reality (k ukončení stavu disociace).

Jedna z dotazovaných uživatelé drog, která byla zpovídána McBride et al. (2001), uvedla, že je přesvědčena o souvislosti mezi injekční aplikací a sebepoškozením. Sama se nejprve řezala do paže a zápěstí než přešla k injekčnímu užívání drog. Podle ní si spousta závislých, kteří užívají drogy, libuje v bolesti. Můžeme tedy říci, že bolest, která injekční aplikaci doprovází,

může přinášet jednak úlevu – zejména pro ty vnitřně agresivní jedince – a jednak jakési uspokojení pro ty, kteří chtějí demonstrovat svoji image „drsného chlapíka“. Howard a Borges (1971) uvedli, že polovina mužů a 2/3 žen, které zpovídali, přirovnali zkušenost injekční aplikace k masochismu. Respondenti mluvili o injekční aplikaci jako o formě sebetrestání, které přináší okamžitou psychickou úlevu. Jeden z pacientů doktora Hampla uvedl, že je to právě aspekt bolesti, který přispívá k tomu, že si injekční aplikaci tolik užívá. Bolest z aplikace si užívá více než nájezd, který následuje po injekční aplikaci drogy do těla a také více než odstranění nepříjemných pocitů, které má díky nedostatku opiátů v těle.

I když je bolest součástí injekční aplikace, pro většinu injekčních uživatelů je to něco, co musí během injekční aplikace vydržet, ale pro jiné je bolest součástí potěšení (Pates, 2004).

2.14.3. Dovednosti a postavení

Dovednosti spojené s injekční aplikací mohou také významně posilovat potřebu opakovat toto chování. Až 39 % injekčních uživatelů drog má pocit, že jejich viditelné vpichy a modřiny vzniklé následkem injekční aplikace jim přinášejí určitý status tím, že symbolizují jejich nitrožilní užívání (Howard a Borges, 1971). Van Epen (2001) tuto hypotézu potvrzuje a ilustruje její oprávněnost na situaci ze začátku 70. let, kdy se v Holandsku objevila tzv. heroinová epidemie a právě v této době zajišťovala nitrožilní aplikace heroínu jakési výsadní postavení. Ti, kteří si drogu aplikovali nitrožilně, se domnívali, že mají vyšší postavení než ti, kteří tak nečinili. Tito uživatelé heroínu byli hrdí na to, že jsou na nich známky po injekční aplikaci dobře patrné. Pro ty, pro které je užívání drog reakcí na sociální hodnoty a společenské normy, získává injekční aplikace díky společenské tabuizaci a negativním konotacím na zajímavosti a prestiži (McBride et al., 2001). Jiní respondenti z tohoto výzkumu uvedli, že známky nitrožilní aplikace na jejich těle byly důkazem náležitosti k jejich sociální skupině. Je možné, že je to právě používání injekcí a nikoli druh nebo množství drogy, které zajišťuje kohezi k drogové subkultuře. Na rozdíl od jiných kultur, injekční užívání drog sebe nedefinuje skrze sadu kolektivních zvyklostí a hodnot, ale spíše prostřednictvím používání obvyklých předmětů,

kteří slouží k aplikaci drogy (injekční stříkačky atd.). Na individuální úrovni mohou někteří injekční uživatelé drog rozvíjet své schopnosti v samotné aplikaci, což jim následně zajišťuje postavení tzv. „obratného nastřelovače“. V zahraničí (USA) jsou tyto osoby známé jako hitdoctors. Krev vtahovaná do stříkačky potvrzuje, že uživatelovy znalosti anatomie vlastního těla jsou na vysoké úrovni a následně to také může znamenat, že jehla je už brána jako součást organismu. Dovednost injekčně si aplikovat drogu může být také důvodem k oslavě (McBride et al., 2001). Být schopný si úspěšně aplikovat, být schopný úspěšně aplikovat ostatním, může mít pozitivní konotace pro sebeúctu obou zúčastněných a také pro uznání rolí a sociálního postavení ve skupině.

2.14.4 Uživatelé heroinu

Termín závislost na jehle je častěji zmiňován v souvislosti s injekční aplikací heroinu, buprenorfinu či jiných opioidů. Důvody pro injekční aplikaci byly zmíněny již v kapitole v úvodu. „Typický injekční uživatel heroinu drogu užije 4krát za den. Intravenózní aplikace přináší větší intenzitu prožitku a rychlejší nástup euforie (7 až 8 sekund), zatímco intramuskulární injekce přináší pozvolný nástup s relativně pomalým nástupem euforie (5 až 8 minut). Když je heroin šňupán nebo kouřen, vrcholný rauš se dostavuje během 10 až 15 minut“ (NIDA, 2005).

Ve vztahu k závislosti na jehle může existovat rozdíl mezi injekčními uživateli opiátů a stimulantů. Zda by tak závislost na jehle mohla být rozšířenější u injekčních uživatelů jedné či druhé skupiny je jednou z možných, dosud nezodpovězených otázek.

2.14.5 Uživatelé pervitinu

Z výše uvedených dat víme, že podíl problémových uživatelů je zhruba 75 % z celkového počtu problémových uživatelů drog v ČR a většina z nich užívá pervitin injekčně. Tím je ČR v evropském měřítku poměrně výjimkou (např. EMCDDA, 2009) a ve vztahu k „závislosti na jehle“ vyvstává otázka, zda je

nějaký rozdíl mezi IUD opioidů a pervitinu. Většina dosavadních výzkumů ohledně závislosti na jehle hovoří častěji o uživatelích opioidů a to zejména díky přítomnosti tématu závislosti na jehle během metadonové/buprenorfinové substituční léčby pacientů a tím přechodu z intravenózní aplikace na aplikaci per os či pod jazyk. Navíc je v západní Evropě většina PUD uživateli opioidů – viz např. EMCDDA (2009). Téma aplikace a přechodu z injekční aplikace na jiný způsob je pak všudypřítomným tématem terapeutických rozhovorů a to v řádech týdnů až měsíců.

2.14.6 Opakovaná aspirace

Booting (nebo flushing, jak je známo v USA) jsou termíny, které se v zahraničí používají pro popis opakované aspirace krve do barelu injekční stříkačky během injekční aplikace. Když IUD nejprve najde žílu on/ona povytáhne píst stříkačky tak, aby čerpal krev zpět do injekční stříkačky a tím se potvrdilo, že se mu podařilo najít žílu. Krev se zobrazí jako červený oblak peří nebo v průhledné kapalině drogy. IUD pak stiskne píst dolů, aby si aplikoval drogu nitrožilně do žíly. Někteří injekční uživatelé si povytáhnou píst lehce a poté jej znovu zatlačí pro případ, že tam ještě zbývá trochu drogy v barelu injekční stříkačky. Praktikuje-li to někdo více než jednou, je to zbytečné a je to pak často příznakem, že má závislost na jehle nebo je posedlý pohledem na krev během procesu injekční aplikace (Pates, 2004).

2.14.7 Klasické a operantní podmiňování

Jak je ale možné, že u určité části IUD vznikne závislost na jehle? Je předpokládáno, že fixace na jehle vzniká primárně díky klasickému a operantnímu podmiňování na základě farmakologického fenoménu známého jako „nájezd“ (Pates, 2004). Organismus se v průběhu času učí, že jedna událost následuje po druhé. Při tom dochází k asociaci (sdružování) původně neutrálního podnětu s dalším podnětem z důvodu jejich opakovaného spojování. Čili podle této behavioristické teorie se vytváří a upevňuje podmíněná reakce na základě použití jehly a farmakologického účinku drogy.

Jak takové klasické podmiňování probíhá v případě závislosti na jehle, ilustruje následující rovnice (Pešek, 2013b).

užití drogy (US) > farmakologický účinek (UR)

použití jehly (CS) + užití drogy (US) > farmakologický účinek (UR) + podmíněná reakce (CR)

použití jehly (CS) > podmíněná reakce (CR)

CR = „spárování CS s UR“

Naproti tomu operantní podmiňování se zabývá učením jako důsledkem chování. Nejde v něm o hledání důvodů pro chování, jako je tomu v případě klasického podmiňování. Výzkumy operantního podmiňování začaly studiem zákonitostí učení metodou pokusu a omylu a pak vedly k vytvoření pojmu zpevnění a zpevňujícího podnětu. Rozdíly mezi oběma druhy podmiňování lze shrnout následujícím způsobem. V klasickém podmiňování změna v daném stimulu vyvolá určitou odpověď. V operantním podmiňování se určitá odpověď objeví až v dané stimulační situaci. Stimulační situace funguje jako roznětka operantního podmiňování. Nevyvolává odpověď, ale slouží jako náznak pro osobu, aby odpověděla daným způsobem. Kritický aspekt operantního podmiňování je to, co se stane jako následek odpovědi. Síla a frekvence klasicky podmiňovaného jednání jsou určeny především frekvencí vyvolávajícího stimulu (událost, která předchází chování). Síla a frekvence operantně podmiňovaného chování jsou určeny následky (událost, která následuje po chování). Jinými slovy pozitivní či negativní důsledky určitého chování vedou ke změně pravděpodobnosti jeho dalšího výskytu (Pešek, 2013).

2.15 Obsedantně kompulzivní porucha

Jeden z možných náhledů na závislost na jehle je skrze medicínský pohled přes psychiatrii a to konkrétně obsedantně kompulzivní poruchu. Raboch a

Zvolský (2001) uvádějí, že obsedantně-kompulzivní porucha (F42) je známa lidstvu po staletí. Základní charakteristikou této poruchy je přítomnost nutkavých myšlenek – obsesí a nutkavého jednání – kompulzí. Vždy je třeba zjistit, zda obsese (vtíravé myšlenky nebo představy) mají také svou kompulzivní komponentu. V případě nutkavých tendencí je tedy třeba pátrat po opakovaných a ritualizovaných myšlenkách nebo činnostech, které do určité míry odpovídají pacientově původní nutkavé myšlence. Provedení rituálu do určité míry sníží vyvolanou úzkost.

DSM-5 (2013) uvádí, že mezi obsedantně-kompulzivní poruchy a poruchy související s obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) patří nespokojenost se vzhledem, porucha hromadění, Trichotillomanie (vytrhávání vlasů, chlupů, apod.), látkami/léky indukované obsedantně-kompulzivní poruchy, a související obsedantně-kompulzivní poruchy a související kvůli jinému zdravotnímu stavu a některých jiných původců obsedantně-kompulzivní poruchy a související a nespecifikované obsedantně-kompulzivní poruchy a související (např. tělo zaměřené opakující se poruchy chování, obsedantní žárlivost).

Raboch a Zvolský (2001) uvádějí, že 2/3 pacientů s OCD také trpí velkou depresivní poruchou. Často jsou u těchto pacientů též nalezeny příznaky sociální fobie i jiných úzkostných poruch.

Levine (1974) popsal ve svém článku dva případy fixace na jehle jako "nutkavou injekční aplikaci". K tomuto si pokládá Pates (2004) otázku, zda se u závislosti na jehle jedná o formu obsedantně kompulzivního chování? A dále uvádí příklad, kdy v terénní studii DSM-IV zaměřené na OCD (Foa et al., 1995 in Pates, 2004) celkem 90 % účastníků vypovědělo, že jejich nutkání bylo zaměřeno na prevenci poškození spojených s jejich obsesí nebo snížení obsedantní úzkosti. Pouze 10 % respondentů uvedlo, že jejich nutkavé chování nesouviselo s jejich obsesí. Tato studie také uvádí, že většina obsedantně kompulzivních jedinců potvrdilo jak obsese (myšlenky, obrazy nebo impulsy, které způsobují označenou úzkost nebo stres) a behaviorální rituály. Když byly zahrnuty duševní rituály, pouze 2 % účastníků hlásily pouze obsese. Všechny obsese jsou duševní události, ale kompulze jsou buď psychické, nebo behaviorální.

Pates (2004) uvádí, že z dostupných popisů OCD zapadá závislosti na jehle do definice kompulzivního chování, s tím že jde o záměrné, opakující se chování, které je doprovázeno pocitem nutkání. Je také prováděno podle určitých pravidel (rituálů), a ty mohou nebo nemusí být v odporu vůči osobě. Současně injekční aplikace není chování, které by bylo prováděné, aby zklidnilo obsedantní myšlenky iracionální povahy.

Jedním z aspektů Patesovy studie bylo zjistit, zda jsou lidé závislí na jehle na stejné nebo odlišné stupnici pro měření obsedantně-kompulzivního chování jako uživatelé bez závislosti na jehle.

3. Výzkumná část

Součástí diplomové práce je kvalitativní výzkum, který navazuje na teoretické podklady a je věnovaný fenoménu závislosti na jehle. Výzkum byl realizován jednak v rámci polo-strukturovaných ohniskových (fokusních) skupin za účasti aktivních injekčních uživatelů drog a pracovníků nízkoprahových či ambulantních služeb, tak současně formou individuálních polo-strukturovaných rozhovorů s injekčními uživateli drog v ČR.

3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

3.1.1 Cíle

Základním cílem práce je popsat názory injekčních uživatelů drog na téma závislosti na jehle a nalézt odpovědi na otázky týkající se závislosti na jehle mezi skupinou injekčních uživatelů drog v ČR. Výzkum si neklade za cíl vyprodukovat nějaký obecný závěr, který by byl aplikovatelný pro celou ČR a byl by vydáván jako obecně platné stanovisko. Zejména však vzhledem k absenci předchozích výzkumů na toto téma se chce pokusit dané téma zmapovat a zjistit od samotných uživatelů drog, jak oni vnímají situaci ohledně fenoménu závislosti na jehle, zda lze nalézt další aspekty krom obecně známého argumentu, tedy že jde o nejrychlejší a nejefektivnější způsob aplikace drogy, zda lze najít mezi jednotlivými injekčními uživateli některé podobnosti ve vzorcích chování ohledně injekční aplikace či zda by mohl být odlišný pohled na závislost na jehle u skupin uživatelů opiodů a stimulantů, apod.

Výpovědi injekčních uživatelů drog jsou doplněny výpověďmi dvou skupin pracovníků adiktologických služeb. Jde o pracovníky substitučních programů (ambulantní služby) a pracovníky nízkoprahových služeb (terénní program či kontaktní a poradenské centrum). Pracovníci nízkoprahových služeb byli vybráni z důvodu svého zaměření na poskytování služeb přímo cílové skupině injekčních uživatelů drog, kde se mohou s tématem závislosti na jehle pravidelně setkávat a to i díky faktu, že jednou ze základních náplní jejich

činnosti je výměnný program injekčního materiálu. Vedle toho pracovníci v substitučním programu se mnohdy zabývají otázkou i komplikacemi u jejich klientů ohledně přechodu z injekční aplikace na aplikaci ústy.

3.2 Výzkumné otázky

Pro účely výzkumu byly definovány výzkumné otázky.

3.2.1 Základní výzkumná otázka je:

Jak termín závislost na jehle popisují, definují a vnímají samotní injekční uživatelé drog v ČR na straně jedné a pracovníci adiktologických služeb na straně druhé?

3.2.2 Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky byli účastníci výzkumu dotazováni i na následující výzkumné podotázky:

1. Setkávají se uživatelé drog/pracovníci služeb s termínem závislost na jehle a pokud ano, v jakých situacích a případech?
2. Definují se IUD jako závislí na jehle a pokud ano, na základě čeho, jakých kritérií, co je na i.v. aplikaci tolik přitahuje, zkoušeli si aplikovat jiným způsobem nebo proč si neaplikují jinak, než i.v.?
3. Používají termín „závislý na jehle“ u svých klientů pracovníci služeb, a pokud ano, na základě čeho tak klienty označují?
4. Může nějak souviset závislost na jehle s typem užívané drogy (tj.stimulancia či opioidy)?
5. Jakým způsobem vnímají IUD/pracovníci vztah mezi injekčním užíváním drog a sociálním statutem či postavením uživatele drog jak ve společnosti, tak v komunitě uživatelů drog?

3.3 Popis metodologického rámce a metod

3.3.1 Kvalitativní výzkum

V rámci diplomové práce byl využit kvalitativní výzkum zaměřený především na to, zjistit, jak sami injekční uživatelé drog a vedle toho profesionálové s nimi

pracující, popisují téma závislosti na jehle. Kvalitativní metody tedy odpovídají cíli výzkumu, který autor zvolil, tedy co nejširší popis fenoménu závislosti na jehle z pohledu účastníků zkoumaného jevu. Autor pak především svůj výzkum chápe jako „investigativní“ spíše, než „verifikační“, protože mu jde o co nejdetailnější a nejkompexnější popis daného fenoménu, spíše než o určení míry jeho výskytu v populaci injekčních uživatelů drog. Z tohoto pohledu kvalitativní přístupy spíše dodají tématu závislosti na jehle požadovanou bohatost a hloubku. V druhé řadě chtěl autor zachytit to, jak sami uživatelé drog a pracovníci s nimi pracující, termínu závislost na jehle rozumějí a jak ho strukturují – jaký pro ně má význam, v jakých chvílích ho používají a zda s ním nějak speciálně nebo specificky pracují.

3.3.2 Metody

Pro zodpovězení stanovených výzkumných otázek byla primárně využita metoda ohniskové (fokusní) skupiny, složené ze zástupců injekčních uživatelů nelegálních drog (IUD) a dále z pracovníků vybraných adiktologických služeb. Ohniskové skupiny byly doplněny individuálními rozhovory s IUD formou polostrukturovaného interview právě na téma závislosti na jehle. Současně byla pro výzkum vytvořena základní struktura s okruhy otázek, které byly pro respondenty závazné. Dále bylo definováno tzv. jádro interview, tj. minimum témat a otázek, které bylo nezbytné s participanty šetření prodiskutovat. Tím byl zaručen určitý stupeň jistoty, že všechna tato témata budou skutečně probrána. Nedílnou součástí výzkumu byla provedená rešerše literatury a odborných, zejména pak zahraničních výzkumů na téma této práce.

3.3.3 Needle Fixation Profile

Během sběru dat byl využit dotazník nazvaný NEFPRO (Pates, 2009a), který byl vyvinut jakožto diagnostický nástroj, který může pomoci při léčbě injekčních uživatelů drog a to k určení závislosti na jehle.

Na počátku vývoje NEFPRO byla stupnice se 74 otázkami, která byla zredukována na 14 otázek a finálně zkrácena na 10 otázek. Výsledná 10 - bodová stupnice je nástroj pro identifikaci osob s problémem závislosti na

jehle a specifikuje roli, kterou pro ně závislost na jehle hraje. Každá součást stupnice má dvě otázky, které vyžadují odpověď ano/ne. Pokud je některá z odpovědí ano, naznačuje, že dotazovaná osoba může být závislá na jehle. Čím více je položek s pozitivním ohlasem, tím silnější bude důkaz o závislosti na jehle.

3.4 Zdroje dat

Primární data nezbytná pro realizaci šetření, byla získána od dvou skupin respondentů:

- a) aktivní/bývalí injekční uživatelé drog a
- b) odborníci na léčbu závislostí

3.5 Nominační technika

Ad a) Jako zástupci injekčních uživatelů drog byl institucionálně vybrán vzorek klientů nízkoprahových programů Magdaléna, o.p.s. a o. s. SANANIM ve středočeském kraji a hl. m. Praze. Pro zařazení klientů zařízení do šetření byla stanovena následující kritéria:

- problémoví uživatelé drog dle definice EMCDDA,
- injekční uživatelé drog,
- užívání opioidů, stimulancí či polymorfní užívání v anamnéze klienta
- využívání nízkoprahových služeb.
- Oslovení alespoň 3 respondentů – uživatelů stimulancí
- Oslovení alespoň 3 respondentů – uživatelů opioidů
- Oslovení alespoň 3 respondentů – polyvalentních uživatelů drog
- Oslovení alespoň 1 respondenta – bývalého injekčního uživatele

Ad b) Jako respondenti z řad odborníků na léčbu závislostí byl vybrán vzorek profesionálů dle následujících kritérií:

- pracovníci nízkoprahových programů (KPS a TP), protože lze u nich předpokládat dobrou znalost problematiky závislost na jehle (např. praxe během výměnného programu injekčního materiálu, konzultace ohledně změny způsobu aplikace drogy, apod.)
- pracovníci substitučních center a ambulantních zařízení, protože i u nich lze předpokládat znalost problematiky závislost na jehle (např. klinickou praxi při práci s klientem během jeho přechodu z injekční aplikace drogy na orální aplikaci substituční látky.)
- Oslovení alespoň 3 respondentů z každé kategorie (sekundární a terciární prevence)

Cílem použité nominační techniky bylo během výzkumu vytvořit širokou skladbu výzkumného souboru se zacílením na co nejširší spektrum zainteresovaných osob – to platí pro obě definované skupiny.

3.6 Semistrukturované interview

Tato technika byla využita u skupiny injekčních uživatelů drog jako doplnění dat získaných ve fokusních skupinách a způsob, kdy může respondent hovořit o důvěrných tématech v soukromí. S respondentem byl vždy proveden jeden polostrukturovaný rozhovor. Okruhy otázek byly rozděleny následovně:

Rozhovor s aktivními injekčními uživateli drog se zaměřoval na získání základních údajů o respondentovi, zejména na následující základní oblasti, jež lze rozdělit na dvě části a ke kterým respondenti mohli volně vyjadřovat svůj názor, popisovat události, zkušenosti apod.

I) Osobní údaje, drogová kariéra: předchozí a současné užívání, způsob aplikace, kombinování drog, začátek užívání a jeho následný vývoj, délka užívání.

II) Závislost na jehle: způsob aplikace drogy, vlastní pohled na závislost na jehle, zkušenost a situace kdy jsem se potkal/-a během svojí drogové kariéry s tématem závislosti na jehle, aplikace vody či jiných látek mimo drogy,

injekční aplikace spojená se sexuálním uspokojením, injekční aplikace spojená s bolestí, atd.

3.7 Ohnisková skupina

Podle Miovského (2006) patří ohniskové skupiny mezi jedny z nejprogresivnějších kvalitativních metod pro získávání dat.

V tomto případě se jednalo o dvě tzv. polo-strukturované (semistrukturované) ohniskové skupiny. Jejich realizace a záznam byly pořízené za souhlasu všech zúčastněných stran a zaznamenány na diktafon. V prvním případě se jednalo o ohniskovou skupinu v rámci vzdělávací akce Letní škola Harm Reduction 2013, pořádanou sdružením Sananim a v druhém případě šlo o ohniskovou skupinu v rámci jednoho z pravidelných setkání externích terénních pracovníků a pracovníků nízkoprahových služeb Sananim.

Polostrukturovaná ohnisková skupina má pevnější strukturu. Kromě zakotvení základních tematických okruhů u ní již předpokládáme také přípravu okruhů modelových otázek. Platí samozřejmě to, že pořadí ani přesné znění otázek není pro moderátora závazné a záleží na průběhu skupiny a vývoji situace, zda dané otázky zařadí, případně odloží a zda je pokládá v pořadí, které se v danou chvíli jeví jako vhodnější (Miovský, 2006).

Fáze průběhu ohniskových skupin (Miovský, 2006):

- 1) **zahájení ohniskové skupiny** – rozsazení účastníků, představení tématu, představení moderátorů a výzkumu, pravidla skupiny

Základní pravidla ohniskových skupin dle Morgana (Morgan in Miovský, 2006):

- hovoří vždy pouze jedna osoba;
- nesmí probíhat žádné vedlejší rozhovory mezi sousedy;
- diskuse se účastní všichni přítomní účastníci;
- nikdo nemá dominantní roli;
- každý má právo říci svůj názor;
- každý má právo se k názoru jiného vyjádřit, nemá ale právo jej odsuzovat či jinak dehonestovat;

- každý má právo odmítnout odpovědět, pokud je mu odpověď nepříjemná (nepřijatelná), a nemůže být do odpovědi nucen;
- každý má právo zastavit svoji odpověď, nechce-li pokračovat;
- každý má právo v případě nutnosti ukončit svoji účast ve skupině;
- informace, které se účastníci o sobě navzájem dozvědí, patří pouze jim a žádné jiné osobě;
- účastníci se oslovují jménem a nepoužívají pro oslovení nadávky atd.;
- záznam a další údaje z průběhu skupiny slouží výhradně výzkumným účelům a je zajištěna ochrana osobních údajů atd.

2) **Úvodní diskuse a motivační práce** – pozvolné rozhýbání diskuse, klademe otázky k rozpoutání diskuze a navození hlavního tématu, postup od obecných témat ke konkrétním tématům či otázkám

3) **Jádro diskuse ohniskové skupiny** – hlavní část ohniskové skupiny, probíráme témata stojící v centru zájmu našeho výzkumu – autentická komunikace, moderátor udržuje diskuzi tak dlouho, dokud účastníci přinášejí relevantní materiál nebo nevyprší dohodnutý čas

4) **Ukončení ohniskové skupiny** – závěrečná čtvrtá fáze ohniskové skupiny, nerozvádíme již hlavní téma, ani se nezačíná žádná další diskuze, dílčí diskuze se nechávají doběhnout, prostor pro účastníky se k čemukoliv vyjádřit, zpětná vazba od účastníků

Během realizace ohniskových skupin pro tuto diplomovou práci bylo mnohdy nezbytné regulovat skupinovou dynamiku tak, aby vždy hovořila pouze jedna osoba a aby se respondenti z řad IUD vzájemně nepřekřikovali. Současně v každé skupině byly vždy jedna až dvě dominantní osoby a tudíž bylo nezbytné ohlídat, aby byl poskytnut prostor k vyjádřením i ostatním. Během hlavní části diskuse se stávalo, že respondenti svedli téma do jiné oblasti nebo jej příliš zlehčovali humornými historkami z jejich života, proto bylo opět nezbytné vracet téma zpět směrem k výzkumným otázkám.

3.8 Analýza dat

3.8.1 Fixace dat

Všechny rozhovory a ohniskové skupiny byly nahrávány jako audiozáznam na diktafon SONY IC Recorder. Poté byly rozhovory doslovně přepsány. Doslovné přepisy rozhovorů byly upraveny pomocí redukce I. řádu.

3.8.2 Redukce transkribované verze rozhovoru

Redukce I. řádu. Cílem této operace je učinit přepis plynulejším a usnadnit analytickou práci s ním. Redukcí prvního řádu rozumíme proces transformace plné (doslovné) transkripce záznamu interview nebo ohniskových skupin do plynulejší podoby, vhodnější pro další analytickou práci (Miovský 2006).

Jak poznamenává Miovský (2006, str. 210): „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 další informaci.“

Barvení textu bylo zvoleno jako technika úprav a příprav dat pro analýzu. Technikou úprav a příprav dat pro analýzu může být barvení textu (Miovský, 2006). Pokud tedy pracujeme s „papírovou“, a nikoli počítačovou verzí textu, můžeme v textu barevně označovat pasáže, které se týkají určitých tématických celků (které odpovídají základním výzkumným otázkám). Například každému ze šesti hlavních témat přiřadíme jednu barvu a následně pročítáme text a barvami označujeme všechna místa, která se jednotlivých tématických oblastí týkají.

3.9 Metoda analýzy kvalitativních dat - zakotvená teorie

K analýze kvalitativního výzkumu byla vybrána metoda zakotvené teorie. Jak uvádí Miovský (2006), jednou z velkých výhod metody zakotvené teorie je její schopnost integrovat v rámci kvalitativní analýzy data získávaná odlišným

způsobem a využít tak nejen více různých metod získávání dat, ale současně využívat různých přístupů v samotné analýze. A jak dále pokračuje, jednou z jejích dalších významných výhod je její plastičnost, tedy možnost ji v rámci definovaných pravidel upravovat dle našich potřeb a předmětu výzkumu.

Podle Hendla (2005) má interview několik výhod: „Je užitečné, jestliže nelze pozorovat, lze zaznamenat i to, co bylo a dovoluje kontrolu situace sběru dat. Naopak, mezi nevýhody autor řadí: nepřímé informace filtrované informantem, často v umělých podmínkách, přítomnost výzkumníka může vést ke zkreslení a také, že někteří lidé neumějí vyprávět“

Zakotvená teorie podle Hendla (2005) neoznačuje nějakou určitou teorii, nýbrž „určitou strategii výzkumu a zároveň způsob analýzy získaných dat. Cílem výzkumu, který vychází ze strategie zakotvené teorie, je návrh teorie pro fenomény v určité situaci, na niž je zaměřena pozornost výzkumníka. Vznikající teorie je zakotvená v datech, získaných během studie. Pozornost se věnuje zvláště jednání a interakcím sledovaných jedinců a procesům v daném prostředí. Tento postup je svázán se jmény amerických sociologů B. Glasera a A. Strausse (1967). Jejich metodologická doporučení našla velkou odezvu mezi kvalitativními výzkumníky především díky relativně podrobnému a přesnému vymezení kroků metody. V konkrétním výzkumu badatelé modifikují nebo vypouštějí některé kroky celého postupu“.

Postup zakotvené teorie se vyznačuje následujícími kroky:

- poskytuje explicitní procedury pro vytváření teorie;
- poskytuje postupy pro provedení studie, jež bude pružná a zároveň systematická a koordinovaná;
- poskytuje explicitní procedury pro analýzu kvalitativních dat; je užitečný především v aplikovaných oblastech výzkumu a v oblastech, které jsou málo teoreticky zpracované;
- existuje dostatek příkladů použití tohoto přístupu (Hendl, 2005).

3.10 Etické normy a pravidla výzkumu

Základním etickým předpokladem během realizace kvalitativního výzkumu bylo neohrozit při získávání dat a informací respondenty výzkumu. Stejně tak bylo předpokladem neuškodit účastníkům výzkumu následným využitím a zpracováním získaných dat.

V průběhu realizace výzkumu byly dodržovány následující etické normy:

- Souhlas s účastí ve výzkumu – tzv. písemný informovaný souhlas účastníka výzkumu (viz. Příloha č. 1)
- Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu (anonymní zpracování získaných dat)
- Ochrana před poškozením či újmou účastníků výzkumu
- Vlastní mlčenlivost
- Dodržení dalších pravidel platných pro etiku v psychologickém výzkumu (např. ochrana vztahů mezi účastníky výzkumu a výzkumníky)

3.11 Popis souboru

Institucionálně vybraní klienti nízkoprahových programů pro uživatele nealkoholových drog v hl. m. Praze a Středočeském kraji. Následující podkapitola popisuje charakteristiky výsledného výzkumného souboru a jednotlivých skupin výzkumného souboru.

Celkově byly uskutečněny:

- 3 fokusní skupiny, kterých se zúčastnilo 11 injekčních uživatelů drog a 9 odborníků z oblasti nízkoprahových služeb a ambulantní léčby
- 3 individuální rozhovory s injekčními uživateli drog
- Celkem bylo do výzkumu zapojeno 23 respondentů

Zastoupení respondentů dle identifikovaných skupin:

- Klienti pražských nízkoprahových zařízení – počet respondentů 11
- Klienti středočeských nízkoprahových zařízení – počet respondentů 3
- Pracovníci nízkoprahových zařízení – počet respondentů 6

- Pracovníci ambulantní/substituční léčby - počet respondentů 3

Zastoupení respondentů dle pohlaví:

- Klienti pražských nízkoprahových zařízení – 4 ženy a 7 mužů
- Klienti středočeských nízkoprahových zařízení – 3 muži
- Pracovníci nízkoprahových zařízení – 3 ženy a 3 muži
- Pracovníci ambulantní/substituční léčby – 3 muži

Moderátoři fokusních skupin

Sběr dat s klienty nízkoprahových služeb a pracovníky adiktologických služeb prováděl autor výzkumu Ondřej Sklenář. Moderátorem první fokusní skupiny byl Mgr. Aleš Herzog, pomocným moderátorem byl Mgr. Martin Pešek, moderátorem druhé fokusní skupiny byl Ondřej Sklenář, pomocným moderátorem byl Aleš Termer a moderátorem třetí fokusní skupiny byl Ondřej Sklenář. Hlavní výhodou bylo, že měl autor výzkumu poměrně vysokou důvěru kolegů i klientů a s tím spojenou ochotu spolupracovat.

3.12 Výzkumná validita

Výzkumná validita byla zajištěna triangulací dat z různých zdrojů – jedná se o data:

- a) získaná přímo od injekčních uživatelů drog - účastníků výzkumu (14 osob), kdy byla kombinováno forma jak ohniskové skupiny, tak metoda semistrukturovaného interview,
- b) data získaná od profesionálů z adiktologické praxe (9 osob) a
- c) z odborné literatury či publikovaných zpráv z výzkumů.

K výzkumné validitě kvalitativního výzkumu uvádí Disman (1993) následující: *„Standardizace v kvalitativním výzkumu je slabá, a proto má kvalitativní výzkum poměrně nízkou reliabilitu. Slabá standardizace kvalitativního výzkumu, volná forma otázek a odpovědí nevynucuje taková omezení, jaká existují v kvantitativním výzkumu. Potenciálně proto může mít kvalitativní výzkum vysokou validitu.“*

Miovský (2006) hovoří ve vztahu k technice kontroly validity týkající se získávání dat o tzv. triangulaci dat, jako o dominantní technice. Tato metoda znamená, že během výzkumu zkoumaný jev nahlížíme prostřednictvím tří a více různých zdrojů dat, úhlů pohledu, měření, postojů, apod.

3.13 Reprezentativita

V případě kvalitativního výzkumu nejde o staticky reprezentativní vzorek ani o zjištění, jež by bylo možné generalizovat (na populaci injekčních uživatelů drog), ale spíše o pochopení významu, který svému chování připisují. Proto kvalitativní přístup nevyžaduje velké soubory účastníků výzkumu. Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší a vnější reality využívá kvalitativních metod (Miovský, 2006).

Poznámky k výzkumu

Audionahrávky rozhovorů fokusních skupin a interview s uživateli drog a pracovníky adiktologických služeb byly získány pro účely výzkumu v průběhu let 2013 a 2014. Všichni souhlasili s účastí na výzkumu, prezentací výsledků na odborné konferenci a se zpracováním dat.

4. Výsledky výzkumu

Výsledky kvalitativního výzkumu byly pro lepší přehlednost rozděleny do dvou samostatných kategorií – v první části jsou prezentovány poznatky získané od injekčních uživatelů drog a v druhé od odborníků pracujících v oboru adiktologie.

4.1 Výsledky výzkumu mezi injekčními uživateli drog

Samostatné výsledky výzkumu jsou dále rozděleny a členěny do jednotlivých kapitol, které korespondují s výzkumnými otázkami.

4.1.1 Vlastní definice závislosti na jehle, zkušenosti

Úvodním tématem fokusních skupin i polostrukturovaných interview s respondenty byly otázky směřující k závislosti na jehle ve smyslu vlastní volné definice tohoto termínu, subjektivního pohledu na daný fenomén, životní zkušenost s tím, v jakých situacích byl/je termín používán a poskytnutí prostoru ze strany tazatele směrem k respondentovi pro vlastní asociace a myšlenky směrem k tématu závislost na jehle. Tento okruh otázek byl předkládán všem respondentům výzkumu.

Většina respondentů během rozhovorů hovořila o závislosti na jehle poměrně opatrně ve vztahu k sobě samotnému, ale poměrně otevřeně ohledně zkušeností s lidmi ve svém okolí nebo na obecné úrovni.

- *„Já osobně znám člověka, který má závislost na jehle“ (IUD, respondent č. 1)*
- *„Já taky“ (IUD, respondent č. 2)*
- *„Tohle je člověk, který je schopný si normálně píchnout holou vodu. Jakmile uvidí jehlu tak musí. Prostě uvidí stříkačku a je to člověk hrozně moc na tom, ne blbě, ale (...), on prostě to nepotřebuje, ale on prostě i kdyby tam v tý buchně bylo nasráno s prominutím, tak si to musí dát. Tady ten člověk to má hozený takhle, že on to máš až jako závislost, že musí, i kdyby to měla být čistá voda.“ (IUD, respondent č. 1)*
- *„Já nevím, pravděpodobně asi, asi to souvisí právě s tím, že tu drogu bez toho rituálu, bez té aplikace tou jehlou do té ruky, i když si třeba člověk dává špatně nebo s tím má člověk veliký problémy a nejde mu*

to, tak vydrží si dávat třeba pět hodin i sedm hodin prostě než si to dá do tý žíly přitom si to může šňupnout nebo cokoliv jinýho, nebo vykourit to, že jo.“ (IUD, respondent č. 3)

- *„Kdy jsme závislý na jehle? Když ty žíly má člověk v takovém stavu, že prostě pak je člověk zaseklej „x“ hodin a vrtá se v sobě, ubližuje si hrozně, a chce to za každou cenu. Prostě to chce tímhle způsobem, i když to jde jinýma způsobama. To si pak člověk uvědomí. Hlavně když pak přijde někdo druhý a vidí tě, že jsi celý od krve, že si ubližuješ, že to je úplně něco debilního tak to si říkáš, že není něco v pořádku. A pak ve finále člověk zjistí, když už to fakt nejde, že ono to jde tím jiným způsobem, ono to musí jít. A pak zjistí, že to není tak hrozný, že je to prostě jiný, funguje to jinak, je to dobrý, ale je to jiný. Je to zase jiný.“ (IUD, respondent č. 4)*
- *„Znám lidi, který si daj třeba 17krát denně injekčně.“ (IUD, respondent č. 5)*
- *„Jako ten perník jsem bral jenom jehlou. A ten Subutex potom taky. Nikdy mě nenapadlo ten perník brát jinak. Při tom braním perníku jsem byl závislý na jehle. Já nevím. Asi jsem byl na tom Subutexu závislý na jehle, nechtěl jsem to brát pod jazyk.“ (IUD, respondent č. 12)*
- *„No jo, ale taky znám hromadu lidí, který jenom když vidí, že si někdo rozdělává nebo dává, tak si chtěj taky dát, i když si daj prd.“ (IUD, respondent č. 6)*

Jedna uživatelka popisovala zkušenost s jehlou, ve smyslu odběru krve ve zdravotnickém zařízení během dětství, kdy s tím měla spojeny libé pocity.

- *„To možná bude znít zvláště, ale vybavuju si zážitek z dětství, kdy jsem byla dlouho hospitalizovaná v nemocnici a často mi brali krev. Takže jsem se na ty odběry těšila. Tak když do mě sestra zapíchla jehlu, tak*

mi to bylo hrozně příjemné a těšila jsem se na to. Takže docela chápu tu závislost.“ (IUD, respondent č. 7)

U dvou respondentů s dlouhou drogovou kariérou a zkušeností s injekčním užíváním drog ještě za doby komunistického režimu, tedy před rokem 1989, byla zmíněna ta skutečnost, že termín závislost na jehle používali už tehdy, tedy v době, kdy termín nebyl v odborné literatuře explicitně popisován jako závislost na jehle, tak jak k tomu došlo po roce 2000.

- *„Tak já co jsem se setkal s uživatelema drog, jako injekčníma, tak to říkali v podstatě skoro všichni. Každý si toho byl víc nebo míň vědomej. Nejčastěji šlo o situace, kdy šlo něco aplikovat, ale nebylo vhodný náradí, respektive nebyli injekční stříkačky čisté nebo vůbec žádný a téměř 100% z nich věnovalo radši úsilí a čas a energii tomu nějak ty stříkačky s jehlama sehnat. Než si to ihned dát.“ (IUD, respondent č. 14)*
- *„My jsme tomu, závislost na jehle, říkali už na začátku 80. let, aniž bysme ten pojem někde jinde slyšeli. Tomu, že si šleháme a že to nechceme jinak. Normálně jsme o tom mluvili. Hele já to nechci takhle, já mám závislost na jehle. Takhle jsme to pojmenovávali a hlavně jsme to takhle cejtli.“ (IUD, respondent č. 14)*
- *„Co neprošlo žílou, to nebylo braný jako droga. Polikání prášků, kouření trávy, to bylo braný jako jiná kategorie, lehoučká.“ (IUD, respondent č. 13)*

Jeden respondent navíc rozšířil téma závislosti na jehle o závislost na procesu vaření drog.

- *„U všech lidí, který jsem kdy v životě poznal a začali vařit drogy, ty měli vždycky o jednu závislost navíc, než jsme měli my. Krom závislosti na drogách, závislosti na jedech, závislosti na jehle, tak ještě závislost na*

vaření. A fakt jako takovou, že je to vyloženě bavilo vařit a tyhle lidi se daleko hůř dostávali z drog, než ty ostatní. Taky častěji seděli, měli delší tresty, apod. Narkomanovi chybí drogy, ale tobě jako vaříčovi chybí ta činnost, to vaření, jako když muzikantovi seberou nástroje a nemá možnost hrát. Mají to prostě náročnější.“ (IUD, respondent č. 14)

Jak termín závislost na jehle popisují, definují a vnímají samotní injekční uživatelé drog v ČR, vyplývá i z výše citovaných odpovědí. IUD hovořili zejména o několika faktorech ve vztahu k závislosti na jehle a to nechut' a odmítání využít jiný a mnohdy prokazatelně jednodušší a rychlejší způsob aplikace drogy než je injekční aplikace (obzvláště u IUD, kde je již značně poškozen žilní systém), úpornost s jakou jsou schopni se injekční aplikaci věnovat a strávit s ní i několik hodin, než se jim finálně podaří vpravit drogu do těla, četnost aplikace, která může dosahovat frekvence více jak 10-15krát za den. Dále pak usilovné shánění injekčního náčiní ve chvíli, kdy mají drogu u sebe a mohli by využít alternativní způsob aplikace nebo fakt, že o jiný způsob aplikace drogy nestojí, protože to by nebylo „ono“ a nejvyšší stupeň užívání drog je užívání jehlou. Vedle toho závislost na jehle může souviset i s vnímáním sebe samotného, s tím, že se někteří IUD prostě sami identifikují a vnitřně se cítí a považují za závislé na jehle.

4.1.2 Význam injekční aplikace pro injekční uživatele drog

Vícečetná aplikace během dne a urputnost, se kterou se setkávají uživatelé drog během injekční aplikace ve chvíli, kdy by bylo možné drogu aplikovat jiným způsobem byla zmíněna v několika odpovědích.

- *„Já si třeba dávám víckrát během dne menší dávku, i když bych si mohla dát jednu větší dávku. A to, i když jsem sama. Když si dá druhý člověk, tak si s ním dám taky. Ale víckrát si dávám denně sama.“ (IUD, respondent č. 3)*
- *„Já měl kamarádku, která běžně trávila jednou aplikací tři hodiny. Jednou aplikací tři hodiny. Měla potíže se žílama asi takový, že jí to*

druhej dokázal bez problému aplikovat. Ale sama, psychika, prostě vnitřní prnutí, stres, uzavření se do sebe, se našponovala a prostě jí to nešlo. Ten její partner, tak ten trpěl. Sledoval jí tři hodiny, jak si aplikuje. Tak když se nechala přemluvit k tomu, že jí to dá a že to bude hned, tak nakonec z tý aplikace ani nic neměla. Na to, že toho tam bylo požehnaně. Minimálně půl hodiny to musela sama zkoušet, ale byla z toho tak psychicky zablokovaná a ve stresu, že to nešlo. Nakonec jí musel často aplikovat partner.“ (IUD, respondent č. 5)

- *„Ale můžu říct, že tohle u mě bylo specifický třeba u opiátů. Ne u perníku. Vyloženě prostě to muselo jít do žíly, i kdyby já nevím co. A sem a tam se mi stalo, že jsem zjistila, že jsem celá krvavá.“ (IUD, respondent č. 2)*
- *„U toho pervitinu jsme se vyloženě těšili, až si to pícheme a budeme mít ten nájezd. Vyloženě jsem se těšil na to, že si prostě dám.“ (IUD, respondent č. 7)*
- *„Když to není jehlou, není to ten adrenalin, víš? To tam schází. To je ono. Nedá se to specifikovat. Já jsem nad tím kolikrát přemýšlela a prostě jestli je to to, že mě to může překvapit, že se nemám ráda, že vlastně nevím, jestli se tím můžu zabít tím háčkem nebo ne, atd. atd., ale nedá se to specifikovat. Nevím. (...) To napětí. Ano. Veliký napětí. Veliký. A pak přijde strašná úleva. (...) Ten adrenalin tam hraje velikou roli.“ (IUD, respondent č. 2)*
- *„Prostě ta jehla je jehla.“ (IUD, respondent č. 6)*
- *„Protože kvůli sobě. Protože prostě jehla. Já mám radši si to šlehnout. Perník ten jsem si poprvý rovnou nechal nastřelit. Protože nějaký šnupání a tohle, to úplně nesnáším.“ (IUD, respondent č. 4)*

- *„Co neprošlo žílou, to nebylo brány jako droga. Polikání prášků, kouření trávy, to bylo brány jako jiná kategorie, lehoučká.“ (IUD, respondent č. 13)*
- *„Placebo efekt mají třeba lidi. Je mu v podstatě jedno jakou drogu do sebe kopne, prostě musí si hrát s tou krví, 20 krát aspirovat, pak na mě řve frajer z koupelny, jde tam z jednou buchnou, XY, pojď mi to dát, já tam přijdu a frajer má tam asi osm buchen plný krve. Mu říkám, budeš dělat zabijačkovou polívku? A on: já si to nemůžu dát. Tak mu říkám, tak se na to vyser vole.“ (IUD, respondent č. 5)*
- *„Čím déle si snažíš dát a nejde to, tím víc vnímáš, jak jsi v tom zamčenej, je to strašný a v takovýhle situaci jsem se ocitl fakt hodně krát. A říkal jsem si, že to není možný. Většinou jsem se s tím úmorně potýkal a často úspěšně, ale často i neúspěšně. Že jsem si to rozmrdal na osm nášlehů, kdybych to vypil, tak jsem to měl rychlejc, protože jsem to měl v nějakých ucpaných žilách a nějakých strukturách, který byly různě zatvrdlý, rozumíš.“ (IUD, respondent č. 13)*

Mýty ohledně injekční aplikace se během výzkumných rozhovorů příliš nediskutovaly, jeden se však objevil v souvislosti se substituční léčbou a způsobem vyrovnání se se závislostí na jehle.

- *„Ono je pravda, že když si člověk šlehne, teplou vodu, vlažnou, tak by to mělo být malinkou cítit. Mě to říkal doktor XY, na začátku, když jsem nastupoval na první substituci. Takže ať si prostě zkusím kousek vycucat a za čtvrt hodiny si dám kousek vlažný vody, jestli teda potřebuju tu jehlu.“ (IUD, respondent č. 1)*
- *„Já teda teplou vodu slyším prvně. Nicméně vím o tom, že existují rady, že si vycucáš ten Subutex, ono to tak za půl hodiny najede, začneš to cítit a v tu chvíli. Když cítíš, že to přichází, si uděláš ten rituál, to natažení tý vody. Takhle jsme to slyšel.“ (IUD, respondent č. 4)*

Rituál byl zmíněn několika respondenty, ovšem nebyl ústředním tématem tohoto výzkumu. Avšak z odpovědí se zdá, že jeho význam během injekční aplikace drogy může být veliký.

- *„Ten rituál? Ten je taky hodně důležitý. Jako třeba ze začátku, když budu mluvit za sebe, tak jsem to měla tak, že já jsem si rozložila svoje nádobíčko, měla jsem svojí škatulku, dřív ještě byli nasazovačky jehly, nebyly tyhle, prostě měla jsem to všechno tak jako vzorně uspořádaný, musela jsem na to mít klídek, a vyloženě jsem si to užívala. I tu přípravu jako toho fetu do té jehly jsem si užívala. A bylo to pro mě důležité. A uspokojovalo mě to. Já nedokážu dneska popsat jako jakým způsobem mě to uspokojovalo, ale dělalo mi to velice dobře.“* (IUD, respondent č. 2)

Jehla jako symbol

Jeden z injekčních uživatelů na otázku, zda mu jehla v jeho životě nemohla nahrazovat cosi, co mu kdysi v dětství chybělo, odpověděl:

- *„Je to možný. Já to tak neprožíval, možná úplně na začátku. Místo plyšového medvídka buchna se stříkačkou. Žádný nádobíčko ani věci pro přípravu a vaření drog nejsou tak symbolický, jako ta stříkačka s tou jehlou.“* (IUD, respondent č. 13)

Jiný účastník výzkumu se rozhovořil o jakémisi možném zbožném vztahu k jehle a vystavování si jí v různých formách ve svém bytě.

- *„Zažil jsem lidi, který k tomu měli až jako zbožný vztah, v tom smyslu, že si vyráběli obrázky z polystyrenu a jehel zabodaných v polystyrénu, různý prostě výrobky který si rozvěšovali. Hrozně to obdivovali a bylo vidět, že jim to dělá dobře. Většina z nich byli lidi, který brali krátkou dobu. Pro ně to bylo krásný, prostě krásný. Mně to teda sralo a nelíbilo se mi to.“* (IUD, respondent č. 14)

Sebepoškozování jehlou nebo ve spojení s injekční aplikací

Téma bolesti spojené s injekční aplikací a vedle toho téma sebepoškozování v souvislosti s injekční aplikací se objevilo jak ze strany uživatelů drog, tak ze strany pracovníků.

- *„Jde spíš o spojení rituálu a tý bolesti, že to nejde od sebe oddělit. Všechno je spojený bolest a rituál a nejde to oddělit, třeba i piercing a tetování. A s tou jehlou je to to samý, musí to bejt dohromady, má to nějaký souznění“ (IUD, respondent č. 5)*
- *„Je to tak, že když lidi mají trápení, tak si pak něco udělaj, to zabolí a pak se jim uleví.“ (IUD, respondent č. 3)*
- *„Já si myslím, že to musí dělat masochista, že zdravý člověk do sebe takhle nechal bodat.“ (IUD, respondent č. 2)*
- *„Tak s tím teda nesouhlasím, já teda masochista určitě nejsem, dávám si dlouho a pro mě je fyzická bolest snesitelnější, třeba řezný rány a vpichy mnohem snesitelnější, než psychická, třeba bolest srdce nebo jak to nazvat. Neužívám si tu bolest, ale když mám nějaký problémy, tak si jdu dát a věnuju se tomu nášlehu a taky se tam dlouho rejpám. Spíš je to o tom, že se mi uleví. Nejde o to dosáhnout cíle, ale se mi uleví. Ale nejsem masochista.“ (IUD, respondent č. 3)*
- *„Těch lidí, kterým dělalo dobře se sebepoškozovat nebo nějak do sebe píchat bych zpočítal na prstech jedny ruky. Naprostá většina byla kvůli tomu, že chtěli mít ten nájezd a chtěli šetřit materiál.“ (IUD, respondent č. 13)*

Téma sebepoškozování bylo zmíněno i v souvislosti s možnými zisky, ve smyslu modré knížky na vojně nebo získání invalidního důchodu od státu.

- *„Určitě jo. Setkával jsem se s tím, že začátkem 80. let, jsem měl pár přátel a byli to vaříči nebo těžký toxíci a který chtěli mít invalidní důchod. A těm když se udělal absces nebo flegmona a viděl jsem to na vlastní oči, tak si vzali jehlu a ty rány si různě rozpichovali a rozjebávali, aby to měli, až přijdou k těm doktorům, hrozitánsky vypadající. A málem při tom přišli o nohu. Ale dostali ten důchod.“ (IUD, respondent č. 14)*

V jakou chvíli bych se dokázal vzdát injekční aplikace. Co by se musel stát, abych to udělal/a.

- *„Třeba impuls od partnera. Pojd, přestaneme jehlou. To bych do toho šla ráda. Ted' hned do toho jdu a ty stříkačky vyhodím. A úplně normálně budu šťastná.“ (IUD, respondent č. 2)*
- *„Kdyby mi někdo nabídnul zpátky můj život.“ (IUD, respondent č. 1)*
- *„Já to mam stejný v tom, že mám partnera, když ten vztah ted' funguje, tak už jsem to hodně snížila, už si nedávám desetkrát denně, ... impuls od partnera... nebo něco co si člověk přeje do budoucnosti. Protože tu minout reálně jakoby nezměníš. Kdyby byla nabídka práce, která tě baví, tak to jsou impulzy, který jako by jo. Spíš to osobní. Třeba věci, kvůli kterým jsem začala brát. Něco ti chybělo, tak potom je člověk jakoby dosáhne.“ (IUD, respondent č. 3)*
- *„Perník bych asi jehlou nepřestal brát. Musel bych ho mít veliký kvanta. Protože potřebuješ toho víc, když to bereš jinak a mně ta jehla vyhovuje, já jsem s tím spokojený.“ (IUD, respondent č. 8)*
- *„Musel jsem přestat. Kvůli zdraví. Nutnost.“ (IUD, respondent č. 6)*
- *„Musel bych slyšet, přestaň, já jsem tvoje. A nebo něco podobného se zdravím. Kdyby mi řekl doktor, že jestli nepřestanu fetovat tak za tři dny zkapu, tak bych se na to vysral.“ (IUD, respondent č. 7)*

Aplikace jiných látek než běžně aplikovaných drog

U tématu injekční aplikace jiných látek do žilního systému byla zmíněna především aplikace alkoholu, vody, marihuany a léků, které nejsou určeny k injekční aplikaci.

- *„A taky vím o lidech, který si zkoušeli šlehat různé výrobky z marihuany a taky to zkončilo tím, že jim bylo zle a v zimnicích a tak, protože pryskyřičný roztok, to nešlo ani pořádně šlehnout.“ (IUD, respondent č. 13)*
- *„Taky jsem byl hodněkrát u toho, když se šlehal alkohol. To byla záležitost alkáčů, který přešli na drogy a píchali si drogy, a když je neměli, tak si píchali, nejčastěji vodku. Setkal jsem se s tím dost času. Šlo se do lékárny, koupila se dvacítká stříkačka a do žíly.“ (IUD, respondent č. 14)*
- *„Pravda je ta, že teďka už se to normálně asi nevyrabí, dřív býval Valoron, který byl taky v kapkách. Jedna pořádná dávka byl 1ml tý tinktury. A pár lidí tenkrát skončilo v nemocnici nebo na to zařvalo, přesto, že věděli, že ten Valoron je nešlehatelný. To byl snad jediný opiát, který fungoval naprosto senzačně i per os. Prostě si to vypil a zachvilku to šlapalo. To bylo v olejovém roztoku, takže ty lidi, který si to šlehli, se jim udělalo hodně zle nebo je to zabilo. Přestože to bylo nešlehatelný, ale to se vědělo. Přesto se našli takový, který si řekli, já to risknu, já to chci do žíly. To bylo v 80. letech, začátek. Všichni to prostě věděli, a přesto chtěli mít tu látku v žíle.“ (IUD, respondent č. 14)*
- *„S tím jsem se potkal docela často a vždycky to bylo o tom, já jsem si tím taky prošel, že většina těch injekčních uživatelů, který jsem znal, měli tu zkušenost sami se sebou, že někdy se jim stalo, v situaci kdy měli chuť si něco dát a nebylo nic, že si v zoufalství, jednou – dvakrát*

v život, někdo třikrát, dali vodu. V hlavě věděli, že je to blbost, ale v hlavě očekávali, že něco bude.“ (IUD, respondent č. 13)

Někteří IUD popisovali vlastní nebo zprostředkovanou zkušenost s aplikací jiných látek než běžně aplikovaných drog. Nejčastěji se jednalo o aplikaci vody nebo alkoholu. Dokonce se někteří IUD setkali s tím, že jim samotným nebo jejich známým doporučil lékař, aby svoji závislost na jehle během substituční léčby buprenorfinem řešili aplikací vody a tím uspokojili svoji potřebu injekční aplikace. Zjevně zde tedy nešlo o účinek, který by měla přinést aplikovaná látka, ale o samotný akt injekční aplikace, který může přinášet některým IUD uspokojení či úlevu.

4.1.3 Rauš a nájezd u injekční aplikace

Téma důležitosti rauše a rychlého nájezdu je s injekční aplikací spojováno často, je to jeden z důvodů objevovalo se i v odpovědích na otázky k závislosti na jehle, ovšem nebylo předmětem tohoto výzkumu. Co bylo ovšem podstatné směrem k výzkumu, byl několikrát zmíněný fakt, že dlouhodobí injekční uživatelé drog a zejména ti užívající buprenorfin, už nájezd či rauš nezažívají, přesto si však injekčně aplikují a to i mnohdy několikrát denně, jak je uvedeno i v odpovědích v následujících bodech a další podkapitole.

- *„Já si ten rauš upřímně už neumím ani představit, je to hodně dávno. Ale asi se to dá přirovnat ke skvělému sexu.“ (IUD, respondent č. 7)*
- *„Okamžitý nájezd ten tam hraje roli hrozně moc. Prostě nečekat až se to rozpustí v žaludku. Prostě že je to hned.“ (IUD, respondent č. 1)*

Jeden z účastníků hovořil o tématu aspirace ve vztahu k jakémusi „před-blahu“ během injekční aplikace.

- *„Když aspiruješ, tak dostaneš adrenalinový nával, jako jo, teď se to povedlo. To že si natáhneš a zaaspiruješ, prostě euforický je, aniž jsi, si tu látku ještě dal. Ale je to fakt nával adrenalinu, nebo to jsou možná*

jiný chemický pochody. Ale zaplaví tě takový jako předblaho. To určitě funguje.“ (IUD, respondent č. 14)

Nájezd u heroinu

- *„Protože konkrétně u těch opiátů, konkrétně u heroinu třeba, to bylo tak, že ten nájezd a ta euforie je úplně jiná, než když si to vykouříš nebo než když si to šňupneš. Úplně jiný prostě.“ (IUD, respondent č. 2)*
- *„Já to mám dost jinak jako s tím herákem a perníkem. Mám to tak že jako ten herák nebo opiáty do té žíly a tam třeba teďka i ten subutex si potřebuju fakt dát do té žíly. Jako v nouzi si to dám do svalů. Ale ten perník ne.“ (IUD, respondent č. 3)*
- *„U toho heráku ten adrenalin je tam teda mnohem větší. U toho perníku, ať se to zdá divný, ..., já nevím, jak to mám popsat. Je to jiný, je to delší, musíš si to uvařit, když si od někoho vezmeš heroin tak nevíš, co sis přinesl. Nevíš to prostě. A to očekávání toho jaký to bude, co to s tebou udělá, jak to bude silný, to je prostě mor.“ (IUD, respondent č. 9)*

Jeden z respondentů uvedl, že dle jeho zkušeností, může délka doby aplikace a dlouhý čas strávený injekční aplikací souviset s typem užívané drogy.

- *„Co se týče pervitinu, tři hodiny v pohodě. U těch opiátů je to taky možný, ale u toho pervitinu jsou to záseky. U těch opiátů jsem to taky zažil, že ty kluci nebo holky si to dávali hrozně dlouho, ale tam šlo o to, že ty lidi na opiátech mají ty žíly ještě zničenější než ty lidi na pervitinu. Hůř se jim našlehává.“ (IUD, respondent č. 14)*

Nájezd u Subutexu/Suboxone

- *„Tam nic necejtíte v podstatě. Tam není nájezd. Poprvý když jsem si to dal tak sem tam možná něco cejtíl, ale jinak to žádný nájezd nemá ten subutex.“ (IUD, respondent č. 8)*

- *„Ale co chci říct, že u toho subutexu jako furt hledám. Když mám jako čas a možnost tak si vezmu ty dvě, tři hodinky a hledám tu žílu. Ale u toho perníku když vím, že ty žíly mám prostě v prdeli, tak jsme ochotná si to dát do tý jehly ale nehledat žílu ale dát si to prostě do prdele nebo do svalů. Taky nevím proč. Musí to být jehla, já jako potřebuju to mít v tý jehle, ale nechápu proč jako v tý chvíli taky nehledám, ale u toho subutexu jo, tam prostě hledám.“ (IUD, respondent č. 3)*
- *„Tam docílíš maximálně toho, že (...). Nechápu lidi, který se našlehnou Subutexem a jdou běhat tady do centra a dělat další peníze na další šlehnutí Subutexu. Protože ten Subutex je podle mě udělanej od toho, aby když už jsi si ho teda dal do tý jehly, šel si lehnou, vzal si knížku a nejednou cítíš, v tu chvíli cejtíš, že ten Subutex už nastupuje. A že ty s tím bojuješ. A je to něco podobného trošku jako ten herák. Že s tím bojuješ (...) a je to ono (...) je to ten opiát (...). Jinak když to rozchodíš, to je o ničem, tak to je jako kdyby sis nic nedal.“ (IUD, respondent č. 11)*
- *Já si myslím, že i když je ten rozdíl naprosto minimální, tak že stejně i u tý substituce v tom trošku rozdíl je, jako když to vycucáš nebo si to dáš jehlou. Že je minimální, ale rozdíl tam je. (IUD, respondent č. 13)*

Nájezd u pervitinu

- *„K tomu perníku ta jehle prostě tak nějak patřila. Člověk se prostě těšil, až si to dá. A už během toho jak si dával, tak cítí ten nájezd, to k tomu patřilo. Ten nájezd byl hned. Ještě jste to tam ani neměl celý a už jste to cítil v hlavě. Takový super pocit prostě.“ (IUD, respondent č. 8)*
- *„Tak třeba u perníku, jde o to to, kam ho to hodí a čeho se chytí první. Čeho se člověk chytne je buď svýho penisu, partnerky, nebo se hodiny šťourá v rádiu. Třeba u těch pervitinistů, každej jsme si prošli obdobím, třeba půl roku, že jsme po tom šli, dělali jednu stejnou věc a tu přestali dělat ve chvíli, kdy jsme si našli jinou věc, která ho naplňovala a nabíjela.“ (IUD, respondent č. 10)*

Nejvíce zřetelný byl popisovaný rozdíl mezi výsledným účinkem a euforií u heroinu a buprenorfinu, kdy většina respondentů, kteří mají zkušenost s injekčním užíváním buprenorfinu, hovořila o tom, že „nájezd“ je u této látky buďto naprosto minimální nebo žádný. Přesto nebo právě proto si aplikují buprenorfin injekčně mnohokrát denně, mnohdy v malých dávkách jakoby s očekáváním, že nějakého rauše dosáhnout mohou anebo právě dosáhnou potěšení alespoň ze samotné injekční aplikace, neboť množství účinné látky v jedné čtvrtce či osmině tablety buprenorfinu je minimální. Vedle toho úpornost a délku injekční aplikace drogy v řádu hodin připisovali u pervitinu tzv. zásekům, tedy stavům, kdy je člověk intoxikovaný metamfetaminem schopen strávit i několik hodin jedinou činností. U opioidů byla úpornost a dlouhá doba aplikace připisována skutečnosti, že IUD opioidů mají většinou více zničený žilní systém a vpravit do těla drogu injekční cestou je pro ně pak komplikovanější a zdlouhavější. Jednalo se tedy spíše o racionální vysvětlení skutečnosti, proč někteří s injekční aplikací stráví i několik hodin. Vedle toho je zřejmé, že ta úpornost a vlastně neochota zvolit jiný způsob aplikace a bažení po jehle zde hraje svoji roli směrem k dalšímu uspokojení psychických i fyzických potřeb IUD spojeného s procesem přípravy a realizace injekční aplikace.

4.1.4 Pohled na jiný způsob aplikace se stejným nebo větším efektem než u injekční aplikace

Na otázku, pokud by existoval jiný způsob než je injekční aplikace, který by byl se stejným nebo větším efektem, tak zda by byl skutečně využíván se hledala odpověď poměrně složitě. Buď nebyla odpověď žádná, nebo velmi stručná. Zdálo se, že je těžké si to představit nebo o tématu uvažovat.

- *„Otázka je, v čem by to bylo lepší. Jako zdravotně, nebo tak, to feťáky moc nezajímá, upřímně řečeno. Ale jako jestli by to byl ten adrenalin jo, tak to určitě.“* (IUD, respondent č. 2)
- *„Muselo by to být vychytanější.“* (IUD, respondent č. 2)

- „Možná jo, no. Mně už pak u toho perníku nikdy ani nenapadlo se třeba vrátit k lajnám nebo tak. Jako znal jsem lidi, kteří to třeba kouřili. Prostě to bylo spojený s jehlou a nájezdem. Nevím.“ (IUD, respondent č. 7)

Pouze jeden respondent přímo vypověděl, že by využil jiný způsob aplikace než je ta injekční, pokud by byl výsledek stejný.

- „Když už bereš dlouho, a ty ruce máš zničený, nohy taky, do poslední chvíle se snažíš si to dát a teď máš problémy, praskne ti jedna žíla, druhá se ucpe, třetí tohle, takže ty si to vlastně jako tu jednu dávku rozfrčáš na pětkrát, že vlastně přijdeš o to, proč to děláš, navíc to bolí, i tě sere že už to je vidět, musíš mít ty rukávy furt dole, tak si říkáš, že kdyby existoval jiný způsob, který by měl efekt jako ta injekční aplikace, tak se na něj vysereš.“ (IUD, respondent č. 14)

4.1.5 Preference aktu injekční aplikace či aplikované drogy

Jednou ze zajímavých skutečností, o které vypovídala skupina injekčních uživatelů drog je **dělení dávek na velmi malá množství a s tím spojená větší četnost injekční aplikace**. Zde se nabízí otázka, zda např. velmi malé dávky jako je čtvrtina či dokonce menší množství z jednoho prášku substitučního preparátu Subutex (buprenorfin) mají pro dlouhodobého uživatele opiátů nějaký význam nebo jde primárně o zisky z aktu injekční aplikace.

Dělení dávek na menší kousky bylo zmiňováno především v souvislosti s injekční aplikací substitučního preparátu Subutex (buprenorfin).

- „Já si taky třeba taky dám jednou ráno za ten den, snažím se to nějak korigovat, prostě ještě když vím, že ty žíly mám blbý a tohle, ale není to dlouho, kdy jsem fakt byla schopná si dát pětkrát denně nebo osmkrát denně, jako zbytečně. Teď si dám čvrtku ráno a vím, že mě nebude blbě, ještě když je to Subutex, když to není herák, když ten Subutex

někdy vydrží na celý den. Na 48 hodin ti vydrží. Ale já si to radši rozdělila na menší kousky, jak debil, že jo, přesto že mám problém s tím, a ještě si to víc peru do víc do jedny žíly.“ (IUD, respondent č. 3)

- *„Já to mám tak, že si dám, ale když si pak někdo dává, tak prostě dostanu zase chuť. **Takže kolikrát si tu dávku rozdělím na čtyřikrát, jako že vím, že budu mít chuť si dát, píchnout si prostě.**“* (IUD, respondent č. 8)
- *„Je fakt, že já jsem byl schopný udělat neskutečnou věc pro to, abych si to mohl dát jehlou. Když jsem byl psychicky úplně vystresovaný, úplně v hajzlu jak moc jsem to chtěl, tak stejně jsem udělal všechno proto, dokud jsem nevyčerpал všechny možnosti, jak ten vercajk získat, tak jsem to odkládal. Což bylo hodně nepříjemný, vlastně za vidinou toho příjemného, co bude následovat, jsem byl ochotný prodlužovat moje hodně nepříjemný stavy.“* (IUD, respondent č. 14)

4.1.6 Vztah injekční aplikace a sociálního statusu uživatele drog

Pozice dobrého „nastřelovače“, tedy někoho, kdo umí dobře injekčně aplikovat drogy ostatním uživatelům drog, může hrát roli v sebehodnocení respektive v hodnocení jedince ostatními v komunitě uživatelů drog. To může uživateli drog dodat a/nebo posilovat pocit vlastní hodnoty, významnosti, přinášet ocenění, důvěru okolí a jedinečného postavení v komunitě IUD. Vyplývá to i z následujících výpovědí IUD.

- *„Hodně lidí se chlubí tím, že nastřelí kohokoliv, třeba i za tmy. Párkrát jsem to udělala taky, že jsem někoho nastřelila a pak to letí jako lavina a lidi za váma chodí, úplně cizí lidi, mohla bys mi to dát a už sami pak nabízejí, hele když mi to dáš, tak já ti kus dám.“* (IUD, respondent č. 9)
- *„A dobrý nastřelovač je člověk, který přijde a třeba vidí, že nějaký starý toxík je na tom špatně, má tvrdý žíly, nejsou vidět, (...), nemusíš je*

vidět. Takhle přejedeš a cítíš to. A dá ti poslepu normálně. Tak to je dobrej nastřelovač.“ (IUD, respondent č. 7)

- *„To jo, to je pravda. O tom žádná. Když někdo uměl dobře našlehávat, tak měl ty výhody, že běžně dostával od vaříčů drogy zadarmo, nebo od dealerů, který potřebovali sami našlehnout. Já jsem byl jeden z nich. Chodil jsem si pro drogy zadarmo, protože já jsem mu dával do krku.“ (IUD, respondent č. 14)*
- *„Já jsem měl jednu známou šlapku a ona chodila po hotelech, fajn holka, hezká. Vždycky mě vyhledávala. Přišla za mnou, jsme všichni koukali a ona jenom, chlape jedeme. Dala mi cigarety, pro mě nástřel, (...), nechtěla, aby to na ní bylo vidět. Já jsem věděl, že jí to dám tak dobře, že jí to prostě vidět nebude. Ale sám ty vole...protože už mě to sere, že musím mít brýle na to. Ještě fetovat v brýlích, to už bych byl starej chlap. To si dám raději bez nich a budu mít modřinu. Ale když jsem včera dával kámošce, tak jsem si ty brýle vzal, abych jí neudělal bebí.“ (IUD, respondent č. 5)*

Dva respondenti v souvislosti s injekční aplikací druhé osobě hovořili o důvěře, hezkém pocitu a vůbec kladných pocitech s tím spojených.

- *„Je to hezký pocit. Že mi někdo věří. Jo, že mi někdo věří a že mu můžu pomoc.“ (IUD, respondent č. 3)*
- *„Taky tě baví, že můžeš někomu dát a že neseležeš. Že se ti to povede, že on je spokojenej, takže vlastně ti to může tobě samotnému, to že někoho naléháváš, přinášet nějaký příjemný pocity. To znám, tohle znám, to jsem zažil sám, že to existuje.“ (IUD, respondent č. 13)*

Rovněž byl zmiňován rozdíl mezi injekčními a neinjekčními uživateli drog. Zejména v tom smyslu, že injekční uživatelé drog jsou na tom sociálně,

ekonomicky nejhůře. A současně mohou být vnímání jako na okraji společnosti.

- *„Znám lidi, který si dávali injekčně a už si nedávají. A do té doby, co si dávali injekčně, to bylo na nich vidět, i se stýkali víc s těma lidma, a jak ho přestali si šlehat, tak vystoupili z té komunity. Se to nějak stalo. A znám lidi, který jsou na substituci a už se s tou partičkou nestýkají. Jak skončili s jehlou, tak už se s tou partou nestýkají. To je zajímavý, to je hodně zajímavý.“* (IUD, respondent č. 13)
- *„Když jsem si šlehal, tak jsem si připadal jak smažka. Teď když si to dám pod jazyk, nějaký prášek, a nazdar, tak je to jiný. Přišel jsem si fakt jako smažka. Byl jsem takovej smažka. Je to ten největší humáč si něco píchat.“* (IUD, respondent č. 1)

Tentýž respondent, který přešel během substituční léčby z injekční aplikace na aplikaci pod jazyk, zmiňoval i téma strachu z následků, které by plynuly z provalení jeho utajené injekční aplikace.

- *„Doma se nemusím bát, že přítelkyně něco najde, stres, měl jsem blbý pocit kolikrát, že když mě vzala za ruku, že to najde. Divný pocit kolikrát. Teď co, dávám si to pod jazyk, všechny prášky se berou pod jazyk. Bylo mi to blbý i kvůli malý. Není to moje dítě, ale bylo mi to blbý. Že má tátu nějakýho fetáka. Samý výmluvy okolo. Teď si dám prášek do pusy a je to. Tamto je na dýl. Deset minut zavřený v koupelně. Samý výmluvy. Otázky co tam děláš. Báł jsem se, aby se to neprovalilo. Na tý ženský mi hodně záleží.“* (IUD, respondent č. 1)
- *„To je veliký rozdíl. A už to na těch lidech i vidíš. A je to většinou úplně jiná kasta těch lidí co šňupou na rozdíl od těch lidí, co tady běhají po centru a dávají si jehlu. Ty lidi jsou sociálně jinde, mají auta, rodiny, fungují. Vydělávají prachy a jsou úplně na jiný úrovni.“* (IUD, respondent č. 2)

- *„Ono je to otázka času u každého. Co si budeme vykládat. Ale je pravda, že je to velikej rozdíl.“ (IUD, respondent č. 4)*
- *„Jde to léta takhle kočírovat. Jde to léta brát víkendově, fungovat, vydělávat prachy, nikdo to o tobě neví. Prostě máš dobrý zboží, dáváš si jehlou. Ale on ten zvrát přijde. U každého. Opravdu. A u někoho to trvá dýl a u někoho to trvá kratší dobu. Ale vždycky to přijde. Vždycky.“ (IUD, respondent č. 11)*
- *„Navíc ty lidi co berou takhle, třeba šňupou, hulej a berou víkendově takhle a ještě se jich to nedotklo, to že by je to nějakým způsobem zasáhlo, jako co se týče těch sociálních věcí třeba, (...), my jsme dobrý, my jsme ty frajeři, my jsme ta elita a vy jste ten povl, vůbec nevědí, o čem mluví.“ (IUD, respondent č. 9)*
- *„A přestože já jsem měl s tím šleháním problémů hodně jako, musel jsem to schovávat, musel jsem si tajně aplikovat, tak mě to oddělovalo od té společnosti a to jsem ještě byl jeden z mála, který měl i přátele mezi lidma, který drogy nebrali. A já děkuju těm přátelům, který drogy nebrali a zachovali mi přízeň.“ (IUD, respondent č. 13)*

Vedle toho se uživatelé drog vyjadřovali i k tomu, jak vnímají souvislost mezi injekční aplikací a věkem užití, pohlavím uživatele a sebereprezentací před ostatními uživateli drog.

- *„Já musím říct, že když jsem začínala, tak určitě ne z drsnosti. Mě se to hnusilo. Ale co pozoruju posledních pět let, mě je z toho fakt špatně. Já sedím a vidím ty 18-ti letý děti se bavit o tom, s kým si kdo šlehl. Jako pardon, ale to je šílený. Říkaj třeba: já si to dal do nosu a hned mu někdo řekne, že to je hodně špatný. Polovina lidí na Venclu ti řekne, že když si to dáš do nosu, třeba kvůli špatným žílám, tak si debil. Raději si to budou rvát a šlehat.“ (IUD, respondent č. 8)*

- *„Tenkrát to bylo o tom, že kdo si nešlehal, tak v té komunitě vůbec nebyl. Jako největší potupa bylo čichání. A jakýkoliv jiný, klepání a polikání, to byla jiná, neměli s touhle komunitou nic společného.“ (IUD, respondent č. 14)*

Komplikace během léčby ve vztahu k injekční aplikaci během předchozího užívání drog

Bylo zmíněno jedno dosud nepříliš diskutované téma a to možné složitosti a komplikace v průběhu léčby na základě předchozí dlouholeté injekční aplikaci drog. Jeden z respondentů o tom hovořil v souvislosti s následnou léčbou hepatitidy a posléze léčbou cukrovky.

- *„Já jsem měl ten voprúz, že jsem po půl roce v komunitě, jsem tam měl svoje stříkačky, svoje buchny. Já jsem měl interferon, který byl v natažených stříkačkách. A potom k tomu se přidal ten inzulin a to už pro mě bylo zdrcující. S tím jsem se nevypořádal nikdy. S tím jsem se nevypořádal nikdy. Protože jako přešleh lepší než nedošleh, tak jsem se tím předávkovával. Tak s tím perem, i když to vypadá jinak než stříkačka, ale je to stříkačka, tak s tím sem měl problém, který se mi nikdy nepodařilo překonat. Že jsem se buď předávkoval rovnou, nebo jsem po nějaký době, nervozní, šel a ještě jsem si jednu nebo dvě čárky dobouchával. Já byl na tom peru pět let a nikdy jsem to nedokázal zvládnout. A byl to důsledek mého injekčního užívání drog. Nedokázal jsem si dát radši míň. A tak to má být.“ (IUD, respondent č. 14)*

4.2 Výsledky výzkumu mezi odborníky pracujícími v oboru adiktologie

4.2.1 Vlastní definice závislosti na jehle, zkušenosti s klienty

- *„Mě jenom napadá taková záležitost, že když se podíváte do starých adiktologických učebnic tak tam najdete kazuistiky, jak pacienti na detoxu sežrali knoflíky od peřin, protože jim připomínaly tablety*

Alnagonu, a popisovali, jak se jim po tom požití knoflíků ulevilo. Takže já myslím, že tenhle závislostní proces se netýká jenom jehly. Takže to je podobnej proces jako u tý jehly.“ (Pracovník; respondent č. 1)

- *„Když jsem se věnoval té zahraniční studii, tak jsem tam našel, že někteří klienti úmyslně navštěvovali zdravotnická zařízení za účelem odběru krve, aby se zbavili té nutkavý potřeby a myšlenky na injekční aplikaci. Myslím, že to může souviset s tetováním či piecingem, tam se dají vysledovat podobný motivy jako u tý injekční aplikace.“ (pracovník, respondent č. 2)*
- *„Když jsem začal se tímto tématem zabývat, řada lidí mi říkala, to neexistuje. Viděl jsem však lidi, kteří si injekčně aplikovali vodu, šampon, a někdo v Holandsku si aplikoval čokoládu. Čokoládu smíchanou s horkou vodou.“ (pracovník, respondent č.5)*
- *„Já jsem měl klienta a ten si vpichoval alkohol. Rovnou do žíly.“ (pracovník, respondent č. 2)*
- *„A v Plzni si šlehaj Vendal, vyvařují fentanylové náplasti a říkají, že jedna náplast je na spoustu dávek, že to je výhodný. Nějakým způsobem to z toho dostávají a pak si to šlehaj.“ (pracovník, respondent č. 9)*
- *„Já jsem měl klienta, který použil deset jehel během jedné aplikaci nebo s tím strávil hodiny. Takže myslím, že závislost na jehle existuje a měli bychom o tomto tématu hovořit.“ (pracovník, respondent č. 4)*
- *„Pro mě je to téma velice důležité. Protože pokud chcete pomoci lidem přestat užívat injekčně, musíte tomu rozumět.“ (pracovník, respondent č. 5)*

- *„Ale co je důležité je, že lidem, kteří nemají závislost na jehle, nyní mohu říci, ty nemáš závislost na jehle. A nyní mají pouze jednu možnost, přestat užívat injekčně.“ (pracovník, respondent č. 2)*
- *„Jedna z věcí, kterou jsme se pokusili zjistit, bylo jaký podíl lidí má závislost na jehle, dělali jsme to během našich interview a hodně lidí říkalo, ten má závislost na jehle a někdo skutečně měl, ale ne mnoho.“ (pracovník, respondent č. 5)*
- *„Mám jednu hypotézu, že pro identifikaci závislosti na jehle musíte mít s klientem bližší vztah, protože je to důvěrné téma a nemůžu se ho jen tak zeptat ohledně sexu a injekční aplikace během minuty.“ (pracovník, respondent č. 2)*
- *„Je to obsese. Měl jsem klienta, který měl velmi špatné žíly. A když měl nějaké drogy, dokázal strávit pět hodin si aplikovat injekčně.“ (pracovník, respondent č. 5)*
- *„Já jsem ve vztahu k závislosti na jehle přemýšlel o tématu, jako je přijetí, attachment a deprivace. Téma přijetí v dětství, které jim mohlo chybět. Jako by jehla mohla být nebo spíše nahrazovala attachment, který jim chyběl v dětství.“ (pracovník, respondent č. 4)*
- *„Mně přijde, že všichni lidé, kteří užívají substituční preparáty jsou závislí na jehle. Když jsem se s nima v poslední době bavila, tak prostě to jsou lidé, který říkají, že nemají žádný nájezd, šlehají si suboxone, euforie neexistuje, ale stejně si to radši střelej, než aby to vycucali. Takže prostě to není ani o tý euforii. Je to o tom vpichu, o tom zvyku, a že podle mě i ty vpichy přinášejí euforii nebo já to tak cejtím jakoby. A cejtím to tam i skrze tetování, že to tam nějakou euforii přináší podle mě.“ (pracovník, respondent č. 9)*

Jeden z respondentů přímo popsal, jak u svého klienta rozpoznal a označil závislost na jehle během jeho účasti v substitučním programu.

- *„Jehla pro něj byla symbolem náležitosti ke komunitě uživatelů drog. Víra, opětovné prožívání nájezdu a rauše jako když užíval heroin. Injekční aplikace zprostředkovávala psychickou úlevu, kdy jehla měla pro něj až magickou schopnost zbavovat ho negativních emocí a prožívání. Klient byl přesvědčený, že injekční aplikace, to je jediná efektivní možnost podání, vyloučil jiné alternativy a cesty. Když klient přešel na užívání pod jazyk, tak časem také přišel na to, že injekční aplikace pro něj mohla být tím prostředkem sexuálního uspokojování.“*
(pracovník, respondent č. 2)

Jak termín závislost na jehle popisují, definují a vnímají profesionálové, tedy pracovníci adiktologických služeb je zřejmé z výše uvedených odpovědí. Jde podle nich zejména o nutkavou potřebu injekční aplikace, injekční aplikaci jiných látek než drog, obsesivní chování, situaci, kdy délka jedné aplikace drogy trvá v řádech hodin. Výše uvedené situace mohou být cestou k zprostředkování psychické úlevy a/nebo prostředkem sexuálního uspokojování uživatelů drog. Názory respondentů se lišily ve vztahu k odhadům rozšíření závislosti na jehle mezi skupinou IUD v ČR. Větší část odborníků se přiklání k tomu, že se jedná spíše o okrajovou záležitost, ale padnul i názor, že většina IUD užívajících buprenorfin závislostí na jehle trpí.

4.2.2 Význam injekční aplikace, vícečetná aplikace během dne

Jedno z nejčastěji zmiňovaných témat bylo ohledně vícečetné aplikace během dne.

- *„Tak mě napadá, jestli ta vícečetná aplikace nemůže souviset s tím neuspokojeným očekáváním od drogy, tak že si pak aplikuju častěji. Když si dáváte heroin, tak máte rauš, když si dáváte subutex tak máte hovno. Moc si nepamatuju z minulosti, že by si někdo dával desetkrát denně u heroinu. Ale neuspokojení u toho subutexu může souviset*

s tím, že si dávám vícekrát denně a ta jehla je vlastně takový vstup do toho uspokojení.“ (pracovník, respondent č. 1)

Ve vztahu k injekční aplikaci substitučních preparátů byla zmíněna zkušenost jednak s tím, že rychlost nástupu účinku dané látky nemusí být díky injekční aplikaci rychlejší a zároveň fakt, že dochází k časté aplikaci během dne, nemusí pak docházet k abstinenčním příznakům.

- *„Ani jako neříkají, že by to bylo rychlejší, když si to střílí, než kdyby to vycucali. A ani se podle mě nedostanou do nějakých abstáků, že by to potřebovali tak hrozně nutně, aby to měli co nejdříve.“ (pracovník, respondent č. 9)*

V souvislosti s injekční aplikací, její četností a úporností se objevilo i téma sebepoškození.

- *„Pracoval jsem v NZDM kde se dívky hodně pižlali kružítkem, poškozovali, některý z nich teď aktuálně drogy berou.“ (pracovník, respondent č. 3)*
- *„Mě spíš sedí ta bolest do nějakýho rituálu, protože bez bolesti není rituálu, spíš než do té teorie sebepoškození. To užití drogy jako rituál, s bolestí, s nahříváním končetin v teplé vodě aby vylezli žíly, všech těchto věcí, to mi víc sedí do rituálu než do sebepoškození.“ (pracovník, respondent č. 1)*
- *„Ještě mě napadá, že si vybavuju klientky, u kterých jsem měl pocit, že to má charakter sebepoškození a když začali abstinovat, tak místo toho aby do sebe bodali jehlou, tak se řezali nožem a opakovaně je někde na chirurgii zašivali a dělali si různé tyhle věci. Ale myslím, že tohle je spíše výjimka.“ (pracovník, respondent č. 1)*

- *„Taky jsem si vzpomněl na jednoho klienta, kterej když přestal brát, tak se zbavil injekční aplikace, tak aby zahnal ty nutkavý myšlenky na injekční aplikaci tak se začal píchat špendlíkem, aby zahnal ty nutkavý myšlenky.“* (pracovník, respondent č. 9)
- *„Proč si klienti tak často ubližoujou říká jeden můj kolega. A je to braní a život na drogách hodně o tom, že si vlastně ubližoujou.“* (pracovník, respondent č. 3)

Význam injekční aplikace pro jedince se mnohdy může projevit až během substituční léčby, kdy je nucen k přechodu na jiný způsob aplikace nebo až během abstinence, kdy se uživatelé drog mohou vracet nutkavé myšlenky na injekční aplikaci. K tomu směřuje i dotaz z internetového portálu drogová poradna, jenž je použit jako motto této práce a kde se uživatelka dotazuje, jak se vyrovnat se závislostí na jehle během metadonové substituční léčby.

Injekční aplikace a sex

- *„Když moji klienti přestanou injekčně užívat, cítí více sexuální... začínají mít znovu sex. Posléze vnímají nějakou souvislost mezi injekčním užíváním a sexualitou, ale předtím si to neuvědomí.“* (pracovník, respondent č. 2)

4.2.3 Přístup odborníků k závislosti na jehle během léčby, specifické intervence

- *„Nedávno jsem slyšel, že někdo používá šachy, při léčbě kokainistů. Víte, že uživatelé kokainu jsou velmi impulzivní. A když hrajete šachy, musíte přemýšlet, zastavit.“* (pracovník, respondent č. 5)
- *„Četl jsem studii o „booting“ a „flushing“. A vyšlo jim, že flushing zvyšuje pravděpodobnost přenosu HIV díky sdílení jehel. Takže myslím, že to je*

velmi důležité téma. Diskutovat ho s klienty v kontaktním centru, na ulici, v léčbě, kdekoliv.“ (pracovník, respondent č. 2)

- *„Explorace. Relaxace. Způsob jak přestat se závislostí na jehle. Připravit si dávku, pak jí dát pryč a několik minut relaxovat, tak tím přerušíte to spojení mezi přípravou a aplikací.“ (pracovník, respondent č. 5)*
- *„To co používám já, jsou motivační rozhovory“ (pracovník, respondent č. 4)*
- *„Jeden ze závěrů z mojí praxe je, že když identifikuji, poznám někoho, kdo má závislost na jehle, začnu motivační trénink a směřovat ho do residenční péče. Myslím, že je to složitější v ambulantní službě, není efektivní. Je lehčí se vzdát braní drog než injekční aplikace. Myslím, že v ambulanci není dost času se věnovat tématu.“ (pracovník, respondent č. 2)*
- *„Já myslím, že když můžete dostat lidi do ambulantní péče a jsou motivovaní pracovat, tak to jde.“ (pracovník, respondent č. 5)*
- *„Já s klientama pracuju na tom, že se třeba týden kontinuálně monitorují, jak a kdy si dávají a že si to zapisují. Třeba každé ráno v 7:30 apod, pak zjišťujeme, jaký dopad to má na tu sebekontrolu a na sebeovládání. Tak s tím pracujeme, ale záleží stejně na tom, co chce ten klient.“ (pracovník, respondent č. 2)*

Zdá se, že podle vyjádření zúčastněných odborníků by existence závislosti na jehle neměla vést k regulaci nebo ke změně v přístupu u programů výměny jehel a stříkaček.

- *„Já mám pocit, že kdyby nebyly sterilní stříkačky takhle dostupný tak by to mohlo vést k tomu, že se ta injekční aplikace získá ještě větší status*

a spojí se s tím další dovednosti a bude to vést k tomu, že jako dřív lidi měli jako je broušení jehel u toho injekčního náčiní a ... (není rozumět). Když jsem si propočítával počet injekčních aplikací a to co se dostává na trh tak, že to pokrytí těma jehlama je tak 1/5 nebo 1/3 aplikací, že většina těch aplikací se stejně děje tou jehlou opakovaně, nebo zapůjčenýma jehlama, takže zaplat' bůh za to, že jsou výměnný programy, protože kdyby nebyly tak bysme řešili úplně jiný problémy.“
(pracovník, respondent č. 1)

Z výpovědí pracovníků vyplývá, že neexistuje jednotný způsob, jak pracovat s klientem, u nějž byla rozpoznána závislost na jehle. Tento poznatek koresponduje se závěrem prezentovaným v teoretické části této práce. Tedy, že doposud neexistuje doporučený, ověřený terapeutický nástroj, intervence či podpůrná medikace jak se závislostí na jehle u klientů pracovat. Někteří respondenti používají techniku motivačních rozhovorů, jiní relaxaci, jeden odborník klientům doporučuje vlastní monitorování injekční aplikace ze strany klienta. V literatuře jsou zmiňovány kognitivně behaviorální přístupy a práce se závislostí na jehle jako plánované součásti léčby (Pates et al., 2005).

4.2.4 Vztah injekční aplikace a sociálního statusu uživatele drog

Z odpovědí na téma vztahu mezi injekční aplikací a sociálním statutem uživatele drog vyplývalo několik rovin, o kterých lze dále hovořit.

První takovou rovinou bylo jakési výjimečné postavení těch uživatelů drog, kteří umějí obratně aplikovat sami sobě i svému okolí.

- *„Dokonce jsem se setkal se skupinama, který tuhle hierarchii měli takhle postavenou. Že tam byl jeden člověk v centru tý skupiny, který se stral o tu injekční aplikaci celý skupiny a vlastně nedovoloval, aby se to naučili, protože to byla jeho doména a on byl ten, kdo je tím provázel a ostatní vlastně odevzdávali tuhle tu část užívání do jeho rukou.“*
(pracovník, respondent č. 1)

Injekční uživatelé se sníženou schopností nebo dokonce nulovou schopností či umem injekční aplikace mohou být v komunitě injekčních uživatelů drog naopak vnímáni na nižší úrovni.

- *„U začínajících uživatelů, který začínají užívat injekčně, jsem se s tím setkal. Lidi, který berou, berou injekčně, ale neumí se sami nastřelit, tak jsou na tom hierarchickým žebříčku až někde úplně dole. Ale nejsou to lidi který se v minulosti nastřelovali a teď už to neuměj. Jsou to lidi, který to nikdy neuměli. Byli to lidi který brali docela dlouho někteří. Třeba po několika měsících injekčního užívání, že to nebylo po letech, ale měsíce. Měsíce kdy takhle brali, vlastně docela intenzivně, ale byli odkázáni na někoho, kdo jim to takhle aplikoval.“* (pracovník, respondent č. 1)

V souvislosti s umístěním na pomyslném žebříčku úspěšnosti dle schopnosti injekční aplikace sobě či ostatním se vyskytlo téma vlastní hodnoty.

- *„Nevím, zda se dá odvozovat, že ta vazba k injekční aplikaci bude pevnější, u těch, kteří často injekčně aplikují i ostatním, ale umím si představit, že pokud to má takovýhle dopad ta injekční aplikace na nějaký sebepojetí, sebehodnotu, tak je dost těžký tohle opustit. Nebo něčím nahradit.“* (pracovník, respondent č. 2)
- *„Když klienti získají legální práci, je to velká motivace přestat injekčně užívat.“* (pracovník, respondent č. 2)
- *„Důležité také je, jak o sobě klienti přemýšlí. Když užívají injekčně, vnímají se jako feťák. A když užívají ústy, cítí se jako pacient. Je tam veliký rozdíl.“* (pracovník, respondent č. 4)
- *„Já znám lidi, kteří fungují normálně, berou rekreačně a při tom berou jehlou. Je jich pár, to je pravda.“* (pracovník, respondent č. 6)

- *„Většina mejch klientů má za to, že dávat si jehlou je něco, jako hrát první ligu. Šňupání a kapsle, to není moc důležitý. Je to podle mě dost důležitý. Ty buchnaři, jakože cítí takovou sounáležitost, jsou na to svým způsobem hrdý, nemaj nic jinýho, takže pro ně je to důležitý, protože jsou v nějaký komunitě. Stejně jako ten přechod z jehly zpátky, prostě když jezdím ve formuli jedna, tak už se mi nechce jezdit v motokáře.“* (pracovník, respondent č. 10)

Injekční aplikace a zkušenosti či komplikace okolo jako téma každodenní komunikace injekčních uživatelů drog.

- *„Ty extrovertnější to povídají i v tramvaji, ale jiný to řeší mezi sebou třeba na tý kontaktce, povídají si ty svoje historky, kam si dali, kde se jim udělal absces apod. Je to pro ně jako způsob komunikace, najednou se mají o čem bavit. Protože oni se o ničem jiným bavit neumějí.“* (pracovník, respondent č. 8)
- *„Často to slýchám u našich klientek, mají podvědomě zakódováno, že jsou slabé, ale když jednou na tý jehle, tak jsou drsný a stačí jim to pro sebe jako nějaké sebestpotvrzení.“* (pracovník, respondent č. 9)
- *„Mně se zdá, že naši romští klienti, věkově tak 17-23, tak ty když potkávám v terénu, tak ty co jsou na jehle, jsou na to hrdý a ty co třeba berou do nosu, ty mezi sebe nepouštěj. Jsou na to hrdý, mají svoji skupinku a ostatní mezi sebe nepouštějí. Oni na mě třeba na náměstí řvou, je jim jedno anonymita, hele, máš čistý, jakoby na to byli hrdý, že si dávají.“* (pracovník, respondent č. 11)
- *„U nás je to tak, že ty, co neberou jehlou, tak jsou začátečníci a každěj je podělá. Takže pokud chtěj být v toxi komunitě tak berou jehlou a myslí si, že jsou ostřílený toxici, který nikdo nepodělá.“* (pracovník, respondent č. 10)

- *„Mě napadá, že řada lidí začne brát v dospívání a je to tím pádem nějaký prostředek jak se vymezit vůči společnosti, protože brát drogy to je jako jeden level, ale brát drogy injekčně to je větší underground než si občas dát jointa nebo čáru. A to u mladších klientů na tom injekčním užívání se může spolupodílet.“* ((pracovník, respondent č. 9)

V odpovědích se ve vztahu k injekční aplikaci zmínilo i téma složitosti opuštění přivyknutého životního stylu a společenství injekčních uživatelů drog.

- *„To samotný vyloučení a to že se ten tvůj život soustředí na jehlu, vede k tomu, jako s kým potom by ses bavil a ten odchod od toho je těžký, protože by to byl odchod od společenství, kde máš společný věci.“* (pracovník, respondent č. 3)
- *„Může to fixaci na jehle podpořit, protože je to něco čím se člověk vyděluje a ne jenom tím užíváním drog, protože to přináší nějakou ztrátu témat, ale možná ta injekční aplikace, ta rebelie, která byla na začátku, když se ty lidi chtěli vymezit proti tý společnosti, tak se jim to tou injekční aplikací fakt povede, protože pak už vlastně se potkávat s lidma mimo tu komunitu, skupinu uživatelů drog je až na čestný výjimky je obtížný nebo možná nemožný.“* (pracovník, respondent č. 1)

Zručnost a dovednost dobře provedené injekční aplikace sobě a ostatním může hrát roli v postavení jedince na pomyslném hierarchickém žebříčku v komunitě uživatelů drog. Navíc toto postavení může dané osobě přinášet jisté výhody. Současně způsob injekční aplikace drogy může znamenat překročení určité mety, jakýsi vyšší stupeň užívání drog, neboť např. kouření THC není považováno za něco příliš neobvyklého a jedinečného. Ve vztahu k léčbě a abstinenci neznamena konec injekční aplikace pouze nutkavé myšlenky na injekční aplikaci, ale i ztrátu konverzačních témat, ztrátu příslušnosti k dané komunitě, ztrátu postavení, apod. Zároveň samotné upuštění od injekční aplikace může znamenat poměrně zásadní zvrát ve

vlastním sebepojetí a vést k dalším krokům směrem k léčbě, zaměstnání, apod.

4.2.5 Nájezd a rauš jako důležitá součást injekční aplikace

- *„Myslím, že nájezd při aplikaci heroinu, je velmi důležitý a je zde spojení se závislostí na jehle. A myslím, že když pak přejdou na Subutex, očekávají ten nájezd, a pokračují v injekční aplikaci subutexu, ale ty dvě látky fungují naprosto odlišně. To je téma, na které bych se rád zaměřil. Nikdo se nezabýval nájezdem. Co je nájezd?“ (pracovník, respondent č. 2)*
- *„Ano. To je naprosto správné. Lidé používají ten termín často. Ale když se jich zeptáte, řekněte mi co je to přesně ten nájezd? Každý řekne něco úplně něco jiného. Někdo to cítí zde, jiný tady, někdo v žaludku, ... každý o tom mluví, ale cítí to velmi rozdílně. Jedna klientka to cítila na genitáliích. Nájezd je něco, co nikdy není to samé, jako to bylo předtím. Protože čím více injekčně užíváte, tím více (není rozumět). A hledáte to. Nájezd.“ (pracovník, respondent č. 1)*

Během rozhovorů bylo jak klienty, tak odborníky zmíněno téma „nájezdu“ a jeho souvislost s injekční aplikací a závislostí na jehle. Tedy zejména očekávání nájezdu při přechodu z injekční aplikace heroinu na injekční aplikaci buprenorfinu, který však funguje odlišně a kýžený efekt nepřináší.

5. Diskuze a závěry

5.1 Diskuze k výzkumu

5.1.1 Obecné a metodologické poznámky

Základním cílem této práce bylo téma závislosti na jehle představit a shrnout dosavadní poznání k tomuto tématu. Konkrétnějším cílem pak bylo především zjistit, jak téma závislosti na jehle vnímají samotní injekční uživatelé drog a současně jak o tomto tématu přemýšlejí a jaké další souvislosti je v kontextu fenoménu závislosti na jehle možné sledovat. Stěžejní, směrem k bohatšímu obrazu ohledně toho, jak závislost na jehle vnímají IUD, byl počet respondentů ze strany injekčních uživatelů drog, kteří se do výzkumu zapojili. Při jejich výběru byl kladen důraz na to, aby byl vzorek co nejširší, tedy jednalo se o uživatele drog ze dvou krajů (hl.m. Praha a středočeský kraj), dále šlo jak o uživatele opiátů, tak pervitinu, současně o uživatele drog s vlastní historií injekční aplikace v délce pět až dvacet let. Překážkou během rozhovorů byla důvěrnost některých otázek a to zejména pak ve vztahu k sexuálnímu životu či tématům ohledně bolesti a sebepoškozování, kdy se respondenti ostýchali odpovídat, téma převáděli do humoru nebo přecházeli na jiná témata.

Průběh rozhovorů byl v některých případech ovlivněn intoxikací respondentů či jiným jejich aktuálním stavem (např. únavou). Těžké bylo i udržet schopnost uživatelů drog soustředit se na poměrně specifické a někdy opakující se otázky, aby bylo udrženo jádro interview. Tím může být ovlivněna výtěžnost rozhovorů s injekčními uživateli drog.

Současně je toto téma poměrně složité obsáhnout během jednoho rozhovoru či fokusní skupiny, navíc jde o téma vyžadující vzájemnou důvěru a vztah mezi tazatelem a respondentem (míněno IUD). Proto jsou odpovědi u některých otázek nepřiliš obsáhlé - pro podrobnější popis a jasnější závěry by výzkum vyžadoval opakované rozhovory a ještě širší vzorek injekčních uživatelů aktivních i těch bývalých. To však přesahuje možnosti této práce i jejího autora. Proto byli do realizovaného výzkumu jako další referenční zdroj zapojeni i pracovníci z klinické praxe, tj. z ambulantního či substitučního programu.

Dalším limitem prezentovaných poznatků může být osobní bias autora práce, který formoval podobu výzkumu, výběr respondentů a odrazil v něm svoji pracovní zkušenost s prací s IUD. Lze se domnívat, že např. při zastoupení pracovníků z jiných segmentů adiktologické péče nebo IUD z jiných krajů či specifických skupin by byly výsledky výzkumu v něčem odlišné nebo bohatší. Ovšem autorovou snahou nebylo vyprodukovat nějaký obecně platný závěr, ale především zprostředkovat pohled samotných IUD a pracovníků adiktologických služeb na závislost na jehle. Tento pohled je limitovaný při pokusech o zobecnění a naopak bohatý na osobní výpovědi zúčastněných respondentů. Na rozdíl od výzkumu kvantitativního se musí brát na zřetel, že nejde o reprezentativnost dat ve smyslu vztáhnout získané poznatky na celou populaci IUD.

Kvalitativnímu výzkumu se dále vytýká, že jeho výsledky představují sbírku subjektivních dojmů. Pro jeho pružný a nestrukturovaný charakter ho lze, na rozdíl od kvantitativního výzkumu, těžko replikovat (Hendl; 2005).

V průběhu analýzy byla kvalitativní data redukována na témata dle výzkumných otázek a dále byla hodnocena subjektivně jeho autorem. Je zde tedy kladen větší důraz na popis a zjištění, méně na testování hypotéz a ověřování. Taktéž Ezzy (2002) upozorňuje na zkreslení skrze interpretaci jednotlivých významů: *„Zaměření se na významy (smysl vyřčených vět) činí obtížným udělat kvalitativní výzkum správně, protože významy jsou „základnější“ (více „prokluzují“) než kvantitativní statistika. Mínění je snadněji zpochybnitelné, poddajnější a dá se s ním více manipulovat. Nicméně, navzdory těmto obtížím, teorie, které se zaměřují na významy, nabízí bohaté odměny ve vysvětlení a porozumění lidského jednání“.*

Určitým limitem může být i nejednoznačnost pojmu závislost na jehle používaného uživateli drog i pracovníky služeb. Každý si pojem vykládá po svém a zachází s ním dle vlastních potřeb a zkušeností. Snaha o sumírování výkladu tohoto pojmu a jeho definici nám pak přináší jeho jasnější uchopení a zároveň vzniká riziko, že z ní někdo vypadne.

Pro zvýšení validity byla data ve výzkumu ze třech zdrojů – odborná literatura a výzkumy, rozhovory s pracovníky a rozhovory s injekčními uživateli drog – triangulována. Dvě ze tří fokusních skupin probíhaly za společné účasti jak

pracovníků, tak uživatelů drog a třetí fokusní skupina byla pouze za přítomnosti pracovníků v oboru adiktologie. K tomu byly navíc zvlášť pořízeny individuální rozhovory s uživateli drog. Délka fokusních skupin byla v rozmezí 50 až 90 minut a vzhledem k tomu, že byl pořízen pouze audio záznam bez obrazu, byl jejich přepis poměrně zdlouhavý a v některých pasážích, kdy mluvilo více osob přes sebe, komplikovaný.

Co se týká teoretické části, dostatečné množství odborných zdrojů bylo zajištěno především díky zahraniční literatuře, neboť téma závislosti na jehle nebylo krom dvou zmíněných českých autorů (Hampl a Kalina) blíže zpracováno a v posledních deseti letech zkoumáno, natož publikováno v odborném periodiku. Na odborných konferencích bylo téma v roce 2013 prezentováno ze strany kolegy Peška, jenž se závislostí na jehle zabývá v souvislosti s opiátovou substituční léčbou.

5.1.2 Výzkumné otázky a konfrontace s dosavadními výzkumy

Poznatky z teoretické části a výzkumné části poukazují na celou řadu jevů, které si zaslouží nejen rozbor v této diskuzi, ale i další podrobnější zkoumání.

Co se týče první výzkumné otázky, tedy jak samotní injekční uživatelé drog závislost na jehle definují a vnímají, zajímavým zjištěním byla skutečnost, že tento termín, tedy „závislost na jehle“, užívají samotní uživatelé drog v ČR minimálně již od osmdesátých let minulého století.

Jistě lze předpokládat, že výklad tohoto pojmu nebyl a nebude u všech IUD vždy totožný, ovšem jeho každodenní používání, sdílení a rozšíření v komunitě injekčních uživatelů drog už samo o sobě přispívá k významnosti tohoto fenoménu. Termín byl tedy u nás užíván v době, tehdy ještě ČSSR, kdy ještě nebyl explicitně popsán ani publikován, neboť jeho první definici přinesl Pates et al. (2001) až na začátku 21. století. Nelze však opomenout, že případy uživatelů drog se závislostí na jehle byly publikovány již dříve (Levine, 1974; Friedman et al., 1999; apod.), ovšem toto jejich nutkové chování nebylo spojováno nebo přímo pojmenováno jako závislost na jehle.

Současně pokud Pates (2004) hovoří o závislosti na jehle zejména ve vztahu k sekundárním ziskům během aplikace drogy, respondenti tohoto výzkumu hovořili především o naprosté preferenci injekční aplikace před jinými formami

a vypovídali o úpornosti a mnohahodinové délce injekční aplikace s jakou jsou schopni a ochotni drogu touto cestou aplikovat. **Větší polovina respondentů se sama definovala, jakožto závislých na jehle, vedle toho drtivá většina respondentů uvedla, že znají jiné další osoby se závislostí na jehle ve svém okolí.** Termín závislost na jehle je běžně skupinou IUD užíván a je součástí jejich vzájemné komunikace. Vedle toho popisovali čeští IUD zkušenosti s aplikací vody či alkoholu, což zejména v případě aplikace vody, nemá žádný psychofarmakologický efekt, tedy lze zde uvozovat užitek pouze z aktu injekční aplikace jako takové.

K výzkumné podotázce, zda termín „závislý na jehle“ u svých klientů používají pracovníci služeb a pokud ano, na základě čeho tak klienty označují, lze ze získaných odpovědí vyvodit, že pracovníci adiktologických služeb pojem závislost na jehle ze své praxe znají, ovšem až na výjimky nekorresponduje zcela s tím, tak jak je popsán v teoretické části této práce a jak Pates (2001, 2004) závislost na jehle definuje. Pracovníci vnímají obsah pojmu v zásadě podobně, jeho vnímání je v ČR spojeno zejména s injekční aplikací substitučních preparátů, injekčním zneužíváním buprenorfinu a velikou oblibou injekční aplikace mezi uživateli drog. Jde podle nich zejména o nutkovou potřebu injekční aplikace, injekční aplikaci jiných látek než drog, obsesivní chování, situaci kdy délka jedné aplikace drogy trvá v řádech hodin nebo o cestu k zprostředkování psychické úlevy či prostředek sexuálního uspokojování. Ovšem pozorovatelný rozdíl je mezi skupinou pracovníků harm reduction služeb a skupinou pracovníků ambulantních programů, kteří se setkávají s tímto fenoménem na odlišné úrovni a v odlišné fázi drogové kariéry uživatele drog. Navíc optika pracovníka harm reduction programu je zaměřena na výměnu použitých jehel a stříkaček, témata bezpečnější aplikace, apod. Vedle toho zaměřená v ambulantní léčbě či substituci je spíše na upuštění od injekční aplikace a celkovou změnu směrem k abstinenci. Někteří z nich, s ním záměrně pracují, využívají k tomu motivační rozhovory či relaxační techniky a to především během substituční léčby. V nízkoprahových programech je termín dobře znám, ovšem nezazněl žádný názor ani zkušenost, že by se

s ním mělo nějak specificky pracovat nebo by existovala intervence ve snaze směrem k jeho omezení.

Další výzkumnou podotázkou bylo, zda se uživatelé drog/pracovníci setkávají s termínem závislost na jehle a pokud ano, v jakých situacích a případech. Je to především vícečetná injekční aplikace během jednoho dne a urputnost, se kterou se setkávají uživatelé drog během injekční aplikace. To byla věc, která byla zmíněna v několika odpovědích. A je to také situace objevující se během substituční léčby, kdy přechod z injekční aplikace na doporučený způsob se zdá pro řadu IUD nemožný, je potřeba o něm otevřeně mluvit a pracovat s ním. Někdy je pak téma zmiňováno ve spojení se sebepoškozováním, spíše však ve výjimečných případech. Pokud se však objevuje, je zmiňováno v souvislosti s bolestí, kterou injekční aplikace přináší. Je však stejně jako sexuální uspokojení, které popisuje Pates (2004), spíše okrajovou záležitostí. V tomto výzkumu se směrem k sexuálnímu uspokojení v souvislosti s injekční aplikací žádné výpovědi neobjevily, což mohlo souviset s tím, že jde jednak o choulostivé téma a zároveň může jít o neuvědomovanou skutečnost.

K další výzkumné otázce, tedy zda může nějak souviset závislost na jehle s typem užívané drogy (tj. stimulancia či opioidy) bylo nejvíce odpovědí směřováno směrem k substituční léčbě během závislosti na opiátech. Což je téma zmiňované v řadě zahraničních výzkumů uvedených v teoretické části (Robinson et al.; 2000; Aitken et al., 2007; Treffurth et al., 2010; atd.). Byla uváděna především preference injekční aplikace substitučních léků, jejich dělení na malé množství, jejich vícečetná aplikace během dne právě z důvodu oblíbenosti injekční aplikace. Preference injekční aplikace byla zmiňována také u heroinu i pervitinu, ovšem souviselo to spíše s očekávaným účinkem drogy, adrenalinem spojeným s injekční aplikací. A nebylo zmíněno nějaké specifikum ve vztahu k závislosti na jehle. U injekční aplikace pervitinu, byla také zmíněna úpornost a délka injekční aplikace v řádu hodin, která však byla komentována jako typický tzv. „pervitinový zásek“, kdy dotyčný jedinec tráví několik hodin jednou činností.

Poslední výzkumná podotázka byla zaměřena na to, jakým způsobem vnímají IUD/pracovníci vztah mezi injekčním užíváním drog a sociálním statutem či postavením uživatele drog jak ve společnosti, tak v komunitě uživatelů drog. Toto téma bylo poměrně široce diskutovaným a mělo celou řadu podtémat.

Za prvé byl zmiňován rozdíl mezi komunitou IUD a komunitou uživatelů drog preferující neinjekční způsob aplikace v tom smyslu, že skupina IUD je vyloučena ze společnosti, je společností vnímána jako odstrašující příklad uživatelů drog, zatímco uživatelé rekreačních drog ale třeba i kokainu žijí spokojené životy, mohou patřit k vyšší třídě ve společnosti a nemají s touto skupinou nic společného.

Za druhé bylo téma spojováno s tím, že injekční aplikace je ten nejvyšší stupeň, tedy že lidé, kteří si aplikují injekčně, jsou na vyšším stupni v hierarchii užívání drog, výše než ti, kteří drogy polykají, kouří nebo užívají jiným způsobem. Paradoxně jsou však současně vnímáni jako ti nejvíce na dně společnosti, ti kteří jsou na tom nejhůře.

Jako třetí oblast ve vztahu k sociálnímu statutu IUD se objevovalo téma dobrého nastřelovače, tedy někoho kdo umí dobře a správně injekčně aplikovat ostatním uživatelům drog. S tím pak souviselo téma sebehodnoty, tedy že něco umím a jsem za to ostatními oceňován. Navíc tedy ten, kdo je v pozici, že je využíván ostatními, aby jim drogu aplikoval, má často přístup k drogám zdarma jako protislužbu za aplikaci těm, kteří to neumí nebo už toho nejsou schopni.

V důsledku toho se objevuje čtvrtá oblast spojená se sociálním statutem IUD a to, že většina IUD nemá po nějaké době pravidelného injekčního užívání kontakty s okolím, rodinou a přáteli, ale jejich kontakty jsou omezeny pouze na komunitu uživatelů drog. Dlouhodobí IUD s kontakty mimo komunitu IUD se zdají být spíše výjimkou. Současně fakt, že jste pevně spojeni s komunitou IUD nebo máte dokonce pozici schopného nastřelovače může komplikovat cestu ven, tedy směrem k abstinenci.

V páté rovině, která samozřejmě souvisí už s těmi předchozími, bylo některými respondenty naznačeno, že injekční aplikace a jehla jsou pro ně velikým symbolem a v konečném důsledku i symbolem toho, jak vnímají sami sebe, neboť do té doby, kdy si aplikují injekčně, vnímají se jako „feťáci“, avšak ve chvíli kdy přejdou na jinou formu aplikace (toto bylo zmíněno vždy v souvislosti se substitučními léky), již se jako „feťáci“ nevnímají. Současně symbolem toho jak je vnímají a „nálepkují“ ostatní z okolí a v tomto sebepojetí je asi snazší pro uživatele drog zbavit se prostřednictvím léčby nálepky závislého „feťáka“.

Další důležitou oblastí, která byla popsána, byla zkušenost během abstinčně orientované léčby v terapeutické komunitě, kdy si dotyčný musel injekčně aplikovat interferon, což mu samozřejmě vracelo téma injekční aplikace a závislosti na jehle neustále na mysl. Navíc u dotyčného byla následně zjištěna cukrovka a dalších pět let si musel perem aplikovat inzulin, což pro něj bylo dle jeho slov zdrcující.

5.2 Závěry z výzkumu

Domnívám se, že ve výzkumu byly nalezeny odpovědi na předem stanovené otázky a podařilo se zprostředkovat základní pohled samotných uživatelů drog na téma závislosti na jehle. Vedle toho by bylo jistě přínosné ve výzkumu dále pokračovat a jít v předem určených otázkách více do hloubky. Zdálo by se vhodné rozhovory s klienty opakovat minimálně dvakrát, neboť v čase mezi prvním a druhým rozhovorem mohou o tématu přemýšlet a dojít k dalším závěrům, jež je během prvního rozhovoru nenapadly nebo se jim méně či více vědomě bránili.

Objevila se také témata, jež by si zasloužila samostatný výzkum a to např. pojmy jako nájezd a rauš, neboť tyto pojmy definuje každý uživatel drog odlišně a zároveň je většina z nich zmiňuje jako nejpodstatnější věc ať už ve vztahu k injekční aplikaci tak droze samotné.

Výzkum potvrdil existenci řady fenoménů spojených se závislostí na jehle i mezi injekčními uživateli drog v ČR, např. v tom, když respondenti popisovali injekční aplikaci vody, alkoholu či jiných látek. Současně poukázal na skutečnost, že v českém prostředí je termín závislost na jehle samotnými injekčními uživateli drog používán déle jak třicet let a popisuje zejména silnou

touhu po injekční aplikaci drogy a její naprosté až oddané preferenci před všemi ostatními způsoby aplikace. A i když je v posledních několika letech fenomén závislosti na jehle více viditelný díky masivnímu rozšíření substitučních preparátů, které jsou injekčně zneužívány, tak nutno konstatovat, že toto téma bylo v českém prostředí uživatelů drog přítomno i předtím a to i díky vysokému podílu injekčních uživatelů v populaci problémových uživatelů drog.

Vedle toho lze z výsledků výzkumu usuzovat nebo přímo vysledovat, že se skutečně mezi IUD objevují příjemné pocity skrze tzv. sekundární zisky, tak jak je popsal Pates (2004), které hrají významnou roli během injekční aplikace. A to ať už je to bolest spojená s aplikací, aplikace jiných látek než drogy, sociální postavení spojené s injekčním užíváním či potěšení ze získaných dovedností souvisejících s injekční aplikací, apod.

Nelze tedy před tímto tématem zavírat oči a zdá se, že by některé jeho segmenty měly být dále zkoumány. Fenomén závislosti na jehle je současně výzvou pro adiktologické služby. Ovlivňuje nejen klientovo zdraví ve smyslu zdravotních komplikací u IUD, ale ovlivňuje i vlastní sebepojetí uživatelů drog a může znamenat bariéru ve vyhledání odborné pomoci. Někteří IUD mohou stydět za svoje injekční užívání drog a to např. proto, jak na ně společnost nahlíží. Stejně tak může znamenat překážku úspěšné léčby závislosti, pokud nebude téma a strategie zvládnání závislosti na jehle součástí léčebného plánu a zároveň pokud nebude snaha o odejmutí nálepky „feťáka“ během léčby.

Na závěr jsem se na základě výzkumu a získaných poznatků pokusil formulovat vlastní návrh pozměněné definice závislosti na jehle:

„Závislost na jehle je fenomén, který se může u injekčních uživatelů drog objevit v různém stádiu závislosti či během abstinence. Primárně se jedná o neovladatelné nutkání porušovat integritu kůže injekcí, či jiným ostrým předmětem, s frekvencí v řádu jednotek až desítek vpichů během jednoho dne. Součástí tohoto aktu může, ale nemusí být aplikace psychoaktivní látky, a to cestou žilní, podkožní nebo svalovou. Injekční aplikace může probíhat bez vazby na očekávaný účinek, který způsobuje účinná látka. V některých

případech to znamená, že získaná zkušenost s předchozí pravidelnou injekční aplikací drog způsobí snahu o dosažení psychické či fyzické úlevy pouze díky jehle. V jiných případech může být závislost na jehle spojena s vlastní identifikací se skupinou a životním stylem IUD.“

5. Použitá literatura

Akční plán realizace Národní strategie protidrogové politiky na období 2013 až 2015. (2013). Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Úřad vlády ČR.

Aitken, C.K., Armstrong, S., Higgs, P., Horyniak, D., Wain, D. (2007). Poor man's smack: a qualitative study of buprenorphine injecting in Melbourne, Australia. *Contemporary Drug Problems*: 34 Fall 2007.

Al-Adwani, A. (2001a). Thy myth of needle fixation. *Addiction*, 96(2) 334.

Al-Adwani, A (2001b) 'Needle fixation is as elusive as ever: comments on McBride et al.'s "Needle fixation, the drug user's perspective: a qualitative study"' *Addiction* 96: 1676.

Darke, S., Kaye, S. & Ross, J. (1998). Transitions between the injection of heroin and amphetamines. National Drug and Alcohol Research Centre University of New South Wales Australia. Technical Report No. 60.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5. (2013). American Psychiatric Association.

Disman, M. (1993). Jak se vyrábí sociologická znalost. Praha, Karolinum.

EMCDDA (2009). Methamphetamine: a European Union perspective in the global kontext. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

EMCDDA (2010). Harm reduction: evidence, impacts and challanges. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Ezzy, D. (2002). *Qualitative Analysis: Practice and innovation*. Crows Nest. Allen & Unwin.

Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši. Portál, Praha.

Fraser, S., Hopwood, M., Treloar, C., & Brener, L. (2004). Needle fictions: Medical constructions of needle fixation and the injecting drug user. *Addiction Research and Theory*, 12(1), 67–76.

Fraser, S., Hopwood, M., Treloar, C., & Brener, L. (2005). The power of naming: A reply to McBride and Pates. *Addiction Research & Theory*, 2005, Vol. 13, No. 4: Pages 403-404.

Friedman, S.R. et. al. (1999). *Social Networks, Drug Injectors Lives, and HIV/AIDS*. New York: Kluwer Academic/Plenum.

Giddings, D., Christo, G. & Davy, J. (2003). Reasons for Injecting and Not Injecting: a qualitative study to inform therapeutic intervention. *Drugs: education, prevention and policy*, Vol. 10, No. 1.

Grund, J. P. (1993). *Drug Use as a Social Ritual: Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation*. Rotterdam: Instituut voor Verslavingsonderzoek.

Hampl, K. (2001). Rituální složka závislosti. *Alkoholismus a drogové závislosti*, roč. 36, č 4-5.

Hampl, K. (2002). Léčba závislosti na heroinu metadonem v zařízení AT bez lůžkového zázemí. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 98 (2), 86 – 91.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha, Portál.

Hloušek, R. (2006). Rituální aspekt závislosti u nitrožilních uživatelů drog v majoritní populaci v České republice. *Bakalářská práce*. Pedagogická fakulta, Masarykova univerzita. Brno.

Hunt, N., Griffiths, P., Stillwell, G., Southwell, M. a Strang, J. (1999). Preventing and curtailing injecting drug use; a review of opportunities for developing and delivering "route transition intervention", *Drug and Alcohol Review*, 18, 445–455.

Hinton, S.L., Signal, T.D. a Ghea, V.C. (2013). Addicted to the needle: the relationship between needle fixation and impulsivity', *Journal of Substance Use*, vol. 18, no. 1, pp. 21-30.

Justinová, J. *Sexualita uživatelů návykových látek*. Praha, 2010. 213s., 2 příl. Disertační práce (Ph.D.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika. Vedoucí práce Weiss, Petr.

Kalina, K. a kolektiv (2001). *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí*. Filia Nova, Praha.

Kalina, K. (2003). *Závislost na jehle. Dekontaminace*. o. s. Sananim, Praha.

Kalina, K. a kolektiv (2003a). *Drogy a drogové závislosti 1*. Úřad vlády České republiky, Praha.

Kalina, K. a kolektiv (2003b). *Drogy a drogové závislosti 2*. Úřad vlády České republiky, Praha.

Kolektiv autorů. (2006). *Seznam a definice výkonů drogových služeb*. Sekretariát rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. Úřad vlády České republiky, Praha.

Kolektiv autorů. (2005). *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující odborné služby problémovým uživatelům a závislým na návykových látkách (Standardy služeb pro uživatele drog)*. Praha: Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky.

Levine, D. G. (1974). Needle freaks: compulsive self-injection by drug users. *American Journal of Psychiatry*, 131, 297–300.

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

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

MKN – 10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. aktualizované vydání k 1. 1. 2013. (2013). Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Praha.

Mravčík, V., Petrošová, B., Zábranský, T., Řehák, V., Coufalová, M. (2009). Výskyt VHC u injekčních uživatelů drog. Výsledky studie prováděné mezi klienty nízkoprahových zařízení v letech 2002 – 2005. Úřad vlády ČR, Praha.

Mravčík, V., Grohmannová, K., Chomynová, P., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Fidesová, H., Kalina, K., Vopravil, J., Kostelecká, L., Jurystová, L. (2012). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2011*. Praha. Úřad vlády České republiky.

Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Nečas, V., Grolmusová, L., Kiššová, L., Nechanská, B., Sopko, B., Fidesová, H., Vopravil, J., Jurystová, L. (2013). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2012*. Praha: Úřad vlády České republiky.

Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. (2012). *Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog. Metodický pokyn ECDC a EMCDDA*. Praha. Úřad vlády ČR.

Nechanská, B., Mravčík, V. (2013). Zaostřeno na drogy. Zneužívání psychoaktivních léků v České republice. Praha. Úřad vlády ČR.

National Institute on Drug Abuse, NIDA (2005). Heroin Abuse and Addiction.

O'Donnell, J., Jones, J. (1968). Diffusion of the intravenous technique among narcotic addicts in the United States. *Journal of Health and Social Behaviour*. vol 9, no. 2, Special issue on recreational drug use, Jun.

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

Pates, R.M. (2001). A case of needle fixation. *Journal of substance use*, 6 (3), 202 -206.

Pates, R.M. (2004). The development of a psychological theory of needle fixation, unpublished dissertation, University of Wales.

Pates, R., McBride, A. & Arnold, K. (2005). Needle fixation. Injecting illicit drugs. Blackwell publishing. Addiction press, Oxford.

Pates, R. M., Arnold, K. A., McBride, A. J. (2009a). The identification of needle fixation: The development of the NEFPRO, a clinical screening tool. *Journal of Substance Use*, 14 (5), pp. 306-311(6).

Pates, R. M., Gray, N. (2009b). The development of a psychological theory of needle fixation. *Journal of Substance Use*, 14 (5), pp. 312 – 324 (13).

Pešek., M. (2013a). Závislost na jehle. Prezentace AT konference 2013.

Pešek, M. (2013b). Závislost na jehle: důvody pro injekční aplikaci drog – teoretický přehled. Přehledový článek. Nepublikováno. Distribuováno na Letní škole HR, Sananim, o.s., 19. 6. 2013.

Preslová, I., Hanková, O. a kol. (2011). Sexualita a drogy. Sborník odborné konference. Sananim. Praha.

Raboch, J., Zvolský, P. et al. (2001). Psychiatrie. První vydání. Galén a Karolinum. Praha.

Radimecký, J., Janíková, B. a Zábanský, T. (2009) Trendy na drogové scéně v ČR - Ohniskové skupiny s pracovníky nízkoprahových programů: Závěrečná zpráva, Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády České republiky, Praha.

Rhodes, T. (2002). The risk environment: a framework for understanding and reducing drug-related harm. *International journal of drug policy* 13, pp 85 – 94.

Robinson, Geoffrey M., Kemp, R., Lee, C., Cranston, D. (2000). Patients in methadone maintenance treatment who inject methadone syrup: a preliminary study. *Drug and Alcohol Review*, Volume 19, Number 4, 1, pp. 447-450(4)

Rowe, J. (2009). 'The Feel of the Steel': Addressing the Obsession to Inject. Working paper series 2009. RMIT University.

Řezníčková, M., Nedvěd, T. (2004). Zkušenosti terénních pracovníků s uživateli Subutexu na otevřené drogové scéně. *Adiktologie* 4, 410-411

Strauss, A., Corbinová, J. (1999). Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie. Sdružení Podané ruce Brno. Nakladatelství Albert Boskovice.

Topp, L. (2007) Lure of the needle. Of Substance (the national magazine on alcohol, tobacco and other drugs): 5 (4) Oct 2007.

Treffurth, Y., Pal, HR. (2010). A case of needle fixation. BMJ Case Rep. 2010. PMID 22479297.

Zinberg, N. E. (1984). Drug, set and setting. The Basis for Controlled Intoxicant Use. Yale University.

WHO (2004). Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti. Účinnost programů výměny sterilních jehel a stříkaček při snižování rizika nákazy HIV/AIDS mezi injekčními uživateli drog. Úřad vlády ČR.

Zábranský, T. (2003). Drogová epidemiologie. Univerzita Palacké v Olomouci. Olomouc.

[http://www.drogovaporadna.cz/dotazy/24144/zavislost-na-jehle-:\(.html](http://www.drogovaporadna.cz/dotazy/24144/zavislost-na-jehle-:(.html)

(16.3.2014)

<http://www.drug.org.au/resultsCatIndexed.jsp>

6. Přílohy

příloha 1 – svobodný informovaný souhlas

příloha 2 – výzkumné otázky pro ohniskovou (fokusní) skupinu

Příloha 3 – výzkumné otázky pro klienty: Injekční uživatelé drog (kvalitativní výzkum)

příloha 4 – NEFPRO

příloha 5 – NEFPRO (druhá verze)

Příloha 1 – Informovaný souhlas

Příloha k diplomové práci s názvem: Závislost na jehle u injekčních uživatelů drog v ČR. Autorem práce je Ondřej Sklenář, student oboru adiktologie na 1. LF UK. Vedoucím práce je PhDr. Josef Radimecký, Ph.D. , MSc.

Jméno a příjmení účastníka výzkumu

Potvrzuji svým podpisem, že jsem se rozhodl zúčastnit výzkumu, který je součástí diplomové práce - Závislost na jehle u injekčních uživatelů drog v ČR, a to svobodně, po zralém uvážení a řádném poučení.

Autor výzkumu se zavazuje, že nahrávka neposlouží ke komerčním ani jiným než výzkumným účelům a bude zpracována objektivně.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že autor práce, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a souhlasím s účastí na výzkumu.

Tento informovaný souhlas se vyhotovuje ve dvou provedeních, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom, a nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

Datum

Vyjádření souhlasu s účastí na výzkumu:

podpis autora výzkumu

podpis účastníka výzkumu

Příloha 2 – Výzkumné otázky pro ohniskovou (fokusní) skupinu

Datum:

Místo:

Počet IUD:

Počet pracovníků:

Otázky:

1. Setkali jste se někdy s termínem závislost na jehle?
2. Jak byste definovali závislost na jehle?
3. Jaký má pro vás význam injekční aplikace?
4. Máte zkušenost s aplikací něčeho jiného než vaší drogy?
5. Může být pro někoho důležitější jehla/injekční aplikace než samotný obsah/droga?
6. Jaký může mít vztah injekční aplikace k sexuálnímu životu IUD?
7. Může spolu souviset injekční aplikace a sebepoškození? Pokud ano, jak?
8. Kdyby někdo vynalezl způsob, který by byl lepší, než injekční aplikace, využívali byste ho?
9. Co pro vás znamená bolest, která je spojená s injekční aplikací?
10. Může být nějaká souvislost mezi injekční aplikací a uplatněním v komunitě IUD (postavení, sebehodnocení, apod.)?
11. Domníváte se, že závislost na jehle může souviset s typem užívané drogy (tj. stimulancia či opiáty)?
12. Napadá vás ještě něco, co byste rád zmínil/a k tématu závislosti na jehle?

Příloha 3 – Semistrukturované interview

Výzkumné otázky pro injekční uživatele

Datum:

Pohlaví:

Věk:

Způsob aplikace:

Preferovaná droga pro injekční aplikaci:

Délka injekční aplikace:

Otázky:

1. V kolika letech jste začal/a s užíváním drog?
2. Jaká to byla droga (jaké to byly drogy)?
3. Po jak dlouhé době jste se stal pravidelným uživatelem, tedy kdy jste se začal/a cítit na drogách závislý?
4. Jakým způsobem jste si zpočátku drogu aplikoval/a?
5. Kdy jste přešel/a na jehlu (injekční aplikaci)? Po jak dlouhé době a proč?
6. Jaké drogy berete nyní?
7. Jakým způsobem si aplikujete nyní?
8. Máte zkušenost se sdílením jehel?
9. Společná aplikace s partnerem/dalšími osobami?
10. Setkal/a jste se někdy s termínem „závislost na jehle“? Co pro vás znamená? Můžete jej popsat (definovat)?
11. Proč berete injekčně? (Proč neberete jiným způsobem?)
12. Cítíte se závislí/á na jehle?
13. Jak byste popsal/a svojí závislost na jehle?
14. Jaké máte zkušenosti s injekční aplikací něčeho jiného než vaší drogy – plnohodnotné dávky (tj. tzv. výplachy, vyvařování filtrů, využití suchého máku, samotná voda, apod.)?
15. Dále otázky dle NEFPRO

Příloha č. 4 – NEFPRO (Pešek, 2013b) – první verze

Jsem závislý na jehle?		
Aplikuji si injekčně alespoň vodu, když nemám po ruce žádnou drogu	ANO	NE
Užívám si tu bolest kterou zažívám, když si injekčně aplikuji nebo mě nastřeluje někdo jiný	ANO	NE
Když mám možnost někoho nastřelit (např. partnera), cítím u toho něco jako sexuální vzrušení	ANO	NE
Jehla mě přitahuje díky představě té příjemné bolesti, kterou dokáže způsobit	ANO	NE
Když se nechávám nastřelit někým jiným, cítím u toho něco jako sexuální vzrušení	ANO	NE
Injekční aplikace vody nebo čehokoli jiného, mě dokáže okamžitě uklidnit	ANO	NE
Pohrávám si s natahováním krve do stříkačky a zpět do těla před nebo po samotné injekční aplikaci	ANO	NE
Injekční aplikace mě dokáže sexuálně vzrušit	ANO	NE
Pokračuji v natahování krve do stříkačky a zpět do těla i přesto, že se v stříkačce tvoří krevní sraženiny	ANO	NE
Injekční aplikace se pro mě stala náhradou za sex	ANO	NE

Jsem závislý na jehle?		
Aplikuji si injekčně alespoň vodu, když nemám po ruce žádnou drogu	ANO	NE
Užívám si tu bolest kterou zažívám, když si injekčně aplikuji nebo mě nastřeluje někdo jiný	ANO	NE
Když mám možnost někoho nastřelit (např. partnera), cítím u toho něco jako sexuální vzrušení	ANO	NE
Jehla mě přitahuje díky představě té příjemné bolesti, kterou dokáže způsobit	ANO	NE
Když se nechávám nastřelit někým jiným, cítím u toho něco jako sexuální vzrušení	ANO	NE
Injekční aplikace vody nebo čehokoli jiného, mě dokáže okamžitě uklidnit	ANO	NE
Pohrávám si s natahováním krve do stříkačky a zpět do těla před nebo po samotné injekční aplikaci	ANO	NE
Injekční aplikace mě dokáže sexuálně vzrušit	ANO	NE
Pokračuji v natahování krve do stříkačky a zpět do těla i přesto, že se v stříkačce tvoří krevní sraženiny	ANO	NE
Injekční aplikace se pro mě stala náhradou za sex	ANO	NE

substituce
zážitek bolesti
flushing (proplachování)
probuzení pocitů sexuální povahy
injekční aplikace jako sexuální praktika

Příloha č. 5 – NEFPRO (druhá verze)

Dotazník týkající se „závislosti na jehle“ pro injekční uživatele drog v ČR
(originální verze: R. Pates, A. McBride, K. Arnold, 2005; překlad a úprava: M. Pešek, O. Sklenář, 2013)

1. Když u sebe nemám žádnou drogu, injekčně si aplikuji alespoň vodu pro uklidnění (aqua pro injectione).

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

2. Užívám si tu bolest, kterou zažívám během injekční aplikace, ať už si dávám sám nebo mě nastřeluje někdo jiný.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

3. Je pro mě daleko obtížnější vzdát se injekční aplikace než vzdát se samotné drogy.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

4. Když mám možnost někoho nastřelit (např. partnera), cítím u toho něco jako sexuální vzrušení.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

5. Jehla mě přitahuje díky té příjemné bolesti, kterou dokáže způsobit.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

6. Kdybych mohl dosáhnout stejného nájezdu bez injekční aplikace, přestal bych s jehlou.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

7. Když se nechávám nastřelit někým jiným, cítím u toho něco jako sexuální vzrušení.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

8. Injekční aplikace vody (aqua pro injectione) nebo čehokoli jiného mě pomůže cítit se lépe.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

9. Natahuji krev opakovaně do injekční stříkačky před nebo po aplikaci drogy.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

10. Injekční aplikace mě dokáže sexuálně vzrušit.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

11. Kdyby někdo vynalezl metodu braní drog, která by mě dopřála silnější nájezd než ten, který zažívám díky injekční aplikaci, skončil bych s jehlou a přešel na novou metodu.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

12. Opakuji aspiraci navzdory tomu, že se začínají ve stříkačce tvořit viditelné krevní sraženiny.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

13. Injekční aplikace se pro mě stala náhradou za sex.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím

14. Příprava a proces injekční aplikace je pro mě důležitější než účinek, který droga vyvolává.

plně souhlasím spíše souhlasím nevyhraněný názor spíše
nesouhlasím plně nesouhlasím