Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Vojtěch Ventura

Alternativní způsoby aplikace u injekčních uživatelů drog

Alternative drug application methods in injection drug users

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Barbara Janíková Praha, 2015

Prohlášení:

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

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

V Praze, 5. 7. 2015

Vojtěch Ventura

Poděkování:

děkuji vedoucí práce Barbaře Janíkové, za trpělivost, cenné rady a podporu při vypracovávání této práce. Také děkuji Ing. Aleši Herzogovi a celému týmu TP Sananim. V poslední řadě děkuji blízkým přátelům, rodině a všem, kteří mi s prací pomohli.

Identifikační záznam:

VENTURA, Vojtěch. Alternativní způsoby aplikace u injekčních uživatelů drog. [Alternative drug application methods in injection drug users].Praha,2015.44 s., počet příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Klinika adiktologie. Vedoucí práce Mgr. Barbara Janíková.

Abstrakt:

Východiska: injekční aplikace drog je nejrizikovějším způsobem, jak drogu aplikovat. I přes tento fakt, je to způsob aplikace, který je mezi problémovými uživatel drog v České republice preferován.

Cíle: : Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit míru informovanosti, motivace a postoje klientů na otevřené drogové scéně v Praze k alternativním způsobům aplikace. Dílčím cílem je prozkoumat, jaké překážky by mohly stát v pozadí slabšího využívání alternativních aplikací, a to jak na straně klientů, tak v nabídce pracovníku terénních programů v Praze

Metody: Kvalitativní metoda výzkumu. Data byla získávána pomocí polostrukturovaného interview a následně podrobena analýze.

Výsledky: Výsledky výzkumu, odpovídají na výzkumné otázky a umožňují tak lepší orientaci v problematice komplikací způsobených injekční aplikací.

Abstract:

Background: injecting drugs is the most risky way of drug administration. Despite this fact, it is still the preferred method among problem drug users in the Czech Republic.

Objectives: The main objective of the research was to determine the level of awareness, motivation and attitudes in the open drug scene in Prague towards alternative methods of drug administration. A partial objective is to examine what obstacles might stand in the way of alternative application methods, both client-side and in the services provided by workers of outreach programs in Prague

Methods: A qualitative research method. Data was collected using a semistructured interviews with subsequent analysis.

Results: The results of the research answer research questions and allow for better orientation in the matters of complications caused by injection administration.

Obsah

Úvod 7

I. Teoretická část 8

1. Harm reduction 9

1.1. Public health 9

1.2. Definice harm reduction 9

1.3. Historie harm reduction 9

1.4. Principy harm reduction 10

1.5. Kritika harm reduction 11

1.6. Služby založené na principech harm reduction 11

1.7. Charakteristika služeb založených na HR principech 12

1.8. Výměnné programy. 12

1.8.1. Substituční programy 13

1.8.2. Medicínská preskripce heroinu, morfinu 13

1.8.3. Aplikační místnosti 14

2. Terénní sociální práce 15

2.1. Historie terénní sociální práce 15

2.2. Sociální práce 15

2.3. Charakteristika terénní sociální práce 15

2.4. Charakteristika terénní sociální práce s uživateli drog 16

2.5. Cíle 16

2.6. Místa výkonu terénní práce 16

2.7. Oblasti komplikací 17

4. Parenterální aplikace drog 18

4.1. Způsoby parenterální aplikace 18

4.1.1. Intravenózní aplikace 18

4.1.2. Intramuskulární aplikace 18

4.1.3. Subkutánní aplikace 18

4.2. Somatické komplikace u injekčního užívání 19

4.2.1. Infekční onemocnění u uživatelů drog 20

4.2.2. Lokální komplikace způsobené injekční aplikací 20
4.3. Důvody pro injekční aplikaci 21
5. Alternativní způsoby aplikace 23
5.1. Inhalace 23
5.2. Nasální aplikace 23
5.3. Orální aplikace 24
5.4. Perorální aplikace 25
4.5. Rektální aplikace 26
II. výzkumná část 28
6. Metodika výzkumu 29
6.1. Cíle výzkumu 29
6.2. Výběr vzorku 30
6.3. Výzkumné otázky 30
6.4. Realizace rozhovorů 30
6.4.2. Etika výzkumu 31
7. Analýza dat 32
7.1. Analýza rozhovorů s klienty 32
7.2. . Analýza rozhovorů s pracovníky 37
8. Diskuze a závěr 39
Zdroje informací 41

Úvod

Jako terénní pracovník terénních programů Sananim z. u. pracuji s lidmi, kteří jsou uživateli návykových látek a tyto látky aplikují převážně injekčním způsobem. Tento, v České republice mezi problémovými uživateli drog nejvíce preferovaný způsob aplikace (Mravčík et al., 2013), je také způsobem užívání, který má za následek mnoho zdravotních komplikací. Hobstová a Minařík (2003) injekční aplikaci označují jako způsob aplikace, který je nejnebezpečnějším ze všech možných způsobů, jimiž lze drogu do těla vpravit.

Při práci v terénu se tedy s následky injekčního užívání u našich klientů setkáváme denně a v rámci možností je pomáháme řešit. Protože cílem naší práce není abstinence všech klientů, ale snížení rizik spojených s užíváním drog, vybral jsem si téma alternativních aplikací k aplikaci injekční, která tato rizika snižují.

Má práce z části navazuje na práce Evy Nezdarové „Zkušenosti klientů terénního programu s želatinovými kapslemi“ a Zuzany Guryčové „Postoj uživatelů nealkoholových návykových látek k želatinovým kapslím“. Tyto práce jsou zaměřeny na problematiku želatinových kapslí, což je prostředek, který je jednou z možností alternativní aplikace.

Cílem této práce je zjistit, jaká je informovanost pracovníků a klientů drogových služeb v Praze o alternativách aplikace k aplikaci injekční, co je důvodem pro injekční aplikaci, či aplikaci jiným způsobem a jaké jsou bariéry pro volbu jiné než injekční aplikace.

I. Teoretická část

1. Harm reduction

V první části své práce popíši přístup harm reduction (dále jen HR). Protože alternativní způsoby aplikace k aplikaci injekční jsou z pohledu rizikovosti méně nebezpečnou variantou, jak drogu užít, věnuji se v první kapitole právě tomuto tématu.

HR je pojem, který v překladu znamená snížení škod. Tento přístup se vyskytuje v mnoha oblastech lidského chování všude tam, kde se lidé snaží snížit škody a minimalizovat následky rizikového chování. V otázce problematiky užívání návykových látek jde například o výměnu injekčního materiálu a poskytování informací o jeho bezpečném používání při aplikaci drog.

Myšlenka HR vychází z přístupu „public health“, který je zaměřený na ochranu a podporu zdraví ve společnosti. V oblasti drogové problematiky se zaměřuje na prevenci šíření HIV a virů Hepatitidy B a C používáním nesterilního injekčního materiálu a provozováním nechráněného pohlavního styku (Kalina et al, 2001).

1.1. Public health

„Public health“ neboli ochrana veřejného zdraví je strategií vycházející z epidemiologie, sociologie a veřejné politiky. Tento přístup se nesoustředí na zájem individuálního klienta, ale na ochranu populace, zejména před přenosem závažných infekčních chorob (AIDS, hepatitidy B a C). Nebyl tedy odpovědí na otázku problematiky drogové závislosti, ale vznikl v souvislosti se šířením epidemie HIV/AIDS. Proto se zaměřil na sdílení stříkaček a jehel při injekčním užívání drog a na rizikový pohlavní styk jako na významné cesty, kterými se HIV šíří. Z toho se zrodily metody jako výměna jehel a stříkaček, slinné testy na HIV a očkování lidí beroucích drogy proti infekčním hepatitidám (Kalina, 2003).

1.2. Definice harm reduction

„Jako harm reduction se označují koncepce, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo ke snižování jejich spotřeby. Harm reduction je prospěšná pro uživatele drog, pro jejich rodiny a pro celou společnost“ (ihra,2010).

1.3. Historie harm reduction

Přístup Harm Reduction má základ v principu Public Health, na rozdíl od něj se však soustředí na individuální potřeby uživatelů návykových látek. Základní myšlenka HR provází člověka od jeho počátků. Jedním z příkladů může být problematika automobilových nehod. Je zcela zřejmé, že nehodám na silnicích nelze úplně zabránit, proto je snahou alespoň snížit rizika pomocí bezpečnostních pásů, airbagů nebo ABS. Tyto

příklady vycházející z principů HR jsou všem dobře známé a dnes se nad nimi nikdo nepozastavuje. V oblasti drogové problematiky to tak ale nebylo. Vlna bouřlivých emocí s odmítavým postojem laické i odborné veřejnosti se zvedla ve chvíli, kdy se filozofie HR začala prosazovat ve spojení s drogami a závislostmi. Mezi první země, které model HR začaly aplikovat v rámci drogové problematiky, se řadí Nizozemí (výměnný program) a Velká Británie (substituce a preskripce návykových látek lékaři). Další země Evropy, kde vznikaly programy vycházející z této strategie, byly Německo a Švýcarsko. Zde se zakládaly aplikační místnosti a začalo se provádět testování tanečních drog (Hrdina, 2003). Od 60. let 20. století se v mnoha státech sdružují do uživatelských organizací i sami uživatelé a jejich prostřednictvím se tak zapojují do hnutí harm reduction (Švýcarsko, Nizozemí, Dánsko, Velká Británie, USA aj.). Tyto organizace přispívají k realizaci programů a služeb pro uživatele, zapojují se do mezinárodní a celostátní politiky a do prosazování práv uživatelů, čímž ovlivňují dění ve společnosti, které s drogovou problematikou souvisí.Od roku 1990, kdy se mezinárodní konference HR konala poprvé v Liverpoolu, se tyto akce každoročně pořádají pod záštitou Mezinárodní asociace harm reduction (International Harm Reduction Association – IHRA) (Janíková, 2008).HR od konce 90. let spolu s represí, prevencí, léčbou a resocializací, tvoří základní pilíře evropské drogové politiky (Kalina et al, 2001). Harm reduction se zakládá na několika principech, které popíši v následující kapitole.

1.4. Principy harm reduction

Podle CCSA (1996, in Hunt, 2003) jsou mezi základní principy pro uplatňování HR v praxi řazeny tyto pravidla:

Pragmatičnost – Harm reduction uznává fakt, že užívání návykových látek je součástí lidské zkušenosti a má historický význam. Připouští, že drogy přináší svým uživatelům příjemné zážitky, na druhou stranu však s sebou nesou také určitá rizika. Proto se soustředí především na minimalizaci škodlivých důsledků způsobených jejich užíváním.

Humanistické hodnoty – HR respektuje práva a důstojnost každého uživatele, stejně tak i jeho rozhodnutí drogy užívat. Na druhé straně se k jeho užívání nestaví kladně ani ho nepodporuje.

Zaměření na škody – Oblastí primárního zájmu jsou negativa, která užívání způsobuje přímo uživateli a jeho okolí, než snaha o eliminaci celkového užívání drog ve společnosti. HR netrvá na abstinenci, ale také ji nevylučuje.

Zvažování nákladů a přínosů – Analyzují a vyhodnocují se prostředky určené k eliminaci negativních dopadů užívání návykových látek a jejich účinnost tak, aby bylo jasné, na jaké cíle je nutné se zaměřit a aby efektivita takto vynaložených nákladů byla co nejvyšší.

Zaměření na bezprostřední cíle – Programy jsou vytvářeny tak, aby se přizpůsobily aktuálním potřebám uživatelů (jednotlivci, cílové skupiny, komunity). Soustředí se tedy na nejbližší realistické cíle, které vedou k bezpečnějšímu užívání nebo jsou prvním krokem k abstinenci.

1.5. Kritika harm reduction

Protože se harm reduction přístup v oblasti drogové problematiky již v počátcích setkal s vlnou kritiky, zmíním zde několik tvrzení, ve kterých hledali oporu odpůrci tohoto přístupu.

HR nemá efekt – Výměna stříkaček a jehel zvyšuje počet uživatelů drog, snižuje zájem o léčbu a zvyšuje počet stříkaček pohozených na ulici.

HR je příčinou setrvávání v závislosti – HR umožňuje užívání drog, drží uživatele v situaci, kdy nespadnou až na pomyslné dno, což by je přimělo s užíváním přestat.

HR je podporou v užívání drog – HR se snaží mírnit negativní dopady užívání, vytváří dojem, že braní drog je bezpečné a lidé, kteří nebrali, je proto začnou brát. HR negativně působí na snahu o primární prevenci.

HR má snahu rozvrátit drogovou politiku zevnitř – HR má za cíl prosadit legalizaci drog.

Tyto názory byly prověřeny a vyvráceny mnoha výzkumy a studiemi. O efektivitě HR programů není pochyb a je potvrzené, že výměnné programy mohou snížit HIV séroprevalenci, snížit opakované užití stejnou jehlou a umožnit přístup ke zdravotním a jiným službám. (Janíková, 2015)

1.6. Služby založené na principech harm reduction

Na principech HR vzniklo mnoho služeb, které jsou uživatelům drog poskytovány. Mezi základní nízkoprahové služby, které jsou realizovány v české republice, patří:

- terénní programy
- kontaktní centra

Dalšími, specifickými službami, k jejichž realizaci v České republice došlo, jsou:

- výdejní/prodejní automaty na injekční a zdravotní materiál
- sběrné kontejnery na injekční materiál

a také služby, kdy jsou do výměnného programu, či dalších aktivit, zapojení aktivní uživatelé drog:

- peerwork, externí terénní program

(Janíková, 2015)

Mezi další služby vycházející z HR principů, které v České republice aktuálně zavedené nejsou, například patří:

- Programy preskripce farmaceutického heroinu
- Programy testování tablet extáze
- Aplikační místnosti

(Hrdina,2003)

1.7. Charakteristika služeb založených na HR principech

V této kapitole stručně popíši jednotlivé nízkoprahové služby. Jsem si vědom toho, že substituční programy nejsou programem, který se primárně zabývá problémy vznikajícími v souvislosti s aplikací, tento program zde však zmíním, jakožto program, který při nedodržování podmínek aplikace substitučního preparátu klienty, má s touto problematikou co dočinění.

1.8. Výměnné programy.

Terénní programy,

Služba aktivního vyhledání, prvního kontaktu, kontaktní práce, poradenství, zdravotní péče a sociální práce v přirozeném prostředí uživatelů drog. Služba je vedena především přístupem harm reduction (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní) s cílem motivovat klienta ke změně životní-ho stylu, rizikového chování a k vyhledání dalších vhodných služeb. Cílovou skupinou služby jsou osoby užívající návykové látky problémově, rekreační uživatelé drog, lidé experimentující či škodlivě užívající veškeré návykové látky, gambleři.

Kontaktní centra

Nízkoprahová služba zaměřená na navázání kontaktu s cílovou skupinou, na kontaktní práci, poradenství v oblasti prevence a léčby závislosti, práci s motivací klientů, na sociální práci, zdravotní ošetření. Je vedena zejména přístupem snižování rizik spojených s užíváním drog (včetně možnosti programu výměny injekčního náčiní), usilujícím o motivování klientů ke změně životního stylu, rizikového chování a k vyhledání další odborné pomoci. Služba poskytuje, poradenství, zhodnocení stavu klienta a také zprostředkování léčby. Stejně tak poskytuje podmínky pro vykonání osobní hygieny. Cílovou skupinou služby jsou osoby užívající návykové látky, osoby ohrožené patologickým hráčstvím.

(Libra et al, 2012)

Automaty na injekční a zdravotní materiál

V současné době jsou V České republice tři fungující automaty, které jsou umístěny přímo u kontaktních center a poskytují tak injekční i jiný materiál i mimo dobu, kdy jsou K-centra otevřená. Automaty na injekční materiál vznikly za účelem oslovení injekčních uživatelů, kteří nejsou v kontaktu s výměnnými programy a tím jsou považováni za takzvanou „ high-risk“ skupinu. První automat tohoto typu byl zaveden v Kodani v roce 1986.

Sběrné kontejnery na injekční materiál

Jde o kontejnery, které jsou umístěny ve veřejném prostoru a jejich kontrolu mají na starost peer pracovníci v rámci pracovního stabilizačního programu.

Obě tyto služby jsou provozovány organizací Progressive o.s.

(Janíková,2015)

1.8.1. Substituční programy

Substitucí se rozumí terapeutický program, při němž je nahrazena užívaná droga opiátového typu (ilegálního původu, krátkodobě účinkující, neznámé koncentrace, někdy obsahující toxické příměsi, aplikovaná injekčně) lékem, který je bezpečnější (legální, známé koncentrace, bez toxických příměsí, aplikovaný povětšinou orálně). Léčivé přípravky pro substituční léčbu jsou v české republice Metadon a Buprenorfin. V zahraničí jsou používány i jiné přípravky jako kodein, morfin – ve formě s postupným uvolňováním látky a heroin. (Popov, 2003)

V případě buprenorfinu, který, jak Minařík (2008) uvádí, je v Čr vyhledáván jako náhradní, ale i jako primární droga, je obvyklá nitrožilní aplikace. Následkem intravenózní aplikace léku určeného k sublinguální aplikaci, který může být navíc kontaminován bakteriemi při nedodržování hygieny během manipulace (uživatelé na tabletu často opakovaně sahají při dělení, prodeji a nákupu) mnohdy dochází k rozvoji různých somatických komplikací. I přes rizika intravenozního užívání buprenorfinu je tento způsob aplikace u uživatelů drog v Čr preferován. (Sklenář, 2014)

1.8.2. Medicínská preskripce heroinu, morfinu

Další službou, která vychází z principů HR, ale v Čr není realizována je předepisování farmaceutického heroinu a morfinu lékařem.

Morfin s postupným uvolňováním a heroin, jsou v Evropě v rámci substituce předepisovány jen příležitostně a odhaduje se, že je užívají necelé 3 % uživatelů v substituční léčbě (EMCDDA, 2015). Jako substituční látka bez toxických příměsí je heroin používán např. v Holandsku a Švýcarsku.

1.8.3. Aplikační místnosti

Aplikační místnosti jsou spolu s výměnou injekčního materiálu a substitučních programů další možností, jak snížit následky užívání drog, jimiž jsou infekční onemocnění či předávkování. Také snižují počet aplikací drog na veřejnosti. Aplikační místnosti jsou specializovaná zařízení, poskytující služby injekčním uživatelům drog. Cílem tohoto programu je snížení veřejného pohoršení, snížení počtu předávkování, snížení krví přenosných infekčních chorob a zlepšení přístupu do zdravotních, léčebných a jiných sociálních služeb. Aplikační místnost je místem, kde si injekční uživatel, jestliže se prokáže lékařským potvrzení o dlouhodobé závislosti, může za hygieničtějších a bezpečnějších podmínek aplikovat drogu pod odborným dohledem. Tato služba je realizována v mnoha zemích Evropy. V ČR tento program prozatím není. (Janíková, 2011)

2. Terénní sociální práce

V této části své bakalářské práce se zaměřím na práci v terénu. Alternativní způsoby aplikace, jsou prostředkem harm reduction a harm reduction jsou principy, které jsou velmi úzce spjaty s terénní prací s uživateli drog.

2.1. Historie terénní sociální práce

Historie práce v terénu sahá až do 14. Století, kdy touto metodou pracoval Jan Milíč z Kroměříže, který například založil v roce 1372 v Praze „vzornou obec pro padlé dívky“. V těchto časech se o pomoc lidem, kteří ji potřebovali, staraly církve či náboženské spolky. Od těchto dob do dvacátého století prošla společnost vývojem, při kterém se změnily její hodnoty i možnosti a projevy životního stylu. Na tyto změny samozřejmě musely reagovat prostředky pomoci potřebným. Důležitost sociální práce a pomoci rostla s důrazem na humanistický přístup lidská práva a svobody. V období průmyslové revoluce, kdy se život lidí přesunul do měst, zde bylo také nejvíce lidí, kteří pomoc potřebovali. Státy na tento problém reagovaly tím, že tuto pomoc vzaly za svou povinnost. Z těchto trendů vznikly určité metody a formy sociální práce (streetwork.cz, N. d.).

2.2. Sociální práce

„*sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Užívá teorií lidského chování a sociálních systémů a zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti*“ (Černá in Janoušková, Nedělníková, 2008, str. 9).

Matoušek (2008) definuje sociální práci, jako společenskovědní obor i oblast praktického konání, která směřuje k identifikaci, analýze a řešení sociálních problémů. Sociální práce má oporu ve vzájemné lidské podpoře a v co možná nejlepším naplňování jedinečného potenciálu každé lidské bytosti.

2.3. Charakteristika terénní sociální práce

Černá (in Janoušková, Nedělníková,2008) píše, že definovat sociální práci je těžké, protože i když někdy bývá definována jako „streetwork – práce na veřejných prostranstvích, její vymezení je o mnoho širší. Znakem pro terénní sociální práci, není jen její terénnost, ale také vztah ke klientovi. Terénní pracovník má snahu motivovat člověka ze specifické cílové skupiny, aby se stal jeho klientem a využíval jeho služeb. Bednářová a Pelech (2000, str. 7) píší, že se obecně streetwork definuje jako „*metoda terénní sociální práce, která na místo pasivních stacionárních modelů řešení sociálních konfliktů nabízí aktivní vyhledávající formu sociální intervence a krizové pomoci*“

2.4. Charakteristika terénní sociální práce s uživateli drog

Terénní sociální práce s uživateli drog je založena na aktivním vyhledání klientů v prostředí pro ně přirozeném. Soustředí se na navázání kontaktu, vytvoření důvěry a práci na motivaci tak, aby v nejlepším případě došlo k předání klienta do služby s vyšším prahem. Touto službou je myšlena například léčba, nebo substituce. Jedním z kritérií terénních programů je nízkoprahovost, což často znamená, že jsou první službou, do které klient vstupuje (Zajdáková in Janoušková, Nedělníková, 2008).

2.5. Cíle

- Dosažení změny chování uživatelů drog
- Podpora klientů motivovaných k léčbě
- Zamezení nárůstu infekčních onemocnění mezi klienty programu, zaměření se na klienty s nejrizikovějším chováním (sdílení stříkaček apod.)
- Prevence vzniku sociálních a zdravotních problémů
- Snížení počtu úmrtí v souvislosti s předávkováním

Nepřímé aktivity

- Minimalizace negativních důsledků užívání pro společnost
- Ochrana populace před nákazou infekčními chorobami
- Sběr pohozených stříkaček – čistota veřejného prostranství
- Informování veřejnosti o prospěšnosti této práce
- Podílení se na rozšiřování znalostí základny oboru
- Budování profesionálního zázemí pro tvůrce drogové politiky

2.6. Místa výkonu terénní práce

Terénní práce s uživateli drog probíhá zejména v ulicích měst, ale také v parcích, hernách, supermarketech, na nádražích, v klubech, v různých městských zákoutích apod. Pokud je pracovník v uzavřeném prostoru, musí dbát na bezpečnost ve všech směrech. Stejně tak je nutné být diskrétní a nepoutat na sebe pozornost. Pokud je pracovník například v herně nebo jiném podniku, dá o sobě vědět pozdravem v podobě pokývnutí hlavou a naznačí, že k samotné výměně se odebere s klientem ven z podniku. Majitelé těchto podniků nemusejí chápat význam této práce a mohlo by dojít ke zbytečným konfliktům, pokud by výměna proběhla uvnitř. Proto je důležité respektovat zájmy a přání majitelů. Výměnu injekčního materiálu a další služby provádějí pracovníci vždy mimo zařízení a to i v případech, kdy jsou majitelé, provozní či barmani těmto službám otevření a ve svých podnicích možnost užívání drog připouštějí.

2.7. Oblasti komplikací

Pro uživatele návykových látek, kteří služby terénních pracovníků využívají, jsou charakteristické některé atributy v těchto oblastech:

Zdravotní oblast: Jak jsem již zmínil v předešlé kapitole, nebezpečí nákazy některými z infekčních onemocnění hrozí především u injekčních uživatelů drog. Jedná se hlavně o hepatitidy typu C, B, A, dále HIV. Nezřídka mívají komplikace, které jsou pro injekční užívání typické- tromboflebitidy, abscesy, flegmóny, impetigo, sepse. Důsledkem jejich životního stylu bývá i oslabená obranyschopnost organismu a zhoršený proces hojení ran. Terénní pracovníci proto poskytují poradenství týkající se bezpečné aplikace návykových látek a provádějí základní ošetření klientů.

Psychologická a psychiatrická oblast: Užívání drog má u řady uživatelů za následek vznik různých psychických obtíží. Toxická psychóza souvisí nejčastěji s abusem pervitinu. Je to duševní porucha s psychotickými příznaky, které jsou podobné schizofrenii- poruchy myšlení ve smyslu bludů a poruchy vnímání ve formě halucinací. Na rozdíl od schizofrenie jsou časově omezené, pro vyléčení je nutná dlouhodobá abstinence. Avšak ani vznik a rozvoj schizofrenie není u uživatelů návykových látek ničím výjimečným. Spouštěčem může být užívání pervitinu, halucinogenů i marihuany. Lidé závislí především na opiátech často trpí abstinenčním syndromem, při kterém je přítomná fyzická složka závislosti. To znamená, že si tělo vytvořilo návyk a toleranci na určité množství drogy a objevují se zdravotní potíže, pokud ji nemá. Uživatelé heroinu jsou pak neklidní, nemohou spát, mají bolesti břicha a průjmy. Pokud si na drogu vytvoří vysokou toleranci, mohou zvracet, mají zvýšenou teplotu, potí se, třesou se, bolí je klouby, mají zorničky apod. Pravidelné užívání drog bývá spojené s poruchami paměti, pozornosti a úsudku, mohou klesat intelektové schopnosti. Ovlivněná bývá i osobnost člověka, postupně dochází k jejímu úpadku, mizí morální zábrany i schopnost sebereflexe. Všechny tyto aspekty se pak promítají do kontaktu s pracovníky nízkoprahových služeb. Ti mohou být vystaveni různým a často nečekaným situacím, kterým se musí přizpůsobit, aby je úspěšně zvládli. Klienti mohou být podrážděni nepříjemně prožívanou akutní intoxikací, abstinenčním syndromem či cravingem (neodolatelná touha po droze). V důsledku toho mohou být paranoidní nebo i agresivní. Výjimkou nejsou ani tzv. duální diagnózy, kdy se u jednoho člověka současně vyskytují minimálně dvě psychiatrické diagnózy.

Sociální oblast: Poměrně často se někteří uživatelé návykových látek dostávají do střetu se zákonem. Jedná se o případy krádeží, výroby a distribuce drog nebo prostituci. Dále mívají narušené pracovní návyky, pobírají sociální dávky a někteří z nich se ve svém životě potýkají i s otázkou bezdomovectví (Janoušková, Nedělníková,).

4. Parenterální aplikace drog

V této části práce popíši způsoby injekční aplikace, nejčastější somatické komplikace, ke kterým při tomto způsobu vpravení drogy do těla dochází, a také se zaměřím na situaci injekčního užívání v České republice.

Injekční aplikaci drog řadí Minařík a Hobstová (2003) na první místo v rizikovosti aplikací, protože jde o vpravení drogy spolu s dalšími příměsi a mikroorganismy přímo do krve, což může způsobit různé zdravotní komplikace. Injekční aplikace je nejčastěji spojená s problémovými uživateli drog. Jako problémové užívání drog se podle EMCDDA (2005) označuje injekční užívání, nebo dlouhodobé užívání opiátů, kokainu nebo amfetaminů. V české republice bylo v roce 2013 podle odhadů 44,9 tis. problémových uživatelů drog. Z toho 34,2 uživatelů pervitinu, 3,5 tis. Heroinu a 7,2 buprenorfinu. Z celkového počtu problémových uživatelů bylo odhadnuto 42,7 tis. uživatelů injekčních. (Mravčík et al, 2014)

4.1. Způsoby parenterální aplikace

Definice: parenterální aplikací se rozumí podání léků mimo gastrointestinální trakt, například v injekcích nebo nitrožilních transfuzích. (Mikšová et al., 2006)

4.1.1. Intravenózní aplikace

Je aplikací tekuté látky přímo do krevního oběhu, tím je ze všech způsobů aplikací nejrychlejší (30 – 60 sekund nástup účinku vpravené látky), ale také nejnebezpečnější z důvodu vysoké koncentrace látky a rychlosti transportu do místa určení, tedy cílovému orgánu. (biotox.cz N. d.)

4.1.2. Intramuskulární aplikace

Aplikace intramuskulární injekcí je vpravení účinné látky do svalu. Tuto látku je nutné aplikovat přímo do svalu a ne do tukové tkáně, jinak hrozí vznik komplikací. Při aplikaci i.m. se aplikovaná látka vstřebává rychleji než při aplikaci pod kůži – svaly jsou více prokrveny.

Nejčastějšími místy vpichu jsou: střední hýžďový sval, velký hýžďový sval a sval stehenní (Mikšová et al., 2006).

Pro aplikaci i.m. volíme standardně jehlu černé barvy, ale je nutné se přizpůsobit dle fyzických proporcí jedince, jemuž je látka aplikována.

4.1.3. Subkutánní aplikace

Aplikace subkutánní injekce znamená vpravení látky do podkoží. Rychlost vstřebávání je při tomto způsobu pomalá, závisí na hloubce vpichu a tukové vrstvě. Účinek nastupuje za 10 až 20 minut, k urychlení jeho nástupu lze jemným masírováním zvýšit prokrvení místa vpichu a zvolit vhodné místo aplikace.

Nejčastěji se s.c. injekce aplikují do: zevní strany paže v oblasti dvouhlavého svalu pažního, do zevní strany stehen, do břicha v oblasti přímého břišního svalu a do zadní strany hýždí v oblasti středního hýžďového svalu. (Mikšová, 2006)

4.2. Somatické komplikace u injekčního užívání

Injekční uživatelé drog jsou následkem tohoto způsobu užívání ohroženi řadou krví přenosných infekcí a somatických komplikací často vznikajících nedodržováním hygieny před, při a po aplikaci.

Tato komorbidní onemocnění, jsou heterogenní skupina onemocnění, které vznikají v souvislosti s užíváním návykových látek. Mohou být větší komplikací, než samotná závislost na drogách. Mnohdy jde o neléčitelné poruchy, u nichž je možná jen stabilizace (HIV/AIDS), jindy mají nepříznivou prognózu v kombinaci se závislostí, jako primárním problémem. Problematická je i léčba těchto komplikací, protože osoba aktuálně beroucí drogy často není schopná dodržet léčebný režim (Minařík, Řehák, 2008).

Minařík a Řehák (2008) dále uvádějí, že příčiny těchto somatických komplikací mohou být fyzikálně – chemické a infekční. Vznik těchto komplikací u uživatelů návykových látek je ale také podmíněn faktory životního stylu a způsobem jejich chování. Paradoxem v tomto případě může být rizikové chování, kterého se z úzkosti uživatel dopouští při nedostatku drog. Toto riskantní chování následně vede k poškození organismu. Somatické komplikace u uživatelů drog mají dle Minaříka a Hobstové (2003) různý stupeň závažnosti ve vztahu k účinkům užívané drogy, velikosti dávky, způsobu aplikace a délce doby užívání drog. Na základě těchto faktů dělí uživatele do tří skupin.

1. Experimentátoři a neinjekční uživatelé drog s kratší drogovou kariérou

Skupina uživatelů, kteří jsou ohrožení spíše rizikem vzniku drogové závislosti, nežli některou ze specifických tělesných komplikací užívání drog

2. Injekční uživatelé drog bez závažných zdravotních komplikací

Skupina uživatelů, kteří injekčně užívají kratší dobu nebo jsou velmi dobře informováni o možnostech ochrany a jejich dodržování. U těchto uživatelů jsou většinou poškození organismu jen malá a v případě přerušení užívání spolu s léčbou je návrat k relativně dobrému zdravotnímu stavu velmi pravděpodobný.

3. Dlouhodobí injekční uživatelé drog se závažnějším zdravotním poškozením

Většinou dlouholetí injekční uživatelé drog, u kterých následkem opakujících se infekcí mohlo dojít k poruchám výživy, vážnému poškození cévního systému i vnitřních orgánů. Uzdravení je v tomto případě méně pravděpodobné.

4.2.1. Infekční onemocnění u uživatelů drog

Mezi nejčastěji se vyskytující krví přenosné infekce u injekčních uživatelů podle ECDC a EMCDDA (2011) patří:

- *Virus lidské imunodeficience*
- *Virus hepatitidy typu C*
- *Virus hepatitidy typu B*

Ve výroční zprávě o stavu ve věcech drog za rok 2013 je uvedeno, že nově nakažených HIV mezi injekčními uživateli drog bylo 6 a prevalence tohoto viru je dlouhodobě pod 1 %. Nově nakaženo virovou hepatitidou typu C bylo v tomto roce 570 injekčních uživatelů, což je oproti letem předešlým mírný nárůst. Prevalence u VHC má ale klesající tendenci a pohybuje se v rozmezí 15-50 % dle charakteristik vzorku vyšetřených. Prevalence Hepatitidy typu B má dlouhodobě sestupnou tendenci díky plošnému očkování, které se provádí od roku 2001 a nově se nakazilo 38 injekčních uživatelů. Dalším zajímavým údajem je přiznané sdílení injekčního materiálu u injekčních uživatelů žádajících o léčbu. Za rok 2013 z celkového počtu 7184 osob přiznalo sdílení injekčního materiálu aspoň jednou v životě 2395. To je 33 % osob sdílejících své injekční náčiní. (Mravčík et al., 2014)

4.2.2. Lokální komplikace způsobené injekční aplikací

Mezi další komplikace, způsobené injekčním užíváním patří komplikace místní. Asi nejméně závažný je samotný vpich po aplikaci. Problém v tomto případě spočívá v tom, že uživatel se snaží, aby ho viditelný vpich neprozradil svému okolí, a tak se ubírá k aplikaci na méně viditelná místa, která jsou o to rizikovější. Příkladem je aplikace do třísel nebo dolních končetin. (Minařík, Řehák, 2008)

Nedodržováním hygienických zásad při aplikaci mohou v místě vpichu vznikat různé boláky, abscesy a další komplikace spojené se zanesením patogenních agens do organismu. Nejběžnějším patogenem je Staphylococcus aureus. I když se ve většině případů jedná o nezávažné infekce, některé mohou přejít k zánětům kostní dřeně, bakteremii, septické hluboké žilní trombóze a endokarditidě. Dalším původcem zánětů kůže a měkkých tkání, či systémové infekce jsou streptokoky skupiny A. Původci klostridiálních infekcí způsobují botulizmus a tetanus. Epidemicky se botulizmus, tetanus a další klostridiální infekce u injekčních uživatelů drog vyskytují po celé Evropě. Nehledě na vzácnost těchto infekcí, jsou závažným onemocněním, která mohou končit smrtí. (EMCDDA, ECDC, 2011)

Absces – dutina vzniklá zkapalněním postižené tkáně. Je ohraničená a vyplněná hnisem, samovolně se může provalit ven, čímž vznikne píštěl a hnis má možnost odtéci, absces se poté může zhojit jizvou. (Minařík, Řehák, 2008) Vznik abscesu je doprovázen zarudnutím, oblast zánětu je vyklenutá a velmi bolestivá. Absces je provázen celkovými projevy infekce

a je nutný zásah lékaře. V některých případech, musí být nemocný hospitalizován a je mu nasazena léčba antibiotiky. (Minařík, Hobstová, 2003)

Flegmóna – neohraničený zánět měkkých tkání, který se šíří do okolí. Nejčastěji bývají postižené končetiny. Zasažená oblast je oteklá, zarudlá, na pohmat teplá a výrazně bolestivá, současně jsou přítomny celkové příznaky s horečkou. Je to onemocnění, které může velmi rychle progredovat do sepse s rizikem smrti. Terapie spočívá v hospitalizaci a podávání antibiotik i.v., ev. následuje chirurgická revize s drenáží, ve velmi závažných případech je nutné postiženou končetinu amputovat. (www.stefajir.cz N. d.)

Tromboflebitida a hluboká žilní flebotrombóza- Tromboflebitida je zánětlivé onemocnění povrchových žil provázené tvorbou sraženiny, které vzniká v souvislosti s poškozením cévního systému při injekčním užívání drog. Projevuje se zarudnutým pruhem na kůži, který sleduje průběh žíly, na pohmat bolí a je zatvrdlý. Pokud dojde k rozšíření zánětu i na hluboký žilní systém dolních končetin, mluvíme o flebotrombóze. (Bártová, 1994) Ta se projevuje výrazným otokem, bolestivostí a namodralou barvou postižené končetiny. Nemocný udává tupou bolest v lýtku nebo chodidle, která zesiluje při palpaci. Tento stav je indikací k okamžité hospitalizaci a antikoagulační terapii. Hrozí uvolnění trombu a jeho vmetení do plic. Dle velikosti trombu se může jednat o masivní plicní embolii spojenou se srdečním selháním. (Minařík, Hobstová, 2003) Následkem hluboké žilní trombózy nebo opakovaných tromboflebitid je chronická žilní insuficience, která může vést k tvorbě nehojících se bércových vředů. (Bártová, 1994)

Infekční endokarditida- Každá aplikace drogy do žíly s sebou nese riziko zanesení bakterií do krevního řečiště. Ty se pak mohou zachytit na endokardu srdce s rozvojem infekční endokarditidy. Ohrožené jsou především osoby s vrozenými srdečními vadami nebo po operaci srdce. U i.v. uživatelů drog bývá nejčastěji zasažena trojcípá chlopeň v pravém srdci. Stav je provázen celkovou septickou reakcí s horečkami a opakovanými protrahovanými plicními záněty, které vznikají následkem septické embolizace trombů do plic. Léčba spočívá v hospitalizaci a podávání antibiotik, i přesto má špatnou prognózu. (Janíková, 2008)

4.3. Důvody pro injekční aplikaci

Injekční užívání drog je tedy způsobem, který je pro uživatele velmi riskantní a k potížím, jež vznikají v souvislosti s účinkem drogy, přidává další často o mnoho závažnější komplikace. Přesto je mezi problémovými uživateli drog preferovaným způsobem aplikace. Ze 44 900 problémových uživatelů v České republice za rok 2013 jich injekčně užívalo 42 700. (Mravčík et al., 2014)

Odpověď na otázku, proč je právě injekční aplikace na prvním místě mezi problémovými uživateli drog, když možností jak drogu aplikovat je celá řada, není jednoduchá. *„Pokud se podaří porozumět smyslu a kontextu injekčního užívání drog jako rizikového chování z perspektivy samotných uživatelů drog, bude možné pochopit, jaký*

význam pro ně různé formy rizikového chování mají. Tak bude možné lépe odhadnout, jak pro ně přijatelnost intervencí snižování rizik zvýšit". (Korčišová, 2004)

V této části popíši některé z možných faktorů, které jsou tomuto fenoménu připisovány.

Úspora drogy – Pešek (2013) uvádí, jako jeden z důvodů efektivnost aplikace, kdy injekční aplikace představuje nejméně ztrátový a nejrychlejší způsob užití drogy.

Rychlost a intenzita nástupu účinku drogy - Prožívání tzv. nájezdu je při injekční aplikaci mnohonásobně intenzivnější, než při aplikaci jiným způsobem. Účinek aplikované látky se dostavuje velmi rychle a je také silnější. Uživateli je tento stav často označován za jedinečný a jiným způsobem aplikace nedosažitelný. (Jirešová, Javorková, 2003)

Postavení mezi uživateli a dovednosti – jako další z důvodů injekční aplikace popisuje Pešek (2013) ve svém článku výzkumy, které uvádí, že někteří z injekčních uživatelů, se díky tomuto způsobu aplikace mezi uživateli cítili postaveni výše, na vyšší úrovni užívání. Dále zmiňuje, že známky injekčního užívání a náčiní používané k aplikaci mohou být pro uživatele znakem, že patří k jejich sociální skupině.

Závislost na jehle – Kalina (2003) uvádí ve svém článku, rituální složku této závislosti a také placebo efekt. Zmiňuje injekční uživatele Subutexu©, kteří tento substituční lék v rámci substituce užívali sublingválně, ale něco jim chybělo. Protože si pamatovali silný nájezd po aplikaci heroinu, to samé očekávali při aplikaci Subutexu©. Z důvodu tohoto očekávání se mohl dostavit i kýžený pocit euforie při aplikaci látky, která euforické účinky nemá.

5. Alternativní způsoby aplikace

Tyto způsoby aplikace jsou alternativou k aplikaci injekční, která je v České republice stále preferovaná problémovými uživateli drog, ačkoliv s sebou přináší nejvíce rizik oproti kterékoliv jiné. (Mravčík et al., 2003)

5.1. Inhalace

Jedná se o aplikaci drogy vdechováním kouře vzniklého spalováním pevné látky, výparů látek kapalných nebo plynů (Kalina et al, 2001). Plicními alveoly, které tvoří rozsáhlou vstřebávací plochu, se látka dostává do plicního řečiště, odkud je okysličenou krví transportována přímo do mozku (Naňka, Elišková, 2009). Nástup účinku je díky tomu rychlý, nastupuje během minut.

Látku lze inhalovat různými způsoby:

- Inhalace kouře z cigarety nebo dýmky (tabák, marihuana, hašiš, crack)
- Inhalace kouře trubičkou, kdy dochází k zahřívání látky např.na aluminiové folii (pervitin, heroin, opium)
- Inhalace rajského plynu z balonku nebo z bomby, inhalace plynu do zapalovačů
- Inhalace těkavých látek z hadříku, igelitového sáčku apod. (toluen, trichloretylen, aceton, éter, benzín) (Kalina et al, 2001)

Jako každá aplikace návykových látek, i tato není bez rizik, především pokud se provádí dlouhodobě a opakovaně. Pravidelná inhalace kouře způsobuje chronickou bronchitidu a emfyzém plic, navíc také zvyšuje pravděpodobnost vzniku některého z nádorových onemocnění dýchacích cest. (Bártová, 1994)

5.2. Nasální aplikace

Neboli šňupání, také sniffing. (Kalina, 2003)

Vstřebávání látky probíhá přes bohatě vaskularizovanou nosní sliznici. Určitá část vstupuje přímo do intrakraniálních žil díky komunikaci specifických venózních struktur. Část se však také absorbuje prostřednictvím čichových neuronů přes subarachnoidální prostory do mozkomíšního moku, což napomáhá rychlosti nástupu účinku. (remedia.cz N. d.)

Nejčastěji se tímto způsobem užívá kokain a pervitin. Aplikace se provádí hlavně pomocí trubiček, tzv. šňupátek, posloužit mohou např. brčka nebo srolované bankovky. V dnešní době se některé terénní programy v České republice věnují distribuci šňupátek jako prevenci šíření infekčních onemocnění. Při šňupání totiž často dochází ke krvácení a při sdílení aplikačních pomůcek proto hrozí riziko přenosu hepatitidy C, B, i HIV (js.os-prevent.cz N. d.).

Časté a opakované nasální užívání vede k poškození nosní sliznice. Díky chemickým a farmakologickým vlastnostem takto aplikovaných drog dochází k jejímu vysušování, krvácení, anemizaci, a v důsledku toho i k atrofii. To může vyústit do perforace nosního septa, nezřídka dochází ke zhoršení čichu až k jeho ztrátě (Janíková,2008).

Zajímavým údajem a zároveň důležitou informací pro klienty, kteří se rozhodnou pro tuto alternativu místo aplikace injekční je fakt, že pokud by byl šňupáním aplikován substituční lék Suboxone©, může díky výborné biologické dostupnosti jeho naloxonové součásti nasální cestou vyvolat abstinenční příznaky. (Příbalový leták Suboxone®, 2011)

5.3. Orální aplikace

Je to aplikace látky do dutiny ústní, při které dochází k absorpci do krevního oběhu přes sliznici tváří (=bukální) nebo podjazykovou (=sublingvální). Stejně jako u výše zmíněných aplikací i u této dochází k potlačení tzv. first pass efektu, což přispívá k rychlosti nástupu účinku „First pass efekt“ znamená, že dojde ke snížení účinku léku tím, že jeho část je metabolizována v játrech ještě před vstupem do systémového oběhu. Je charakteristický pro perorální podávání léčiv. (wikiskripta.eu N. d.)

Při orálním podání nastupuje účinek drogy opět poměrně rychle, přibližně za 15 minut. Tento způsob užití je typický pro LSD, žvýkací tabák, kokové listy a především pro buprenorfin, který se v terapeutických indikacích podává výhradně sublingválně. Tableta se vloží pod jazyk, kde se ponechá, dokud se nerozpustí (5-10 minut). Po absorpci je lék distribuován do celého těla a prochází hematoencefalickou bariérou do centrálního nervového systému, kde se naváže na opioidní receptory a z této vazby se pak pomalu uvolňuje, což vysvětluje délku jeho účinku. Ten nastupuje během pár desítek minut, maximální plazmatické koncentrace dosahuje přibližně za 90 minut a může působit i několik dní v závislosti na velikosti dávky.

Buprenofin (Subutex©) je součástí lékařského, sociálního a psychologického terapeutického programu pro závislé na drogách opioidního typu. Tento polosyntetický derivát jednoho z alkaloidů opia- thebainu byl objeven r.1960, zpočátku byl používán jako analgetikum, později k detoxifikační a substituční léčbě při závislosti na opiátech. Největší boom na našem trhu zažil v letech 2002-2003, kdy se stal jednou z nejoblíbenějších drog opiátového typu. Na jeho popularitě se podílela zhoršující se kvalita heroinu a snadná dostupnost léku, kdy ho mohl předepsat každý lékař na obyčejné recepty. Od r.2003 je jeho preskripce kontrolována a regulována, v současné době ho lze napsat pouze na opiátové recepty s modrým pruhem. Má podobné účinky jako heroin či morfin, díky kterým se zařazuje mezi návykové látky a jeho pravidelné užívání vede ke vzniku závislosti. Tato závislost však díky jiné vazbě na receptory vzniká pomaleji, je mírnější a nese s sebou méně rizik než závislost na heroinu (má nižší toxicitu, a tím menší riziko předávkování). (drogovaporadna.cz N.d.)

Rozdrcené tablety si problémoví uživatelé často aplikují i intravenózně, což s sebou přináší stejná rizika jako injekční užívání jakékoli jiné drogy. V kombinaci s naloxonem však tento způsob aplikace nemá požadovaný euforizující účinek. V USA se k detoxifikaci i substituci používá výhradně tato kombinace, u nás je tento léčivý přípravek registrován pod názvem Suboxone©. (Raboch, 2006)

5.4. Perorální aplikace

Je to způsob, při kterém je látka aplikována ústy a po průchodu jícnem a žaludkem je absorbována v dalších etážích gastrointestinálního traktu, především v oblasti duodena a tenkého střeva. (biotox.cz N.d.) Po vstřebání se látka dostává cestou portální žíly do jater, kde dochází k její interakci s jaterními enzymy a tzv.first pass efektu, tedy k inaktivaci části účinné látky, a tím ke snížení její biologické dostupnosti pro tkáně ještě před vstupem do systémové cirkulace. Biologická dostupnost vyjadřuje procento využité látky z původně užitého množství (Kalina, 2003) a závisí na obsahu trávicího traktu, aktivitě enzymů, střevní peristaltice apod. (wikiskripta.eu N. d.) Systémový účinek perorálně podaných látek obvykle nastupuje za 15 až 60 minut.

Tento způsob podání drogy patří mezi nejméně nebezpečné, pomineme-li riziko předávkování pro pozdější nástup účinku. Perorálně se podávají hlavně tablety obsahující účinnou látku. Mezi nejčastěji zneužívaná psychofarmaka patří bezesporu benzodiazepiny, které bývají předepisovány velmi často a ne vždy v jasných indikacích, což je v rozporu s jejich doporučením. Hodně a mnohdy neuváženě se předepisují léky navozující spánek- hypnotika, léky eliminující úzkost a vnitřní napětí- anxiolytika, dále analgetika- jak opioidní pro léčbu středně silné a silné bolesti (pooperační, poúrazové, u onkologických onemocnění), tak i nesteroidní antirevmatika, která se užívají při bolestech mírnějších, především u revmatických onemocnění, ale také při bolestech svalů či kloubů. Pro medicínské účely se vyrábí syntetický opioid pro perorální substituční léčbu závislých na opiátech- metadon. Někteří uživatelé si připravují odvary z makovic, které následně popíjejí. Složkou nejrůznějších pokrmů a nápojů mohou být i konopné drogy, které se z trávicího traktu pomalu absorbují a účinek vrcholí za 1 až 5 hodin po požití, bývá také delší než při kouření. Nejrozšířenější přírodní halucinogenní drogou je psilocybin obsažený v houbách rodu lysohlávky, které se běžně vyskytují na území České republiky a jejich užívání mívá sezonní charakter s maximem na podzim. MDMA (extáze) je droga, která se díky svým psychoaktivním účinkům dostává na pomezí stimulancií a halucinogenů. Patří mezi oblíbené taneční drogy a její užití právě během celonočních akcí s sebou nese riziko hypertermie (přehřátí organismu), které může skončit i fatálně.

Perorální aplikaci želatinových kapslí nejčastěji využívají uživatelé pervitinu. Bývají to ti, kteří si ho dávají několikrát za den nasálně či injekčně, a v důsledku toho mívají poškozenou nosní sliznici nebo žíly, ev. trpí dalšími somatickými komplikacemi. Kapsle jsou i vhodnou alternativní možností pro intravenózní uživatele ve chvíli, kdy u sebe nemají čistý aplikační materiál nebo právě omezují injekční užívání. Před rozšířením

distribuce kapslí v rámci nízkoprahových služeb si uživatelé zabalovali pervitin do papírků nebo ubrousků a následně ho v této formě polykali. V případě, že se tato „bombička“ roztrhla ještě před vstupem do žaludku, hrozilo chemické poškození hltanu či jícnu. S kapslemi toto riziko odpadá, protože je k jejich rozpuštění nutné kyselé žaludeční prostředí. Na druhou stranu u geneticky predisponovaných jedinců může jejich pravidelné požívání způsobit gastritidu nebo žaludeční a duodenální vředy. K jejich prevenci je dobré se před polknutím kapsle najíst. Bolesti břicha a pocity nevolnosti se často objevují právě při užívání kapslí nalačno. Aplikace želatinových tobolek navíc eliminuje riziko přenosu infekční hepatitidy B a C, HIV a dalších krví přenosných nemocí. Zanesení infekce do těla však může nastat po podání kapsle do konečníku. Tato aplikace se nedoporučuje i vzhledem k lékové formě, je určena pro perorální užití. Nevýhodou může být časově omezená možnost manipulace s kapslemi. Pokud trvá déle než 10 minut nebo se provádí ve vlhkém prostředí, tobolka může zgelovatět, ev. se rozpustit. K naplnění kapsle je doporučeno použít takové množství dávky, na kterou je uživatel zvyklý, a to alespoň při první aplikaci touto cestou. Neměl by si do kapsle připravit více než 1,5násobek své běžné dávky. Účinek drogy podané perorálně nastupuje později v závislosti na náplni žaludku, a proto zde při netrpělivosti hrozí riziko předávkování. Není zde přítomen nájezd typický pro intravenózní aplikaci. Intenzita účinku bývá také menší. Jako kompenzace se nabízí delší doba, po kterou droga působí a také slabší dojezd. Navíc je samotná aplikace kapslí mnohem méně nápadná oproti používání injekčních setů nebo šňupacích pomůcek.

4.5. Rektální aplikace

Při tomto druhu aplikace se účinná látka podává do konečníku a přes jeho sliznici dochází k absorpci. V rektu se nachází bohaté žilní pleteně, odkud větší část krve odtéká dolní dutou žilou do systémového oběhu. Tím obchází portální systém, a proto bývá first pass efekt méně výrazný. Díky tomu je nástup účinku rychlý, nastává do 15 minut. (wikiskripta.eu N.d.)

Jedná se o druhý nejúčinnější a v porovnání s injekčním užíváním bezpečnější způsob aplikace. Příprava dávky do stříkačky je stejná jako u injekčního podání. Pro snadnější aplikaci je vhodné konečník natřít lubrikačním gelem, který bývá k dostání v K-centrech nebo u terénních pracovníků. Po odstranění jehly se cca 1cm kónusu injekční stříkačky zavede do rekta a pomalu se vstříkne dávka. Vzhledem k prokrvení a citlivosti stěny rekta se látka dostane do oběhu již za 30 vteřin. (edekontaminace.cz N. d.)

Hrozí zde menší riziko nákazy infekčními chorobami, samozřejmě za předpokladu vlastního aplikačního materiálu. Nedochází k poškození žil a nejsou zde rizika spojená s injekční aplikací- vznik abscesů a další infekce v místě vpichu, nabodnutí nervu nebo tepny.

Na druhou stranu však může dojít k podráždění nebo poškození konečníku, a tím ke zvýšení rizika přenosu HIV, infekčních žloutenek nebo pohlavně přenosných nemocí. Hygiena je proto velmi důležitá. Anální aplikace se nedoporučuje v případě zánětlivě

změněné sliznice rekta ani při výskytu hemeroidů. Stejně jako u jiných způsobů užívání drog, i zde může dojít k předávkování.

II. výzkumná část

6. Metodika výzkumu

Pro svou práci jsem se rozhodl použít strategii kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je vhodné zvolit, chceme-li zjistit mnoho informací o malém počtu respondentů. Kvalitativní výzkum pomáhá vytvářet teorie, je znám svou slabou standardizací, díky níž je možno dosáhnout vysoké validity, avšak nízké reliability. (Disman, 2006)

Záměrem práce je pochopit zkoumaný jev, zmapovat vzory chování a postoje klientů na otevřené drogové scéně v Praze k alternativním způsobům aplikace. Proto jsem zvolil jako výzkumnou metodu polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturovaný rozhovor je dle Miovského (2006) nejrozšířenější formou metody interview, poněvadž vytváří zlatou střední cestu mezi nestrukturovaným i plně strukturovaným interview. Je typický připraveným schématem, kterým se výzkumník musí řídit. Schéma je však možné doplňovat dalšími otázkami v návaznosti na to, jaká témata považuje ten který respondent za důležitá. Pořadí otázek rovněž není pevně dáno, výzkumník ho může libovolně pozměnit. Jako největší výhodu této metody sběru dat považuji možnost vyjasnit si nedorozumění v průběhu vedení rozhovoru. Další výhodou je prostor pro subjektivní vyjádření respondentů, díky němuž je možné prozkoumat sledované jevy více do hloubky. Polostrukturovaný rozhovor jsem uskutečnil se dvěma typy respondentů.

6.1. Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumu je zjistit míru informovanosti, motivace a postoje klientů na otevřené drogové scéně v Praze k alternativním způsobům aplikace. Dílčím cílem je prozkoumat, jaké překážky by mohly stát v pozadí slabšího využívání alternativních aplikací, a to jak na straně klientů, tak v nabídce pracovníku terénních programů v Praze.

Dalšími cíli jsou:

- Zjistit, jaké mají klienti zkušenosti s AZAD;
- Zjistit také zkušenosti pracovníků terénních programů – jaký je jejich názor na využívání těchto metod klienty, jaký je názor na jejich nabídku.
- Zjistit, které způsoby klienti nejvíce preferují a které naopak nejvíce odmítají.
- Zjistit, které důvody (okolnosti) je nejčastěji vedou k využití nějaké alternativní metody.

6.2. Výběr vzorku

Vzhledem k zaměření mého výzkumu jsem zvolil dva typy respondentů - klienty vyskytující se na otevřené drogové scéně v Praze a pracovníky terénních programů SANANIM, Drop-in a Progressive.

Respondenty z řad klientů jsem vybíral na základě prostého náhodného výběru. Znamená to, že jsem respondenty vybíral náhodně, bez použití jakéhokoli pravidla. Jedinou podmínkou pro výběr byl souhlas s účastí ve výzkumu.

Respondenty z řad pracovníků jsem vybíral na základě metody záměrného (účelového) výběru přes instituce. Jak předkládá Miovský *„záměrný výběr přes instituce je metodou, kdy využíváme určitého typu služeb nebo činnosti nějaké instituce, určené pro cílovou skupinu, která nás výzkumně zajímá*.“ (Miovský, 2006, s. 138) Tento způsob výběru je časově velmi efektivní. Chtěl jsem pokrýt všechny tři organizace, které působí v Praze, abych zjistil co nejvíce různých odpovědí. Domnívám se, že v rámci každého terénního programu existuje něco jako „firemní politika“ nebo „firemní strategie“, která ovlivňuje sortiment poskytovaných služeb i podávaných informací o AZAD.

6.3. Výzkumné otázky

Jaká je informovanost klientů a pracovníků o alternativních způsobech aplikace k aplikaci injekční?

Jaké jsou rozhodující faktory při volbě jednotlivých způsobů aplikace.

Jaké jsou bariéry při volbě přechodu na alternativní aplikaci?

6.4. Realizace rozhovorů

Rozhovory s klienty probíhaly v terénu, tedy přímo na ulici- konkrétně v prostředí Hlavního nádraží v Praze ve Vrchlického sadech. Všechny rozhovory byly prováděny anonymně. Pro sesbírání dat jsem využil standardní služby, kdy jsem šel s kolegy do terénu pouze jako doprovod, abych se mohl plně soustředit na výzkum. Ve chvíli, kdy mi dal klient souhlas k účasti ve výzkumu, přesunuli jsme se na lavičku, kde jsme měli na rozhovor relativní soukromí. Pochopitelně prostředí Vrchlického sadů není pro rozhovor ideální, je zde mnoho ruchu. Klient (respondent) je ve svém přirozeném prostředí. Může být rozptýlen jinými klienty, sháněním drog či prostředků na ně. Zároveň ovšem toto prostředí lépe vyhovovalo metodě náhodného výběru výzkumného vzorku a také představuje vysokou míru autenticity.

6.4.2. Etika výzkumu

Každý dobře provedený výzkum by měl splňovat tato pravidla:

- Dobrovolná účast,
- Ochrana subjektů před poškozením,
- Anonymita a důvěrnost,
- Identita výzkumníka – podvádění subjektů,
- Poctivost v analýze dat a prezentaci výsledků

(metodykv.wz.cz N.d.)

Dobrovolná účast – všichni respondenti byli požádáni o účast ve výzkumu. Nebyl na ně vyvíjen žádný nátlak. Nebyla jim poskytnuta žádná odměna.

Ochrana subjektů před poškozením – všichni respondenti byli seznámeni se záměrem výzkumu a byly poučeni o tom, že výstupy výzkumu budou využity výhradně ke studijním účelům.

Anonymita a důvěrnost – respondenti vystupují ve výzkumu anonymně. Se všemi byl uzavřen ústní souhlas o anonymizaci jejich osobních údajů. Zároveň jsem byl schopen dosáhnout vyšší důvěrnosti, jelikož mne obě skupiny respondentů dobře znají, buďto v roli pracovníka anebo kolegy.

Identita výzkumníka – S tím ovšem souvisí, že se mi díky tomu hůře vtělovalo do role výzkumníka. Bylo složité si podržet formální pozici i dávat si pozor na to, abych stylem kladení otázek respondenty neovlivňoval.

Poctivost v analýze a prezentaci dat – při sběru dat i jejich následné analýze jsem se soustředil na své nejlepší vědomí a svědomí.

7. Analýza dat

V této části mé práce popíši analýzu empirického materiálu, a to vždy pro každou skupinu respondentů zvlášť. Na konci kapitoly se pak pokusím o syntézu všech získaných dat.

Data jsem z audio záznamů pořizoval technikou úplné transkripce. Následně jsem pro úpravu textu použil redukci prvního řádu. Důvodem pro redukci prvního řádu je, že jsou v nahrávce pasáže, které jsou irelevantní a jejich přepsání by bylo časově nákladné. „Nejjednodušší formou redukce prvního řádu je vynechávání všech částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci. Vynecháváme tedy různé zaznamenané zvuky, slova tvořící pouze tzv. slovní vatu atd. Text dále bývá očištěn od výrazů, jejichž přítomnost spíše narušuje plynulost a které samy nenesou žádnou informaci.“ (Miovský, 2006, str. 210)

Rozhovory jsem pak přepsal společně s doplňujícími otázkami do podoby dotazníku, jejich zredukované verze dokládám v příloze č. 1 a v příloze č. 2. Doplňujících otázek bylo mnoho a ve své podstatě se hodně opakovaly. Pro vlastní zjednodušení jsem v přepisu dotazníku nerozlišoval otázky hlavní (páteřní) a otázky doplňkové. Vytvořil jsem trsy jednotlivých otázek a ty jsem pak v transkripci využil pro každého respondenta, přestože každý rozhovor byl unikátní a každého respondenta jsem se dotazoval specifickým způsobem. Doplňkové otázky typu: „proč?“, „Mohl/a bys to lépe vysvětlit?“, atp., jsem v transkripci hodně vynechával. Někteří respondenti byli tišší a strozí (jak na straně klientů, tak pracovníků), bylo nutné se tedy tímto stylem dotazovat více. Každopádně odpovědi respondentů představují úplnou transkripci upravenou pouze výše zmíněnou redukcí prvního řádu.

Pro samotnou analýzu dat jsem pak použil metodu vytváření trsů a metodu vzorců.

7.1. Analýza rozhovorů s klienty

V první řadě vyhodnotím rozhovory provedené s klienty terénních programů. Jeden rozhovor trval přibližně 15 minut a byl nahráván na diktafon. Analýzu popíšu v posloupnosti uvedeného schématu polostrukturovaného rozhovoru.

Obecné informace

Rozhovor jsem uskutečnil celkově s devíti respondenty, z nichž čtyři byly ženského pohlaví. V mém vzorku tedy mírně převažují muži. Tato skutečnost zároveň nepřesně kopíruje zastoupení mužů a žen v populaci problémových uživatelů otevřené drogové scény v Praze, kdy muži převažuji v sedmdesáti procentech nad ženami. Věkový průměr je 37,3 let.

Co se týče formy bydlení, nejčastěji byl zmiňován stan, uvedli ho celkem 4 respondenti. Druhou nejčastější formou bylo bydlení v domě, buď dohromady s rodiči či s přítelem. Tuto možnost uvedli 3 respondenti. Jedna respondentka uvedla, že žije přímo na ulici a nemá žádné místo, kde by trvale pobývala. Jeden respondent bydlí na ubytovně.

Všichni respondenti uvedli, že jsou nezaměstnaní. 3 respondenti však docházejí na brigády. Obecné informace o jednotlivých respondentech jsou rozepsané v tabulce číslo 1.

Tabulka 1 obecné informace o klientech

respondent	gender	věk	bydlení	zaměstnání
1	ž	29	v domě	nemá
	ž	32	bez domova	nemá
3	m	30	v domě	brigády
4	m	39	ve stanu	nemá
5	m	52	ve stanu	úřad práce
6	ž	32	ve stanu	brigády
7	m	44	ubytovna	úřad práce
8	ž	39	u rodičů	brigády
9	m	39	ve stanu	nemá

Drogová kariéra

Průměrná délka užívání drog byla u respondentů devět let. Nejdelší drogová kariéra byla 16 let a nejkratší 4 roky. Výměnný program respondenti využívali v průměru 5 let. Nejdéle 10 let a nejkratší dobou, kdy byl respondent v kontaktu s výměnným programem, byly 2 roky. Všichni respondenti uvedli, že užívají více druhů drog. Z toho vyplývá, že všichni respondenti mají tzv. polyvalentní závislost. Nejčastější kombinací je subutex a pervitin. V tabulce číslo 2 jsou vypsány informace o délce užívání, délce injekční aplikace, délce využívání služeb výměnných programů a primární droga jednotlivých respondentů.

Tabulka 2 drogová kariéra

respondent	délka užívání drog	délka injekční aplikace	Délka využívání výměnných programů	primární droga
1	4	2	2	subutex
2	12	9	7	P,R,S
3	6	4	4	subutex
4	10	8	7	subutex
5	9	7	7	marihuana
6	7	6	6	pervitin
7	16	15	12	pervitin
8	8	6	5	pervitin
9	7	6	5	subutex

Zkušenosti s alternativními aplikacemi

Další dva bloky výzkumu se týkaly samotných zkušeností s užíváním drog jinými způsoby, než je převažující intravenózní způsob. První blok dával větší prostor respondentům pro popsání jejich dosavadních zkušeností, nejvíce mne pak zajímaly zkušenosti z nedávné doby (cca do 1 roku). Chtěl jsem vědět důvody, které dovedly klienty k jiným formám aplikace drog, zároveň jsem chtěl také zjistit, jaké pocity u toho prožívali.

Kromě jedné respondentky, která uvedla, že drogy jinak nežli intravenózně vůbec neužívá, zmínili všichni respondenti nedávné zkušenosti s alternativními aplikacemi. Převažuje jasně sub-lingvální užití. Jeden respondent uvedl případ, kdy byl nucen takto užít Subutex či Suboxone, protože se ocitl ve výkonu trestu (*„Zkoušel, když jsem byl v kriminálu, tam seženeš tak buchnu, která je úplně tupá, a dalo si s ní tak sto lidí. Takže tam jsem esko cucal a perník kouřil. Jako když máš chábra, tak ti sežene čistou, ale je drahá, třeba za tři kila i víc.).* Jedna respondentka uvedla, že sub-lingvální užití jednodušše vyzkoušela (*„Jooo, zkoušela jsem cucat suboxone, asi 2 mg, čtvrtku, byly to vyhozený prachy.“).* Dva respondenti uvedli jako důvod substituční léčbu (*„Pravidelně cucám subáč. Mě cucání*

vyhovuje, jsem v substituci."; „Tak já dost často beru subáč pod jazyk. Musim…jsem v substituci."). Dva respondenti pak zmínili, že v poslední době drogy inhalovali (*„Jo, zkoušel, jak jsem řekl, občas si perník vykouřim z plechu.").* Další dva respondenti uvedli zkušenost s rektální aplikací (*„Jo , někdy mi nejde si dát, vidíš ne? (Smích) Takže už asi třikrát jsem si to stříkla do zadku, bylo to úplně stejný, stejně rychlý , stejně intenzivní jako jehlou. Perník byl snad i lepší než jehlou, hlavně to šlo hned.", „Zkoušel jsem rektální aplikaci.") Stejný respondent pak ještě dodal i zkušenost s kapslemi („Zkoušel jsem i kapsle, ale to v dobách dřívějších.").*

Co se týká důvodů, které respondenty vedly k alternativnímu užití drogy, převažuje důvod absence jehly, celkem ho zmínili 4 respondenti (Např.: *„Neměla sem čistou, já si nikdy nedávám špinavou, tak jsem to vycucala, ale často to nedělám.", „Když jsem byl v nemocnici, tak tam mi dávali cucat esko, jiný si to tam šlehali různejma způsobama ale já to cucal.").* 4 respondenti uvedli jako důvod špatný stav jejich žilního systému (*„Šetřim tim žíly", „Dělám to pro to, abych šetřil žíly. Už jsem se něco nafetoval.").*

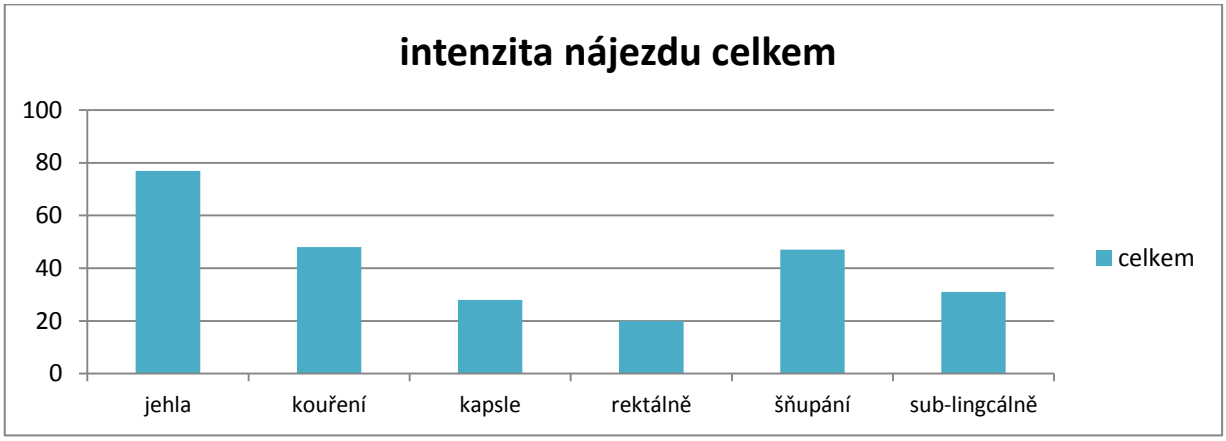
Z hlediska pocitů uživatelů jsou odkazy na prožívání během alternativních aplikací spíše negativní *(„Jehla je prostě nejlepší. Je to nejrychlejší, nejlevnější. Jinak drogy brát nechci", „Problém je to, že do zadku si dáš, jen když jsi sám a v klidu a to se feťákovi moc často nestane. Taky je to finančně náročnější, já nekradu, abych si mohl víckrát dávat jinak než jehlou", „Když už si chci dát perník, tak chci nájezd. A ten po kapsli za moc nestojí*").

Jen 3 respondenti uvedli spokojenost („ už asi třikrát jsem si to stříkla do zadku, bylo to úplně stejný, stejně rychlý , stejně intenzivní jako jehlou, perník byl snad i lepší než jehlou, hlavně to šlo hned", „Je to docela dobrý. Pochopitelně si tak dávám perník. Nájezd je rychlej a člověk má pak větší chuť na sex", „Mě cucání vyhovuje, jsem v substituci".)

6 respondentů uvádí slabé účinky po vstupu drogy do organismu (tzv. nájezdu), a to i po dobu intoxikace. 2 respondenti uvedli také finanční důvody jako překážku pro aplikaci drog alternativními způsoby.

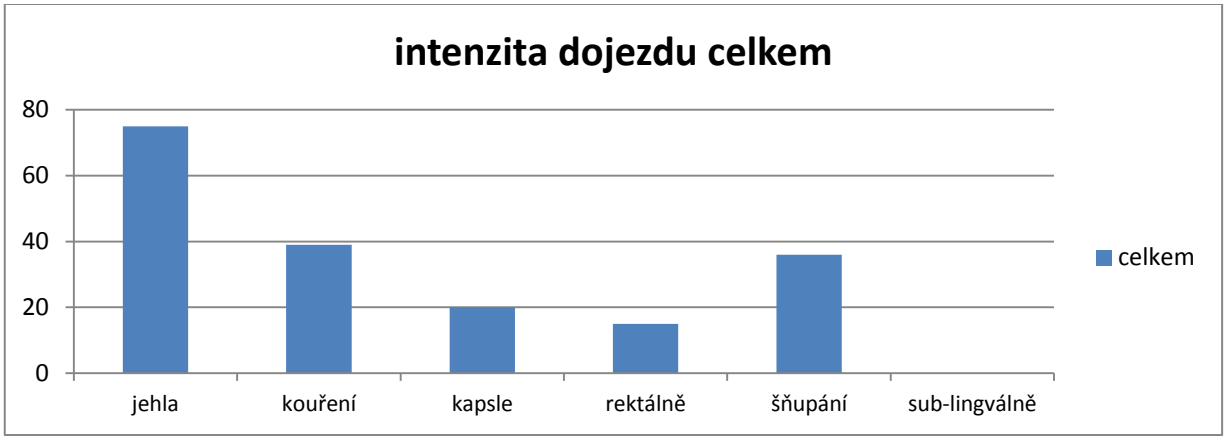
Respondentům jsem v rámci rozhovorů předložil škálu intenzity nájezdu a dojezdu při jednotlivých způsobech aplikace drogy. Hodnoty, které jsou v grafu znázorněny, jsou zkreslené, někteří respondenti nevyzkoušeli všechny typy vybraných způsobů aplikace a nemohli je tak hodnotit. Aplikaci jehlou, kouření a šňupání vyzkoušel každý z respondentů. Sub lingvální aplikaci zkusilo 9 respondentů z 10. Tímto způsobem byl aplikován jen buprenorfin, pro jiné drogy tento způsob není vhodný. Pomocí kapsle si drogu aplikovalo 6 respondentů a rektální způsob aplikace zkusili 3 respondenti. V grafu číslo jedna můžeme vidět, že za způsob aplikace s nejvyšší intenzitou nájezdu byl nejvíce respondenty označen způsob injekční aplikace. Na druhém místě jsou šňupání a kouření, třetí je sub lingvální aplikace. Rektální aplikace je na posledním místě a to z toho důvodu, že s její zkušeností mělo zkušenost nejméně respondentů. Ti, kteří vyzkoušeli tento způsob aplikace, ho stavěli na stejnou úroveň intenzity, jako aplikaci injekční.

Graf 1 intenzita nájezdu drogy při jednotlivých způsobech aplikace



Intenzita tzv. dojezdu byla nejvyšší při injekční aplikaci, na druhém místě je kouření, třetí je šňupání a čtvrtá aplikace perorální formou kapsle. Aplikace s nejmenší intenzitou dojezdu je sub lingvální, což ale platí jen pro buprenorfin. Pro ostatní drogy je to aplikace rektální.

Obrázek 1 intenzita dojezdu při jednotlivých způsobech aplikace



Co se týče druhu užívaných drog, respondenti nejčastěji uváděli pervitin a buprenorfin. Výhodou i.v. aplikace vidí především v intenzitě účinku a ekonomických důvodech. Pro alternativní aplikaci se rozhodují hlavně z důvodů zdravotních a při absenci čisté jehly. Pro shrnutí lze říci, že důvody pro nevyužívání alternativních způsobů jsou především slabší účinky látky.

Tabulka 3 užívané drogy, důvody pro aplikaci jehlou a důvody pro alternativní způsob aplikace

respondent	důvod i.v.	důvod azad	užívané drogy
1	intenzita účinku	absence čisté jehly	Subutex, Pervitin, Rivotrill
2	intenzita účinku	nemožnost i.v. aplikace	Subutex, pervitin, alkohol,
3	pocit úlevy	kriminál, absence stříkačky	Subutex, pervitin, alkohol
4	ekonomický důvod	hosp. absence stříkačky	Subutex, pervitin
5	neuvádí	šetření žil	pervitin
6	ekonomický důvod	na začátku éry braní	alkohol, pervitin
7	účinek a ekonomické důvody	absence čisté jehly	Subutex
8	účinek a ekonomické důvody	zdravotní důvody	pervitin, THC, alkohol
9	účinek a ekonomické důvody	zdravotní důvody	subutex, pervitin

Informovanost

Co se týká informovanosti, byla to z mého pohledu nejslabší část výzkumu, jelikož respondenti odpovídali velmi stroze a jasně, všech 8 klientů odpovědělo navíc v zásadě stejně. Všichni respondenti se shodují v tom, že od pracovníků terénních programů dostávají informace a dostávají dostatek informací. Sami se cítí být dobře informovaní a necítí potřebu ani zvědavost se o alternativních aplikacích dozvědět více.

7.2. . Analýza rozhovorů s pracovníky

Celkově jsem uskutečnil rozhovory s osmi pracovníky. Výzkumu se zúčastnili 3 pracovníci ze SANANIMu, 3 pracovníci z Drop-inu a 2 pracovníci z Progressivu. 4 ženy a 4 muži.

Nejstaršímu z respondentů bylo 47 let, nejmladšímu 27 let. Délka praxe v drogových službách byla nevíce 14 let a nejméně 3 roky.

Tabulka 4 obecné informace o pracovnících

pracovník/nice	pohlaví	věk	délka praxe (roky)
1.	žena	45	14
2.	žena	31	6
3.	muž	33	9
4.	žena	32	7
5.	muž	47	12
6.	muž	27	3
7.	žena	30	7
8.	muž	29	5

Pod pojmem alternativní aplikace drog si všichni respondenti z řad pracovníků vybavují aplikaci jiným způsobem než injekčním. Každý zmiňuje kouření z alobalu a kapsle, 4 respondenti navíc mluvili o rektální aplikaci a 5 jich zmínilo šňupání.

Téma alternativních aplikací považují všichni pracovníci za velmi důležité a to hlavně z důvodu snížení zdravotních komplikací, které se pojí s aplikací jehlou.

Zájem o téma alternativních aplikací projevují klienti zejména z důvodu zdravotních komplikací. Tento důvod uvedlo 6 pracovníků. 3 pracovníci uvedli, že někteří klienti chtějí kapsle nebo alobal proto, že pracují a nechtějí se prozradit vpichy, kterých by si v práci někdo mohl všimnout. 4 pracovníci uvedli, že mnoho klientů si bere kapsle, aby v nich uložili buprenorfin zakoupený na černém trhu.

Materiálem, který je pracovníky nejčastěji doporučován a distribuován pro alternativní aplikaci, jsou kapsle a alobal. O tento materiál mají klienti největší zájem a nabízejí ho všechny tři organizace. Všem pracovníkům tato výbava přijde dostačující. Dle některých respondentů by klienti uvítali trubičky na šňupání a silnější alobal. O rektální aplikaci se respondenti příliš nezmiňují.

Dle respondentů volí klienti alternativní způsoby aplikace především ze zdravotních důvodů, hlavně při poškození žilního systému. Nejčastějšími důvody, kterými argumentují proti alternativní aplikaci, jsou absence nájezdu typického pro injekční užívání a bolesti břicha s nevolností po perorálním užití kapslí.

Informace o alternativních aplikacích předávají pracovníci nejvíce verbálním způsobem, několik jich zmiňuje také časopis dekontaminace, který považují za dobrý prostředek pro šíření informací.

Pracovníci se cítí být v oblasti dobře orientovaní, pouze 2 respondenti uvedli, že vzdělávání by jistě pomohlo rozšířit znalosti uvnitř týmu.

2 respondenti mi sdělili názor, že by bylo vhodné lepit instrukční návod na sáčky s kapslemi (což prozatím nedělají).

8. Diskuze a závěr

Mého výzkumu se zúčastnilo devět respondentů z řad klientů terénních programů v Praze. 100% z nich, užívá drogy injekčně a s alternativním způsobem aplikace drogy má nedávnou zkušenost osm z devíti respondentů. Nejrozšířenější alternativní aplikací je aplikace sublingvální.

Pokud shrnu veškeré získané informace, mohu předně říci, že názory pracovníků na problematiku – tedy na slabou míru praktikování aplikací alternativními způsoby – se shodují s názory samotných klientů.

Pracovníci i klienti uvádí naprostou preferenci intravenózní aplikace z důvodu nejlepší intenzity nájezdu, nejlepšího potažmo nejdéle trvajícího stavu intoxikace, rychlosti samotné aplikace a také finanční úspornosti.

Zároveň, výzkum přináší i zjištění, že pro zhruba 30% dotázaných se rektální, nasální i inhalační metoda v zásadě rovná intenzitě prožitku i nájezdu během intravenózní aplikace. Překvapivé zjištění je zejména to, že respondenti, kteří prolomili tabu a vyzkoušeli rektální aplikaci, byli s prožitky velmi spokojení.

Z rozhovorů s pracovníky vyplývá, že rektální aplikace je pro 6 respondentů velmi okrajové téma. Pouze 2 respondenti uvedli, že se o tématu s klienty baví. Lze tedy říci, že rektální aplikace je forma, která v sobě skýtá rezervy. Důvodem je patrně to, že se jedná o citlivé a intimní místo.

Všichni pracovníci uvedli, že necítí potřebu rozšiřovat svůj materiál na AZAD. Současně ale nikdo z nich neuvedl, že by nosil trubičku vhodnou na rektální aplikaci.

Na závěr tedy přicházím s nápadem i doporučením na prolomení bariér na téma rektální aplikace, případně rozšíření sortimentu o trubičku, která by na ní byla vhodná.

Výsledky mého výzkumu se však nedají považovat za dostatečně relevantní. Hlavní roli zde hraje především omezený počet respondentů, kteří se výzkumu účastnili. Dále je nutno vzít v potaz jejich aktuální duševní stav, který mohl být ovlivněn akutní intoxikací. Neméně důležité je klidné a bezpečné prostředí pro rozhovory, které jsem však vzhledem k okolnostem nemohl zajistit. Rozhovory jsem prováděl přímo na otevřené drogové scéně, kde se moc prostoru pro soukromí zrovna nenabízí. Myslím si, že by dalšímu výzkumu prospělo, kdyby respondenti znali kladené otázky předem a mohli se na ně lépe připravit.

Dále je dle mě důležité zajištění většího soukromí a ničím nerušeného prostředí pro interview. Jsou to podmínky, které můžeme ovlivnit. To však neplatí pro případnou intoxikaci, která závisí na respondentech samotných.

Zdroje informací

BÁRTOVÁ, Jarmila. *Přehled patologie*. Vydání první. V Praze: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2745-8.

BEDNÁŘOVÁ, Zdena a Lubomír PELECH. *Sociální práce na ulici - streetwork*. Vyd. 1. Brno: Doplněk, 2000, 102 s. Co-jak-proč. ISBN 80-723-9048-1.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

Dolanská, P., Korčišová, B., Mravčík, V.: Testování infekcí u uživatelů drog v nízkoprahových zařízeních. Praha: ÚV ČR, 2004.

Drogová poradna [online]. [cit. 2015-12-07]. Dostupné z: http://www.drogovaporadna.cz/

EMCDDA (2015). *Evropská zpráva o drogách: Trendy a vývoj*. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie.

HESS, Ladislav. Nazální aplikace farmak a její indikace pohledem anesteziologa. *Remedia* [online]. [cit. 2015-12-07]. Dostupné z: http://www.remedia.cz/Okruhy-temat/Anesteziologie-a-intenzivni-pece/Nazalni-aplikace-farmak-a-jeji-indikace-pohledem-anesteziologa/8-R-1lO.magarticle.aspx

Hobstová, J.; Minařík, J (2003) Somatické komplikace a komorbidita 2 – infekční hepatitidy a AIDS. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. Kapitola 4/4. ISBN: 80-86734-05-06

Hrdina, P. (2003) Harm reduction – snižování poškození drogami. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. s. 263 – 264. ISBN: 80-86734-05-06

Hrdina, P.; Korčišová, B. (2003) Terénní programy. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a drogové závislosti 2: Mezioborový přístup*. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České Republiky. Kapitola 8/2. ISBN: 80-86734-05-6

IHRA (2010). Co je „harm reduction“? Stanovisko Mezinárodní asociace pro harm reduction (IHRA*)*. *Adiktologie*, (10)3. s. 188 – 190.

Janíková, B. (2008) Harm reduction: časné intervence v nízkoprahových službách. In Kalina, K. et. al. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada

Publishing. s. 99 – 109. ISBN: 978-80-247-1411-0

Janíková, B. (2011). Aplikační místnosti. Centra pro zdravotnicky

supervidovanou aplikaci omamných a psychotropních látek. *Zaostřeno na drogy*

(11)1. s. 1 – 9.

JANOUŠKOVÁ, Klára (ed.) a Dana NEDĚLNÍKOVÁ (ed.). *Profesní dovednosti terénních pracovníků: sborník studijních textů pro terénní pracovníky*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008, 549 s. ISBN 978-80-7368-503-4.

Jirešová, K., Javorková, S. (2003). *Harm reduction v problematike*

injekčního užívania drog. Bratislava: OZ Odyseus

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

Kalina, K. a kolektiv (2001). Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a

drogových závislostí. Filia Nova, Praha.

KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1411-0.

KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2015, 696 stran. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

Krmenčík, P.; Kysilka, J. *Biotox.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-08]. Aplikace.

Dostupné z WWW: http://www.biotox.cz/toxikon/toxikologie/j_aplikace.php

LIBRA ET AL. [online]: *Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby.* Nepublikovaná verze Praha 2012. Dostupné na www: http://snncls.cz/category/standardy

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MIKŠOVÁ, Zdeňka. *Kapitoly z ošetřovatelské péče*. Aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006, 248 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1442-6.

Minařík, J. (2003a) Opioidy a opiáty. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.)

Drogy a drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády

České Republiky. Kapitola 3/2. ISBN: 80-86734-05-06

Minařík, J. (2003b) Stimulancia. In Kalina, K. & Radimecký, J. (Eds.) *Drogy a*

drogové závislosti 1 – mezioborový přístup. Vyd. 1. Praha: Úřad vlády České

Republiky. Kapitola 3/3. ISBN: 80-86734-05-06

Minařík, J.; Řehák, V. Somatické komplikace a komorbidita. In Kalina, K. et. al.

Základy klinické adiktologie. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. s. 89 – 96 .

ISBN: 978-80-247-1411-0

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

Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. ISBN: 80-247-1362-4

MRAVČÍK. V., et al., 2014. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2013 [Annual Report on Drug Situation 2013 – Czech Republic] MRAVČÍK, V. (Ed.). Praha: Úřad vlády České republiky. ISBN: 978-80-7440-109-1

NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ a Oldřich ELIŠKA. *Přehled anatomie*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, c2009, xi, 416 s. ISBN 978-80-7262-612-0.

PEŠEK, Martin. *Závislost na jehle: důvody pro injekční aplikaci drog – teoretický přehled*. 2013, : 10.

[online]. [cit. 2015-12-07]. Dostupné z: http://metodykv.wz.cz/

Prevence a kontrola infekčních nemocí u injekčních uživatelů drog: metodický pokyn ECDC a EMCDDA. 1. vyd. v jazyce českém. Praha: Úřad vlády České republiky, c2012, 102 s. Metodika (Úřad vlády České republiky). ISBN 978-80-7440-064-3.

Příbalová informace: informace pro uživatele (2011). *Subutex 2 mg.* Praha: Státní ústav

pro kontrolu léčiv

Přívodní cesty léčiva do organismu [online]. [cit. 2015-12-07]. Dostupné z: http://www.wikiskripta.eu/index.php/P%C5%99%C3%ADvodn%C3%AD_cesty_l%C3%A9%C4%8Diva_do_organismu

RABOCH, Jiří (ed.). *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. V Praze: Infopharm, 2006, 204 s. ISBN 80-239-8501-9.

SKLENÁŘ, O. (2014). *Závislost na jehle u injekčních uživatelů drog v ČR.* Nepublikovaná

diplomová práce, Univerzita Karlova, Česká republika.

Vytejčková, R. *Lf3.cuni.cz* [online]. N.d. [cit. 2011-07-08]. Aplikace

intramuskulární injekce. Dostupné z WWW:

<http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/os

etrovatelstvi/vyuka/studijni-materialy/CNPAZO42/studijnimaterialy/

Aplikace_intramuskulxrnx_injekce.pdf>.

ZIMMERMANNOVÁ, Martina. Historie terénní sociální práce. *Streetwork.cz* [online]. 2006 [cit. 2015-12-07]. Dostupné z: http://www.streetwork.cz/index.php?option=com_content